

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2021

25. Jahrgang

Herausgegeben von Aglaja Przyborski und Michael Behr

FACHBEITRÄGE

- David Oberreiter:* Carl Rogers und Psychose. Schizophrenie und psychotische Störungen in den Texten von Carl Rogers 5
- Hans-Jürgen Luderer:* Schizophrenien aus personzentrierter Sicht. Symptome, Ursachen und Folgen für personzentrierte Beratung und Psychotherapie 18
- Sabine Schiefermüller:* In-Beziehung-Stellen. Aufstellungsarbeit im Personzentrierten Ansatz 32
- Nina Hermann:* Das Sprachenporträt. Ein Instrumentarium in der Arbeit mit traumatisierten geflüchteten Menschen 44
- Harald Erik Tichy:* „He experiences with a quality of immediacy, knowing at the same time that he experiences.“ – Carl Rogers. Unmittelbarkeit und Reflexivität als Bewusstseinsqualitäten bei Carl Rogers und im frühbuddhistischen Verständnis von *sati* (Achtsamkeit) 54
- Jana Lammers, Claudia Oelrich, Kathleen Raasch, Julia Spreitz:* Die Darstellung des Personzentrierten Ansatzes in der deutschsprachigen Fachliteratur 66
- Sylvia Keil, Christian Korunka, Helena M. Topaloglou, Neena Kurl, Gerald Käfer-Schmid:* Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2019. Ein narrativer Review – 1. Teil 76

REZENSIONEN

91

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

Aglaja Przyborski und Michael Behr

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, Graf-Starhemberg-Gasse 30/3/1
E-Mail: office@georg-gartner.at

Fachbeirat von PERSON

Beatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Matthias Barth, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Jeannette Bishkopf, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Reinhold Fartacek, Andrea Felnemeti, Jobst Finke, 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, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Ludwig Teusch, Helena Maria Topaloglou, Johannes Wiltshko, Andreas Wittrahm (Stand: Oktober 2020)

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

PERSON

25. Jg. 2021, Heft 1

Herausgegeben von
Aglaja Przyborski und Michael Behr

Inhalt

Editorial 3

FACHBEITRÄGE

David Oberreiter

Carl Rogers und Psychose. Schizophrenie und psychotische Störungen in den Texten von Carl Rogers . 5

Hans-Jürgen Luderer

Schizophrenien aus personenzentrierter Sicht. Symptome, Ursachen und Folgen für personenzentrierte
Beratung und Psychotherapie 18

Sabine Schiefermüller

In-Beziehung-Stellen. Aufstellungsarbeit im Personenzentrierten Ansatz 32

Nina Hermann

Das Sprachenporträt. Ein Instrumentarium in der Arbeit mit traumatisierten geflüchteten Menschen 44

Harald Erik Tichy

„He experiences with a quality of immediacy, knowing at the same time *that* he experiences.“ –
Carl Rogers. Unmittelbarkeit und Reflexivität als Bewusstseinsqualitäten bei Carl Rogers und im
frühbuddhistischen Verständnis von *sati* (Achtsamkeit) 54

Jana Lammers, Claudia Oelrich, Kathleen Raasch, Julia Spreitz

Die Darstellung des Personenzentrierten Ansatzes in der deutschsprachigen Fachliteratur 66

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

Forschung in der Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2019
Ein narrativer Review – 1. Teil 76

REZENSIONEN

Karl Lindenbauer

Michael Behr, Dorothea Hüsson, Hans-Jürgen Luderer, Susanne Vahrenkamp: Gespräche hilfreich führen, Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie 91

Birgit Oberdorfer

Binder, Ute: Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept. 93

Katharina Fischer

Dorothea Kunze-Pletat: Personenzentrierte Erwachsenenpädagogik. Die pädagogische Beziehung als Mittelpunkt im Lehr-Lern-Prozess 93

Veranstaltungskalender 1/2021 96

Editorial

Dies ist sowohl ein Heft für die psychotherapeutische Praxis – mit fünf Beiträgen, als auch für die fachlich-berufspolitische und wissenschaftliche Verortung des Personzentrierten Ansatzes – mit zwei Beiträgen.

Im Zentrum klinischer Arbeit sind die ersten beiden Aufsätze angesiedelt. Sie machen Schizophrenie zu ihrem Gegenstand und thematisieren Fragen wie: Was dachte Rogers dazu, was denken heute aktiv personzentriert Tätige, und wie ist diese Perspektive im Mainstream heutigen Wissens zum Thema einzuordnen? Die beiden personzentrierten Psychiater und Psychotherapeuten David Oberreiter und Hans-Jürgen Luderer legen – man kann durchaus sagen – komplementäre Texte vor, die wir zusammengenommen für den State-of-the-Art des Personzentrierten Ansatzes zur Schizophrenie-Frage halten.

Die nächsten beiden Arbeiten geben Einblicke in innovative Entwicklungen des Repertoires personzentrierter Praxis. Sabine Schiefermüller zeigt praktisch und theoretisch überzeugend, dass Aufstellungsarbeit eine zutiefst personzentrierte Herangehensweise in der therapeutischen Arbeit sein kann. Nina Hermann entgrenzt den Personzentrierten Ansatz innovativ, indem sie das Zeichnen und den Umgang mit Fremdsprachigkeit auf ungewöhnlich kreative Weise verbindet. Ihr Focus sind Flüchtlinge und Zuwandernde, doch ihre Methode ist weit darüber hinaus anwendbar.

Harald Tichy rekonstruiert das personzentrierte Konzept der Präsenz in Auseinandersetzung mit einem frühbuddhistischen Zugang zu Meditation. Er gibt dabei spannende Einblicke in beide Traditionen, die er praktisch wie theoretisch sorgfältig aufeinander zu beziehen weiß.

Zur fachlichen Verortung des Personzentrierten in berufspolitisch dynamischen Zeiten liefern die beiden abschließenden Artikel wichtige Beiträge. In einem engagierten Aufsatz führen Jana Lammers, Claudia Oelrich, Kathleen Raasch und Julia Spreitz vor Augen, wie der Personzentrierte Ansatz verkürzt oder inhaltlich verändert wird, wenn es z. B. von anderen Ansätzen zu Vereinnahmungsversuchen kommt. Sylvia Keil, Christian Korunka, Helena M. Topaloglou, Neena Kurl und Gerald Käfer-Schmid beleuchten die empirische, personzentrierte Forschung von 2008–2019 systematisch. Sie kommen zu einem durchaus erfreulichen Gesamtergebnis.

Wieder einmal danken wir unseren personzentriert Schreibenden und den Gutachtenden. Auch dieses Mal rangen wieder alle darum, die Texte zu optimieren, sie gut und freudvoll lesbar zu halten, Theoretisches und Praktisches zu einem schlüssigen Ganzen zu verschmelzen. So gewiss auch im Heft 2 von 2021, in dem es um die Beziehungsgestaltung gehen wird. Silke Gahleitner und Christine Wakolbinger geben es heraus.

Natürlich trifft auch die PERSON-Redaktion sich jetzt ausschließlich virtuell. Zugleich, so fühlen wir es jedenfalls, blüht sie. Auch freuen wir uns über neue Mitglieder in der Redaktion: Yvette Völschow, Gerald Käfer-Schmid und jetzt auch Magdalena Kriesche, die den meisten durch ihre administrative Arbeit in der Redaktion bereits gut bekannt ist. Ein herzliches Willkommen!

Im März 2021

Aglaja Przyborski und Michael Behr

Carl Rogers und Psychose

Schizophrenie und psychotische Störungen in den Texten von Carl Rogers

David Oberreiter

Kepler Universitätsklinikum, Johannes Kepler Universität
Linz

Im schriftlichen Werk von Carl Rogers werden Schizophrenie und psychotische Symptome über 2300-mal erwähnt. In der Verwendung der Begriffe spiegeln sich die zum jeweiligen Zeitpunkt vorherrschenden theoretischen Hintergründe und die praktischen Erfahrungen von Carl Rogers wider. So ist im zeitlichen Verlauf der Publikationen eine Veränderung des Zugangs zu psychotischen Phänomenen beobachtbar. In früheren Jahren sieht Rogers Psychose grundlegend anders als neurotische oder „normale“ Zustände an. Er betont das Unvermögen von Psychotherapie bei Psychose. Dieser Blickwinkel ändert sich mit der theoretischen Weiterentwicklung des personenzentrierten Ansatzes. Das Konzept der Dichotomie von Neurose und Psychose wird verworfen. Rogers distanziert sich zunehmend von diagnostischer Etikettierung. Es gelingt ihm Psychose als verstehbaren Prozess darzustellen und dadurch der Psychotherapie zugänglich zu machen. Die Beschreibung möglicher Gefahren in der therapeutischen Beziehung werden zunächst noch betont, verlieren aber an Bedeutung zugunsten eines starken Vertrauens in die Möglichkeiten des personenzentrierten Ansatzes.

Schlüsselwörter: Psychose, Schizophrenie, Carl Rogers

Carl Rogers and Psychosis. Schizophrenia and Psychotic Disorders in the Writings of Carl Rogers. In Carl Rogers' written work schizophrenia and psychotic symptoms are mentioned over 2,300 times. The use of the terms reflects the theoretical background prevailing at the time as well as the practical experience of Carl Rogers. Over the course of the publications a change in access to psychotic phenomena can be observed. In early years, Rogers viewed psychosis fundamentally different from neurotic or "normal" conditions. He emphasizes the inability of psychotherapy to treat psychosis. This perspective changes with the theoretical development of the person-centered approach. The concept of the dichotomy of neurosis and psychosis is rejected. Rogers is increasingly distancing himself from diagnostic labeling. He succeeds in presenting psychosis as an understandable process and thereby making it accessible to psychotherapy. The description of possible dangers in the therapeutic relationship are initially emphasized, but are losing importance in favor of a strong sense of confidence in the possibilities of the person-centered approach.

Keywords: psychosis, schizophrenia, Carl Rogers

Psychotische Symptome in den Schriften von Carl Rogers

Der Umgang mit Menschen, die unter psychotischen Störungen leiden, stellt in der Psychotherapie eine große Herausforderung dar. Versucht man sich an den Äußerungen von Carl Rogers zum Thema der Psychose zu orientieren, so wird man

zunächst wohl verwirrt sein von den unterschiedlichen, teilweise widersprüchlich erscheinenden Aussagen zu Psychose und Schizophrenie. Hier soll nun der Versuch unternommen werden, die Aussagen von Carl Rogers zu diesem Themenbereich zu strukturieren und die Veränderung seiner Sichtweise von Psychose und Schizophrenie nachvollziehbar zu machen. Dazu wurden alle Nennungen psychotischer Symptome in den schriftlichen Werken von Carl Rogers ausgewertet und der Gebrauch der psychotischen Symptombeschreibung im Schriftgut analysiert.¹ Insgesamt erscheinen die Worte *Psychose* und

David Oberreiter, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Vorstand des Instituts für Psychotherapie des Kepler Universitätsklinikums, Lehrbeauftragter der Johannes Kepler Universität, der Fachhochschule Oberösterreich und der Fachhochschule Gesundheitsberufe OÖ, Gründer des psychotherapeutischen Propädeutikums der ÖGWG, Gründer der personenzentrierten Psychotherapieausbildung für Psychiaterinnen und Psychiater in Österreich.

Kontakt: david@oberreiter.net

1 Es wurden die Worte *psychosis, psychotic, schizophrenia, schizophrenic, hallucination, hallucinate, paranoia, paranoid* untersucht. Jene Erwähnungen wurden ausgesondert, die sich lediglich beschreibend auf Klientinnen oder Klienten beziehen.

psychotisch über 900-mal. *Schizophrenie* und *schizophren* werden über 1400-mal erwähnt. Es überrascht nicht, ein über den zeitlichen Verlauf sich änderndes Bild der Verwendung dieser Begriffe zu sehen. Wenngleich die Themen einzelner Schriften ihrer Zeit weit vorauszugreifen scheinen und andererseits ältere Sichtweisen in viel später publizierten Texten wiederverwendet werden, ist der Gebrauch der Begriffe doch eng mit dem theoretischen Hintergrund und den praktischen Erfahrungen von Carl Rogers der jeweiligen Zeit verbunden.

Um die im zeitlichen Verlauf sich wandelnden Themenbereiche darzustellen werden in der vorliegenden Arbeit nicht nur die jeweiligen Erstpublikationen berücksichtigt, sondern auch später erschienene, von Rogers überarbeitete oder autorisierte Nachdrucke, da sich auch in ihnen – beziehungsweise in allfälligen Abänderungen – mögliche Veränderungen zeigen können. Für deutschsprachige Leserinnen und Leser wurden im vorliegenden Artikel die Literaturangaben zu deutschen Übersetzungen beigelegt.

Kurzer Abriss zur Geschichte des Psychose-Begriffs

Der Begriff der Psychose wird erstmalig von Carl Canstatt verwendet, der damit Funktionsstörungen der „intelligenten Sphäre des Nervensystems“ von Störungen „anderer Nervenprovinzen“ unterscheidet (Canstatt, 1841, S. 328). In weiterer Folge wird der Psychose-Begriff sehr breit für alle psychischen Störungen verwendet. Affektive Störungen wie Depression und bipolar affektive Störungen werden ebenso als Psychosen bezeichnet wie schizophrene Störungen (vgl. Hoenig, 1983). Im Lauf der folgenden hundert Jahre erfährt der Begriff jedoch eine Bedeutungseinengung.

Dichotomie von Neurose und Psychose

Durch die Arbeiten Karl Jaspers wird die Dichotomie von Psychose und Neurose zur Grundlage psychiatrischer Nosologie (Bürgy, 2009, S. 586). Psychosen werden als Folge somatischer Krankheiten und daher als (meist fortschreitende) Prozesse gesehen (Jaspers, 1913, S. 265–268). Hingegen wird Neurosen eine psychologisch-biographische Ursache zugeschrieben. Sie werden als Entwicklung mit fließenden Übergängen ins Gesunde betrachtet. Im Gegensatz dazu wird festgestellt, dass Psychosen „nicht verstehbar, sondern nur erklärbar“ sind (Bürgy, 2009, S. 586). Diese Sichtweise führt dazu, dass sich psychotherapeutische Ansätze hauptsächlich mit den neurotischen Störungen befassen, die als verstehbar gelten, während psychotische Störungen in der psychotherapeutischen Literatur zunächst vernachlässigt erscheinen.

Das Unvermögen von Psychotherapie bei Psychose

Die Sichtweisen jener Zeit finden auch ihren Niederschlag in den Schriften von Carl Rogers. Geprägt von der Lehrmeinung, in der Psychosen im Gegensatz zu Neurosen keine psychologisch-biographische Ursache zugeschrieben wird und keine fließenden Übergänge ins Gesunde gesehen werden, ist es verständlich, dass Rogers psychotische Störungen als schwer behandelbar ansieht und als nicht durch klientenzentrierte Beratung ausreichend beeinflussbar. „Beratung kann von diesem Standpunkt aus nicht die einzige Methode im Umgang mit jener kleinen Gruppe von Psychotikern, Defekten oder vielleicht noch einigen anderen sein, die die notwendige Kapazität zur Lösung ihrer Probleme nicht besitzen“ (Rogers, 1942af/1972, S. 120; vgl. Rogers, 1942af, S. 128; 1942af/1989 g, S. 87).

Grundsätzliche unüberbrückbar erscheinende Defizite wie die mangelnde „Kapazität zur Lösung ihrer Probleme“ werden den Betroffenen zugeschrieben. „Das Individuum ist der Beratung nicht zugänglich, da auf keine Weise irgendein Weg gefunden werden kann, über den es seine Gefühle und Probleme auszudrücken imstande ist“ (Rogers, 1942ad/1972, S. 78; vgl. Rogers, 1942ad, S. 78–79). Die prinzipielle Entwicklungsfähigkeit scheint den Betroffenen nicht möglich, da das Individuum in der Psychose „seine offenkundig widersprüchlichen Einstellungen nicht ausdrücken kann“ (Rogers, 1942ad/1972, S. 78). Dieser Umstand wird als so schwer angesehen, dass Psychotherapie als nicht zielführend betrachtet wird, sondern, „daß statt irgendeiner Art von Psychotherapie eine Behandlung durch Veränderung der Umweltfaktoren ins Auge gefaßt wird“ (Rogers, 1942ad/1972, S. 77; vgl. Rogers, 1942ad, S. 78). Therapeutische Umweltveränderung – wenn notwendig auch Zwangsmaßnahmen gegen den Willen der betroffenen Person – beschreibt Rogers bei Menschen mit psychotischen Störungen als möglicherweise ebenso notwendig wie bei Kriminellen, Menschen mit Defektsyndromen, oder anderen Individuen, die aus anderen Gründen außerstande sind, „die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen“ (Rogers, 1942ab/1972, S. 26).² Psychose wird als eine Störung gesehen, bei der die Fähigkeiten und Potenziale der betroffenen Person stark eingeschränkt sind. Die Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung scheinen nicht gegeben.

2 In der deutschen Übersetzung erscheint „the psychotic“ irritierenderweise als „Psychopath“ (Rogers, 1942ab/1972, S. 26): „Only in the case of the criminal, the psychotic, the defective, or the individual who is for other reasons incapable of taking responsibility for himself can we freely use such manipulative measures with adults“ (Rogers, 1942ab, S. 14).

Das Konzept der Dichotomie

Dem Pessimismus bezüglich der Behandelbarkeit von Psychosen liegt das Konzept einer wesenhaften Andersartigkeit von psychotischen Störungen zugrunde, die in jener Zeit dichotom abgegrenzt zu neurotischen Störungen gelten. Während Neurosen prinzipiell fließende Übergänge ins Gesunde aufweisen, sind Psychosen von grundlegend anderem Wesen. Diese Sichtweise hat zur Folge, dass Rogers bei Nennung von psychischen Störungen jeweils sowohl Neurose als auch Psychose anführt, da es sich aus der Sicht jener Zeit um zwei ganz unterschiedliche Störungen handelt. Durch die explizite Erwähnung beider Ausdrücke (Neurose und Psychose) zeigt sich die Sichtweise der beiden Phänomene als zwei unterschiedliche, extra zu erwähnende Entitäten.³

Vorsichtige Formulierungen

Auffällig ist die zurückhaltende Formulierung von Carl Rogers in seinen frühen Arbeiten. Er schreibt kaum vom Vollbild einer Psychose sondern es finden sich abschwächende Formulierungen. So spricht Rogers zum Beispiel von „höchst dramatisch bei schweren Fällen, wenn die Person am Rand einer Psychose“ steht (Rogers, 1951ai/1973, S. 423). Hier wird nicht das Vollbild der Psychose als *höchst dramatisch* und *schwerer Fall* bezeichnet, sondern bereits der „Rand einer Psychose“.⁴ Diese vorsichtigen Formulierungen spiegeln wohl wider, dass Carl Rogers in seinen frühen Berufsjahren kaum Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychotischen Störungen sammeln konnte.

Die mangelnde Erfahrung und die daraus resultierende vorsichtig abschwächende Formulierung zeigt sich auch in folgendem Zitat, in dem Rogers die Erfahrungen von klientenzentrierten Beratern und Beraterinnen auf unterschiedlichen Gebieten beschreibt und (dichotom) neurotische und psychotische Störungen erwähnt: „mit zahlreichen neurotischen Problemen und, bis zu einem gewissen Grad, mit Psychosen“ (Rogers, 1951ab/1973, S. 27).⁵ Auch hier zeigt sich die abschwächende Einschränkung durch die Formulierung „bis zu einem gewissen Grad“ (vgl. auch Rogers, 1962c, S. 3; 1962c/1977, S. 161; abschwächende Formulierungen zu Schizophrenie finden sich z. B.: Rogers, 1946c, S. 417; 1946c/1964d, S. 172; 1954b, S. 377; 1954b/1983 m, S. 176).

3 Vgl. z. B. Rogers, 1939d, S. 433; 1951af, S. 229–230; 1951af/1973, S. 213; 1952b/1961ar, S. 333; 1952b/1961p, S. 411; 1952b/1967 m, S. 472; 1952b/1968, S. 83; 1952b/1973, S. 325; 1962c, S. 9; 1962c/1967be, S. 185; 1962c/1977, S. 167; 1962c/1984, S. 211; Rogers & Roethlisberger, 1952b/1956, S. 154; 1952b/1990, S. 21.

4 „on the brink of psychosis“ (Rogers, 1951ai, S. 489).

5 „a wide range of neurotic problems, and to some extent with psychoses“ (Rogers, 1951ab, S. 10).

Psychose als Ausdruck der Schwere der Störung

Das Wort Psychose scheint in Publikationen dieser Zeit von Carl Rogers weniger als fachlicher Begriff verwendet zu werden, sondern eher als ein Ausdruck besonders großer Störung oder einer besonders dramatischen Entwicklung. In diesem Sinn verwundert es nicht, dass Psychose in der Wortkombination mit Suizid auftritt – einer anderen dramatischen Situation, wie beispielsweise: „wenn die Person am Rand einer Psychose oder eines Selbstmords steht“ (Rogers, 1951ai/1973, S. 423).⁶

Gefahren der Psychose

Aber Psychose wird nicht nur als dramatisch schwere Störung aufgefasst, mit scheinbar unüberbrückbaren Defiziten der Betroffenen, sondern auch als etwas potenziell Gefährliches und Ängstigendes. So schreibt Rogers von der beunruhigenden Angst vor der tief unterdrückten Gewalt, die eine Therapeutin oder ein Therapeut in der Klientin oder dem Klienten erfüllen könne (Rogers, 1961f, S. 6). Das ist jedoch nicht die einzige Gefahr. Öfter noch als die mögliche Gefahr eines gewalttätigen Ausbruchs beschreibt Rogers die Gefahren, die in mangelnder Abgrenzung zu psychotischen Inhalten oder Menschen liegen.⁷

Möglicherweise wird die Betonung jener Gefahr durch die eigenen Erfahrungen im Umgang mit einer Klientin beeinflusst. Rogers hatte sich 1948/1949 in ein intensives Therapiesetting begeben, in der er die Klientin fünf Mal wöchentlich sah.⁸ Nach eigenen Angaben habe er sich unglücklich verhalten und fühlte sich schließlich von der Schwere der psychotischen Störung der Klientin bedroht.⁹ Rogers habe nicht mehr „zwischen den Bedürfnissen der Klientin und seinen eigenen unterscheiden“ können (Groddeck, 2011, S. 98). Es gelang ihm nicht, sich adäquat abzugrenzen (Groddeck, 2011, S. 99). In Howard Kirschenbaums Biographie meint Rogers, er konnte sein „Selbst“ nicht mehr von ihrem unterscheiden und habe buchstäblich seine Grenzen verloren (Kirschenbaum, 1979, S. 191–192).

Obwohl Carl Rogers den Verlust seiner Grenzen beschreibt, ist zu bezweifeln, dass wirklich Symptome einer

6 „the individual is on the brink of psychosis or suicide“ (Rogers, 1951ai, S. 489; vgl. auch Rogers, 1945f, S. 21; 1961q, S. 107).

7 z. B.: Rogers & Roethlisberger, 1952b/1956, S. 154; 1952b/1990, S. 21; Rogers, 1952b/1961ar, S. 333; 1952b/1961p, S. 411; 1952b/1967 m, S. 472; vgl. Rogers, 1952b/1968, S. 83; 1952b/1973, S. 325).

8 „In the last six months I have seen her five times a week“ zitiert Howard Kirschenbaum Carl Rogers in einem Brief an John Warkentin, einen Psychiater, den er um Hilfe bat (Kirschenbaum, 2007, S. 183).

9 „I see now that I handled her badly, vacillating between being warm and real with her, and then being more ‘professional’ and aloof when the depth of her psychotic disturbance threatened me“ (Rogers & Russell, 2002, S. 164)

Selbstgrenzen- oder Ichgrenzenstörung vorlag,¹⁰ vielmehr sind die dramatischen Worte dieser Selbstbeschreibung wohl als Ausdruck des subjektiven Bedrohungsgefühls zu verstehen. Im Interview mit David Russell sagt Rogers, er sei überzeugt gewesen psychotisch zu werden,¹¹ wenngleich sich aus den verschiedenen Beschreibungen der Begebenheit keine psychotische Symptomatik im engeren Sinn ableiten lässt (Rogers & Russell, 2002, S. 164). Möglicherweise wird der Begriff des Psychotischen in diesem Kontext als stilistisches Mittel verwendet, um die subjektiv empfundene dramatische Schwere der Belastung auszudrücken. In einer anderen Beschreibung schreibt Rogers über dasselbe Vorkommnis, dass er sich am Rand eines völligen Zusammenbruchs befunden habe (Rogers, 1967a, S. 367; 1972c, S. 57).¹² Es scheint, dass Psychose in diesem Zusammenhang als Synonym für Zusammenbruch (breakdown) verwendet wird – als ein Ausdruck, der schwerste psychische Reaktion ausdrückt, wohl ohne Anspruch, sich durch klare Begriffsdefinitionen einengen zu lassen.

