

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2|2021

25. Jahrgang

Schwerpunktheft Therapeutische Beziehung

Herausgegeben von Christine Wakolbinger und Silke Birgitta Gahleitner

FACHBEITRÄGE

- Helena Maria Topaloglou:* Die personzentrierte Psychotherapie vor dem Hintergrund neuerer Befunde zur therapeutischen Beziehung 109
- Jobst Finke:* Die therapeutische Beziehung diesseits und jenseits des Gewährseins 123
- Christine Wakolbinger:* Halt geben ab der ersten Minute – Personzentrierte Beziehungsgestaltung mit komplex traumatisierten Kindern 135
- Silke Birgitta Gahleitner, Lea Deninger, Yvette Völschow:* Beziehung ‚schaffen‘, wo sonst niemand ist: Personzentrierte Arbeit mit Klient*innen in ethical loneliness 147

REZENSIONEN

162

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 3.3
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

IGB – Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung Stuttgart

D-70374 Stuttgart, Wörishoferstraße 54
E-Mail: Kontaktformular auf website: www.igb-stuttgart.de

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

Christine Wakolbinger, Silke Birgitta Gahleitner

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, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Gerald Käfer-Schmid, Christian Korunka, Magdalena Kriesche, Jana Lammers, Hans-Jürgen Luderer, Christine le Coutre, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Christian Metz, Aglaja Przyborski, Monika Tucza, 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 Wiltschko, Andreas Wittrahm (Stand: Oktober 2021)

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

PERSON

25. Jg. 2021, Heft 2

Schwerpunktheft Therapeutische Beziehung

Herausgegeben von
Christine Wakolbinger und Silke Birgitta Gahleitner

Inhalt

Editorial 107

FACHBEITRÄGE

Helena Maria Topaloglou

Die personenzentrierte Psychotherapie vor dem Hintergrund neuerer Befunde zur therapeutischen Beziehung 109

Jobst Finke

Die therapeutische Beziehung diesseits und jenseits des Gewährseins 123

Christine Wakolbinger

Halt geben ab der ersten Minute – Personenzentrierte Beziehungsgestaltung mit komplex traumatisierten Kindern 135

Silke Birgitta Gahleitner, Lea Deninger, Yvette Völschow

Beziehung ‚schaffen‘, wo sonst niemand ist: Personenzentrierte Arbeit mit Klient*innen in ethical loneliness 147

REZENSIONEN

Katrin Draxl

Susan M. Johnson: Bindungstheorie in der Praxis. Emotionsfokussierte Therapie mit Einzelnen, Paaren und Familien. 158

Christian Metz

Jobst Finke: Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie, Beziehungskonzepte, Therapietechnik. 159

Veranstaltungskalender 2/2021 162

Editorial

Die Beschäftigung mit der therapeutischen Beziehung begann mit den Anfängen der Psychotherapie. Seither entfaltet sich bei aller Einigkeit über die Bedeutung der therapeutischen Beziehung darüber „eine kaum überblickbare Vielfalt von Begrifflichkeiten und Selbstverständnissen der Therapeut-Klient-Beziehung“ (Hermer & Röhrle, 2008, S. 15) mit immer wiederkehrenden und immer neu entstehenden Fragestellungen. Bezüglich der klassischen Frage, inwiefern Psychotherapie „als eine Kunst“ (ebd.) gesehen wird, die durch die Wirkung „einer einzigartigen Beziehung zwischen zwei Menschen“ (ebd.) geschieht, ist der Personzentrierte Ansatz klar positioniert, ebenso bezüglich der Debatte, welche große Rolle die ‚persönliche Beziehungsdimension‘ in der professionellen Beziehungsgestaltung spielt. Dennoch gibt es auch im humanistisch-personenzentrierten Bereich nach wie vor eine Reihe ungeklärter Fragen und Debatten. Ist das Beziehungsverhältnis überhaupt zu gestalten, oder geht es nicht vielmehr um ein Zulassen? Und spielt sich therapeutisches Beziehungsgeschehen ‚intrapsychisch‘ und ‚dyadisch‘ ab, oder lässt es sich nur im größeren Kontext der sog. extratherapeutischen Faktoren, also der umgebenden sozialen Netzwerke und Kontexte, begreifen?

In einer ähnlichen Weise spiegeln sich diese Themen in der Forschungslandschaft. Bordin hob bereits 1979 die therapeutische Allianz explizit als gemeinsames tragendes Element für alle Therapieformen hervor (vgl. auch bereits Fiedler, 1950). Seither konnte die Psychotherapieforschung in mehr als 1000 empirischen Befunden nachweisen, „dass die therapeutische Beziehung das wichtigste Prozessmerkmal für den Behandlungserfolg ist“ (Bastine, 2008, S. 11). Das Ergebnis lässt sich laut der aktuellsten internationalen Übersicht von Norcross und Lambert (2019) bzw. Norcross und Wampold (2019) zusammenfassen mit der Formel: „The psychotherapy relationship makes substantial and consistent contributions to outcome independent of the type of treatment“ (Norcross & Lambert, 2018, S. 303), „the relationship works!“ (ebd., S. 313). Das Beziehungsgeschehen in der Psychotherapie kann damit als das Merkmal des Therapieprozesses bezeichnet werden, dessen Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist. Worin eine ‚qualitativ gute Beziehung‘ besteht, wird jedoch interessanterweise – „wenn Konzept und Wirkungsweise genauer unter die Lupe genommen werden“ (Bastine, 2008, S. 11) – nur teilweise beantwortet (vgl. aktuell Norcross & Lambert, 2019).

Keine Frage jedoch ist, dass – als erster Vertreter aus dem helfenden Spektrum – Rogers (1957a/2004, 1959a/2020, 1967f/1988) eine umfassende wachstumsfördernde Beziehung als notwendige und hinreichende Grundbedingung von Hilfefprozessen (vgl. dazu ausführlich Höger, 2006) formulierte. Fiedler, der sich bereits 1950 auf die Suche nach der ‚idealen therapeutischen Beziehung‘ machte, konstatierte: „Rogers has been most insistent that the relationship is important“ (S. 239). Gut 50 Jahre später betonen auch Goldfried und Davila (2005): „Perhaps one of the strongest advocates of the importance of the therapeutic relationship in the change process was Carl Rogers“ (S. 422). Auch in den verfahrensübergreifenden Übersichtstabellen zu einzelnen Kriterien der Beziehungsgestaltung, die sich in der Forschung wieder und wieder finden, lassen sich unschwer die Grundlagen des PZA finden (vgl. dazu bereits Norcross, 2002, der bereits damals eine Liste gut belegter Aspekte der therapeutischen Beziehung publizierte).

Es ist also – gerade im personenzentrierten Feld – viel geleistet. Das bedeutet jedoch nicht, dass es nicht noch eine Menge zu tun gäbe. Das vorliegende Heft beschäftigt sich – entlang der erwähnten offenen Felder der therapeutischen Beziehungsgestaltung im personenzentrierten Bereich – mit der personenzentrierten Beziehungsgestaltung in verschiedenen Arbeitsfeldern und Settings.

Einleitend beleuchtet Helena Topaloglou in ihrem Artikel „Die personenzentrierte Psychotherapie vor dem Hintergrund neuerer Befunde zur therapeutischen Beziehung“ die therapeutische Beziehungsarbeit im PZA im Licht aktueller Studien. Sie hat dafür eine Reihe aktueller Metaanalysen und Studien zur therapeutischen Beziehung entlang der Ergebnisse von Norcross, Lambert und Wampold durchgearbeitet, analysiert und aus diesem aktuellen Stand Schlüsse für die Wirksamkeit und Aktualität des PZA im Beziehungsbereich gezogen. Daraus entwickelt sie Implikationen, Empfehlungen und Herausforderungen für die therapeutische Praxis.

Mit dem Beitrag von Jobst Finke tauchen wir tiefer in das Beziehungsgeschehen in der Praxis vor Ort ein. Er fokussiert dafür insbesondere auf das, was nicht auf den ersten Blick offensichtlich ist: das implizite Beziehungsgeschehen mit seinen nicht-bewussten Austauschprozessen zwischen Klient*in und Therapeut*in. Ausgehend von einem Zitat von Rogers (1980a/2019, S. 78), dass man sich die Fähigkeit zum Gewährsein als die

winzige Spitze einer riesigen Pyramide nicht bewusster organischer Existenz vorstellen kann, beschreibt Finke ausführlich mögliche gegenseitige unbewusste Rollenzuschreibungen, die nicht förderlich für den therapeutischen Prozess sind. Er betont, wie wichtig es ist, dass Therapeut*innen ihre eigenen Einstellungen und ihr Interaktionsverhalten immer wieder kritisch überprüfen und sich nüchtern reflektierend die Frage stellen: „Was geschieht eigentlich zwischen uns?“, um das Beziehungsgeschehen möglichst konstruktiv in Entfaltung zu bringen.

Wie die Beziehungsgestaltung in einer personenzentrierten Kinderpsychotherapie ganz konkret aussehen kann, beschreibt Christine Wakolbinger in ihrem sehr anschaulichen und für die Praxis konkret nutzbaren Beitrag. Die Autorin stellt anhand der ersten Therapiestunden mit einem Jungen dar, wie es ab dem ersten Moment der Begegnung gelingen kann, haltgebende Rahmenbedingungen und ein entwicklungsförderliches Beziehungsangebot für ein komplex traumatisiertes Kind zu gestalten. In den ausführlichen Schilderungen wird deutlich, wie das Kind sich Stück für Stück an ein Vertrauensverhältnis herantastet und Räume der Selbstreflexion und Selbstentfaltung entdeckt und besetzt. Die Autorin versteht Personenzentrierte Kinderpsychotherapie damit als hochindividuelle Entwicklungsförderung und zeigt konkrete Wege – auch für sehr junge Klient*innen – auf.

Der letzte Beitrag von Gahleitner, Deninger und Völschow befasst sich mit der Wirkung des Personenzentrierten Ansatzes im Feld der Sozialen Arbeit. Der Text richtet seine Aufmerksamkeit auf die Beratung, Begleitung und Betreuung von schwer erreichbaren Klient*innen, die in das Netz der organisierten Kriminalität geraten sind. Mit seinem multidisziplinären Zugang eröffnet er einen interessanten Einblick in das komplexe, zumeist jenseits der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit liegende Tätigkeitsfeld von Streetworker*innen und zeigt, wie zielführend der PZA in diesem Gebiet ist. Wie „Irina K.“ aus dem Best-Practice-Beispiel sind diese Klient*innen Opfer von Menschenhandel, Folter oder Verbrechen gegen die Menschlichkeit. Sie brauchen, so die These des Beitrags, „aufsuchende“, behutsame und zutiefst personenzentrierte Beratungs- und Betreuungsangebote. Auf diesem Boden kann schrittweise eine Bewältigung und auch Aufarbeitung der Folgeerscheinungen ermöglicht werden.

Des Weiteren sei auf die Rezensionen in diesem Heft hingewiesen. Katrin Draxl bespricht „Johnson, Susan M. (2020). Bindungstheorie in der Praxis: Emotionsfokussierte Therapie mit Einzelnen, Paaren und Familien“ und Christian Metz, „Finke, Jobst (2019). Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie, Beziehungskonzepte, Therapietechnik“.

Das nächste Heft der PERSON, das von Elisabeth Maaf und Gerald Käfer-Schmid herausgegeben wird, wird ein offenes Heft sein.

Literatur

- Bastine, R. (2008). Vorwort. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1: Allgemeiner Teil* (S. 11–12). Tübingen: DGVT.
- Fiedler, F. E. (1950). The concept of an ideal therapeutic relationship. *Journal of Consulting Psychology*, 14(4), 239–245.
- Goldfried, M. R. & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 421–430.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1: Allgemeiner Teil* (S. 15–105). Tübingen: DGVT.
- Höger, D. (2006). Hat die Bindungstheorie die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 15–24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (S. 3–16). Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Bd. 1: Evidence-based therapist contributions* (3., aktual. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Bd. 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3., aktual. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1988). Zwischenmenschliche Beziehung und Förderung des Lernens. In C. R. Rogers, *Lernen In Freiheit. Zur inneren Reform von Schule und Universität* (Reihe: Geist und Psyche; S. 111–124). Frankfurt: Fischer (englisches Original erschienen 1967f: The interpersonal relationship in the facilitation of learning. In R. R. Leeper (Hrsg.), *Humanizing education* (S. 1–18). Washington, DC: NEA.).
- Rogers, C. R. (2004). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Reihe: Edition Psychologie und Pädagogik; 4., unveränd. Aufl. d. 2. erw. Aufl. von 1995; S. 165–184). Mainz: Grünewald (englisches Original erschienen 1957a: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103).
- Rogers, Carl R. (2019). *Der neue Mensch* (11., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1980a: *A way of being* (Reihe: Sentry edition, Bd. 88). Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (2020). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen (Reihe: Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 8; 3., unveränd. Aufl.). München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Bd. 3: Formulations of the person and the social context* (S. 184–251). New York: McGraw-Hill).

Die personenzentrierte Psychotherapie vor dem Hintergrund neuerer Befunde zur therapeutischen Beziehung

Helena Maria Topaloglou

Wien, Österreich

Dieser Artikel beleuchtet die aktuellen Ergebnisse von Norcross und Lambert (2019) und Norcross und Wampold (2019) zu den evidenzbasierten Wirkfaktoren einer therapeutischen Beziehung und der damit einhergehenden Bedeutung der reflexiven Kompetenz (Responsiveness) für die Wirksamkeit des therapeutischen Behandlungserfolgs. Carl R. Rogers' Kernbedingungen sowie die damit einhergehenden notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung werden anhand der durchgeführten Metaanalysen als einzelne Wirkfaktoren analysiert und diskutiert. Implikationen, Empfehlungen und Herausforderungen für die Praxis werden ausgeführt.

Schlüsselwörter: Personenzentrierte Psychotherapie, therapeutische Beziehung, therapeutische Allianz, Wirkfaktoren von Psychotherapie

Person-centered psychotherapy against the background of recent findings on the therapeutic relationship. This article highlights the current findings of Norcross and Lambert (2019) and Norcross and Wampold (2019) on the evidence-based factors of a therapeutic relationship and the associated importance of reflexive competence (responsiveness) for the effectiveness of therapeutic treatment success. Carl R. Rogers' core conditions as well as the associated necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change are analyzed and discussed as individual effective factors based on the meta-analyses carried out. Implications, recommendations, and practical challenges are detailed.

Keywords: person-centered psychotherapy, therapeutic relationship, therapeutic alliance, therapeutic factors of psychotherapy

Im Jahr 1999 beauftragte die American Psychological Association (APA) eine Task Force, Aspekte der therapeutischen Beziehung zu identifizieren sowie empirisch abgesicherte Daten zu erfassen und zu operationalisieren. Erkenntnisse und daraus resultierende Empfehlungen veröffentlichte John C. Norcross in den Jahren 2002 und 2011. Die inzwischen dritte Auflage (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019) benennt die Wirkfaktoren einer evidenzbasierten Therapiebeziehung (was im Allgemeinen funktioniert) sowie wirksame Methoden, die Therapie auf einzelne Klient*innen zugeschnitten zu gestalten (was im Besonderen funktioniert). Entlang dieser Überlegungen wurden in den eingebundenen Metaanalysen zu den

Wirkfaktoren und unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsmerkmale (Reaktanz, Präferenzen, Kultur, Bindungsstil) jene spezifisch therapeutischen Verhaltensweisen (z. B. Allianz, Empathie, Unterstützung, Feedback sammeln) untersucht, die Behandlungsergebnisse effektiv verbessern können. Hinzu kamen Befunde zur therapeutischen Allianz mit Kindern und Jugendlichen, zur Paar- und Familientherapie, zu Echtzeit-Feedbacks von Klient*innen und zur Diversität. Individuelle Optionen des Eingehens auf Bindungsstil, Kultur, Geschlechtsidentität, Bewältigungsstil, Präferenzen, Reaktanz, Religion/Spiritualität, sexuelle Orientierung und Phasen der Veränderung wurden berücksichtigt.

Ziel waren und sind die Identifizierung wirksamer Elemente der therapeutischen Beziehung und die Entwicklung effektiver Methoden zur Verbesserung der Wirksamkeit therapeutischer Behandlungen, indem auf die Einzigartigkeit jeder Person in ihrer besonderen Situation eingegangen werden kann. Es geht vorrangig um das Bemühen, für jede*n Klient*in eine neue Therapie bzw. eine individuelle Arbeitsbeziehung zu erstellen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung leistet dabei

Helena Maria Topaloglou, Mag.^a, Dr.ⁱⁿ (Bildungs- und Psychotherapiewissenschaft), geb. 1958, Psychotherapeutin in freier Praxis, langjährige Tätigkeit in der psychiatrischen Rehabilitation (BBRZ MED, Leopoldau), Wissenschaftsbeauftragte, Ausbildungsleiterin und Lehrtherapeutin in der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP), Lehrtätigkeit im Rahmen der Universitätslehrgänge „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ und „Personenzentrierte Psychotherapie“ der Universität Wien.
Kontakt: topaloglou@b-online.at

wesentliche und konsistente Beiträge zum Prozess-Outcome. Die Bewertung spezifischer Beziehungselemente in Relation zu ihrem Behandlungsergebnis identifizierte neun als nachweislich wirksam, sieben als wahrscheinlich wirksam und eines als vielversprechend wirksam, aber nicht ausreichend erforscht (Norcross & Lambert, 2019).

Obwohl der Anteil eingebundener personenzentrierter Metaanalysen nur bei 17 Prozent lag, wurden Carl R. Rogers' Kernvariablen bzw. die traditionellen Merkmale der therapeutischen Beziehung mit den notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung (Rogers, 1957a) umfassend bestätigt (Norcross & Lambert, 2019). In seinen Auseinandersetzungen mit dem Therapieprozess wird Rogers bis heute als Pionier „bei der Untersuchung und Weiterentwicklung der therapeutischen Beziehung“ (ebd., S. v; Übers. v. Verf.) wahrgenommen. Vor dem Hintergrund neuerer Befunde wird im vorliegenden Artikel daher der Frage nachgegangen,

- wie sich Rogers' Therapietheorie zu den Wirkfaktoren einer therapeutischen Beziehung verhält und
- welche Korrekturen, Modifikationen oder Erweiterungen notwendig wären.

1. Die therapeutische Beziehung und ihre Wirkfaktoren

Grawe, Donati und Bernauer bescheinigten der Personenzentrierten Psychotherapie bereits 1994 eine überzeugend nachweisbare Wirksamkeit. Die Zukunft sahen sie in einer „Allgemeinen Psychotherapie“ (1994/2001, S. 749), wobei sie die Wirkfaktoren verschiedener Therapiemethoden in drei Schwerpunkte zusammenfassten, die die Art der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung und damit einhergehende Konflikte in den Mittelpunkt therapeutischer Problemanalysen stellen. Neben der Problembewältigungsperspektive und der Klärungsperspektive steht heute die Beziehungsperspektive im Zentrum aktueller Studien und Metaanalysen, denn diese belegen: „The relationship can heal“ (Norcross & Lambert, 2019, S. 638).

Jedoch auch, wenn die *therapeutische Beziehungsqualität* ein wichtiger Indikator für den Therapieerfolg ist, kann und soll eine gute Therapiebeziehung aufgrund individueller Voraussetzungen sehr unterschiedlich aussehen (z. B. Grawe et al., 1994/2001; Norcross & Lambert, 2019). Eckert und Biermann-Ratjen (1990) z. B. bezeichneten „die ‚Theorie‘ des Therapeuten“ (S. 272) im Jahr 1990 als heimlichen Wirkfaktor. Eine gute therapeutische Beziehung sollte jedoch „auf der Ebene des jeweiligen therapeutischen Systems (Dyade, Gruppe)“ (Grawe et al., 1994/2001, S. 139) definiert und gemessen werden. Norcross

und Lambert (2019) bestätigen, dass sich unabhängig von der Therapietechnik oder -schule individuelle Unterschiede zwischen Therapeut*innen und ihrer Art der Beziehungsgestaltung zeigen. Die Forschung widmet sich diesem prozessualen Geschehen und möchte besser verstehen, warum und wann Psychotherapie so effektiv ist (z. B. Wampold, Imel & Flückiger, 2015/2018). Stiles (2009) machte darauf aufmerksam, dass die reflexive Kompetenz (Responsiveness) eine starke Erklärung für die Wirksamkeit der Psychotherapie liefern könnte. Wu und Levitt (2020) nehmen an, dass Therapeut*innen ihre individuelle Beziehungsgestaltung in einer natürlichen Art und Weise auf die Klient*innen ausrichten, um ihnen in ihrer aktuellen Situation bedürfnisorientiert zu helfen.

Diverse Befunde bestätigen, dass die Person der*s Psychotherapeut*in untrennbar mit dem Psychotherapieergebnis verknüpft ist und die Qualität der Behandlungsmethode untrennbar mit dem relationalen Beziehungskontext verbunden ist (Norcross und Lambert, 2019). Daher definieren Norcross und Lambert (2019) Beziehung in ihren Ausführungen nach Gelso und Carter (1985, 1994) neutral und weitgefasst: „The *therapeutic relationship* is the feelings and attitudes that therapist and client have toward one another and the manner in which it is expressed“ (Norcross & Lambert, S. 3; Hervorh. i. Orig.). Das Ziel ist eine optimale, empathische therapeutische Beziehung zu einem aktiven Gegenüber auf Grundlage ihrer oder seiner Persönlichkeit, Kultur und Präferenzen (vgl. z. B. Schmid, 2002). Widersetzt sich eine Klientin beispielsweise der Behandlung, kann die Therapeutin überlegen, ob ihr Ansatz mit den Werten, Einstellungen, der Kultur und Überzeugungen (Präferenzen) der Klientin übereinstimmt. Vielleicht jedoch ist die Klientin auch nicht bereit, eine Änderung vorzunehmen (Stufe der Veränderung) oder fühlt sich mit einem direktiven Stil unwohl (Reaktanz) (Norcross & Lambert, 2019).

Tabelle 1 bietet einen Gesamtüberblick zu erzielten Effektgrößen einzelner Beziehungselemente in Relation zu den Therapieergebnissen (ebd., S. 637).

Alle Metaanalysen von Norcross und Lambert (2019) sowie Norcross und Wampold (2019) verwenden die Effektgrößen d oder g . Dies sind standardisierte Differenzen zwischen zwei Gruppenmittelwerten, beispielsweise Psychotherapie und einer Kontrolle, dividiert durch die (gepolte) Standardabweichung. Die resultierende Effektstärke wird in Einheiten der Standardabweichung angegeben. Sowohl Cohens d als auch Hedges' g schätzen die Populationseffektstärke. Dies erhöhte die Konsistenz zwischen den Metaanalysen, verbesserte ihre Interpretierbarkeit und ermöglichte direkte Vergleiche der Ergebnisse. In allen Analysen ist die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs umso höher, je größer die Größenordnung von d oder g ist. Konventionell gilt ein d oder g von .30 als kleiner Effekt, .50 als mittlerer Effekt und .80 als großer Effekt. Bei dem

Tab. 1: Summary of meta-analytic associations between relationship components and psychotherapy outcomes

Relationship element	Number of studies (<i>k</i>)	Number of patients (<i>N</i>)	Effect size		Consensus on evidentiary strength
			<i>r</i>	<i>d</i> or <i>g</i>	
alliance in individual psychotherapy	306	30.000+	.28	.57	demonstrably effective
alliance in child and adolescent therapy	43	3,447	.20	.40	demonstrably effective
alliances in couple and family therapy	40	4,113	.30	.62	demonstrably effective
collaboration	53	5,286	.29	.61	demonstrably effective
goal consensus	54	7,278	.24	.49	demonstrably effective
cohesion in group therapy	55	6,055	.26	.56	demonstrably effective
empathy	82	6,138	.28	.58	demonstrably effective
positive regard and affirmation	64	3,528	.28		demonstrably effective
congruence/genuineness	21	1,192	.23	.46	probably effective
the real relationship	17	1,502	.37	.80	probably effective
self-disclosure and immediacy	21	-140	NA	NA	promising but insufficient research
emotional expression	42	925	.40	.85	probably effective
cultivating positive expectation	81	12,722	.18	.36	probably effective
promoting treatment credibility	24	1,504	.12	.24	probably effective
managing countertransference	9	392 therapists	.39	.84	probably effective
repairing alliance ruptures	11	1,318	.30	.62	probably effective
collecting and delivering client feedback	24	10,921		.14–.49a	demonstrably effective

Note: NA = not applicable; the chapter used qualitative meta-analysis, which does not produce effect sizes. a = The effect sizes depended on the comparison group and the feedback method; feedback proved more effective with patients at risk for deterioration and less effective for all patients (Quelle: Norcross & Lambert, 2019, S. 637).

Korrelationskoeffizienten *r* gilt ein Wert unter .30 als kleiner, zwischen .30 und .50 als mittlerer und über .50 als starker Effekt (Norcross & Lambert, 2019).

In der Personzentrierten Psychotherapie stehen die therapeutische Beziehungsqualität und der Therapieerfolg von jeher in einem engen Zusammenhang zu den therapeutischen Einstellungen (Rogers, 1957a, 1959a/2009). Für Rogers (1961a/2002) waren die Verfahren und Techniken weniger ausschlaggebend als die Haltungen. Ihm ging es darum, Klient*innen zu verstehen und eine „wachsende Zuneigung und Respektierung“ (ebd., S. 58) zu verspüren, die „präzises einfühlerisches Verstehen, Empathie“ (Rogers, 1977b/2004, S. 23), „Wertschätzung oder bedingungsloses Akzeptieren“ (ebd., S. 27) und „Echtheit oder Kongruenz“ (ebd., S. 30) bedingen.

Durch die Mitteilung des Therapeuten, daß er den vom Klienten gefühlten und auch den noch nicht ins Bewußtsein getretenen Sinn von dessen Äußerungen versteht, lernt der Klient sich selber besser verstehen und kann mehr von seinem aktuellen Erleben, das in ihm leibhaft (*at a good level*) abläuft, in seinem Bewußtsein zulassen. (ebd., S. 24; Hervorh. i. Orig.)

Unter Berücksichtigung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen (Rogers, 1957a) kann sich eine Beziehungsqualität entwickeln, in der Therapeut*innen sich nicht „hinter einer

professionellen Maske zu verbergen“ (Rogers, 1977b/2004, S. 32) brauchen. Das, was sie sind und was sie fühlen, ist gut genug, sofern sie in der Beziehung zu Klient*innen transparent sind und so sein können, wie sie selbst sind und sich fühlen (Rogers, 1961a/2002). Dies ist umso relevanter, da aktuelle Forschungen zeigen, wie sich Ängste seitens des*r Therapeut*in auf die therapeutische Beziehung auswirken können oder Therapieabbrüche begünstigen (vgl. z. B. Cooper, 2012; Gross & Elliott, 2017). Um für Klient*innen in der Unmittelbarkeit des Therapiegeschehens zugänglich und förderlich zu sein, ist es wesentlich, sich auf das Erleben zu konzentrieren, auf das, was „in der Beziehung von Augenblick zu Augenblick“ (Rogers, 1977b/2004, S. 135) geschieht. Die personzentrierte Beziehung gestaltet sich, indem sich Klient*innen auf ihren bewussten und unbewussten Ebenen ihrer Persönlichkeit neu organisieren und ihr „Leben auf eine konstruktivere, intelligenter, sozialere und auch befriedigendere Art und Weise“ (Rogers, 1961a/2002, S. 49) erfahren können.

Die aktuellen Metaanalysen von Norcross und Lambert (2019) werden nun näher ausgeführt und punktuell um einige Befunde der personzentrierten Psychotherapie zur therapeutischen Beziehung ergänzt (vgl. auch Behr, 2020; Keil, Korunka, Topaloglou, Kurl & Käfer-Schmid, 2021).

Therapeutische Allianz

Der Begriff der *therapeutischen Allianz* bezieht sich auf das Gemeinsame des Beziehungsgeschehens, wie beispielsweise die Qualität des Arbeitsbündnisses, die Verbundenheit und die Übereinstimmung. Flückiger, Del Re, Wampold und Horvath (2019) merken in ihrer Metaanalyse an, dass es zur Begriffsbedeutung im Rahmen diverser Studien zwar vielschichtige Auffassungsunterschiede gibt, sie einheitlich jedoch davon ausgehen, dass die therapeutische Allianz positiv mit dem Therapieergebnis verbunden ist. Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds und Horvath wiesen bereits im Jahr 2012 darauf hin, dass der gemeinsame Nenner eines allgemeinen Allianz-Konzepts darin besteht, dass sich zuversichtliche Therapeut*innen einem Therapieprozess verpflichtet fühlen, der sich für sie vielversprechend und hilfreich anfühlt. Die Studienergebnisse bestätigen, dass dieses selbstbewusste Engagement ein sensibler und nützlicher Barometer für den Prozessverlauf ist, unabhängig davon, ob die Interventionen verhaltens- oder beziehungsorientiert sind.

Die therapeutische Allianz repräsentiert die proaktive Zusammenarbeit von Klient*innen und Therapeut*innen im Rahmen ihrer Therapieeinheit und in Moment-zu-Moment-Interaktionen, die sich in einer zunehmend wachsenden dyadisch interaktiven Qualität entwickelt (Flückiger et al., 2019). Ohne das proaktive Engagement der Klient*innen gibt es keinen therapeutischen Prozess. Die Befunde zeigten, dass Therapeut*innen zwar den größeren Beitrag zur Entwicklung der Allianz leisten, Klient*innen jedoch zweifellos zur dyadischen Beziehung beitragen. So können das Vertrauen der Klient*innen, die Prozessaktivitäten, die Bindungsfähigkeit und die soziale Unterstützung die kooperative Qualität der Allianz beeinflussen. Die störungsspezifische Ausprägung kann die Entwicklung der Allianz jedoch auch herausfordern (z. B. auf der Ebene der Wahrnehmung bei Persönlichkeitsstörungen, Borderline, Substanzstörungen und Essstörungen) und bedarf einer besonderen Beachtung des psychosozialen, ethnischen und altersbedingten Kontextes. Aus klinischer Sicht zeigen die Ergebnisse von Flückiger und Kollegen (2019) aus 295 Studien mit einer mittleren Effektstärke von $r = .28$ bzw. $d = .58$, dass die Qualität der Allianz besonders in frühen Therapiephasen von Bedeutung ist (vgl. auch Murphy & Cramer, 2014).

Empathie

Elliott, Bohart, Watson und Murphey (2019) definieren *Empathie* folgendermaßen:

Empathie ist zwischenmenschlich, unidirektional und erfolgt von Person zu Person. Sie wird in erster Linie als Fähigkeit oder Kapazität und nur gelegentlich als Handlung konzipiert und beinhaltet eine

Reihe verwandter geistiger Fähigkeiten/Handlungen einschließlich des Verstehens der Gefühle, Perspektiven, Erfahrungen oder Motivationen der anderen Person, aber auch Bewusstsein, Wertschätzung oder Sensibilität für die andere Person. Empathie wird durch den aktiven Eintritt in die Erfahrung des anderen erreicht und in Bezug auf das Stellvertretende, die Vorstellungskraft, das Teilen oder die Identifikation unterschiedlich beschrieben. (S. 246; Übers. v. Verf.)

Elliott, Bohart, Watson und Greenberg (2011) wiesen in ihrer Metaanalyse zur Empathie darauf hin, dass diese grob in drei Prozesse unterteilt werden kann. Jeder Prozess weist neuroanatomische Korrelate auf und besteht aus Teilprozessen: (a) einem *emotionalen Simulationsprozess*, der die emotionalen Elemente der körperlichen Erfahrung widerspiegelt; (b) einem *konzeptionellen, perspektivischen Prozess* und (c) einem *Regulationsprozess*, um die persönliche Belastung durch andere zu lindern, um Mitgefühl zeigen zu können und das Verhalten des Gegenübers zu unterstützen. Aktuell untersuchten Elliott und Kolleg*innen (2019) in 82 Studien mit insgesamt 6138 Klient*innen den Zusammenhang zwischen der Empathie und dem Therapieerfolg am Ende der Behandlung. Interessanterweise hoben gerade die personenzentrierte Therapie und die Psychoanalyse die kognitiven oder zielgerichteten Aspekte hervor. Beide Ansätze verstanden Empathie als verbundenes Wissen (*connected knowing*) mitsamt der Art und Weise, wie die Welt individuell erlebt wird. Analysen zufolge bezogen sich ca. 70 Prozent von Rogers' Antworten eher auf das Gefühl als auf das Fühlen, obwohl seine Reaktionsweise typischerweise als „Reflexion des Gefühls“ (ebd., S. 247; Übers. v. Verf.) bezeichnet wird. Zum Verständnis des Bezugsrahmens einer Person gehört jedoch das Verständnis ihrer emotionalen Erfahrungen. Das heißt, Therapeut*innen heben vergleichsweise mehr bewusste zielgerichtete Prozesse hervor als automatisch körperbasierte emotionale Simulationsprozesse.

Beide Aspekte, so die Autor*innen (ebd.), finden sich in Rogers' (1980a) Definition von Empathie, die in der „sensible[n] Fähigkeit und Bereitschaft des Therapeuten [besteht], die Gedanken, Gefühle und Kämpfe des Klienten aus Sicht des Klienten zu verstehen. Es ist diese Fähigkeit, vollständig durch die Augen des Klienten zu sehen und seinen Bezugsrahmen zu übernehmen“ (S. 85; Übers. v. Verf.). „Es bedeutet, in die private Wahrnehmungswelt des anderen einzutreten [...], von Moment zu Moment sensibel für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen zu sein, die in dieser anderen Person fließen. [...] Es meint, Bedeutungen zu spüren, deren er sich kaum bewusst ist“ (S. 142; Übers. v. Verf.). Im Jahr 1975 betonte Rogers (1975a) im Hinblick auf Gendlins Experiencing-Konzept das inhärente prozessual fließende Geschehen einer empathischen Vorgehensweise im Sinne eines Prozesses mit mehreren Facetten. Therapeut*innen treten in einer Offenheit und Einfühlsamkeit in die von Moment zu Moment gefühlten Veränderungen

der persönlichen Wahrnehmungswelt ihrer Klient*innen ein, um sich achtsam und vorurteilsfrei darin zu bewegen und die am Rande der Gewährwerdung befindlichen Bedeutungen zu erspüren. Das bedingt, dass Therapeut*innen ihre Gefühle adäquat kommunizieren, während sie zugleich auf Aspekte schauen, die ihr Gegenüber ängstigen. Zudem bedeutet es, Klient*innen zu begleiten, häufig stimmig zu überprüfen, ob die eigenen Wahrnehmungen korrekt sind und sich von den Antworten leiten zu lassen. Indem sie auf mögliche Bedeutungen dieses fließenden Erlebens hinweisen, können sich Klient*innen etappenweise auf ihr eigenes prozessuales Geschehen konzentrieren und dieses vollständiger erfahren (ebd.; vgl. auch Wu & Levitt, 2020).

Für Elliott und Kolleg*innen (2011, 2019) ergeben sich verschiedene Möglichkeiten, sich in die Lage einer anderen Person zu versetzen: emotional, kognitiv, von Moment zu Moment oder indem versucht wird, ein allgemeines Gefühl dafür zu bekommen, wie es ist, diese Person zu sein. In ähnlicher Weise gibt es viele Möglichkeiten, Empathie auszudrücken. Dementsprechend wird Empathie als ein komplexes Konstrukt verstanden, das aus drei Hauptmodi besteht: aus empathischem Verhältnis, kommunikativer Abstimmung und Empathie der Person. Das Ergebnis der Metaanalyse mit einer mittleren Effektstärken von $r = .28$ und $d = .58$ bedeutet, dass Personen mit empathischen Therapeut*innen in ihrer Behandlung mehr Fortschritte machen und eine Verringerung ihres Leidensdrucks erfahren (Elliott et al., 2019).

Positive Beachtung/Wertschätzung

Faber, Suzuki und Lynch (2019) beziehen sich in ihrer Definition der *positiven Beachtung/Wertschätzung* auf Rogers (1959a/2009):

Wenn ich bei einem anderen Selbsterfahrung wahrnehme und dies zu einer positiven Veränderung meines Erlebnisfelds führt, dann erlebe ich dem anderen gegenüber Wertschätzung. Der Begriff *Wertschätzung* schließt allgemein in seiner Definition Haltungen wie Wärme, Liebe, Respekt, Sympathie und Anerkennung ein. Sich selbst als jemand wahrzunehmen, der wertgeschätzt wird, bedeutet zu erleben, dass man eine positive Veränderung im Erlebnisfeld des anderen bewirkt. (S. 40; Hervorh. i. Orig.)

Die *bedingungslose Wertschätzung* definierte Rogers (ebd.) folgendermaßen: „Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen durch mich in der Art und Weise wahrgenommen werden, dass keine dieser Selbsterfahrungen danach unterschieden werden, ob sie meiner Wertschätzung mehr oder weniger wert sind, dann erlebe ich bedingungslose Wertschätzung für diese Person“ (S. 41). Einfacher ausgedrückt: „Wertschätzung für einen anderen empfinden, bedeutet, ihn ‚zu schätzen‘“ (ebd.). Hier bot Rogers ein einziges Synonym („schätzen“, engl. „prize“) als

Ersatz für die bedingungslose positive Beachtung in der Wechselseitigkeit der Begegnung an, obwohl Wertschätzung heute als Begriff für die allgemeine positive Beachtung verwendet wird. Die Merkmale, die Faber und Kolleg*innen (2019) für ihre Metaanalyse heranzogen, waren: Wärme, Sympathie, Bestätigung, nicht besitzergreifende Liebe, Zuneigung, Validation. Die Gesamteffektstärke in 64 Studien mit 3538 Klient*innen betrug $g = .28$, was auf einen geringen bis mittleren Zusammenhang der positiven Beachtung mit den Therapieergebnissen hinweist, jedoch auch mit den im Rahmen der Metaanalyse aufgetretenen methodischen Problemen in Zusammenhang stehen könnte. Zusätzlich wurde vermutet, dass sich das Konzept der positiven Beachtung in den letzten Jahren eher in der therapeutischen Allianz entfaltet. Die aktuellen Befunde zeigen eine moderate Assoziation und deuten an, dass die positive Beachtung ein wichtiger, aber nicht erschöpfender Teil des Therapieergebnisses ist.

Kongruenz/Echtheit

Die *Kongruenz* oder *Echtheit* ist eine von Rogers (1957a) hervorgehobene relationale Qualität und eine Voraussetzung für die Vermittlung von Empathie und positiver Beachtung. Kolden, Wang, Austin, Chang und Klein (2019) betrachten die von Rogers und seinem Team durchgeführte Wisconsin-Studie (Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967) als erste grundlegend wissenschaftlich fundierte klinische Studie zur Kongruenz. Besonders in der letzten Dekade nahm das Forschungsinteresse durch Gelsos (2002) Konstrukt der psychoanalytischen Konzeptualisierung der *real relationship* und durch die aus dieser Theorie der Übertragung-Gegenübertragung gewonnenen Forschung (z. B. Gelso, Kivlighan & Markin, 2019) deutlich zu.

Für Rogers, so Kolden und Kolleginnen (2019), bestand die Kongruenz aus zwei grundlegenden Elementen: Erstens ist der Therapeut „within the relationship freely and deeply himself, with his actual experience accurately represented by his awareness of himself“ (Rogers, 1957a, S. 97). Therapeut*innen sind im Umgang mit Klient*innen aufrichtig, achtsam präsent, selbstbewusst und authentisch. Zweitens können kongruente Therapeut*innen diese Haltungen verbal und im Rahmen ihrer Vorgehensweisen angemessen vermitteln. Im Gegensatz zu Rogers' Sicht auf die Kongruenz als Beziehungsqualität betonte Barrett-Lennard (1962, 2015) die Wichtigkeit der Klient*innen-Erfahrungen und hob die Qualität der Wahrnehmung als einen wesentlichen Aspekt hervor. Gelsos (2002) Konzept der *real relationship* besteht aus zwei Komponenten: Echtheit und Realismus. Seine Definition überschneidet sich mit der Rogerianischen Definition der Kongruenz: „the ability to be who one truly is, to be nonphony, to be authentic in the here and now“ (Gelso, 2002, S. 37).

Kongruenz bedeutet, in der Beziehung echt zu sein (Rogers, 1977b/2004). Demnach sind Therapeut*innen sich ihrer selbst gewahr, ihre Gefühle und Erfahrungen sind ihnen zugänglich. Sie sind in der Lage, diese durch ihr Erleben von Person zu Person in die Beziehung zu ihren Klient*innen im Sinne einer „realen“ Beziehung“ (Auckenthaler, 2008, S. 1195) einzubringen. In ähnlicher Weise heben Kolden und Kolleginnen (2019) in der Definition von Gelso und Hayes (1998) hervor, dass kongruente Therapeut*innen im Einklang mit sich selbst sind: „Obwohl nicht erwartet wird, dass sie ihren Klienten alle ihre Gedanken mitteilen, zeigen diese Therapeuten eher eine Synchronität zwischen ihren inneren Erfahrungen und ihrem äußeren Verhalten gegenüber Klienten. Sie sind sie selbst; Sie wirken nicht falsch oder unaufrichtig“ (Gelso & Hayes, 1998, zit. n. Kolden et al., 2019, S. 119; Übers. v. Verf.). Zusammenfassend bezeichnen Kolden und Kolleginnen (2019) die Kongruenz als eine therapeutische Beziehungsqualität mit einer intrapersonalen und einer zwischenmenschlichen Facette: Achtsame Echtheit, persönliche Bewusstheit und Authentizität kennzeichnen das intrapersonale Element. Die Fähigkeit, einer anderen Person respektvoll und transparent den Raum zu geben, charakterisiert die zwischenmenschliche Komponente.

Auch wenn 21 Studien der Metaanalyse mit insgesamt 1.192 Personen mit einer Effektstärke von $r = .23$ bzw. $d = .46$ auf eine mittlere Effektstärke hinweisen, sind diese Ergebnisse für Kolden und Kolleginnen (ebd.) noch nicht ausreichend, um auf eine evidenzbasierte Wirksamkeit schließen zu können. Die bisherigen Erkenntnisse zeigen jedoch, dass die Kongruenz ein wesentliches Beziehungselement ist, das konsequent mit dem Veränderungsprozess der Klient*innen verbunden ist.