Unklare Schizophreniediagnostik

Carl Rogers' Umgang mit psychopathologischen Begriffen, der weitgehend auf klare Definitionen verzichtet, findet sich auch bezüglich der Schizophrenie. Dies mag wohl in der großzügigen und unklaren Diagnostik der Schizophrenie in den USA jener Zeit begründet sein.

Eindrucksvoll zeigt sich jene freizügige Diagnostik beispielsweise im Buch „Critical Incidents in Psychotherapy“ in dem Fallvignetten von Expertinnen und Experten (darunter auch Carl Rogers) kommentiert werden (Standal & Corsini, 1959). Es wird unter anderem ein Fall einer 19-jährigen Studentin diskutiert. Durch den Schulpsychologen war auf Basis eines Rorschachtests paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden. Aus dem Kreis der Expertinnen und Experten ist es lediglich Viktor Frankl, der den Mangel an psychopathologischen Hinweisen kritisiert, die die Diagnose einer Schizophrenie rechtfertigen würden. Frankl, der durch Studium und Facharztbildung in Wien eine differenziertere diagnostische Sicht hatte, konnte schizophrene Symptome besser beurteilen als seine amerikanischen Kolleginnen und Kollegen, die die Diagnose auf Basis des projektiven Testverfahrens als ausreichend ansahen. Es ist auch anzunehmen, dass Frankl Kurt Schneiders wegweisende Schizophreniediagnostik bekannt war (vgl.

Schneider, 1950). Diese lag zum Zeitpunkt als die Expertinnen und Experten die Artikel für Standals und Corsinis Buch verfassten, noch nicht in englischer Sprache vor und war den nicht deutschsprachigen anderen Expertinnen und Experten deshalb nicht zugänglich (vgl. Schneider, 1959). So ist es erklärlich, dass hier Psychotherapie im Kontext einer schizophrenen Störung diskutiert wurde – obwohl die betroffene Person wohl gar nicht unter einer Schizophrenie litt.

Ein weiteres Beispiel unklarer Diagnostik der Schizophrenie zeigt sich auch im Rahmen des mehrjährigen Programms der University of Wisconsin in Kooperation mit dem Mendota State Hospital, in der die psychotherapeutische Behandlung von Menschen beforscht wurde, bei denen Schizophrenie diagnostiziert worden war (vgl. Rogers et al., 1967). Wie Eugene Gendlins Anmerkung zum Projekt illustriert, schien die Diagnose Schizophrenie fast willkürlich vergeben. Gendlin hielt fest, dass nahezu alle mit dem Etikett Schizophrenie versehen wurden, die nicht eindeutig als manisch-depressiv, alkoholkrank, oder epilepsiekrank angesehen wurden (Gendlin, 1966, S. 10). Schizophrenie wurde als unspezifische Sammeldiagnose ohne klare psychopathologische Diagnostik gehandhabt.

Schizophrenie als Synonym für Psychose

Eine Zeit und Umgebung unklarer, willkürlich verbegnener Diagnosen von Schizophrenie ist zu berücksichtigen, wenn wir den Gebrauch dieses Wortes durch Carl Rogers betrachten. Schizophrenie scheint in Rogers' Arbeiten nicht als klar abgegrenzte Diagnose auf, sondern ersetzt gleichsam als Synonym vielerorts den Begriff der Psychose. Dass psychotische Symptome auch ohne Vorliegen einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis bestehen können, wie beispielsweise bei schweren depressiven Störungen, bipolaren Störungen, wahnhaften Störungen etc. liegt nicht im Fokus von Carl Rogers.

Vergleicht man im schriftlichen Werk von Rogers jene Textstellen, in denen er von *Schizophrenie* spricht, mit jenen über *Psychose*, so zeigen sich deutliche Parallelen. Schizophrenie wird zunächst wie das Wort Psychose als qualitativ anders, dichotom zu Neurose verwendet (vgl. Rogers, 1962c, S. 8).¹³ Bei Personen, die an einer schizophrenen Störung leiden, ortet Carl

10 Zur Diagnostik der Ichgrenzenstörungen siehe: Oberreiter, 2018, 2019, 2020.

11 „I really became quite convinced that I was going psychotic, and probably I was“ (Rogers & Russell, 2002, S. 164).

12 „I realized I was on the edge of a complete breakdown myself“ (Rogers, 1967a, S. 367; 1972c, S. 57).

13 „the great qualitative differences we have found between our schizophrenic clients, and the clinic clients with whom we had previously worked“ (Rogers, 1962c, S. 8; 1962c/1967be, S. 184). In der deutschen Übersetzung wird der qualitative Unterschied zwischen Klientinnen und Klienten mit und ohne schizophrener Störung zu einem qualitativen Unterschied in der Arbeit mit diesen Klientinnen und Klienten uminterpretiert: „dem großen qualitativen Unterschied, der zwischen der Arbeit mit schizophrenen Klienten und unserer früheren Arbeit mit ambulanten Klienten“ (Rogers, 1962c/1977, S. 168).

Rogers im Gegensatz zu anderen Menschen grundsätzlich eine nicht klar differenzierte Selbstkonfiguration (Rogers, 1961f, S. 9).

Schizophrenie erscheint ebenso wie Psychose als ein Ausdruck, der gebraucht wird um die Schwere psychischer Störung darzustellen. Schizophrenie wird ebenso wie Psychose als ein Grad der Gestörtheit beschrieben, der Psychotherapie kaum zugänglich ist. Rogers formuliert zum Beispiel über Menschen mit schizophrener Störung, dass es ihnen „aufgrund ihrer inneren Gestörtheit schwerer fällt“, die von den Therapeutinnen und Therapeuten „dargebotenen Bedingungen richtig aufzufassen“ (Rogers, 1962a, S. 425–426; 1962a/1965 m, S. 61). In einer späteren Version ergänzt Rogers, „die von unseren *gewissenhaften und erfahrenen* [Hervorhebung hinzugefügt] Therapeuten dargebotenen Bedingungen“ (Rogers, 1962a/1977, S. 193; 1962a/1984, S. 115–116; vgl. Rogers, 1962a/1967bd, S. 100).

Durch diese Ergänzung betont Rogers, dass das Unvermögen die therapeutischen Bedingungen aufzufassen nicht auf mangelnde Fähigkeiten der Therapeuten und Therapeutinnen zurückzuführen ist, sondern in der Schwere der Störung begründet ist.

Relativierung von Diagnosen

Der aus klassisch psychiatrischer Sicht ungewöhnlich scheinende Ansatz, psychopathologische Begriffe und Diagnosen ohne klar definierte Abgrenzungen zu verwenden, ist wohl auch dadurch verständlich, dass sich Carl Rogers zunehmend gegen eingrenzende und festschreibende Diagnostik wendet. Ab den frühen 1950er Jahren werden einteilende, diagnostische Zuschreibungen in den schriftlichen Arbeiten von Carl Rogers hinterfragt. Zunächst in sprachlich subtiler Weise, in dem *Psychose* nicht einfach als Faktum beschrieben wird, sondern von relativierenden Beisätzen begleitet wird. Zum Beispiel schreibt Rogers nicht mehr „neurotische oder psychotische Eigenschaften“ sondern von „Eigenschaften, die man gewöhnlich als neurotisch oder psychotisch bezeichnet“ (Rogers, 1954aa/1973, S. 50¹⁴; vgl. Rogers, 1956b, S. 997). Er spricht nicht von „psychotischen Verhaltensweisen“ sondern von „Verhaltensweisen, die üblicherweise psychotisch genannt werden“ (Rogers, 1959a/2009, S. 63)¹⁵ und von „sogenanntem neurotischem und psychotischem Verhalten“.¹⁶ Rogers spricht von diagnostischem Etikettieren (Rogers, 1967nb, S. xvii;¹⁷ vgl. Rogers, 1967d, S. 1225)

14 „characteristics which are usually termed neurotic or psychotic“ (Rogers, 1954aa, S. 5; 1954aa/1961ac, S. 36).

15 „the behaviors customarily regarded as psychotic“ (Rogers, 1959a, S. 228).

16 „so-called neurotic and psychotic behaviors“ (Rogers, 1960a, S. 86).

17 „no matter what his diagnostic label, no matter whether he was regarded as psychotic or non-psychotic“ (Rogers, 1967nb, S. xvii).

und Etikettieren „von einem diagnostischen Bezugssystem her“ (Rogers, 1951ad/1973, S. 120).¹⁸

Auch die Schizophrenie – im folgenden Zitat wiederum als Synonym für psychotisch verwendet – wird mit Attributen versehen, die die scheinbaren Gegebenheiten von Diagnosen und Einteilungen relativieren: „sogenannte normale, neurotische und schizophrene Personen“.¹⁹ Und sehr prägnant formuliert Rogers, „dass menschliche Wesen Personen sind, egal ob wir sie als schizophren oder was auch immer etikettieren“.²⁰

Die Distanzierung von diagnostischen Konstrukten wird auch durch Anführungsstriche um die Begriffe „normal“, „neurotisch“ und „psychotisch“ verdeutlicht (vgl. z. B.: Rogers, 1961aa, S. vii). Rogers kommentiert die Schreibweise mit Anführungsstrichen und erklärt, die Anführungszeichen sollten anzeigen, dass für ihn diese Etikettierung als „normal“, „neurotisch“ oder „psychotisch“ irreführend sei (Rogers, 1961aa/1973, S. 13).²¹

Ab 1974 kombiniert Rogers meist Anführungszeichen *und* ein relativierendes Attribut und schreibt zum Beispiel von „gemeinhin als ‚neurotisch‘ oder ‚psychotisch‘ eingestuft“ Merkmalen (Rogers, 1975e/1977, S. 46)²² – dies unter anderem auch in seinem Beitrag zum „Comprehensive Textbook of Psychiatry“ (Freedman et al., 1975). Es ist wohl nicht als Zufall anzusehen, dass Rogers gerade im psychiatrischen Fachbuch dieses Stilmittel der doppelten Relativierung durch Anführungsstriche und der Formulierung „gemeinhin als ... eingestuft“ wählt. Dadurch entsteht ein deutlicher Kontrast zu den ansonsten in diesem Buch formulierten klaren Zuschreibungen und Diagnosen (vgl. auch Rogers & Wood, 1974, S. 214; 1974/1977, S. 116; Rogers, 1980b, S. 2153; 1980b/1991, S. 188).

Überwindung der Dichotomie

Die Distanzierung von diagnostischen Konstrukten geht mit der fortschreitenden Entwicklung von Konzepten zu

18 „behaviors which would be labeled as ‘psychotic’ from a diagnostic frame of reference“ (Rogers, 1951ad, S. 119).

19 „so-called normal, neurotic, and schizophrenic persons“ (Rogers, 1961f, S. 19).

20 „It seems to say that human beings are persons, whether we label them schizophrenic or whatever“ (Rogers, 1962c, S. 15). In der später veröffentlichten Version scheint die Distanzierung von der Etikettierung durch eine Akzentuierung der Zeitform noch verstärkt: „It seems to say that human beings are persons, whether we have labelled them as schizophrenic or whatever“ (Rogers, 1962c/1967be, S. 191–192). Unverständlicherweise fehlt dieser Satz in der deutschen Übersetzung 1962c/1984, S. 222. In der Übersetzung 1962c/1977 wird „are persons“ zu „eine Persönlichkeit haben“ verändert.

21 „‘normal,’ ‘neurotic,’ and ‘psychotic’ individuals (the quotes indicate that for me these are all misleading labels)“ (Rogers, 1961aa, S. vii).

22 „usually termed ‘neurotic’ or ‘psychotic’“ (Rogers, 1975e, S. 1842); „categorized as ‘psychotic,’ ‘neurotic,’ or ‘normal’“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

psychotischem und schizophrenem Verhalten einher.²³ In der formalen Darstellung des klientenzentrierten Konzepts von 1959 wird schließlich die seit Jaspers und Freud propagierte Dichotomie von Neurose und Psychose explizit verworfen (Rogers, 1959a). Rogers schreibt, es kann „jegliche Vorstellung von Neurose und Psychose als abgeschlossene Einheiten vermieden werden, was sich unserer Meinung nach als unglückliche und irreführende Konzeption herausgestellt hat“ (Rogers, 1959a/2009, S. 63; vgl. Rogers, 1959a, S. 228). Unterschiedliche Ausprägungen des Verhaltens werden nun in einem Kontinuum gesehen und das Konzept von Rogers bestreitet die Konzeption von Neurose und Psychose als getrennte Einheiten (Holdstock & Rogers, 1977, S. 136). Der Unterschied zwischen Psychotischem oder Schizophrenem einerseits und Normalem oder Neurotischem andererseits wird nicht mehr als wesentlich grundsätzlich anders gesehen. Rogers schreibt: „Doch fanden wir diesen Unterschied eher graduell als wesensmäßig“ (Rogers, 1962c/1977, S. 173; 1962c/1984, S. 218).²⁴

Theoriebildung

Den graduellen Unterschied von normalem über neurotisches und über leichtes psychotisches hin zu schwerem psychotischem Verhalten sieht Rogers bedingt durch ein unterschiedlich hohes Ausmaß an Inkongruenz von Selbst und Erfahrung. Ist Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung gegeben, besteht bei korrekter Symbolisierung der Erfahrung im Gewahrsein die Gefahr, das Selbstkonzept könnte nicht länger seine geschlossene Gestalt behalten (Rogers, 1959a/2009, S. 62; vgl. auch Rogers, 1965b, S. 24). Bei minder schweren psychotischen Symptomen, zu denen Rogers paranoide Verhaltensweisen zählt, wird durch Abwehrprozesse versucht, die Gewährleistung von Erfahrungen, Informationen und Intentionalitäten, die nicht Eingang in die Selbststruktur gefunden haben, zu verhindern (Rogers, 1959a/2009, S. 62–63). Diese Abwehrprozesse bestehen aus „der selektiven Wahrnehmung oder der Entstellung von Erfahrung und/oder der Verleugnung von Erfahrung vor dem Gewahrsein, so dass die totale Wahrnehmung der Erfahrung in Übereinstimmung mit der Selbststruktur und den Bewertungsbedingungen der Person bleibt.“ (Rogers, 1959a/2009, S. 62–63; vgl. Rogers, 1959a, S. 227).

Liegt ein hohes Ausmaß an Inkongruenz von Selbst und Erfahrungen vor, könnte bei plötzlich oder sehr deutlich In-Erscheinung-Treten jener Erfahrungen der Abwehrprozess

des Organismus nicht mehr in der Lage sein, erfolgreich zu operieren (Rogers, 1959a/2009, S. 64). In dem daraus resultierenden Zustand der Desorganisation „verhält sich der Organismus manchmal in einer Art und Weise, die offen mit den Erfahrungen übereinstimmt, die bisher entstellt oder von der Gewährleistung ferngehalten wurden“ (Rogers, 1959a/2009, S. 64; vgl. Rogers, 1959a, S. 229; 1959da, S. 58). So können akut-psychotische Verhaltensweisen „als in Übereinstimmung mit den verleugneten Erfahrungsaspekten beschrieben werden (Rogers, 1959a/2009, S. 65; vgl. Rogers, 1959a, S. 230). So entstünden Verhaltensweisen, die irrational erschienen (vgl. Holdstock & Rogers, 1977, S. 136).

Psychose als verstehbarer Prozess

Diese theoretischen Konzepte bilden einen Kontrast zur damaligen psychiatrischen Sichtweise. In der Tradition von Karl Jaspers, hatte Kurt Schneider postuliert, psychotisches Erleben und besonders das bei schizophrenen Störungen sei nicht „nacherlebbar“ und nicht vergleichbar mit „normalpsychologischen“ Gedanken, sodass er meint, solche „Erlebnisse sind stets nur mit einer Art ‚negativer Psychologie‘ beschreibbar, also eigentlich nicht“ (Schneider, 1950, S. 130). Carl Rogers hingegen bemüht sich, den zur psychotischen Störung führenden Prozess verstehbar und psychotisches Erleben einfühlbar zu machen.

Nach Rogers steht am Beginn des Prozesses das Bedürfnis der Person nach Mitteilung und Verstandensein. Daraus entspringt der Impuls etwas auszudrücken, das das innerste Wesen der Person betrifft, das ein Teil ihrer eigenen inneren Welt ist. Wird diese Mitteilung nicht verstanden, so entsteht ein Gefühl der Frustration und Enttäuschung. Geht die Hoffnung verloren, prinzipiell von anderen Menschen verstanden werden zu können, erfolgt ein Rückzug in eine innere Welt. Diese kann durch den Verlust einer mit Mitmenschen geteilten gemeinsamen Wirklichkeit für andere unverständlicher und bizarr erscheinen.

Wenn ich mich auf das Wagnis, das Risiko einlasse, einem anderen Menschen etwas sehr Persönliches mitzuteilen, und er es nicht aufnimmt und nicht versteht, dann ist das ein sehr enttäuschendes, ein Gefühl der Einsamkeit hervorrufendes Erlebnis. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, daß manche Menschen durch solche Erlebnisse psychotisch werden. Sie verlieren dadurch die Hoffnung, daß irgend jemand sie verstehen könnte. Sobald sie diese Hoffnung verloren haben, wird ihre eigene, immer bizarrer werdende innere Welt zum einzigen Ort, wo sie leben können. Sie haben keinen Anteil mehr an gemeinsamen menschlichen Erfahrungen. (Rogers, 1980ab/1981, S. 24–25; vgl. Rogers, 1969aq, S. 227; 1980ab, S. 14; 2014g, S. 71)

Mit diesem Erklärungsmodell stellt Rogers ein sehr nachvollziehbares Gefühl des Unverstandenseins ins Zentrum des Prozesses. Er wendet sich damit gegen die Annahme Psychosen

23 Vgl. Rogers, 1959da, S. 58; 1959db, S. 74; 1961f, S. 9; 1965b, S. 24; 1969aq, S. 227; 1980ab/1981, S. 24; 1980ab, S. 14; 2014g, S. 71.

24 „But we have found the difference one of degree rather than kind“ (Rogers, 1962c, S. 12; 1962c/1967be, S. 188).

seien nicht verstehbar. Ganz im Gegensatz zu dieser Annahme schreibt er:

Ich kann mich in sie einfühlen, denn ich weiß, wenn ich einen Gefühlsaspekt von mir mitzuteilen versuche, der sehr persönlich, sehr kostbar und ungesichert ist, und wenn diese Mitteilung durch Bewertungen, Beschwichtigungen oder Sinnentstellung beantwortet wird, dann durchzuckt es mich sehr heftig: „Ach, was soll's!“ In einem solchen Moment weiß man, was es heißt, allein zu sein. (Rogers, 1980ab/1981, S. 25)²⁵

Damit wird Psychose zu etwas Nachvollziehbarem, Verständlichem, das an Alltagserfahrungen anknüpft. Damit vollzieht Carl Rogers den Schritt von Psychosen, die als „nicht verstehbar, sondern nur erklärbar“ galten hin zu empathischer Einfühlung zugänglichen psychischen Phänomenen. Aus verstehender Haltung heraus merkt Rogers beispielsweise bezüglich des psychotischen Symptoms der Halluzination an, für die als „psychotisch“ bezeichneten Verhaltensweisen, scheint vom inneren Bezugssystem her gesehen die „funktionelle Bedeutung so klar, daß es unbegreiflich wird, wie man sie als Symptom einer ‚Krankheit‘ betrachten kann“ (Rogers, 1951ad/1973, S. 120; vgl. Rogers, 1951ad, S. 119).

Das Problem der Einsamkeit

Rogers leugnet nicht medizinische Faktoren, die das Auftreten einer Psychose begünstigen können, sieht aber die Ursache von Psychose im Abbruch von Beziehung (Rogers, 1959db, S. 74). Rogers betrachtet damit nicht mehr das einzelne Individuum als krank und gestört, sondern sieht die Problematik im Beziehungsgeschehen verortet. Die daraus entstehende Einsamkeit ist sowohl schrecklich als auch desorganisierend (Rogers, 1959db, S. 74).

Die therapeutische Aufgabe liegt in der echten Begegnung mit der einsamen Person. Nicht Diagnostizieren, Analysieren oder unpersönliche Wahrnehmung sind hilfreich. Rogers sieht den therapeutischen Weg in der Beziehung:

Wir können nur wirklich helfen, wenn wir Therapeuten als Person in Beziehung zum Patienten treten, wenn wir uns in eine Beziehung als Person einbringen, wenn wir den anderen als Person mit eigenem Recht empfinden. Nur dann gibt es eine echte Begegnung, die den Schmerz des Alleinseins bei Klient und Therapeut aufhebt. (Rogers, 1961c/1980, S. 103; vgl. Rogers, 1961c/1980ai, S. 179; 1961c/1989s, S. 168)

25 „I can sympathize with them, because I know that when I try to share some feeling aspect of myself which is private, precious, and tentative, and when this communication is met by evaluation, or by reassurance, or by denial, by distortion of my meaning, I have very strongly the reaction, ‘Oh, what’s the use?’ I think at such a time one knows what it is to be *alone*“ (Rogers, 1969aq, S. 227; 1980ab, S. 14; 2014g, S. 71; *alone* ist nur in 1969aq, S. 227 in Kursiv gesetzt).

Die Gefahren in der therapeutischen Beziehung

In jenen Jahren, in denen Rogers selbst kaum noch Erfahrungen in der Therapie mit Menschen, die unter psychotischen Störungen leiden, sammeln konnte, war in seinen schriftlichen Werken ein Pessimismus ablesbar gewesen, bezüglich der prinzipiellen Therapierbarkeit von Menschen mit psychotischen Störungen. Rogers sah Menschen mit psychotischen Störungen „den Kontakt zur Realität zu verlieren“ und deshalb „häufig außerstande, beratende Hilfe anzunehmen“ (Rogers, 1942ad/1972, S. 79; vgl. Rogers, 1942ad, S. 80). Mit zunehmenden eigenen Erfahrungen in der Psychotherapie mit Menschen mit psychotischen Störungen treten pessimistische Äußerungen in den Hintergrund. Psychotherapie scheint nun möglich. Nun wird der psychotherapeutische Umgang vermehrt thematisiert. In der Psychotherapie mit Menschen mit psychotischen Störungen sieht Rogers jedoch Gefahren. Psychotherapie berge große Risiken in sich und man brauche Mut dazu:

Wenn Sie einen anderen Menschen auf diese Art wirklich verstehen; wenn Sie bereit sind, in seine private Welt einzutreten und wahrzunehmen, was das Leben für ihn bedeutet, ohne dabei zu versuchen, Werturteile zu fällen; dann laufen Sie Gefahr, selbst verändert zu werden. Es könnte sein, daß Sie die Dinge plötzlich auch so sehen; Sie könnten entdecken, daß Sie in Ihren Einstellungen oder in Ihrer Persönlichkeit beeinflusst werden. (Rogers, 1952b/1973, S. 325)²⁶

Vielleicht geprägt durch die eigenen Erfahrungen mangelhafter Abgrenzung – in jenem unglücklichen Kontakt mit der Klientin, die unter einer psychotischen Störung litt, Ende der 1940er Jahre – formuliert Rogers: „Dieses Risiko, verändert zu werden, gehört zu den schrecklichsten Vorstellungen, die die meisten von uns sich denken können“ (Rogers, 1952b/1973, S. 325)²⁷ Wohl auch aus der eigenen Erfahrung heraus empfiehlt Rogers, dass sich die therapierende Person bewusst sein sollte eine von der Person, die unter einer psychotischen Störung leidet, unterschiedliche, eigenständige Person zu sein, um nicht von den mächtigen Gefühlen des Gegenübers vereinnahmt und überwältigt zu werden (Rogers, 1961f, S. 6–7). Rogers schließt sich selbst ein, wenn er betont, dass „viele von uns“ dies unter erheblichen eigenen Kosten gelernt haben (Rogers, 1961f, S. 7).²⁸

26 Vgl. Rogers, 1952b/1968, S. 83; 1952b/1959j, S. 234–235; 1952b/1961ar, S. 333; 1952b/1961p, S. 411; 1952b/1967m, S. 472; Rogers & Roethlisberger, 1952b/1956, S. 154; 1952b/1990, S. 21.

27 Vgl. Rogers, 1952b/1961p, S. 411; 1952b/1967m, S. 472; 1952b/1968, S. 83; Rogers & Roethlisberger, 1952b/1956, S. 154; 1952b/1990, S. 21).

28 „Many of us have, I am sure, learned this at considerable cost to ourselves“ (Rogers, 1961f, S. 7).