Selbstoffenbarung und Unmittelbarkeit

Obwohl umstritten – wenn auch nicht explizit in der personenzentrierten Psychotherapie (vgl. z. B. Keil & Stumm, 2014) –, wird vermutet, dass sich die *Selbstoffenbarung* und Unmittelbarkeit von Therapeut*innen positiv auf die therapeutische Beziehung und den Therapieprozess auswirken. Verallgemeinernd bezeichnen Hill, Knox und Pinto-Coelho (2019) beide Wirkfaktoren als „Aussagen des Therapeuten, die etwas Persönliches über den Therapeuten verraten“ (S. 379; Übers. v. Verf.). Therapeut*innen verwenden Selbstoffenbarungen, um eine Bindung herzustellen und Klient*innen zu helfen, sich normal oder verstanden zu fühlen und ihre Selbstöffnung zu fördern.

Die *Unmittelbarkeit* bezeichnen Hill und Kolleginnen (2019) als ein Miteinander, das über eine herkömmlich soziale Plaunderi hinausgeht und durch Therapeut*innen oder Klient*innen im Hier und Jetzt ausgelöst wird. Sie kann sich auf jeden beziehungsorientierten Dialog beziehen und dient der Verarbeitung dessen, was in einem spezifischen Moment zwischen Klient*in

und Therapeut*in geschieht. Das bedeutet z. B., Klient*innen nach ihren unmittelbaren Gefühlen zu fragen, Parallelen zu anderen Beziehungen zu ziehen, etwas Verdecktes offenzulegen oder auch einen Bruch in der Beziehung anzuerkennen und zu reparieren. In der Unmittelbarkeit der therapeutischen Begegnung können sie ermutigt werden, unausgesprochene Gefühle auszudrücken oder über die therapeutische Beziehung zu sprechen, um diese zu verbessern oder zu reparieren. Zusätzlich können geeignete Möglichkeiten für Interaktionen während eines Konflikts entdeckt und neu ausprobiert werden.

In der Selbstoffenbarung und in der Unmittelbarkeit, so Hill und Kolleginnen (2019), stellen sich Therapeut*innen zur Verfügung. Bei der Selbstoffenbarung beziehen sie sich auf das Selbst außerhalb der Therapiesitzung. Im Modus der Unmittelbarkeit verlassen sie sich auf ihre eigenen Wahrnehmungen und Reaktionen innerhalb der Therapiebeziehung. In beiden Modi fühlen sich Therapeut*innen möglicherweise verwundbar, sobald sie sich in die Beziehung einbringen, anstatt sich ausschließlich auf den*die Klient*in zu konzentrieren, da beide Vorgehensweisen Teile der Interaktion in einer wechselseitigen Beziehung sind. Sie unterscheiden sich darin, dass Selbstoffenbarungen in der Regel kurz sind, während die Unmittelbarkeit einen umfangreicheren wechselseitigen Austausch nach sich ziehen kann, sobald Therapeut*innen und Klient*innen über die Beziehung sprechen.

Auch wenn die positive therapeutische Wirksamkeit der Selbstoffenbarung und Unmittelbarkeit naheliegt, sind die Ergebnisse der in die Metaanalyse einbezogenen 21 Studien mit 184 Klient*innen für Hill und Kolleginnen (2019) noch unzulänglich. Ein Grund dürfte darin liegen, dass diese Interventionen nicht eindimensional sind. Sie sind individuell vielschichtig und variieren je nach Person und Kontext. Zusätzlich wird darauf verwiesen, dass die Selbstoffenbarung sowie die Unmittelbarkeit in der therapeutischen Beziehung nicht zufällig einsetzen, sondern aus bestimmten Gründen in bestimmten Kontexten angewendet werden.

Emotionaler Ausdruck

Emotionen sind der menschlichen Existenz innewohnend und die Basis psychotherapeutischer Prozesse. Da Emotionen sowohl adaptiv als auch maladaptiv sein können, werden sie manchmal als Orientierungshilfe oder zur Regulierung und Modifizierung genutzt (Watson, Greenberg & Lietaer, 2010). Timulak und Creaner (2010) beispielsweise resümieren in ihrer qualitativen Metaanalyse, dass die produktive Verarbeitung der Emotionen für Klient*innen und ihren Behandlungserfolg eine große Rolle spielen. Die Beiträge der Emotionsforschung zur Wirksamkeit, so Peluso und Freund (2019) in Bezug auf Greenbergs (vgl. z. B. 2016) emotionsfokussierter Psychotherapie, sind

erst vor relativ kurzer Zeit in den Vordergrund gerückt. Emotionen werden von Peluso und Freund (2019) als ein Gefühlszustand definiert, der sich (1) auf ein spezifisches Objekt bezieht (d. h., ich bin über etwas wütend), sich (2) über Sekunden bis Minuten entfaltet und (3) koordinierte Änderungen in der subjektiven Erfahrung, im Verhalten und in der Physiologie beinhaltet. Unterschieden wird zwischen Affekt und Stimmung, automatischen und reflektierten Bewertungen, produktiven und unproduktiven Emotionen, Alexithymia, emotionaler Verarbeitung und Regulierung.

Die Forschungsergebnisse überzeugen. Sie unterstützen nicht nur die Annahme, dass Emotionen wesentlich zum Therapieergebnis beitragen, sondern belegen, dass sie die Basis für spezifische und unspezifische Prozesse sind, die mit der Wirksamkeit verbunden sind (ebd.). Im Speziellen wird darauf hingewiesen, dass ein differenzierteres Verständnis erforderlich sei, da nicht alle emotionalen Ausdrucksformen gleichwertig und/oder vorteilhaft sind (vgl. auch Watson, Greenberg & Lietaer, 2010). Der durch den emotionalen Ausdruck entstehende wechselseitige Prozess kann zu einer positiven Bindung führen bzw. die therapeutische Bindung stärken und einen produktiveren emotionalen Ausdruck in der Therapie begünstigen. Die Beziehungsqualität der therapeutischen Allianz spielt dabei insofern eine erhebliche Rolle, als sie korrigierende emotionale Erfahrungen fördert und Klient*innen im Prozessverlauf Veränderungen entwickeln können (Peluso & Freund, 2019; Watson et al., 2010).

Hinsichtlich der Wirksamkeit kommen Peluso und Freund (2019) zu dem Ergebnis, dass die Korrelationen der gesichteten Studien auf einen möglichen Zusammenhang schließen lassen, aber ohne randomisierte kontrollierte Studien keine endgültigen Schlüsse möglich sind. Festgehalten wurde, dass die Assoziation zwischen dem emotionalen Ausdruck der*des Klient*in und dem Therapieergebnis durchgängig stärker war als zwischen dem emotionalen Ausdruck der*des Therapeut*in und dem Therapieergebnis. Untersuchungen (z. B. Blume-Marco-vici, Stolberg & Khademi, 2013) zeigten, dass der Ausdruck von Affekten (insbesondere Weinen) seitens der Therapeut*innen von Klient*innen allgemein positiv bewertet wurde. In einer Umfrage zum Einfluss von Essstörungen (Tritt, Kelly & Waller, 2015) empfanden Klient*innen z. B. das Weinen der Therapeut*innen als positiv, wenn sie die Bedeutung verstanden. Die Wahrnehmung des emotionalen Ausdrucks durch Klient*innen und die damit verbundene Bedeutung tragen zur Wirksamkeit der Intervention und zum Erfolg der Therapie bei. Die Ergebnisse mit einer Effektgröße von $r = .40$ und $d = .85$ bestätigen eine solide Beziehung zwischen dem emotionalen Ausdruck und den Therapieergebnissen (Peluso & Freund, 2019). Um zu untersuchen, wie genau sich der emotionale Prozess auf die Therapie und wie genau sich die Therapie auf den emotionalen

Prozess der Klient*innen auswirkt, sind weitere Untersuchungen erforderlich (ebd.; Watson et al., 2010).

2. Reflexive Kompetenz (Responsiveness)

Der Begriff *Responsiveness* als zwischenmenschliche Prozessvariable in der Psychotherapie im Sinne von „Sich-Einstellen“ wird nach Caspar und Grosse Holtforth (2009, S. 61) in zwei Bedeutungen verwendet: (1) Bereitschaft oder Fähigkeit einer*s Klient*in, auf ein (angemessenes) therapeutisches Angebot mit einer (positiven) Veränderung zu reagieren; (2) Fähigkeit einer*s Therapeut*in, sich auf besondere Voraussetzungen bei einer*m Klient*in einzustellen, mit dem Ziel, dadurch zur Durchführbarkeit der Therapie und zu einem besseren Therapieergebnis beizutragen.

Die zwischenmenschliche Beziehungsqualität war gerade für Rogers (1959a/2009) für den Therapieerfolg ausschlaggebend und wird durch seine „Theorie der Therapie und der Persönlichkeitsveränderung“ (S. 46–55) definiert. Für ihn war die Beschaffenheit seiner Begegnungen auf lange Sicht wichtiger als sein sachliches Wissen, seine berufliche Ausbildung, seine therapeutische Orientierung oder die im Gespräch angewandte Technik (Rogers, 1977b/2004, S. 212). Und dennoch, so wie es nicht nur „die eine richtige Art, personenzentriert zu handeln“ (Schmid, 2002, S. 78; Hervorh. i. Orig.) gibt, können wir uns bewusst machen, dass es auch nicht nur die eine richtige Art der therapeutischen Beziehung gibt. Diese Aspekte der Individualität und die noch zu geringe Berücksichtigung kultureller, religiöser, sexueller und Gender-Faktoren ist für die Psychotherapiewissenschaft mitsamt ihrem Anspruch auf evidenzbasierte Vorgehensweisen eine große Herausforderung.

Die bei Norcross und Wampold (2018, 2019) erfassten Befunde betreffen einige Merkmale, die zuverlässig mit unterschiedlichen Reaktionen auf verschiedene Arten der therapeutischen Beziehung in Verbindung gebracht werden können. Demnach kann die Wirksamkeit und Effizienz mithilfe der Beachtung folgender Aspekte in der therapeutischen Vorgehensweise, sich auf Klient*innen einzustellen, verbessert werden: Bindungsstil, Kultur (Rasse/Ethnizität), Geschlechtsidentität, Bewältigungsstil, Präferenzen, Reaktanzniveau, Religion/Spiritualität, sexuelle Orientierung und Phasen der Veränderung. Tabelle 2 gibt einen Überblick zu deren Effektivität (Norcross & Wampold, 2019, S. 335).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Eingehen auf die rassische/ethnische Kultur, die religiöse/spirituelle Identität und die Behandlungspräferenzen der Klient*innen die Behandlungsergebnisse nachweislich sehr verbessert. Die Korrelation der Bindungssicherheit von Klient*innen mit dem Psychotherapieergebnis ist vielversprechend. Es gibt

Tab. 2: Summary of meta-analytic results on the efficacy of treatment adaptations/relational responsiveness to patient trans-diagnostic characteristics

Patient characteristic	No. of studies (k)	No. of patients (N)	Effect size <i>a</i> or <i>g</i>	Consensus on evidentiary strength
attachment style	32	3,158	0.35 ^a	promising but insufficient research to judge
coping style	18	1,947	0.60	probably effective
culture (race/ethnicity)	99	13,813	0.50	demonstrably effective
gender identity	NA	NA	NA	important but not yet sufficiently investigated
therapy preferences	51	16,269	0.28	demonstrably effective
reactance level	13	1,208	0.78	probably effective
religion and spirituality	97	7,181	0.13–0.43	demonstrably effective
sexual orientation	NA	NA	NA	important but not yet sufficiently investigated
stages of change	76	21,424	0.41 ^b	probably effective

Note: NA = not applicable; the authors did not locate studies to meta-analyze and instead performed a content analysis of select studies. *a* = represents correlation between pretreatment security attachment and psychotherapy outcome; more secure attachment/less insecurity predicted better treatment outcomes. *b* = represents correlation between pretreatment stages of change and psychotherapy outcome; patients further along the stages experience better treatment outcomes (Norcross & Wampold, 2019, S. 335)

Hinweise aus qualitativen Studien und einer Handvoll unkontrollierter quantitativer Studien, dass sich die Beachtung der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung von Klient*innen als wirksam erweisen kann, für endgültige Schlussfolgerungen fehlen jedoch kontrollierte Studien (ebd., S. 334).

Viele dieser Passungsbemühungen verweisen auf eine direkte kausale Wirkung. Die Metaanalysen zu den nachweislich und wahrscheinlich wirksamen Adaptions-/Reaktionstechniken wurden primär in randomisierten bzw. quasirandomisierten kontrollierten Studien durchgeführt und lassen kausale Schlussfolgerungen zu. Die APA Task Force kam zu dem Schluss: „Adapting psychological treatment (or responsiveness) to trans-diagnostic client characteristics contributes to successful outcomes at least as much as, and probably more than, adapting treatment to the clients diagnosis“ (ebd., S. 334f.).

Besondere Hinweise liefern die Befunde zu Passungsbemühungen der Psychotherapie an die Rasse/Ethnizität, Präferenzen und Religion/Spiritualität. Zur kulturellen Identität wurden 99 Studien mit 13 813 Klient*innen durchgeführt. Die mittlere Effektstärke von $g = .50$ zugunsten von Klient*innen, die eine auf ihre Kultur eingehende Behandlung erhielten, bestätigen, dass kulturelle Passungsbemühungen wirkungsvoll sind. Ebenso führt eine auf die Religion/Spiritualität angepasste Psychotherapie zu einer größeren Verbesserung der psychischen ($g = .33$) und spirituellen ($g = .43$) Funktionsfähigkeit. In strengeren additiven Studien waren Passungsbemühungen bei der Reduzierung psychischer Belastungen gleich wirksam wie Standardansätze ($g = .13$), führten jedoch mit einer Effektstärke von $g = .34$ zu einem höheren spirituellen Wohlbefinden (ebd., S. 335). In den Untersuchungen kultureller Passungsbemühungen wurden Elemente wie Sprache, Metaphern und Konzepte berücksichtigt (Norcross & Wampold, 2018). Je mehr die kulturelle Dynamik

eingebunden wurde, desto größer war die Effektstärke: Responsiveness funktioniert. Die für den praktizierenden Alltag maßgebliche Frage lautet daher, welche Beziehung, Passungsbemühung und Vorgehensweise sich bei einer bestimmten Person am wirksamsten erweist. Die Ergebnisse bestätigen, dass eine erhöhte reflexive Kompetenz die Fortschritte im psychotherapeutischen Prozess begünstigen und zu weniger Therapieabbrüchen führen (ebd.).

Eine personenzentrierte Metaanalyse zu den Aspekten der *Wechselseitigkeit* in der therapeutischen Beziehung findet sich beispielsweise auch bei Cornelius-White, Kanamori, Murphy und Tickle (2018). Sie untersuchten, wie die Empathie, positive Beachtung und Kongruenz wechselseitig wahrgenommen werden und erzielten eine mittlere Effektstärke von $r = .51$. Ihre qualitative Metasynthese führte zu sechs herausfordernden Themenkomplexen: (a) zu Mangel an Wechselseitigkeit/Strategien zur Trennung, (b) kokreiertem Beziehungsprozess, (c) Metakommunikation und Missverständnis, (d) Therapeutenkongruenz/Realität, (e) gegenseitiger Wirkung und Wirkungsbereich der Klient*innen und (f) asymmetrischen Rollen, Macht und Grenzen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wechselseitigkeit in der Psychotherapie insbesondere in Bezug auf ihre starke Beziehung zur individuellen Therapieeinheit weiterer Untersuchungen bedarf (ebd.).

Der Bindungsstil und seine Auswirkungen

Die Bindungsforschung versucht unterschiedliche, verinnerlichte Bindungserfahrungen zu erfassen, die sich auf die Gefühle, das Verhalten und die Ziele einer Person beziehen. Wie wir etwas erleben und wie wir uns verhalten, hängt von subjektiv empfundenen und bewerteten Bindungserfahrungen

ab, die uns in der Begegnung mit anderen widerfahren und prägen (z. B. Ainsworth, Blehar, Waters & Wall 2015; Bowlby, 1969/2006; Gahleitner, 2008, 2018; Grossmann & Grossmann, 2004; Höger, 2007; Seidler & Höger, 2020). Das entwickelte individuelle Selbstkonzept verweist zugleich auf unser Konzept von der Welt und unsere „zugrundeliegende Lebensauffassung“ (Rogers, 1962a/2001, S. 105; vgl. auch Gahleitner, 2008; Höger, 2007).

Immer mehr Studien unterstreichen die Relevanz des Bindungsstils für den Therapieprozess (Strauß, 2006). Für die Personzentrierte Psychotherapie als Beziehungstherapie gilt es zunächst, die leitenden Beziehungskonzepte zu klären (Finke, 2005). Als spezifische Form einer Bindungsbeziehung beeinflusst die therapeutische Beziehung das individuelle Erleben und macht auf zwei Kernfragen aufmerksam (vgl. Höger, 2007): Können Therapeut*innen auf die Bindungsbedürfnisse ihrer Klient*innen eingehen, ihre Gefühle verstehen und sie bedingungslos so akzeptieren, dass sich diese sicher und geschützt fühlen? Und können Psychotherapeut*innen ausreichend auf ihre Psychohygiene achten? Die Auseinandersetzung mit beiden Fragen kann sich grundlegend auf die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung sowie den Therapieerfolg auswirken. Hier sei insbesondere auf das „Fazit für die Praxis“ (S. 128) der quantitativen Pilotstudie von Seidler und Höger (2020) zum Selbsterleben von Klient*innen in ihrer Psychotherapie im Zusammenhang mit ihren Bindungsmustern hingewiesen.

Die Erkenntnisse von Levy, Johnson, Gooch und Kivity (2019) zur Bindungsforschung deuten an, dass Bindungsmuster sowohl über lange Zeiträume relativ stabil sind als auch Änderungen unterliegen, die von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden. In den 36 Studien ihrer Metaanalyse zeigt sich eine Effektstärke für den Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit (unabhängig vom Bindungsstil) und Psychotherapieergebnis im kleinen bis mittleren Bereich ($r = .17$, $d = .35$), wobei der Bindungsstil der Klient*innen zuverlässig das Ergebnis der Psychotherapie prognostizierte (vgl. auch Seidler & Höger, 2020). Darüber hinaus war die Verbesserung der Bindungssicherheit während des Therapieprozesses mit einer Verbesserung der Therapieergebnisse verbunden ($r = .16$ und $d = .32$). Angesichts des Korrelationscharakters dieser Effekte lieferten die Ergebnisse jedoch keinen Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang (Levy et al., 2019).

Diversity

Auch wenn *Diversity* dem personzentrierten Theorieansatz inhärent zu sein scheint und diskutiert wird (z. B. Cooper & McLeod, 2011; Macke & Hasler, 2019; Swan & Caballos, 2020), finden diese Auseinandersetzungen in größeren Studien noch keinen differenzierten Widerhall. Ein ähnliches Bild zeigt sich

bei Norcross und Lambert (2019). Obwohl Diversity-Überlegungen als Teilaspekt der Metaanalysen angefragt wurden, sind die Ergebnisse noch spärlich. Insbesondere die mit Diversity einhergehende „soziale Dimension“ (Keupp & Gahleitner, 2017, S. 98) mit all ihren förderlichen und hinderlichen Aspekten gilt es, sowohl im Praxisalltag als auch im Rahmen der wissenschaftlichen Auseinandersetzungen bewusster zu machen und einzubeziehen.

Die wechselseitige Beziehung und die Qualität der *Allianz* zwischen Therapeut*innen und Klient*innen sind in kulturelle Normen, Erinnerungen und Erwartungen eingebettet. Flückiger und Kollegen (2019) geben hier zu bedenken, dass es ohne eine sorgfältige Integration der gesamten psychosozialen Situation zu einseitigen Interpretationen kommen kann.

Einige wenige *Empathie*-Studien bezogen sich auf die Arbeitsallianz, Kongruenz, Klient*innenzufriedenheit und auf die Absicht, Behandlungsempfehlungen zu folgen. Elliott und Kolleg*innen (2019) verweisen insbesondere darauf, die Empathie nicht mit der multikulturellen Kompetenz zu verwechseln. Diversity-Überlegungen sind für Personen ethnischer Minderheiten äußerst wichtig.

Diversität wirkt sich wahrscheinlich mannigfaltig auf die Bereitstellung und Auswirkung *positiver Beachtung* aus. Faber und Kolleg*innen (2019) fordern daher, sich mit der Art und Weise, wie Klient*innen konsequent positiv beachtet werden, bewusster auseinanderzusetzen. Die positive Beachtung kann insbesondere dann wichtig sein, wenn Therapeut*innen, die keiner Minderheit angehören, mit Klient*innen zusammenarbeiten, die einer Minderheit angehören.

Der kulturelle Hintergrund kann auch die Einstellungen der Klient*innen zur *Kongruenz* beeinflussen. Daher gilt es zu bedenken, dass sie ihren sicheren therapeutischen Raum für echte und authentische Selbstreflexionen und die Entdeckung ihres Selbst benötigen (Kolden et al., 2019).

Auch im Forschungskontext des *emotionalen Ausdrucks* wurde Diversity nicht wirklich berücksichtigt. Bisherige Erkenntnisse verweisen darauf, dass die Einbeziehung kultureller Werte und Arten von Offenlegungen in zukünftigen Forschungen hilfreicher sein kann als die bloße Untersuchung einer ethnischen Zugehörigkeit (Peluso & Freund, 2019).

3. Forschungsgestützte Implikationen und Empfehlungen für die psychotherapeutische Praxis

Aus den Ergebnissen der dritten Auflage der APA Task Force (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019) leiteten die Autor*innen der Metaanalysen Implikationen und Empfehlungen für den therapeutischen Praxisalltag ab, die nun näher ausgeführt werden und sich gut mit Rogers' (1957a)

notwendigen und hinreichende Bedingungen einer therapeutischen Persönlichkeitsveränderung in Beziehung setzen lassen.

Zur Unterstützung der *therapeutischen Allianz* ist es förderlich, eine warme emotionale und gemeinschaftliche Bindung aufzubauen und zu pflegen. Dafür bedarf es klarer Vereinbarungen über Therapieziel, Setting und Therapieallianz, die den Therapieerfolg zuverlässig voraussagen können (Flückiger et al., 2019). Besonders während der ersten Therapiesitzungen ist es ratsam, auf die Motivationsbereitschaft, das Veränderungsstadium und die Fähigkeiten der Klient*innen einzugehen. Die sprachliche Ausdrucksform soll so gestaltet sein, dass sie nachvollziehbar und stimmig ist und die verbale und nonverbale Zusammenarbeit fördert. Therapiebrüche sollen direkt und möglichst rasch angesprochen werden. Da externe Einflüsse zu unterschiedlichen Bewertungen führen können, sollen Abweichungen sorgfältig interpretiert werden, da sie nicht unbedingt auf Meinungsverschiedenheiten hinweisen müssen. Regelmäßige Reflexionen und Bewertungen helfen, unbefriedigende Fortschritte rechtzeitig zu erkennen und Therapieabbrüche zu vermeiden (ebd.).

Die kontinuierlichen Bemühungen, Klient*innen zu verstehen und durch Antworten, die die wichtigsten Aspekte ihrer Erfahrungen ansprechen, *Empathie* zu bekunden, erleichtert es, innere Erfahrungen, Fragen oder Bedenken weiter zu verfolgen (Elliott et al., 2019). Dabei ist es wesentlich, einfühlsam zu sein und die Bedeutung der Erfahrungen zu verstehen. Empathie bedeutet, die Nuancen und Implikationen dessen, was Menschen sagen, zu erfassen und diese zur Überprüfung zur Verfügung zu stellen. Für das Bewusstsein von Gefühlen und Perspektiven ist es förderlich, wenn Therapeut*innen ihre Annahmen und ihr Verständnis kontinuierlich empathisch anpassen und die neuesten Erkenntnisse ihrer Klient*innen wahrnehmen. Klient*innenberichte über das Einfühlungsvermögen ihrer Therapeut*innen sagen das endgültige Therapieergebnis am besten voraus. Daher ist es hilfreich, die gegenseitige Empathie regelmäßig zu beachten und zu reflektieren. Sie ist eine gemeinsam geschaffene Erfahrung zwischen Therapeut*innen, die versuchen, ihre Klient*innen zu verstehen, und Klient*innen, die versuchen, mit ihren Therapeut*innen zu kommunizieren, um verstanden zu werden. Empathie zeigt sich auch darin, wie gut Therapeut*innen ihre Klient*innen empfangen, hören, respektieren, sich um sie bemühen und darin, was sie letztendlich tun und sagen. Empathische Therapeut*innen unterstützen Klient*innen dabei, ihre Erfahrungen zu symbolisieren und ihre emotionalen Reaktionen zu beobachten, damit sie diese vertiefen und ihre Gefühle, Werte und Ziele reflektieren. Auf diese Weise lernen sie, auf eigene innere Erfahrungen und implizite Informationen zuzugreifen. Empathie beinhaltet die Möglichkeit, individuell, effektiv und entlang des Bindungsstils zu reagieren. Fragile Klient*innen empfinden den

herkömmlichen Ausdruck von Empathie vielleicht als zu aufdringlich, während andere diesen als zu richtungsweisend oder fokussiert wahrnehmen (vgl. auch Seidler & Höger, 2020). Therapeut*innen können daher nicht davon ausgehen, dass ihre Erfahrungen mit Klient*innen mit jenen Erfahrungen übereinstimmen, die Klient*innen über sich selbst wahrnehmen (vgl. auch Timulak & Creaner, 2010). Empathie wird am besten mit Demut geboten und so vermittelt, dass sie gut mit den Bedürfnissen der Klient*innen übereinstimmt. Sie ist untrennbar mit anderen Beziehungsvariablen verbunden, Bestandteil einer guten therapeutischen Beziehung und als spezifische, wirksame Reaktion zur Stärkung des Selbst sowie für eine tiefere Exploration zu schätzen (Elliott et al., 2019).

Die *positive Beachtung/Wertschätzung* kann den Weg für Interventionen ebnen und sich zumindest in einigen Fällen als ausreichend erweisen, um positive Veränderungen zu initiieren (Faber et al., 2019). Die Erfahrung positiver Beachtung hilft, sich selbst positiv zu beachten. Sie stärkt das Selbst- und Entscheidungsbewusstsein und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, eine effektive Beziehung eingehen zu können. Sie wirkt sich positiv auf das Engagement im Therapieprozess aus und fördert selbst in schwierigen Situationen die Selbstoffenbarung, das Wachstum und die Belastbarkeit. Es ist förderlich, Klient*innen gegenüber positive Gefühle auszudrücken, denn eine fürsorgliche, respektvolle und positive Haltung bestätigt ihr Selbstwertgefühl. Beruhigend zu sein, in einem sanften Tonfall zu sprechen, reaktionsschnellen Augenkontakt herzustellen und die Aufrechterhaltung einer positiven Körpersprache sind dabei wichtig. Die Reflexion positiver Einstellungen seitens der Therapeut*innen und ihr Einstellen auf bestimmte Klient*innen und Situationen sind hilfreich. Unvermeidliche Therapiebrüche können gelegentlich auf eine Unfähigkeit seitens der*s Therapeut*in zurückgeführt werden, Wertschätzung adäquat zu vermitteln (ebd.).

Die *Kongruenz/Echtheit* umfasst für Kolden und Kolleginnen (2019) das Streben, sich im Sinne der Akzeptanz und Empfänglichkeit für das Erleben authentisch zu engagieren. Sie beinhaltet die Bereitschaft, Informationen und Erfahrungen im gemeinsamen Dialog auszutauschen und zu nutzen. Kongruente Therapeut*innen sind für ihre eigenen Gefühle und Reaktionen verantwortlich. Die Kongruenz bedient eine Bindungsfunktion und trägt in ihrer Art und Weise zum Verhalten in der therapeutischen Beziehung bei. Sie kann gefördert werden, indem für Klient*innen ein sicherer Raum geschaffen wird, ihre Anliegen zum Ausdruck zu bringen. Beziehungselemente wie Wärme, therapeutische Allianz und Empathie spielen dabei eine rückbezügliche Rolle. Therapeut*innen können ihre Kongruenz in der Sitzung, z. B. durch persönliche Aussagen und Ich-Botschaften förderlich gestalten. Es ist wichtig, den eigenen Kongruenzstil bewusst wahrzunehmen und unterschiedliche

Bedürfnisse, Vorlieben und Erwartungen der Klient*innen an die Kongruenz zu erkennen, um ihnen entgegenkommen zu können. Die Aufrechterhaltung der Kongruenz erfordert, dass Therapeut*innen auch wahrnehmen, sobald diese ins Stocken gerät, um diesen Moment als Hinweis auf die Notwendigkeit einer achtsamen Selbstreflexion zu erkennen (ebd.). Gelso und Kolleg*innen (2019) empfehlen, sich konsistent und konstant zu verhalten, innere Erfahrungen einfühlsam zu erfassen, Gegenübertragungen wahrzunehmen, Reaktionen zu teilen und sich Klient*innen gegenüber zu erklären, wenn etwas nicht geteilt werden kann.

Für die Anwendung von *Selbstoffenbarungen* ist eine stabile therapeutische Beziehung elementar (Hill et al., 2019). Ebenso bedeutsam ist es zu beobachten, wie Klient*innen darauf reagieren, um zu erkennen, ob diese hilfreich war. Selbstoffenbarungen sollten so kurz wie möglich sein und sparsam eingesetzt werden. Förderlich ist es, sich in Form sinnvoller, gelungener Beispiele ausschließlich auf die Bedürfnisse der Klient*innen zu beziehen, die diese nutzen können bzw. sich auf Ähnlichkeiten zwischen Therapeut*in und Klient*in zu konzentrieren. Nach einer eingebrachten Selbstoffenbarung wird empfohlen, den Fokus wieder auf das Gegenüber zu schwenken und die Reaktion zu beobachten. Durch die Reflexion der Wirksamkeit können Therapeut*innen darüber entscheiden, ob diese angemessen war und gegebenenfalls wiederholt werden kann (ebd.).

Die *Unmittelbarkeit*, so Hill und Kolleginnen (2019), wird als eine hilfreiche Maßnahme zur Korrektur und Behebung von Therapiebrüchen erachtet. Sie kann auch einen tiefer gehenden Prozess einleiten. Die Unmittelbarkeit der Therapeut*innen führt oftmals zu einer erhöhten Unmittelbarkeit der Klient*innen und kann helfen, Probleme in der Therapiebeziehung zu lösen. Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass nicht jede Unmittelbarkeit positiv ist. Es ist daher wesentlich, genau darauf zu achten, wie Klient*innen reagieren (ebd.).

Emotionen und die Art und Weise des *emotionalen Ausdrucks* sind bedeutungsvoll. Klient*innen empfinden es als förderlich, wenn ihnen der Ausdruck und die Verarbeitung der Emotionen erleichtert werden (Peluso & Freund, 2019). Die Unterdrückung von Emotionen hingegen kann sich negativ auf das Therapieergebnis auswirken. Therapeut*innen sollen daher Verhaltensweisen, die Klient*innen ablehnen könnten, vermeiden (z. B. Kritik, dogmatische Interpretationen, Inflexibilität). Therapeut*innen, die ihre Emotionen ausdrücken, fördern die therapeutische Beziehung, denn tatsächlich scheint es eine positive Korrelation zwischen erfahreneren Therapeut*innen und dem Einbringen von Emotionen zu geben. Klient*innen von Therapeut*innen, die Affekte hervorheben, erfahren auch ihre Affekte in einem hohen Maße. Angesichts der aktuellen Ergebnisse ist diese Vorgehensweise eine wichtige Überlegung. Um die emotionale Veränderung zu fördern, sollten die Emotionen

direkt in der Therapie fokussiert, validiert und bearbeitet werden. Im Kontext einer förderlichen, sicheren und vertrauensvollen Beziehung kann sich die Emotionsverarbeitungsweise in Richtung förderlicher Emotionsregulierung entwickeln und verinnerlicht werden (ebd.).

Das Bindungssystem und der *Bindungsstil* können den Psychotherapieprozess, die Reaktionen, die Qualität der therapeutischen Allianz und das Therapieergebnis beeinflussen (Levy et al., 2019). Daher sollen Therapeut*innen mit dem Bindungsstil der* Klient*innen vertraut sein und sich auf diesen einstimmen können. Befragungen oder die Verwendung geeigneter Klient*innenberichte können bei der Zuordnung helfen. Das Bindungssystem vermittelt wichtige Hinweise über die Reaktionsweisen in der Psychotherapie. Bei ängstlich-ambivalenten Personen zeichnet sich eventuell ein längerer und schwieriger Therapieprozess ab, während sich bei sicher gebundenen Personen relativ rasch ein positiveres Therapieergebnis zeigen kann. Personen mit Bindungsschwierigkeiten sind möglicherweise schwerer zu therapieren, obwohl sie anfangs engagiert und kooperativ scheinen. Unter Umständen sind sie schneller wütend oder fühlen sich abgelehnt und tragen ein erhöhtes Risiko, ihre Therapie abzubrechen. Hier ist es sinnvoll, sie zu unterstützen, ihre emotionalen Erfahrungen besser zu regulieren. Das kann sich auf eine explizite Eingrenzung des Behandlungsrahmens beziehen oder eine strukturiertere Vorgehensweise meinen, damit eine emotionale Überforderung vermieden wird. Personen mit vermeidendem Bindungsstil benötigen vielleicht eine dünne Linie zwischen aktiv, aber nicht zu sehr engagiert, aber mit genügend Abstand, um den entsprechenden Raum zu erhalten. Konträr auf Bindungsstile der Klient*innen einzugehen, ist nicht günstig. Praxis und Forschung empfehlen, den Beziehungsstil anzupassen, um tendenziell ablehnende Klient*innen nicht zu überfordern bzw. nicht engagiert oder distanziert zu erscheinen oder um auf vorbelastete Klient*innen nicht uninteressiert zu wirken. Unsicher gebundene Personen (z. B. ängstlich-vermeidend) haben oftmals erhebliche Schwierigkeiten mit Vorgehensweisen, die die zwischenmenschliche Komponente weniger berücksichtigen. Im Vergleich sind Bindungsschwierigkeiten in beziehungsorientierten Therapien besser aufgehoben. Der Bindungsstil kann sich selbst bei Kurztherapien und bei Personen mit schwerwiegenden Bindungsstörungen, z. B. bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, während der Psychotherapie ändern. Daher kann eine Änderung des Bindungsverhaltens als proximales Ergebnis und nicht nur als vorhersagbares Klient*innenmerkmal konzipiert werden bzw. als Therapieziel angesehen werden. Um den Bindungsstil zu ändern, gilt es, diesen im Rahmen des Therapieprozesses aufzugreifen und besser verstehen zu lernen (ebd.; vgl. auch Seidler & Höger, 2020).

4. Schlussfolgerungen

Im Kontext der therapeutischen Beziehung (Norcross & Lambert, 2019) und Responsiveness (Norcross & Wampold, 2019) zeigt sich deutlich, dass die Erfüllung nur einer oder einiger weniger Bedingungen nicht ausreicht. Vielmehr bestätigt sich, dass gerade das fein abgestimmte Zusammenspiel der von Rogers (1957a) postulierten notwendigen und hinreichenden Bedingungen einer therapeutischen Persönlichkeitsveränderung mit den phänomenologischen und intersubjektiven Aspekten und störungsübergreifenden Merkmalen von Klient*innen für eine gute therapeutische Beziehung relevant sind. Die von Norcross und Lambert (2019) einzeln dargestellten Beziehungselemente können im therapeutischen Praxisalltag nie voneinander losgelöst gelebt werden. Die therapeutische Allianz wirkt interaktiv mit anderen therapeutischen Haltungen wie der Empathie, der positiven Beachtung und der Kongruenz und ist eng mit der reflexiven Kompetenz (Responsiveness) verwoben (Norcross & Wampold, 2019). Es scheint auch nicht möglich, eine starke Beziehung zu Klient*innen zu pflegen, ohne ihr Feedback zum therapeutischen Prozess zu ermitteln und die Gegenübertragung zu verstehen. Während wir versuchen, die Therapie auf das einzigartige, komplexe Individuum auszurichten, sind alle Beziehungselemente zugleich miteinander verbunden. Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass die Zusammenstellung von Praxisleitlinien und evidenzbasierten manualisierten Behandlungsmethoden umstritten ist. Vor allem gelte es zu beachten, dass der Beziehungskontext auch stark wirkende und allgegenwärtige zwischenmenschliche Fähigkeiten umfasst, wie z. B. Überzeugungskraft, Wärme und Charisma, die in den meisten Richtlinien zur Wirkungsweise noch nicht berücksichtigt werden.

Zu den Einschränkungen zählte die APA Task Force (Norcross & Lambert, 2018) eventuelle Loyalitätskonflikte, die geringe Zahl forschungsgestützter Methoden sowie die überwiegende Mehrheit analysierter Studien aus sogenannten westlichen, vorwiegend englischsprachigen Industrienationen, die einen zusätzlichen Handlungsbedarf verdeutlichen. Ferner können manche Ergebnisse inhaltliche Überschneidungen aufweisen, da praktisch alle Beziehungselemente wechselseitige Prozesse gemeinsamer kommunikativer Abstimmung repräsentieren. Es gibt daher noch viel Verwirrung zwischen den relationalen Faktoren. Ein weiterer Nachteil ist die mangelnde Aufmerksamkeit für störungs- und behandlungsspezifische Therapiebeziehungen. Die therapeutische Beziehung zeigt bei einigen Störungen wahrscheinlich mehr Wirkung als bei anderen. Es reicht eben nicht mehr aus, zu fragen: „Funktioniert die Beziehung?“, sondern: „Wie funktioniert die Beziehung bei dieser Störung und dieser Behandlungsmethode?“ (ebd., S. 308; Übers. v. Verf.).

Wenn es gelingt, so Norcross und Lambert (2019), ein evidenzbasiertes Beziehungsverhalten von Therapeut*innen zu entwickeln, können wir mehr über die Wirksamkeit unter bestimmten Umständen und Bedingungen erfahren. Ein typisches Beispiel ist die Metaanalyse zum Sammeln und Bereitstellen von Klient*innenfeedbacks. Klar ist, dass dieses formale Feedback hilft, Klient*innen mit einem Verschlechterungsrisiko effektiver ($d = .49$) zu behandeln. Wie gut das Beziehungsfeedback in der Psychotherapie funktioniert, ist zweckgebunden und an jeweilige Umstände gekoppelt. Die Stärke der Therapiebeziehung hängt in manchen Fällen auch von der primären Störung ab. Die Befunde belegen, dass einzelne Beziehungselemente bei einigen Störungen (z. B. bei Drogenmissbrauch, schweren Angstzuständen und Essstörungen) weniger wirksam sein können (ebd.).

Selbst wenn Norcross und Lambert (2019) resümieren, dass „monolithic theories of change and one-size-fits-all therapy relationships“ out sind und „tailoring the therapy to unique patient“ (S. 17) in ist, gibt es noch einige Herausforderungen zu bewältigen. Eine Herausforderung betrifft die Frage, welche Prozessvariablen genau wie mit dem Therapieergebnis verbunden sind (Prozess-Outcome-Forschung). Obwohl die Personzentrierte Psychotherapie zur Erforschung des therapeutischen Veränderungsprozesses mehr beigetragen hat als jeder andere Behandlungsansatz (vgl. Watson et al., 2010) können wir uns fragen, wie beispielsweise welches Beziehungsangebot und -konzept genau bei welchen Klient*innen in welcher Therapiesituation im Praxisalltag besonders angemessen ist. Es mangelt an der Berücksichtigung und genaueren Betrachtung diverser Schwierigkeiten, „das postulierte Beziehungsangebot“ auch zu realisieren (z. B. Murafi, 2004, S. 148). Für ein besseres Verständnis des individuellen prozessualen Geschehens wäre es daher förderlich, die Zusammenhänge praxisorientierter Resonanzen, wie sie beispielsweise Wakolbinger (2010) für eine „heilsame Beziehung“ (S. 21) als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen ausführte, genauer zu untersuchen. Für Psychotherapeut*innen empfahl beispielsweise Hutterer (2005) Strategien der Selbstselektion (vgl. auch Wakolbinger, 2010), wie (1) das ‚Angebot‘ an Kompetenzen auf die eigenen Stärken im Sinne einer bewussten Selbstbeschränkung und (2) das Beziehungsangebot „auf einer Bewusstheit der eigenen Individualität und Besonderheiten, die für eine bestimmte Art von Klientel eher geeignet ist als für andere“ (Hutterer, 2005, S. 37) zu konzentrieren. Dies setzt notwendigerweise voraus, sich als Psychotherapeut*in mit grundsätzlichen Fragen, wie Stumm und Keil (2014) sie im Hinblick auf das personzentrierte Menschenbild und die Aktualisierungstendenz formulierten, auseinanderzusetzen (S. 4f.).