Die Bedeutung der Kongruenz

Rogers betont die Bedeutung von Eigenständigkeit und Authentizität der therapeutischen Person. Besonders in der Psychotherapie mit Menschen, die unter schizophrenen Störungen leiden, sieht Rogers die Wichtigkeit der Kongruenz, die er als die grundlegendste der wirksamen Einstellungen beschreibt.²⁹ Er verweist auf Eugene Brody, der die Sensibilität von Menschen mit psychotischen Störungen gegenüber den unausgesprochenen Gefühlen von Therapeutinnen und Therapeuten hervorhebt (vgl. Shlien, 1961, S. 304; Brody, 1952). In therapeutischen Prozessen mit Menschen, die unter psychotischen Störungen leiden, ist nach Rogers die Transparenz, in der nichts der eigenen Empfindung in der Beziehung geheim gehalten wird, die Basis der effektiven Therapie. So können Begegnungen zwischen zwei echten Personen entstehen. Diese Momente sind in Rogers Sichtweise heilsam (Rogers, 1961f, S. 6).

Allgemeine Therapieprinzipien

Mit zunehmender Auflösung der Dichotomie von Neurose und Psychose und einem zunehmenden Verständnis von Psychose als ein nachvollziehbares Geschehen, das im Wesen nicht grundlegend anders als „normales“ Verhalten sei, betont Rogers mehr und mehr, dass jene therapeutischen Bedingungen, die zu konstruktiver Persönlichkeitsentwicklung führen, auch bei psychotischen und schizophrenen Störungen gelten. Dies formuliert Rogers zunächst etwas vorsichtiger als Hypothese (Rogers, 1961f, S. 5), in weiterer Folge als klares Statement (Rogers, & Wood, 1974, S. 233; Rogers, 1975e, S. 1833; 1975e/1977, S. 21; 1980b, S. 2155; vgl. Rogers, 1980b/1991, S. 192), wenngleich Rogers häufig die Schärfe aus seinen Aussagen nimmt, indem er auch konzeptuelle Äußerungen mit Stilmittel wie „ich fühle“ verbindet (vgl. Buber, Rogers, Anderson, & Cissna, 1997, S. 52).³⁰ Diese Ausdrücke gehen in deutschen Übersetzungen oft verloren.³¹

29 Vgl: Rogers, 1958, zitiert in Shlien, 1961, S. 304; Holdstock & Rogers, 1977, S. 138; Rogers, 1961f, S. 6; 1966b, S. 184; 1966c, S. 6; 1967e, S. 45; 1967h, S. 43; 1967f, S. 4; 1967f/1969ah, S. 106; 1967f/1970cf, S. 471; 1967f/1989z, S. 306; 1974a/1977k, S. 25; 1974a/1980ak, S. 271; 1975e, S. 1833, 1835; 1980b, S. 21255, 2157; Rogers & Truax, 1967, S. 100; Rogers & Wood, 1974, S. 236.

30 Zum Beispiel: „I feel there is little doubt but that heredity, constitutional makeup, and chemical factors all have a part in the predisposition to psychosis. I feel, however, that psychologically a psychosis occurs when human relationships break down“ (Rogers, 1959db, S. 74).

31 Zum Beispiel: „It may be somewhat of an aside—but one on which I feel very strongly—to point out that ‘mental breakdown,’ ‘mental illness,’ ‘schizophrenia,’ and the like are, except in very special cases, not diseases“ (Rogers, 1972ai, S. 197), wird übersetzt mit: „Auch wenn es wie eine Abschweifung wirkt, möchte ich dennoch kurz darauf hinweisen, daß ein ‚Nervenzusammenbruch‘, ‚Geisteskrankheit‘,

Umgang mit psychotischen Inhalten

Im theoretischen Erklärungsmodell schreibt Rogers von „verleugerten Erfahrungsaspekten“, die in Übereinstimmung mit akut-psychotischen Verhaltensweisen sein können (Rogers, 1959a, S. 230; 1959a/2009, S. 65) – in der therapeutischen Beziehung sieht er psychotisches Material jedoch als weniger wesentlich an. Er schreibt, „daß wir gelernt haben, daß das psychotische Material verhältnismäßig unwichtig ist“ (Rogers, 1962c/1977, S. 173; 1962c/1984, S. 218; vgl: Rogers, 1962c, S. 12; 1962c/1967be, S. 188). In der Psychodynamik der Schizophrenie hätten die psychotischen Symptome ihre Bedeutung, doch „in der therapeutischen Beziehung bilden sie nur eine – freilich schwierigere – Sprache für die Verständigung“ (Rogers, 1962c/1977, S. 173; vgl. Rogers, 1962c/1984, S. 218).³² Psychotische Symptome stellen eine „Form der Selbstmitteilung dar, die oft sehr schwer verständlich ist“ (Rogers, 1962c/1977, S. 173; 1962c/1984, S. 218). Nicht das Analysieren von psychotischen Inhalten ist in der Therapie förderlich, sondern Beziehungsaspekte, die auch ohne Verstehen der psychotischen Symptomatik wirken. Zwar wäre präzises einführendes Verstehen in jedem Fall das Erstrebenswerteste – ist dies jedoch nicht möglich, so kann auch „die bloße Absicht, den Klienten zu verstehen“ einiges bewirken (Rogers, 1975e/1977, S. 21; vgl. Rogers, 1975e, S. 1833; 1980b, S. 2155; Rogers & Wood, 1974, S. 233).

Besonders für Menschen mit psychotischen Störungen sei die Erfahrung, dass jemand versucht, die „bizarren, wirren und unsicheren Äußerungen“ zu verstehen wichtig. Dies ermutigt die betroffene Person, mehr von sich mitzuteilen. Die Erfahrung, dass jemand sich bemüht jene psychotischen Äußerungen zu verstehen, zeigt dass die Gefühle und Ansichten der betroffenen Person für die Therapeutin oder den Therapeuten „von Bedeutung sind und daß er selbst infolgedessen ebenfalls von Bedeutung ist“ (Rogers, 1975e/1977, S. 21; vgl. Rogers, 1975e, S. 1833; 1980b, S. 2155; Rogers & Wood, 1974, S. 233).

So können im therapeutischen Kontakt förderliche Prozesse geschehen – selbst wenn die Therapeutin oder der Therapeut den Inhalt der psychotischen Äußerungen nicht verstehen kann. Das erlebbare Bemühen und die Aufmerksamkeit, die die Gefühle und Aussagen der Person erhalten – und die Aufmerksamkeit, die damit die Person selbst erhält – sind wirksam.

„Schizophrenie“ und ähnliches nur in den seltensten Fällen Krankheiten sind“ (Rogers, 1972ai/1975, S. 168).

32 „The hallucination, the delusion, the bizarre language or posture has of course its significance in the psychological dynamics of the schizophrenic [sic] individual. But in the therapeutic relationship it simply forms a more difficult language of communication“ (Rogers, 1962c, S. 12; 1962c/1967be, S. 188).

Beziehungsgestaltung

Durch die Betonung von Beziehungsaspekten für die Therapie und die Betrachtung von psychotischem Material lediglich als „Sprache für die Verständigung“, gelingt es, die Psychotherapie mit Menschen mit psychotischen Störungen unter genau den selben Bedingungen zu sehen wie den therapeutischen Kontakt außerhalb eines psychotischen Kontextes. So verwundert es nicht, dass Rogers auch im Gespräch mit Martin Buber betont, dass „kein Unterschied besteht zwischen jener Beziehung“, die er zu einer „normalen“ Person aufbaut oder zu einer Person, die unter einer Schizophrenie oder Paranoia leidet. Er betont im Gespräch mit Buber deutlich: „ich finde wirklich keinen Unterschied“ (Rogers & Buber, 1960/1984, S. 61).³³

Spektrum des Wirkbereiches

In früheren Jahren hatte Rogers die Wortkombination von *Neurose* und *Psychose* (gelegentlich *Schizophrenie* als Synonym) hauptsächlich benutzt, um das Spektrum an psychischen Störungen darzustellen, wobei die explizite Nennung beider Begriffe auf die wesentliche Unterschiedlichkeit der Störungen hingewiesen hatte. Nach der theoretisch begründeten Distanzierung vom dichotomen Unterschied der Störungen und nach der Feststellung, dass für eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung sowohl für „normale“ Individuen als auch für Menschen mit psychotischer oder schizophrener Störung die gleichen Bedingungen gelten, ändert sich in Rogers' schriftlichem Werk der Gebrauch von *Neurose* und *Psychose*. Nun dient das Stilmittel der Nennung beider Begriffe, um zusammen mit dem Begriff „normal“ das gesamte Spektrum der menschlichen Psyche zu beschreiben.³⁴

33 Diese Passage fehlt in Rogers et al. (1960/1992). Rogers sagt: „I would say that there is *no* difference in the relationship that I form [Buber: Hum] with a normal person, a schizophrenic, a paranoid – I don't really feel any difference“ (Buber & Rogers, 1960/1999, S. 257; Buber et al., 1997, S. 52; in Friedman, 1965, S. 174–175 ist *no* nicht in Kursivschrift gesetzt).

34 Die Wörter *Psychose* oder *psychotisch* dienen der Darstellung des Spektrums in: Rogers, 1951ab, S. 11; 1951ab/1973, S. 27; 1951af, S. 229; 1954d, S. 419; 1958a/1961ad, S. 40; 1958a/1973, S. 54; 1958a/1975, S. 150; 1958a/1989q, S. 108–109; 1959n/1961am, S. 246; 1961q, S. 96; 1962a, S. 416; 1962a/1967bd, S. 89; 1962a/1977, S. 196; 1962a/1984, S. 103; 1965b, S. 18–19; 1965b/1972l, S. 20; 1965b/1972m, S. 10; 1966b, S. 195–196; 1967nb, S. xviii; 1972c, S. 60; 1974c/1975k, S. 121; 1974c/1980, S. 35; 1974c/1980ad, S. 47; 1977ac, S. 28; 1977ac/1978, S. 17–18, 41; 1977ac/1989l, S. 379; 1978c, S. 39. Die Wörter *Schizophrenie* oder *schizophren* werden zur Darstellung des Spektrums benutzt in: Rogers, 1959n, S. 251; 1962a/1977, S. 194; 1962a/1984, S. 117; 1962c, S. 5; 1962c/1967be, S. 182; 1962c/1977, S. 163; 1962c/1984, S. 210; 1967a, S. 374; 1972c, S. 65; 1975a, S. 6; 1975a/1976, S. 42; 1975a/1980ah, S. 150–151; 1975a/1980, S. 85; 1975e/1977, S. 45; 1980ag, S. 117; 1980ag/1981, S. 68–69; 1980b, S. 2167; Rogers & Russell, 2002, S. 258.

Die Worte *Psychose* und *Schizophrenie* scheinen von Rogers hauptsächlich dazu benutzt, um das dem Gesunden gegenüberliegende Ende des Spektrums zu bezeichnen.³⁵ Rogers verwendet die Begriffe um mit dem Aufspannen des Spektrums – von „normal“ bis hin zu psychisch schwer betroffen – jeglichen psychischen Zustand einzurahmen (vgl. z. B.: Rogers, 1956a, S. 199).³⁶ Das Stilmittel der Nennung von *Psychose* oder *Schizophrenie* als Gegenpol zu *normalem* Verhalten wird von Rogers angewandt, um den Wirkungsbereich aufzuspannen, in dem personenzentrierte Beziehungsgestaltung förderlich ist. Dieses Stilmittel dient hauptsächlich dazu, die allgemeine Gültigkeit der personenzentrierten Hypothesen darzustellen. Unabhängig ob es sich um eine „gesunde“ Person handelt oder eine Person mit neurotischer, psychotischer oder schizophrener Störung, die Begegnung in personenzentrierter Haltung ist förderlich.

Vertrauen

Im schriftlichen Werk späterer Jahre steht nicht mehr die Betonung der Andersartigkeit von Psychose im Vordergrund oder die Gefahr im Umgang, sondern das Vertrauen in die Entwicklungsfähigkeit – die nun auch Menschen mit psychotischen Störungen zugestanden wird. Schon in früheren Schriften war der Glaube an die Kraft von Beziehung und an die Entwicklungsfähigkeit betont worden, doch in den späteren Jahren seines schriftlichen Werkes finden sich diese Aussagen ungetrübt durch eine Betonung der wesentlichen Andersartigkeit von Psychose oder durch Ängste vor dem Umgang mit Menschen, die unter den Symptomen einer Schizophrenie leiden.

Nun kann sich das Vertrauen in die vorwärtsbewegende Tendenz des menschlichen Organismus, in die Wachstumstendenz jeder Person entfalten, auf die Rogers schon in früheren Schriften verwiesen hatte. Über jene Tendenz, auf die sich Therapeutinnen und Therapeuten „zutiefst und grundsätzlich“ verlassen dürfen, schreibt er:

Sie wird nicht nur in der allgemeinen Tendenz des Klienten offenbar, sich zum Wachstum hin zu bewegen, sondern zeigt sich auch höchst dramatisch bei schweren Fällen, wenn die Person am Rand einer Psychose oder eines Selbstmords steht. In solchen Fällen ist sich der Therapeut zutiefst der Tatsache bewusst, daß die einzige Kraft, auf die er sich grundlegend verlassen kann, die organische Tendenz zu weiterem Wachsen und weiterer Erhöhung ist. (Rogers, 1951ai/1973, S. 423; vgl. Rogers, 1951ai, S. 489–490)

35 „Having completed our work with schizophrenics, I have been eager to turn to working with 'normal' individuals—the other end of the spectrum“ (Rogers, 1967a, S. 374; 1972c, S. 65).

36 „a wide range of personality disturbances, from the normal person to the frankly psychotic“ (Rogers, 1956a, S. 199).

Im Vertrauen auf die vorwärtsbewegende Tendenz ist Begegnung ohne Ängste möglich. So gelingt es wie von Carl Rogers über den Umgang auch mit „schwer gestörten und psychotischen Menschen“ beschrieben: „Wenn es einem gelingt, dem Inneren eines Menschen nahezukommen, wird man dort immer ein vertrauensvolles, positives Zentrum berühren“ (Rogers, 1986e/1991, S. 300; vgl. Rogers, 1986e/2002, S. 61) – unabhängig davon, ob die Person als psychotisch oder schizophran etikettiert worden ist.

Literatur

Anmerkung

Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid zitiert (Schmid, 2005). In der vorliegenden Arbeit werden Buchkapitel und Artikel in ihrem zeitlichen und thematischen Kontext dargestellt. Dazu ist es nötig einzelne Kapitel unterschiedlichen Entstehungsdatums aus dem Gesamtverband eines Buches herauszuheben. Dies wurde durch zusätzliche Nummerierungen vorgenommen. Die Einteilung durch Peter F. Schmid wurde beibehalten. Sie wurde, wo nötig, um zusätzliche Bezeichnungen ergänzt.

- Brody, E. B. (1952). The Treatment of Schizophrenia. A Review. In E. B. Brody & F. C. Redlich (Hrsg.), *Psychotherapy With Schizophrenics* (S. 39–88). International Universities Press.
- Buber, M., & Rogers, C. R. (1960/1999). Martin Buber and Carl Rogers. In J. Buber Agassi (Hrsg.), *Martin Buber on Psychology and Psychotherapy: Essays, Letters, and Dialogue* (S. 246–270). Syracuse University Press. (Erstmal „Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers“, 1960, *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3[4], 208–221.)
- Buber, M., Rogers, C. R., Anderson, R., & Cissna, K. N. (1997). *The Martin Buber-Carl Rogers Dialogue: A New Transcript with Commentary*. State University of New York Press.
- Bürgy, M. (2009). Zur Geschichte und Phänomenologie des Psychose-Begriffs: Eine Heidelberger Perspektive (1913–2008). *Der Nervenarzt*, 80(5), 584–592. <https://doi.org/10.1007/s00115-009-2708-2>
- Canstatt, C. (1841). *Handbuch der medicinischen Klinik* (Erster Band). Erlangen: Ferdinand Enke.
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Hrsg.). (1975). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2. Aufl., Bd. 2). Williams & Wilkins.
- Friedman, M. (Hrsg.). (1965). Dialogue between Martin Buber and Carl R. Rogers. In M. Friedman & R. G. Smith (Übers.), *The Knowledge of Man* (S. 166–184). Harper & Row.
- Gendlin, E. T. (1966). Research in Psychotherapy with Schizophrenic Patients and the Nature of that “Illness”. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 4–16.
- Groddeck, N. (2011). *Carl Rogers: Wegbereiter der modernen Psychotherapie* (3. Aufl.). Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hoening, J. (1983). The Concept of Schizophrenia Kraepelin–Bleuler–Schneider. *The British Journal of Psychiatry*, 142(6), 547–556. <https://doi.org/10.1192/bjpp.142.6.547>
- Holdstock, T. L., & Rogers, C. R. (1977). Person-Centered Theory. In R. J. Corsini (Hrsg.), *Current Personality Theories* (S. 125–151). F. E. Peacock.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie: Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Julius Springer.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On Becoming Carl Rogers: The Life and Work of America's Distinguished Psychologist, Educator and Author of On Becoming a Person*. Delacorte Press.
- Kirschenbaum, H. (2007). *The Life and Work of Carl Rogers*. PCCS Books.
- Oberreiter, D. (2018). Die Bedeutung struktureller Empathie für Verständnis und Therapie der Ichgrenzenstörung: Psychotherapeutische Implikationen basierend auf Edith Stein, Martin Heidegger, Edmund Husserl und Søren Kierkegaard. In Provinzialate des Teresianischen Karmel in Deutschland und Österreich (Hrsg.), *Edith Stein Jahrbuch 2018* (S. 61–98). Echter Verlag.
- Oberreiter, D. (2019). Die Therapie der Ichgrenzenstörung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie. *Person*, 23(1), 17–33.
- Oberreiter, D. (2020). The Therapy of Ego Boundary Disorders Focusing Special Attention on Structural Empathy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/14779757.2020.1748696>
- Rogers, C. R. (1939d). A Good Foster Home: Its Achievements and Limitations. In F. Lowry (Hrsg.), *Readings in Social Case Work 1920–1938: Selected Reprints for the Case Work Practitioner* (S. 417–436). Columbia University Press.
- Rogers, C. R. (1942ab). The Place of Counseling. In *Counseling and Psychotherapy* (S. 3–18). Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942ab/1972). Die Stellung der Beratung. In E. Nösbüsch (Übers.), *Die nicht-direktive Beratung* (S. 17–28). Kindler. (Original “The Place of Counseling”, *Counseling and Psychotherapy*, S. 3–18, von C. R. Rogers, 1942, Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1942ad). When Is Counseling Indicated? In *Counseling and Psychotherapy* (S. 51–84). Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942ad/1972). Wann ist Beratung angezeigt? In E. Nösbüsch (Übers.), *Die nicht-direktive Beratung* (S. 55–82). Kindler. (Original “When Is Counseling Indicated?”, in *Counseling and Psychotherapy*, S. 51–84, von C. R. Rogers, 1942, Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1942af). The Directive Versus the Non-Directive Approach. In *Counseling and Psychotherapy* (S. 115–128). Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942af/1972). Direktiver versus nicht-direktiver Ansatz. In E. Nösbüsch (Übers.), *Die nicht-direktive Beratung* (S. 108–120). Kindler. (Original “The Directive Versus the Non-Directive Approach”, in *Counseling and Psychotherapy*, S. 115–128, von C. R. Rogers, 1942, Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1942af/1989 g). The Directive Versus the Nondirective Approach. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Hrsg.), *The Carl Rogers Reader* (S. 77–87). Houghton Mifflin. (Erstmal „The Directive Versus the Non-Directive Approach“, in *Counseling and Psychotherapy*, S. 115–128, von C. R. Rogers, 1942, Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1945f). *A Counseling Viewpoint*. Federal Council of the Churches of Christ in America.
- Rogers, C. R. (1946c). Significant Aspects of Client-Centered Therapy. *The American Psychologist*, 1(10), 415–422.
- Rogers, C. R. (1946c/1964d). Significant Aspects of Client-Centered Therapy. In H. M. Ruitenbeek (Hrsg.), *Varieties of Personality Theory* (S. 167–183). E. P. Dutton & Co. (Erstmal „Significant Aspects of Client-Centered Therapy“, 1946, *The American Psychologist*, 1[10], 415–422.)
- Rogers, C. R. (1951ab). The Developing Character of Client-Centered Therapy. In *Client-Centered Therapy* (S. 3–18). Constable & Company.
- Rogers, C. R. (1951ab/1973). Der Entwicklungscharakter der klient-bezogenen Gesprächstherapie. In E. Nösbüsch (Übers.), *Die klient-bezogene Gesprächstherapie* (S. 21–33). Kindler. (Original „The Developing Character of Client-Centered Therapy“, in *Client-Centered Therapy*, S. 3–18, von C. R. Rogers, 1951, Constable & Company.)
- Rogers, C. R. (1951ad). The Therapeutic Relationship as Experienced by the Client. In *Client-Centered Therapy* (S. 65–130). Constable & Company.
- Rogers, C. R. (1951ad/1973). Die therapeutische Beziehung, wie sie der Klient erfährt. In E. Nösbüsch (Übers.), *Die klient-bezogene Gesprächstherapie* (S. 73–130). Kindler. (Original „The Therapeutic Relationship as Experienced by the Client“, in *Client-Centered Therapy*, S. 65–130, von C. R. Rogers, 1951, Constable & Company.)
- Rogers, C. R. (1951af). Three Questions Raised by Other Viewpoints. In *Client-Centered Therapy* (S. 197–231). Constable & Company.
- Rogers, C. R. (1951af/1973). Drei Fragen, die von anderen Auffassungen gestellt werden: Übertragung, Diagnose, Anwendbarkeit. In E. Nösbüsch