Um „nach bindungsrelevanten Mustern des Konzepts von sich selbst und anderen [...] zu suchen“ (Höger, 2002, S. 116;

zit. n. Gahleitner, 2008, S. 54), die die Bindungsmuster von Psychotherapeut*innen (Höger, 2007) im Rahmen des therapeutischen Beziehungsgeschehens einbeziehen, sollte Forschung gegenstandsbezogen angewendet werden. Die Hürde liegt in der Passung zwischen Praxis und Forschung (vgl. z. B. Kriz, 2019). Zu Recht weisen z. B. Murafi (2004) im störungsspezifischen Kontext und Diez Grieser (2019) in ihren Reflexionen auf unterschiedliche Bedürfnisse und Referenzsysteme der Forschung und Praxis hin. Verdeutlicht wird, „dass es der Forschung häufig nicht gelingt, ihre Ergebnisse so aufzubereiten, dass Praktizierende deren Validität und die Grenzen der Anwendung in der Praxis nachvollziehen können“ (ebd., S. 90). Diese Herausforderung betrifft die Beantwortung der Frage, wie die Kommunikation zwischen Forschung und Praxis besser transportiert werden kann bzw. die Motivation, das Interesse an und das Vertrauen in die Forschung gestärkt werden können. Das „Primat des Gegenstandes vor der Methode“ (Höger, 2002, S. 116; zit. n. Gahleitner, 2008, S. 54) steht elementar im Vordergrund und lässt sich, so Gahleitner (ebd.), nicht einfach umkehren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die aktuell größte Herausforderung darin besteht, die Psychotherapie mitsamt ihrem größten Wirkfaktor, der therapeutische Beziehung, flexibel auf einzelne Klient*innen abzustimmen, sich näher mit der Individualität der Klient*innen-, Therapeut*innen- und Beziehungsfaktoren auseinanderzusetzen und die Forschungsmethoden adäquat anzupassen.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation* (Neuausg.). New York: Routledge.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 2: Spezieller Teil* (S. 1195–1211). Tübingen: dgvt.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(43), 1–36.
- Barrett-Lennard, G. T. (2015). *The relationship inventory. A complete resource and guide*. Walden, MA: Wiley-Blackwell.
- Behr, M. (2020). ‚The facts are always friendly‘ Wirksamkeit Personenzentrierter-Experienzieller Psychotherapie und Beratung. *Person*, 24(2), 107–118.
- Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A. & Khademi, M. (2013). Do therapists cry in therapy? The role of experience and other factors in therapists' tears. *Psychotherapy*, 50 (2), 224–234.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust. Bd. 1: Bindung*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1969: Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books).
- Caspar, F. & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness – Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (1), 61–69.
- Cooper, M. (2012). Client's and therapist's perception of intrasessional connection. An analogue study of change over time, predictors variables, and level of consensus. *Psychotherapy Research*, 22(3), 274–288.
- Cooper, M. & McLeod, J. (2011). Person-centered therapy: A pluralistic perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 210–223.
- Cornelius-White, J. H. D., Kanamori, Y., Murphy, D. & Tickle, E. (2018). Mutuality in psychotherapy: A meta-analysis and meta-synthesis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28 (4), 489–504. Verfügbar unter: <https://nottingham-repository.worktribe.com/OutputFile/944508> [17. 9. 2021].
- Diez Grieser, M. T. (2019). Reflexionen zur Passung zwischen Praxis und Forschung. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 87–91.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* (S. 272–287). Berlin: Springer.
- Elliott, R. & Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43–49.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 245–287). Oxford: Oxford University Press.
- Faber, B. A., Suzuki, J. Y. & Lynch, D. A. (2019). Positive regard and affirmation. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 288–322). Oxford: Oxford University Press.
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie. *Person*, 9(1), 51–64.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2019). Alliance in adult psychotherapy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 24–78). Oxford: Oxford University Press.
- Gahleitner, S. B. (2008). Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem ‚allgemeinen Wirkfaktor‘. *Person*, 12(1), 46–57.
- Gahleitner, S. B. (2018). Bindung, Beziehung und Einbettung ermöglichen: Anregungen für die Therapie und Beratung mit beziehungserschütterten Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 49 (3), 132–136.
- Gelso, C. J. (2002). Real relationship: The „something more“ of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(1), 35–40.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155–243.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 296–306.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship. Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M. & Markin, R. D. (2019). The real relationship. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 351–378). Oxford: Oxford University Press.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (5., unveränd. Aufl.). Göttingen: Hogrefe (Erstauffl. erschienen 1994).
- Greenberg, L. S. (2016). The clinical application of emotion in psychotherapy. In L. F. Barrett, M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 670–684). New York: Guilford.
- Gross, B. & Elliott, R. (2017). Therapist momentary experiences of disconnection with clients. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(4), 351–366.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Hill, C. E., Knox, S. & Pinto-Coelho, K.G. (2019). Self-disclosure and immediacy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 379–420). Oxford: Oxford University Press.
- Höger, D. (2007). Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Person, 11*(1), 5–12.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematierungen. *Person, 9* (1), 21–41.
- 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.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2014). Arbeit mit der Beziehung. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 57–72). Wien: Springer.
- Keupp, H. & Gahleitner, S. B. (2017). Die soziale Dimension in der Psychotherapie – eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychotherapie Forum, 22*(4), 98–104.
- Kolden, G. G., Wang, C.-C., Austin, S. B., Chang, Y. & Klein, M. H. (2019). Congruence/Genuineness. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 323–350). Oxford: Oxford University Press.
- Kriz, J. (2019). „Evidenzbasierung“ als Kriterium der Psychotherapie-Selektion? *Psychotherapie-Wissenschaft, 9*(2), 42–50.
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Gooch, C. V. & Kivity, Y. (2019). Attachment style. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed., pp. 15–55). Oxford: Oxford University Press.
- Macke, K. & Hasler, G. (2019). Why should person-centered facilitating be gender-sensitive? *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 18*(4), 360–366.
- Murafi, A. (2004). Personzentrierte Therapie bei einer depressiven Klientin mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Klinik. *Person, 8*(2), 147–155.
- Murphy, D. & Cramer, D. (2014). Mutuality of Rogers' therapeutic conditions and treatment progress in the first three psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research, 24* (6), 651–661.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*(4), 303–315.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Clinical Psychology, 74*(11), 1889–1906.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (Eds.) (2019). *Psychotherapy relationships that work. Vol. 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Peluso, P. R. & Freund, R. R. A. (2019). Emotional expression. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., pp. 421–460). Oxford: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21* (2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist, 5*(2), 2–10.
- Rogers, C. R. (1980a). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2001). Die Zwischenmenschliche Beziehung als Zentrum von Beratung und Therapie. In B. Stevens & C. R. Rogers (Hrsg.), *Von Mensch zu Mensch. Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 97–111). Köln: Hammer (englisches Original erschienen 1962a: The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review, 32*(4), 416–429).
- Rogers, C. R. (2002). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (14., um ein Vorw. erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1961a: *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (18., unveränd. Aufl.). Frankfurt/M.: Fischer (Erstaufl. erschienen 1977b).
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Bd. 3: Formulations of the person and the social context* (S. 184–251). New York: McGraw-Hill).
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J. & Truax, C. B. (Eds.) (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Seidler, K. P. & Höger, D. (2020). Hängt das Selbsterleben von Patient*innen in der Psychotherapiestunde mit ihrem Bindungsmuster zusammen? *Person, 24*(2), 119–131.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology Science and Practice, 16*(1), 86–91.
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut, 51*(1), 5–14.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2014). Theoretische Grundlagen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–14). Wien: Springer.
- Swan, A. & Caballos, P. (2020). Person-centered conceptualization of multiculturalism and social justice in counseling. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 19* (2), 154–167.
- Timulak, L. & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centered and experiential psychotherapies. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 65–90). Ross-on-Wyre, UK: PCCS.
- Tritt, A., Kelly, J. & Waller, G. (2015). Patients' experiences of clinicians' crying during psychotherapy for eating disorders. *Psychotherapy, 52*(3), 373–380.
- Wakolbinger, C. (2010). Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeuten als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person, 14*(1), 21–31.
- Wampold, B. E., Imel Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe (englisches Original erschienen 2015).
- Watson, J. C., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2010). Relating process to outcome in person-centered and experiential psychotherapies. The role of the relationship conditions and clients' experiencing. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 132–163). Ross-on-Wyre, UK: PCCS.
- Wu, M. B., & Levitt, H. M. (2020). A qualitative meta-analytic review of the therapist responsiveness literature: Guidelines for practice and training. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 50*(2), 161–175.

Die therapeutische Beziehung diesseits und jenseits des Gewahrseins¹

Jobst Finke
Essen, Deutschland

Aus der in verschiedenen Schaffensphasen von Rogers entworfenen Therapietheorie lassen sich unterschiedliche Beziehungskonzepte ableiten. Deren therapiepraktische Implikationen werden untersucht. Die sich hier ergebenden Widersprüche und die Konsequenzen für die Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung werden erörtert. Der expliziten therapeutischen Beziehung wird ein implizites Beziehungsgeschehen mit seinen nichtbewussten Austauschprozessen zwischen Therapeut und Klient gegenübergestellt. Die hier möglichen Beziehungsphänomene, auch die unerwünschten, sowie die Funktion der therapeutischen Resonanz werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Beziehungskonzepte, implizites Beziehungsgeschehen, therapeutische Resonanz

The therapeutic relationship on both sides of awareness. Different relationship concepts can be derived from the therapy theory developed by Rogers in different creative phases. These concept-led forms of relationship are taken under consideration with regard to their practical consequences for therapy. The contradictions and the consequences for the formation of concepts are discussed. The explicit therapeutic relationship is juxtaposed with an implicit relationship with his unconscious exchange processes between therapist and client. The possible relationship phenomena here, even those that are undesirable, are debated. In the context of the therapeutic relationship the function of the therapist's resonance is demonstrated.

Keywords: relationship concepts, implicit relationship, therapeutic resonance

*„Die Fähigkeit zum Gewahrsein [...] kann man sich als die winzige Spitze einer riesigen Pyramide nichtbewusster organismischer Existenz vorstellen.“
(Rogers, 1980/1981, S. 78)*

Das Bild von der Klientin und die Vielschichtigkeit der therapeutischen Beziehung

Die Personzentrierte Psychotherapie (PZT) versteht sich bekanntlich als „Beziehungstherapie“. Im Sinne eines solchen Verständnisses heißt es oft, sie wirke einzig durch die Beziehung, was häufig zu der Redewendung führt, die therapeutische Beziehung sei die Therapie (Auckenthaler, 2008). Eine solche Position könnte allerdings im Extremfall auch dazu führen, die therapeutische Beziehung zu einem Numinosum, zu etwas Geheimnisvollem zu stilisieren, zu etwas, was in seiner Konfiguration eigentlich unsagbar ist, etwas, was nicht trivialisiert werden

sollte dadurch, dass man es hinsichtlich seiner verschiedenen Erscheinungsformen und Wirkweisen untersucht. Dem wäre entgegenzuhalten, dass die therapeutische Beziehung ja z. B. nicht nur durch eine sich vorsprachlich einstellende warmherzige Atmosphäre wirkt, sondern auch durch bestimmte Handlungsweisen bzw. „Sprechakte“ der Therapeutin. Das Tun der Therapeutin, d. h. neben ihrem präverbalen Ausdrucksverhalten die Muster ihres Sprechhandelns, mit denen sie die personzentrierten Grundhaltungen, konstituiert erst eine bestimmte Beziehung. Die drei therapeutischen Kernmerkmale auf der einen Seite und die verbalen und nonverbalen Reaktionen der Klientin auf der anderen sind ein die Beziehung konstituierendes Moment.

Das schließt eben auch den impliziten, d. h. nonverbalen und zum Teil nichtbewussten Dialog zwischen Therapeutin

Jobst Finke, Dr. med., Facharzt für Neurologie-Psychiatrie und für Psychotherapeutische Medizin. Ausbilder in GwG und ÄGG. Freie Praxis, Supervision und Selbsterfahrung. Kontakt: jobst.finke@uni-due.de

¹ Ich danke Heinke Deloch und Silke Birgitta Gahleitner für Anregungen und Korrekturhinweise. Da eine gendergerechte Schreibweise in diesem Text zu erheblichen Leseschwierigkeiten geführt hätte, wird auf das konsequente Gendern verzichtet. Stattdessen wurde für Klient*innen wie auch Therapeut*innen jeweils die weibliche Form gewählt, weil in der Praxis ein deutlich höherer Frauenanteil in beiden Gruppen zu verzeichnen ist.

und Klientin ein. Das Wirken der im Eingangszitat von Rogers (1980/1981) genannten „nichtbewussten organismischen Existenz“ (S. 78) führt zu Phänomenen, die in der PZT kaum thematisiert werden. Gemeint sind Phänomene, die sich erstens nur indirekt bzw. verschlüsselt zeigen und zwar auch in der therapeutischen Beziehung, und die zweitens nicht eindeutig, vielmehr mehrdeutig und manchmal in ihrer Bedeutung auch widersprüchlich sind. Davon soll nachfolgend mehrfach die Rede sein.

Eine therapeutische bzw. eine Beraterbeziehung wird natürlich, wie schon angedeutet, mitbestimmt durch die für eine psychosoziale Beziehungsgestaltung charakteristische Rollenverteilung zwischen HelferIn und Hilfesuchender (Gahleitner, 2020). Der Rolle der HelferIn hat Rogers im Laufe seines Schaffens zwei unterschiedliche und jeweils charakteristische Ausformungen gegeben. In seiner frühen Schaffensperiode war es die Rolle eines Alter Ego der Klientin, in seiner späteren die einer Dialogpartnerin. Diese unterschiedlichen Rollen bedingen auch unterschiedliche Beziehungskonzepte. Es sollen hier drei unterschiedliche, durch die jeweilige Therapeutinnenrolle bestimmte Beziehungskonzepte dargestellt werden: zwei, die von Rogers in ihrer Unterschiedlichkeit ausdrücklich beschrieben wurden, nämlich die Alter-Ego- und die Dialog-Beziehung, sowie zudem die „Beobachterbeziehung“ (s. u.), die zwar von Rogers skeptisch gesehen wurde, die aber nicht ausgeschlossen werden kann, wenn eine Reflexion der Therapeutin auf ihr Tun nicht völlig unterbleiben soll.

In der Literatur der PZT wird das Therapeutin-Klientin-Verhältnis vorwiegend mit dem Blick auf die Therapeutin beschrieben, sie erscheint oft (im Vollzug der drei Kernmerkmale) ganz als Gestalter der therapeutischen Beziehung. Fast von ihr allein scheint es demnach abzuhängen, ob ein optimales Beziehungsklima entsteht. Zwar hat Rogers (1957a/1991, S. 168) in den sechs ausformulierten Therapiebedingungen in Punkt 1, 2 und 6 auch die Klientin thematisiert, indem er die notwendigen Therapiekriterien aufseiten der Klientin beschrieb: Diese sei inkongruent und verletzlich, müsse aber in angemessener Weise kontaktfähig sein, Letzteres auch im Sinne eines angemessenen Wahrnehmens therapeutischer Angebote. Rogers (1977) stellt bezüglich dieses letztgenannten Punktes die entsprechende Einschränkung am Beispiel schizophrener Klientinnen dar, indem er u. a. sagt, dass diese Klientinnen nicht selten eine warmherzige Empathie als bedrohliche Nähe erleben, sodass sie von der Therapie kaum profitierten (ebd., S. 221). Über diese nicht weiter erörterten Hinweise hinaus jedoch ist bei ihm und auch im übrigen personzentrierten Schrifttum im Zusammenhang mit „der Beziehung“ meist nur das konzeptkonforme Beziehungsangebot der Therapeutin gemeint (Höger, 2012). Dieser Feststellung stehen zwar manche Ansätze der empirischen Forschung entgegen, etwa das Bemühen von Eckert, Schwartz und Tausch

(1977) sowie Höger und Eckert (1997), mittels Fragebogen das Erleben der Therapiesitzungen seitens der Therapeutin wie der Klientin zu erfassen, sowie neuere Unternehmungen von personzentrierter Seite (Cornelius-White, Kanamori, Murphy & Tickle, 2018), in einer Metastudie das Ausmaß von realisierter Gegenseitigkeit in der therapeutischen Beziehung zu beurteilen und mit anderen Größen wie dem Therapieergebnis oder der Realisierung der drei therapeutischen Kernmerkmale in Beziehung zu setzen. Aber in therapietheoretischen wie therapiepraktischen Ausführungen wird das Verhalten der Klientin selten differenzierend erörtert und in seinem Zusammenhang mit dem der Therapeutin so zu verstehen gesucht, dass eine lebendige Vorstellung von der Persönlichkeit der Klientin und ihrem Erleben entsteht. Auch wurde die therapeutische Beziehung in ihrer faktischen Vielschichtigkeit und ggf. auch Widersprüchlichkeit nicht eben häufig thematisiert.

Von vielen personzentrierten Therapeutinnen wird das Prinzip der Nichtdirektivität hochgehalten, was konsequenterweise bedeuten müsste, dass der Klientin die alleinige Lenkung des Gesprächs überlassen wird. Jedoch werden eine von der Klientin bewirkte Lenkung und deren mögliche Erscheinungsformen nicht zu einem zentralen Thema in der PZT. Der vielfältige Einfluss der Klientin auf das Beziehungsgeschehen und die möglichen Muster solcher Einflussnahme werden tatsächlich höchstens in Falldarstellungen ansatzweise dargestellt, in theoretisch-konzeptionellen Darstellungen der PZT wird auf die verschiedenen Muster und Formen klientenbedingter Einflussnahmen kaum eingegangen. Die *Klienten-zentrierte Psychotherapie* beschäftigt sich so theoretisch generell eher wenig mit der Klientin als lebendig interagierender, die therapeutische Beziehung und den Therapieprozess aktiv mitgestaltender Person. Diese Leerstelle in der personzentrierten Theorie hat natürlich nichts mit einer expliziten, z. B. normativen Marginalisierung der Klientinnenrolle zu tun, vielmehr scheint hier so etwas wie das „Bilderverbot“ in der PZT gegenüber der Klientin wirksam zu sein, um eine starke Metapher zu gebrauchen. Gemeint ist damit die Scheu, von der jeweiligen Klientin mit ihren Idealen, Interessen und Neigungen, Idiosynkrasien, Selbstzuschreibungen, Beziehungserwartungen und Widersprüchen (und dies eventuell auch in Verbindung mit ihrer Lebensgeschichte) ein detailliertes Bild zu zeichnen und damit ein Bild eben auch von der „innere[n] Welt des Klienten“, obwohl nach Rogers (1977b, S. 20, 184) die Therapeutin in dieser Welt „wie in seiner eigenen zu Hause sein sollte“, was ja ein entsprechende(s) Bild bzw. Vorstellung von dieser Welt voraussetzt. Die Ausarbeitung eines solchen Bildes jedoch wäre natürlich mit „Wertungen“ verbunden, worunter Rogers nicht nur normative Urteile, sondern Urteilsbildungen jeder Art verstand, eben auch eigentlich wertneutrale (vgl. Rogers, 1951a/1973a, S. 201f.). Denn auch diese Letzteren würden die

Klientin z. B. auf bestimmte Eigenschaften, Persönlichkeitszüge festlegen und ihr so, zumindest virtuell, die Freiheit rauben, eventuell auch ganz anders zu sein. Dies bezieht Rogers zwar explizit nur auf die therapeutische Situation, es scheint aber sein Denken so geprägt zu haben, dass er z. B. zur Einführung seiner Therapiesprache (Transkripte) die Klientinnen nur mit äußerst sparsamen Worten vorstellt.

Natürlich sind Persönlichkeitsporträts immer auch von der subjektiven Resonanz der Therapeutin gezeichnet. So könnte ein weiterer Grund für das genannte „Bilderverbot“ in einem empirisch-positivistischen Wissenschaftsideal zu vermuten sein, das jedes phänomenologisch-hermeneutische Erschließen von Sinnzusammenhängen als „spekulativ“ diskreditiert. Deshalb sollte das personenzentrierte Zeichnen eines solchen Bildes die ständige Bereitschaft zu seiner Korrektur voraussetzen, es sollte also nur unter der Bedingung seiner grundsätzlichen Änderungsbedürftigkeit konzipiert werden. Unter dieser Bedingung aber kann ein solches Bild eine wichtige Hilfe für ein differenziertes personenzentriertes Verstehen der Person aus der Ganzheit ihres Lebenszusammenhangs sein. Es fehlen in der PZT jedoch beispielgebende Vor-Bilder und Beschreibungskriterien für die Darstellung einer Klientin-Person und ihrer inneren Welt. Zwar hat Rogers in seiner Störungstheorie mit dem Inkongruenzmodell ein allgemeines Störungsmuster skizziert, er hat aber davon abgesehen darzustellen, wie sich solche Muster in der inneren Welt einer Klientin oder in ihrem Erleben und Verhalten in zwischenmenschlichen und so auch therapeutischen Beziehungen zeigen könnten. Und so muss schließlich in Achtung des o. g. Vorbehaltes die Klientin in weiten Teilen ein weißer Fleck auf der Landkarte der personenzentrierten Therapietheorie bleiben (und dies gilt auch in Bezug auf eine ausdifferenzierte Störungstheorie). Die nachfolgenden Andeutungen sollen anregen, diesen Fleck vielleicht ein wenig zu verkleinern. Vorarbeiten dazu wurden etwa schon von W. Keil (2018) und S. Keil (2014) geleistet. Entlang des Leitbegriffs einer „hermeneutischen Empathie“ und orientiert am Inkongruenzmodell haben sie methodisch einen Weg zur „inneren Welt“ der Klientin skizziert. Der Autor der vorliegenden Arbeit hat die Inkongruenzdynamik bei den häufigsten Störungen auf dem Hintergrund der Lebensgeschichte konkreter Klientinnen so beschrieben, dass Entstehung und Wirken der Inkongruenz sowie die sich daraus herleitende Symptomatik der jeweiligen Störung biografisch verständlich werden (Finke, 2019).

Es ist hier auch zu besprechen, dass in der Theorie der PZT zwar die Ebene des Nichtbewussten generell vorgesehen ist, wie bereits das Inkongruenzmodell mit seinem Konzept des nicht oder verzerrt Symbolisierten zeigt. Jedoch kommt diese Ebene in therapie- und beziehungstheoretischer Hinsicht sowohl bei Rogers als auch in den personenzentrierten Diskursen nur selten zu Wort. Wenn wir aber die eingangs zitierte Überzeugung von

Rogers (1980/1981) hinsichtlich der „riesigen Pyramide nichtbewusster organismischer Existenz“ (S. 78) auch für das Beziehungsgeschehen in der Therapie übernehmen, müssen wir davon ausgehen, dass ein großer Teil der interaktionellen Austauschprozesse zwischen Therapeutin und Klientin sich außerhalb oder nur „am Rande des Gewahrseins“ der Akteurinnen vollziehen. Das können Vorgänge sein, die im engeren Sinne „nichtbewusst“ sind oder die wegen der Vielgestaltigkeit der interaktionellen Signale sich der ausdrücklichen Kenntnissnahme der Beziehungspartnerinnen entziehen. Das bedeutet auch, dass wir von den therapietheoretisch konzipierten therapeutischen Haltungen, in denen man auch Rollenzuschreibungen sehen kann, die spontanen, oft auch nichtbewussten, d. h. impliziten Zuschreibungen bestimmter Rollenmuster unterscheiden müssen. Die therapiepraktischen Konsequenzen dieser nichtbewussten Ebene der personenzentrierten Beziehung sind also zu erörtern.

Die Asymmetrie der personenzentrierten Beziehung entlang des Alter-Ego-Konzepts

Das Beziehungskonzept des „frühen“ Rogers schloss eine Gleichsetzung der personenzentrierten Gesprächsführung mit einer Alltagskommunikation zumindest de facto konsequent aus. Denn ein wesentlicher Unterschied zur Alltagskommunikation besteht darin, dass die dort übliche spontane Wechselseitigkeit und Gegenseitigkeit der kommunikativen Austauschprozesse ausdrücklich nicht vorgesehen sind. Die hiermit verbundene strikte Vermeidung unbekümmerter Widerrede und unmittelbaren Fragens ist ein Aspekt der Grundmaxime in Rogers' Konzept der Alter-Ego-Beziehung. In „Die klientbezogene Gesprächstherapie“ (Rogers, 1951a/1973a), dem klassischen Gründungswerk der Personenzentrierten Psychotherapie (PZT), soll bekanntlich die Therapeutin bzw. Beraterin das eigene Selbst, „*das Selbst der gewöhnlichen Interaktion*“ (S. 47), „*beiseite stell[en]*“ (ebd.), und „*auf seine Eigenständigkeit verzichten*“ (ebd., S. 52), um sich in der Rolle eines Alter Ego der Klientin ganz einer einzigen Aufgabe zu widmen: die Klientin in ihren „*Einstellungen, Verwirrungen, Ambivalenzen und Wahrnehmungen*“ (ebd., S. 50) verstehend zu begleiten. Die „*mit Interesse gepaarte Unpersönlichkeit des Beraters*“ bzw. der Beraterin, d. h. sein/ihr Bemühen, „*sich als separate [und Stellung nehmende] Person herauszuhalten*“ (ebd., S. 53) soll es der Klientin ermöglichen, angstfrei und ungestört über ihre Gefühle zu sprechen. Hier wird also sehr nachdrücklich der Verzicht ausgesprochen, im Sinne der „*gewöhnlichen Interaktion*“ (ebd., S. 47; alle Hervorh. u. Erg. v. Verf.) mit ihrer beiderseitigen Wechselseitigkeit zu interagieren. Die Therapeutin muss dabei jede unmittelbare Antwortbereitschaft und ihr spontanes

Fragen ganz zurückstellen. Die mit der Alter-Ego-Rolle gegebene Form therapeutischer Interaktion sieht vonseiten der Therapeutin u. a. vor, keine Ratschläge, Ausdeutungen und Beurteilungen abzugeben und mit direkten Antworten auf Fragen nach ihrer Person und ihren Einstellungen zurückhaltend umzugehen, um vielmehr bemüht zu sein, jeweils den Sinn solcher Fragen zu verstehen, anstatt sie direkt zu beantworten. Der Fokus der therapeutischen Intention ist also einzig darauf gerichtet, sich einzufühlen und zu verstehen und das so Verstandene der Klientin angemessen mitzuteilen. Die Therapeutin soll als das „*andere Selbst des Klienten*“ (ebd., S. 196) die Perspektive mal von diesem, mal von jenem Selbstanteil der Klientin übernehmen und so ein inneres Zwiegespräch, das die Klientin ganz mit sich selber hält, initiieren. Durch dieses Vorgehen soll die Klientin befähigt werden, die Abwehr des organismischen Erlebens zunehmend zu lockern, um sich diesem Erleben unbefangener und furchtloser nähern und, indem sie dieses als „das Ihre“ akzeptieren kann, um sich selbst schließlich immer umfassender verstehen zu können.

Die personenzentrierte Beziehung ist hier im Hinblick auf eine „gewöhnliche Interaktion“ durch eine gewisse interaktionelle Einseitigkeit gekennzeichnet, und gerade in dieser konsequenten Einseitigkeit liegt der therapeutische Wert dieser Beziehung. „*Die ganze Beziehung besteht aus dem Selbst des Klienten, der Berater wird zum Zweck der Therapie entpersonalisiert und zum anderen Selbst des Klienten. Diese Bereitschaft auf Seiten des Beraters, sein eigenes Selbst vorübergehend beiseite zu lassen, macht die Beziehung zu etwas absolut Einmaligem*“ (ebd., S. 196; Hervorh. v. Verf.). Diese besondere Einseitigkeit der Interaktion bewahrt auch die Therapeutin eher davor, sich in den Fallstricken einer Rollenkonfusion, wie sie leicht mit einer Alltagskommunikation verbunden sein kann, zu verlieren, und hilft so, die verwirrenden Mehrdeutigkeiten durch das Wirken der „nichtbewussten organismischen Existenz“ etwas zu begrenzen. In der Konsequenz einer solchen Einseitigkeit liegt auch eine ausgeprägte Asymmetrie der therapeutischen Beziehung im Sinne einer klaren Rollendifferenz, insofern es die Aufgabe der einen Person ist, sich einzufühlen und zu verstehen, die der anderen, sich der Selbstexploration hinzugeben. Gerade in dieser eindeutigen Aufgabenverteilung liegt die Professionalität dieser Beziehungsform.

Aber diese Ausführungen zeichnen vielleicht ein zu schematisches Bild, das zu sehr die monadischen Aspekte im Sinne einer „Ein-Personen-Psychologie“ betont und die dyadischen Aspekte dieser Beziehung ausblendet. Ein solches Missverständnis könnte auch mit manchen Darstellungen von Rogers zu tun haben, wenn er etwa betont, dass die Klientin ganz und gar aus ihrem inneren Bezugssystem verstanden werden sollte. Solche Aussagen scheint Rogers aber nicht dogmatisch, sondern eher didaktisch gemeint zu haben, nämlich in dem Sinne,

dass die Therapeutin darauf achten sollte, *zunächst* immer aus dem Bezugssystem der Klientin zu verstehen und auch bei dessen Überschreiten nie die Bezugnahme auf dieses System zu verlieren. Denn tatsächlich führt die Alter-Ego-Beziehung auch bei Rogers in therapiepraktischer Hinsicht nicht nur zu einem vom therapeutischen „Facilitator“ lediglich angeregten Selbstgespräch, das die Klientin in monologischer Abgeschlossenheit mit den verschiedenen Anteilen seines eigenen Selbst halten soll. Zudem legt Rogers (1951a/1973a, S. 114; 1986h/1991, S. 254) zugleich dar, dass die Therapeutin mit ihren Verstehensangeboten der Klientin zeitweise auch voraus ist und so das Selbstverstehen der Klientin um bestimmte Bedeutungsinhalte ergänzt. Auf diese Weise bringt er, eben in Erweiterung eines rein reproduktiven Verstehens, sein eigenes (produktives) Verstehen und damit sein eigenes Bezugssystem ein (Finke, 2019). Und selbst durch ein noch so lediglich subtil Akzente modulierendes „Spiegeln“ der Klientinnenäußerung kommt natürlich auch das Bezugssystem der Therapeutin ins Spiel. Besonders aber, wenn die Therapeutin etwa durch Fragen sein Noch-Nicht-Verstehen bekundet oder sein Interesse und seine Anteilnahme am Erleben der Klientin zum Ausdruck bringt, zeigen sich dialogische Momente auch in der Alter-Ego-Beziehung. Darüber hinaus sind solche Momente durch die bewusste und vor allem die unwillkürliche, nonverbale Kommunikation zwischen Therapeutin und Klientin ohnehin gegeben. Die genannte Asymmetrie der Alter-Ego-Beziehung ist also nicht total und absolut, sondern relativ, d. h., in ihrer Relation zu einer dialogischen Wechselhaftigkeit von Rede und Gegenrede nämlich – kennzeichnend etwa für eine Alltagsbeziehung – ist sie eben asymmetrisch.

Inwieweit ist eine dialogische Psychotherapie möglich?

Die Konzeptualisierung der oben dargestellten Alter-Ego-Beziehung ist kennzeichnend für den eher frühen Rogers bis etwa zum Ende der 1950er-Jahre. Danach begann er, sich detaillierter für die anderen beiden Kernmerkmale zu interessieren: die bedingungsfreie positive Beachtung und die therapeutische Kongruenz. Das erstgenannte Merkmal differenzierte er nun stärker aus, indem er nachdrücklich das warmherzige Engagement, die wertschätzende Zuwendung, das lebendige Interesse und natürlich die anerkennende, bejahende Grundhaltung der Therapeutin betonte. Vor allem aber wurden nun die Echtheit, die Kongruenz, die Selbstübereinstimmung und das reale Zugewandensein der Therapeutin sowie ihr potenzielles Sich-Transparent-Machen hervorgehoben (Lietaer, 2001). Sollte in der Alter-Ego-Rolle die Therapeutin ihr eigenes Selbst „beiseite stellen“, so soll sie es nun einbringen: Wenn es angemessen sei,

sollte die Therapeutin sich selbst öffnen und die eigenen Gefühle und Einstellungen der Klientin mitteilen (Rogers, 1977b, S. 26). Die therapeutische Beziehung soll den Charakter einer „*existentielle[n] Begegnung*“ (ebd., S. 171) „*von Person zu Person*“ (S. 26) haben, bei der es auf das „*reale[] Zugegensein*“ (S. 183) der Therapeutin ankomme und bei dem „*er gänzlich er selbst*“ bzw. sie gänzlich sie selbst ist und „*offen Gefühle und Einstellungen lebt*“ (Rogers, 1977b, S. 182; alle Hervorh. u. Erg. v. Verf.). Die hier zu vollziehende „*Selbstöffnung*“ („*self-disclosure*“) der Therapeutin, wie Carkhuff (1969, z. B. S. 208f.; Hervorh. v. Verf.) dies nannte, soll sich überwiegend auf das Erleben der therapeutischen Situation, weniger auf biografisches Material beziehen.

Aber bedeutet eine von solch dialogischer Wechselseitigkeit getragene Begegnung von Person zu Person – wenn man hier vom üblichen Wortsinn ausgeht – nicht auch, dass die Therapeutin ebenfalls aus ihrem eigenen Bezugssystem die therapeutische Situation versteht und ihre darauf gründenden Einstellungen, Bewertungen und Beurteilungen der Klientin mitteilt? Sollte in der Alter-Ego-Beziehung die Therapeutin „den Klienten [...] sehen, wie er sich selbst sieht“ (Rogers, 1951a/1973a, S. 42), so scheint es doch in der Logik einer Dialogbeziehung, also eines unmittelbaren „*person to person*“, zu liegen, dass die Klientin mit den Augen eines anderen, hier der Therapeutin, gesehen und diese Sichtweise auch kommuniziert wird. Würde so in letzter Konsequenz ein Therapiegespräch resultieren, in dem es zu einem unmittelbaren Austausch und wechselseitigen Abwägen von Meinungen, Urteilen und Wertungen über den jeweils anderen kommt? Wäre dann das Ziel ein Prozess gegenseitiger Verständigung über Verhalten und Charakter der Klientin wie auch, bei voller Gegenseitigkeit, der Therapeutin? Aber ergäbe sich so nicht die Gefahr, dass das therapeutische Unternehmen in einem intellektualisierenden Streitgespräch versanden würde, insofern für eine vertiefte Selbstexploration der Klientin kaum genügend Raum wäre? Hatte in dem berühmten Streitgespräch mit Rogers (Rogers & Buber, 1957/1992) vielleicht doch Martin Buber Recht, wenn er darlegte, dass in einem psychotherapeutischen Gespräch eine dialogische Wechsel- und Gegenseitigkeit gar nicht möglich sei, sofern es noch Therapie bleiben sollte? Wie also hat Rogers die proklamierte „*existentielle Begegnung von Person zu Person*“ verstanden wissen wollen, und wie hat er selbst sie therapiepraktisch umgesetzt? Hat Rogers die Forderung, dass die Therapeutin in der therapeutischen Situation „*gänzlich sie selbst ist*“, nicht wirklich im Sinne eines vorbehaltlosen Sich-Entäußerns, sondern nur im Sinne einer absolut kongruenten Haltung gemeint? Und sollte diese dialogische Beziehung eines „*person to person*“ nun ganz die Alter-Ego-Beziehung ablösen, oder sollte sie sie nur ergänzen, indem sie als Teilaspekt der personenzentrierten Beziehung zu sehen ist? Zu diesen Fragen hat uns Rogers m.W. keine expliziten Hinweise hinterlassen.

Wir können aber vielleicht eine entsprechende Antwort finden, indem wir uns der Therapiepraxis von Rogers zuwenden. Hier ist auf die beachtenswerten, umfangreichen Studien von Lietaer und Gundrum (2018) zu verweisen, die alle verfügbaren Ton- und Videoaufnahmen sowie Gesprächstranskripte aus den verschiedenen Schaffensperioden von Rogers systematisch analysiert und ausgewertet haben. Danach zeigt sich, dass Rogers in seinem therapeutischen Vorgehen, was Art und Häufigkeit seiner Interventionen angeht, zeitlebens an der Grundausrichtung der Alter-Ego-Beziehung festgehalten hat. Allerdings hat er dabei in seiner „*person to person*“-Periode auch Aspekte einer Dialogbeziehung hinzugefügt. Dies vollzog er therapiepraktisch, indem er Fragen an die Klientin, Fragen zur Verständlichkeit ihrer Äußerung oder zur Bedeutung des von der Klientin Gesagten in die Form von „*Ich-Botschaften*“ (Gordon, 1970/1972) kleidete. Typische Äußerungen sind hier (teilweise verkürzte Wiedergabe):

T: Ich bin nicht sicher, ob ich jetzt die richtigen Worte gefunden habe.

T: Ich weiß noch nicht, was Ihre eigentliche Frage ist.

T: Ich frage mich, ob Sie die Antwort nicht schon kennen.

Zum anderen hat er meist nur von einer Dimension des *Selbstöffnens* Gebrauch gemacht, bei der es um eine Förderung des positiven Selbstwerterlebens geht durch Bekunden von Anerkennung und Wertschätzung, Ermutigung und Zuwendung sowie Interesse und Sorge (Finke, 2008, 2019). Typische Äußerungen von Rogers dafür sind:

T: Meine ganze Aufmerksamkeit gilt jetzt Ihnen und Ihrem Interesse weiterzumachen.

T: Ich freue mich, dass Sie trotz allem gekommen sind.

T: Ich bin an allem interessiert, was Sie angeht.

Dagegen finden sich kaum hinterfragende (z. B. „*Ich an Ihrer Stelle hätte aber ...*“), Verwundern, Enttäuschung, Kränkung, aber auch Bedauern und Selbstkritik der Therapeutin ansprechende, ebenso dessen situationsbedingte Zwiespältigkeit und Irritation thematisierende Äußerungen, die damit auch eine gewisse Intimität der Beziehung anzeigen würden. Inhaltlich ist also das *Selbstöffnen* bei Rogers auf den eher unproblematischen, d. h. weniger konfliktträchtigen Bereich dieses Merkmals begrenzt. Das ist zumindest insofern nicht zu kritisieren, als jene „*konfliktträchtige*“ Art des *Selbstöffnens* grundsätzlich sehr zurückhaltend zu handhaben ist und viel an Behutsamkeit und Umsicht bezüglich des Zeitpunktes und der Belastbarkeit der Beziehung voraussetzt, worauf auch Lietaer (2001) mit Nachdruck hinweist. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang jedoch auch zu sagen, dass in dem genannten Material von Lietaer und Gundrum (2018) unter der Rubrik „*confrontation*“ auch Äußerungen aufgeführt werden, in denen Rogers die Klientin mit Widersprüchen bzw. Diskrepanzen im Erleben konfrontiert:

T: Nun tun Sie wieder, was Sie vermeiden wollten.

T: Sie möchten eine gute Mutter sein, aber Ihr aktuelles Gefühl ist anders.

Ein solches *Konfrontieren* ist zwar prinzipiell dialogisch angelegt, insofern es auf dem Hintergrund des Bezugssystems der Therapeutin erfolgt, d. h., die Therapeutin „diagnostiziert“ hier aus ihrer eigenen Perspektive den Widerspruch von Aussage und Handeln oder von verbalen und nonverbalen Signalen (Carkhuff, 1969). Dem *Selbstöffnen* formal zuordnen könnte man es aber dann, wenn die Therapeutin auch ihre eigene damit eventuell verbundene emotionale Betroffenheit zum Ausdruck bringen würde, z. B.:

T: Es macht mich ziemlich traurig, dass Sie nun wieder das tun, was Sie vermeiden wollten.

Ein *Selbstöffnen* im oben angedeuteten „schwierigen“ Sinne, bei dem die Therapeutin in ernsthafter Absicht, Beziehungskonflikte zu klären, ihr eigenes, sehr persönlichkeitsnahes Erleben anspricht, setzt meist ein tieferes, beiderseitiges Vertrauen und Wissen umeinander voraus. Eine solche Voraussetzung dürfte in der Regel eher in einer längeren Therapie gegeben sein, in der sich deshalb auch zunehmend stärker emotionsbestimmte, von rationaler Kontrolle eher entbundene „irrationale“ Beziehungsphänomene zeigen. Da diese gerade deswegen aber auch mehrdeutig sein können, ist mehr Zeit erforderlich, sie gemeinsam mit der Klientin zu klären. Rogers hat aber, abgesehen von einem Fall (Mrs. Oak, 47 Stunden), nur (Einzel-)Therapien von unter 30 Stunden durchgeführt (Auskunft von Germain Lietaer). Dies ist eine geringe Dauer, wenn man bedenkt, dass die durchschnittliche Dauer von Personenzentrierter Psychotherapie in Deutschland nach Eckert (2006) 69 Stunden beträgt bzw. betrug. Eckert (ebd.) macht dabei geltend, „dass Behandlungen, die nur rund ein Drittel der in der Praxis aufgewendeten Zeit brauchen, das Wirksamkeitspotential des Verfahrens nicht ausschöpfen“ (S. 272).

Die Therapeutin als Teilnehmerin und Beobachterin der therapeutischen Interaktion

Wendet man das von Rogers beschriebene Inkongruenz-Modell auf die Selbstexploration der Klientin in der therapeutischen Beziehung an, so muss man auch hier von Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten im Verlauf des therapeutischen Prozesses ausgehen. Diesen sich widersprechenden Phänomenen hat sich die Therapeutin, sofern sie sie wahrnimmt, natürlich mit jeweils gleichem anerkennendem Interesse und Bemühen um Verstehen zuzuwenden, wobei sie gegenüber diesen divergierenden Tendenzen jeweils eine wohlwollend unparteiische Haltung einzunehmen versucht. So überlässt sie der Klientin

die Entscheidung darüber, welcher Seite der Inkongruenz sie bei der Selbstexploration im Augenblick den Vorrang einräumt. Anfangs mag sich die Therapeutin zwar etwas mehr auf die Seite des Selbstkonzeptes bzw. des Selbstideals der Klientin stellen, indem sie aus dem (bewussten) Bezugssystem der Klientin heraus versteht und antwortet, um „*die innere Welt des Klienten mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so zu verspüren, als wäre sie die eigene (doch ohne die Qualität des ‚als ob‘ zu verlieren)*“ (Rogers, 1977b, S. 184). Dadurch fühlt sich die Klientin in ihrem Selbstverständnis nicht sofort infrage gestellt und entsprechend verunsichert, vielmehr von der Therapeutin sehr verstanden und so auch ermutigt, das eigene Erleben noch genauer zu erforschen. Sobald sich aber eine tragfähige Beziehung etabliert hat und die Klientin dem Prozess einer zunehmenden Selbstexploration vertraut, wird die Therapeutin in anerkennender Weise auch Aspekte des bisher kaum symbolisierten und abgewehrten organismischen Erlebens beachten und behutsam ansprechen. Damit ist die Therapeutin der Klientin im Prozess des Verstehens meist ein wenig voraus: „*Und gelegentlich gehe ich einen Schritt voran, wenn ich den Weg deutlicher sehe, auf dem wir uns befinden*“ (Rogers, 1986h/1991, 254). Rogers formuliert hier also den Anspruch, zumindest „gelegentlich“ die Klientin besser zu verstehen, als diese sich selbst versteht – ein Anspruch freilich, der heute für viele Personzentrierte Therapeutinnen, abgesehen von sehr „nichtdirektiv“ eingestellten, selbstverständlich sein dürfte (Keil & Stumm, 2018a). Nach einer auf diese Weise Aspekte des organismischen Erlebens „am Rande des Gewahrseins“ ansprechenden Intervention aber wird sich der Therapeut auch wieder akzeptierend den selbstkonzeptgeleiteten Aussagen der Klientin zuwenden. Sie arbeitet hier also mit verschiedenen, wenigstens mit zwei Persönlichkeitsanteilen (Behr et al., 2017; Keil & Stumm, 2018b), nämlich den selbstkonzeptbezogenen und den die organismischen Bedürfnisse repräsentierenden. Dabei versteht sie sich als Vermittlerin, als Mediatorin beider Anteile und bezieht deshalb gegenüber beiden Anteilen eine gewissermaßen überparteiliche Position. Die Therapeutin ist also nicht der Person der Klientin als ganzer gegenüber „unparteiisch“, vielmehr begegnet sie ihr mit „reflektierter Parteilichkeit“ (Gahleitner, 2005, S. 96, 98), er ist unparteiisch nur gegenüber ihren divergierenden Persönlichkeitsanteilen.