- (Übers.), *Die klient-bezogene Gesprächstherapie* (S. 187–215). Kindler. (Original „Three Questions Raised by Other Viewpoints“, in *Client-Centered Therapy*, S. 197–231, von C. R. Rogers, 1951, Constable & Company.)
- Rogers, C. R. (1951ai). A Theory of Personality and Behavior. In *Client-Centered Therapy* (S. 481–533). Constable & Company.
- Rogers, C. R. (1951ai/1973). Eine Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens. In E. Nösbüsch (Übers.), *Die klient-bezogene Gesprächstherapie* (S. 417–458). Kindler. (Original „A Theory of Personality and Behavior“, in *Client-Centered Therapy*, S. 481–533, von C. R. Rogers, 1951, Constable & Company.)
- Rogers, C. R. (1952b/1959j). Communication: Its Blocking and Facilitation. In A. Kuenzli & C. R. Rogers (Hrsg.), *The Phenomenological Problem* (S. 230–238). Harper & Row. (Erstmals „Communication: Its Blocking and its Facilitation“, 1952, *Northwestern University Information*, 20[25], 9–15.)
- Rogers, C. R. (1952b/1961ar). Dealing With Breakdowns in Communication—Interpersonal and Intergroup. In *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* (S. 329–337). Houghton Mifflin. (Erstmals „Communication: Its Blocking and its Facilitation“, 1952, *Northwestern University Information*, 20[25], 9–15.)
- Rogers, C. R. (1952b/1961p). Barriers and Gateways to Communication. In E. A. Fleishman (Hrsg.), *Studies in Personnel and Industrial Psychology* (S. 408–414). The Dorsey Press. (Erstmals „Communication: Its Blocking and its Facilitation“, 1952, *Northwestern University Information*, 20[25], 9–15.)
- Rogers, C. R. (1952b/1967m). Barriers and Gateways to Communication. In E. A. Fleishman (Hrsg.), *Studies in Personnel and Industrial Psychology* (Revised Edition, S. 469–474). The Dorsey Press. (Erstmals „Communication: Its Blocking and its Facilitation“, 1952, *Northwestern University Information*, 20[25], 9–15.)
- Rogers, C. R. (1952b/1968). Kommunikation: Störungen und ihre Milderung. In G. Schwarz (Hrsg.), *Wort und Wirklichkeit* (S. 76–88). Verlag Darmstädter Blätter. (Original „Communication: Its Blocking and its Facilitation“, 1952, *Northwestern University Information*, 20[25], 9–15.)
- Rogers, C. R. (1952b/1973). Behandlungen von Kommunikationsstörungen zwischen Einzelnen und Gruppen. In J. Giere (Übers.), *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (S. 321–328). Klett-Cotta. (Original „Communication: Its Blocking and its Facilitation“, 1952, *Northwestern University Information*, 20[25], 9–15.)
- Rogers, C. R. (1954aa). Some Hypotheses Regarding the Facilitation of Personal Growth. In *Becoming a Person* (S. 1–7). The Board of Trustees of Oberlin College.
- Rogers, C. R. (1954aa/1961ac). Some Hypotheses Regarding the Facilitation of Personal Growth. In *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* (S. 31–38). Houghton Mifflin. (Erstmals „Some Hypotheses Regarding the Facilitation of Personal Growth“, in *Becoming a Person*, S. 1–7, von C. R. Rogers, 1954, The Board of Trustees of Oberlin College.)
- Rogers, C. R. (1954aa/1973). Förderung der Persönlichkeitsentfaltung—Einige Hypothesen. In J. Giere (Übers.), *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (S. 45–52). Klett-Cotta. (Original „Some Hypotheses Regarding the Facilitation of Personal Growth“, in *Becoming a Person*, S. 1–7, von C. R. Rogers, 1954, The Board of Trustees of Oberlin College.)
- Rogers, C. R. (1954b). The Case of Mr. Bebb: The Analysis of a Failure Case. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Hrsg.), *Psychotherapy and Personality Change* (S. 349–409). The University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1954b/1983m). The Case of Mr. Bebb: Analysis of a Failure Case. In R. F. Morgan & C. R. Rogers (Hrsg.), *The Iatrogenics Handbook: A Critical Look at Research and Practice in the Helping Professions* (S. 153–191). IPI Publishing Limited. (Erstmals „The Case of Mr. Bebb: The Analysis of a Failure Case“, in *Psychotherapy and Personality Change*, S. 349–409, von C. R. Rogers & R. F. Dymond, Hrsg., 1954, The University of Chicago Press.)
- Rogers, C. R. (1954d). An Overview of the Research and Some Questions for the Future. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Hrsg.), *Psychotherapy and Personality Change* (S. 413–434). The University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1956a). Client-Centered Therapy: A Current View. In F. Fromm-Reichmann & J. L. Moreno (Hrsg.), *Progress in Psychotherapy* (S. 199–209). Grune & Stratton.
- Rogers, C. R. (1956b). A Counseling Approach to Human Problems. *The American Journal of Nursing*, 56(8), 994–997.
- Rogers, C. R. (1958a/1961ad). The Characteristics of a Helping Relationship. In *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* (S. 39–58). Houghton Mifflin. (Erstmals „The Characteristics of a Helping Relationship“, 1958, *Personnel and Guidance Journal*, 37[1], 6–16.)
- Rogers, C. R. (1958a/1973). Die Eigenschaften einer hilfreichen Beziehung. In J. Giere (Übers.), *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (S. 53–72). Klett-Cotta. (Original „The Characteristics of a Helping Relationship“, 1958, *Personnel and Guidance Journal*, 37[1], 6–16.)
- Rogers, C. R. (1958a/1975). Die Eigenschaften einer hilfreichen Beziehung. In W. G. Bennis, K. D. Benne, & R. Chin (Hrsg.), *Änderung des Sozialverhaltens* (S. 149–167). Ernst Klett Verlag. (Original „The Characteristics of a Helping Relationship“, 1958, *Personnel and Guidance Journal*, 37[1], 6–16.)
- Rogers, C. R. (1958a/1989q). The Characteristics of a Helping Relationship. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Hrsg.), *The Carl Rogers Reader* (S. 108–126). Houghton Mifflin. (Erstmals „The Characteristics of a Helping Relationship“, 1958, *Personnel and Guidance Journal*, 37[1], 6–16.)
- Rogers, C. R. (1959a). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationship, As Developed in The Client-Centered Framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology. A Study of a Science* (Bd. 3, S. 184–256). McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1959a/2009). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V., Hrsg.; G. Höhner & R. Brüseke, Übers.). Reinhardt. (Original „A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationship, As Developed in The Client-Centered Framework“, in *Psychology. A Study of a Science*, Bd. 3, S. 184–256, von S. Koch, Hrsg., 1959, McGraw Hill.)
- Rogers, C. R. (1959da). On a Saturday Afternoon: Discussion. In S. W. Standal & R. J. Corsini (Hrsg.), *Critical Incidents in Psychotherapy* (S. 56–59). Prentice-Hall.
- Rogers, C. R. (1959db). “Hold Me! Hold Me!”: Discussion. In S. W. Standal & R. J. Corsini (Hrsg.), *Critical Incidents in Psychotherapy* (S. 73–75). Prentice-Hall.
- Rogers, C. R. (1959n). Het onderzoek. In C. R. Rogers & G. M. Kinget, *Psychotherapie en menselijke verhoudingen* (S. 249–272). Het Spectrum.
- Rogers, C. R. (1959n/1961am). Client-Centered Therapy in Its Context of Research. In *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* (S. 243–270). Houghton Mifflin. (Original „Het onderzoek“, in *Psychotherapie en menselijke verhoudingen*, S. 249–272, von C. R. Rogers, & G. M. Kinget, 1959, Het Spectrum.)
- Rogers, C. R. (1960a). Significant Trends in the Client-Centered Orientation. In L. E. Abt & B. F. Riess (Hrsg.), *Progress in Clinical Psychology: Bd. IV* (S. 85–99). Grune & Stratton.
- Rogers, C. R. (1961aa). To the Reader. In *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy* (S. vii–xi). Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961aa/1973). An den Leser. In J. Giere (Übers.), *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (S. 13–17). Klett-Cotta. (Original „To the Reader“ in *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, S. vii–xi, von C. R. Rogers, 1961, Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1961c/1980). Ellen West – Und Einsamkeit. In E. Görg (Übers.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 94–103). Klett-Cotta. (Original „The Loneliness of Contemporary Man as Seen in ‘The Case of Ellen West‘“, 1961, Review of Existential Psychology and Psychiatry, 1[2], 94–101.)
- Rogers, C. R. (1961c/1980ai). Ellen West—And Loneliness. In *A Way of Being* (S. 164–180). Houghton Mifflin. (Erstmals „The Loneliness of Contemporary Man as Seen in ‘The Case of Ellen West‘“, 1961, *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1[2], 94–101.)
- Rogers, C. R. (1961c/1989s). Ellen West—And Loneliness. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Hrsg.), *The Carl Rogers Reader* (S. 157–168). Houghton Mifflin. (Erstmals „The Loneliness of Contemporary Man as Seen in ‘The Case of Ellen West‘“, 1961, *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1[2], 94–101.)

- Rogers, C. R. (1961f). A Theory of Psychotherapy with Schizophrenics and a Proposal for Its Empirical Investigation. In J. G. Dawson, H. K. Stone, & N. P. Dellis (Hrsg.), *Psychotherapy with Schizophrenics* (S. 3–19). Louisiana State University Press.
- Rogers, C. R. (1961q). The Characteristics of a Helping Relationship. In M. I. Stein (Hrsg.), *Contemporary Psychotherapies* (S. 95–112). The Free Press of Glencoe.
- Rogers, C. R. (1962a). The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416–429
- Rogers, C. R. (1962a/1965 m). The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance. In R. L. Mosher, R. F. Carle, & C. D. Kehas (Hrsg.), *Guidance: An Examination* (S. 49–65). Harcourt, Brace & World Inc. (Erstmals „The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance“, 1962, *Harvard Educational Review*, 32[4], 416–429.)
- Rogers, C. R. (1962a/1967bd). The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), *Person to Person: The Problem of Being Human* (S. 89–130). Real People Press. (Erstmals „The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance“, 1962, *Harvard Educational Review*, 32[4], 416–429.)
- Rogers, C. R. (1962a/1977). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In U. Seeßlen (Übers.), *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196). Kindler. (Original „The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance“, 1962, *Harvard Educational Review*, 32[4], 416–429.)
- Rogers, C. R. (1962a/1984). Die zwischenmenschliche Beziehung als Zentrum von Beratung und Therapie. In C. R. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), & A. Tilebein & B. Westermeier (Übers.), *Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 103–119). Junfermann. (Original „The Interpersonal Relationship: The Core of Guidance“, 1962, *Harvard Educational Review*, 32[4], 416–429.)
- Rogers, C. R. (1962c). Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15.
- Rogers, C. R. (1962c/1967be). Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics. In C. R. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), *Person to Person: The Problem of Being Human* (S. 181–192). Real People Press. (Erstmals „Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics“, 1962, *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15.)
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In U. Seeßlen (Übers.), *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–179). Kindler. (Original „Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics“, 1962, *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15.)
- Rogers, C. R. (1962c/1984). Einige Untersuchungsergebnisse aus der Psychotherapie mit Schizophrenen. In C. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), & A. Tilebein & B. Westermeier (Übers.), *Von Mensch zu Mensch: Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen* (S. 209–222). Junfermann. (Original „Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics“, 1962, *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15.)
- Rogers, C. R. (1965b). A Humanistic Conception of Man. In R. Farson (Hrsg.), *Science and Human Affairs* (S. 18–31). Science and Behavior Books, Inc.
- Rogers, C. R. (1965b/1972l). A Humanistic Conception of Man. In J. F. Glass & J. R. Staude (Hrsg.), *Humanistic Society: Today's Challenge to Sociology* (S. 19–32). Goodyear Publishing Company. (Erstmals „A Humanistic Conception of Man“, in *Science and Human Affairs*, S. 18–31, von R. Farson, Hrsg., 1965, Science and Behavior Books, Inc.)
- Rogers, C. R. (1965b/1972m). A Humanistic Conception of Man. In G. B. Carr (Hrsg.), *Marriage and Family in a Decade of Change* (S. 8–24). Addison-Wesley Publishing Company. (Erstmals „A Humanistic Conception of Man“, in *Science and Human Affairs*, S. 18–31, von R. Farson, Hrsg., 1965, Science and Behavior Books, Inc.)
- Rogers, C. R. (1966b). Client-Centered Therapy. In S. Arieti (Hrsg.), *American Handbook of Psychiatry: Bd. III* (S. 183–200). Basic Books Inc.
- Rogers, C. R. (1966c). To Facilitate Learning. In National Education Association (Hrsg.), *Innovations for Time to Teach* (S. 4–19). National Education Association.
- Rogers, C. R. (1967a). Carl R. Rogers. In E. G. Boring & G. Lindzey (Hrsg.), *A History of Psychology in Autobiography: Bd. V* (S. 343–384). Appleton-Century-Crofts.
- Rogers, C. R. (1967d). Client-Centered psychotherapy. In A. M. Freedman & H. I. Kaplan (Hrsg.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (S. 1225–1228). Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1967e). The Facilitation of Significant Learning. In L. Siegel (Hrsg.), *Instruction: Some Contemporary Viewpoints* (S. 37–54). Chandler Publishing Company.
- Rogers, C. R. (1967f). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In R. R. Leeper (Hrsg.), *Humanizing Education: The Person in the Process* (S. 1–18). Association for Supervision and Curriculum Development.
- Rogers, C. R. (1967f/1969ah). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In *Freedom to Learn* (S. 102–127). Charles E. Merrill Publishing Company. (Erstmals „The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning“, in *Humanizing Education: The Person in the Process*, S. 1–18, von R. R. Leeper (Hrsg.), 1967f, Association for Supervision and Curriculum Development.)
- Rogers, C. R. (1967f/1970cf). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Hrsg.), *New Directions in Client-Centered Therapy* (S. 468–483). Houghton Mifflin Company. (Erstmals „The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning“, in *Humanizing Education: The Person in the Process*, S. 1–18, von R. R. Leeper (Hrsg.), 1967f, Association for Supervision and Curriculum Development.)
- Rogers, C. R. (1967f/1989z). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Hrsg.), *The Carl Rogers Reader* (S. 304–322). Houghton Mifflin. (Erstmals „The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning“, in *Humanizing Education: The Person in the Process*, S. 1–18, von R. R. Leeper (Hrsg.), 1967f, Association for Supervision and Curriculum Development.)
- Rogers, C. R. (1967h). What Psychology Has to Offer to Teacher Education. In The Association for Student Teaching (Hrsg.), *Mental Health and Teacher Education* (S. 37–57). W. M. C. Brown Co. Inc.
- Rogers, C. R. (1967nb). Introduction. In C. R. Rogers, E. T. Gendlin, D. J. Kiesler, & C. B. Truax (Hrsg.), *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics* (S. xv–xix). The University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1969aq). Being in Relationship. In *Freedom to Learn* (S. 220–237). Charles E. Merrill Publishing Company.
- Rogers, C. R. (1972ai). Fifteen Years of a Radically Changing Relationship. In C. R. Rogers, *Becoming Partners: Marriage and Its Alternatives* (S. 161–198). Dell Publishing.
- Rogers, C. R. (1972ai/1975). Radikale Veränderungen in einer fünfzehnjährigen Ehe. In E. Nösbüsch (Übers.), *Partnerschule* (S. 141–169). Kindler. (Original „Fifteen Years of a Radically Changing Relationship“, in *Becoming Partners: Marriage and Its Alternatives*, S. 161–198, von C. R. Rogers, 1972, Dell Publishing.)
- Rogers, C. R. (1972c). My Personal Growth. In A. Burton (Hrsg.), *Twelve therapists* (S. 28–77). Jossey-Bass.
- Rogers, C. R. (1974a/1977k). Can Learning Encompass Both Ideas and Feelings? In D. E. Hamachek (Hrsg.), *Human Dynamics in Psychology and Education: Selected Readings* (3. Aufl., S. 22–32). Allyn and Bacon. (Erstmals „Can Learning Encompass Both Ideas and Feelings?“, 1974a, *Education*, 95[2], 103–114.)
- Rogers, C. R. (1974a/1980ak). Can Learning Encompass both Ideas and Feelings? In *A Way of Being* (pp. 263–291). Houghton Mifflin. (Erstmals „Can Learning Encompass Both Ideas and Feelings?“, 1974a, *Education*, 95[2], 103–114.)
- Rogers, C. R. (1974c/1975k). In Retrospect: Forty-Six Years. In R. I. Evans (Hrsg.), *Carl Rogers: The Man and His Ideas* (S. 121–146). E. P. Dutton & Co. (Erstmals „In Retrospect: Forty-Six Years“, 1974, *American Psychologist*, 29[2], 115–123.)
- Rogers, C. R. (1974c/1980). Rückblick – Sechszwanzig Jahre. In E. Görg (Übers.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 35–52). Klett-Cotta.

- (Original „In Retrospect: Forty-Six Years“, 1974, *American Psychologist*, 29[2], 115–123.)
- Rogers, C. R. (1974c/1980ad). In Retrospect: Forty-Six Years. In *A Way of Being* (S. 46–69). Houghton Mifflin. (Erstmals „In Retrospect: Forty-Six Years“, 1974, *American Psychologist*, 29[2], 115–123.)
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rogers, C. R. (1975a/1976). Eine neue Definition von Einfühlung. In P. Jankowski, Tscheulin, H.-J. Fietkau, & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute: Bericht über den 1. Europäischen Kongress für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28.9.-4.10.1974* (S. 33–51). Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe. (Original „Empathic: An Unappreciated Way of Being“, 1975, *The Counseling Psychologist*, 5[2], 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>)
- Rogers, C. R. (1975a/1980). Empathie – Eine unterschätzte Seinsweise. In E. Görg (Übers.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 75–93). Klett-Cotta. (Original „Empathic: An Unappreciated Way of Being“, 1975, *The Counseling Psychologist*, 5[2], 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>)
- Rogers, C. R. (1975a/1980ah). Empathic: An Unappreciated Way of Being. In *A Way of Being* (S. 137–163). Houghton Mifflin. (Erstmals „Empathic: An Unappreciated Way of Being“, 1975, *The Counseling Psychologist*, 5[2], 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>)
- Rogers, C. R. (1975e). Client-Centered Psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2. Aufl., Bd. 2, S. 1831–1843). Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In U. Seeßlen (Übers.), *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). Kindler. (Original „Client-Centered Psychotherapy“ in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2. Aufl., Bd. 2, S. 1831–1843, von A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock, Hrsg., 1975, Williams & Wilkins.)
- Rogers, C. R. (1977ac). The Politics of the Helping Professions. In *Carl Rogers On Personal Power* (S. 3–28). Delacorte Press.
- Rogers, C. R. (1977ac/1978). Die Politik der helfenden Berufe. In B. Stein (Übers.), *Die Kraft des Guten: Ein Appell zur Selbstverwirklichung* (S. 13–41). Kindler. (Original „The Politics of the Helping Professions“ in *Carl Rogers On Personal Power*, S. 3–28, von C. R. Rogers, 1977, Delacorte Press.)
- Rogers, C. R. (1977ac/1989l). The Politics of the Helping Professions. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Hrsg.), *The Carl Rogers Reader* (S. 376–395). Houghton Mifflin. (Erstmals „The Politics of the Helping Professions“ in *Carl Rogers On Personal Power*, S. 3–28, von C. R. Rogers, 1977, Delacorte Press.)
- Rogers, C. R. (1978c). Der gute Mensch von La Jolla. *Psychologie heute*, 5(Mai), 37–42.
- Rogers, C. R. (1980ab). Experiences in Communication. In *A Way of Being* (S. 5–26). Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980ab/1981). Erfahrungen in Kommunikation. In B. Stein (Übers.), *Der neue Mensch* (S. 17–36). Klett-Cotta. (Original „Experiences in Communication“, in *A Way of Being*, S. 5–26, von C. R. Rogers, 1980, Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1980ag). The Foundations of a Person-Centered Approach. In *A Way of Being* (S. 113–136). Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980ag/1981). Die Grundlagen eines personenzentrierten Ansatzes. In B. Stein (Übers.), *Der neue Mensch* (S. 65–84). Klett-Cotta. (Original „The Foundations of a Person-Centered Approach“, in *A Way of Being*, S. 113–136, von C. R. Rogers, 1980, Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1980b). Client-Centered Psychotherapy. In H. I. Kaplan, A. M. Freedman, & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (3. Aufl., Bd. 2, S. 2153–2168). Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1980b/1991). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 185–235). Matthias-Grünewald-Verlag. (Original „Client-Centered Psychotherapy“ in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3. Aufl., Bd. 2, S. 2153–2168, von H. I. Kaplan, A. M. Freedman, & B. J. Sadock, Hrsg., 1980, Williams & Wilkins.)
- Rogers, C. R. (1986e/1991). Rogers, Kohut und Erickson: Eine persönliche Betrachtung über einige Ähnlichkeiten und Unterschiede. In J. K. Zeig (Hrsg.), *Psychotherapie: Entwicklungslinien und Geschichte* (S. 299–313). DGVV-Verlag. (Original „Rogers, Kohut and Erickson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences“, 1986, *Person-Centered Review*, 1[2], 125–140.)
- Rogers, C. R. (1986e/2002). Rogers, Kohut and Erickson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences. In D. J. Cain (Hrsg.), *Classics in the Person-Centered Approach* (S. 61–70). PCCS Books. (Erstmals „Rogers, Kohut and Erickson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences“, 1986, *Person-Centered Review*, 1[2], 125–140.)
- Rogers, C. R. (2014g). Listening and being Listened to. In C. R. Rogers, H. C. Lyon, & R. Tausch, *On Becoming an Effective Teacher: Person-centered Teaching, Psychology, Philosophy, and Dialogues with Carl R. Rogers and Harold Lyon* (S. 67–76). Routledge.
- Rogers, C. R., & Buber, M. (1960/1984). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.), *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung: Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft* (S. 52–72). Franz Deuticke Verlagsgesellschaft. (Original „Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers“, 1960, *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3[4], 208–221.)
- Rogers, C. R., & Roethlisberger, F. J. (1952b/1956). Barriers and Gateways to Communication. In E. C. Bursk (Hrsg.), *Human Relations for Management* (S. 150–163). Harper & Brothers. (Erstmals „Communication: Its Blocking and its Facilitation“, 1952, *Northwestern University Information*, 20[25], 9–15.)
- Rogers, C. R., & Roethlisberger, F. J. (1952b/1990). Barriers and Gateways to Communication. In *People: Managing Your Most Important Asset* (S. 19–25). Harvard Business Review. (Erstmals „Communication: Its Blocking and its Facilitation“, 1952, *Northwestern University Information*, 20[25], 9–15.)
- Rogers, C. R., & Russell, D. E. (2002). *Carl Rogers: The Quiet Revolutionary: An Oral History*. Penmarin Books.
- Rogers, C. R., & Truax, C. B. (1967). The Therapeutic Conditions Antecedent to Change: A Theoretical View. In C. R. Rogers, E. T. Gendlin, D. J. Kiesler, & C. B. Truax (Hrsg.), *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics* (S. 97–108). The University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R., & Wood, J. K. (1974). Client-Centered Theory. In A. Burton (Hrsg.), *Operational Theories of Personality* (S. 211–258). Brunner & Mazel.
- Rogers, C. R., & Wood, J. K. (1974/1977). Klientenzentrierte Theorie. In C. R. Rogers (Hrsg.), *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 113–141). Kindler. (Original „Client-Centered Theory“, in *Operational Theories of Personality*, S. 211–258, von A. Burton, Hrsg., 1974, Brunner & Mazel.)
- Rogers, C. R., Buber, M., & Pfeiffer, W. M. (1960/1992). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer, & R. Tausch (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychologie & Psychotherapie: Jahrbuch 1992* (S. 184–201). GwG-Verlag. (Original „Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers“, 1960, *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3[4], 208–221.)
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., & Truax, C. B. (Hrsg.). (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. The University of Wisconsin Press.
- Shlien, J. M. (1961). A Client-Centered Approach to Schizophrenia: First Approximation. In A. Burton (Hrsg.), *Psychotherapy of the Psychoses* (S. 285–317). Basic Books.
- Schmid, P. F. (2005). The Carl Rogers Bibliography of English and German Sources. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 4(3–4), 153–266. <https://doi.org/10.1080/14779757.2005.9688385>
- Schneider, K. (1950). *Klinische Psychopathologie*. Georg Thieme Verlag.
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology* (M. W. Hamilton, Übers.). Grune & Stratton.
- Standal, S. W., & Corsini, R. J. (Hrsg.). (1959). *Critical Incidents in Psychotherapy*. Prentice-Hall.

Schizophrenien aus personzentrierter Sicht

Symptome, Ursachen und Folgen für personzentrierte Beratung und Psychotherapie

Hans-Jürgen Luderer

Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung
Stuttgart, Deutschland

Etwa 0,3–0,7 % aller Menschen erkranken irgendwann in ihrem Leben an einer Schizophrenie. Diese Krankheit tritt überall auf der ganzen Welt, in allen sozialen Schichten und bei Frauen und Männern etwa gleich häufig auf. Die Krankheitsfolgen sind oft gravierend. Die meisten Betroffenen erreichen krankheitsbedingt nicht die berufliche Qualifikation ihrer Eltern, und viele sind langfristig nicht in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein. Viele Betroffene, vor allem Männer, bleiben unverheiratet und leben auch nicht in einer Partnerschaft. Etwa 5–6 % sterben durch Suizid. Während der akuten Krankheit können sich die Betroffenen oft nicht auf ihre Wahrnehmung und ihr Urteil verlassen. Sie leiden unter Sinnestäuschungen, Wahn und anderen Symptomen. Ohne Hilfe von außen haben sie meist keine Chance, diese als Täuschungen und ihre Krankheit als Krankheit zu erkennen. Aufgaben der personzentrierten Beratung und Psychotherapie sind es, unmittelbar Betroffene und Angehörige empathisch zu begleiten und dabei die jeweilige Person als Individuum, deren soziale Situation und die Krankheit zu verstehen. Das bedeutet, die Symptome ernst zu nehmen, die Krankheit aktiv zum Thema zu machen und die Betroffenen dafür zu gewinnen, medikamentöse, psychische und soziale Hilfe anzunehmen.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Symptome, Risikofaktoren, funktionale Folgen, personzentrierte Beratung und Therapie

Schizophrenia from a person-centered perspective. Symptoms, causes and consequences for person-centered counseling and psychotherapy. About 0.3–0.7% of all humans are affected by schizophrenia during their lifetime. There is little variation with regard to ethnicity, geographic origin, social class, and gender. Schizophrenia is associated with severe functional consequences. Most patients do not reach the social occupational level of their parents and many of them do not meet the requirements of the general employment market. Many do not marry, particularly men. 5–6% of all affected persons die by suicide. During acute psychosis, patients cannot rely on their perception and judgement. They suffer from delusions and hallucinations, and they have no chance to recognize these symptoms as deceptions without help. Empathic counseling and psychotherapy will help the patients to understand themselves, their social situation and their disorder. Mental health care specialists should take symptoms seriously, provide psychoeducation and help patients to accept medical, psychological, and social help.

Keywords: Schizophrenia, symptoms, risk factors, functional consequences, and person-centered counseling and therapy.

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer war von 1996 bis 2014 Chefarzt einer Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum am Weissenhof, Weinsberg. Er arbeitet weiterhin in der Institutsambulanz des Klinikums am Weissenhof sowie als Ausbilder und Mitglied der Leitung des Instituts für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart (igb-stuttgart.de). Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Anmerkung: Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Version des gleichnamigen Kapitels B.2 aus dem 2. Band des von unserer Arbeitsgruppe verfassten

Lehrbuchs der personzentrierten Psychotherapie und Beratung (Behr, M; Hüsson, D.; Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020): Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie, S. 191–214. Weinheim: Beltz-Juventa).