Allerdings ist das konsequente Durchhalten einer so verstandenen Überparteilichkeit im Prozess der psychotherapeutischen Interaktion keineswegs eine Selbstverständlichkeit. Denn die eingangs zitierte Metapher von Rogers (1980/1981, S. 78), der zufolge der Bereich des Gewahrseins nur die winzige Spitze einer riesigen Pyramide nichtbewusster organismischer Existenz ist, gilt besonders für die zwischenmenschliche Beziehung, auch für die therapeutische. Deshalb ist es naheliegend, auch bei der Letzteren immer zwei Ebenen zu unterscheiden, die

explizit gestaltete sowie erlebte Beziehung und die nicht bewusste sowie nicht explizit intendierte Beziehungsebene, auf der sich Beziehungsphänomene auch entgegen der ausdrücklichen Absicht der Akteurinnen gestalten können. Die nonverbalen, emotional-interaktionellen Austauschprozesse in einer Beziehung sind also zu einem größeren Teil als sich außerhalb des Gewährseins vollziehend anzunehmen. Das bedeutet aber nicht auszuschließen, dass in den spontanen, weitgehend nicht bewussten Austauschprozessen die Therapeutin unbemerkt zur Parteinahme verführt wird. Dabei kann sie trotz ihres Vorsatzes zur Überparteilichkeit gegenüber divergierenden Tendenzen und Bedürfnissen der Klientin sich überdauernd z. B. mit dem Selbstideal der Klientin verbünden und dadurch die Anerkennung organismischer Bedürfnisse erschweren oder gar völlig blockieren. Er/sie kann auch dazu neigen, sich unbemerkt einseitig mit den Klagen der Klientin zu identifizieren und nur die ärgerlichen Einengungen der überfürsorglichen Mutter zu sehen, ohne zu bemerken, wie sehr die Klientin solche vereinnahmende Fürsorglichkeit auch herausfordert. In empirischen Studien konnte gezeigt werden, dass es nur sehr erfahrenen Therapeutinnen gelingt, dem Aufforderungscharakter von vor allem nonverbal vermittelten emotionalen Botschaften der Beziehungspartnerin (bzw. Klientin) nicht zu entsprechen (Merten & Krause, 2008). Die hiermit gegebene Gefahr einer nichtbewussten Übernahme des spontanen Rollenangebots der Klientin (z. B. die Rolle der Verbündeten mit dem gegen paternalistische Ungerechtigkeit oder mütterliche Vereinnahmung Kämpfenden) dürfte besonders in einer Therapie gegeben sein, in der das spontane, nicht durch Prozess- und Zielplanungen zu beeinträchtigende Beziehungsgeschehen betont wird. Deshalb erscheint es hier notwendig, dass die Therapeutin ihre eigenen Einstellungen und auch ihr eigenes Interaktionsverhalten, aber natürlich auch das der Klientin, kritisch beobachtet. Gefordert ist genau dieser kritische Blick, der nüchtern reflektierend fragt, „was geschieht hier eigentlich zwischen uns?“ Man braucht es ja nicht gleich mit Freud (1912/1975) zu halten, der seinen Kolleginnen riet, ihr „menschliches Mitleid beiseite“ (S. 175) zu drängen, und selbst „Gefühlskälte“ (ebd.) empfahl, um eine nüchterne, objektive Beurteilung der therapeutischen Situation nicht zu gefährden (es waren allerdings wohl auch wissenschaftspolitische Erwägungen gewesen, die Freud zu einer so harschen Formulierung führten). Für Personenzentrierte Therapeutinnen genügt es, während der therapeutischen Interaktion immer einmal wieder für kurze Augenblicke zu sich selbst und den eigenen Gefühlen in die reflektierende Distanz kritischer Beobachterinnen zu treten.

Auf den ersten Blick könnte man meinen, Rogers (1977b) lehnte die Rolle eines reflektierenden Beobachters in der Psychotherapie ab, indem er sagte, „*dass wir in eben dem Maße, in dem wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen*

nachhängen, zum Zuschauer werden und nicht mehr selber mitspielen – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler“ (S. 171; Hervorh. v. Verf.). Im Anschluss an diese Äußerung deutet Rogers allerdings an, diese Zurückweisung einer Zuschauer- bzw. Beobachterrolle nur auf die unmittelbare therapeutische Situation, nicht auf die Therapie als gesamten Verlauf zu beziehen, was im Prinzip der hier vertretenen Position entspricht. An anderer Stelle allerdings begründet Rogers (1961a/1973b, S. 210f.) seinen Einwand gegen die Beobachterrolle damit, dass bei einer von emotionaler Distanz und Absage an Anteilnahme geprägten „nüchternen“ Beobachtung, besonders bei der wissenschaftlichen Beobachtung, der Mensch zum Objekt gemacht würde und als ein solches manipulierbar sei. Nun soll aber in der *Beobachterbeziehung* die Therapeutin auch sich und ihr Verhalten selbst zum Objekt machen, indem sie sich in der Selbstbeobachtung kritisch prüft, ob sie vielleicht in nichtbeabsichtigter Weise ihren eigenen Bedürfnissen entsprechend tatsächlich die Klientin manipuliert. Auf der anderen Seite soll sie natürlich auch die Klientin daraufhin beobachten, ob diese sie, die Therapeutin, „manipuliert“ (und zwar mit einem für die Klientin letztlich dysfunktionalen Ergebnis), was beide in der Spontanität des „Mitspielens“ und der gegenseitigen unbewussten Rollenzuschreibungen vielleicht zunächst gar nicht bemerken. Das „Mitspielen“ und das Beobachten schließen hier einander nicht aus, sondern sie stehen zueinander in einem polaren Ergänzungsverhältnis; man könnte auch sagen, ihr scheinbarer Gegensatz ist ein dialektischer, der in einer Art Synthese „aufgehoben“ werden muss.

Nun ist es nicht schon ein therapeutischer Fehler, wenn die Therapeutin anfangs die von der Klientin angebotene Rolle übernimmt, zumal sie diese Rollenübernahme oft zunächst gar nicht bemerkt. Bemerkt sie sie aber auf Dauer nicht, kann eine Art der Allianz entstehen, die mögliche dysfunktionale Interaktionsmuster der Klientin verstärkt. Nehmen wir das Beispiel eines Therapeuten, der sich durch das Rollenangebot einer Klientin dazu verführen lässt, sich als ihr Retter zu fantasieren. Die Klientin beklagt z. B. eine wegen der beruflichen Vielbeschäftigung ihres Mannes als Manager in einem Industrieunternehmen trostlose Ehesituation mit chronischen Vernachlässigungserfahrungen und gibt zugleich zu verstehen, wie wunderbar beachtet, wertgeschätzt und zutiefst verstanden sie sich durch den Therapeuten fühlt. Bleibt der Therapeut überdauernd mit dieser ihm angetragenen Rolle eines idealen Therapeuten (und implizit eventuell auch eines idealen Partners) identifiziert, so verhindert er u. U. eine Selbstexploration der Klientin zugunsten einer ausschließlichen Beschäftigung mit dem enttäuschenden Ehemann. Außerdem wehren beide in diesem Zusammenspiel etwas ab, er in dem Sich-bewundern-Lassen seine geheimen Versagensängste, sie ihr Bedürfnis, selbst bewundert zu werden. Diese von Analytikerinnen beschriebene interpersonelle Abwehrform der „Kollusion“ hat

inzwischen auch Eingang in das personzentrierte Schrifttum gefunden (Danner, 2005).

Das „gute Einvernehmen“ zwischen Therapeutin und Klientin ist sicher oft für viele Phasen eines Therapieprozesses hilfreich. Die Therapeutin muss sich dabei aber auch fragen, ob gerade dabei nicht bestimmte Entwicklungsziele der Klientin, die aktuell ihrem Gewahrsein vielleicht kaum zugänglich sind, unbeachtet bleiben. Denn dies ist doch die Botschaft der personzentrierten Störungstheorie, dass nämlich wichtige Aspekte des Erlebens, da nicht oder nur verzerrt symbolisiert, der Klientin selbst verborgen sein können, und diese sich selbst deshalb missversteht (Rogers, 1959a/1987, S. 51ff.) und so eben nicht in jeder Hinsicht und in jeder Situation die bestverstehende Expertin ihrer selbst ist. Hier der Klientin u. U. im Verstehen korrigierend „voraus“ (Rogers, 1951a/1973a, S. 114) zu sein, gehört zu dem, was man die therapeutische Verantwortung nennen könnte (auch für diese „Verantwortung“ dürfte die o.g. Dialektik gelten).

Dauert das oben im Beispiel angedeutete spontane, unwillentliche, anteilnehmende „Mitspielen“ hier allerdings nur eine kurze Zeit, um sodann reflektierend beobachtet zu werden, kann dies insofern „produktiv“ sein, als der Therapeut auf dem Hintergrund seiner unmittelbaren Resonanz als Mitspieler bzw. Teilnehmer ein besonders eindrückliches Bild der „inneren Welt“ (auch der nichtbewussten) der Klientin erhalten kann, z. B. hinsichtlich deren Beziehungserwartungen und ihrer Art, diese zu kommunizieren, der Abwehr ihrer Selbstwertzweifel oder der möglichen Ambivalenz ihrer Nähe-Sehnsucht. Bei diesem Vorgehen würde es sich übrigens annähernd um das handeln, was der Analytiker Lorenzer (1970/1976) das „szenische Verstehen“ (S. 138–194) nannte, bei dem die Klientin sich (unbewusst) zu erkennen gibt durch eine bestimmte Szene im Interaktionsgeschehen, die als eine für sie charakteristische Interaktionsform eine Reinszenierung von früheren Beziehungserfahrungen und -erwartungen darstellt.

Die Beobachterposition wiederum ist im konkreten Therapieprozess natürlich nur ein Moment dieses Prozesses, ein anderes ist eben die Mitspieler- oder Teilnahmeposition. Die Therapeutin muss dabei ständig zwischen Beobachter- und Teilnehmerposition oszillieren. Schwieriger ist es, beides als „teilnehmende Beobachterin“ gleichzeitig zu vollziehen. In jedem Falle muss die Therapeutin eine Art Spaltung zwischen ihren beobachtenden und „mitspielenden“ Selbstanteilen realisieren. Bei der therapeutischen Bearbeitung einer Situation wie der o. g. geschieht diese beziehungsreflektierende Bearbeitung auf einer bereits vollzogenen Synthese von Beobachter- und Mitspielerposition. Die Position der Beobachters ist von der Therapeutin aber auch gefordert, wenn sie z. B. zu beurteilen hat, ob die Klientin hinsichtlich ihrer „Selbststruktur“ emotional belastbar genug ist, um abgewehrte, noch kaum symbolisierte Bedürfnisse anzusprechen. Oberreiter (2019) sprach in diesem

Zusammenhang von der Notwendigkeit einer „strukturelle[n] Empathie“.

Aber wie soll der Vollzug dieser Synthese therapiepraktisch aussehen, und – noch spezieller gefragt – wie soll die Therapeutin ihre Beobachtung und die darauf gründende Beurteilung der Klientin so mitteilen, dass diese Mitteilung für die Klientin auch weiterführend ist? Dazu hat Gendlin (1968/2002) wichtige Hinweise gegeben (Deloch, 2019). Er führt aus, dass es nicht genügt, wenn die Therapeutin die Klientin mit ihrer Beobachtung und der Resonanz, die die Klientin in ihr auslöste, konfrontiert, stattdessen muss sie der Klientin helfen, ihrer z. B. dysfunktionalen Interaktionsmuster nicht einfach beschämt gewahr zu werden, sondern diese in ihrer konstruktiven Funktionalität, die sie früher einmal hatten und die sie jetzt in bestimmter Hinsicht vielleicht noch immer haben, erleben zu können. Ihr dysfunktional erscheinendes Beziehungserleben soll die Klientin nicht abrupt ändern müssen, sondern in konstruktiver Weise weiterentwickeln (Gendlin, 1968/2002). Die Therapeutin müsse hier so auf die Klientin reagieren, „*dass die gegenwärtige Interaktion in einer Art und Weise fortgesetzt wird, die über das alte Muster hinausgeht*“ (Gendlin, 1996/1998, S. 448; Hervorh. v. Verf.). Das könnte im o. g. Fall bedeuten, dass der Therapeut zunächst z. B. die Idealisierung seiner Person per *Beziehungsklären* hinterfragt (s. u.), um sodann mit der Klientin zu erkunden, was ihr Idealisierungsbedürfnis für sie in verschiedenen Erlebenskontexten bedeutet, auch hinsichtlich der Möglichkeiten ebenso kreativer wie realisierbarer Lebensgestaltung, und welche Weiterentwicklung der Interaktionsmuster sich daraus ergeben könnten. Seine Idealisierung durch die Klientin ansprechend, aber noch nicht hinterfragend, könnte er z. B. sagen:

T: Sie scheinen die Beziehung zu mir als etwas ganz Besonderes zu erleben, etwas, wonach Sie sich schon lange gesehnt haben.

T: (nun tendenziell hinterfragend): Wenn Sie bei mir einen Fehler oder eine Schwäche entdecken würden, wäre das wohl sehr enttäuschend für Sie?

Diese formelhafte Zusammenfassung eines längeren Prozesses könnte suggerieren, die Therapeutin steuere formal und vor allem inhaltlich sehr strikt diese „Weiterentwicklung“. Diese soll sich jedoch aus den subtil zu befragenden Erlebensmomenten der Klientin selbst ergeben (Deloch, 2010), was hier nicht im Einzelnen dargestellt werden kann.

Die therapeutische Beziehung als Thema der Therapie

Die Auseinandersetzung der Klientin mit ihrem eigenen Selbst kann, vor allem bei längerer Therapiedauer, auch zu einer solchen mit der Person der Therapeutin führen, und zwar in einer

expliziten Weise, implizit findet sie ohnehin meist von Beginn an statt. Das aber bedeutet, dass die therapeutische Beziehung selbst zu einem Thema der Therapie wird. Eine explizite Thematisierung der therapeutischen Beziehung vonseiten der Klientin zeigt sich z. B. in Fragen nach dem beruflichen oder privaten Leben der Therapeutin, in Anerkennungsbekundungen oder Kritik und Klagen, aber auch in Form von Beziehungsanspielungen (Finke, 2019), wobei die Letzteren einen Übergang zur impliziten Beziehungsthematisierung darstellen. Solche Phänomene legen vonseiten der Therapeutin u. a. den Einsatz des Praxismerkmals *Beziehungsklären* („immediacy“ bei Carkhuff, 1969, z. B. S. 192f., 211) nahe. Letzteres führt zu einer Betonung des interaktionellen Aspektes in der PZT (Kessel & Linden, 1993; Kessel & Lietaer, 1998; Finke, 2019). Die Therapeutin nimmt hier eine Zwischenstellung zwischen der Position eines Alter Ego und einer Dialogpartnerin ein. Hatte Rogers (1951a/1973a, S. 42) in Bezug auf die Alter-Ego-Rolle gesagt, es gehe darum, die Welt mit den Augen der Klientin zu sehen, so muss die Therapeutin beim *Beziehungsklären* sich selbst mit den Augen der Klientin sehen. Die Therapeutin kommt also explizit als Person ins Spiel (implizit war er dies von Anfang an). Dieser Blick auf das Beziehungsgeschehen aus der Sicht der Klientin, das explizite wie aber auch das implizite, hat zur Folge, dass die Therapeut-Klient-Interaktion „verwickelter“ erscheint, als es ein konventionell festgelegtes Rollenverhältnis von Therapeutin und Klientin zunächst nahelegt. Das kann auch bedeuten, dass im Laufe eines längeren Therapieprozesses der Eindruck einer gewissen Uneindeutigkeit der therapeutischen Situation entsteht (was u. U. eine intensive Supervision nahelegt). Aber dies ist nicht nur hinzunehmen, sondern als unerlässliche Aufgabe zu sehen, wenn man es mit dem Konzept einer „Beziehungstherapie“ ernst meint und somit das beiderseitige Beziehungserleben auch in seiner Ambivalenz und Widersprüchlichkeit zu verstehen sucht.

Im vorigen Abschnitt war das Beziehungsklären als Interventionsform schon angesprochen worden. In Bezugnahme auf das in diesem Zusammenhang oben dargestellte Beispiel könnte der Therapeut in diesem Sinne fortfahren:

T: Sie scheinen in mir einen Menschen von besonderer Güte und Einfühlungsfähigkeit zu sehen.

T: Sie könnten mir nur vertrauen, wenn Sie mich ganz ohne Fehl und Tadel sehen können.

Der Therapeut würde hier also auf die Idealisierung seiner Person, aber andeutungsweise auch schon auf die Zuweisung der Rolle des großen Heilers und idealen Partners hinweisen. Solche Äußerungen implizieren auch bereits einen konfrontierenden und damit tendenziell einen beschämenden Aspekt, da hier auf eine „Schwäche“ bzw. ein Merkmal hingewiesen wird, das unvereinbar sein kann mit der Vorstellung von einer

„autonomen Person mit gesundem Menschenverstand“. Um eine solche Beschämung abzumildern, kann es sinnvoll sein, auch ein mögliches Motiv der angesprochenen Beziehungserwartungen zu nennen, was der Klientin auch das Selbstverstehen und die Akzeptanz ihrer „irrationalen“ Bedürfnisse erleichtern kann:

T: Vielleicht ist es Ihr Erleben von Zurückweisung und Nichtbeachtung, was Sie dazu bringt, sich nach dem ganz anderen zu sehnen und in manchen Menschen nur das Gute sehen zu wollen. Deshalb auch würden Sie es vielleicht nur schwer ertragen, bei mir auch Fehler zu entdecken.

Das Klären der auf die Therapeutin gerichteten Gefühle und Wünsche soll der Klientin natürlich ermöglichen, sich generell mit diesen Gefühlen und Erwartungen auseinanderzusetzen, mit ihren lebenspraktischen Konsequenzen, mit den Möglichkeiten der Erfüllbarkeit der Wünsche, aber auch mit ihren Ursprüngen in der Lebensgeschichte. Doch auch die Therapeutin wird ihr Erleben der therapeutischen Situation, ihre diesbezügliche „nichtbewusste organismische Existenz“, zu klären versuchen. Um dem nachzuspüren, inwieweit sie dazu neigen könnte, die von der Klientin angebotene Rolle zu übernehmen, wird die Therapeutin natürlich auch ihre eigene Resonanz befragen. Tut es dem Therapeuten im Fallbeispiel allzu gut, als ein so empathiebegabter Mensch gesehen zu werden, und hat er genau dies vielleicht auch unwillkürlich der Klientin signalisiert? Und ist es ihm auch keinesfalls unlieb, von der auch physisch attraktiven Klientin als idealer Partner fantasiert zu werden? „Das Tun des Einen [ist] das Tun des Anderen“ (Hegel, 1807/1952, S. 147; Erg. v. Verf.), dieses berühmte Hegel-Wort von der Gegenseitigkeit in Beziehungen kann natürlich nicht in naiver Direktheit als unmittelbare Erklärungsformel für jede Beziehungssituation herhalten, aber es impliziert eine Frage, die die Therapeutin sich bei der Betrachtung des Verhaltens ihrer Klientin immer wieder stellen sollte. So sollte sie besonders im Rahmen des Beziehungsklärens auch die Klientin immer wieder einmal fragen: „*Was an meinem Verhalten ist es, das Sie zu dieser Einstellung mir gegenüber, zu dieser Vorstellung von mir gebracht hat?*“ Die Therapeutin räumt damit ein, dass es nicht nur das Problem der Klientin ist, solche Fantasien auf sie, die Therapeutin, zu projizieren, sondern dass Letztere möglicherweise zu den Beziehungsfantasien und Projektionen der Klientin beigetragen hat. Dieses Erleben der gemeinsamen Beziehungsreflexion kann für die Klientin im Fallbeispiel auch eine bedeutsame „korrigierende emotionale Erfahrung“ („corrective emotional experience“; Alexander & French, 1946, v. a. S. 66–70) sein.

Wenn Rogers (1951a/1973a, S. 47) der Therapeutin empfiehlt, ihr eigenes Selbst beiseitezustellen, um ganz in der Rolle eines Alter Ego der Klientin aufzugehen und damit eine

asymmetrische und einseitige Beziehung zu etablieren, so kann dies auch ein gewisser Schutz sein, sich nicht in den Unübersichtlichkeiten unwillentlicher (und ggf. dysfunktionaler) Gegenseitigkeiten zu verstricken. Aber eine Fixierung auf das Konzept der Alter-Ego-Beziehung kann auch den Blick dafür trüben, dass sich trotz eines konzeptkonformen Verhaltens der Therapeutin gewissermaßen unterhalb der Ebene der expliziten Beziehung ein nicht intendierter, impliziter, also nicht symbolisierter gegenseitiger Austausch von Erwartungen und Bedürfnissen herausbildet. Denn auf der Seite der Therapeutin wie der Klientin werden sich nach einer gewissen Zeit Fantasien um die Person der jeweils anderen einstellen. Wie die Person wohl im Beruf zurechtkommt? Wie sie sich einem Chef oder Ehepartner*in gegenüber in dieser oder jener Situation verhalten mag? Welche Beziehung man mit ihr gehabt hätte, wenn sie der/die eigene Bruder/Schwester oder Sohn/Tochter gewesen wäre? Bei einer Klientin mag sich der männliche Therapeut plötzlich bei Fantasien um deren durchaus reizvolles Aussehen und der Vorstellung, sie als Partnerin/Ehefrau zu haben, ertappen (Zach, 2015). Auf der anderen Seite wird sich in analoger Weise die Klientin mit der Person der Therapeutin befassen und zwar sowohl auf der bewussten wie auch auf einer weitgehend nichtbewussten Ebene. Dabei wird es zu einem oft unbemerkten, sich rein nonverbal vollziehenden Abgleichen der gegenseitigen Erwartungen kommen, die natürlich auch durch die jeweiligen lebensgeschichtlich bedingten Beziehungserfahrungen geprägt sind.

Die sich hierbei jenseits des Gewährseins vollziehenden quasi dialogischen Austauschprozesse können therapieförderlich, aber auch therapieblockierend sein. Entspricht die Therapeutin, oft unbemerkt, zu sehr den impliziten Erwartungen der Klientin, unterstützt sie damit u. U. dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen der Klientin. Reagiert die Therapeutin hier sehr verhalten oder gar abweisend, könnte die Klientin sehr verängstigt oder gar abwehrend reagieren.

Der Doppelsinn der „Dinge“ als Problem der Personzentrierten Therapie

Bei der Begegnung von Therapeutin und Klientin ist immer auch zu fragen, in welcher Hinsicht die Einstellungen und das Verhalten der Therapeutin von den Einstellungen und Erwartungen der Klientin beeinflusst werden. Auf welche Rollenangebote der Klientin reagiert sie spontan gern entgegenkommend, „mitspielend“, auf welche eher nicht? Therapeutinnen neigen meist dazu (und sie verhalten sich in der PZT damit ja auch konzeptkonform), den Erwartungen und Vorstellungen der Klientinnen von einer idealen Therapeutin zu entsprechen, warmherzig, einführend, geduldig, vor allem bedingungsfrei

positiv beachtend zu sein. Durch die auch nonverbal kommunizierten Botschaften der Klientin, in der Therapeutin eine solche Idealgestalt gefunden zu haben, könnte sich die Therapeutin ebenso geschmeichelt wie motiviert fühlen, noch stärker dem Therapeutinnen-Ideal der Klientin zu entsprechen. Das aber könnte wiederum die Klientin motivieren, ihrerseits für die Therapeutin eine ideale Klientin, überhaupt eine ideale Partnerin zu sein und alles daran zu setzen, die Therapeutin in dieser Hinsicht nicht zu enttäuschen. Gerade das könnte sie daran hindern, jene Aspekte ihres organismischen Erlebens gewahr werden zu lassen, die mit ihrem Selbstkonzept, insbesondere mit ihren Selbstidealen, und eben auch mit den bei der Therapeutin vermuteten Idealen wenig vereinbar sind. Die Klientin könnte „unterschwellig“ befürchten, die Achtung und unbedingte Wertschätzung ihrer vermeintlich ihrerseits so hohen Idealen verpflichteten Therapeutin zu verlieren, wenn sie bei sich z. B. Gefühle von Neid, Rivalität und Missgunst explorieren würde. So könnte sich die wechselseitige narzisstische Bestätigung und Idealisierung auf die Selbstexploration der Klientin und damit die Therapie überhaupt negativ auswirken. Dies weist noch einmal darauf hin, wie sehr die auch von ihrem Werterleben geprägte Resonanz der Therapeutin die Klientin im Guten wie im Schlechten beeinflussen kann, auch wenn dies nicht willentlich kommuniziert wird. Im guten Falle würde die Klientin durch die bedingungsfreie Akzeptanz der Therapeutin zur Selbstexploration ermutigt, im schlechten Falle würde sie gerade durch die beeindruckende Toleranz der Therapeutin abgeschreckt, bei sich selbst gegenläufige Gefühle z. B. von Intoleranz, Ressentiment und Rachsucht zu explorieren.

Die „Dinge“, hier also das gegenseitige Bemühen um Achtung und Anerkennung in der Begegnung, haben also einen zweifachen, oder besser, einen zwiespältigen Sinn, sie implizieren die Möglichkeit zur guten, aber auch zur gegenteiligen Entwicklung. Auch eherne Therapieprinzipien können ihre zwei Seiten haben, eine intendierte und eine nicht beabsichtigte. Dass auch in anderer Hinsicht die „Dinge“, z. B. die verbalen und nonverbalen Äußerungen der Klientinnen, oft nicht so sind, wie sie scheinen, dass sie einen Doppelsinn haben, einen expliziten und einen impliziten, einen verfälschten und einen wahren, ist eigentlich schon durch das Inkongruenzmodell vorgegeben. Denn wenn Rogers (1959a/1987, S. 31) ausführt, das Selbstkonzept werde vor einer Infragestellung geschützt, indem bestimmte Aspekte des organismischen Erlebens nicht oder nur verzerrt symbolisiert werden, bedeutet das ja, dass die entsprechende Person ein falsches Bild, eine unzutreffende Vorstellung von sich selbst hat. Sie täuscht sich also über sich selbst, sie ist anders, als sie sich selbst und oft auch anderen erscheint. Auch das Eingangszitat von Rogers (1980/1981) zu diesem Beitrag, dem zufolge die Fähigkeit zum Gewährsein nur „die winzige Spitze einer riesigen Pyramide nichtbewusster

organismischer Existenz“ (S.78) sei, legt nahe, in der bewussten Selbstwahrnehmung nur einen fragwürdigen Zeugen des wahren Selbst zu sehen.

Nun wollte sich Rogers in seiner Therapietheorie aber gerade von einer Enthüllungshermeneutik, wie sie wohl in der frühen Psychoanalyse gepflegt wurde und durch die die Klientin in der Verfälschung ihrer Selbstwahrnehmung entlarvt werden sollte, abgrenzen. Er hat eine detektivische Suchhaltung, bei der die abgewehrten, „wahren“, meist beschämenden Motive oder Bedürfnisse der Klientin „aufgedeckt“ werden sollen, strikt zurückgewiesen. Vielmehr hat er sehr die Anerkennung des offensichtlichen, expliziten Sinns der Klientinnenaussage betont, wenn er z. B. von der Klientenzentrierten Therapeutin „eine ‚leichtgläubige‘ Haltung [...] [forderte], bei der der Klient so akzeptiert wird, wie er sich mitteilt, ohne dass der Therapeut insgeheim den Verdacht hegt, der Klient sei im Grunde ganz anders“ (Rogers 1977b, S. 24; Erg. v. Verf.). Die Achtung der Würde der Klientin gebietet nämlich der Personzentrierten Therapeutin, in den Aussagen der Klientin nicht von vorneherein eine Fälschung oder gar Unwahrhaftigkeit zu sehen. Damit entspricht sie auch dem „Billigkeitsprinzip“ der frühen Hermeneutik, dem/der Autor*in eines fremden Textes zunächst das Bemühen um Wahrheit zuzubilligen (Meier, 1757/1996, S. 17).

Es fragt sich jedoch nun, wie der Therapietheoretiker Rogers mit dem Störungstheoretiker Rogers zu versöhnen ist. Hier könnte man sich an dem (Hegel zugeschriebenen) dialektischen Schema orientieren, nach dem der Widerspruch von These und Antithese in einer Synthese so aufzuheben ist, dass ein Wahrheitsgehalt beiden Seiten zuerkannt wird. Auch im hier erörterten Falle gilt, dass die gegenläufigen Positionen therapietheoretisch und vor allem therapiepraktisch einander nicht ausschließen, sondern zueinander in einem polaren Ergänzungsverhältnis stehen: Auf der einen Seite muss die Therapeutin positiv beachten und anerkennend „spiegeln“, was die Klientin zu sagen hat, um ihr die Möglichkeit zu geben, sich mit ihrem Selbstverständnis auseinanderzusetzen und sich so einer zunehmend „exakten Symbolisierung“ ihres Erlebens zu nähern. Auf der anderen Seite muss die Therapeutin auch die Inkongruenz und die dadurch bedingte Verzerrung der Selbstwahrnehmung der Klientin wahrnehmen und therapeutisch berücksichtigen. Dieser Gegensatz ist beim *Einfühlenden Verstehen* dadurch dialektisch „aufzuheben“, dass die Therapeutin einerseits die Klientin aus sich selbst heraus, d. h. aus deren Bezugssystem versteht (reproduktives Verstehen) und andererseits der Klientin im Verstehen gelegentlich „auch einen Schritt voran geht“ (Rogers, 1986h/1991, S. 254), sodass sie „auch jene [Bedeutungen], die gerade unterhalb der Schwelle des Bewusstseins liegen, klären kann“ (Rogers, 1986/1991, S. 240; Erg. v. Verf.). Die Therapeutin versteht im letzteren Falle aus ihrem eigenen therapeutischen Bezugssystem und erweitert so das

Verständnis der Klientin um eine Sinnebene („produktives Verstehen“, Finke, 2019, S. 40). Aber sie vollzieht den Übergang dieser Verstehensweisen so, dass die Klientin es nie als beschämende Überführung einer Selbsttäuschung erleben muss, sondern sich vielmehr als Mitakteurin dieses hermeneutischen Prozesses erleben kann.

Literatur

- Alexander, F.G. & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy. Principles and application*. New York: Ronald.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1195–1211). Tübingen: DGVT.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer, H.-J. & Vahrenkamp, S. (2017). *Gespräche hilfreich führen. Bd. 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie. Personzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Carkhuff, Robert R. (1969). *Helping and human relations. A primer for lay and professional helpers*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cornelius-White, J. H. D., Kanamori, Y., Murphy, D. & Tickle, E. (2018). Mutuality in psychotherapy: A meta-analysis and meta-synthesis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28 (4), 489–504. Verfügbar unter: <https://nottingham-repository.worktribe.com/OutputFile/944508> [13. 11. 2020].
- Danner, D. (2005). Wenn das klientenzentrierte Beziehungsangebot am Ende ist: Die Helfer-Klient-Kollusion als Ressource. *Person*, 9(2), 123–130.
- Deloch, H. (2010). Das Nicht-Sagbare als Quelle der Kreativität. E. T. Gendlins Philosophie des Impliziten und die Methode Thinking at the Edge. In S. Tolksdorf & H. Tetens (Hrsg.), *In Sprachspiele verstrickt. Oder: Wie man der Fliege den Ausweg zeigt. Verflechtungen von Wissen und Können* (S. 259–284). Berlin: Gruyter.
- Deloch, H. (2019). Focusing. In J. Finke, *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik* (Reihe: Personzentrierte Therapie & Beratung, Bd. 16; S. 123–172). München: Reinhardt.
- Eckert, J. (2006). Evaluation und Qualitätssicherung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 267–293). Heidelberg: Springer.
- Eckert, J., Schwartz, H.-J. & Tausch, R. (1977). Zusammenhang von Erfahrungen von Klienten während psychotherapeutischer Gespräche mit Änderungen am Ende der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 6(1), 177–184.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1: Allgemeiner Teil* (S. 457–489). Tübingen: DGVT.
- Finke, J. (2019). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 16). München: Reinhardt.
- Freud, S. (1975). Ratschläge für den Arzt bei der Psychoanalytischen Behandlung. In S. Freud, *Studienausgabe. Ergänzungsbd.: Schriften zur Behandlungstechnik* (S. 169–180). Frankfurt: Fischer (Original erschienen 1912).
- Gahleitner, S.B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.

- Gahleitner, S. B. (2020). *Professionelle Beziehungsgestaltung in der psychosozialen Arbeit und Beratung* (Reihe: Beratung, Bd. 17; 2., überarb. u. erw. Aufl.). Tübingen: DGVT.
- Gendlin, E. T. (2002). The experiential response. Teil I: Regeln für das therapeutische Antworten. *Focusing-Journal*, 5 (1 [Nr. 8]), 2–9. Verfügbar unter: https://www.deutsches-focusing-institut.de/images/journale/Focusing-Journal_o8.pdf [13.11.2020] (englisches Original erschienen 1968: The experiential response. In E. F. Hammer [Hrsg.], *Use of interpretation in treatment. Technique and art* [S.208–227]. New York: Grune & Stratton).
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode* (Reihe: Leben lernen, Bd. 119). München: Pfeiffer (englisches Original erschienen 1996: *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. New York: Guilford).
- Gordon, T. (1972). *Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind*. München: Heyne (englisches Original erschienen 1970: *Parent effectiveness training*. New York: Wyden).
- Hegel, G. W. F. (1952). *Phänomenologie des Geistes* (6., unveränd. Aufl.). Hamburg: Meiner (Original erschienen 1807).
- Höger, D. (2012). Gedanken über den Begriff „Beziehung“. In U. Diethardt, L. Korbei & B. Pelinka (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie – quo vadis? Festschrift zum 75. Geburtstag von Prof. Mag. Wolfgang W. Keil* (S. 37–43). Wien: Facultas.
- Höger, D. & Eckert, J. (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome“ bei Psychotherapien. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 26 (2), 129–137.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person*, 18(1), 31–43.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2018a). Arbeit mit der Beziehung. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2., aktual. Aufl.; S. 53–70). Heidelberg: Springer.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2018b). Methoden und Techniken. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2., aktual. Aufl.; S. 31–52). Heidelberg: Springer.
- Kessel, W. v. & Lietaer, G. (1998). Interpersonal processes. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Hrsg.), *Handbook of experiential psychotherapy* (S. 155–177). New York: Guilford.
- Kessel, W. v. & Linden, P. v. d. (1993). Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie: Der interaktionelle Aspekt. *GwG-Zeitschrift*, 24(1 [Nr. 90]), 19–32.
- Lietaer, G. (2001). Being genuine as a therapist: congruence and authenticity. In G. Wyatt (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory and practice. Bd. 1: Congruence* (S. 36–54). Ross-on-Wye, UK: PCCS.
- 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.
- Lorenzer, A. (1976). *Spracherstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse* (2., unveränd. Aufl.). Frankfurt: Suhrkamp (Erstaufl. erschienen 1970).
- Meier, G. F. (1996). *Versuch einer allgemeinen Auslegungskunst* (Reihe: Philosophische Bibliothek, Bd. 482). Hamburg: Meiner (Original erschienen 1757).
- Merten, J. & Krause, R. (2008). Beziehungsregulation im Alltag und in der Psychotherapie – Schlussfolgerungen für Praxis und Theorie in der Psychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1: Allgemeiner Teil* (S. 345–378). Tübingen: DGVT.
- Oberreiter, D. (2019). Die Therapie der Ichgrenzenstörung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie. *Person*, 23(1), 17–33. Verfügbar unter: <https://pce-literature.org/en/publications/die-therapie-der-ichgrenzenstoerung-unter-besonderer-beachtung-struktureller-empathie-2019.pdf> [3.6.2021].
- Rogers, C. R. (1973a). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie* (Reihe: Kindler Studienausgabe; 2., unveränd. Aufl.). München: Kindler (englisches Original erschienen 1951a: *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1973b). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: Klett (englisches Original erschienen 1961a: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Reihe: Arbeiten zur nicht-direktiven Beratung). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1981). Der neue Mensch (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1980: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes* (Reihe: GwG-Thema). Köln: GwG (englisches Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch [Hrsg.], *Psychology. A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Bd. 3: Formulations of the person and the social context* [S.184–251]. New York: McGraw-Hill).
- Rogers, C. R. (1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Reihe: Edition Psychologie und Pädagogik; S. 165–184). Mainz: Grünewald (englisches Original erschienen 1957a: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103).
- Rogers, C. R. (1991). Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Reihe: Edition Psychologie und Pädagogik; S. 238–256). Mainz: Grünewald (englisches Original erschienen 1986h: A client-centered/person-centered approach to therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf [Hrsg.], *Psychotherapist's casebook. Theory and techniques in the practice of modern therapies* [S.197–208]. San Francisco, CA: Jossey-Bass).
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1992). Rogers und Buber im Gespräch. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1992* (S. 184–201). Köln: GwG (Gespräch von 1957; englisches Original erschienen 1960: Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3 (4), 208–221).
- Rosa, H. (2019). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp (Erstausg. erschienen 2016).
- Zach, B. (2015). Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen im psychotherapeutischen Prozess. *Person*, 19 (2), 117–132.

Halt geben ab der ersten Minute

Personzentrierte Beziehungsgestaltung mit komplex traumatisierten Kindern

Christine Wakolbinger

Wien

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, die sehr früh und anhaltend traumatisiert wurden, stellt die Beziehungsgestaltung in der personzentrierten Spieltherapie eine besondere Herausforderung dar. Was brauchen komplex traumatisierte Kinder an konkreten (Spiel)antworten der*des Therapeut*in von Anfang an, um sich verstanden zu fühlen? Was braucht der*die Therapeut*in an Wissen und persönlichen Fähigkeiten, um auf die durchaus herausfordernden Beziehungswünsche und Beziehungsanforderungen dieser Kinder auf eine hilfreiche Art und Weise eingehen zu können? Dieser Prozess beginnt ab dem ersten Moment der Begegnung. In den ersten Kontakten zwischen Kind und Therapeut*in werden die entscheidenden Weichenstellungen für den weiteren Therapieverlauf gelegt. Anhand der detaillierten Darstellung der ersten Therapiestunden einer personzentrierten Kinderpsychotherapie mit einem komplex traumatisierten Buben wird der für diese Arbeit notwendige umfassende Verstehensprozess und die damit verbundene hochspezifische Beziehungsgestaltung besprochen.

Schlüsselwörter: Spieltherapie, therapeutische Beziehungsgestaltung, Therapiebeginn, komplex traumatisierte Kinder

Support from the very beginning — personcentered relationship with children with complex trauma. The psychotherapeutic work with early and persistently traumatized children is a special challenge for the relationship design in personcentered play therapy. Which precise (play)answers do children with complex trauma need from the therapist to feel understood? Which knowledge and personal skills does the therapist need to respond to the challenging relationship wishes and requirements in a helpful way? This process starts from the moment of first encounter. During the first contacts between child and therapist the decisive course for further therapy is set. Based on accurate descriptions of the first therapy sessions of a personcentered child therapy with a complexly traumatized boy, the comprehensive cognitive process and the highly specific relationship design for this work is discussed.

Keywords: play therapy, therapeutic relationship, start of therapy, children with complex trauma

In den vergangenen Jahren ist eine starke Zunahme an Anfragen aus therapeutischen Wohngemeinschaften zu verzeichnen, die dringend Psychotherapeut*innen suchen, die mit ihren dort fremduntergebrachten, häufig komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch arbeiten wollen und können. Zunehmend werden Psychotherapeut*innen gesucht, die bindungsorientiert arbeiten, da immer mehr Bewusstsein dafür entsteht, dass diese Kinder unter schweren

Bindungsstörungen leiden und die Traumatherapie mit früh vernachlässigten, misshandelten oder missbrauchten Kindern im Grunde Bindungstherapie bedeutet (Brisch, 1999; Weinberg, 2010). Es geht vor allem darum, den langwierigen und zähen, aber einzig erfolgversprechenden Weg vom Bindungstrauma hin zum Aufbau einer sicheren Bindung zu gestalten und zu begleiten. Gahleitner betont in diesem Zusammenhang, dass gerade „in der Therapie mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen positive Bindungserfahrungen das Zentrum des therapeutischen Bemühens darstellen“ (Gahleitner, 2011, S. 25). Dieser Beziehungsaufbau muss von Beginn des ersten Kontakts an erfolgen.