Beitrag und Buch richten sich an alle Fachkräfte, die Aufgaben bei der Versorgung an Schizophrenie erkrankter Menschen wahrnehmen, unabhängig von der Frage, welcher Berufsgruppe sie angehören und welcher Art die Aufgaben sind.

1. Schizophrenie: Definitionen und Fallbeispiele

Schizophrenien gehören zu den schwersten psychischen Störungen überhaupt. Sie beginnen meist im jüngeren oder mittleren Lebensalter und dauern ein Leben lang an (Adorjan & Falkai, 2019, Hasan et al., 2020). Definiert sind sie durch ein Muster von Symptomen und Verlaufscharakteristika. Während der Zeit der akuten Krankheit gehen Schizophrenien mit Störungen der Wahrnehmung, des Denkens und des Urteilens einher. Die Betroffenen leiden unter Sinnestäuschungen und Wahnsymptomen, die sie nicht als Zeichen einer Krankheit, sondern als Einfluss von außen und oft als Bedrohung durch andere Personen oder Mächte erleben. Im Verlauf der Krankheit kommt es bei den meisten Betroffenen immer wieder zu Krankheitsepisoden mit Akutsymptomen, die oft stationäre Krankenhausbehandlungen erforderlich machen. Mittel- bis langfristig sind sie beruflich meist weniger leistungsfähig. Die Möglichkeiten, soziale Kontakte aufzubauen und zu pflegen, sind bei vielen eingeschränkt (APA, 2013, S. 99 ff.; DGPPN, 2019).

Fallbeispiele

- Ein 35-jähriger Kfz-Mechatroniker berichtet bei der ersten stationären Aufnahme: „An meinem Arbeitsplatz wird über mich geredet. Vor sechs Wochen hat das alles angefangen. Man sagt mir nach, dass ich rechtsradikal sein soll. Wenn ich in die Nähe von Arbeitskollegen komme, stecken sie die Köpfe zusammen und tuscheln ganz leise. Dabei höre ich aber ganz genau, was sie sagen: Der ist auch einer von denen, der hätte am liebsten den Hitler wieder da. Bisher hatte ich mich mit ihnen wirklich gut verstanden, und ich weiß nicht, warum sie solche Behauptungen aufstellen. Ich bin nicht rechtsradikal, aber die ganze Stadt ist voll von diesen Leuten. Man sieht es ihnen an, obwohl sie sich gut tarnen. Sie schauen mich an, als ob ich einer von ihnen wäre. Manchmal fahren sie auch um meine Wohnung herum. Ich glaube, die beobachten mich, ich weiß nicht, was sie vorhaben.“
- Eine 63-jährige, seit vielen Jahren berentete Verwaltungsangestellte wird von ihrem Mann in die Klinik gebracht. Er berichtet, sie habe die verordneten Antipsychotika abgesetzt, ohne dies näher zu begründen. Sie selbst klagt: „Ich werde von der Pharmaindustrie beschattet. Die Nachbarn sind bezahlte Spitzel, ich weiß nicht, wer ansonsten noch an dem Komplott beteiligt ist. Immer wieder finde ich vergiftete Nahrungsmittel. Das merke ich am Geruch. Manchmal bemerke ich aber die Vergiftung zu spät, und deshalb geht die Nahrung nicht richtig durch den Darm. Mein Mann hält das alles für Unsinn, aber vielleicht steckt er auch mit denen unter einer Decke.“
- Eine 47-jährige, seit zwölf Jahren erkrankte und seit acht Jahren pensionierte Lehrerin blickt auf die Zeit seit Beginn ihrer Erkrankung zurück: „Lehrerin war immer mein Traumberuf. Mit jungen Leuten zusammen sein, ihnen etwas beibringen, das war meine Welt. Nach meiner ersten Erkrankung ging das anfangs noch recht gut, aber es war anstrengender als vorher. Ich habe gedacht, die Medikamente brauche ich nicht, und sie lähmen mich. Irgendwann habe ich sie weggelassen. Dann haben andere Leute wieder angefangen, mich so merkwürdig anzuschauen, die Autos auf der Straße haben mich ausspioniert, ich wurde unruhig, konnte nicht mehr schlafen und musste wieder in die Klinik. Das hat sich mehrfach wiederholt, und ich musste einsehen, dass ich die Arbeit nicht mehr schaffe, und dass ich ohne Medikamente immer wieder krank werde. Trotzdem habe ich auch nach der Pensionierung immer wieder versucht, sie wegzulassen, weil ich so zugenommen habe, weil ich gezittert habe, und weil ich so langsam war. Aber es ging nicht. Jetzt bin ich froh, dass ich meinen Haushalt schaffe, dass ich mich um meine Kinder kümmern kann, und dass mein Mann zu mir hält. Ein normales Leben ist das nicht, aber es ist in Ordnung.“

Wie sind diese Worte zu verstehen?

Viele Betroffene leiden während der akuten Krankheit subjektiv unter der Beeinträchtigung durch andere Personen, Personengruppen, Firmen, Institutionen oder sonstige Mächte. Sie hören, wie über sie gesprochen wird und sehen sich als Opfer von Mächtschaften, gegen die sie kaum etwas unternehmen können. Die akute Krankheit geht oft mit Unruhe, Schlafstörungen und Erregungszuständen einher (alle Fallbeispiele). Trotz offensichtliche Auffälligkeiten fühlen sie sich nicht krank (Beispiele 1, 2), und manchmal wehren sie sich aktiv gegen eine Behandlung. Nach Abklingen der akuten Erkrankung sind Betroffene oft in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt und fühlen sich zeitweise weniger lebendig als vorher (Fallbeispiel 3). Hinsichtlich der Behandlung sind sie häufig ambivalent.

2. Zum Störungsbild

Akutsymptome: Schizophrenien verändern die Art und Weise, wie betroffene Personen sich selbst und ihre Umwelt erleben, und wie sie sich verhalten (APA, 2013, S. 99–102, DGPPN, 2019, S. 19, Adorjan & Falkai, 2019). In der akuten Krankheit leiden sie häufig unter *Halluzinationen*. Halluzinationen sind Sinnestäuschungen, d. h. sinnliche Erlebnisse. Die Betroffenen hören (Fallbeispiel 1), fühlen, sehen, riechen (Fallbeispiel 2) und schmecken etwas, das in der Realität keine Entsprechung hat, oder sie spüren eigenartige körperliche Veränderungen (Fallbeispiel 2). Besonders häufig hören Betroffene Stimmen

anderer Menschen, die sich über sie unterhalten (Fallbeispiel 1), ihnen Anweisungen geben oder das, was sie tun, mit irgendwelchen Bemerkungen kommentieren. Andere Personen hören ihre eigene Stimme laut, wenn sie etwas denken, wieder andere hören keine Stimmen, sondern Töne oder Geräusche.

Die meisten Betroffenen erleben in der akuten Krankheit die Realität auch in anderer Weise als verändert. Sie sehen sich als Opfer bestimmter Gruppen von Menschen (Fallbeispiele 1 und 2), andere sind sicher, dass sie übermenschliche Fähigkeiten haben. Diese und ähnliche Fehlbeurteilungen der Realität bezeichnet man als *Wahn*. Typische Wahnhalte sind Verfolgungswahn (alle Fallbeispiele), Größenwahn, Schuldwahn oder Liebeswahn.

Im Unterschied zu Verschwörungstheorien oder Verschwörungsmithen, die darauf ausgerichtet sind, andere Menschen von einer bestimmten Sicht der Realität zu überzeugen, stellt der Wahn eine Art Privatwirklichkeit dar. In der Regel haben die Betroffenen nicht das Bedürfnis, andere Menschen zu überzeugen.

Die meisten akut Kranken schlafen schlecht und sind unruhig. Bei schwer Erkrankten kann es zu Erregungszuständen kommen. Andere schwer Erkrankte erstarren, **können sich kaum mehr bewegen**, sprechen oder aus eigener Kraft Kontakt mit der Umgebung aufnehmen. Diese Symptome werden unter dem Begriff der *Katatonie* zusammengefasst. Zu den Akutsymptomen gehören zudem Beeinträchtigungen der Denkvorgänge, bei denen die Ordnung der Gedanken auf verschiedene Weise verloren geht.

Keines der genannten Akutsymptome tritt bei allen Betroffenen auf. Besonders häufig sind akustische Halluzinationen und Verfolgungswahn (Andreasen, 1987). Ein **ähnlich häufiges** Symptom ist die *beeinträchtigte oder fehlende Krankheitseinsicht*. Das bedeutet: die betroffenen Personen sind zeitweise nicht in der Lage, den Krankheitscharakter ihres Erlebens zu erkennen, obwohl dieser für andere Personen offensichtlich ist (Lincoln et al., 2007).

Negativsymptome und kognitive Symptome: Wenn die akute Krankheit abklingt, treten andere Symptome in den Vordergrund, vor allem *Negativsymptome und kognitive Symptome*. Von Negativsymptomen Betroffene reden weniger, zeigen nach außen weniger Gefühle, weniger Interesse und Initiative, können sich weniger freuen, sich schlechter konzentrieren und sind schlechter in der Lage, Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen. Typische kognitive Symptome sind Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Planung von Handlungen (Fallbeispiel 3). Das Ausmaß der Negativsymptome beeinflusst die Lebensqualität, die Ausprägung der kognitiven Symptome und die Alltagskompetenz der Betroffenen.

Bei schweren Krankheitsverläufen kommt es vor, dass Sinnestäuschungen, Wahn, andere Psychotische Symptome und

fehlende Krankheitseinsicht trotz der Behandlung weiterbestehen (Fallbeispiel 2).

Wie wird die Diagnose einer Schizophrenie gestellt? Diagnosen werden nach Regeln gestellt, die in Diagnosesystemen zusammengefasst werden. Die maßgeblichen Diagnosesysteme sind die IDC der WHO und das DSM der American Psychiatric Association. Aktuell gelten die ICD-10 (Dilling et al., 1991, 2015; Dilling, Freyberger, 2015) und das DSM-5 (2013, dt. 2015). Die ICD-10 wird in den nächsten Jahren durch die ICD-11 abgelöst (WHO, 2018).

Nach DSM-5 wird die Diagnose einer Schizophrenie gestellt, wenn zwei Symptome aus zwei Bereichen (Wahn, Halluzinationen, schwere Störungen der Denkvorgänge, katatone Symptome oder Negativsymptome) für die Dauer von mindestens einem Monat bestehen, und wenn die Betroffenen für wenigstens sechs Monate durch die Symptome im Alltagsleben beeinträchtigt sind.

Wie erleben betroffene Personen und Angehörige die akute Krankheit? Die akute Krankheit ist für die meisten Betroffenen eine Qual: andere Menschen haben etwas gegen sie, sie werden beobachtet, sie hören Tag und Nacht Stimmen, die sie bedrohen, sie haben Angst; und es nützt nichts, um Hilfe zu rufen oder davonzulaufen. Sie sind gereizt, unruhig und geraten mit anderen Menschen in Streit.

Angehörige leiden in der akuten Krankheit mit den Betroffenen, oft aber auch unter ihnen: wenn sie unzusammenhängende, unverständliche Dinge erzählen, nachts nicht schlafen, laut Musik hören, ohne Ankündigung davonlaufen, aggressiv werden oder versuchen, sich das Leben zu nehmen. Zermürbend ist diese Situation besonders dann, wenn die Betroffenen sich nicht als krank ansehen und jegliche Hilfe verweigern (Caqueo-Urizar et al., 2017).

Psychische Störungen sind eine Belastung für die gesamte Familie. **Kinder sind die schutzlosesten Angehörigen.** Sie werden nur selten als mittelbare Opfer wahrgenommen und als Angehörige häufig vergessen. In Arztpraxen oder Kliniken treten sie kaum in Erscheinung. Zu Hause werden sie in der Regel angehalten, Verständnis für den erkrankten Elternteil zu haben. Kinder bis zu 10–12 Jahren empfinden ihre Situation oft als normal und beklagen sich nicht. Die Belastungen durch die akute Krankheit sind aber oft dramatisch, vor allem wenn das betroffene Elternteil mit den Kindern allein lebt und kein psychisch gesundes Elternteil die Verantwortung übernehmen kann (Riedel, 2008; Mattejat & Remschmidt, 2018). Auch für Freunde oder Arbeitskollegen ist das Verhalten der Betroffenen oft irritierend, zumal es in der Regel zunächst nicht offensichtlich ist, dass eine Krankheit dahintersteckt.

Wie erleben betroffene Personen und Angehörige die Zeit nach der akuten Krankheit? Wenn die Akutsymptome durch die Behandlung abgeklungen sind, bemerken viele Betroffene,

dass sie weniger leistungsfähig und irritierbarer sind als vor der Erkrankung (Fallbeispiel 3). Tätigkeiten, die früher leicht von der Hand gingen, sind jetzt anstrengend. Es kostet Überwindung, etwas anzufangen, es ist schwer, bei einer Tätigkeit zu bleiben, vor allem unter Zeitdruck. Die Angehörigen müssen sich nach der akuten Krankheit damit auseinandersetzen, dass die betroffenen Personen verändert sind. Viele sind weniger selbstständig als früher, haben weniger Schwung und Energie. Schwer beeinträchtigte Betroffene müssen dazu angehalten werden, morgens aufzustehen und tagsüber irgendetwas zu tun. Bei manchen ist die Einsicht in die eigene Krankheit einem beständigen Wechsel unterworfen. Manchmal erkennen sie, dass sie krank sind, dann wieder fühlen sie sich trotz eindeutiger Krankheitszeichen völlig gesund und glauben, keinerlei Hilfe zu benötigen. Über kurz oder lang kommt es wieder zu einer akuten Krankheit, und das Drama beginnt von neuem (Luderer, 2008b).

Häufigkeit, Verlauf und Krankheitsfolgen: Etwa 0,3–0,7 % aller Menschen erkranken irgendwann in ihrem Leben an einer Schizophrenie (APA, 2013; DGPPN, 2019; Saha et al., 2005). Diese Zahlen liegen niedriger als die oft genannte Lebenszeitprävalenz von 1 % (Saha et al., 2005). Die Krankheit tritt in überall auf der ganzen Welt und in allen sozialen Schichten etwa gleich häufig auf. In reichen Ländern und in großen Städten liegen die Zahlen jedoch etwas höher. Männer erkranken im Durchschnitt 3–4 Jahre früher als Frauen (DGPPN, 2019), über die gesamte Lebensspanne erkranken Frauen und Männer aber gleich häufig. Etwa drei Viertel aller Schizophrenien beginnen mit Vorstadien, in denen die Betroffenen vor allem unter gedrückter Stimmung und Negativsymptomen leiden (APA, 2013, S. 104; Adorjan & Falkai, 2019; Hasan et al., 2020). Die Folgen der Krankheit sind oft gravierend. 5–6 % aller an Schizophrenie Erkrankten sterben durch Suizid. Viele chronisch Kranke sind nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt (Mueser et al., 2001) und werden früh berentet (Juckel & Heinz, 2010).

Was wissen wir über die Ursachen?

Genetik und Neurobiologie: Schizophrenien treten familiär gehäuft auf. Kinder mit einem erkrankten Elternteil oder Geschwister Betroffener einschließlich zweieiiger Zwillinge haben ein Erkrankungsrisiko von etwa 10 %, d. h. das Risiko der Kinder mit einem erkrankten Elternteil, selbst an einer Schizophrenie zu erkranken, ist um den Faktor 10 erhöht. Bei eineiigen Zwillingen und Kindern, bei denen beide Eltern erkrankt sind, liegt das Risiko bei etwa 50 % (Olbrich et al., 2004). Die meisten Betroffenen haben aber keine an Schizophrenie erkrankten Familienangehörigen. Das bedeutet, dass genetische Faktoren bei der Entstehung der Schizophrenie eine große Rolle spielen, aber nicht die alleinige Ursache sind (APA, 2013, S. 103).

Auf der Ebene neurobiologischer Faktoren wurden verschiedene Botenstoffe im Gehirn als mögliche Ursachen diskutiert. Im Zentrum stand dabei lange das Dopaminsystem. Inzwischen gilt es als wahrscheinlich, dass mehrere Botenstoffsysteme betroffen sind.

Weitere biologische Faktoren: Verschiedene weitere biologische Faktoren können die Vulnerabilität erhöhen und so eine Schizophrenie erstmals auslösen oder das Risiko einer Wiedererkrankung erhöhen. Hierzu gehören unter anderem so unterschiedliche Vorgänge wie die hormonellen Veränderungen nach der Geburt oder der Gebrauch von Cannabis. Die hormonellen Veränderungen in der Schwangerschaft mit hohen Östrogen- und Gestagenspiegeln im Blut wirken psychisch stabilisierend. Durch das abrupte Absinken dieser Hormone nach der Geburt steigt in dieser Zeit das Risiko des Auftretens einer Schizophrenie oder anderer psychischer Störungen. Der Gebrauch von Cannabis erhöht das Risiko des Auftretens einer akuten Psychose dagegen durch die Wirkung von Tetrahydrocannabinol (THC) auf das Gehirn (Patel et al., 2020).

Psychosoziale Faktoren: Genetische und andere biologische Faktoren erklären nicht vollständig, warum bestimmte Personen an Schizophrenien erkranken und andere nicht. Inzwischen konnte gezeigt werden, dass bestimmte psychosoziale Faktoren das Erkrankungsrisiko erhöhen: Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend, Trennung von den Eltern, früher Tod der Eltern, Migration und Entwurzelung. (APA, 2013, S. 103; NICE, 2014, S. 24f.; DGPPN, 2019, S. 19 f.; Saha et al., 2005).

Belastende Lebensereignisse und Traumata sind zudem für den Verlauf der Erkrankung bedeutsam. Sie können unter anderem den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den an der Behandlung beteiligten Personen erschweren und die Bereitschaft der aktiven Auseinandersetzung mit der Krankheit negativ beeinflussen. Wahrscheinlich haben mehr als die Hälfte der Betroffenen wenigstens ein traumatisches Ereignis erlebt. Deshalb ist es sinnvoll, Betroffene nach früheren und aktuellen Belastungen oder Traumata zu fragen und mit ihnen darüber zu sprechen, wenn sie das möchten. Dies sollte nach Abklingen der Akutsymptome geschehen (NICE, 2014, S. 293f.).

Schizophrenie und Familie

Antipsychiatrische Theorien: Die Beziehung zwischen psychisch Gesunden und psychisch Kranken war seit jeher ambivalent. Auf der einen Seite stand das Bedürfnis, zu helfen, auf der anderen die Versuchung, die Augen vor dem Schicksal der Hilfsbedürftigen zu verschließen und sie wegzusperren. Psychiatrische Institutionen waren in ihrer wechselvollen Geschichte oft Orte der Menschlichkeit und Fürsorge, aber auch

Orte der Verwahrung, in denen die Autonomie der Betroffenen massiv beschnitten wurde.

Der amerikanische Soziologe Erving Goffman beschrieb in seinem Buch „Asyle“ psychiatrische Kliniken als „totale Institutionen“, in denen die „Insassen“ einem massiven Anpassungsdruck unterworfen waren (Goffman, 1961). Die Antipsychiatriebewegung der 1950-er und 1960-er Jahre griff diese Gedanken auf, unterzog aber nicht nur die Institutionen, sondern alle bisherigen Konzepte psychischer Krankheit und deren Behandlung einer radikalen Kritik. Diese wandte sich vor allem gegen biologische Therapieverfahren wie die Elektrokrampftherapie oder die damals neuen Möglichkeiten der Behandlung mit Antipsychotika (Übersicht bei Rechlin & Vliegen 1995).

Im Zentrum stand das Krankheitskonzept der Schizophrenie. Erkrankte Personen wurden in dieser Gegenbewegung als Opfer ihrer Erziehung, ihres gesellschaftlichen Umfelds oder der Gesellschaftsordnung insgesamt betrachtet (Fromm-Reichmann, 1959; Wynne et al, 1958; Laing, 1960, Cooper, 1967 Bate-son et al., 1956).

Obwohl die Kritik an den Institutionen und an der Einstellung zu den Betroffenen die ab dem Ende des 18. Jahrhunderts einsetzenden Bemühungen um eine an den Bedürfnissen der betroffenen orientierten Behandlung (Luderer, 1998) ausblendeten, war sie in vieler Hinsicht berechtigt. Die Krankheitskonzepte der Schizophrenie entbehrten jedoch jeder wissenschaftlichen Grundlage. (Rechlin & Vliegen, 1995, S. 57ff.).

Die Antipsychiatrie des späten 20. und 21. Jahrhunderts entwickelte sich im Gegensatz zur akademischen Bewegung der 1950-er und 1960-er Jahre auf der Basis von Selbsthilfeorganisationen. Diese nahmen die antipsychiatrischen Krankheitskonzepte auf und verbinden diese mit einer Fundamentalkritik an der Psychiatrie. Vor allem setzte sie sich aber vor allem für eine psychiatrische Versorgung ohne Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen, ohne Psychopharmaka und ohne psychiatrische Kliniken ein. Ein prominenter Vertreter der Antipsychiatrie in Deutschland ist der Pädagoge Peter Lehmann, der 1986 den Antipsychiatrieverlag gründete (<http://www.antipsychiatrieverlag.de/>). Das Berliner Weglaufhaus (<https://www.weglaufhaus.de/>) ist eine antipsychiatrisch orientierte Kriseneinrichtung, die wohnungslosen oder akut von Wohnungslosigkeit bedrohten Menschen die Möglichkeit bietet, „sich dem psychiatrischen System zu entziehen“.

Der Einfluss der Familie auf den Verlauf der Schizophrenie: In den späten 1960-er Jahren begannen britische Autoren, sich mit der Frage nach dem Einfluss der Familie auf den Verlauf der Krankheit zu beschäftigen. Hintergrund dieses Themas war die Entlassung vieler Langzeitpatienten in die Familien, weil im Rahmen der damals noch neuen psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten lange stationäre Krankenhausbehandlungen immer weniger notwendig waren. Dadurch

stieg die Belastung der Herkunftsfamilien. Manche Betroffene mussten schon bald nach der Entlassung wieder in die Klinik aufgenommen werden. Es zeigte sich, dass viele Familien durch das Zusammenleben mit einem trotz der wirksamen Behandlung immer noch schwer psychisch kranken Familienmitglied überfordert waren. Die gespannte Familienatmosphäre führte zu einer Zunahme der Krankheitssymptome, die Krankheits-symptome verstärkten die Spannungen in der Familie (Übersicht bei Luderer, 2008a).

Diese Probleme führten ab den 1970-er Jahren in vielen Ländern zur Gründung von Angehörigensebsthilfeorganisationen (In Deutschland: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (<https://www.bapk.de/startseite.html>)). Gegen Ende der 1980-er Jahre begannen auch die unmittelbar Betroffenen, sich in Selbsthilfeorganisationen zusammenzuschließen (in Deutschland: Bundesverband Psychiatrieerfahrener (<http://www.bpe-online.de/>)). Im Gegensatz zu den Angehörigen gibt es bei den Selbsthilfeorganisationen unmittelbar Betroffener zwei psychiatriepolitische Richtungen. Manche wollen eine partnerschaftliche Psychiatrie, andere haben sich den Aufbau eines nichtpsychiatrischen Versorgungssystems zum Ziel gesetzt.

Psychiatriereform: In den 1970-er Jahren begann in den USA und Europa ein Prozess der Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung. In Deutschland wurde dieser durch die Psychiatrie-Enquete eingeleitet. Politiker aller Fraktionen und engagierte Fachleute erstellten einen Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland (Deutscher Bundestag, 1975). In diesem Bericht wurden die menschenunwürdigen Zustände in den Krankenhäusern und die schweren Mängel der ambulanten Versorgung aufgezeigt, die zu dieser Zeit bestanden. Seitdem hat sich vieles geändert. Die Kliniken wurden verkleinert und modernisiert, und es entstand ein umfassendes Versorgungssystem mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Hilfen. Zu den Elementen dieses Versorgungssystems gehören neben den psychiatrischen Kliniken milieuthérapeutisch orientierte stationäre Versorgungseinrichtungen, stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Tageskliniken, Psychiatrische Institutsambulanzen, fachärztliche, hausärztliche und psychotherapeutische Behandlung, sozialpsychiatrische Dienste, aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams, häusliche psychiatrische Pflege, Frühinterventionszentren und die allgemeinen Leistungen der Sozialhilfeträger (DGPPN, 2019, S. 220ff.). Ziel dieser Behandlungselemente ist es, die Betroffenen möglichst lange in ihrem sozialen Umfeld zu behandeln und stationäre Behandlungen zu vermeiden oder wenigstens deren Dauer zu verkürzen.

Einbeziehung Betroffener und Angehöriger: In vielen psychiatrischen Einrichtungen werden Angehörigengruppen als Bestandteil der Therapie angeboten. Die Kommunikation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten dienen zudem Gruppen, in denen Betroffene, Angehörige und Mitarbeitende

psychiatrischer Einrichtungen ihre Erfahrungen austauschen (Trialog) (Bock, Priebe, 2005). Zu den Weiterentwicklungen der Versorgung an Schizophrenie Erkrankter im 21. Jahrhundert gehört auch die Beteiligung besonders ausgebildeter Betroffener an der Behandlung (Peer-to-Peer-Ansätze, DGPPN, 2019, S. 238 f.; Ex-In, Utschakowski et al., 2016, <https://ex-in.de/>). Betroffene und Angehörige sind zudem bei der Entwicklung und Verabschiedung von Leitlinien beteiligt (NICE, 2014; DGPPN, 2019).

3. Inkongruenz bei Schizophrenien

Rogers (1959) geht bekanntlich davon aus, dass psychische Probleme und Störungen durch innere Widersprüche entstehen, die er als Inkongruenzen bezeichnet. Diese entstehen, wenn eine Person nicht so akzeptiert wird, wie sie ist, sondern so, wie es sich wichtige Bezugspersonen vorstellen (Wertbedingungen). Betroffene empfinden Eigenschaften, die von Bezugspersonen wenig wertgeschätzt wurden, selbst als weniger schätzenswert und übernehmen Werturteile anderer Personen, obwohl diese nicht ihren organismischen Erfahrungen entsprechen. Dadurch entstehen Widersprüche zwischen organismischer Erfahrung und Selbstbild (Behr et al. 2017, S. 11ff.).

Speierer (1994) zeigte, dass Inkongruenzen auch auf andere Weise entstehen können: als Folge von Belastungen und Traumata, die nicht durch Wertbedingungen erklärt werden können, oder als Folge biologischer Vorgänge (lebensereignisbezogene bzw. dispositionelle Inkongruenz). Bensel (2003) und Luderer (2020) wiesen darauf hin, dass Inkongruenzen nicht nur Ursachen, sondern auch Folgen psychischer Probleme und Störungen sein können und sprechen in diesem Zusammenhang von sekundären Inkongruenzen.

Schizophrenien sind Erkrankungen, bei deren Entstehung genetische und andere biologische, aber auch psychosoziale Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen. Ursächlich sind deshalb in erster Linie dispositionelle, aber meist auch sozialkommunikative und lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen bedeutsam (Speierer, 1994). Durch die schweren Symptome sowie die Krankheitsfolgen kommt es zusätzlich zu ausgeprägten sekundären Inkongruenzen (Luderer, 2020).

Eine wichtige Gruppe sekundärer Inkongruenzen im Rahmen akuter Krankheitsepisoden ist die Verunsicherung durch die Symptome. Wenn eine betroffene Person die Stimmen von Arbeitskollegen hört, die über sie reden (Fallbeispiel 1) oder davon überzeugt ist, dass Rechtsradikale (Fallbeispiel 1) oder Nachbarn (Fallbeispiel 2) sie ausspionieren, ist ein normales Leben nicht mehr möglich. Das gilt umso mehr, wenn Nachbarn ihr im Auftrag feindselig gesonnener Institutionen nach der Gesundheit oder dem Leben trachten (Fallbeispiel

2). Während der akuten, unbehandelten Krankheit sind diese Symptome für die Betroffenen Realität. Diese Realität ist bedrohlich, steht im Widerspruch zu ihrem bisherigen Erleben, und dieser Widerspruch lässt sich nicht auflösen, ohne dass die betroffene Person die Symptome als Ausdruck einer Krankheit sieht. Hierzu hat sie aber zunächst keine Veranlassung. Die Betroffenen in den Beispiele 1 und 2 sehen sich als Opfer dunkler Mächtschaften, und für sie deutet zunächst nichts darauf hin, dass sie Opfer einer krankheitsbedingten Täuschung sind. Aufgabe von Gesprächen ist es, den Betroffenen zu dieser Erkenntnis zu verhelfen.

Nach Abklingen der akuten psychotischen Symptome erleben die Betroffenen den Widerspruch zwischen den eigenen Ansprüchen und den krankheitsbedingten Einschränkungen. Die Betroffene im Fallbeispiel 3 hatte den schweren Weg der Erkenntnis der eigenen Krankheit eigentlich hinter sich, versuchte aber trotzdem mehrfach, die vorbeugende Behandlung abzusetzen. Sie tat dies zum einen wegen der Nebenwirkungen der Antipsychotika, zum anderen weil sie hoffte, die Krankheit sei vorbei. Diese Hoffnung stellte sich jedoch immer wieder als Irrtum heraus. Zudem verlor sie nach Absetzen der Antipsychotika wiederholt ihre Krankheitseinsicht. Nach erneutem Beginn der Behandlung stellte sich diese wieder ein, zuletzt erst nach mehrmonatiger konsequenter medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung. Der Widerspruch zwischen den eigenen Ansprüchen und den krankheitsbedingten Einschränkungen löste sie, nachdem es ihr gelang, Krankheit, krankheitsbedingte Einschränkungen und die notwendige Behandlung als Teil ihres Lebens zu akzeptieren.

4. Behandlung

Die Behandlung der Schizophrenie umfasst die medikamentöse Therapie mit Antipsychotika, Psychotherapie und verschiedene Formen der Unterstützung im Alltag.

Medikamentöse Behandlung: Die Akutsymptome werden in erster Linie psychopharmakologisch mit Antipsychotika behandelt. Diese Medikamente ordnen Gedanken und Wahrnehmung, dämpfen die übermäßige Erregung und verhindern ein Wiederauftreten der Akutsymptome. Aktuelle Therapieleitlinien empfehlen nach der Akutbehandlung eine vorbeugende Gabe von Antipsychotika für mindestens 1–2 Jahre nach dem ersten Auftreten der Krankheit und eine längerfristige Behandlung, wenn die Krankheit erneut auftritt (DGPPN, 2019, NICE, 2014).

Umgang mit akut Kranken: Akut Kranke sollten so rasch wie möglich eine medikamentöse Behandlung erhalten. Je länger sie unbehandelt bleiben, desto länger dauert es, bis sich die Symptome unter der Behandlung zurückbilden. Die

Behandlung sollte, wenn irgend möglich, mit Einverständnis der betroffenen Person und in einer ruhigen, reizarmen Umgebung stattfinden. Das ist besonders bei Unruhezuständen wichtig.

Das Einverständnis der betroffenen Person kann nicht immer vorausgesetzt werden. Erstmals Erkrankte sehen diagnostisch bedeutsame Symptome wie Stimmenhören oder Wahn oft nicht als Zeichen einer Krankheit an. Wichtig ist deshalb die Suche nach Symptomen, welche für die betroffene Person belastend sind. Meist sind das Schlafstörungen und innere Unruhe. Stimmen sind vor allem subjektiv belastend, wenn sie die betroffene Person nicht zur Ruhe kommen lassen. Fragen wie: „Sollen wir etwas gegen die Unruhe tun, sollen wir versuchen, die Stimmen zum Schweigen zu bringen?“ treffen deshalb oft auf die Zustimmung der Betroffenen (Luderer, 2008a, 2008b, 2008c).

Eine ruhige, reizarme Umgebung bedeutet: möglichst wenige Menschen, keine lauten Geräusche, keine laute Musik, keine langen Gespräche, vor allem keine Gespräche über persönliche und zwischenmenschliche Probleme.

Psychoedukation im Behandlungsalltag: Unter dem Begriff der Psychoedukation werden alle Interventionen zusammengefasst, die Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung unterstützen. Der erste Schritt ist das Gespräch **über die Krankheit und ihre Behandlung**. (Übersicht bei Luderer, 2008a, Bechdorf & Klingberg, 2014).

Diese Gespräche sind bei der Behandlung der Schizophrenie besonders wichtig, da Schizophrenien oft einen ungünstigen Verlauf nehmen, dieser aber durch eine konsequente Behandlung erheblich abgemildert werden kann. Basis der langfristigen Behandlung ist die leitliniengerechte vorbeugende Behandlung mit Antipsychotika. Viele Betroffenen nehmen die Medikamente aber nur kurze Zeit ein, was häufig zu Wiedererkrankungen führt.

Ein Beweggrund für das Absetzen der Antipsychotika ist das Auftreten von Nebenwirkungen. Bei modernen Antipsychotika ist es vor allem die Gewichtszunahme, aber auch Müdigkeit, Mundtrockenheit oder Verstopfung. Die Betroffenen leiden unter diesen Nebenwirkungen, und es ist die Aufgabe der ärztlichen Bezugspersonen, gemeinsam mit den Betroffenen eine möglichst nebenwirkungsarme und dabei wirksame Behandlung zu finden.

Viele Betroffene setzen die Antipsychotika aber nicht oder nicht nur wegen der Nebenwirkungen ab, sondern weil sie glauben, die Behandlung sei unnötig, oder weil sie insgesamt skeptisch gegenüber Medikamenten eingestellt sind. In dieser medikamentenskeptischen Haltung werden sie durch Berichte

in den Medien unterstützt. Gegen den allgemeinen Konsens vertritt auch eine deutsche Fachgesellschaft (DGSP, abgerufen 31. 1. 2021 von <https://www.dgsp-ev.de/psychopharmaka.html>) eine skeptische Position hinsichtlich der Langzeitprophylaxe mit Antipsychotika.

Die meisten Experten betonen allerdings die Vorteile der vorbeugenden Behandlung. Wiedererkrankungen verlaufen oft schwerer als Ersterkrankungen, und die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen des Denkens, der Konzentration und des Durchhaltevermögens nehmen mit steigender Anzahl der akuten Krankheitsepisoden zu (Leucht et al., 2003). Zu Wiedererkrankungen kommt es auch unter der vorbeugenden Behandlung mit Antipsychotika, aber sie verlaufen meist weniger schwer und sind wesentlich seltener (Leucht et al., 2012).

Systematische Psychoedukation: Bei der systematischen Psychoedukation erfolgt in der Regel in Form von Gruppensitzungen nach einem Curriculum, dessen Ablauf in einem Manual festgelegt ist. Dabei haben sich getrennte Gruppen für Betroffene und Angehörige als besonders hilfreich erwiesen. Themen der systematischen Psychoedukation sind die Symptome der Schizophrenie, ihre Ursachen, der Verlauf der Krankheit, die verschiedenen Elemente der Behandlung, vor allem aber die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells der Erkrankung.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Nuechterlein et al., 1992) ist ein allgemein akzeptiertes Konzept der Entwicklung einer Schizophrenie und anderer psychischer Störungen. Es geht davon aus, dass genetische, biochemische und psychosoziale Faktoren die Vulnerabilität, d. h. die Anfälligkeit für eine psychische Störung bestimmen. Zur manifesten Störung kommt es, wenn zusätzliche psychosoziale oder biologische Belastungen ein kritisches Maß übersteigen. Je höher die Vulnerabilität, desto geringer ist der Stress, der erforderlich ist, um eine Störung in Gang zu setzen. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erklärt nicht nur die Entstehung einer bestimmten Störung bei einem bestimmten Menschen, sondern auch die Mechanismen des erneuten Auftretens einer bestehenden Störung. Wer einmal eine akute Psychose erlebt hat, kann jederzeit erneut akut erkranken. Das erneute Erkranken wird als Rückfall (Relapse) bezeichnet. Um Rückfälle zu verhindern, sollten Vulnerabilität und Stress niedrig gehalten werden. Die wirksamste Methode, die Vulnerabilität zu reduzieren, ist die medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika.

Die Betroffenen können Stress vermeiden, indem sie kein Cannabis konsumieren, wenig oder keinen Alkohol trinken, ein regelmäßiges Leben führen und für ausreichend Schlaf sorgen. Für viele Betroffene bedeuten viele Menschen auf engem Raum, große Lautstärke oder Arbeit unter Zeitdruck ebenfalls Stress. Wenn sie sich diesen Situationen trotzdem aussetzen, verstärkt

sich nicht nur das allgemeine Unwohlsein. Die noch größere Gefahr besteht darin, dass durch den Stress Akutsymptome wie Sinnestäuschungen, Wahn und Unruhezuständen erneut auftreten. Um zu verhindern, dass sich die Situation weiter zuspitzt, müssen die behandelnden ärztlichen Bezugspersonen die Vulnerabilität senken, indem sie die Dosis der Antipsychotika erhöhen und die betroffene Person stationär aufnehmen.

Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass die Betroffenen ihre Belastungsgrenzen kennen, erste Anzeichen einer beginnenden Psychose (Frühwarnzeichen bzw. Warnsignale) selbst erkennen und sofort Hilfe aufsuchen. Je früher diese Hilfe einsetzt, desto rascher bilden sich die Akutsymptome wieder zurück, und desto weniger wird das Leben der Betroffenen destabilisiert. Gut informierte Betroffene erhöhen beim Auftreten von Frühwarnzeichen die Dosis der Antipsychotika auf eine vorher mit dem behandelnden Arzt vereinbarte Weise selbständig. Dadurch senken sie die Vulnerabilität ohne Verzögerung (Bäumel et al., 2010; Behrendt, 2009).

Psychotherapie

Psychotherapien im engeren Sinn werden in erster Linie bei medikamentös behandelten Betroffenen mit weitgehend abgeklungenen oder wenigstens gebesserten Akutsymptomen durchgeführt.

Psychodynamische Therapien haben sich nur dann als hilfreich erwiesen, wenn sie alltagsbezogen und in ein übergreifendes Versorgungskonzept eingebunden waren (Übersicht bei Pitschel-Walz, 2010). Wie systemische Psychotherapie und personenzentrierte Psychotherapie erhielt sie in der AWMF-Leitlinie (DGPPN, 2019) lediglich eine eingeschränkte Empfehlung („kann angeboten werden.“). **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)** (Bechdorf & Klingberg, 2014, Klingberg & Hesse, 2011) wird neben Psychoedukation und Familieninterventionen in allen Leitlinien (NICE, 2014; DGPPN, 2019, S. 127ff.) ausdrücklich empfohlen

Wesentliche Ziele der KVT der Schizophrenie sind neben der Psychoedukation die Unterstützung beim Umgang mit Negativsymptomen und psychotischen Symptomen. Die Beeinträchtigung durch die Negativsymptome lässt sich abmildern, wenn die Betroffenen sich möglichst wenig zurückziehen. Fachkräfte sollen sie ermutigen Initiative zu ergreifen, mit anderen Menschen zu reden sowie die eigenen, durch die Krankheit gedämpften Emotionen wiederzuentdecken. Beim Umgang mit Sinnestäuschungen, Wahn und Ich-Störungen, die trotz der medikamentösen Behandlung weiterbestehen überprüfen Betroffene gemeinsam mit den an der Behandlung beteiligten Fachkräften Sinnestäuschungen und Wahnsymptome an der Realität. Diese Vorgehensweisen gehen von der Erfahrung aus, dass die meisten Betroffenen ihren psychotischen

Symptomen nicht völlig hilflos gegenüberstehen (Klingberg & Hesse, 2011, S. 147).

Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie

Die Wisconsin-Studie: Das Krankheitsbild der Schizophrenie war für den personenzentrierten Ansatz von großer historischer Bedeutung. Rogers war schon früh daran gelegen, die universelle Bedeutung seiner Beratungs- und Behandlungsprinzipien zu zeigen und dazu auch Therapien bei psychisch schwer beeinträchtigten Betroffenen durchzuführen und wissenschaftlich zu überprüfen.

Von der Universität Wisconsin erhielt er das Angebot, dort sowohl die Leitung des Psychologischen und des psychiatrischen Forschungsinstituts zu übernehmen. Das eröffnete für ihn die Möglichkeit, Studien bei schwer beeinträchtigten Patienten durchzuführen. Sein zentrales Forschungsprojekt in den Jahren in Wisconsin (1957–1963) war eine Studie zur Wirksamkeit der personenzentrierten Psychotherapie bei Patienten mit Schizophrenien. Untersucht wurden acht chronisch Kranke, acht akut Kranke und acht Personen, bei denen eine Schizophrenie bestand, die aber außerhalb der Klinik leben konnten und ambulant behandelt wurden. Die Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse wurden mit denen einer nach Diagnose, Bildungsstand und Alter vergleichbaren Kontrollgruppe ohne Therapie verglichen (Rogers, 1967, Knienider, 2014, S. 117–121, Groddeck, 2002, S. 134ff.).

Die Arbeit an diesem Projekt stand unter keinem guten Stern. Zum einen hatte Rogers in dieser Zeit mit erheblichen familiären Problemen zu kämpfen. Unter anderem erkrankte eine Schwägerin an einer Schizophrenie mit Stimmenhören und verschiedenen Wahnsymptomen (Groddeck, 2002, S. 128 f). 1958 wurde sie in eine Klinik eingewiesen und dort mit Elektrokrampftherapien behandelt. Rogers war über die schlechte Qualität der Pflege und die herablassende Behandlung erschüttert.

Er hatte das Bedürfnis, eine Alternative für diese Behandlung zu finden, aber die therapeutische Arbeit mit dieser Personengruppe war für die beteiligten Therapeuten und Rogers selbst ungewohnt und frustrierend. In Chicago hatten alle an der Studie beteiligten Fachkräfte ausschließlich mit Betroffenen gearbeitet, die in der Lage waren, ihr Leben selbständig zu gestalten und eine Therapie wünschten. Beides konnte bei den Patienten der Wisconsin-Studie nicht vorausgesetzt werden. Die meisten hatten, wie sich herausstellte, schlechte Erfahrungen mit Gesprächen gemacht und waren nur widerwillig bereit, mit den Therapeuten in Kontakt zu treten.

Die Ergebnisse der Studie waren insgesamt enttäuschend. Die Veränderungen bei der Therapiegruppe unterschieden sich nicht von denen bei der Kontrollgruppe (Knienider, 2014, S. 119;

Groddeck, 2002, S.136 f.; Rogers et al., 1967; Gendlin, 1966). Trotzdem beeinflusste die Studie die weitere Entwicklung des personenzentrierten Ansatzes erheblich. Dies betraf vor allem die Art und Weise, wie Beratende und behandelnde Personen den Zugang zu den Betroffenen gestalteten (Gendlin, 1961).

Nach ersten Misserfolgen, mit ihnen in gewohnter Weise in Kontakt zu treten, verbrachten die Therapierenden im Rahmen eines Teilprojekts mindestens 13 Stunden pro Woche auf einer geschlossenen Station mit schwer chronisch kranken Betroffenen. Es zeigte sich, dass nur ein kleiner Teil der Einladung zu einem Gespräch im Zimmer folgte, das sie aber zu einem informellen Gespräch auf der Station bereit waren. Bei Betroffenen, die überhaupt nicht sprachen, wurde dies akzeptiert, und es zeigte sich, dass die Kontaktaufnahme in den folgenden Tagen besser gelang. Die Therapierenden machten somit die Erfahrung, dass die Gesprächsbereitschaft sich bei den meisten schwer kranken Betroffenen nur langsam entwickelte. Gendlin (1962a) stellte später fest, das Forschungsdesign der Wisconsin-Studie habe sie gezwungen, sich mit den Problemen bei Aufbau und Pflege der therapeutischen Beziehung zu wenig motivierten Betroffenen auseinanderzusetzen. Charakteristisch dafür seien unter anderem kontinuierliches Schweigen, Reden über Belanglosigkeiten, geringe Introspektionsfähigkeit oder die ablehnende Haltung beim Versuch, über Gefühle zu sprechen. All dies müsse eine therapeutisch tätige Person akzeptieren, aber trotzdem im Gespräch aktiv bleiben. Sie sollte das Erleben der betroffenen Person wahrnehmen, ihr nicht die eigene Sichtweise aufdrängen, eigene Gedanken und Empfindungen genau im Blick behalten und diese unter Umständen der betroffenen Person mitteilen (Gendlin 1962b). Gegenüber schweigenden Betroffenen sei es oft hilfreich, das Schweigen, die Andeutungen oder die nonverbalen Mitteilungen der betroffenen Person in Worte zu fassen, d. h. zu versuchen, das möglicherweise dahinter stehende Erleben anzusprechen (Gendlin 1963). In einem späteren Beitrag schlug Gendlin (1966) vor, das Schweigen mit Formulierungen wie z. B. „You look like you feel very sad. I wonder, are you feeling sad? You haven't said anything, so of course I don't know.“ In diesen Interventionen wird das Befinden des Betroffenen angesprochen, ohne dass dieser etwas gesagt hatte.

Langes Schweigen, fehlende Selbstexploration, fehlende Entwicklung neuer Gefühle oder Gefühlsbedeutungen, das fehlende Bedürfnis, in der Behandlung zu bleiben und die Isolation der Betroffenen werden als Problem der Therapie in mehreren Beiträgen benannt. Die Kommunikationsprobleme der Betroffenen veranlassten Gendlin (1964) aber auch, Überlegungen zur Ursache der Schizophrenie anzustellen und daraus therapeutische Überlegungen abzuleiten. Er griff das Thema der Isolation auf und vertrat die Auffassung, dass eine betroffene Person nicht in die Umgebung zurückgehen solle, aus der sie gekommen sei (Gendlin, 1964). Offenbar schloss Gendlin (1964,

1966) aus dem Ort und der Zeit des Beginns der Schizophrenie auf die verursachenden Personen und vertrat damit einen im Kern familienkritischen und antipsychiatrischen Ansatz.

Dieses Denken und die problematische Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen entsprachen dem Geist der Zeit. Wie oben geschildert, entstanden antipsychiatrische Ideen damals nicht ohne Grund. Die Situation der Psychiatrie und der psychiatrischen Kliniken in den frühen 1950-er Jahren war in vieler Hinsicht trostlos.

Zudem waren die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten in dieser Zeit extrem begrenzt. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts standen lediglich beruhigende Medikamente wie z. B. die Barbiturate oder Chloralhydrat zur Verfügung, die müde und schläfrig machten, aber auf Sinnestäuschungen und Wahnsymptome keinerlei Einfluss hatten. 1952 stellten die französischen Psychiater Jean Delay und Pierre Deniker Chlorpromazin vor, das erste antipsychotisch wirksame Medikament. 1953 wurde es in Europa unter dem Namen Largactil und in Deutschland unter dem Namen Megaphen zugelassen. In den USA stand es seit 1955 unter dem Namen Thorazin zur Verfügung. Durch diese Möglichkeit änderte sich die Situation in den psychiatrischen Kliniken auf eine Weise, die vorher niemand für möglich gehalten hatte. Tobende, schreiende, nicht ansprechbare Patienten auf überfüllten Stationen gehörten der Vergangenheit an, viele Patienten wurden unter der Behandlung symptomfrei (Shorter, 1999, S. 379, 383). Es war möglich, Betroffene nach Hause zu entlassen, und die riesigen Anstalten begannen sich zu leeren.

International setzte sich die Behandlung mit Chlorpromazin deshalb in der 2. Hälfte der 1950-er Jahre sehr schnell durch. (Lopez-Munoz et al., 2005; Shorter, 1999, S. 379ff.). In den USA war die Situation schwieriger, da die Psychiatrie zu dieser Zeit entscheidend durch die Psychoanalyse geprägt war und deren Vertreter grundsätzlich skeptisch gegenüber Psychopharmaka eingestellt waren. Es ist anzunehmen, dass die im Rahmen der Wisconsin-Studie untersuchten Betroffenen wenigstens zu Beginn der Studie nicht medikamentös antipsychotisch behandelt wurden. Gendlin (1966) lehnte medikamentöse Hilfen für Betroffene nicht grundsätzlich ab. Er sah sie in der Zukunft („if pharmacological help is found“) durchaus als mögliche Hilfen.

Zusammenfassend wurden im Rahmen der Wisconsin-Studie neue Wege der Beziehungsaufnahme zu Betroffenen gesucht und gefunden. Die Therapierenden in der Wisconsin-Studie unternahmten erste Versuche, das mögliche Erleben der schweigenden Betroffenen in Worte zu fassen. Dies geschah allerdings auf eine eher unspezifische, nicht auf die Schizophrenie bezogene Weise. Spezifisches, d. h. auf die Schizophrenie bezogenes Erleben wurde noch nicht thematisiert, z. B.: Wie erleben die Betroffenen ihre Krankheit und ihre Situation? Wie ist es für sie, wenn sie Stimmen hören, die über sie reden, sie nie

in Ruhe lassen, und andere hören diese Stimmen nicht? Wie ist es für sie, wenn sie von anderen Menschen bedroht werden, und Außenstehende sehen keine Gefahr? Wie ist es für sie, wenn sie in einer Klinik sind und nicht verstehen, warum sie dort sind? Diese Fragen betreffen den inneren Bezugsrahmen der Betroffenen, dessen Kenntnis die Basis der Empathie ist, aber es dauerte noch eine Reihe von Jahren, ehe es üblich wurde, sie zu stellen.