Der gemeinsame Weg ist dabei individuell sehr unterschiedlich, je nach den speziellen Bindungs- und Lebenserfahrungen, den individuellen Ressourcen und den spezifischen

Christine Wakolbinger, Mag., geb. 1960, klinische Psychologin und personzentrierte Psychotherapeutin. Arbeit in freier Praxis und als Ausbilderin für personzentrierte Psychotherapie, sowie als Leiterin des Weiterbildungscurriculums für personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP) in Wien. Kontakt: Mag. Christine Wakolbinger, Fillgradergasse 9/9, 1060 Wien, Österreich, E-Mail: chr.wakolbinger@chello.at

Verletzungen des Kindes. Zorzi spricht in diesem Zusammenhang davon, dass sich „völlig unterschiedliche Therapieverläufe ergeben, die sich in kein standardisiertes Manual übersetzen bzw. generalisieren lassen“ (Zorzi, 2019, S. 11). Für diesen Prozess scheint mir gerade die personenzentrierte Psychotherapie besonders geeignet zu sein, da die personenzentrierte Kinderpsychotherapie zunehmend mehr als hochindividuelle Entwicklungsförderung verstanden wird, indem der*die Therapeut*in für das jeweilige Kind im Hier und Jetzt der Therapiestunde sichere Rahmenbedingungen und ein entwicklungsförderliches Beziehungsangebot schafft (Fröhlich-Gildhoff et al., 2020; Weinberger, 2011, 2015; Behr, 2012; Hüsson, 2011; Wakolbinger, 2010; Jofer-Ernstberger, 2020). Dafür gibt es keine Manuals oder Handlungsanleitungen, sondern es gilt: „Das Handlungskonzept ist vom Wissen, vom Können, vom Verstehen und damit von der Person der Spieltherapeut*in und ihren Kompetenzen abhängig.“ (Jofer-Ernstberger, 2020, S. 60)

Neben einer reifen Therapeut*innenpersönlichkeit, die ihre eigenen wunden Punkte, ihren Bindungsstil, ihre Stärken und Schwächen gut kennt (Wakolbinger, 2009), braucht es fundiertes Wissen über die Folgen von frühen Traumatisierungen, um die vielen Verhaltensauffälligkeiten dieser Kinder richtig einordnen und das Beziehungsangebot dementsprechend gestalten zu können (Weinberger, 2011). Wissen über Bindung und Bindungsstörungen ist notwendig, um in der Therapie sichere Rahmenbedingungen zu schaffen. Eines der ersten Ziele in der therapeutischen Begegnung ist es ja, das Kind dabei zu unterstützen, sich langsam sicherer zu fühlen, sich zu entspannen und damit neue, heilsame Erfahrungen machen zu können. Einige personenzentrierte Kinderpsychotherapeut*innen haben sich in den vergangenen Jahren auf Traumafolgestörungen spezialisiert und es steht fundierte Literatur zur vertieften Auseinandersetzung mit dieser Thematik zur Verfügung (Döring 2007; Gahleitner, 2005, 2011, 2019; Hüsson, 2009, 2011, 2016; Hüsson et al., 2012; Rust und Hammer, 2017; Weinberger, 2011). Im deutschen Sprachraum haben sich Weinberg und Zorzi auf die Behandlung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen spezialisiert und, aufbauend auf ihrer personenzentrierten Spieltherapieausbildung, die traumazentrierte Spieltherapie bzw. die Psychotherapie mit komplex traumatisierten Jugendlichen weiterentwickelt (Weinberg, 2005, 2010, 2015; Weinberg und Hensel, 2008; Zorzi, 2019).

In der Traumatherapie wird immer wieder betont, dass am Beginn einer Psychotherapie mit traumatisierten Menschen über einen langen Zeitraum die Stabilisierung der Klient*innen im Vordergrund steht, und zwar über Wochen und Monate (vgl. Weinberg & Hensel, 2008). Wie sieht nun diese Stabilisierungsphase in einer personenzentrierten Kinderpsychotherapie aus, in der weniger gesprochen, sondern ganz viel im Spiel und im Miteinander gehandelt wird? Wie drückt sich mein Verstehen

des zutiefst verletzten und in seiner psychischen Entwicklung gehemmten und verzögerten Kindes in ganz konkreten (Spiel) handlungen aus? Behr (2012, S. 82ff) spricht von dem facilitativen und dem interaktionellen Modus in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Im facilitativen Modus wird das Kind im Spiel einfühlsam und wertschätzend begleitet und kann so seine Erfahrungen neu organisieren und damit kongruenter werden. Im interaktionellen Modus kann das Kind mit dem*der Therapeut*in neue Beziehungserfahrungen erleben, indem sich die Therapeut*innenperson als „realer Beziehungspartner anbietet, mit dem der junge Mensch seine Beziehungsmuster ändern kann“ (Behr, 2012, S. 82). Für beide Modi arbeitet Behr prozessaktivierende Interventionen heraus, die ein vertieftes und differenzierendes Erleben des Kindes ermöglichen sollen.

Mit früh traumatisierten Kindern wird von Beginn an vorwiegend im facilitativen Modus gearbeitet, da ein*e Therapeut*in, die sich als reale Beziehungspartner*in anbietet, eine viel zu große Gefahr für die brüchige Selbststruktur des Kindes bedeuten würde. Behr weist darauf hin, dass in Fällen, „bei denen die Selbststruktur in sich brüchig ist, Kinder und Jugendliche, die sich schnell und oft übergangslos bedroht fühlen und dann mit heftigen Aggressionen antworten“, manche Formen der Interaktionsresonanz gegenindiziert sind (Behr, 2012, S. 103f). Keil spricht bei komplex traumatisierten Klient*innen von einer nachbeelternden therapeutischen Beziehung, in der es darum geht, Selbststrukturen aufzubauen (Keil, 2019, S. 119). Der*die Therapeut*in wird daher zu Beginn weniger Interventionen zum Austausch und gemeinsamen Spiel setzen, sondern ihren Fokus darauf legen, dass sich das Kind sicher fühlen kann. Denn erst wenn sich das Kind stabilisiert hat, kann „das eigentliche ‚Thema‘ sichtbar werden“ (Weinberger, 2011, S. 207) und die Aktualisierungstendenz vom erhaltenden in den entfaltenden Modus wechseln. Daher wird sich dieser Artikel in der Folge mit sicherheitsaktivierenden und stabilisierenden Interventionen beschäftigen, die meiner Ansicht nach zu Therapiebeginn notwendig sind, um neue, sichere Beziehungserfahrungen für das Kind zu ermöglichen.

Da die personenzentrierte Psychotherapie am besten in der Verschränkung von Theorie und Praxis vermittelt werden kann, werde ich im Folgenden die ersten Therapiestunden einer Spieltherapie mit einem komplex traumatisierten Buben genauer beschreiben und darstellen, wie diese hochindividuelle Beziehungsgestaltung in der Praxis aussehen kann. Dabei lege ich den Fokus auf meinen Verstehensprozess, und wie es zunehmend gelingt, sichere Rahmenbedingungen für das Kind zu schaffen und eine Beziehung anzubieten, die entwicklungsförderlich ist. Ich konzentriere mich dabei sehr bewusst auf die Gestaltung der ersten Therapiestunden, da meiner Erfahrung

nach hier schon die entscheidenden Weichenstellungen für den weiteren Therapieverlauf gelegt werden und ich sie daher für zentral halte.

Es handelt sich um eine Fallgeschichte aus meiner Praxis. Die Daten des Kindes wurden so abgeändert, dass die Anonymität gewahrt bleibt.

Erstkontakt: Der Erstkontakt mit der Bezugsbetreuerin von Mario erfolgt telefonisch. Sie fragt bei mir an, ob ich einen 10-jährigen Buben in Spieltherapie übernehmen möchte. Er sei erst seit kurzem in der Wohngemeinschaft für Kinder mit erhöhtem sozialtherapeutischem Förderbedarf. Mario zeige sehr auffälliges, vor allem aggressives, Verhalten gegenüber den anderen Kindern und den Betreuer*innen. Er wünsche sich dezidiert eine Spieltherapie. Dieser Wunsch nach einer Spieltherapie von einem bereits zehn Jahre alten Buben macht mich neugierig und ich lade die Betreuerin und Mario zu einem Erstgespräch ein.

Erstgespräch: Bei der Begrüßung steht mir ein stämmiger, für sein Alter groß gewachsener Bursche gegenüber, der mir schon im Vorzimmer sofort erklärt, dass er hier gerne spielen will – ohne mich überhaupt noch zu kennen. Das ist für mich ein erster Hinweis auf eine Bindungsproblematik. Brisch spricht in diesem Zusammenhang von „enthemmter distanzloser Kontaktfreudigkeit gegenüber verschiedensten Bezugspersonen“ bei einer Bindungsstörung mit Enthemmung (Brisch, 1999, S. 81).

Ich bitte die beiden in mein Besprechungszimmer und versuche, eine Anamnese zu erstellen. Dabei erfahre ich, dass Mario seit drei Wochen in dieser neuen Wohngemeinschaft lebt. Zuvor war er ein Monat in einem Krisenzentrum untergebracht, davor für circa drei Monate in einer anderen sozialpädagogischen Wohngemeinschaft. Dort musste er ausziehen, weil er „zu viel Stress“ hatte – dieses „zu viel Stress haben“ will mir Mario nicht genauer erzählen, es ist ihm sichtlich unangenehm, darüber zu reden. Dieses ihm unangenehme Gefühl greife ich auf, melde es ihm zurück und frage ihn dann, ob die Betreuerin es mir erzählen darf und soll. An dieser Stelle kann ich erstmals meine Wertschätzung und Empathie vermitteln und sehe, wie sich Mario dabei entspannt, was für mich ein gutes prognostisches Zeichen ist. Er stimmt zu und die Betreuerin erzählt, dass Mario seinen Ärger und seine Wut ganz schlecht kontrollieren könne. Er schlage dann unkontrolliert auf andere ein, zerstöre Gegenstände, beiße und kratze, schreie stundenlang laut herum und sei nicht zu beruhigen. Danach tue es Mario leid. Ich frage ihn, ob das so stimme, wie es die Betreuerin erzählt. Mario nickt und auf meine Nachfrage, ob es denn einen Grund gäbe, warum er so wütend wird, sagt er sofort: „Ja, weil ich provoziert worden bin.“ In diesem Moment spüre ich eine wilde, unbändige Kraft bei Mario, der mich nicht ansieht und seinen Blick ins Leere richtet. Bei meiner Nachfrage, ob es stimme, dass es ihm hinterher leidtue, dass er andere verletzt habe oder

dass etwas kaputtgegangen sei, sagt er ganz kleinkindhaft: „Ja.“ Dabei hält er Blickkontakt mit mir und ich spüre in mir den Impuls, ihn in den Arm nehmen und trösten zu wollen. „Spannend“, denke ich mir an dieser Stelle. Keil (1997) bezeichnet diesen inneren Prozess als hermeneutische Empathie. Das bedeutet, der*die Therapeut*in nutzt die Gefühle, die sie in der Begegnung mit dem*der Klient*in in sich spürt, zum besseren Verständnis des inneren Bezugsrahmens ihres Gegenübers. Ich verstehe an dieser Stelle, dass Mario selbst zutiefst erschrocken über seine Impulsdurchbrüche ist. Er versteht vermutlich Kritik oder Anforderungen jeglicher Art als Aggression des anderen, gegen die er sich sofort massiv wehren muss.

Exkurs zu Aggression aus personenzentrierter Sicht

Fröhlich-Gildhoff (2006) hat diese Verhaltensweise als aggressive Weltbegegnung bezeichnet: „Bei Kindern und Jugendlichen, die häufig durch aggressives/gewalttätiges Handeln auffallen, hat sich eine erhöhte Gewaltbereitschaft als stabile Form der Weltbegegnung herausgebildet, die als stabiler Anteil des Selbst-Konzepts handlungsleitend ist.“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 153) Laut Fröhlich-Gildhoff (2006; 2009) gibt es drei mögliche Mechanismen, wie auf Anforderungen bzw. Entwicklungsaufgaben reagiert werden kann, die sich im Zusammenspiel von biologischen Ausgangsbedingungen, frühkindlichen Beziehungserfahrungen und individueller Selbststruktur herausbilden: angemessen entwicklungs-/selbstwertförderlich, mit Rückzug/Selbsteinschränkung oder externalisierend mit hoher Aggressivität. Bei frühen Beziehungserfahrungen von „fehlender Regelmäßigkeit, die zu unsicheren Bindungsrepräsentationen führen, fehlender Unterstützung bei der Affektregulation und fehlenden Selbstwirksamkeitserfahrungen kommt es zu einer verzerrten Symbolisierung von Erfahrungen im Selbstkonzept. Folge und Ausdruck hierfür sind eine ‚aggressiv gepolte‘ Fremd- und Selbstwahrnehmung“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 161), mit der auch auf alltägliche Anforderungen reagiert wird.

Über seine Familie erfahre ich, dass Mario noch zwei Brüder hat, einer ist ein Jahr älter und der andere ein Jahr jünger als er. Die beiden leben nach wie vor in jener Wohngemeinschaft, in die alle drei nach der Abnahme von den Eltern gekommen sind. Mario war damals fünf Jahre alt. Er sieht seine Mutter alle drei Wochen. Bei diesem Thema zeigt mir Mario ganz deutlich, wie sehr er sich wünschen würde, wieder bei seiner Mutter zu sein. Hier kann er meine diesbezügliche Empathie sehr gut annehmen und ich merke, wie langsam eine Verbindung zwischen uns entsteht. Seinen Vater hat Mario seit einem halben Jahr nicht mehr gesehen. Er wünscht es sich zwar, allerdings sei der Vater derzeit nach einem kurzen Aufenthalt in Freiheit wieder im Gefängnis.

Als ich nach der **Schule** frage, sagt mir Mario, dass er derzeit nicht hingehet, weil er dort Stress gehabt habe. Die Betreuerin erzählt mir, dass er derzeit für drei Wochen suspendiert sei, weil er der Lehrerin ein blaues Auge geschlagen habe. Ich frage Mario, ob das stimmt. Er bejaht. Auf meine Frage nach dem Grund erzählt er mir, dass er total wütend gewesen sei, dass er aus der alten Schule (eine normale Regelschule, wo er die 4. Klasse Volksschule besuchte) weggehen musste und in eine neue Schule (Förderklasse) gekommen sei, die er nicht mag.

Ich frage Mario dann, was er gerne an sich ändern möchte und was er noch als schwierig bei sich erlebe. Ich erfahre, dass er in der Nacht ganz viel Angst hat, Monster sieht und dann nicht schlafen kann. Zudem möchte er lernen, nicht mehr so auszuflüpfen.

Ich zeige Mario das Spieltherapiezimmer, er ist begeistert von den vielen Sachen. Meine Frage, ob er es sich vorstellen könne, regelmäßig zu mir zu kommen, bejaht er sofort, weil er spielen will. Ich kann mir eine Therapie mit Mario ebenfalls vorstellen (über meine Beweggründe dazu noch später) und sage es ihm auch. Die Betreuerin ist sichtlich erleichtert und verspricht, mir in den nächsten Tagen alle Befunde von Mario zuzusenden, um die ich sie im Vorfeld gebeten hatte.

In den nächsten Tagen erhalte ich insgesamt 18 Befunde und Berichte, die Marios Entwicklungsgeschichte vom 5. Lebensjahr bis heute dokumentieren. Diesen Befunden entnehme ich, dass Mario mit fünf Jahren, zusammen mit seinen beiden Brüdern, den Eltern aufgrund einer Gefährdungsmeldung des Kindergartens abgenommen wurde. Alle drei Kinder wirkten stark verwarlost. Mario hatte damals viele, auch ältere, Narben am ganzen Körper, war in einem pflegerisch sehr schlechten Zustand und unterernährt. In der psychologischen Testung zeigte sich eine starke Entwicklungsverzögerung, vor allem im sprachlichen Bereich: Seine Sprache war nur sehr schwer zu verstehen und er bildete nur kurze fehlerhafte Sätze. Weiters zeigte er distanzloses Verhalten, machte einen angstbesetzten Eindruck, nässte und kotete ein, hatte Impulsdurchbrüche, zeigte große Unruhe, hatte Ein- und Durchschlafschwierigkeiten und Alpträume. Er kam nach der Abnahme für zwei Monate auf eine psychosomatische Station und wurde wegen seiner Impulsdurchbrüche medikamentös mit Risperidon behandelt. Die Entlassungsdiagnosen lauteten: Reaktive Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2), Enuresis (F98), Artikulationsstörung (F80). Er erhielt daraufhin zwei Jahre lang eine spieltherapeutische Behandlung (leider war nicht mehr eruierbar, nach welchem Konzept die Spieltherapie erfolgte).

Nach dem Krankenhausaufenthalt kam Mario zu seinen beiden Brüdern in eine Wohngemeinschaft und ging in eine Regelvolksschule, in der er bis zum 9. Lebensjahr durchschnittliche Leistungen erbringen konnte. Er sah seine Mutter regelmäßig, der Vater kam nach der Kindesabnahme ins Gefängnis. Mario

hatte vier Jahre lang (5.–9. Lebensjahr) bis zu dessen Entlassung vor einem guten halben Jahr keinen Kontakt zu ihm.

Der nächste ausführliche psychologische Befund wurde erhoben, als Mario neun Jahre alt war. Mario zeigte im Leistungsbereich zu diesem Zeitpunkt ein altersentsprechendes Leistungsniveau, nur seine Konzentrationsfähigkeit wurde als schwankend beschrieben. In Schule, Wohngemeinschaft und Fußballclub zeigte er seit ein paar Wochen massive impulsive Durchbrüche, vereinzelt auch mit Polizeieinsatz und Sedierung auf der Psychiatrie. Er hätte keine Frustrationstoleranz, sei leicht zu provozieren, labil, unruhig und extrem angespannt gewesen. Zeitlich fielen diese Auffälligkeiten mit der Entlassung des Vaters aus dem Gefängnis zusammen, dem trotz aggressiven Auftretens in der Wohngemeinschaft wieder Kontakt zu den Kindern gewährt wurde. In der Persönlichkeitsdiagnostik zeigte sich bei Mario eine massive Ambivalenz dem Vater gegenüber.

In der Folge nahmen Selbstgefährdung (Mario schlägt sich bei eigenen Fehlern den Kopf blutig) und Fremdgefährdung weiter zu, fast monatlich kam es nach aggressiven Impulsdurchbrüchen von Mario zu Rettungs- oder Polizeieinsätzen, immer wieder auch zur Vorstellung auf der Ambulanz der Kinderpsychiatrie. Die Enuresis war ebenfalls wieder vorhanden. Er bekam Strattera (ADHS), Risperidon und Deparkine (Antipsychotikum) verschrieben – entweder war Mario dann so müde, dass er ständig einschlief oder die Medikamente zeigten kaum Wirkung.

Mario musste die Wohngemeinschaft verlassen, nachdem er dort seine Betreuer*innen mehrmals verletzt hatte. Er wurde kurz im Krisenzentrum untergebracht und kam von dort in eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft, bis er auch diese wegen massiver Verletzungen der Betreuer*innen verlassen musste. Zuletzt kam er in die Wohngemeinschaft für Kinder mit erhöhtem sozialtherapeutischem Förderbedarf, die mich kontaktiert hat.

Mario musste die 4. Klasse Volksschule verlassen, nachdem er seiner Lehrerin das Bein gebrochen und der Direktorin in die Hand gebissen hatte. Er besuchte dann für ein paar Wochen eine Förderklasse. Nachdem er der dortigen Lehrerin ein blaues Auge geschlagen hatte, wurde er entlassen und bekam einen Schulplatz im Zentrum für Inklusiv- und Sonderpädagogik.

Drei Monate nachdem ich Mario kennengelernt habe, bekomme ich einen Anruf seiner Bezugsbetreuerin. Sie schildert, dass zwar die Finanzierung der Therapie bei mir noch immer nicht genehmigt wurde, die Wohngemeinschaft aber trotzdem dringend beginnen möchte. Der Grund dafür ist, dass Mario immer wieder massivste aggressive Impulsdurchbrüche habe, Betreuer*innen verletze und in der neuen Schule aufgrund von Verletzungen von Mitschüler*innen derzeit zwei Wochen suspendiert sei.

Ich vereinbare daraufhin eine wöchentlich stattfindende Psychotherapie mit Mario, inklusive regelmäßiger Gespräche mit den Bezugsbetreuer*innen, die in Folge über einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig stattfindet.

Erste Verstehenshypothesen

Welche Beweggründe habe ich, Mario in Therapie zu übernehmen? Was weiß ich zum jetzigen Zeitpunkt von Mario bzw. was habe ich nach den Informationen aus dem Erstgespräch und den vorgelegten Befunden an Verstehenshypothesen bilden können?

*Persönliche Reflexion des*der Therapeut*in*

Es muss für den*die Therapeut*in gut vorstellbar sein, mit dem jeweiligen Kind zu arbeiten. Sie muss „anspringen“ und eine erste positive Resonanz auf das Kind in sich selbst wahrnehmen. Gerade in der Kindertherapie ist es sehr wichtig, dass der*die Therapeut*in ein Kind auch wirklich mag und es von Beginn an sympathisch findet (Wakolbinger, 2010). Meine Motivation, mit Mario zu arbeiten, war folgende: Ich fand es bemerkenswert, dass sich ein 10-jähriger Bursche, in seiner offensichtlich sehr großen Not, unbedingt wünscht, zu spielen. Das hat mich neugierig auf ihn gemacht. Mario hat sich vermutlich an die positive Erfahrung seiner Spieltherapie nach der Abnahme von seinen Eltern erinnert. Das hat mich emotional berührt und mit ihm in Kontakt gebracht. Im direkten Kontakt beim Erstgespräch habe ich Mario als distanzlos, neugierig, sympathisch und offen erlebt, ich spürte seine starke Bedürftigkeit, aber auch seine riesige Haltlosigkeit. Darauf bin ich „angesprungen“ und habe eine Verbindung zu dem Kind Mario in mir aufgenommen. Da es mir sehr lohnend, wenn auch herausfordernd, erschien, folgender therapierelevante Frage auf den Grund zu gehen: Wie gelingt es mir, auf diesen Spagat von Haltlosigkeit und Bedürftigkeit einerseits, und aggressiver Weltbegegnung andererseits, hilfreich zu antworten? Für mich war wichtig, dass ich gleich im Erstgespräch einen guten Zugang zu seinem Blick auf die Welt gefunden habe, mich einfühlend konnte und Mario sich auf meine ersten Verstehensangebote hin merklich ein wenig entspannen konnte. Um mein empathisches Verständnis zu vertiefen, haben mir einerseits die Befunde mit den Informationen aus seinem Leben geholfen, andererseits mein theoretisches Wissen über frühkindliche Traumatisierung und ihre Folgen, die ich in der Folge darstellen möchte. Zusätzlich war mir wichtig, dass eine gute Zusammenarbeit mit der Wohngemeinschaft und den Bezugsbetreuer*innen gesichert ist, die ich gerade bei traumatisierten Kindern als sehr wichtig erachte.

Exkurs Merkmale komplex traumatisierter Kinder

Dorothea Weinberg hat mit ihrem 2010 erschienenen Buch „Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern“ einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis von früh und anhaltend traumatisierten Kindern geleistet. Komplex traumatisiert bedeutet, dass die betroffenen Kinder von ihrer frühen Kindheit an, meist ab dem Babyalter, verschiedenste Traumata erlitten haben. Das können Erfahrungen von Gewalt, Verwahrlosung, diversen Bindungsabbrüchen und/oder Missbrauch sein. Diese Kinder können sich nicht erinnern oder in Worte fassen, was ihnen alles passiert ist, sie zeigen es uns aber anhand massiver Symptome (vgl. Weinberg 2005, 2010, 2015):

- sie werden von ihren Affekten überflutet, haben immer wieder Affektdurchbrüche und können ihre Impulse nicht kontrollieren, oftmals toben sie bis zur körperlichen Erschöpfung
- sie können ihre Aufmerksamkeit nicht steuern, so ist z. B. eine Stunde lang konzentriert Hausaufgaben machen nicht möglich, oder sie können an einem Spiel nicht länger teilnehmen
- sie leiden unter ständigen inneren Anspannungsgefühlen oder an Gefühlen von dauernder Langeweile und quälender innerer Leere und erleben einen ständigen inneren Ausnahmezustand
- sie sind leicht reizbar und werden schnell wütend, da Aggression oft ihre einzige Bewältigungsstrategie darstellt
- sie haben Probleme mit Grenzen und können diese nicht einhalten
- sie sind misstrauisch und argwöhnisch und erwarten von der Umwelt andauernd Gefahr
- sie leiden unter Schlafstörungen (besonders beim Einschlafen, oft liegen sie stundenlang wach) oder haben Alpträume
- sie leiden unter Essstörungen oder Somatisierungsstörungen
- sie haben eine eingeschränkte Selbstwahrnehmungsfähigkeit und Körperwahrnehmung und damit auch kein realistisches Bild von sich selbst; sie kennen sich mit ihren körperlichen und emotionalen Bedürfnissen nicht aus, z. B. spüren sie Hunger nicht oder erkennen ihre Müdigkeit nicht
- sie haben wenig Einfühlungsvermögen in andere, da ihr Empathievermögen mangelhaft oder kaum vorhanden ist
- sie erleben diffuse Ängste
- sie sind manchmal sozial zurückgezogen
- und sie zeigen oftmals eine starke Anstrengungsverweigerung, was darin münden kann, dass sie die Schule, aber auch angenehme Unternehmungen komplett verweigern.

Die Bedingungen der ersten Lebensjahre von komplex traumatisierten Kindern führen dazu, dass diese Kinder keine verlässlichen und stabilen Beziehungserfahrungen machen können

und so ihr existentielles Bindungsbedürfnis nicht gestillt wird. Sie können dadurch in der Folge kein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt entwickeln, was laut Brisch (1999) oft zur einer Bindungsstörung führt. Brisch weist darauf hin, dass 80 Prozent aller Kinder mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen desorganisiert gebunden sind.

Aus der Traumaforschung wissen wir, dass Kinder, denen nicht geholfen wurde, ihre traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten, unter einer ständigen inneren Anspannung leiden (Gahleitner, 2011, S. 23ff). Sie sind nie entspannt, daher können sie auch nicht einschlafen. Ihr Bindungssystem ist fast ständig stark aktiviert, sie sind immer auf der Suche nach Sicherheit und Beruhigung ihrer Ängste, auch wenn man das als außenstehende*r Betrachter*in manchmal gar nicht so wahrnimmt. Die Verarbeitung von Erlebnissen, aber natürlich auch Lernen und Spielen, kann erst dann stattfinden, wenn ein Kind sich in einem ruhigen inneren Zustand befindet, entspannt ist und sich sicher fühlt. Daher steht zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung bei traumatisierten Kindern die Vermittlung von Sicherheit als zentrale Aufgabe im Vordergrund. Erst wenn es gelungen ist, dass sich ein Kind in der Beziehung zum*zur Therapeut*in sicher fühlt, sich entspannen kann und keine Angst vor Bewertung oder Zurückweisung hat, ist eine Bearbeitung seiner Traumata möglich. Der*die Therapeut*in fungiert dann als sichere Basis für das Kind, von der aus es sich mit dem, was es emotional belastet, beschäftigen kann.

Theoretische Überlegungen zum Verstehensprozess

Aus theoretischer Sicht hat sich mit diesem Wissen für mich ein recht klares Bild ergeben: Mario ist ein komplex traumatisiertes Kind nach bindungsrelevanter Frühtraumatisierung. Eine der Grundüberzeugungen im Selbstkonzept dieser Kinder lautet: Ich kann mich auf niemanden verlassen, ich kann und darf niemandem vertrauen, ich bin ganz allein und die Welt ist ein Ort latenter Bedrohung (Weinberg, 2015, S. 23).

Das vergangene Jahr muss für Mario sehr schlimm gewesen sein. Er hat eine Reihe von Beziehungsabbrüchen erlebt, seine Wohngemeinschaft, seine Schule und damit seine ganze, nach der Kindesabnahme erworbene, neue Orientierung verloren. Ich vermute, dass der Kontakt zum Vater nach dessen Gefängnisaufenthalt von vier Jahren Mario massiv geschadet hat. Niemand hat den Kontakt zu seinem Vater untersagt, auch weil Mario angibt, seinen Vater sehen zu wollen – was traumatherapeutisch auf eine Bindungsstörung hinweist. Weinberg hat 2010 explizit die Bindungsstörungskategorien von Brisch durch die Kategorie eines „täuschenden Bindungsverhaltens bei Täterkontakt“ erweitert. Sie beschreibt diese Kategorie als vierte Stressreaktion neben Kampf, Flucht und Erstarrung, wobei die Täuschung dazu dient, „einerseits den Aggressor zu befrieden“

und andererseits „eine traumatische Bindung einzugehen und so seinen Platz im Leben zu sichern“ (Weinberg, 2010, S. 31ff). Sie beschreibt die Täuschung als „perfekte Instinktreaktion zur Lebensrettung“, indem sich die Kinder dem Misshandler und seinen Erwartungen anpassen. Weinberg (2015) beschreibt anhand von Fallbeispielen sehr genau, wie schwer Unterwerfung und instinktive Täuschung als vierte Stressreaktion auf Bedrohung für Außenstehende erkennbar sind. Bei dieser Bindung scheinen die Kinder mit dem Täter glücklich zu sein, nach dem Kontakt brechen sie allerdings zusammen und sind tagelang in einem Ausnahmezustand – dies dürfte bei Mario der Fall sein, da er im Kontakt mit dem Vater als lieb, nett und unterwürfig beschrieben wurde, danach allerdings tagelange heftigste Stresssymptome mit massiven aggressiven Durchbrüchen, Verzweiflungstürmen, suizidalen Äußerungen, Alpträumen und Einnässen zeigte. So zeigt sich die innere Not bei Mario, die immer stärker wird. Personenzentriert ist das täuschende Bindungsverhalten so zu verstehen, dass Mario seinen Vater ob seiner Macht und Stärke wahrscheinlich auch bewundert und sich in seiner Fantasie mit seiner Macht identifiziert. Rogers (1959, S. 53) hat diese Abwehr des Selbsterlebens von Schwäche und Ohnmacht durch fantasierte Selbsterhöhung beschrieben. Gleichzeitig wurde Mario von seinem Vater laut Anamnese in seinen ersten fünf Lebensjahren regelmäßig verprügelt bzw. ließ ihn der Vater tagelang hungern. Ich gehe davon aus, dass Mario die traumatischen Erfahrungen mit seinem Vater nicht in sein Selbstkonzept integriert, sondern bisher erfolgreich abgewehrt hat. Jetzt erlebt er viele Situationen als gefährlich, da wahrscheinlich sehr viele Alltagssituationen frühere traumatische Erlebnisse aktualisieren. Es müssen Erfahrungen von tiefer existentieller Verzweiflung, ohnmächtigem Ausgeliefertsein, starker Hilflosigkeit, Todesangst, Verhungern, Verlassenheit und Einsamkeit sein, die nun nicht mehr komplett abgewehrt werden können. Biermann-Ratjen spricht in diesem Zusammenhang von Intrusionen, „die auch ausgelöst – ,angetriggert‘ werden durch Reize, die an die belastende Situation erinnern“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 97).

Aus der Perspektive einer personenzentrierten Persönlichkeitstheorie lässt sich die Not von Mario so verstehen, dass durch den neuerlichen Kontakt mit dem Vater das Selbstkonzept die Symbolisierung der damals existentiell bedrohlichen Erfahrungen nicht mehr ganz abwehren kann, diese ins Bewusstsein drängen und damit seine Selbststruktur massiv bedrohen. Rogers beschreibt 1951 Angst als die gefühlsmäßige Reaktion auf eine Bedrohung der Selbststruktur, die eine Abwehrreaktion des Organismus zur Folge hat (Rogers, 1983, S. 444). „Angst ist phänomenologisch ein Zustand des Unwohlseins und der Spannung, dessen Ursache unbekannt ist. Von einem äußeren Bezugsrahmen betrachtet, ist Angst der Zustand, in dem sich die Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und dem Gesamt der

Erfahrung der Gewährwerdung nähert. Wenn Erfahrung offensichtlich vom Selbstkonzept abweicht, dann wird eine Abwehrreaktion gegen diese Bedrohung immer schwieriger. Angst ist dann die Antwort des Organismus auf die unterschwellige Wahrnehmung, eine solche Diskrepanz könnte gewahrt werden und würde in der Folge eine Veränderung des Selbstkonzeptes erzwingen.“ (Rogers, 1987, S. 30) Rogers meint, dass die Abwehrprozesse des Organismus dann versagen können, wenn ein hohes Ausmaß an Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und Erfahrung vorliegt, und bestimmte Erfahrungen, die diese Inkongruenz beinhalten, plötzlich oder sehr deutlich in Erscheinung treten. „In der Folge wird Angst erlebt und die Inkongruenz unterschwellig wahrgenommen. Das Ausmaß der Angst ist abhängig vom Ausmaß der Bedrohung der Selbststruktur. Bleibt der Abwehrprozess erfolglos, dann wird die Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert, und die Gestalt der Selbststruktur zerbricht an dieser wahr gewordenen Erfahrung von Inkongruenz. Hieraus resultiert ein Zustand der Desorganisation.“ (Rogers, 1987, S. 54)

So erkläre ich mir auch theoretisch die, seit dem Kontakt mit dem Vater immer stärker auftretenden, affektiven Durchbrüche von Mario. Die Beschreibungen seiner Durchbrüche klingen so, als ob er sehr oft durch einen Auslösereiz getriggert wird, die daraufhin verspürte innere Panik mit massiver Aggression zu bewältigen versucht und dann bis zur totalen körperlichen Erschöpfung im Aggressionsaffekt hängen bleibt. Das verstehe ich als Zusammenbruch seiner Selbststruktur, die dann auch in einem körperlichen Zusammenbruch endet. Biermann-Ratjen (2006, S. 97) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass auf Erfahrungen, die inkompatibel mit dem Selbstkonzept sind, „wie auf einen Angriff von außen reagiert wird, z. B. mit aggressiver Verteidigungsbereitschaft“.

Mario erlebt wahrscheinlich, dass nichts von dem, was er tun kann, hilft, das Schlimme in ihm abzuwenden, auch nicht seine aggressiven Ausbrüche. Dieses Erleben bedingt, dass er auch bei Anforderungen sehr schnell aufgibt, was sich zunehmend im schulischen Kontext zeigt und später auch bei mir in der Therapie.

Reflexionen nach dem Erstgespräch:

Im Erstgespräch war wichtig, dass Mario erleben konnte, dass ich bei den Schilderungen seiner vielen Impulsdurchbrüche und deren Folgen gelassen geblieben bin, mich nicht ängstigte, nicht urteilte und ihn nicht verurteilte, sondern versuchte zu verstehen, warum ihm diese Durchbrüche passieren. Ich gab auch eine klare Struktur vor und legte fest, dass bei diesem Termin nur ein erstes Kennenlernen stattfindet und nicht sofort gespielt wird, da ich auch genauer wissen und verstehen musste, wobei und warum Mario Unterstützung braucht. Damit zeigte

ich ihm schon von Beginn an, welche Art von Beziehung ihn hier bei mir erwartet.

Ich vereinbarte daraufhin eine Therapiestunde pro Woche, immer an einem bestimmten Tag zu einer bestimmten Stunde. Damit schuf ich erste Voraussetzungen dafür, mit klaren Rahmenbedingungen und meiner Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung, für Mario zu einer sicheren, vorhersagbaren und vertrauenswürdigen Person zu werden. Für Kinder mit frühen Bindungsstörungen ist genau das enorm wichtig (Weinberger, 2011; Wakolbinger, 2010). Jofer-Ernstberger meint in diesem Zusammenhang: „Die Spieltherapeutin gestaltet einen Schutzraum als ‚schützende Inselerfahrung‘ durch die gleichbleibenden, zuverlässigen und vorhersehbaren Beziehungs- und Spielbedingungen.“ (Jofer-Ernstberger, 2020, S. 60)

Wie sich diese klaren und vorhersehbaren Beziehungs- und Spielbedingungen gestalten, werde ich nun anhand der ersten sechs Therapiestunden genauer darstellen. Bei der Beschreibung der Stunden werden dabei die wichtigen Spielinterventionen extra hervorgehoben.

Mit den klaren und sicheren Rahmenbedingungen – **gleiche Zeit, gleicher Ort, das Spielzeug ist immer komplett vorhanden und befindet sich immer an demselben Ort** – schaffe ich schon eine erste sicherheitsstiftende Intervention.

1. Therapiestunde

Mario kommt mit seinem Betreuer zur Stunde, er geht sofort ins Spieltherapiezimmer in die Kuschelecke. Dort möchte er gemeinsam mit mir „Mensch ärgere dich nicht“ spielen; er gewinnt das Spiel und freut sich. Das Spiel liegend lassend, will er sofort mit den großen Plüschschlangen weiterspielen. Ich sage: „Stopp, ich muss erst das ‚Mensch ärgere dich nicht‘ wegräumen, sonst haben wir hier nicht genug Platz für das nächste Spiel. Warte mal auf mich, bis ich wieder da bin, damit ich dann gut mitspielen kann.“ Mario ist überrascht, wartet aber auf mich, bis ich das zuvor verwendete Spiel weggeräumt habe. (*Hintergrund meiner Intervention ist der, dass ich weiß, welches innere Chaos oft in Mario herrscht und dass wir dem nur mit einer Temporeduktion begegnen können. Daher nehme ich von Anfang an das Tempo heraus und setze einen klaren Beginn und ein klares Ende der Spiele.*)

Dann nimmt Mario die großen Schlangen: Es gibt Vater, Mutter und Kind. Mario spielt die Vaterschlange, er tötet alle vorhandenen Kuscheltiere und frisst sie auf, weil sie ihn provoziert haben; die Vaterschlange schläft dann satt und zufrieden. Ich begleite das Spiel verbal. Mario nimmt dann die Tochterschlange, sie kriecht zu einem Schwein. „Das ist ihr Freund“, sagt er und spielt mit ihr. Ich unterbreche das Spiel mit: „Stopp, das Schwein ist doch tot und aufgefressen von der Vaterschlange, wie geht das?“ Mario meint, dass dies jetzt ein

neues Spiel sei, ich antworte: „Ah ok, warte mal.“ und räume die Plüschtiere an ihren Ort zurück. (*Tempo herausnehmen, klarer Beginn und Ende des Spiels, es gibt keine Vermischungen, keine Irrationalitäten. Ich vermittele damit, dass hier bei mir Ordnung, Ruhe und Klarheit herrschen und schaffe damit ein Gegengewicht zur Innenwelt von Mario. Und ich führe schon hier ein: Es gibt kein Hinwegschummeln über den Tod, sondern eine Anerkennung des Totseins. Ich lege schon hier die Weichen, dass später traumatische Reinszenierungen im Spiel, aber nicht direkt in der therapeutischen Beziehung stattfinden können* [Weinberg, 2010, S.144ff]).

Mario spielt dann, dass die Tochterschlange mit dem Schweinchen spielt, sie haben beide Freude miteinander. Ich begleite verbal das freudige Spiel.

Die Stunde zu beenden, ist kein Problem. Beim Hinausgehen kommt er im Durchgangszimmer an meinen alten Schreibmaschinen vorbei, sie gefallen ihm und er will damit schreiben. Ich sage ihm, dass er alles, was im Spieltherapiezimmer vorhanden ist, verwenden kann, aber in diesem Zimmer leider nichts, weil das nicht mehr zum Therapiezimmer dazugehört (*und zeige Mario damit, dass es klare Grenzen bei mir gibt*).

2. Therapiestunde

Ich bekomme zu Beginn einen Anruf, dass Mario in der Wohngemeinschaft einen Impulsdurchbruch hatte und mit der Polizei ins Krankenhaus gebracht wurde. Die Betreuerin sei mit Mario und seiner Mutter nun am Weg vom Krankenhaus zu mir, sie hätten aber Verspätung.

Mario stürmt mit 20 Minuten Verspätung in die Praxis herein, er ist total unter Strom und wirkt massiv angetrieben. Die Betreuerin entschuldigt sich für die Verspätung, die Mutter steht überfordert und hilflos in der Eingangstüre. Ich begrüße alle drei, Mario zieht seine Mutter zur Türe herein und will ihr alles hier bei mir zeigen. Ich sage zu ihm: „Langsam Mario, deine Mama kennt sich hier ja nicht aus. Wenn du willst, zeigen wir ihr gemeinsam das Beratungszimmer und das Spielzimmer.“ (*Ich bleibe ruhig und gehe auf seinen Wunsch ein, aber ich bestimme, wie es geht, und gebe damit der Handlung Struktur.*) Die Mutter ist unsicher, ob es okay ist, sie will lieber gehen; die Betreuerin sagt, dass sie selbst gleich gehen muss. Ich versichere der Mutter, dass es in Ordnung ist, sich umzusehen, und ich bitte die Betreuerin, kurz zu warten, damit wir das Abholprozedere noch besprechen können (*auch bei den Bezugspersonen gebe ich eine Handlungsstruktur vor*).

Mario zeigt seiner Mutter begeistert die beiden Räume und die Schlangen, mit denen er beim letzten Mal gespielt hat. Es ist ihr sichtlich unangenehm, so stark involviert zu werden und sie flüchtet nach einer kurzen Verabschiedung von Mario aus der Praxis. Die Betreuerin vereinbart mit Mario, dass er alleine

zur Wohngemeinschaft zurückgehen soll, weil er den Weg ja schon kennt. Mario hat auf seinem Handy nach dem Abschied der Mutter Musik eingeschaltet und fordert mich dringend auf, sie anzuhören. Ich sage: „Komm, wir gehen ins Spielzimmer.“ und wir machen es uns gemütlich, hören die Musik an, summen ein bisschen dazu und reden über das Musikstück. Langsam wird Mario ruhiger (*durch meine Ruhe und mein Situationsmanagement habe ich Mario Halt vermitteln können und seine Möglichkeit zur Affektregulierung, nämlich Musik zu hören, aufgegriffen, als Ressource verstanden und weiter unterstützt*).