Andere personenzentrierte Untersuchungen

Weitere Untersuchungen: Truax (1970) untersuchte den Krankheitsverlauf von 32 hospitalisierten Betroffenen. 16 von ihnen wurden in ein personenzentrierte Therapieprogramm aufgenommen. Nach neun Jahren konnten keine Unterschiede zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Es zeigte sich jedoch, dass die Krankheitsentwicklung in der Therapiegruppe günstiger war, wenn die Behandelnden ein hohes Maß an Empathie, Akzeptanz und Echtheit verwirklicht hatten.

Teusch (1994) berichtete eine offene, unkontrollierte Studie zur bei 60 medikamentös behandelten, krankheitseinsichtigen, psychotherapiemotivierten Betroffenen, bei denen die akute Symptomatik abgeklungen war. Sie wurden in die Studie aufgenommen, wenn aktuelle oder frühere Konflikte für den Krankheitsverlauf bedeutsam waren. Es zeigte sich, dass die meisten Betroffenen von der Behandlung profitierten. Diese Untersuchung ist in vielerlei Hinsicht nicht mit der Wisconsin-Studie vergleichbar. Vor allem waren die Patienten ausnahmslos medikamentös behandelt, terapiemotiviert und frei von Akutsymptomen. Es bestanden frühere oder aktuelle psychosoziale Konflikte, die den Verlauf der Erkrankung ungünstig beeinflusst hatten. Ziel der Behandlung war insofern eine Verminderung von Stress im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Dies gelang, und insofern zeigt die Studie, dass heutige personenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Psychoedukation in Verbindung mit medikamentöser Behandlung eine sinnvolle Intervention sein kann.

Personenzentrierte Empfehlungen

Umgang mit Betroffenen als Bestandteil der Routinebehandlung: Mann (1974) vertrat die Auffassung, dass ein Projekt wie die Wisconsin-Studie nicht habe gelingen können, da die Psychotherapie in Wisconsin nicht in ein therapeutisches Konzept der Klinik oder einer einzelnen Station integriert gewesen sei. Er schilderte positive Erfahrungen bei der Umgestaltung einer von ihm geleiteten psychiatrischen Station, bei der den Mitarbeitenden aller Berufsgruppen durch regelmäßige Weiterbildungen und Besprechungen personenzentrierte Prinzipien vermittelt wurden. Rank et al. (1986) beschrieben die Umsetzung

personenzentrierter Konzepte des Umgangs mit psychisch Kranken in einer psychiatrischen Universitätsklinik, wobei sie sich unter anderem auf die von Mann (1974) skizzierten Organisationsprinzipien bezogen.

Swildens (1991, S. 211–213) sowie Binder & Binder (1991) betont die zentrale Rolle der personenzentrierte Grundhaltung bei der ambulanten Behandlung, wobei Swildens (1991) betont, dass auch die Psychopharmakotherapie an Schizophrenie Erkrankter mit dieser Haltung erfolgen sollte.

Speierer (1994, S. 192f.) wies auf die Inkongruenzen hin, die bei den Betroffenen als Folge der Störung auftreten. Dabei erwähnte er die akuten Krankheits Symptome, die Symptome nach Abklingen der akuten Krankheitserscheinungen und die psychosozialen Folgen der Krankheit. Er betonte, diese Inkongruenzen erforderten eine Vielzahl von Hilfen: medikamentöse Behandlung, Hilfen bei der Arbeit, oft auch beim Wohnen und bei der Freizeitgestaltung, und nicht zuletzt Psychotherapie als Hilfe beim Umgang mit den Krankheitsfolgen.

Umgang mit psychotischen Symptomen: Bei manchen schwer akut kranken Betroffenen ist die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme beeinträchtigt oder aufgehoben. Wie oben erwähnt, werden diese Symptome unter dem Begriff der Katatonie zusammengefasst. Katatone Symptome sollten, wie ebenfalls oben erwähnt, so schnell und so konsequent wie möglich medikamentös behandelt werden. Vor Beginn und während der medikamentösen Behandlung sollten helfende Personen mit den Betroffenen Kontakt aufnehmen und den Kontakt aufrechterhalten. Dabei sind Vorgehensweisen hilfreich, die Garry Prouty ab 1966 entwickelte und unter dem Begriff der Prä-Therapie zusammenfasste (Prouty et al., 2019). Grundprinzip der Prä-Therapie ist die aktive Kontaktaufnahme zur Betroffenen mit einfachen Mitteln. Die helfenden Personen kann beispielsweise das Zimmer der betroffenen Person, den Blick aus dem Fenster, ihren Gesichtsausdruck oder ihre Körperhaltung beschreiben. Sie kann auch die sprachlichen Äußerungen der betroffenen Person wiederholen, auch wenn diese Worte möglicherweise zunächst keinen Sinn ergeben. Ziel dieser Interventionen ist es, der betroffenen Person zu helfen, Kontakt zur Realität und zu den Menschen um sie herum aufzunehmen.

Finke (2019, S. 296–307) zeigt Möglichkeiten des empathischen Verstehens psychotischer Symptome bei Betroffenen auf, die nicht unter schweren katatonen Symptomen leiden und somit in der Lage sind, mit helfenden Personen zu kommunizieren. Dabei empfiehlt er, zunächst das Erleben der Betroffenen nachzuvollziehen, ihnen zu helfen, diese Gedanken genau zu formulieren, sich aber nicht ihrem Realitätsurteil anzuschließen. Oberreiter (2018) spricht in diesem Zusammenhang von „Paraposition“. Helfende Personen sollten etwaiges Misstrauen ansprechen, wahnkorrigierende Interpretationsalternativen

und Handlungsalternativen aufzeigen und die Wahngewissheit der Betroffenen in Frage stellen. Diese Empfehlungen sind im Einklang mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen, deren Wirksamkeit belegt wurde und die in den Leitlinien der Fachgesellschaften (NICE, 2014; DGPPN, 2019) empfohlen werden.

Umgang mit Negativsymptomen und sozialem Rückzug: Gaebel (1986, 1994) wies auf die krankheitsbedingten Probleme der Betroffenen hin, die Mimik anderer Personen zu erkennen und richtig zu deuten. Da behandelnde und beratende Personen zudem mit Störungen der Auffassung und Konzentration rechnen müssen, empfiehlt er, die verbale und nonverbale Kommunikation klar und unmissverständlich zu gestalten.

Sommerbeck (2002), die bis 2011 über viele Jahre in einer psychiatrischen Klinik arbeitete, empfahl in einem Beitrag zu den Konsequenzen der Wisconsin-Studie, bei der Behandlung an Schizophrenie Erkrankter auf deren Belastbarkeit Rücksicht zu nehmen. Diese Empfehlung ist in Einklang mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell.

Die Prä-Therapie (Prouty et al., 2019) eröffnet im Rahmen der Behandlung der Schizophrenie nicht nur Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu Betroffenen mit schweren akuten katatonen Symptomen, sondern auch zu Betroffenen mit ausgeprägten sozialen Rückzug. Zudem liegen inzwischen Prä-Therapie-Konzepte für weitere psychische Störungen vor, die mit Problemen bei der Kontaktaufnahme und Kontaktpflege einhergehen (z. B. Geistige Behinderung, Autismus-Spektrum-Störungen und andere Entwicklungsstörungen, frühe Traumata und Dissoziation).

5. Betroffene personenzentriert beraten und behandeln

Empathie und Akzeptanz bei erkrankten Personen

Symptome ernstnehmen: Von Schizophrenie betroffene Personen leiden in allererster Linie an ihren Symptomen und deren Folgen. Bei den Akutsymptomen sind nicht die Sinnestäuschungen oder der Wahn selbst subjektiv belastend, sondern die damit verbundene Angst, die Unruhe und die Schlafstörungen. Deshalb ist es sinnvoll, bei Gesprächen über Akutsymptome immer die subjektive Symptombelastung zu thematisieren. Wenn eine psychosoziale Fachkraft ahnt, wie es sich anfühlt, bedrohliche Stimmen zu hören oder die Verfolger, die das eigene Essen vergiften wollen, vor der Tür zu wohnen, entsteht das Gefühl: Mein Gegenüber hat eine Vorstellung von dem, was ich durchmache.

Die Krankheit zum Thema machen: Mit krankheitseinsichtigen Betroffenen sollten Fachkräfte über die Krankheit sprechen. Dabei sollten sie ihnen die Diagnose, das

Vulnerabilitäts-Stress-Modell, die biologischen Ursachen, ein vereinfachtes biologisches Modell, die Bedeutung der medikamentösen Behandlung und des Familienklimas für den Verlauf, die Prognose und die Prinzipien einer leitliniengerechte Behandlung erläutern. Die Krankheitsinformation ist der erste Schritt der Psychoedukation, d. h. des gegenseitigen Austauschs von Informationen, der Diskussion von Krankheitskonzepten und der Arbeit mit Frühwarnzeichen bzw. Warnsignalen. Hierunter versteht man für die betroffene Person oder die Angehörigen erkennbare Symptome, die auf eine erneute akute Psychose hinweisen (Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, 2008).

Umgang mit Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht und geringer Behandlungsbereitschaft: Mangel an *Krankheitsgefühl* bedeutet: Das *Erleben* einer betroffenen Person und die Einschätzung anderer Personen hinsichtlich der *Schwere* der Symptome passen nicht zusammen. Mangel an *Krankheitseinsicht* heißt: das *Urteil* der betroffenen Person und die Einschätzung Anderer hinsichtlich *Art und Schwere* der Erkrankung passen nicht zusammen. Ablehnung der Behandlung: die Notwendigkeit oder der Nutzen einer Behandlung werden von den Betroffenen und Anderen unterschiedlich eingeschätzt.

Mangel an Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht betrifft die Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Krankheit, die Ablehnung der Behandlung die Einstellung und das Verhalten in Bezug auf die Behandlung. Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung bezeichnen dabei einerseits das Nicht-Wahrhaben-Wollen und andererseits das Nicht-Wahrhaben-Können der eigenen Krankheit und des Sinns der Behandlung. Das Nicht-Wahrhaben-Wollen eigener Krankheiten findet man z. B. bei Suchtkranken, bei Betroffenen mit psychischen Störungen ohne psychotische Symptome oder bei körperlich Kranken. Das Nicht-Wahrhaben-Können bedeutet dagegen, dass die Krankheit selbst verhindert, dass eine betroffene Person sie erkennen kann, siehe Fallbeispiel 1.

Wir empfehlen folgendes Vorgehen:

(1) Symptome ernstnehmen, Symptombelastung ansprechen und das Krankheitsgefühl fördern: „Das ist ja beängstigend, wie gute Arbeitskollegen über sie reden, und dass Rechtsradikale Sie förmlich belagern. Können Sie denn unter den Umständen überhaupt schlafen?“

(2) Die Eigentümlichkeit des Erlebens ansprechen: „Es ist doch seltsam, gute Arbeitskollegen reden plötzlich abfällig über Sie und behaupten absurde Dinge?“ „Es ist doch eigentümlich, dass Rechtsradikale ihre Wohnung belagern? Haben Sie denn eine Vorstellung, wie die darauf kommen, dass Sie rechtsradikal sein sollen? Ist das nicht auch seltsam?“

Diese Ungereimtheiten lassen sich mit den Worten zusammenfassen; „Das, was Sie erleben, geht irgendwie gegen den gesunden Menschenverstand, aber trotzdem sind Sie davon überzeugt, dass es stimmt, ist es so?“

(3) Wenn die betroffene Person einer solchen Aussage zustimmt, kann sich die Frage anschließen: „Können Sie sich vorstellen, dass diese eigentümlichen Erlebnisse etwas mit einer Krankheit zu tun haben?“ Wenn die betroffene Person die Möglichkeit einer Krankheit in Erwägung zieht, kann sich die Frage: „Sollen wir versuchen, etwas dagegen zu unternehmen?“ anschließen. Wenn sie die Symptome weiterhin nicht als Ausdruck einer Krankheit sieht, sollten psychosoziale Fachkräfte aber auf keine Fall versuchen, Krankheitseinsicht zu erzwingen, sondern die Sichtweise der Betroffenen zunächst akzeptieren und trotzdem versuchen, sie zur Kooperation bei der Behandlung zu gewinnen. Dieses Vorgehen stellt eine personenzentrierte Variante der kognitiven Psychotherapie von Akutsymptomen dar (Klingberg & Hesse, 2011).

Gespräche über Negativsymptome, kognitive Symptome oder Nebenwirkungen der Psychopharmaka: Diese ähneln in ihren empathischen Reaktionen dem Vorgehen bei Personen, die nicht an einer Schizophrenie leiden, sondern mit einem anderen Lebensereignis fertig werden müssen. (Fallbeispiel 3). Die 47-jährige pensionierte Lehrerin blickt auf das frühe Ende ihres Berufslebens und den teilweise dramatischen Verlauf ihrer Erkrankung zurück. Empathische Reaktionen darauf könnten lauten:

„Wenn Sie an Ihre Zeit als Lehrerin zurückdenken, dann tut es weh, zu sehen, was die Krankheit Ihnen genommen hat.“
 „Seit der Krankheit ist das Leben viel mühevoller geworden.“
 „Manchmal wollten Sie die Krankheit einfach nur los sein, aber sie hat es Ihnen gezeigt, dass Sie sie nicht abschütteln können.“
 „Jetzt haben Sie mit der Krankheit ihren Frieden gemacht, aber das ist auch nicht leicht.“ Im Fallbeispiel 3 wird deutlich, dass Empathie bei an Schizophrenie Erkrankten sich nicht prinzipiell von der Empathie bei anderen Personen unterscheidet. Es ist keine andere Empathie, es sind aber andere Inhalte. Weitere Anregungen für Gespräche mit an Schizophrenie Erkrankten über die Krankheit und Krankheitsfolgen finden sich bei Klingberg & Hesse (2011) und bei Luderer (2008a).

Nicht alle Betroffenen leiden subjektiv an den Negativsymptomen oder kognitiven Beeinträchtigungen, und manche haben nicht das Bedürfnis, darüber zu sprechen. Bei diesen Personen ist es meist nicht sinnvoll, ihnen Gespräche über dieses Thema aufzudrängen, vor allem dann, wenn sie Hilfe annehmen. Grundsätzlich gilt die Regel, die Betroffenen dort abzuholen, wo sie sind.

Gespräche über andere krankheitsbezogene oder nicht krankheitsbezogene Themen: Die Feststellung, dass an Schizophrenie Erkrankte keine andere Empathie brauchen, gilt

besonders für Gespräche, die nicht unmittelbar die Krankheit zum Thema haben. Bei Gesprächen über Alleinsein, Probleme mit der Familie oder mit Freunden, über Probleme bei der Arbeit oder beim Aufbau und bei der Gestaltung intimer Beziehungen stellt sich oft heraus, dass es oft wenigstens teilweise um die Auseinandersetzung mit Krankheitsfolgen geht. Bei Gesprächen über Belastungen und Traumata vor Beginn der Krankheit ist es in der Regel ratsam, die Frage einer möglichen Teilverursachung der Krankheit durch diese Probleme offen zu lassen. Bei allen Gesprächen mit an Schizophrenie Erkrankten ist es wichtig, die Belastbarkeit der Betroffenen im Auge zu behalten.

Wenn die betroffene Person keine Hilfe will: Wenn alle Versuche scheitern, einer betroffenen Person Hilfe anzubieten, lassen sich Maßnahmen gegen den Willen der betroffenen Person oft nicht vermeiden. Solche Maßnahmen erfordern jedoch immer eine richterliche Entscheidung. Rechtliche Grundlage dieser Entscheidung ist entweder das im jeweiligen Bundesland gültige Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz oder der § 1906 BGB (Unterbringung nach Betreuungsrecht). In den vergangenen Jahren haben Gerichte dabei die Rechte der Betroffenen immer mehr gestärkt, eine Tendenz, die von der DGPPN ausdrücklich befürwortet wird.

Trotzdem gibt es Situationen, in denen die Möglichkeit besteht, stationäre Aufnahmen und Behandlung gegen den Willen der Betroffenen durchzusetzen, wenn diese ihre eigenen Gesundheitsinteressen krankheitsbedingt nicht wahrnehmen können. In Deutschland hat das Bundesverfassungsgericht mehrfach festgestellt, dass dies nur in Frage komme, wenn alle Möglichkeiten, auf Zwang zu verzichten, ausgeschöpft seien (DGPPN, 2018).

Um Behandlungen gegen den Willen zu vermeiden, ist es unter Umständen sinnvoll, dass die Betroffenen und die behandelnden Personen und Institutionen eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen. Dies sollte geschehen, wenn die Betroffenen behandelt sind und ihre Behandlungsbedürftigkeit erkennen können. Darin kann geregelt werden, was geschehen soll, wenn sie ihre Krankheitseinsicht im Rahmen einer erneuten akuten Krankheit wieder verlieren.

Empathie und Akzeptanz bei Angehörigen

Angehörige werden oft allein gelassen. Viele Angehörige, vor allem Söhne und Töchter, berichten rückblickend, mit ihren Sorgen und Nöten alleingelassen zu werden. In Kliniken, Praxen oder Beratungsstellen wolle man nicht mit ihnen allein, sondern nur in Anwesenheit der unmittelbar betroffenen Person reden und begründe das mit der Schweigepflicht.

Diese Klagen der Angehörigen sind berechtigt. Die Begründung psychosozialer Fachkräfte, sie seien wegen der

Schweigepflicht nicht befugt, mit Angehörigen ohne Beisein der Betroffenen zu sprechen, ist unzutreffend. Die Schweigepflicht, unter anderen geregelt im § 203 StGB, verbietet nur die Weitergabe von Geheimnissen, nicht aber ein Gespräch mit Angehörigen, bei denen die Informationen von den Angehörigen selbst kommen (Luderer, 2008d, S.317f.). Angehörige brauchen die Möglichkeit, sich im Gespräch mit psychosozialen Fachkräften auch in Abwesenheit der Betroffenen äußern zu können.

Angehörigengruppen. Expertengeleitete Angehörigengruppen bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich zu informieren und Antworten auf Sachfragen zu erhalten, aber auch, sich den anderen Angehörigen und den Experten über ihre Erfahrungen auszutauschen. Der Erfahrungsaustausch findet auch im Rahmen von Angehörigenselbsthilfegruppen statt (<https://www.bapk.de/der-bapk.html>).

6. Schlussfolgerung

Aufbau und Pflege einer förderlichen therapeutischen Beziehung sind unabdingbare Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung an Schizophrenie Erkrankter. Betroffene und Angehörige nehmen pflegende, beratende und behandelnde Personen als hilfreich wahr, wenn sie sich verstanden und auf gleicher Augenhöhe mit dem Therapeuten fühlen (Übersicht bei Hewitt, Coffey 2005).

Versuche, Schizophrenien ausschließlich psychotherapeutisch zu behandeln, sind fehlgeschlagen. Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe mit Antipsychotika sind die Basis einer leitliniengerechten Behandlung.

Psychotherapie der Schizophrenie bedeutet in erster Linie Unterstützung beim Leben mit der Krankheit. Die Empathie, verstanden als die Fähigkeit, die Krankheit aus der Sicht der Betroffenen zu sehen und ihnen dies mitzuteilen, ist die zentrale Basis der Beziehungsgestaltung.

Literatur

Ackers, S. & Nuißl, K. (Hrsg.) (2021). *EX-IN Genesungsbegleitung. Erfahrungsberichte aus der Praxis*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Adorjan, K. & Falkai, P. (2019). Recovery in der Behandlung der Schizophrenie: Vision oder Realität? *DNP – Der Neurologe & Psychiater* 2019; 20(6), 82–87.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Andreasen, N. C. (1987). The diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13, 9–22.

Angermeyer, M. C. & Finzen, A. (1984). *Die Angehörigengruppe. Familien mit psychisch Kranken auf dem Weg zur Selbsthilfe*. Stuttgart: Enke.

Anstadt S. (1989). *Alle meine Freunde sind verrückt. Aus dem Leben eines schizophrenen Jungen. Bericht einer Mutter*. Piper: München.

Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ (2008). Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In J. Bäuml, & G. Pitschel-Walz (Hrsg.) (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, S.1–34.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavior Science* 1, 251–256.

Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (2008) (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.

Bäuml, J.; Pitschel-Walz, G.; Berger, H.; Gunia, H. & Heinz, A. (2010). *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES): Mit Manual für die Gruppenleitung*. Stuttgart: Schattauer.

Bechdolf, A. & Klingberg, S. (2014). Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. *Psychiatrische Praxis* 41, 8–10.

Behrendt, B. (2009). *Meine persönlichen Warnsignale: Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung. Band 1, Manual für Gruppenleiter* Tübingen: dgvt.

Binder, U. & Binder, H. J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.

Bock, T. & Priebe, S. (2005). Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatric services* 56(11), 1441–1443.

Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T. K., Irrarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. R. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current psychiatry reports*, 19(1), 2. Abgerufen 15.10.2020 von <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z>

Cooper, D (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) (2019). *S3-Leitlinie Schizophrenie. AWMF-Register Nr. 038-009*. Abgerufen 23.9.2020 von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009l_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“* AWMF-Register Nr. 038-022. Abgerufen 12.5.2020 von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf

Deutscher Bundestag (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Bonn, Drucksache. Nr. 7/4200)*. Abgerufen 12.6.2020 von https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/80a99fba-caed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2015). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper*. 8. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Dilling, H.; Mombour, M. & Schmidt, M. H. (1991, 2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern. 10. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Finke, J. (2019). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung*. München: Reinhardt.

Fromm-Reichmann, F. (1959). *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press. Deutsch (1978). *Psychoanalyse und Psychotherapie*. Stuttgart: Klett.

Gaebel, W. (1986). Die Bedeutung von psychiatrischer Diagnose und Indikation in der Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 4, 399–408.

Gaebel, W. (1994). Gesprächspsychotherapeutische Ansätze aus der Perspektive schizophrener Kommunikationsstörungen. In L. Teusch, J. Finke, J. & M. Gastpar, *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Heidelberg: Asanger.

Gendlin, E. T. (1961). Initiating psychotherapy with “unmotivated” patients. *Psychiatric Quarterly*, 35, 134–139.