Dann schlage ich ihm vor, dass wir uns hier gemeinsam einen sicheren Ort bauen, wo uns niemand stören kann, wir ganz sicher sind und es gemütlich haben. Nach anfänglicher Unsicherheit macht Mario begeistert mit, baut aus Decken eine Höhle neben den Kuschtieren und legt sich dann in der gebauten Höhle schlafen. Ich soll noch die drei großen Schlangen um die Höhle herumlegen, die ihn beschützen. Ich sitze draußen und kommentiere einfach, wie sicher und gemütlich es Mario in seiner Höhle hat (*Ich habe ein sicherheitsvermittelndes Spiel vorgeschlagen, um Mario zu zeigen, wie er noch zur Ruhe kommen kann. Das aktive Bauen eines sicheren Ortes hilft in der Regel allen Kindern, um ruhiger zu werden und sich sicherer zu fühlen*).

Das Gehen am Stundenende fällt Mario diesmal schwer. Er hat Durst und bekommt von mir ein Glas Wasser, dann will er sich noch die Schreibmaschinen ansehen. Ich sage ihm, dass ich verstehen kann, dass es für ihn heute schwer ist zu gehen, er geht ja erstmals alleine zur Wohngemeinschaft zurück. Mario nickt und ich frage ihn, ob er sich den Weg gemerkt hat. Darauf kann Mario sagen, dass er sich nicht ganz sicher ist, wie viele U-Bahnhaltestellen es zur Wohngemeinschaft sind. Wir besprechen das noch genauer und ich biete ihm an, dass ich ihm noch vom Fenster zum Abschied winke, wenn er über die Straße vor der Praxis geht. Das hilft ihm, sich zu verabschieden (*Ich habe gut verstehen und anerkennen können, dass ihm an diesem Tag das nach Hause gehen schwerfällt – durch das Aufgreifen seiner Unsicherheit bezüglich des Weges, der Abklärung und dem gleichzeitigen Halt geben mit einem Vorschlag zum besseren Abschied*). Das Winken vom Fenster wird dann auch zu unserem Abschiedsritual nach jeder Therapiestunde.

3. Therapiestunde

Ich bekomme einen Anruf von einem Betreuer: Es gab Streit in der Wohngemeinschaft, Mario ist davongelaufen, der Betreuer bittet um Nachricht, ob er zur Therapiestunde gekommen ist. Mario kommt mit ein paar Minuten Verspätung zur Stunde, er wirkt bedrückt. Ich sage ihm, dass sein Betreuer mich angerufen und gebeten hat, ihm mitzuteilen, ob er da ist, und tue es dann auch vor Mario (*mir ist Transparenz wichtig, Mario soll*

über die Telefonate Bescheid wissen). Ich spreche dann an, dass er auf mich bedrückt wirkt und frage nach: „Wegen dem Streit mit deinem Betreuer?“ Ja, er hatte Streit mit dem Betreuer, weil er sein Handy nicht bekommen hat, und nicht wusste, warum er es nicht bekommt. Ich frage nach: „Hast du dich dann geärgert? Hast du nicht verstehen können, warum der Betreuer dir dein Handy nicht gibt?“, Mario nickt. Ich: „Und was ist dann passiert?“ Mario erzählt mir, dass er den Betreuer angespuckt und gebissen hat. Ich: „Aha, so sehr hast du dich geärgert!“ Mario sagt: „Ja!“ Ich: „Und wie geht es dir jetzt damit?“ Mario sagt, dass er sehr wütend auf ihn ist, aber es ihm auch leidtut, weil er den Betreuer ja mag. Ich: „Das ist echt blöd, da ist ja jetzt so beides da: dein Ärger auf ihn und auch, dass es dir leidtut, dass du ihn gebissen hast“. Mario sagt: „Ja, genau.“ und will dann mit den Autos spielen (*diese Sequenz ist ganz klassisches personzentriertes Vorgehen im facilitativen Modus, ich stehe an Marios Seite und versuche, ihn ehrlich wertschätzend und empathisch zu begleiten*).

Dann spielen wir mit den Autos. Es finden Autorennen statt und dauernd passieren Unfälle und Zusammenstöße. Ich verlangsame den Spielprozess indem ich sage: „Warte mal, ich nehme den Transporter und bringe die kaputten Autos in die Werkstatt, wo soll die denn im Spiel sein?“ und bringe dann zweimal die kaputten Autos in die Werkstatt. Dann übernimmt Mario den Transporter. Er lässt zuerst die Zusammenstöße geschehen und transportiert dann die kaputten Autos ab. Ich soll die Autos in der Werkstatt reparieren, dann kommen sie wieder zu den Rennen, wo erneut Zusammenstöße passieren. Das Spiel geht so weiter bis zum Stundenende (*Einführung von reparierenden Orten im Spiel und damit die Vermittlung: Reparieren, auch von Beziehung, ist möglich. Damit geschieht auch ein Aufbau guter innerer Instanzen im Kind*).

4. Therapiestunde

Mario kommt mit seinem Betreuer und möchte, dass dieser mitspielt. Ich frage: „Warum?“ Mario meint, weil er ihn so gerne hat und daher möchte, dass er einmal mitspielen darf. Es ist jener Betreuer, den er vergangene Woche gebissen hat. Ich sage Mario, dass die Stunde bei mir für ihn reserviert ist, wir aber gerne ein Spiel gemeinsam mit dem Betreuer spielen können, weil ich merke, dass es ihm wichtig ist (*auf den Wunsch eingehen, aber klare Grenzen setzen*). Mario sucht sich ein Spiel aus, bei dem vier Nilpferde um Kugeln kämpfen, um sie zu fressen. Mein Nilpferd gewinnt das Spiel und hat die meisten Kugeln, das Nilpferd von Mario und des Betreuers haben nur ganz wenige Kugeln gefangen. Daraufhin meint Mario, mein Nilpferd sei die Mama, seines der Vater, die beiden anderen Nilpferde seien die Babys. Er will Gerechtigkeit für die Babys, ich soll ihnen Futter geben und meine gewonnenen Kugeln unter

den beiden Nilpferden aufteilen. Ich willige ein und will es tun, aber dann nimmt Mario selbst die Kugeln und gibt sie alle seinem Vaternilpferd. Die Babys bekommen nichts. Ich sage: „Oh, die armen Babys bekommen jetzt doch nichts zu essen.“ Mario grinst, das Spiel ist aus und der Betreuer geht hinaus. Ich vermute, dass Mario hier dem Betreuer und mir eines seiner Traumata gezeigt hat: Er musste als Baby oder kleines Kind hungern, weil der Vater alles für sich beanspruchte, was er als extrem ungerecht empfunden haben muss. Die weitere Stunde verbringen wir mit verschiedenen Versorgungsspielen, so ist Mario z. B. ein kleiner Babyhund, den ich oft füttern, bürsten und mit ihm spielen soll und der darüber ganz glücklich ist. Beim Verabschieden umarmt mich Mario und will mir zum Abschied noch zum Fenster hinaufwinken (*ein sicheres Zeichen, dass ich Mario heute richtig verstanden habe und dass unsere Beziehung dadurch ein Stück gewachsen ist*).

5. Therapiestunde

Mario kommt zu spät mit einer Betreuerin, die mir erklärt, dass Mario vorher einen Impulsdurchbruch hatte und nicht kommen, sondern lieber mit seinem Handy spielen wollte. Ich versuche, ihn darauf anzusprechen, er möchte aber nichts dazu sagen. Mario geht zur Kuschelecke, nimmt einige Tiere und beginnt sofort, mich mit ihnen zu nerven und zu bewerfen. Ich sage: „Stopp, was willst du genau spielen?“ Wir sollen spielen, dass die Tiere mich nerven, ich soll dabei gereizt und wütend sein. Das spielen wir dann auch (*ich führe eine klare Trennung von Real- und Spielebene ein. Auf der Spielebene ist das Nerven total in Ordnung, auf der Realebene nicht. Da möchte ich, dass wir respektvoll miteinander umgehen; Traumata können so im Spiel gut reinszeniert und bearbeitet werden, da durch die Spielebene immer eine gewisse Distanz zum Erlebten gegeben ist; zudem setze ich eine klare Grenze: Auf der Realebene lasse ich keine Beschimpfungen oder aggressives Verhalten mir gegenüber zu. Das ermöglicht, gerade bei grenzüberschreitenden Kindern, die Erfahrung von Sicherheit und Halt und schützt in der Folge das Kind und unsere Beziehung bzw. können nur so Wertschätzung und Empathie für das Kind gut aufrechterhalten werden [Fröhlich-Gildhoff et al, 2020, S. 54; Weinberger, 2011, S. 210] und ich nehme Tempo heraus*). Der Reihe nach nerven und foppen mich alle Tiere, ich reagiere im Spiel abwechselnd wütend, gereizt und genervt. Mario hat großen Spaß dabei (*damit gebe ich seiner Wut darüber Raum, dass er zur Therapie kommen musste, ohne dass er sie direkt mit mir austragen muss; das wäre für unsere Beziehung auf der Realebene derzeit viel zu gefährlich; zusätzlich kann er mir zeigen, als wie nervig er oft die anderen empfindet, wenn sie etwas von ihm wollen*). Danach spielt er, dass die Schlangenfamilie und der Schweinchenfreund der Tochterschlange von den anderen Tieren gefoppt werden. Er

übernimmt die Rolle der vielen foppenden Tiere und hat großen Spaß beim Ärgern der Schlangen und des Schweinchens. Plötzlich nimmt er die Vaterschlange und tötet alle foppenden Tiere. Ich kommentiere: „Oh, stopp, warte mal. Jetzt kenne ich mich nicht aus: Du spielst jetzt die Vaterschlange und nicht mehr die foppenden Tiere?“ Mario bejaht und ich antworte mit: „Ah okay.“ (*ich lasse nicht zu, dass plötzlich unkommentiert die Rollen getauscht werden oder gehe darüber hinweg, dass eine gute Figur plötzlich böse wird; ich zeige deutlich meine Verwirrung über den plötzlichen Rollenwechsel; das ist wichtig, weil hier ein älteres Thema bei Mario aktualisiert wurde: es muss früher immer wieder mal der plötzliche Wechsel von gut zu böse bei Bezugspersonen vorgekommen sein*) Dann frage ich weiter: „Heißt das, dass die Papaschlange plötzlich wütend geworden ist über die foppenden Tiere?“ (*noch ein zweites Thema kann hier bearbeitet werden: es gibt immer einen Grund, warum man plötzlich wütend wird*). Mario bejaht. Die Vaterschlange tötet alle Fopper und lässt die getöteten Tiere zusätzlich in einen giftigen Brunnen fallen, der sie nochmals „zur Sicherheit“ tötet. Ich kommentiere: „Aha, die Papaschlange will ganz sicher sein, dass sie nun Ruhe hat von den nervigen Tieren“.

Beim Reflektieren über die Stunde verstehe ich, dass Mario sehr wahrscheinlich unter anderem auch frühere Erlebnisse nachgespielt hat: den plötzlichen Stimmungswechsel des Vaters, der zuerst mit den Kindern gespielt und dann unerwartet in massive Aggression gekippt sein muss. Ich kann nachvollziehen, wie unverständlich, verwirrend und bedrohlich das für Mario gewesen sein muss (*meistens erlebe ich es so: wenn ich im Spiel verwirrt bin, zeigen mir die Kinder, wie verwirrend bestimmte Lebenssituationen für sie gewesen sind*).

6. Therapiestunde

Mario kommt mit seinem Betreuer und wirkt sehr angespannt. Im Therapiezimmer entdeckt er die Schwerter und will kämpfen, dabei versucht er sofort auf mich einzustechen. Ich sage: „Stopp, sag mal, wie du das Kämpfen spielen willst. Wer bist du im Spiel und wer soll ich sein?“ (*Tempo herausnehmen, klare Trennung von Real- und Spielebene*). Mario ist ein König, ich soll ein Ritter sein. Ich schlage vor, dass wir uns die entsprechende Verkleidung dafür noch suchen; dann bespreche ich, wie der Kampf ausgehen soll. Mario meint, wir sollen kurz kämpfen, bis er mich tötet, und das spielen wir dann auch (*bei Kampfspielen gibt es ein ganz klares Drehbuch, damit vermeide ich Eskalation und Impulsdurchbrüche und Mario kann sich in seiner Rolle als König stark und mächtig fühlen; Mario soll Interaktionen anders erleben können als in seinem Alltag, er soll sich innerhalb klarer Grenzen als stark erleben können, ohne andere zu verletzen, weil dieses Gefühl für ihn als Ausgleich zu den vielen Ohnmachtserfahrungen von früher wichtig ist; zudem*

soll er erleben, dass er etwas aushandeln kann, ohne dabei vernichtet oder entwertet zu werden).

Mario genießt es, im Spiel so ein starker König zu sein, mich immer wieder schnell zu besiegen und zu töten. Mit der Zeit liegt eine beträchtliche Sammlung toter Ritter am Boden (*ich nehme für jeden getöteten Ritter eine stellvertretende Puppe und Mario genießt es, so stark und unbesiegbar zu sein. Ich vermute, dass Mario hier seine existentiellen (Todes-)Ängste inszeniert, von denen er sich immer wieder aggressiv zu befreien versucht. Indem ich in der Ritterrolle jedesmal angstvoll und wehklagend sterbe, vermittele ich ihm mein empathisches Verstehen*). Dann will er, dass ich sein Freund bin und mit ihm trainiere. Ab diesem Zeitpunkt kämpfen wir immer wieder mal, oft gemeinsam gegen die Feinde, oder wir trainieren und üben, um stärker zu werden für unsere Kämpfe gegen die Feinde.

So viel zu den ersten sechs Stunden und den darin liegenden wichtigen Weichenstellungen für den weiteren Therapieverlauf.

Die vielen Stunden danach waren intensiv, wir haben auch viel miteinander gelacht und die Betreuer*innen meldeten immer wieder zurück, dass er nach den Stunden zunehmend entspannter wurde.

Die einzige Schwierigkeit, die ich im ersten halben Therapiejahr hatte, war der Umstand, dass Mario immer wieder nicht zur Stunde gekommen ist – und ich den Grund dafür länger nicht verstanden habe. Daher zum Abschluss der Darstellung noch einige Gedanken zur Anstrengungsvermeidung bei frühtraumatisierten Kindern und was ich darüber in der Therapie mit Mario gelernt habe, wofür ich ihm dankbar bin.

Mario kam immer wieder mal nicht zur vereinbarten Stunde, obwohl wir in den Stunden immer sehr gut miteinander gearbeitet haben. Zu Beginn habe ich das auch persönlich genommen und mich gekränkt. Ich konnte nicht verstehen, wieso er nicht kommen wollte, obwohl er mich regelmäßig umarmte und unsere gute Verbindung spürbar war.

Nachdem die Bezugsbetreuerin mir erzählte, dass Mario auch andere, ihm wohlthuende Aktivitäten immer wieder verweigerte, versuchte ich, diese Diskrepanz besser zu verstehen und bin auf das Phänomen der Anstrengungsverweigerung gestoßen, das bei frühtraumatisierten Kindern mit einer Bindungs- und Gewalttraumatisierung gehäuft auftritt (Bonus, 2008). Immer dann, wenn diese Kinder etwas tun sollen, das ihnen nicht ganz unmittelbar gefällt, verweigern sie und bei den kleinsten Anforderungen eskaliert die Situation. Bei Kleinkindern äußert sich das in Form von Davonlaufen und vor Wut toben und schreien, bei Jugendlichen in Form von Schulverweigerung und einer radikalen Ablehnung jeglicher Ausbildung.

Bonus (2008) beschreibt, dass im Selbstkonzept dieser Kinder die Überzeugung verankert ist: „Ich bin ein Fehler auf dieser Welt.“ Jedes spätere Scheitern – auch ein belangloses und

verständliches – bestätigt dann diese Selbstüberzeugung, was extrem schmerzhaft ist. Um diesen Schmerz zu vermeiden, werden Anstrengungen vermieden (z. B. sich aufzuraffen und zu mir zu kommen), meist auch gepaart mit Aggression (sich heftig dagegen wehren) und Abwertung (ist eh nur langweilig, bringt nichts). Der innere Widerstand wird immer größer, die Angst, Fehler zu machen oder wieder zu scheitern, ebenfalls. Und so versuche ich Mario dann auch zu verstehen: Er hat seine erste Schule und seine ursprüngliche Wohngemeinschaft verloren, ist von einer normalen Volksschule innerhalb eines Jahres in einem sonderpädagogischen Zentrum gelandet und erlebt immer wieder, dass er durch seine aggressiven Ausbrüche Menschen verliert, die er gerne mag. All das ist in seinen Augen „seine Schuld“. Ich denke, dass sich dieses Gefühl, ein Fehler auf dieser Welt zu sein, bei ihm im Laufe des vergangenen Jahres immer mehr verfestigt haben muss.

Mit diesem Verständnis kann ich Mario dann auch anders begegnen: Ich zeige ihm deutlich meine Freude, dass er es geschafft hat, zu kommen, wenn er da ist. Es ist nicht selbstverständlich für mich, dass er zur Therapiestunde kommt. Zusätzlich schreibe ich ihm verlässlich einen Tag vor seiner Therapiestunde ein Erinnerungs-SMS. Dieses Verständnis hat geholfen: Nach einem Jahr Therapie ist er nur noch ganz selten nicht zur vereinbarten Stunde gekommen und es hat unsere Beziehung weiter vertieft.

Abschließende Bemerkungen

Als hoch qualifizierte Expert*innen für Beziehung vertrauen personenzentrierte Therapeut*innen auf die Aktualisierungstendenz ihrer Klient*innen. Sie wissen, dass das freie, selbstbestimmte Spiel des Kindes die Ressource schlechthin darstellt. Sie vertrauen darauf, dass das Kind seine traumatischen Erfahrungen im Spiel und in der Begegnung mit uns in seinem Tempo zeigen wird, in der Hoffnung, darin wahrgenommen und verstanden zu werden. Wenn es uns gelingt, sichere und haltgebende Bedingungen herzustellen, sodass das Kind sich bei uns entspannt und mit der Zeit sicher fühlt, kann der entfaltende Modus der Aktualisierungstendenz wirksam werden. Dann findet Entwicklung und Verarbeitung statt, bei denen die inneren Ängste und Nöte des Kindes abnehmen und das Selbstkonzept des Kindes durch eine größere Symbolisierungsfähigkeit erweitert wird, wodurch die konstruktiven Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes zunehmen. Als Kinderpsychotherapeut*innen benötigen wir ausreichend viel Wissen über frühe und komplexe Bindungstraumatisierung und ihre Folgen, um das jeweilige Kind bestmöglich „abholen“ und unterstützen zu können. Es ist wichtig zu wissen, dass es in der Therapie mit schwer traumatisierten Kindern vor allem um den

Aufbau von Selbststrukturen geht, und darum, ihrem aktuellen Erleben eine sichere Bedeutung geben zu lernen (für erwachsene Klient*innen hat das Keil 2019 sehr gut beschrieben). Es braucht eine fundierte Aus-/bzw. Weiterbildung in personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, um das Kind in seinem Ausdruck zu verstehen und zu übersetzen, was ein konkretes Spiel bedeutet (vgl. Wakolbinger 2009 zur Übersetzungsarbeit). Damit kann gut wahrgenommen werden, wann ein Kind in ein blockierendes posttraumatisches Spiel rutscht. Denn dann braucht es eine spezifische therapeutische Intervention, um wieder heilungsfördernd spielen zu können, ohne die therapeutische Beziehung in Gefahr zu bringen. Es braucht darüber hinaus eine Offenheit, sich persönlich berühren zu lassen, die Fähigkeit, das Gespürte in ein erweitertes (auch theoriegeleitetes) Empathieverständnis umzusetzen sowie die persönliche Bereitschaft, sich ständig weiterzuentwickeln, nicht aufzuhören, neugierig zu sein, sich überraschen zu lassen und sich immer wieder frisch auf die Begegnung mit dem Kind einzulassen. Denn gerade diese Kinder brauchen ein authentisches Gegenüber, dann wird die Therapie zu einer heilsamen Beziehungserfahrung für sie werden.

Zusätzlich muss es uns gelingen, Bezugspersonen des Kindes beratend zu begleiten, damit sie ein vertieftes Verständnis für die inneren Nöte des Kindes entwickeln und sie dabei unterstützen, ihr jeweiliges Beziehungsangebot an das Kind empathisch und authentisch zu gestalten. Dann werden die krisenhaften Situationen mit Impulsdurchbrüchen abnehmen und auch auf der Ebene der realen Beziehungserfahrungen im Rahmen der Fremdunterbringung zunehmend Halt, Sicherheit und Zuversicht ihren Platz bekommen. Damit kann das Kind nicht nur im therapeutischen Kontext, sondern auch in seiner realen Lebenswelt neue Beziehungserfahrungen zur Basis einer positiven Sicht auf die Welt machen und sich aus den Fesseln seiner frühen Bindungstraumatisierung befreien und weiterentwickeln.

Mir ist es knapp zwei Jahre lang gut gelungen, mit der Bezugsbetreuerin von Mario eng zusammenzuarbeiten und so zu seiner zunehmenden Stabilisierung beizutragen. Leider kam es nach zwei Jahren zu einem größeren Wechsel des Personals, worauf Mario heftig reagierte. Die neuen Betreuer*innen empfanden Mario als zu schwierig für die Wohngemeinschaft, eine Zusammenarbeit mit mir wurde leider nicht unterstützt und er wurde in einer Wohngemeinschaft in einem anderen Bundesland untergebracht. In einer letzten Stunde konnten wir uns tränenreich und mit vielen Umarmungen gut voneinander verabschieden, was für ein bindungstraumatisiertes Kind nicht selbstverständlich ist. So denke ich, dass die Therapie für Mario zumindest zu einer „schützenden Inselerfahrung“ (Gahleitner, 2005) geworden ist, die ihn sein weiteres Leben begleiten und ihn unterstützen wird.

Literatur

- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Bonus, B. (2008). *Mit den Augen der Kinder sehen lernen. Bd. 2: Die Anstrengungsverweigerung*. Norderstedt: Books on Demand.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Berlin: Springer.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Döring, E. (2007). Traumatherapie mit Kindern. Was hilft das Spielen im Umgang mit traumatisierten Kindern? In GwG-Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 47–68). Köln: GwG-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Personzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/gewalttätigen Kindern und Jugendlichen. *PERSON 10*(2), 151–163.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2009). Gewalttätige Kinder und Jugendliche – Ein Forschungssurvey zu den Ursachen und ein personzentriertes Interventionskonzept. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson, (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 219–240). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON 16*(1), 46–58.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Maiworm, M., Riedel, K. & Steinhauser, H. (2020). Die Aktivität der Therapeut*in in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Wann ist diese sinnvoll, nötig und „erlaubt“? *PERSON 24*(1), 46–59.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2011). Neue Bindungen wagen: Personzentrierte Beziehungsgestaltung in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. (S. 21–38). Books on Demand.
- Gahleitner, S. B. (2019). Traumatherapie im kreativen Beziehungsraum mit Kindern und Jugendlichen. In M. Thielen & W. Eberwein (Hrsg.), *Fühlen und Erleben in der Humanistischen Psychotherapie* (Reihe: Therapie & Beratung; S. 135–146). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- 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. (2011). Personzentrierte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. (S. 239–256). Norderstedt: Books on Demand.
- Hüsson, D., Döring, E., & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen. *PERSON 16*(1), 59–70.
- Hüsson, D. (2016). Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis: Sina – ein traumatisiertes Kind erhält Spieltherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 47*(1), 13–17.
- Jofer-Ernstberger S. (2020.) Von der Praxis, der Könnerschaft und der spieltherapeutischen Lehrkunst. *PERSON 24*(1), 60–70.
- Keil W. (1997.) Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON 1*(1), 5–13.
- Keil, S. (2019). Das personzentrierte Verständnis von Psychotrauma – Zur Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personzentrierte Konzept. *PERSON 23*(2), 110–121.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin. Dt.: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer (1983).
- Rogers, C. R. (1959). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag (1987).
- Rust, H. & Hammer, A. (2017). Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung: Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Beratung und Therapie mit betroffenen Jugendlichen. *PERSON 21*(1), 5–22.
- Wakolbinger, C. (2009). Die präsenzte Therapeutenperson: Authentizität als entscheidender Faktor in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 59–77). Göttingen: Hogrefe.
- Wakolbinger, C. (2010). Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *PERSON 14*(1), 21–31.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Weinberg, D. (2010). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. (2015). *Verletzte Kinderseele*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. & Hensel, T. (2008). Traumazentrierte Spieltherapie. In M. Landolt & T. Hensel (2008), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 111–134). Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2011). Wieviel Traumatherapie steckt in der personenzentrierten Spieltherapie? In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. (S. 205–218). Norderstedt: Books on Demand.
- Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen – Einführung in die Personzentrierte Spielpsychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Zorzi, H. (2019). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Beziehung ‚schaffen‘, wo sonst niemand ist: Personzentrierte Arbeit mit Klient*innen in ethical loneliness

Silke Birgitta Gahleitner

Alice Salomon Hochschule
Berlin, Deutschland

Lea Deninger

Alice Salomon Hochschule
Berlin, Deutschland

Yvette Völschow

Universität Vechta
Vechta, Deutschland

Personzentriertes Arbeiten findet nicht nur in geschützten Therapiesettings statt. Die aktuelle globale Lebenswelt produziert immer größere Undurchschaubarkeit und damit Unsicherheit, insbesondere im Beziehungs- und Einbettungsbereich. Beziehungs- und Vertrauensprozessen kommt daher eine wachsende Bedeutung zu. Dies gilt ganz besonders für benachteiligte und früh im Leben verletzte Klient*innen. Was aber bedeutet personzentriertes Arbeiten mit sog. Multiproblemklient*innen? Welche Schwierigkeiten tun sich hier auf? Inwieweit kann der Personzentrierte Ansatz hier einen genuinen Beitrag leisten? Inwieweit brauchen wir dafür entsprechende Kenntnisse? Und welches praktische personzentrierte Vermögen ist nötig, um kongruent, wertschätzend und empathisch Klient*innen in dieser Situation zu verstehen und dies so zu transportieren, dass es auch wirklich ankommt? Der Artikel reflektiert Möglichkeiten personzentrierter Vertrauens- und Beziehungsanbahnung sowie -gestaltung in diesem Arbeitsbereich und diskutiert die Notwendigkeit psychosozialer Perspektiven im Personzentrierten Ansatz.

Schlüsselwörter: Personzentrierter Ansatz, Soziale Arbeit, Beziehungsgestaltung, Vertrauensarbeit, Niedrigschwelligkeit

‘Creating’ relationships in the absence of anyone else: person-centered work with clients experiencing ethical loneliness. Person-centered work does not take place exclusively in protected therapy settings. The current global environment is producing ever greater inscrutability and thus uncertainty, especially in the area of relationships and embedding. Relationship and trust processes are becoming increasingly important as a result. This is especially true for disadvantaged clients and clients who were traumatized early in life. But what does person-centered work with multiple-problem clients mean? What are the difficulties that arise in this context? To what extent can the person-centered approach make a genuine contribution in these cases? To what extent do we need appropriate knowledge to assist such clients? And what practical, person-centered skills are necessary in order to understand clients congruently, appreciatively and empathically in this situation and to convey this understanding in such a way that it really matters? This article reflects on the opportunities for person-centered trust and relationship building in this area of work and discusses the need for psychosocial perspectives in the person-centered approach.

Keywords: person-centered approach, social work, relationship-building, trust-building, low-threshold

*„Konstruktives Wachstum der Persönlichkeit ist verbunden mit dem realen Zugegen-
sein (realness) des Therapeuten, mit seiner echten, nicht an Bedingungen gebundenen
Zuneigung zu seinem Klienten, mit einem einführenden Verstehen von dessen persönli-
cher Welt und endlich mit der Fähigkeit, diese Einstellungen dem Klienten mitzuteilen.“*

(Rogers, 1962a/2019a, S. 231)

Silke Birgitta Gahleitner, Prof. Dr. phil. habil., Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit für den Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Kontakt: gahleitner@ash-berlin.eu

Lea Deninger, Studium der Sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hoch-

schule, in der Praxis in der Beratung von Frauen aus dem Frauenhandel tätig. Kontakt: lea.deninger@yahoo.com

Yvette Völschow, Prof. Dr. phil., Professorin für Sozial- und Erziehungswissenschaften an der Universität Vechta. Kontakt: yvette.voelschow@uni-vechta.de

Einleitung

Irina Nikritin¹ stammt aus Osteuropa und hat bereits als Kind Gewalt erfahren: „Meine Mutter (...) hat mir bedroht (...) mit dem Messer“ (Abs. 14), sagt sie eingangs in einem biografischen Interview. Das Familienumfeld bot ihr kaum Schutz, mit Ausnahme eines früh verstorbenen Großvaters. Bereits im Jugendalter wurde sie von ihrer Mutter über einen weiteren Verwandten zur Prostitution nach Deutschland geschickt. Eine Wahl, sagt sie, gab es nicht: „Ich war gezwungen, mit dem Mann zu gehen“ (Abs. 14). Irina Nikritin versucht noch mehrfach, sich hilfeschend an die Mutter zu wenden, bis sie dann endgültig Abstand nimmt. Die destruktiven Beziehungen in ihrem Umfeld setzen sich jedoch bereits nahtlos fort. In einer Bar lernt sie ihren zukünftigen Exmann kennen: „Die hat mich und eine Mädchen genommen. Da wurde mir von Staat nach Staat verkauft“ (Abs. 32). Die Realität des Alltags ist profan und knallhart: „Unsere Kundschaft haben wir auf dem Dachboden gemacht. Haben gekommen solche Freunde von ihm, hat bezahlt und wir hat nach oben gegangen (...), oder sie haben uns versucht in weitere Bars zum vermitteln“ (Abs. 14). Aus dieser Situation konnte Irina Nikritin durch einen Zufall per Flucht entkommen. Immer wieder aber gibt es auf dem eingeschlagenen Weg aus dem Milieu neue Rückschläge: „Habe ich einen Mann kennengelernt. Ja, habe ich gedacht, der ist nett, der Mann, und was hat er gemacht? Er hat mir geschlagen, (...) mit mir ins Bett. (...) Und am nächsten Tag hat er mich verkauft“ (Abs. 14). Die Gewaltformen und Erniedrigungen in Irina Nikritins Lebensgeschichte wirken sich immer zerstörerischer aus, bis sie schließlich an einem Tiefpunkt angelangt ist: „Habe ich auf der Straße gelebt (...), habe ich nicht gedacht über die ganze Psyche und über die ganze, ja, das war Überleben, ja. Ich war nur fürs Überleben wichtig“ (Abs. 74).

1 Das Best-practice-Fallbeispiel (Name anonymisiert) in diesem Beitrag stammt aus einem Teilprojekt des deutsch-österreichischen Forschungsprojekts PrIMsA (Prävention und Intervention bei Menschenhandel zum Zweck sexueller Ausbeutung), das zum Ziel hatte, passfähige Hilfsangebote für Betroffene zu entwickeln. Das Projekt wurde von der Förderrichtlinie „Zivile Sicherheit – Schutz vor organisierter Kriminalität“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sowie vom österreichischen Förderprogramm für Sicherheitsforschung KIRAS (ursprünglich in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie, jetzt in die Verantwortung des Bundesministeriums für Landwirtschaft, Regionen und Tourismus – BMLRT – fallend) gefördert. Alle genannten Zitate stammen aus dem zugehörigen Forschungsbericht und sind bewusst nicht eingedeutscht, um den lebendigen Charakter der Aussagen zu erhalten (vgl. Gahleitner, Gerlich, Frank, Hinterwallner & Koschier, 2017). Die Zitate sind entlang der Original-Interviewdokumente absatzweise verwiesen. Dem Artikel liegen zudem weitere Publikationen im Umfeld des Projekts zugrunde (vgl. z. B. Deninger, 2020; Gahleitner, Gerlich, Heiler et al., 2017, 2018; Huber, Gahleitner, Gerlich, Hinterwallner & Hötzdorfer, 2017).

In diesen Verhältnissen ist Hilfeanbahnung eine zerbrechliche Angelegenheit: Die fehlende Einbettung und das zerstörte Vertrauen stehen dem Aufbau einer Hilfebeziehung im Wege. Irina Nikritin beobachtete z. B. erst monatelang eine Streetworkerin, bevor sie Kontakt mit ihr aufzunehmen wagte. Die Möglichkeiten, sich auf Hilfebeziehungen und Unterstützung einzulassen, sind nachhaltig angegriffen. Laut Anne Friedrich, einer erfahrenen Beraterin in diesem Arbeitsbereich, hat man Erfolge fast nur über „aufsuchende Arbeit“ (Deninger, 2020, S. 39). Das gilt besonders, „wenn die Frauen unter starkem Druck durch die Zuhälter*innen stehen“ (ebd.). Ein zentraler Aspekt „für den Zugang zum Beratungsangebot“, sagt sie im Expertinneninterview, „ist die Niedrigschwelligkeit“ (ebd.). Auch Brückner (2006) nennt die unkomplizierte Ansprechbarkeit und Präsenz im Milieu als eine zentrale Bedingung für das Gelingen in der Straßensozialarbeit im Bereich der Prostitution (vgl. auch Rabe & Tanis, 2013). Dazu gehört auch die Überwindung sprachlicher Barrieren. „Das ist (...) ganz wichtig, dass sie (...) versteht, um was es geht. Nicht so hochschwellig“ (Deninger, 2020, S. 39), betont die Beraterin. Unabhängig davon, ob eine Frau zu einer einmaligen Beratung findet oder ob sich ein längerfristiges Beratungssetting im Rahmen einer psychosozialen Betreuung ergibt, nennt die Beraterin jedoch vor allem Bedürfnisorientierung und partizipatives Arbeiten als zentrale Kriterien des Erfolgs. „Die Frau und ihre Wünsche sollen im Zentrum stehen (...), was will die Frau, was stellt sie sich (...) vor, wie soll es (...) für sie weitergehen, (...) welche Möglichkeiten und Bedürfnisse hat sie“ (ebd., S. 40). Damit verbunden sind eine bedingungslose, wertschätzende und antidiskriminierende Haltung und der Versuch, sich empathisch einzufühlen: „So, wie sie kommt, so akzeptiere ich sie (...), dass man vorurteilslos da rangeht und dass man sich selber auch immer wieder hinterfragt (...), das ist sicherlich (...) auch Erfahrung, ja, aber Empathie, ja, Einfühlungsvermögen“ (ebd.). Die Ausführungen im Interview erinnern sehr an die Forderungen nach „einer warmen, entgegenkommenden, nicht besitzergreifenden Wertschätzung ohne Einschränkungen und Urteile“, wie Rogers (1975a/2019b, S. 27) sie beschreibt.

Irina Nikritin bestätigt die Worte der Beraterin: „Und die war wirklich die einzige, welche hat mich so akzeptiert, wie ich bin“ (Abs. 341). Personzentriertes Arbeiten findet folglich keineswegs nur im Praxisraum statt. Ausdrücklich betonen Fachkräfte in der Beratung betroffener Frauen die Bedeutung personenzentrierter Theoriebestandteile und Haltungsaspekte als Hintergrundfolie für ihr Arbeiten. 1962 schrieb Rogers, er würde gerne seine Leser*innen „an einer Überzeugung teilhaben lassen, die aus Jahren praktischer Arbeit mit Menschen erwachsen ist und die in zunehmendem Maße durch empirische Befunde Bestätigung findet. Sie besagt, daß in den verschiedensten Berufen, bei denen es um die Beziehung zu Menschen

geht (Psychotherapeuten, Lehrer, Seelsorger, Sozialarbeiter, Psychologen), die Beschaffenheit der zwischenmenschlichen Beziehung zum Klienten als wichtigstes Element den Erfolg bestimmt (...) in all diesen Erfahrungsbereichen“ (Rogers 1962a/2019a, S. 211). Das von Rogers (1962a/2019a) geprägte Konzept bietet in der psychosozialen Beratung wie auch anderen Bereichen der Sozialen Arbeit vor allem eine Grundlage zur Haltung, die die intrinsische Motivation qua Aktualisierungstendenz anspricht (Rogers, 1959a/1987) und eine gelingende Beratungsbeziehung maßgeblich prägt (Ehrhardt, 2010, S. 67).

Was aber bedeutet es, als Sozialarbeiter*in mit zutiefst verletzten Klient*innen nach geeigneten Bedingungen ihrer Selbstexplorationsmöglichkeiten zu suchen und gemeinsam auf die Suche nach dem proaktiven Potenzial der Aktualisierungstendenz zu gehen? Wie ist es für Fachkräfte zu schaffen, mit den Klient*innen trotz bedingter Absprachefähigkeit dialogisch zu arbeiten? Inwieweit bedarf es dafür eines speziellen theoretischen (Hintergrund-)Wissens? Und welches praktische personenzentrierte Vermögen ist nötig, um auf kongruente Weise positiv beachtend und empathisch Gewaltbetroffene zu verstehen und dies so zu kommunizieren, dass es auch wirklich aufgenommen und erfahren werden kann? Im Folgenden sollen einige Überlegungen angestellt werden über die Möglichkeiten und Bedeutung personenzentrierter Vertrauens- und Beziehungsanbahnung wie -gestaltung im sog. Hard-to-reach- bzw. Ethical-loneliness-Bereich.

Ethical loneliness

Was ist „ethical loneliness“ (Stauffer, 2015) – am ehesten zu übersetzen mit moralischer Einsamkeit oder umfassendem Verlassensein –, und wie kommt es dazu? Das Konzept wurde erstmals von Stauffer (2015) im Zusammenhang mit der Ahndung von Verbrechen gegen die Menschlichkeit beschrieben. Die Begrifflichkeit soll für eine Verfassung absoluter Ausgesetztheit, Verlassenheit und toxischer Einsamkeit sensibilisieren, gepaart mit dem Verlust des Vertrauens, je wieder Teil einer von Mitmenschlichkeit geprägten Gesellschaft sein zu können (ebd., S. 15). Ähnlich wie Rogers (1959a/1987), gestützt auf Lévinas (1947/1997), sieht Stauffer (2015, S. 17, 91) den Menschen in seinem Sein und Werden als zutiefst ins Soziale eingebettet. Überlebende sind daher auf Mitmenschen angewiesen, die ihre Geschichten als Zuhörer*innen bezeugen, dableiben und in ihrer Einfühlungsbereitschaft nicht überfordert sind (ebd., S. 109f.). Dies ist die Voraussetzung für Betroffene, wieder Vertrauen entwickeln und sich in einer menschlichen Gemeinschaft hinreichend sicher fühlen können. Andernfalls, so Stauffer (2015, S. 140f.), wird das Unrecht an den Überlebenden struktureller Gewalt fortgeschrieben. Dieses Geschehen

ist zudem einzubetten in die Bedingungen heutigen Lebens und Aufwachsens. In der globalisierten Welt werden immer mehr Kompetenzanforderungen an moderne Individuen gestellt (Böhnisch, Lenz & Schröder, 2009). Für eine adäquate Lebensbewältigung, für die vielen daraus erwachsenden Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Reflexionsanforderungen wird daher eine Reihe von Ressourcen benötigt (Weinhold & Nestmann, 2012). Für jene, die darüber verfügen, tut sich eine vielfältige Landschaft von Chancen und Möglichkeiten auf. Die Belastungen dieser neuen Lebensformen spüren dagegen vor allem Menschen, die über wenige Lebenschancen und Teilhabe verfügen, die behindert, beeinträchtigt oder benachteiligt und/oder umfassend verlassen sind.

Der aus der Benachteiligung resultierende Mangel an Respekt, Wertschätzung, Ansehen und sozialer Einbettung ist ein gewichtiger Faktor mit negativem Einfluss auf Teilhabe an Gesellschaft, Gesundheit und Lebenserwartung (vgl. u. a. WHO, 2001; Wilkinson & Pickett, 2010). Resultat ist ein Prozess zunehmender „Entbettung“ („disembedding“; Giddens, 1990/1995, S. 28) – ein Konzept, das dem von Stauffer (2015) ähnelt: „Keiner, sagen wir so, nicht nur meine ganze Familie ausgeschlossen, ganze Heimatstaat hat mich ausgeschlossen, ja. Die ganze Staat hat mich ausgestoßen“ (Abs. 74), resümiert z. B. Irina Nikritin ihre Situation in ihrem Ausgangsland. Wie bei ihr sichtbar wird, gilt dies insbesondere für frühe Verletzungen, Vernachlässigung und Gewalt. In einer umfassenden Studie zu frühen Traumata in der Kindheit (ACE-Studie über „adverse childhood experiences“; Felitti, 2002) zeigte sich: Menschen, die frühes Trauma erlitten haben, leiden ungleich häufiger an Armut, Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit, unzureichender oder unsicherer Unterkunft bzw. Wohnungslosigkeit, sind somit stärker sozial gefährdet und sterben deutlich früher als Menschen ohne solche Belastungen. Das Prekariat leidet unter der Exklusion nicht nur durch Armut, sondern diese geht – wie zahlreiche Untersuchungen (vgl. Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011; Homfeldt & Sting, 2006) belegen – mit gravierenden gesundheitlichen Risiken einher, denen das aktuelle Gesundheitssystem nicht gewachsen ist (vgl. Hanses, 2007). Diesem Defizit an familiärem Zusammenhalt und Bindung zufolge zeigten sich bei Irina Nikritin z. B. das innere Bezugssystem, ihr Selbstkonzept und Beziehungskonzept als schwer gezeichnet. Das von einer Bindungsstörung geprägte negative und labile Selbstwert- und Identitätserleben ließ sie anfangs in jeder flüchtigen menschlichen Begegnung (auch der sexuellen) hoffen, die Geborgenheit einer sicheren und haltgebenden Bindung zu finden. Die entsprechenden Enttäuschungen führten zu einer starken Misstrauenshaltung.

Besonders im Bereich psychosozialer Arbeit sind Praktiker*innen daher mit Klient*innen konfrontiert, die offensichtlich Unterstützung benötigen, jedoch nicht zu den angebotenen

Hilfesystemen ‚passen‘. Die Ausgrenzung bestimmter Klientelgruppen und die immer größeren Anforderungen, die an Menschen mit einem Unterstützungsbedarf gestellt werden, führen zu einem wachsenden Bedarf an niedrigschwelliger Unterstützung. In der Sozialen Arbeit spricht man von „hard to reach“-Klientel (Labonté-Roset, Hoefert & Cornel, 2010) und seit einigen Jahren auch von „selten gehört“- (Schaefer, Kümpers & Cook, 2021; vgl. Hernandez, Robson & Sampson, 2010; Kelleher, Seymour & Halpenny, 2014) oder eben „ethical loneliness“-Klientel (Stauffer, 2015). Die Versorgungssysteme sind allerdings in ihrer Ausformung maßgeblich an der ‚schweren Erreichbarkeit‘ beteiligt (vgl. Hanses & Homfeldt, 2009). Die Angebotsstruktur für die von Zwangsprostitution Betroffenen ist dafür ein typisches Beispiel. Nicht selten wird die Verantwortung an der Lebenssituation den (Gewalt-)Opfern selbst zugeschrieben. Die Erklärungsmuster hierfür sind vielfältig. Immer wieder wird in diesem Zusammenhang z. B. von dauerhaften emotionalen Bindungen an Personen aus dem Milieu gesprochen (vgl. Follmar-Otto & Rabe, 2009). Letztlich zeigt sich jedoch: Das globale Chancenungleichgewicht zwischen Herkunfts- und Zielländern ist der eigentliche Anlass für die von den Frauen ‚gewählten‘ riskanten Migrationsprozessen (Rabe, 2013), auch hier erweist sich die Ungleichheit als wichtigster Risikofaktor. Umso mehr sind wir in Therapie, Beratung und Begleitung dazu aufgefordert, psychosoziale Zufluchtsorte zu schaffen. Denn insbesondere in der postmodernen Welt bedürfen Menschen solcher sicheren Orte bei den Bewältigungsversuchen in ihrer umgebenden Lebenswelt (Keupp, 1997). Dass der Personenzentrierte Ansatz (PZA) für die Arbeit mit dieser Klientel besonders gute Voraussetzungen bietet, soll im Folgenden skizziert werden.

Vertrauen anbahnen

Die Kluft zwischen beziehungserschütterten Menschen und Unterstützungssystem scheint häufig erst einmal unüberwindlich. Irina Nikritin erzählt: „Habe ich, ehrlich zu sein, dieses Vertrauen verloren. Ja, diese Wort Vertrauen war so geschrumpft, das musst du mit einem Mikroskop sehen. Auch (...) mit Mikroskop ist schwer zu sehen“ (Abs. 24). Was also tun, wenn Klient*innen in psychosozialen Arbeitsfeldern dringend und umfassend Hilfe benötigen, jedoch vom Gesundheits- und Sozialsystem nicht angemessen erreicht werden? Auf der Suche nach Ursachen arbeitet Brackertz (2007) demografische, kulturelle, strukturelle sowie individuelle, also einstellungs- bzw. erlebens- und verhaltensbedingte Aspekte heraus, die dazu führen, dass Klient*innen von Hilfsangeboten kaum profitieren können. Das Beispiel der erfolgreichen Anbahnung durch die Streetworkerin – wenn auch mit Hindernissen – wiederholt

sich in der Folge für Irina Nikritin mit mehreren Berufsgruppen, auch mit der Polizei. Schlechte Erfahrungen mit der Polizei und anderen Behörden sowohl im Herkunftsland als auch in Deutschland sind für viele Frauen Realität, genau wie die Sorge, es könnte gegen sie selbst ermittelt werden (Czarnecki et al., 2014, S. 32; Wege 2018, S. 104). Anders als viele andere Frauen aus der Zwangsprostitution hat Irina Nikritin hier jedoch immer wieder auch Erfahrungen gemacht, die sich sehr positiv auf ihren Bewältigungsprozess ausgewirkt haben: „Gott sei Dank. (...) Das war wirklich eine Rettung“ (Abs. 16). Sichtbar wird am empirischen Material die Bedeutsamkeit der Dimension ‚Vertrauen‘.

Bei Rogers (vgl. u. a. 1986h/1989) spielte die Dimension des Vertrauens von Beginn an eine große Rolle (vgl. auch Lux, 2020). Vertrauen beseitigt eine Reihe von Hürden für Handlungs- und Entscheidungsprozesse. Für den Vertrauensaufbau wird in diesem Arbeitsbereich jedoch viel Geduld benötigt. Am besten kann dies Irina Nikritin selbst ausdrücken: „Die Maria (...) hat immer so mit den anderen Frauen auf den Straßen gegangen, von Mädchen zu Mädchen. Und Anfang habe ich sie gesehen, mir gedacht, was wollen die von mir. (...) Zwei Jahre hat gedauert, dass ich ihr vertraue“ (Abs. 23f.). Letztlich kommt es zu einem gelungenen Hilfeprozess, der auf dem personenzentrierten Einsatz der Streetworkerin fußt. „Die hat das gesehen, dass ich habe diese Vertrauen nix“ (Abs. 34), betont sie abermals die Bedeutung von Vertrauensprozessen als wirksamem Agens. Vertrauen bietet als wichtiges Charakteristikum menschlichen Lebens (Schweer & Thies, 2008) auch tatsächlich im Sinne der Aufhebung von Ungewissheit eine bedeutsame Handlungsgrundlage zum Überleben, gerade unter schwierigen Bedingungen. Im Alltag versteht man unter Vertrauen daher meist die Zuversicht, dass sich ein Sachverhalt positiv bzw. entlang der eigenen Vorstellungen weiterentwickelt. Erikson (1950/1999) brachte mit dem Begriff des „Urvertrauens“ (S. 241ff.) die Entwicklungs- und Sozialisationsdimension in den Prozess der Vertrauensbildung ein und stellte damit implizit eine Beziehung zur Bindungstheorie (Bowlby, 1969/2006) her – und zum Personenzentrierten Ansatz.

Die Vertrauensstheorie spannt jedoch ausdrücklicher als die Bindungstheorie einen gesellschaftsorientierten und strukturellen Rahmen auf. Nicht nur auf der Ebene der persönlichen Beziehungen, sondern auch auf der Ebene der umgebenden Netzwerke und Institutionen kommt Vertrauensprozessen die Aufgabe zu, „Erwartungen zu stabilisieren und dadurch Handlungsmöglichkeiten (...) zu erhöhen“ (Wagenblaus, 2013, S. 1826; vgl. ursprünglich Luhmann, 1989/2014). Letztlich geht es um eine grundlegend personenzentrierte Haltung. Interessant ist in diesem Kontext der Zugang von Giddens (1990/1995), dass Vertreter*innen von abstrakten Systemen, also Institutionen, an „Zugangspunkten“ (S. 107) die Vertrauenswürdigkeit der

Institution unter Beweis stellen müssen. Diese Zugangspunkte „bieten (...) die Schnittstelle, an der die sozialen Beziehungen ihre institutionelle Form bekommen und damit den zentralen Ort (...), an dem Vertrauen aufgebaut, aber auch zerstört werden kann“ (Wagenblass, 2004, S. 80). Die sich entwickelnde Beziehung zur bereits genannten Streetworkerin Maria wird auf diese Weise zu einem Zugangspunkt für Hilfestellungen im Bereich Frauenhandel. So erzählt Irina Nikritin: „Langsam, langsam ist durch mich gekommen (...), so, wie man sagt, mit Gespräche verdient man (...) die Vertrauen“ (Abs. 34). „Hat mir sehr geholfen. Und für das mit der habe ich eine besondere Beziehung“ (Abs. 24). Ähnlich betonte bereits Nohl (1933/1988): „Wo ich vertraue, handle ich selbst besser; wo mir vertraut wird, fühle ich mich gebunden und bekomme Kräfte über mein Maß“ (S. 175).

Beziehung bei Beziehungserschütterung ermöglichen

Bereits in der Beschreibung der Vertrauensanbahnung wird also deutlich, wie wichtig eine personenzentrierte Haltung der Streetworker*innen ist, insbesondere eine unbedingte Wertschätzung den betroffenen Frauen gegenüber – als Kontrast zu dem sonst erlebten Mangel an Respekt. Hat sich auf diese Weise eine Vertrauensbasis bilden können, kann behutsam weitergearbeitet werden, um personenzentriert Bindung und Beziehung zu ermöglichen. Bindung verbindet Menschen „mit anderen, besonderen Personen über Raum und Zeit hinweg“ (Grossmann & Grossmann, 2012/2017, S. 31) und basiert auf der menschlichen Neigung zu einem kontinuierlichen „Aufsuchen und Aufrechterhalten der Nähe eines anderen Lebewesens“ (Bowlby, 1969/2006, S. 192). Auf die Äquivalenzen der Bindungstheorie als elementarer Bezugstheorie für Beziehungsphänomene und der klientenzentrierten Theorie als beziehungsorientierter Psychotherapie wurde zahlreich (vgl. u. a. Biermann-Ratjen, 2006; Höger, 2006, 2007) hingewiesen. An dieser Stelle sei lediglich auf die Parallele zwischen den „Bedingungen des therapeutischen Prozesses“ nach Rogers (1959a/1987, S. 40) und dem Konzept der Feinfühligkeit aus der Bindungstheorie (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974) hingewiesen (vgl. ausführlich Gahleitner, 2018). Zahlreiche andere Beispiele ließen sich anfügen. Psychosoziale Fachkräfte sind entlang des Personenzentrierten Ansatzes folglich „im Sinne der Bindungstheorie für das Reparieren und das Anknüpfen an die unterbrochene Kommunikation zuständig“ (Döring, 2004, S. 196). Anthropologisch betrachtet bedeutet dies: „Der andere ist vorgängig da“ (Schmid, 2002a, S. 79). Vor allem in schwierigen Lebenslagen müssen also innere Konzepte „durch offene Kommunikation mit vertrauten Personen ‚ko-konstruiert‘ werden“, wie auch Grossmann und

Grossmann (2012/2017, S. 460) betonen. Das „Bezugssystem“, so Finke (2004), wird „jeweils um Nuancen erweitert“ (S. 4).

Über die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung muss nicht mehr gestritten werden. Dem ausführlichen Forschungsreview von Keil, Korunka, Topaloglou, Kurl und Käfer-Schmid (2021) zufolge liefern aktuelle Metaanalysen eine klare Bestätigung der Grundannahmen personenzentrierter bzw. humanistischer Ansätze, insbesondere im Beziehungsbereich (vgl. auch Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013; Angus, Watson, Elliott, Schneider und Timulak, 2015; Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019). Das Ergebnis lässt sich zusammenfassen mit der Formel: „The psychotherapy relationship makes substantial and consistent contributions to outcome independent of the type of treatment“ (Norcross & Lambert, 2018, S. 303), „the relationship works!“ (ebd., S. 313). In den Übersichtstabellen zu einzelnen Kriterien lassen sich unschwer die Grundlagen des PZA finden. Damit ist es jedoch noch nicht getan. In Fällen schwerer Verletzungen und Traumata kann dies eine große Herausforderung darstellen (vgl. Keil, 2019). Das Ausmaß traumatischer Verletzungen ist abhängig von Art, Umständen und Dauer der Ereignisse. Zu den Umständen zählt vor allem, ob es vor, während oder nach der Traumatisierung schützende Personen im näheren Umfeld gab. Bei früher und fortgesetzter Traumatisierung kann es zu schweren Fragmentierungsprozessen (vgl. ebd.), zur Ausbildung „desorganisierter Bindungsmuster“ (Brisch, 2009, S. 52, unter Bezug auf Main & Solomon, 1986) und zu sequenzieller Traumatisierung (Keilson, 1979) bzw. zu retraumatisierenden Phänomenen kommen. Für Menschen mit gravierenden Verletzungen gelten daher nochmals besondere Implikationen. Sie benötigen zunächst Alternativerfahrungen oder „schützende Inselerfahrungen“ (Gahleitner, 2005, S. 63; vgl. bereits Petzold, Goffin & Oudhof, 1993, S. 200), bevor nächste Schritte gegangen werden können. Es geht also um ein besonders ausgeprägtes und behutsames „empathisches Verstehen“ – also um Empathie und Verstehen (der Traumadynamik) –, es geht darum zu helfen, mit viel Vorsicht exakt zu symbolisieren, wie Rogers dies bereits 1957 (Rogers, 1957a) sagte und Finke (2012) es aktuell mehrfach betont hat.

Auf dem Weg dorthin muss die Beziehung nicht selten einige Proben bestehen, um von Traumabetroffenen als tragfähig erlebt zu werden. Irina Nikritin erzählt, ihre Beraterin habe gesagt, „wenn du hast Problem, kannst du mich ruhig anrufen, egal welche Uhrzeit“ (Abs. 34). Tatsächlich gerät Irina Nikritin durch ehemalige Zuhälterkreise in eine bedrohliche Lage und berichtet: „Ich hab’ die Problem bekommen, ich habe sie angerufen, und dann war wirklich das, was sie hat versprochen. Hat sie gekommen (...) mit noch einer Frau ist gekommen. (...) Das heißt Liebe“ (Abs. 34). Angelehnt an die Überlegungen zur „Zone der nächsten Entwicklung“ von Vygotskij (1934/2002,

S. 312) beschreibt Fröhlich-Gildhoff (2007) diese Fähigkeit, den exakt richtigen Punkt für eine Annäherung zu treffen, als eine „Zone optimaler Begegnung“ (ebd., S. 19f.), in der ein bestimmter Entwicklungsschritt besonders gut gelingen kann. „Die hat immer so wiedergekommen, ja ist so immer wieder gekommen“ (Abs. 67), betont auch Irina Nikritin. Stück für Stück kann sie auf diese Weise immer mehr Unterstützung zulassen und auch andere Hilfspersonen annehmen: „Die andere, die ist aus einem anderen Land. (...) Ja, die ist auch gekommen. Ja, und die hat mich auch unterstützt, (...) die Leute hat mir sehr, sehr viel geholfen“ (Abs. 70). Ein Beziehungs- und Vertrauensnetzwerk ist entstanden. Therapie und Beratung müssen auf diese Weise in besonderer Weise in der Lage sein, „prothetische soziale Netzwerke“ (Petzold, 2003, S. 742) zu knüpfen. Dann kann es auch möglich werden, negative Lebensereignisse und deren innerpsychische Folgen, wie z. B. die Beschädigungen des Selbstvertrauens und des Beziehungserlebens über Unterstützungs- und Mentalisierungsprozesse in Resilienz zu transformieren (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2018; vgl. auch Fröhlich-Gildhoff & Jürgens-Jahnert, 2017, die das Mentalisierungskonzept ausführlich für den personenzentrierten Bereich ausformulieren). Was eine Fachkraft dabei selbst erlebt und wie damit ein Umgang gefunden werden kann, darf dabei nicht aus dem Blickfeld verloren werden.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Lebensweltorientierung. An Irina Nikritins Fall wird deutlich, dass es mit einer einzigen Begegnung, einer einzigen Person bzw. einer einzigen Institution bei ihr nicht machbar gewesen wäre, einen nachhaltigen Ausweg aus dem Gewaltssystem zu sichern. Irina Nikritin wäre ursprünglich auch – gefangen in ihrer „ethical loneliness“ (Stauffer, 2015) – z. B. nicht von einem psychotherapeutischen Angebot erreichbar gewesen. Heute jedoch befindet sie sich in einem langjährigen therapeutischen Prozess. Offenbar zählte für das Gelingen dieses Prozesses aber jeder einzelne personenzentriert geprägte Schritt in Richtung Teilhabe. Jede negative Erfahrung hingegen führte zu einem Rückschlag zur bisherigen Grundannahme, dass sowieso niemand verlässlich ist. Therapeut*innen und Berater*innen stehen daher in solchen Fällen vor der Herausforderung, reflexiv mit der Situation umzugehen, in Vorleistung gehen und vorab authentisch „Vertrauen schenken“ (Luhmann 1989/2014, S. 45f.) zu müssen. „Und sie hat gesagt: ‚Ich verbürge mich für dich‘“ (Abs. 24), erzählt Irina Nikritin von ihren Erfahrungen mit der Streetworkerin Maria, „und die hat sehr großes Vertrauen auf mich“ (Abs. 24). Vertrauen konstituiert sich also über und innerhalb einer professionellen und tragfähigen Beziehung, geht aber im Falle des Gelingens über diese dyadische Beziehung hinaus. Kriz

(2017) hat in seinem Buch „Subjekt und Lebenswelt“ gekonnt humanistische und systemische Aspekte verknüpft (vgl. dazu auch Überlegungen aus dem Psychodrama: Hutter, 2010; Hutter & Schacht, 2014; Schacht & Pruckner, 2010). Es ist also sinnvoll, wenn sich der PZA mit Beratungs- und Unterstützungstheorien u. a. aus dem Bereich der Sozialen Arbeit ins Verhältnis setzt (vgl. u. a. Grunwald & Thiersch, 2004; Nestmann, 2010). Rogers betonte von Beginn an die Breite der Gültigkeit seiner Theorien: „Die klientenzentrierte Orientierung ist eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert“ (Rogers 1975a/2019b, S. 17; vgl. auch Rogers, 1962a/2019a, bes. S. 211ff.). Sozialwissenschaftliches Wissen dient aus dieser Perspektive als Möglichkeit, das eigene empathische Verstehen im Sinne eines ‚Verstörungs-besser-erfassen-Könnens‘ zu erweitern. Probleme, denen Streetworker*innen bei ihren Klient*innen begegnen, sind aus dieser Perspektive weder als alleinige Folgen von sozialer Unterprivilegierung und mangelnder gesellschaftlicher Einbettung noch ausschließlich vor dem Hintergrund etwaiger (vorbestehender) Bindungs- oder Persönlichkeits-Entwicklungs-, Störungen‘ verstehbar, sondern aus dem inneren Bezugsrahmen der Betroffenen (Rogers 1959a/1987), der beides vereint.

Personenzentrierter Ansatz als Alleinstellungsmerkmal. Es gilt also, den Personenzentrierten Ansatz in einem Arbeitsbereich stark zu machen, wo buchstäblich niemand ist, wo Mangel an Respekt, Wertschätzung, Ansehen und sozialer Einbettung an der Tagesordnung ist. Verhaltensorientierte wie auch psychoanalytische und systemische Ansätze setzen zwar i. d. R. inzwischen (wenn auch keineswegs immer) ein gewisses Arbeitsbündnis voraus, in der Kontroverse „Psychotherapie als Handwerk“ versus „einzigartige Beziehung“ ist jedoch allein der PZA eindeutig: Therapie ist Beziehungstherapie (vgl. ebd.), ist Begegnung (Rogers & Buber, 1960; vgl. auch Balen, 1992; Schmid, 2002b). Der PZA hat das Beziehungsangebot von Beginn an inhaltlich ausformuliert (Rogers, 1951a). 1962 sagte Rogers (1962a/2019a): „Ich glaube, daß die Beschaffenheit meiner Begegnungen auf lange Sicht wichtiger ist als mein sachliches Wissen, meine berufliche Ausbildung, meine therapeutische Orientierung oder die im Gespräch angewandte Technik“ (S. 212). Bei schwer erreichbarer Klientel geht es zwar häufig zunächst nicht um weitreichende Explorationsprozesse oder Integration ihrer (mitunter auch nicht integrierbaren) Lebensereignisse in das Selbstkonzept (Keil, 2019) oder um fortschreitende Differenzierung, sondern zunächst um die behutsame Entwicklung von lebendigen Selbstanteilen,² vorsichtigen

2 Interessant ist in diesem Kontext, wie deutlich Rogers (u. a. 1975a/2019b) sich auf interaktionistisches Gedankengut (vor allem des symbolischen Interaktionismus) bezieht, indem er z. B. sagt: „Das Kleinkind macht

Beziehungsformen und vorsichtigen Erlebensprozessen (Gendlin, 1962/1997) in einem geschützten Raum (vgl. Keil, 2019). Aber gerade hier wirken die für die Psychotherapielandschaft bis heute (vgl. u. a. Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019; aus personenzentrierter Perspektive File, Hutterer, Keil, Korunka & Macke-Bruck, 2008; Keil et al., 2021; Topaloglou, Hammer, Hofer-Freundorfer & Wakolbinger, 2018) elementaren „einstellungs- oder erlebnismäßigen Elemente beim Therapeuten, die in der Beziehung ein wachstumsförderndes Klima schaffen“ (Rogers, 1962a/2019a, S. 212; vgl. auch Hammer et al., 2018; Hoffmann, 2016; Locher, 2013; Ostbomk-Fischer, 1991; Steinhage, 2004). Möglichkeiten wie z. B. Selbstöffnung und Beziehungsklärung (Finke, 2012) sind ebenfalls hilfreich. Bindungs- und Beziehungsarbeit sind also nicht als ein Geschehen nur im Therapie- und Beratungszimmer zu betrachten, sondern als das Medium, durch das sämtliche Explorations- und Veränderungsprozesse bis in die Lebenswelt der Klient*innen hinein stattfinden (Gahleitner, 2017; vgl. auch die in der Forschung immer wieder auftauchenden „korrektiven Erfahrungen“: u. a. Alexander & French, 1946; Cremerius, 1979). Schmid (2002a) fordert daher, dass in jedem helfenden Prozess „individuelle und relationale Dimension des Personseins und -werdens gleichermaßen thematisiert und praktiziert werden“ (S. 82, Herv. i. O.) muss. Biermann-Ratjen (2011, S. 45) und Keil (2012, S. 1) sprechen von einer umfassenden „Haltung“ und nicht „Verhaltensweise“. Diese Haltung gilt es, insbesondere in solchen Settings an den Tag zu legen, in denen sie Mangelware sind. Streetwork ist hierfür ein hervorragendes Beispiel.

Authentizität und Empathie unter erschwerten Bedingungen.

Das genaue Hinschauen auf zugrunde liegende theoretische Konzepte soll jedoch nicht bedeuten, in der professionellen Rolle versinken und sich hinter Theorie verschanzen zu können. Klient*innen nehmen sehr deutlich wahr, ob „hinter der Rolle eine ‚authentische Person‘ steht, die über das Rollenkostüm hinausragt“ (Sander, 2012, S. 23, unter Bezug auf Goffman, 1974/1977, S. 315), wenn der/die Professionelle „lebt, was er wirklich ist, (...) *er selbst ist* und sich nicht verleugnet“ (Rogers, 1962a/2019a, S. 213; Herv. i. O.; vgl. auch aktuell Pörtner, 2013). In der psychosozialen Arbeit können sich Professionelle daher nicht aus der persönlichen Dimension und Unmittelbarkeit herausstellen, es geht darum, „die innere Welt

des Klienten mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so zu verspüren, als wäre sie die eigene (doch ohne die Qualität des ‚als ob‘ zu verlieren)“ (Rogers, 1975a/2019b, S. 21). In diesem Arbeitsbereich ist empathisches Verstehen aber schwerer, als es klingt (vgl. u. a. Sehrig, 2016). Rogers (1962a/2019a) selbst hat dies bereits in seinen Ausführungen vermerkt: „Die Genauigkeit dieses Verstehens ist zwar sehr wichtig,³ jedoch ist es auch schon nützlich, wenn man die Bereitschaft zu verstehen mitteilt (...), nutzt es doch, wenn er wenigstens wahrnimmt, daß ich mich immerhin bemühe, zu verstehen, was ihn bewegt. Hierdurch teilt sich ihm die Wertschätzung mit, die ich ihm als Menschen entgegenbringe, und es vermittelt ihm das Gefühl, daß ich seine Empfindungen und Ansichten als etwas ansehe, das wert ist, verstanden zu werden.“ (S. 217; vgl. zu hermeneutischen Empathiebemühungen Keil, 1997). In der Psychotherapieforschung zeigt diese Patient*innengruppe geringe Erfolgsraten bzw. Outcomes (z. B. Cooper, 2008, S. 68f.; Bohart & Greaves Wade, 2013). Aus Sicht der Personenzentrierten Psychotherapie handeln die Überlebenden struktureller Gewalt jedoch „im Dienste der Erhaltung ihres Selbst“ (Rogers, 1959a/1987), eines entwürdigten, verletzten und erschütterten Selbst, auch wenn der Preis dafür sehr hoch sein kann.

Beziehung ‚schaffen‘, wo sonst niemand ist, gelingt also keineswegs immer – es sei an dieser Stelle nochmals daran erinnert, dass es sich bei Irina Nikritin um einen Best-practice-Fall handelt. Rogers (1975a/2019b) beschreibt die Voraussetzung für einen personenzentrierten Umgang mit so tief erschütterten Menschen: „Offenbar ist der Therapeut zu einer solchen emotionalen Zuwendung dann imstande, wenn er den Klienten im Innersten ganz als das akzeptieren kann, was dieser ist – oftmals eine defensive, verletzliche, innerlich zerrissene Person, die aber ungeheure Wachstumsmöglichkeiten in sich trägt“ (S. 28). Wenn dies also auf diese Weise gelingt, kann es – so zeigen auch andere Interviews mit den Frauen aus dem Frauenhandel (vgl. Gahleitner et al., 2018) – nach tiefgreifenden traumatischen Prozessen auch zu Phänomenen posttraumatischen Wachstums (Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998) kommen. Fachkräfte müssen daher in der Lage sein, Professionalität und persönliche Präsenz „auf kunstvolle Weise zu verschränken und zu vermitteln“ (Dörr & Müller, 2007,

Erfahrungen, die zur Unterscheidung eines ‚Ich‘ oder ‚Mich‘ führen. Allmählich bildet sich ein Selbstkonzept heraus. Man kann es sich als eine strukturierte, konsistente Vorstellungsgestalt denken, die sich zusammensetzt aus den Wahrnehmungen vom ‚Ich‘ oder ‚Mich‘ und den Wahrnehmungen von den Beziehungen dieses ‚Ich‘ zur Außenwelt und zu anderen Personen“ (ebd., S. 42), obwohl er Mead (1934) selten ausdrücklich zitiert (vgl. ausführlich Höger, 2006; vgl. auch als Ausnahme mit Bezug zu Mead: Rogers, 1947c, S. 366).

3 In diesem Zusammenhang ist eine Fußnote von Rogers (1962a/2019a) interessant, in der er Entartungen seiner Theorie deutlich verurteilt: „Ich kann nur hoffen, daß die oben erfolgte Darstellung des Einfühlungsvermögens als therapeutische Haltung endlich ausreichend meinen Standpunkt verdeutlicht, wonach ich keineswegs eine hölzerne Technik des Pseudoverstehens befürworte, bei welcher der Berater lediglich ‚widerspiegelt, was sein Klient soeben gesagt hat‘. – Die Ausdeutungen meines Ansatzes, wie sie sich mitunter in die Ausbildung und Fortbildung von Beratern eingeschlichen haben, muß ich aufs schärfste mißbilligen“ (S. 218).

S. 8). Dann, so betroffene Frauen, entsteht ein erfolgreicher Hilfeprozess, wie eine Interviewpartnerin aus obigem Projekt abschließend betont: „Jetzt bin ich wieder der reale Mensch. Jetzt bin ich wieder mich, (...) ich versuch' jetzt, Leute zu vertrauen“ (Abs. 37).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Hrsg.), *The integration of a child into social world* (S. 99–135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Alexander, F. G. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy. Principles and application*. New York: Ronald.
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K. J. & Timulak, L. (2015). Humanistic Psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330–347.
- Balen, R. v. (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1(3), 162–183.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–91). Heidelberg: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2011). Empathie heute. *Person*, 15(1), 44–51.
- Böhnisch, L., Lenz, K. & Schröder, W. (2009). *Sozialisation und Bewältigung. Eine Einführung in die Sozialisationstheorie der zweiten Moderne* (Reihe: Juventa Paperback). Weinheim: Juventa.
- Bohart, A. C. & Greaves Wade, A. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6., überarb. Aufl.; S. 219–257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust. Bd. 1: Bindung*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1969: Attachment and loss. Bd. 1: Attachment. New York: Basic Books).
- Brackertz, N. (2007). *Who is hard to reach and why?* (Reihe: ISR Working Paper, Bd. 7). Hawthorne, Australia: The Swinburne Institute for Social Research. Verfügbar unter: http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/875/1/Whois_htr.pdf [11. 5. 2021].
- Brisch, K. H. (2009). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (9., vollständ. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (17., unveränd. Aufl. 2020).
- Brückner, M. (2006). Prostitution als Aufgabengebiet gesellschaftlicher Institutionen. In M. Brückner & C. Oppenheimer (Hrsg.), *Lebenssituation Prostitution. Sicherheit, Gesundheit und soziale Hilfen* (Reihe: Unterschiede, Bd. 6; S. 231–348). Königstein: Helmer.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. London: SAGE.
- Cremerius, J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche*, 32(7), 577–599.
- Czarnecki, D., Engels, H., Kavemann, B., Steffan, E., Schenk, W. & Türrau, D. (2014). *Prostitution in Deutschland – Fachliche Betrachtung komplexer Herausforderungen*. Berlin: KOK. Verfügbar unter: http://www.kok-gegen-menschenhandel.de/fileadmin/user_upload/Prostitution4Final.pdf [11. 5. 2021].
- Deninger, L. (2020). *Beratende Soziale Arbeit mit von Menschenhandel betroffenen Frauen* im Bereich Zwangsprostitution*. Bachelorarbeit. Berlin: ASH.
- Döring, E. (2004). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Was hilft Spielen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen? *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 35(3), 193–198.
- Dörr, M. & Müller, B. (2007). Einleitung: Nähe und Distanz als Strukturen der Professionalität pädagogischer Arbeitsfelder. In M. Dörr & B. Müller (Hrsg.), *Nähe und Distanz: Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (2., unveränd. Aufl.; S. 7–27). Weinheim: Beltz Juventa (Erstauff. erschienen 2006).
- Ehrhardt, A. (2010). *Methoden der Sozialen Arbeit* (Reihe: Wochenschau Studium). Frankfurt: Wochenschau (2., unveränd. Aufl. erschienen 2013).
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6., überarb. Aufl.; S. 495–538). New York: Wiley.
- Erikson, E. H. (1999). *Kindheit und Gesellschaft* (13., durchges. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1950: Childhood and society. New York: Norton).
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(4), 359–369. Verfügbar unter: <http://www.fruehe-kindheit.net/download/Gold-zu-Blei-2002.pdf> [11. 5. 2021].
- File, N., Hutterer, R., Keil, W. W., Korunka, C. & Macke-Bruck, B. (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experientialen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review. *Person*, 12(2), 5–32.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme (4., unveränd. Aufl. 2010).
- Finke, J. (2012). Rogers richtig verstehen: Vom Selbst-Miss-Verständnis der Personzentrierten Psychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 43(1), 6–9. Verfügbar unter: https://www.gwg-ev.org/fileadmin/user_upload/Verlag___Shop/GwG-Verlag/ZS_1-12/GPB_01-2012_finke.pdf [11. 5. 2021].
- Follmar-Otto, P. & Rabe, H. (2009). *Menschenhandel in Deutschland. Die Menschenrechte der Betroffenen stärken* (Reihe: Studie). Berlin: DIMR. Verfügbar unter: urn:nbn:de:0168-ssoar-316439 [11. 5. 2021].
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit* (Reihe: Studienmodule Soziale Arbeit). Weinheim: Juventa.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Therapeutische Beziehung als „korrigierende emotionale Erfahrung“ – ja schön, aber wie denn?* Vortrag bei der 4. Wissenschaftlichen Fachtagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bkj) „Die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“, 2. 3. 2007 in Frankfurt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Jürgens-Jahnert, S. (2017). Mentalisieren und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen? *Person*, 21(1), 23–33.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2018). Resilienz, Resilienzförderung und Personzentrierter Ansatz. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 49(2), 62–68. Verfügbar unter: <https://pceliterature.org/publications/resilienz-resilienzforderung-und-personzentrierter-ansatz-2018.pdf> [11. 5. 2021].
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsfprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B. (2018). Bindung, Beziehung und Einbettung ermöglichen – Anregungen für die Therapie und Beratung mit beziehungserschütterten Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 49(3), 131–135. Verfügbar unter: <https://tamar.at/>

- wp-content/uploads/2019/10/Gahleitner_Bindung-Beziehung-und-Einbettung-erm%C3%B6glichen.pdf [11. 4. 2021].
- Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Frank, C., Hinterwallner, H. & Koschier, A. (2017). *Prävention und Intervention bei Menschenhandel zum Zweck sexueller Ausbeutung (PrIMsA). Eine interdisziplinäre und interinstitutionelle Perspektive*. Abschlussbericht. Krems: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Heiler, R., Hinterwallner, H., Huber, E., Körner, M., Pfaffenlehner, J. & Yvette, V. (2017). Psychosoziale Arbeit mit Frauen aus dem Frauenhandel. Ein Plädoyer für bindungs- und traumasensible interprofessionelle Zusammenarbeit. *Trauma & Gewalt*, 11(1), 22–34.
- Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Heiler, R., Hinterwallner, H., Schneider, M. & Völschow, Y. (2018). *Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Frauen aus Gewaltverhältnissen. Ergebnisse aus einer Studie zum Thema Menschenhandel mit dem Zweck sexueller Ausbeutung*. Kröning: Asanger.
- Gendlin, E. T. (1997). *Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective* (Reihe: Northwestern University studies in phenomenology & existential philosophy; Neudr.). Evanston, IL: Northwestern University Press (Original erschienen 1962: *Experiencing and the creation of meaning*. New York: Free Press of Glencoe).
- Giddens, A. (1995). *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (englisches Original erschienen 1990: *The consequences of modernity*. Cambridge, MA: Polity Press).
- Goffman, E. (1977). *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt: Suhrkamp (englisches Original erschienen 1974: *Frame analysis. An essay on the organization of experience*. New York: Harper & Row).
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2017). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit* (7., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (letzte überarb. Aufl. erschienen 2012).
- Grunwald, K. & Thiersch, H. (2004). Das Konzept lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (Reihe: Grundlagentexte Pädagogik; S. 13–40). Weinheim: Juventa.
- Hammer, A., Hofer-Freundorfer, S., Croy, A., Ettel, S., Kienzl, C. & Prohaska, M. (2018). „Brücken bauen“ – In Kontakt-Kommen mit Menschen am Rand des psychotherapeutischen Interesses. In H. M. Topaloglou, A. Hammer, M. Finger-Ossinger, S. Hofer-Freundorfer, G. Pawlowsky & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Beziehung im Fokus. Aktuelle Beiträge der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie* (S. 307–330). Wien: Facultas.
- Hanses, A. (2007). Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben?* (Reihe: Soziale Arbeit aktuell, Bd. 9; S. 113–123). Baltmannsweiler: Schneider.
- Hanses, A. & Homfeldt, H. G. (2009). Biografisierung der Lebensalter in Zeiten eines sich transformierenden Wohlfahrtsstaates. Herausforderung und Optionen für die Soziale Arbeit. In F. Kessl & H.-U. Otto (Hrsg.), *Soziale Arbeit ohne Wohlfahrtsstaat? Zeitdiagnosen, Problematisierungen und Perspektiven* (S. 149–164). Weinheim: Juventa.
- Hernandez, L., Robson, P. & Sampson, A. (2010). Towards integrated participation: Involving seldom heard users of social care services. *The British Journal of Social Work*, 40(3), 714–736.
- Hoffmann, B. (2016). Der Personenzentrierte Ansatz in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen – ein Fallbeispiel aus der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 47(1), 18–22. Verfügbar unter: https://www.gwg-ev.org/fileadmin/user_upload/Wissen/Fachtexte/GPB_1–2016_SchwP_Hoffmann_o.pdf [11. 5. 2021].
- Höger, D. (2006). Hat die Bindungstheorie die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 15–24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Höger, D. (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Sluneco (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (Reihe: Psychotherapie – Ansätze und Akzente, Bd. 2; S. 64–78). Wien: Facultas.
- Homfeldt, H. G. & Sting, S. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Reinhardt.
- Huber, E., Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Hinterwallner, H. & Hötzendorfer, W. (2017). Der Weg in ein besseres Leben? Menschenhandel in Österreich – ein bilaterales Forschungsprojekt. *SIAK-Journal – Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis*, 14(2), 39–48. Verfügbar unter: https://www.bmi.gv.at/104/Wissenschaft_und_Forschung/SIAK-Journal/SIAK-Journal-Ausgaben/Jahrgang_2017/files/Huber_2_2017.pdf [11. 5. 2021].
- Hutter, C. (2010). Morenos Begriff der Begegnung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 9(2), 211–224.
- Hutter, C. & Schacht, M. (2014). Morenos Werk und eine allgemeine Theorie des Psychodramas. In W. Eberwein & M. Thielen (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (Reihe: Therapie & Beratung; S. 183–198). Gießen: Psychosozial-Verlag. Verfügbar unter: https://isi-hamburg.org/download/o_Hutter_Schacht_allgemeine%20Psychodramatheorie.pdf [11. 5. 2021].
- Keil, S. (2019). Das personenzentrierte Verständnis von Psychotrauma. Zur Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personenzentrierte Konzept. *Person*, 23(2), 110–121.
- Keil, S., Korunka, C., Topaloglou, H. M., Kurl, N. & Käfer-Schmid, G. (2021). Forschung in der Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2018: Ein narrativer Review – 1. Teil. *Person*, 25(1), 76–90.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1(1), 5–13.
- Keil, W. W. (2012). *Hermeneutische Empathie. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen*. Vortrag beim Fachgruppentreffen Psychotherapie und Beratung, 14. 9. 2012. Verfügbar unter: <http://docplayer.org/39850062-Wolfgang-w-keil-hermeneutische-empathie.html> [11. 5. 2021].
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptive-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden* (Reihe: Forum der Psychiatrie, Bd. 5). Stuttgart: Enke.
- Kelleher, C., Seymour, M. & Halpenny, A. M. (2014). *Promoting the participation of seldom heard young people: A review of the literature on best practice principles* (Reihe: arrow@dit, Bd. 14–1). Dublin: DCYA. Verfügbar unter: <https://arrow.tudublin.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=aaschssrep> [11. 5. 2021].
- Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten Gang* (Reihe: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 35). Tübingen: DGVT.
- Kriz, J. (2017). *Subjekt und Lebenswelt. Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching* (Reihe: Systemische Therapie). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.) (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit* (Reihe: Praxis, Theorie, Innovation, Bd. 9). Berlin: Schibri.
- Lévinas, E. (1997). *Vom Sein zum Seienden* (Reihe: Phänomenologie, Bd. 1). Freiburg: Alber (französisches Original erschienen 1947: *De l'existence à l'existent*. Paris: Fontaine).
- Locher, M. (2013). Personenzentrierte Beratung in psychiatrischen Institutionen. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personenzentrierter Beratung* (S. 186–194). Weinheim: Beltz Juventa.

- Luhmann, N. (2014). *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität* (Reihe: Flexibles Taschenbuch; 5., unveränd. Aufl.). Konstanz: UVK (letzte überarb. Aufl. erschienen 1989).
- Lux, M. (2020). Wirkfaktoren personenzentrierter Beziehungsgestaltung aus neurowissenschaftlicher Sicht. *Person*, 24(1), 5–15.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Hrsg.), *Affective development in infancy* (S. 95–124). Norwood, NY: Ablex.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self & society. From the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: Chicago University Press.
- Nestmann, F. (2010). Soziale Unterstützung – Social Support. *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online*, 2(8), 1–39.
- Nohl, H. (1988). *Die pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie* (10. Aufl. – Neuausg.). Frankfurt: Klostermann (Original erschienen 1933: Die pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie. Frankfurt: Klostermann).
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Bd. 1: Evidence-based therapist contributions* (3., aktual. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Bd. 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3., aktual. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Ostbomk-Fischer, E. (1991). Beratung und Hilfe für „Hoffnungslose Fälle“ (?). *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 22(1 [Nr. 81]), 49–51.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulübergreifenden Psychotherapie* (Reihe: Integrative Therapie – Schriften zu Theorie, Methodik und Praxis, Bd. 2; 2., überarb. u. erw. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Goffin, J. J. M. & Oudhof, J. (1993). Protektive Faktoren und Prozesse – die ‚positive‘ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In H. G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Integration und Kreation. Band 1: Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien* (S. 173–266). Paderborn: Junfermann.
- Pörtner, M. (2013). Fachkompetenz oder Mitmenschlichkeit? In B. Kathrin, M. Christine, C. Herbert & S. Müller-Teusler (Hrsg.), *Die Person als Organon in der Sozialen Arbeit. Erzieherpersönlichkeit und qualifiziertes Handeln* (S. 119–120). Wiesbaden: Springer VS.
- Rabe, H. (2013). Menschenhandel zur sexuellen Ausbeutung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 63(9), 15–22. Verfügbar unter: http://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/APuZ_2013-09_online.pdf [11. 5. 2021].
- Rabe, H. & Tanis, N. (2013). *Menschenhandel als Menschenrechtsverletzung. Strategien und Maßnahmen zur Stärkung der Betroffenenrechte* (Reihe: Handreichung). Berlin: DIMR & KOK. Verfügbar unter: https://www.kok-gegen-menschenhandel.de/uploads/media/Handreichung_Menschenhandel_als_Menschenrechtsverletzung.pdf [11. 5. 2021].
- Rogers, C. R. (1947c). Some observations on the organization of personality. *American Psychologist*, 2(9), 358–368.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory* (Reihe: The Houghton Mifflin psychology series). Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. Verfügbar unter: <https://app.shoreline.edu/dchris/psych236/Documents/Rogers.pdf> [11. 5. 2021].
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes* (Reihe: GwG-Thema). Köln: GwG (englisches Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch [Hrsg.], *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Bd. 3: Formulations of the person and the social context* [S. 184–251]. New York: McGraw-Hill).
- Rogers, C. R. (2019a). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 211–231). Frankfurt: Fischer (englisches Original erschienen 1962a: The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32[4], 416–429).
- Rogers, C. R. (2019b). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 17–61). Frankfurt: Fischer (englisches Original erschienen 1975a: Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5[2], 2–10).
- Rogers, C. R. (1989). A client-centered/person-centered approach to therapy. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Hrsg.), *The Carl Rogers reader* (S. 135–156). Boston, MA: Houghton Mifflin (Original erschienen 1986h: A client-centered/person-centered approach to therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf [Hrsg.], *Psychotherapist's casebook. Theory and techniques in the practice of modern therapies* [Reihe: Jossey Bass Social and Behavioral Science Series; S. 197–208]. San Francisco, CA: Jossey-Bass).
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. 1957. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3(4), 208–221.
- Sander, K. (2012). Interaktionsordnung. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxis. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis* (S. 15–34). Wiesbaden: Springer VS.
- Schacht, M., Pruckner, H. (2010). Beziehungsgestaltung in der Psychodramatherapie. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 9(2), 239–255. doi:10.1007/s11620-010-0084-3
- Schaefer, I., Kumpers, S. & Cook, T. (2021). „Selten Gehörte“ für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(2), 163–170. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-020-03269-7.pdf> [11. 5. 2021].
- Schmid, P. F. (2002a). Anspruch und Antwort. Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 75–106). Wien: Springer.
- Schmid, P. F. (2002b). *Die therapeutische Beziehung als personale Herausforderung*. Vortrag beim 34. Weinsberger Kolloquium, 13. 9. 2002 in Weinsberg. Wien: IPS. Verfügbar unter: <https://www.apg-ips.at/images/uploads/artikel/paper-pca.pdf> [11. 5. 2021].
- Schweer, M. K. W. & Thies, B. (2008). Vertrauen. In A. E. Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 136–149). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Sehrig, J. (2016). Empathie gegenüber Rassismus und Intoleranz? Herausforderungen für eine personenzentrierte Haltung in der Sozialen Arbeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 47(3), 143–147.
- Stauffer, J. (2015). *Ethical loneliness. The injustice of not being heard*. New York: Columbia University Press.
- Steinhage, R. (2004). Multiple Persönlichkeiten – Traumatisierung durch extreme Gewaltanwendung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35(3), 206–213.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation. Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L. & Calhoun, L. G. (Hrsg.) (1998). *Posttraumatic growth. Positive change in the aftermath of crisis*. New York: Erlbaum.
- Topaloglou, H. M., Hammer, A., Hofer-Freundorfer, S. & Wakolbinger, C. (2018). Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Wissenschaft und

- Praxis: Wie wirkt Beziehung? In H. M. Topaloglou, A. Hammer, M. Finger-Ossinger, S. Hofer-Freundorfer, G. Pawlowsky & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Beziehung im Fokus. Aktuelle Beiträge der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie* (S. 25–58). Wien: Facultas.
- Vygotskij, L. S. (2002). *Denken und Sprechen. Psychologische Untersuchungen*. Weinheim: Beltz (russisches Original erschienen 1934: *Myšlenie i reč. Psicholodičeskie issledovanija*. Moskau: Socëkgiz).
- Wagenblass, S. (2004). *Vertrauen in der Sozialen Arbeit. Theoretische und empirische Ergebnisse zur Relevanz von Vertrauen als eigenständiger Dimension* (Reihe: Soziale Praxis). Weinheim: Juventa.
- Wagenblass, S. (2013). Vertrauen. In H.-U. Otto & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (4., völlig neu bearb. Aufl.; S. 1825–1835). München: Reinhardt.
- Wege, J. (2018). Das (un-)sichtbare Feld der Prostitution. Gemeinwesenarbeit und Streetwork als methodische Zugänge. *Soziale Arbeit*, 67(3), 100–106. Verfügbar unter: https://www.dzi.de/wp-content/uploads/2021/01/18_SozArb_03_Wege.pdf [11. 5. 2021].
- Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4; S. 52–67). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2010). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind* (3., verb. Aufl.). Berlin: Tolkmitt bei Zweitausendeins (englisches Original erschienen 2009: *The spirit level: Why equality is better for everyone*. London: Lane).
- World Health Organization (WHO) (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new perspectives, new hope*. Genf: WHO. Verfügbar unter: www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [7. 11. 2020].

Rezensionen*

Katrin Draxl

Susan M. Johnson: Bindungstheorie in der Praxis. Emotionsfokussierte Therapie mit Einzelnen, Paaren und Familien.

Paderborn: Junfermann, 2020, 320 Seiten, ISBN: 978-3-95571-899-2. EUR (D) 39,00 / EUR (A) 40,10 / CHF 55,90.

Die gebürtige Kanadierin Sue Johnson gilt als Begründerin der EFT für Paare (Emotionally Focused Therapy). Sie setzt sich für die genuine Verbindung von Bindungstheorie und EFT und deren Verbreitung ein, mit ähnlichem Engagement wie Karl Heinz Brisch für die bindungsbasierte Psychotherapie und ihre Anwendung im deutschsprachigen Raum.

Viel wird zurzeit zum Thema Bindung geschrieben, vorliegendes Buch ist eines der wenigen, das sich mit angewandter Bindungstheorie befasst, mittels vieler Beispiele den Nutzen der Bindungsorientierung für Interventionen nachvollziehbar macht und zudem Bindungswissen als Basis unseres therapeutischen Handelns empfiehlt.

Das Buch gliedert sich in neun Kapitel. Nach drei einleitenden Kapiteln zum Thema Bindung und EFT folgen je ein Theorie- und ein Praxisteil zum Einzel- (EFIT), Paar- (EFCT) und Familien-Setting (EFFT) der Emotionally Focused Therapy. Didaktisch sinnvoll fügt Johnson nach den theoretischen Kapiteln je eine Seite Zusammenfassung „Zum Merken und Behalten“, eine Selbsterfahrungs-Übung sowie Übungsfragen zu einer Fallvignette ein.

In einem ersten Kapitel plädiert Johnson für die Grundlegung der Bindungstheorie als Basis allen therapeutischen Handelns, als Modell für therapeutische Veränderung überhaupt. Danach beleuchtet die Autorin die Bedeutung von Emotionen als informationsverarbeitende Systeme im Dienst des Überlebens und die Rolle, die dabei unsere Bindungsbedürfnisse und Verlustängste spielen. Die Bedeutung von Emotionen und deren Regulation in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Psychopathologie legt Johnson im 3. Kapitel (*Intervention: mit Emotionen arbeiten, um korrigierende Erfahrungen und Interaktionen zu konstruieren*) dar. Danach

geht sie auf die unterschiedlichen Bindungsmuster und ihren Einfluss auf die Affektregulation ein.

Wie kann nun in der EFT bindungs- und erfahrungsorientiert ein Veränderungsprozess in Gang gesetzt werden? Johnson beschreibt ein fünf-schrittiges Prozedere – sie, die selber Tango tanzt, nennt es den EFT-Tango –, welches von einer auf ihre Resonanzen Zugriff habenden, unablässig um empathisches Verstehen bemühten Therapeutin begleitet wird: Zunächst geht es darum, die aktuellen intra- und interpersonalen Prozesse zu spiegeln, dann um eine Zusammenfügung und Vertiefung der Einzelelemente der Emotionen. Einen wesentlichen intervenierenden Schritt stellen das Initiieren und Choreografieren neuer intensiver Begegnungen mit anderen dar, ob sie nun imaginiert oder real in der Sitzung gegenwärtig sind. Dann werden diese neuen Begegnungen mit den wichtigen Anderen durchgearbeitet und anschließend validiert, ins Beziehungssystem integriert. Johnson betont den Einsatz personenzentrierter Techniken während dieses Tango-Veränderungsprozesses: Der Fokus auf die Schaffung von Sicherheit, der ruhige Tonfall, die beruhigende Präsenz der Therapeutenperson, ihre innere Einstimmung auf den*die Klient*in. Die empathische und kongruente Begleitung der Vertiefung des Erlebens fördere den Veränderungsprozess und damit das Konstituieren einer neuen inneren und äußeren Realität im Rahmen des Beziehungskontextes zwischen Klient*in und Therapeut*in. Dies sei das Herzstück der EFT.

Das folgende Kapitel ist der Einzeltherapie gewidmet. Johnson versteht die Therapeut*in als „Prozessberaterin, die schmerzvolle Erfahrungen gemeinsam mit ihren Klienten aufsucht und durchlebt, um sie zusammen mit den Klienten gründlich zu prozessieren“ (S. 104). Der Fokus liege dabei auf dem Prozess, nicht auf dem Inhalt. Die Indikation für die als Kurzzeittherapie

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

Katrin Draxl, MMag.^a, geb. 1976, Personenzentrierte Psychotherapeutin, Ausbilderin für Psychotherapie des FORUM, lebt und arbeitet in freier Praxis in Wien.

angelegte EFIT sei generell hoch bei Problemen im Zusammenhang mit Depression und Angst und den Nachwirkungen traumatischer Erfahrungen. Der*die Klient*in sollte allerdings fähig sein, das für den therapeutischen Prozess notwendige Engagement nicht als überfordernd zu erleben. Bei schwerer chronischer Depression, Suchtverhalten oder hohem Suizidrisiko rät Johnson zur Zusammenarbeit mit anderen Expert*innen (psychotherapeutisch und/oder ärztlich).

Nach einer Stabilisierungsphase choreografiert die Therapeut*in in der Umstrukturierungsphase intensive emotionale Erfahrungen in inszenierten (realen oder imaginierten) Begegnungen mit Bindungspersonen, die zu einem Flow, zu einem Zustand der völligen Vertiefung führen. So wird letztlich korrigierende emotionale Erfahrung möglich, die dann in revidierten Arbeitsmodellen konsolidiert wird. Dieser Veränderungsprozess wird im Transkript eines achtstündigen Therapieprozesses der Klientin Freia nachvollziehbar.

Sue Johnsons Hauptarbeitsgebiet, der Emotionsfokussierten Paartherapie, widmet sie sich im sechsten Kapitel. Sie sieht speziell für die Paartherapie eine Indikation bei Vorliegen von PTBS oder Depression. Keine Indikation bestehe bei andauernder Gewalttätigkeit zwischen den Partner*innen, unbehandelter Suchterkrankung, laufenden Affären, die den Vertrauensaufbau untergraben sowie unvereinbaren Therapiezielen. In der ersten Stufe der Stabilisierung gehe es um das Spiegeln der zentralen wiederkehrenden Muster oder Zyklen, von denen Johnson vier wesentliche benennt: Angriff-Angriff, Kritik-Rückzug, Erstarren und Fliehen sowie Chaos und Ambivalenz. Dem letzten Zyklus liegen desorganisierte Bindungsstile traumatisierter Partner*innen zugrunde. Primäre Aufgabe sei es zunächst, den*die Feind*in in Form des Zyklus zu externalisieren („Suche nach dem Bösewicht“). In der Umstrukturierungsphase sollen die zurückgezogenen Partner*innen aufgeschlossener und engagierter werden, die Anklagenden

sollen weicher werden und um die Erfüllung ihrer Bedürfnisse bitten. Dazu etabliert Johnson zum Beispiel „Halt-mich-fest“-Gespräche, in denen sich die Partner*innen auf ihre verletzlichen Gefühle einlassen und so neue Zyklen positiver Bindungsinteraktionen entstehen können. Kapitel sieben gibt das Transkript eines Paarberatungsgesprächs wieder, in dem die Vertiefung der emotionalen Erfahrung in Bezug auf Bindungsbedürfnisse und Verlassensängste sowie Ansätze der Umstrukturierung deutlich werden.

Im Kapitel zur Emotionsfokussierten Familientherapie hebt Johnson u. a. die Bedeutung der elterlichen Paarbeziehung hervor. Ziel sei es, die Eltern dabei zu unterstützen, die Verletzlichkeit der Kinder besser zu verstehen, Responsivität zu entwickeln und letztlich zu besseren Bindungspersonen, zu einem „sicheren Hafen“, zu werden. Das dazugehörige Praxiskapitel erlaubt dem*der Leser*in an zwei Sitzungen mit Josh und seinen Eltern teilzuhaben, in denen die EFFT-Tango-Moves angewandt werden.

Bindung und das Wissen um ihre Mechanismen betrifft tatsächlich uns alle und kann somit sinnvoll und hilfreich in jegliches therapeutische Handeln integriert werden, wie vorliegendes Buch deutlich zeigt. Die Arbeit mit EFT setzt einen gewissen Grad an Stabilität der Klient*innen voraus, kann aber bei entsprechender Indikation beziehungsstärkend und wachstumsfördernd wirken. In den kommentierten Sitzungstranskripten, die rund ein Drittel des Buches ausmachen, lässt sich der EFT-Tango-Veränderungsprozess in seiner Unmittelbarkeit gut nachempfinden und ermöglicht diesbezüglich noch unerfahrenen Praktiker*innen einen spannenden Einblick in die bindungsorientierte Arbeit mit EFT. Ein Buch, reich an Anregungen, sowohl für Praktiker*innen als auch für jene, die sich theoretisch mit der Integration der Bindungstheorie in unsere therapeutischen Konzepte interessieren.

Christian Metz

Jobst Finke: Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie, Beziehungskonzepte, Therapietechnik.

München: Ernst Reinhardt Verlag, 2019, 404 Seiten, ISBN: 978-497-02896-2. EUR (D) 39,60 / EUR (A) 41,10 / CHF 56,90.

Das vorliegende Buch ist aus dem von Jobst Finke 2004 veröffentlichten Buch *Gesprächspsychotherapie* hervorgegangen und erörtert in detaillierter Weise insbesondere die störungs- und therapietheoretischen Aspekte des Personzentrierten

Ansatzes. Es folgt dem Anliegen, sowohl bei der Ausführung der therapeutischen Kernmerkmale und der daraus ableitbaren Handlungsmuster als auch bei den Stellungnahmen zu therapeutischer Professionalität, dem Verhältnis von Direktivität/

Nicht-Direktivität, dem Gebrauch von Diagnosen und Interpretationen sowie bei der Konzeptualisierung einer Therapie-technik die Komplexität und Mehrdeutigkeit zentraler personzentrierter Positionen darzustellen. Dadurch dient es zugleich einer (selbst-)kritischen Revision der je eigenen Therapiepraxis, wenn anhand von zentralen Schlüsselthemen die jeweiligen Störungsbilder vorgestellt werden.

Die 13 Kapitel des Buches sind übersichtlich strukturiert und spannen einen weiten Bogen:

Nach einer konzentrierten Zusammenfassung der *ideengeschichtlichen Voraussetzungen der Personzentrierten Psychotherapie* (1) wird die *personzentrierte Persönlichkeits- und Störungstheorie* (2) dargelegt. Die Beschreibung der *Kernmerkmale in der Personzentrierten Psychotherapie* (3) [Bedingungsfreie positive Beachtung, einfühlendes Verstehen, Kongruenz/Echtheit] lässt die langjährige Erfahrung des Autors bei der therapeutischen Vermittlung dieser Grundhaltungen erkennen. Dadurch eignet sich dieses Buch auch ganz hervorragend als Lehrbuch – „für Anfänger*innen“ wie auch für (weit) Fortgeschrittene.

Die dargelegten *Beziehungskonzepte* (4) als eine wesentliche Ebene neben den Kernmerkmalen und den daraus folgenden Handlungsmustern eröffnen ein vertieftes Verständnis für die Personzentrierte Praxis im Spannungsfeld von *Direktivität und Nicht-Direktivität* (5), insbesondere unter den Aspekten des Beziehungsklärens, des Selbstöffnens wie auch zum Verständnis und für die Bearbeitung des zur Erhaltung des Selbstkonzepts notwendigen Abwehrverhaltens. Im ausführlichen 6. Kapitel zur *therapiepraktischen Vermittlung der Kernmerkmale* (S. 60–122) wird der genuine Beitrag, den Jobst Finke zur Ausdifferenzierung der personzentrierten Praxis geleistet hat, besonders gut nachvollziehbar.

Als zwei wesentliche Weiter- und Parallelentwicklungen zur Personzentrierten Psychotherapie wird zudem ein Beitrag zu **Focusing** (von *Heinke Deloch*) sowie eine Darlegung der **Existenziellen Aspekte** (von *Gerhard Stumm*) aufgenommen (7).

Im Kapitel *Diagnostik, Indikation und Therapieziele* (8) wird das personzentrierte Verständnisspektrum zu diesen unverzichtbaren Aspekten der Therapiepraxis diskutiert. Dabei werden Vorbehalte wie Missverständnisse aufgenommen, wenn in Anerkennung des inneren Bezugsrahmens des*der Klient*innen und der entsprechenden kommunikativen Vermittlung die Linien einer personzentrierten (prozessualen) Diagnostik gezeichnet werden. Gleichfalls wird die Frage der Indikation der Personzentrierten Psychotherapie bezüglich der belegten Wirksamkeit hin auf die unterschiedlichen Störungsformen erörtert.

Im Blick auf die (erwünschten und erreichbaren) Therapieziele wird die nicht-direktive Intention des Personzentrierten Ansatzes deutlich. Gerade die Verständigung über die Therapieziele bedarf einer Klärung des Krankheits- und des Therapiekonzeptes der Klient*innen. Dies wird im zweiten Teil des Buches anhand der Darstellung unterschiedlicher Störungen vertieft.

Die Begründung einer störungsbezogenen Orientierung nimmt eine Verschränkung der störungsspezifischen Symptomatik mit Aspekten der jeweiligen Persönlichkeit vor, welche auch eine gewisse Strukturgebundenheit anerkennt. Dazu nennt Finke bei den einzelnen Störungen entsprechende Schlüsselthemen, welche oft die störungsbezogene Lebensthematik bestimmen. Es geht dabei um die Erweiterung der Möglichkeiten eines einfühlenden Verstehens der jeweiligen Inkongruenzkonstellationen sowie der entsprechenden Verstehensangebote. Finke versteht die angeführten Schlüsselthemen somit nicht als verpflichtende Vorgabe für die Gesprächsführung, vielmehr als empfehlenswerte Spuren, um die therapeutische Achtsamkeit zu erhöhen (vgl. S. 186). Damit wird eine differentielle Personzentrierte Psychotherapie favorisiert, welche die Bedeutung eines Störungswissens für die Verstehens-Kompetenz der Therapeut*innen betont und dazu beitragen will, die personzentrierten Einstellungen bzw. Haltungen möglichst passend zu kommunizieren.

So werden im 9. Kapitel (S. 184–331) die meistverbreiteten **Störungen** ausgewählt und dargestellt:

- *Depression*;
- *Angststörungen*;
- *Somatoforme Schmerz-Störung*;
- *Persönlichkeitsstörungen* (Borderline-, Narzisstische, Abhängige sowie Paranoide Persönlichkeitsstörung);
- *Paranoide Schizophrenie*;
- *Alkoholabhängigkeit*;
- *Essstörungen* (Bulimie).

Die einzelnen Störungsbilder werden in einer sich wiederholenden Struktur aufgezeigt, was der Übersichtlichkeit und auch Vergleichbarkeit der einzelnen Störungsbilder sehr förderlich ist: Zunächst werden das jeweilige *Erscheinungsbild und dessen Entstehungsbedingungen* skizziert hinsichtlich:

- Diagnostik,
- Symptomatik und Persönlichkeitsentwicklung,
- Indikation,
- Inkongruenzkonstellation und Beziehungskonzept.

Es werden dabei auch jeweilige (zumeist deutschsprachige) personzentrierte Beiträge zu Forschung und Therapiekonzepten angeführt, was zu einer weiteren Vertiefung anregen mag.

Diese Querverweise lassen zugleich auch das Lebenswerk von Jobst Finke erahnen, der insbesondere durch die störungsspezifischen Perspektiven den Personzentrierten Ansatz entscheidend bereichert hat. Die Frage, inwieweit dabei „im Sinne einer adaptiven Indikation eine erhebliche Modifikation des (personzentrierten) Verfahrens“ (S. 298) erforderlich ist, wird bei den einzelnen Störungsbildern diskutiert.

Jedes Störungsbild wird mit Fallskizzen verbunden, welche die einzelnen Inkongruenzkonstellationen darstellen sowie das jeweilige therapeutische Vorgehen erörtern und anregen. Diese Passagen erscheinen gerade für Ausbildungsteilnehmer*innen besonders hilfreich, um die unterschiedlichen Ausprägungen von Inkongruenz als dem zentralen Begriff der personzentrierten Störungstheorie genauer verstehen zu lernen.

Anhand der vorherrschenden *Schlüsselthemen* wird die Therapiepraxis konkret dargestellt und durchgängig mit kurzen Fallvignetten und Beispieldialogen veranschaulicht. Auch wenn sogenannte „Patient*innen“ vorgestellt werden, so betont Finke wiederholt, dass hiermit keine „Kliententypen“ (S. 187) skizziert werden sollen, vielmehr der Respekt vor der unverwechselbaren Einmaligkeit der jeweiligen Person vorrangig zu sein hat.

Jedes Kapitel endet mit einer *Zusammenfassung der Mittel und Ziele der Gesprächsführung* bei den jeweiligen Störungen bzw. Klient*innengruppen. Diese Vorgehensweise und die formale wie inhaltliche Übersichtlichkeit machen das Buch zu einem veritablen Lehrbuch, das so auch die (deutsche) Tradition der Gesprächspsychotherapie (GPT) aufnimmt, abbildet und weiterentwickelt.

Es folgt ein anregendes Kapitel zur *Gruppen-Psychotherapie* (10), das einen „groben Überblick über Theorie und Praxis dieser Methode vermitteln“ möchte (S. 332), u. a. mit der wichtigen Unterscheidung zwischen Therapie- und Encountergruppen.

Dem schließt sich ein kurzes Kapitel (S. 349–361) zur *Paar- und Familientherapie* (11) an, das ersichtlich werden lässt, „dass neben der individuellen Inkongruenzkonstellation die[se] interindividuellen, gemeinsamen Konzepte und Interaktionsmuster Gegenstand des therapeutischen Verstehens werden.“ (S. 349)

Ein weiteres Kapitel (12) widmet sich dem *Traum* und dem *Traumverstehen* (S. 362–378) und versammelt personzentrierte Beiträge zur therapeutischen Arbeit mit Träumen.

Abschließend wird das Verhältnis von *Personzentrierter Psychotherapie und Pharmakotherapie* (13) erörtert. Hierzu werden die Hauptgruppen und Anwendungsbereiche der Psychopharmaka überblickhaft präsentiert. Diskutiert werden auch die Risiken und Chancen einer Kombinationstherapie sowie die (potentiellen) Auswirkungen einer Psychopharmakotherapie auf die therapeutische Beziehung. Bei Effektivitätsstudien sei zudem „eine differenzierende Berücksichtigung der jeweiligen Störung und der Klientenpersönlichkeit“ (S. 381) erforderlich.

Im gesamten Buch werden fortlaufend zahlreiche Referenzen angeführt, die zu vertiefender Nachlese einladen. Ein ausführliches Literaturverzeichnis, das überwiegend deutsche Titel beinhaltet, sowie ein Sachregister belegen die solide Basis dieses umfassenden Lehrbuches, das eigentlich in keiner (Hand-) Bibliothek eines*einer Personzentrierten Psychotherapeut*in fehlen sollte.

Veranstaltungskalender 2/2021

ÖGWG-Woche 2021: „Personzentrierte Psychiatrie und Psychotherapie“

Zeit: 23.–26. Oktober 2021. Alljährlich, rund um den österreichischen Nationalfeiertag!

Ort: Puchberg bei Wels, Österreich

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

PCE 2021 – The Personcentered Experience

Einwöchige Encountergruppe

Zeit: 23.–29. Oktober 2021

Ort: Schloss Hotel Zeillern: Schloss-Straße 1, 3311 Zeillern, Österreich

Anmeldung: bei Hans Peter Ratzinger: hp.ratzinger@aon.at
GwG-Fachtag „ECC-Erlebensbezogenes Konzeptcoaching“
Beziehung wirkt! Implikationen für Supervision und Coaching
Referent*innen: Erik de Haan, Christiane Hellwig, Michael Schlechtriemen, Petra Wörsdörfer, Ulrich Siegrist und Gerd Schweers

Zeit: 12. November 2021

Ort: Essen, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

PCE Europe – Symposium

„Loneliness and Intolerance. The PCA View of Today’s Challenges“

Zeit: 3.–5. Dezember 2021

Ort: Bukarest, Rumänien

Info: www.pce-europe.org

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

Info: www.kindertherapietagungwien.at

DPGG Forum

am 23. April 2022

Näheres in Kürze auf: www.dpgg.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? Formulation and Facilitating Change Together“

Zeit: 4.–8. Juli 2022

Ort: Kopenhagen, Dänemark

Info: www.pce2022.com

Symposium anlässlich 25 Jahre FORUM

Psychotherapie.begegnet.Zukunft.begegnet.Psychotherapie
Coronabedingt verschoben, neuer Termin!

Zeit: 23.–24. September 2022

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

Info und Anmeldung: www.forum-personzentriert.at und buero@forum-personzentriert.at

Weiterbildungsangebot von ÖGWG und APG•IPS

Personzentrierte Supervision und Organisations- entwicklung



Der Lehrgang bietet ein stringentes, inhaltlich geschlossenes Modell von Verstehenszugängen und Handlungsmöglichkeiten für komplexe, überindividuelle Supervisions- und Coaching-Problemlösungen, basierend auf dem personzentrierten Menschenbild und der personzentrierten Theorie von Veränderung. Dies ermöglicht ein sicheres und effizientes Handeln im gesamten Supervisionsarbeitsfeld. Die Vortragenden sind erfahrene Supervisor*innen aus den beiden Vereinen. Ergänzt werden diese durch Praktiker*innen aus unterschiedlichen fach einschlägigen Bereichen (u.a. Gruppendynamik, Marketing, Recht, Forschung, ...).

Die Eintragung in die Supervisor*innen-Liste der ÖVS ist nach Abschluss der Ausbildung ohne zusätzliche Bedingungen möglich (und für Psychotherapeut*innen zusätzlich die Eintragung in die Liste des ÖBVP, wenn die Eintragung in die PT-Liste bereits mind. 5 Jahre besteht etc.).

Lehrgangstart: 19. März 2022
Seminarorte: Wien & Steyr
Ausbildungsdauer: 2,5 Jahre – berufsbegleitend

Die Lehrgangleiter stehen jederzeit für Fragen zur Verfügung:

MMag. Gerald Käfer-Schmid

M: praxis@kaefer-schmid.at

T: +43 677 614 354 34

Klaus Mayrhofer

M: office@klausmayrhofer.at

T: +43 650 4740500



Information und Anmeldung unter:
oegwg.at/fort-und-weiterbildung/supervision

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

2021/22 FORTBILDUNG: VORTRÄGE

- **Personenzentriertes Arbeiten mit Kindern mit Autismusspektrumsstörung**
Mag.a Verena Wasinger-Brandweiner
Mo, 8.11.2021, 18.00 – 20.00 Uhr; Anm.: verena.wasinger@chello.at
- **Wandel (in) der Trauer.**
Vom Umgang mit Trauer in der Personenzentrierten Psychotherapie
MMag. Stephan Kopelent
Do, 9.12.2021, 18.30 – 20.30 Uhr; Anm.: info@psychotherapie-kopelent.at
- **If the body fits less than a proper dress.**
Geschlechtsinkongruenz als Thema in der Psychotherapie
Mag.^a Cornelia Kunert
Mi, 16.2.2022, 18.30 – 20.30 Uhr; Anm.: cornelia@kunert.net
- **Group Experience –**
Möglichkeiten und Herausforderungen in der Gruppentherapie
Dr. Eva Verhnjak
Di, 26.4.2022, 18.30 – 20.30 Uhr; Anm.: eva@verhnjak.com
- **Bindungsstörungen**
Mag.^a Monika Speil
Do, 12.5.2022, 19.00 – 21.00 Uhr; Anm.: m.speil@kontakt.at
- **„Träum’ ich?!“ – Impulse für einen personenzentrierten Umgang mit Träumen**
Dr. Christian Metz
Do, 9.6.2022, 18.30 – 20.30 Uhr; Anm.: cmetz@me.com

2022 THERAPEUT*INNEN- FRÜHSTÜCK DISKUSSIONSFORUM UND MITEINANDER

- **The way we were**
Ein Vormittag mit Dr. Nora Nemeskeri und Dr. Gerhard Stumm
Moderation: Matthias Witting-Schön, BA
Ort: Café Museum: 1010 Wien, Operngasse 7
Sa, 19.3.2022, 10.00 – 12.00 Uhr; Anm.: matthiaswitting@yahoo.de

2022 TAGUNGEN

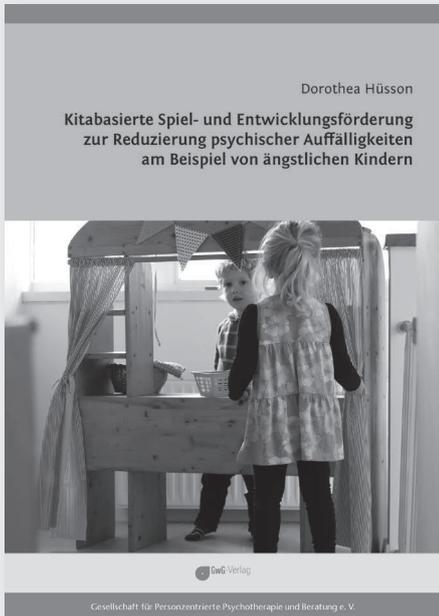
- **Kinder- und Jugendlichenpsychopietagung***
Beziehung 4.0. Begegnung und Dasein in bewegten Zeiten – bleibt alles anders?
Ort: Kardinal König Haus: 1130 Wien, Kardinal-König-Platz 3
Fr, 23.4.2022 & Sa, 24.4.2022 Anm.: www.kindertherapietagungwien.at
- **Symposium anlässlich 25 Jahre FORUM**
Psychotherapie.begegnet.Zukunft.begegnet.Psychotherapie
Coronabedingt verschoben, neuer Termin:
Fr, 23.9.2022 & Sa, 24.9.2022 Anm.: buero@forum-personenzentriert.at
Ort: Kardinal König Haus: 1130 Wien, Kardinal-König-Platz 3

* In Kooperation mit APG.IPS und VRP

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

1150 Wien • Schanzstraße 14/3.3 • Telefon/Fax +43 1 966 79 44 • e-mail: buero@forum-personenzentriert.at • www.forum-personenzentriert.at



Dorothea Hüsson

Kitabasierte Spiel- und Entwicklungsförderung zur Reduzierung psychischer Auffälligkeiten am Beispiel von ängstlichen Kindern

GwG-Verlag, Köln 2019
200 Seiten, kart.,
24,90 Euro (für Mitglieder der GwG: 19,90 Euro)
ISBN 978-3-926842-58-9

Bereits im Vorschulalter zeigt eine Vielzahl von Kindern psychische Verhaltensauffälligkeiten, die unbehandelt zu einer Chronifizierung und Entwicklung weiterer Störungen führen können. Die Kitabasierte Spiel- und Entwicklungsförderung (KbSE) will dem entgegenwirken und Kinder in der Kindertageseinrichtung frühzeitig und niederschwellig durch ein spezielles Spielangebot erreichen.

Im Rahmen einer Interventionsstudie wurde die Wirksamkeit der Kitabasierten Spiel- und Entwicklungsförderung (KbSE) untersucht. 91 Kinder mit (sub)klinischen Symptomen der Angststörung erhielten in der Kindertageseinrichtung – auf der Grundlage der personzentrierten Spieltherapie und orientiert an dem Konzept der amerikanischen School-Based Play Therapy – Spiel- und Entwicklungsförderung (KbSE). Das vorliegende Buch präsentiert die theoretischen Grundlagen der Spiel- und Entwicklungsförderung (KbSE), das Forschungsdesign und die Studienergebnisse aus der Perspektive der Eltern, Erzieherinnen und Kinder.

Die Autorin

Dorothea Hüsson ist Erzieherin, Dipl. Sozialpädagogin, Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG) und Personzentrierte Beraterin (GwG). Sie arbeitet an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd im Studiengang Kindheitspädagogik, Abteilung Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention. Seit über 20 Jahren führt sie Weiterbildungen in Spieltherapie, Beratung und Gesprächsführung durch.



IGB -Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung - Stuttgart

www.igb-stuttgart.de

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart veranstaltet regelmäßige Fort- und Weiterbildungen. Es befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personenzentrierten Konzept. Das IGB 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 personenzentrierten Fachkräfte)

- 04.03.2022 – 15.00 bis 21.00 Uhr **Kinder-Focusing mit Heidrun Essler, Heidelberg**
05.03.2022 – 9.30 bis 18.00 Uhr Tagungsort: Stuttgart
- 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

Teilnahmegebühr: Jeweils 180 €

Anmeldeprocedere und Rücktrittsregelungen finden Sie auf der IGB website: www.igb-stuttgart.de

Beginn Personenzentrierter Weiterbildungen (jeweils GwG anerkannt):

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

Modul 1: November 2021 – alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Modul 1: Oktober 2021 – alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: christine.lecoutre@igb-stuttgart.de

Focusing-orientierte Prozessbegleitung, Teil 1: Focusing zur Selbsterfahrung

November 2021, alle weiteren Teile fortlaufend nach Vereinbarung.

Kontakt: christine.lecoutre@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Psychotherapie

Modul 1: November 2021 – alle weiteren Module fortlaufend nach Vereinbarung

Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Bücher von Lehrenden aus dem IGB:

neu:

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

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

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

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

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

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)

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

FORUM, APG.IPS, VRP, ÖGWG und VPKJ laden ein:

„Beziehung 4.0 Begegnung und Dasein in bewegten Zeiten – bleibt alles anders?“



© Logo www.consult-wakolbinger.at

9. Internationale Fachtagung für personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | Wien

Samstag, 23. 4. 2022 bis Sonntag, 24. 4. 2022

Seminarzentrum Kardinal König Haus

Hauptvorträge

Christian Fehringer, Wien

Judith Noske, Maria Enzersdorf

Über Utopien, Hoffnungen und die Zerbrechlichkeit.

Gedanken zu therapeutischen Prozessen in einer coronalen Welt

„Wo halte ich mich fest, wenn nicht in mir selbst?

Und – wohin lieb ich mich?“ Möglichkeiten und Herausforderungen psychischer Entwicklung in neuen Zeiten

Verleihung des Virginia Axline Preises

Verleihung durch den Verband personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VPKJ)

Workshops & Vorträge

Inge-Marie Lajda, Wien **Monika Speil**, Wien
Wenn Bilder das ausdrücken, wofür Worte fehlen

Petra Gassmann, Winterthur, **Ruth Bourgoigne**, Zürich
Wenn Beziehung gefährlich ist- intensive Gefühle regulieren

Katharina Fischer, Linz
Gleichstellung der Geschlechter? Das war einmal... Über den Einfluß von Covid-19 auf die Entwicklung der Geschlechtsidentität und Geschlechterrollen

Olivier Givron, Antwerpen
How can Emotion Focused Therapy (EFT) be an enrichment for Play Therapy?

Andreas Renger, Bonn
„Warum liegt hier überhaupt Stroh?“
Der Einfluss von Pornografie auf das Selbstkonzept und die Mentalisierung bei männlichen und weiblichen Jugendlichen

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Freiburg
VERSTEHEN als Grundlage professionellen pädagogischen und psychotherapeutischen Handelns - gerade auch in Zeiten der Digitalisierung

Ulrike Hollick, Weimar
Bindung und Bindungsstörungen: Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

Maren Krause, Wandlitz
"Du und ich - wir drei."
Erwachsener, Handpuppe und Kind: Wer ist denn wer?

Elisabeth Pellegrini, Wien
Begegnung mit dem Fach „Psychiatrie“

Dorothea Hüsson, Stuttgart
Elterngespräche – herausfordernd und pc. bei Kindeswohlgefährdung

Steffi Jofer-Ernstberger, Iilmünster
Personzentrierte Spieltherapie als Anker für Kinder in stürmischen und bewegten Zeiten

Hildegard Steinhäuser, Augsburg
In Zeiten der verordneten Einsamkeit: Jeden Mittwoch um 15.00 Uhr auftauchen aus dem Bildschirmmeer...

Heidi Zorzi, Regensburg
Psychotherapie mit komplex traumatisierten Jugendlichen ein integrativer Ansatz für die Praxis

Andrea Leidlmayr, Wien
...von der Bedeutung eines Hundes im personzentrierten Beziehungsgeschehen...

Christa Redl, Wien **Markus Pilz**, Wien
Im Spektrum – Autismus besser verstehen

Sigrid Gottsbacher, **Magdalena Kriesche**, **Verena Weißenböck**, Wien

Bettina Steger, Wien
Endstation Sonderschule!? Wenn nichts mehr geht, Beziehung geht immer!

Und plötzlich ist alles anders?! Beziehungs- und Settinggestaltung mit Kindern und Jugendlichen in Zeiten der Pandemie

Bernhard Diwald, Wien
Warum Mobbing so hilflos macht...

Erich Zauner, Wien
Gruppenarbeit mit Kindern aus geflüchteten Familien bei Hemayat

Katharina Fischer, Linz
Theresia Hollerer, Wien
Workshop zum Vortrag: „Gleichstellung der Geschlechter? Das war einmal..“

Alexander Nikodemus, Wien
Queering Person-Centeredness – Der Einfluss von Cis*normativität und Hetero*normativität auf unsere Entwicklung

Lauzensky Romina, Lajda Inge-Marie, Wien: Kreativwerkstatt – ein Weg zur Entfaltung der individuellen Schöpferkraft

Anrechenbarkeit in Österreich: 15 Stunden für die personzentrierte Aus- und Weiterbildung bzw. als Fortbildung für Psychotherapeut*innen im Sinne des Psychotherapiegesetzes

Kosten:

Tagungsbeitrag
€ 200,- bei Zahlung bis 31. 12. 2021 (Frühbucherbonus € 20,-)
€ 45,- Kostenbeitrag für Fest am Abend des 23. 4. 2022

inkl. Mittagessen und Pausenverpflegung
€ 220,- Normalbeitrag bei Zahlung ab 1. 1. 2022
inkl. Dinner und Rahmenprogramm, exkl. Getränke

Information und Anmeldung

www.kindertherapietagungwien.at



www.kindertherapietagungwien.at



pcaInstitut

KURSPROGRAMM 2021-2

Master of Advanced Studies in Personzentrierter 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 Personzentrierten Ansatz den Psychotherapiestudiengang Master of Advanced Studies in Personzentrierter Psychotherapie an. Der praxisorientierte Psychotherapiestudiengang gliedert sich in 4 Module und dauert mindestens 4 Jahre.
www.mas-pca.unibas.ch

Weiterbildung in Personzentrierter 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 Personzentrierten Ansatz Interessierte.

Aus unserem Kursprogramm Oktober bis Dezember:

Vehler können immer passieren. Vom Umgang mit Fehlern, Versagen, unverständenen Therapieabbrüchen • **Borderline (F60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung)** - störungsspezifisch mit der pca- Grundhaltung arbeiten • **Wahrnehmen – Ernstnehmen – Resonanz geben.** Nonverbale Begegnungsmöglichkeiten bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung • **Psychological First Aid** - This seminar aims at helpers for those who have recently gone through an extremely difficult event (Zoom in English) • **Dein Blick zurück nach vorn** - mit Jugendlichen und Adoleszenten arbeiten • **Bringing Mindfulness into Therapy** - The Wisdom of C. Rogers (Zoom in English) • **Paare in Beratung und Psychotherapie** - in Interaktion und Kommunikation neue Bewegungen anstossen • **Unterstützung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche** - eine Einführung in die Traumapädagogik • **Sucht hat viele Gesichter** - personzentriert mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung arbeiten • **Eltern und Jugendliche** - Was das Zusammenleben, das Verstehen und die Ablösung so schwierig macht und wie man es auch noch sehen könnte • **Beziehungsgestaltung mit komplex traumatisierten Menschen** - in welcher Haltung diese gelingen kann und weitere Kurse.

Detaillierte Kursausschreibungen
und Anmeldemöglichkeit:
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 Personzentrierter Psychotherapie und Beratung · Institut der pcaSuisse



PCE2022

15TH WORLD CONFERENCE FOR
PERSON-CENTERED & EXPERIENTIAL
PSYCHOTHERAPY & COUNSELLING

COPENHAGEN
4-8 JULY 2022



WAPCEPC

DSPPOP

Dansk Selskab for Personcenteret og Oplevelsesorienteret Psykoterapi

How Can I be of Help?

FORMULATING AND
FACILITATING CHANGE
TOGETHER

WWW.PCE2022.COM

KEYNOTE SPEAKERS

Dan Zahavi

Susan Stephen

Akira Ikemi

Leslie Greenberg

Dagmar Nuding



PCE2022
COPENHAGEN

4-8 JULY main
2-3 JULY pre

Conference Programme

Opening Ceremony

Keynote Speakers

Scientific Sessions

Poster & Wine Session

Gala Dinner

Social Programme

Cultural Programme

Conference Venues

Scandic Copenhagen - Main

GlobalHagen - Pre



Pre-Conference Programme

Day Workshops:

Leslie Greenberg - EFT

Ann Weiser Cornell - Focusing

Encounter Group

PCE-Cinema

Registration and submission

Starts Fall 2021

WWW.PCE2022.COM



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 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Richtwert 5000, max. 8000 Wörter 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. 1000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

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

- Mag.^a 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.



Lehrfilmreihe – Handwerk der Psychotherapie



Staffel 4: Interventionen und Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (DVD 12–15)

jede DVD EUR 39,80 (D)/EUR 40,20 (A)
(bei Direktbestellung im Verlag: EUR 19,80)
weitere Informationen mit Filmausschnitten
unter www.dgvt-verlag.de/vt-lehrfilme

Erfahrene Psychotherapeut*innen zeigen konkret und sehr praxisnah das Therapeutenverhalten bei der Anwendung der jeweiligen Methoden und Techniken.

DVD 12: VT-Standardmethoden und -techniken der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



*Psychotherapeut*innen:*

- Alfred Luttermann
- Wolfgang Pilz
- Annett Schütte

ISBN 978-3-87159-562-2

DVD 13: Schwierige Situationen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



*Psychotherapeut*innen:*

- Sabine Bernhagen,
- Alfred Luttermann
- Wolfgang Pilz

ISBN 978-3-87159-563-9

DVD 14: VT-Interventionen in der Schule



Psychotherapeuten:

- Alfred Luttermann
- Wolfgang Pilz

ISBN 978-3-87159-564-6

DVD 15: Familienzentrierte Interventionen



*Psychotherapeut*innen:*

- Alfred Luttermann
- Hiltrud Bierbaum-Luttermann

ISBN 978-3-87159-565-3