- Gendlin, E. T. (1962a). Need for a new type of concept: Current trends and needs in psychotherapy research on schizophrenia. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 2(1), 37–46.
- Gendlin, E. T. (1962b). Client-centered developments and work with schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 9(3), 205–212.
- Gendlin, E. T. (1963). Subverbal communication and therapist expressivity: Trends in client-centered therapy with schizophrenics. *Journal of Existential Psychiatry*, 4(14), 105–120.
- Gendlin, E. T. (1964). Schizophrenia: Problems and methods of psychotherapy. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 4(2), 168–179.
- Gendlin, E. T. (1966). Research in psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that “illness”. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 4–16.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. Chicago: Doubleday.
- Groddeck, N. (2002). *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Hasan, A.; Falkai, P.; Lehmann, I. & Gabel, W (2020). Schizophrenie. *Deutsches Ärzteblatt* 117, 412–419.
- Hewitt, J. & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 52, 561–570.
- Juckel, G. & Heinz, A. (2010). Neurobiologische Grundlagen schizophrener Erkrankungen und Implikationen für die Pharmakotherapie. In J. Bäuml, G. Pitschel-Walz, H. Berger, H. Gunia, A. Heinz & G. Juckel, G., *Arbeitsbuch Psychoedukation (APES)*. Stuttgart: Schattauer.
- Klingberg, S. & Hesse, K. (2011). Schizophrene Psychosen. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz.
- Knienider, P. (2014). *Paranoia. Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Laing, R. D. & Esterson, A. (1964). *Sanity, madness, and the family*. London: Tavistock.
- Laing, R. D. (1960). *The divided self*. London: Tavistock.
- Leucht, S., Barnes, T. R., Kissling, W., Engel, R. R., Correll, C., & Kane, J. M. (2003). Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *The American journal of Psychiatry*, 160(7), 1209–1222.
- Leucht, S., Tardy M., Komossa K., Heres S., Kissling W., Salanti G., Davis J. M. (2012): Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 379, 2063–2071
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1324–1342.
- Ludrer, H. J. (1998): Zur Geschichte der psychosozialen Versorgung. In R. Baer, *Themen der Psychiatriegeschichte*. Stuttgart: Enke.
- Ludrer, H. J. (2008a). Schizophrenie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der Therapeutischen Beziehung*. Tübingen: DGVT-Verlag, 835–864.
- Ludrer, H. J. (2008b). Empathie, accepziebereiteid en congruentie in de omgang met psychisch zieke patiënten: psycho-educatie met een persoonsgerichte oriëntering. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie* 36(2008b), 101–121.
- Ludrer, H. J. (2008c). *Gesprächspsychotherapeutische Aspekte der Psychoedukation*. In J. Bäuml & G. Pitschel-Walz (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 235–243.
- Ludrer, H. J. (2008d). Rechtsfragen. In J. Bäuml & G. Pitschel-Walz (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 315–327.
- Ludrer, H.-J. (2020). Diagnosen stellen und dabei personzentriert sein. *Person* 24, 16–28.
- Mann, F. (1976). *Die Anwendung klientenzentrierter Konzepte in der heutigen Psychiatrie*. In: P. Jankowski, D. Tschelun, H.-J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.). *Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den 1. Europäischen Kongress für Gesprächspsychotherapie in Würzburg*, 28.9.-4. 10. 74. Göttingen: Hogrefe, 253–259.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. The Children of Mentally Ill Parents. *Deutsches Ärzteblatt* 105(23), 413–418.
- Mueser, K. T.; Salyers, M. P., & Mueser, P.R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 27, 281–296.
- NICE – National Institute of Clinical Excellence (UK)(2014): *Psychosis and schizophrenia in adults – Treatment and management*. National Clinical Guideline Number 178. Abgerufen 29. 4. 2018 von <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>
- Nuechterlein, K. H. & Dawson, M. E. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin* 10(2), 300–312.
- Oberreiter, D. (2018) Der Wahn und seine Behandlung zwischen Vanitas, Sensus communis und Paraposition. *Person* 22(2), 123–135.
- Olbrich, H. M.; Leucht, S.; Fritze, J.; Lanczik, M. H. & Vauth, R. (2004). Schizophrenie und andere psychotische Störungen. In M. Berger (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen*. München: Urban & Fischer.
- Patel, S., Khan, S., M, S., & Hamid, P. (2020). The Association Between Cannabis Use and Schizophrenia: Causative or Curative? A Systematic Review. *Cureus*, 12(7), e9309. Abgerufen 15. 10. 2020 von <https://doi.org/10.7759/cureus.9309>
- Pitschel-Walz, G.; Bäuml, J. & Gunia, H. (2010). Psychotherapeutische Verfahren in der Behandlung von schizophrenen Erkrankungen. In: J. Bäuml, G. Pitschel-Walz, H. Berger, H. Gunia, A. Heinz & G. Juckel (Hrsg.) (2010). *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES)*. Stuttgart: Schattauer.
- Prouty, G.; Pörtner, M. & Van Werde, D. (2019). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rank, K., Stephan, A., Grüß, U., Weise, H. & Weise K. (1986). Gesprächspsychotherapie als Basiskonzept der psychiatrischen Grundversorgung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5(4), 379–390.
- Rechlin, T. & Vliegen, J. (1995). *Die Psychiatrie in der Kritik. Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute*. Berlin: Springer.
- Riedel, K. (2008). *Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (1967)(ed.). *The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLOS Medicine* 2(5): e141. Abgerufen am 23. 9. 2020 von <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Shorter, E. (1997). *A history of Psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons. Deutsch: Shorter, E. (1999). *Geschichte der Psychiatrie*. Berlin: Alexander Fest.
- Sommerbeck, L. (2002). The Wisconsin Watershed or the universality of CCT. *The Person-Centered Journal* 9, 140–158.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell*. Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln, GwG.
- Teusch, L. (1994). Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen. In L. Teusch, J. Finke & M. Gastpar. *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Heidelberg: Asanger, S. 90–99.
- Truax C. B. (1970). Effects of client-centered psychotherapy with schizophrenic patients: nine years pretherapy and nine years posttherapy hospitalization. *Journal of consulting and clinical psychology*, 35(3), 417–422.
- Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T. & Winter, A. (Hrsg.) (2016). *Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- WHO (ed.) (2018). ICD-11. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Abgerufen 27. 2. 2021 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f34423054>
- Wynne, L. C.; Ryckoff, I. M.; Day, J. & Hirsch, S. J. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 21, 205–220.

In-Beziehung-Stellen

Aufstellungsarbeit im Personzentrierten Ansatz

Sabine Schiefermüller

Steyr, Österreich

Aufstellungsarbeit spielt im Personzentrierten Ansatz als personzentriertes Werkzeug nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Dies liegt mitunter daran, dass Aufstellungen im Ruf stehen, leitungs-, lösungs- und zielorientiert zu sein, personzentriertes Arbeiten hingegen von nicht-direktivem, prozess- und beziehungsgeleitetem Vorgehen geprägt ist. Im vorliegenden Artikel wird eine Aufstellungsarbeit vorgestellt, die dem personzentrierten Verständnis eines beziehungs- und erlebnisfördernden Ansatzes zutiefst entspricht. Diese Aufstellungsform nenne ich *In-Beziehung-Stellen*. Sie verbindet den dialogischen Ansatz bzw. den Begegnungs-(encounter-)Gedanken mit der experientiellen, focusing-orientierten Theorie von Eugene T. Gendlin, und zwar vor allem seinem Körper- und Raumbegriff. Indem die Aufmerksamkeit auf das körperliche und räumliche Beziehungserleben gelenkt wird, können implizite Erfahrungen expliziert und so Aufstellungen als Verkörperungsarbeit zu einem Symbolisierungsprozess in Richtung mehr Kongruenz werden. Anhand eines detailliert beschriebenen Aufstellungsbeispiels wird dargestellt, wie ein derartiger Symbolisierungsprozess angestoßen, unterstützt und gefördert werden kann.

Schlüsselwörter: Beziehung, Verkörperung, situationaler Körper, Symbolisierungsprozess, Beziehungs-Raum

“In-Beziehung-Stellen” – Constellation work in the Person-Centered Approach. Constellation work as a person-centered tool is still playing a minor role within Person-Centered Approach. This is also due to the fact that constellation work has the reputation of being performance-, solution- and goal-oriented while the person-centered approach on the other hand is characterized by non-directive, process- and relationship-oriented procedure. This article presents a constellation work which corresponds deeply to the person-centered understanding of a relationship-led and experiencing approach. I am calling this kind of constellation work *“In-Beziehung-Stellen”* (Putting in Relation). It combines the dialogic perspective respectively the encounter-idea with the experiencing and focusing-oriented theory of Eugene T. Gendlin – mainly his concept of body and space. With directing one’s attention to the bodily and spacial relation experiencing, implicit experiences can be explicated and therefore constellation work as embodiment can grow to a symbolization process towards more congruence. A very detailed example of constellation work will show how such a symbolization process can be initiated, supported and encouraged.

Keywords: Relationship, embodiment, situational body, symbolization process, relationship space

Was ist Aufstellungsarbeit?

Der Begriff Aufstellung ist nicht nur im psychotherapeutischen Kontext mittlerweile sehr bekannt und ruft – insbesondere in Verbindung mit bestimmten Vertretern von Aufstellungsmethoden – kontroverielle Reaktionen hervor. Es gibt keine einheitliche Definition von Aufstellungsarbeit, da der Methode Aufstellung unterschiedliche Konzepte bezüglich Haltung, Technik und Zielen zugrunde liegen. Die Arten und

Weisen aufzustellen sind vielfältig und finden in vielen Bereichen Anwendung, unter anderem in Psychotherapie, Beratung, Mediation, Supervision (zur Förderung von Lernprozessen), in Forschung und Kunst (Sparrer, 2016, S. 7). Für die Arbeit mit Aufstellungen in der Psychotherapie hat das österreichische Bundesministerium für Gesundheit (2005) folgende Information veröffentlicht: „Das Ziel der Aufstellungsarbeit sind der Informationsgewinn zu wichtig scheinenden Bezugspersonen und die Entwicklung neuer Sichtweisen zum eigenen Erleben und Verhalten, das in der Ursprungsfamilie und in erweiterten sozialen Systemen erlernt und eingeübt wurde. Die Verknüpfung von aktuellen Problemen und Fragestellungen [...] geht von der Annahme aus, dass hemmende und kränkende Beziehungsmuster erkannt, reflektiert und verändert sowie wenig

Sabine Schiefermüller, geb. 1973, Personzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin/Coach (ÖVS) in freier Praxis in Linz und Steyr, Diplomierete Sozialarbeiterin. Arbeit mit Aufstellungen seit 2005.
Kontakt: schiefermueller.sabine@gmx.at

genutzte Potenziale und Ressourcen im aktuellen Leben besser erfasst und ausgeschöpft werden können.“ Trotz großer Unterschiede in Bezug auf leitungs-, ziel- oder prozessorientiertem Vorgehen werden Aufstellungen von mehr oder weniger ähnlichen Handlungsabläufen bestimmt (Schmid, 2010, S. 126). Die Aufstellerin¹ wählt Personen oder Gegenstände für die einzelnen Elemente (Personen, abstrakte Begriffe, Gefühle usw.), die sie aufstellen möchte und positioniert sie intuitiv im Raum. Dabei werden Abstand und Blickrichtung von der Klientin bestimmt. Findet die Aufstellung im Gruppensetting statt, werden meist Personen aus der Gruppe gebeten, in die Rolle eines Aufstellungselements zu schlüpfen, um dieses zu repräsentieren (Repräsentant*innen). Der Vorteil von Aufstellung in einer Gruppe liegt darin, dass sowohl die Resonanz, d. h. das gesamte körperliche und gefühlsmäßige Wahrnehmungsspektrum dieser repräsentierenden Personen, als auch der daraus entstehende Prozess genützt werden können. Im dyadischen Setting werden Bodenanker, Sessel, Figuren, Schuhe oder jegliche Art von Symbolen verwendet, um die unterschiedlichen Elemente darzustellen (Schäfer, 2000, S. 26; Sparrer & Varga von Kibéd, 2010; Sparrer, 2016). Die aufstellende Person hat hier durch das Aufstellen von Gegenständen oder Symbolen nicht nur die Möglichkeit, sich selbst aus der eigenen Perspektive im aufgestellten System wahrzunehmen, sondern kann mitunter den Platz von anderen aufgestellten Teilen einnehmen, d. h. in andere Rollen schlüpfen (z. B. der Mutter, der Angst, des Hindernisses usw.) und wird so vorübergehend selbst zur Repräsentantin ihrer eigenen Aufstellung.

Geschichte und Entwicklung der Aufstellungsarbeit

Die Arbeit mit szenischen Darstellungen und Aufstellungen hat ihren Ursprung vorwiegend in den therapeutischen Methoden, wie sie im Psychodrama des österreichischen Arztes Jacob Levy Moreno und in der Arbeit mit Familienskulpturen der amerikanischen Familientherapeutin Virginia Satir entwickelt wurden. Beeinflusst von der Gestalttherapie, dem Psychodrama und Gregory Bateson (Sautter & Sautter, 2006, S. 24) handelt es sich bei der Familienskulptur um ein von Satir in den 60er-Jahren entwickeltes Verfahren, bei dem Familiensysteme nonverbal dargestellt werden. Dabei bauen Klientinnen mit Hilfe von Rollenspielerinnen eine Skulptur ihrer Familie nach, die die Beziehungen der Familienmitglieder zueinander ausdrückt (Satir, 2015). Vor allem in den letzten 30 Jahren hat sich die Aufstellungsarbeit in vielfältiger Weise weiterentwickelt. Bert Hellinger, der der phänomenologischen Aufstellungsarbeit zugeordnet

wird, ist einer der bekanntesten und umstrittensten Vertreter in der deutschsprachigen Aufstellungslandschaft. Er entwickelte unter Einfluss der systemischen Familientherapie, von Virginia Satir und Thea Schönfelder (Familienbrett), aber auch geprägt durch die Arbeit als katholischer Missionar in Afrika, eine Aufstellungsform, die unter dem Namen „*Familien-Stellen*“ bekannt wurde (Sautter & Sautter, 2006, S. 7). Zentrale Begriffe in seiner Aufstellungsarbeit sind „Ordnung“, „Ausgleich“ von Geben und Nehmen und „Zugehörigkeit“ (Hellinger & ten Hövel, 2007, S. 14). Irrtümlicherweise wird das Familien-Stellen noch immer häufig der systemischen Psychotherapie zugeordnet. Bekannte Vertreter wie Simon & Retzer distanzieren sich hier deutlich: „Bert Hellinger’s Methoden haben mit der systemischen Familientherapie nichts gemein. Wer beide in einem Atemzug nennt, betreibt Etikettenschwindel“ (Simon & Retzer, 1998, S. 64). Die systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. – veröffentlicht 2007 zu Bert Hellinger die „Potsdamer Erklärung der systemischen Gesellschaft zur Aufstellungsarbeit“. Sie stellt klar, dass „viele seiner Aussagen und Vorgehensweisen explizit als unvereinbar mit grundlegenden Prämissen systemischer Therapie anzusehen sind, [...] wie u. a. die Verwendung mystifizierter Beschreibungen, die Nutzung dogmatischer Deutungen („der einzige Weg“, „das Recht verwirklicht“ u. ä.) oder der Einsatz von demütigenden Interventionen und Unterwerfungsritualen.“ Eine weitere im deutschsprachigen Raum sehr bekannte Aufstellungsform, die auf prozessorientierten, konstruktivistischen Konzepten basiert und in den lösungsfokussierten Ansatz der Schule von Milwaukee eingebettet ist, ist die vom Ehepaar Matthias Varga von Kibéd und Insa Sparrer entwickelte „*Systemische Strukturaufstellung – SyST*“. Für Varga von Kibéd und Sparrer ist die Aufstellung „eine Interventionsmethodik, die gleichzeitig auch eine Sprache ist, in der Systeme abgebildet, verändert und [...] die Veränderungen in das abgebildete System durch die KlientIn übertragen werden können“ (Sparrer, 2016, S. 9). Daraus ergeben sich neue Assoziationen, Verknüpfungen und Hypothesen, die auf der Suche nach Lösungen hilfreich sein können (Simon, 2010, S. 12). Die Rolle der Leitung einer SySt wird als „GastgeberIn“ verstanden, deren Aufgabe darin liegt, einen vertrauensvollen, wertschätzenden Rahmen herzustellen und „hilfreiche Fragetechniken, Symbole und Rituale anzubieten“ (Sparrer, 2010, S. 107). Es ist eine Form von Prozessbegleitung, die explizit absieht von vorgefassten (ideologisch geprägten) Einsichten, Deutungen oder Interpretationen, wie sie bei der Arbeit Hellingers zum Einsatz kommen (Sparrer, 2010). Zu weiteren wichtigen Vertreterinnen des prozessorientierten, konstruktivistischen Ansatzes gehören unter anderem Siegfried Essen (2013), Guni-Leila Baxa und Christine Blumenstein-Essen (Baxa, Essen & Kreszmeier, 2009) und Christl Lieben (Lieben & Renoldner, 2011),

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text ausschließlich die weibliche Form verwendet. Es sind jedoch immer alle Geschlechter gemeint.

die vor allem die österreichische Aufstellungslandschaft stark beeinflusst haben.

Personzentrierte Aufstellung nach Peter F. Schmid

Peter F. Schmid war im personzentrierten Raum der erste, der sich mit Aufstellungsarbeit beschäftigt hat. Zwei von Schmid verfasste Artikel (2010, 2014) beschreiben Theorie und Praxis der Aufstellung im Personzentrierten Ansatz sowie die Abgrenzung zu anderen Aufstellungsansätzen. Schmid versteht die personzentrierte Aufstellung nicht als eigenständige „Methode“ oder „Technik“, sondern als eine von vielen Möglichkeiten, personzentriert zu arbeiten. Aufstellung wird als „Sprache“ (Schmid, 2010, S. 131) betrachtet, die neben der verbalen Sprache auch andere Kommunikationsebenen bedient. Die Anwendung entsteht aus dem jeweiligen Therapie- oder Gruppenprozess heraus und wird nicht als Methode vorgegeben. Für Schmid ist sie eine den Körper miteinbeziehende Sprache, wie sie auch beim Malen, Tanzen, Spielen oder bei anderen körperlichen Ausdrucksformen verwendet wird. Aufstellung wird als Kommunikations-Werkzeug verstanden, um inneres Erleben zum Ausdruck zu bringen. Aus personzentrierter Sicht geht es für ihn bei Aufstellungen darum, Dinge sichtbar zu machen: „Aufstellungen sind Visualisierungen von inneren Bildern, Vorstellungen und Prozessen“ (Schmid, 2010, S. 130). Die aufstellende Person (Schmid nennt sie Protagonistin) bringt ihr inneres Bild, so wie es sich in ihrer Wirklichkeit darstellt, nach außen. Es ermöglicht dieser Person einen neuen Blick darauf zu werfen, quasi von außen oder von einem anderen Blickwinkel alles neu bzw. anders zu betrachten. Sie kann sich dadurch selbst als Mittelpunkt ihres Erlebens und Verhaltens neu wahrnehmen und reflektieren (Schmid, 2010). Dabei geht es für Schmid (2014, S. 160) „nicht um ‚Stellungen‘, sondern um dynamische Prozesse und Konstellationen, die innere Bilder, interpersonelle und intrapersonale Vorgänge, Konstellationen und Konflikte anschaulich machen und durch räumliche Visualisierung neue Sicht- und Handlungsweisen und das Erarbeiten von Alternativen ermöglichen“. Die Repräsentantinnen unterstützen die Protagonistin darin, sich selbst besser zu verstehen, indem sie ihre aus der Empathie entstandene Resonanz (Wahrnehmungen, Gefühle, Körperempfindungen, Gedanken, Ideen) zur Verfügung stellen. Ziel einer personzentrierten Aufstellung ist stets das Fördern von Persönlichkeitsentwicklung. Hemmende oder kränkende Beziehungsmuster können erkannt und verändert werden, indem der Blick auf die Ressourcen und Potentiale der aufstellenden Person gerichtet ist. Es geht vorrangig nicht um das Finden von Einzellösungen, sondern um das Ermöglichen von Veränderungsprozessen. Dies geschieht durch „Fördern (facilitation) des Aktualisierungspotentials aus der Haltung der Präsenz durch Aufmerksamkeit, Achtsamkeit,

Bewusstheit (awareness), Empathie und Wertschätzung ohne Bedingungen in der authentischen Haltung der Begegnung“ (Schmid, 2010, S. 131). Das Spezifische der personzentrierten Aufstellung nach Schmid ist die Nicht-Direktivität der Aufstellungsleiterinnen. Die aufstellende Person (Protagonistin) ist die eigentliche Aufstellungsleiterin und somit die Autorin der eigenen Aufstellung. Durch die nicht auf die verbale Sprache reduzierte Ausdrucksmöglichkeit können Potentiale erlebbar werden, die auf verbaler Ebene nicht so zugänglich sind. Somit bietet eine Aufstellung ein „Experimentierfeld“, in dem ausprobiert werden kann, wie sich ein „bestimmtes Erleben anfühlt, eine andere Beziehungsgestaltung auswirkt usw.“ (Schmid, 2010, S. 131). Personzentrierte Aufstellung ist für ihn eine von vielen Möglichkeiten, bewusstes Erleben zu fördern. Sie ist „eine phänomenologische, existenzielle und dialogische Praxis der Persönlichkeits- bzw. Gruppenentwicklung, was sie als potentialorientierte klar von lösungs- und zielorientierten sowie direktiven und einseitig systemischen Konzepten unterscheidet“ (Schmid, 2014, S. 161).

In-Beziehung-Stellen – Die Theorie

Aus diesem Verständnis von personzentrierter Aufstellung (und ihrer vorausgegangenen Geschichte und Entwicklung) werde ich nun eine erweiterte Aufstellungsform innerhalb des personzentrierten Ansatzes theoretisch und später anhand einer detailliert beschriebenen Aufstellungssequenz praktisch vorstellen, die ich *In-Beziehung-Stellen* nenne. Die Bezeichnung „*In-Beziehung-Stellen*“ soll sowohl den Beziehungsaspekt in Aufstellungen im Sinne eines „*In-Beziehung-Seins*“ verdeutlichen als auch die damit verbundene körperlich-räumliche Dimension hervorheben, wenn „*in-den-Raum-gestellt*“ wird. Die Theorie der Arbeitsweise des *In-Beziehung-Stellens* verbindet den dialogischen Ansatz (Schmid, 1995, 2002) bzw. den Begegnungs-(encounter-)Gedanken in Aufstellungen (vgl. Schmid, 2010, 2014, s. o.) mit der experienziellen, focusing-orientierten Theorie von Eugene T. Gendlin (2012). Sie erweitert die Stellungsarbeit (constellation work) (Schmid, 2014) und die damit einhergehende Beziehungserfahrung mit einem räumlichen und körperlichen Beziehungserleben, basierend auf Gendlins Körper- und Raumbegriff (Gendlin, 1993, 2000, 2012). Dadurch kann diese Form der Aufstellung nicht nur als *Stellungsarbeit*, sondern vielmehr als eine *Verkörperungsarbeit* betrachtet werden. Zentral ist hier, dass der Fokus auf die Beziehungserfahrungen innerhalb einer körperlich-räumlichen Dimension gelenkt wird. Beziehungskonstellationen werden in einer Aufstellung damit nicht nur sichtbar gemacht (Schmid, 2010, S. 130), sondern sie lösen auch eine körperliche Resonanz aus (bewusst oder unbewusst), die wiederum eine räumliche und/

oder körperliche Entsprechung erhalten (z. B. Veränderung des Platzes, der Blickrichtung, der Körperhaltung, der Körperempfindung usw.). Die Aufmerksamkeit der Therapeutin ist auf den organismischen Erlebensprozess (experiencing) der Klientin gerichtet, auf das, was sich zeigt. Dies führt zu neuen Impulsen und Handlungsschritten. Bei der Klientin findet ein Symbolisierungsprozess statt, der zu immer deutlicherem Verstehen dessen führt, was im Aufstellungsprozess abgebildet und erlebt wird. Inter- oder intrapersonale Prozesse können unmittelbar ins Gewahrsein kommen. Dadurch kann, wie später im Praxisbeispiel detailliert beschrieben wird, Inkongruenz reduziert bzw. die Kongruenz der aufstellenden Person erhöht werden.

Die für mich zentralen Wesensmerkmale von *In-Beziehung-Stellen* werden im Folgenden genauer ausgeführt. Dabei wird deutlich erkennbar, dass hier sowohl personenzentrierte als auch focusing-orientierte Therapietheorie herangezogen wird.

Das gegenwärtige Beziehungserleben

Rogers hat die zwischenmenschliche Beziehung als wichtigsten Faktor, als „das tragende Element in der Therapie“ betrachtet (Rogers, 1962/1999). In der personenzentrierten Therapietheorie ist durch die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen die Qualität einer Beziehung definiert, die erforderlich ist, um konstruktive persönliche Veränderung zu ermöglichen (Rogers, 1957/1998, 1959/1991). Die Therapeutin lässt sich selbst auf eine Beziehung auf der personalen Ebene ein, verlässt somit den Schutz der „Expertinnen-Rolle“ und wird offen für eine „personale Begegnung“ (Schmid, 1995, 1998b). Diese Qualität wird in personenzentrierten Aufstellungen auch in der Haltung der Therapeutin zum gesamten Aufstellungsprozess und den darin beteiligten Personen deutlich. Schmid (2014, S. 161) betont, dass in Aufstellungen, wenn sie in Gruppen stattfinden, im Unterschied zu personenzentrierter Gruppenarbeit, weitgehend der Fokus der Arbeit auf eine Person (die aufstellende Person) gerichtet ist und somit Aufstellungen ein spezifisches Setting innerhalb der Gruppe darstellen – mit allen Einschränkungen und Grenzen, die dies für den Gruppenprozess mit sich bringt. Die „Aufstellungsleiterin“ kann hier als Facilitator betrachtet werden. Die Haltung des Facilitators entspricht für Rogers exakt der Haltung, die auch für die Zweierbeziehung gültig ist, jedoch hält Rogers darüber hinaus das Akzeptieren der Gruppe als Ganzes und die Gegenwärtigkeit (presence) des Facilitators in einer Gruppe für wesentlich. Zu Letzterem meint er: „In jeder Gruppe wünsche ich mir bis zu einem gewissen Grad, dass die ganze Person gegenwärtig ist, affektiv wie kognitiv. Ich habe festgestellt, dass das nicht einfach zu erreichen ist. [...] Ich versuche selbst, [...] in einer Gruppe ganz gegenwärtig zu sein, die ganze Person einzubringen.“ (Rogers, 1970; zit. n. Schmid, 1996, S. 244). Die Rolle der Therapeutin,

die vorübergehend als „Aufstellungsleiterin“ bzw. Facilitator fungiert, wird später noch genauer beschrieben. Herauszuheben ist bereits jetzt, dass die achtsame und präsente Haltung der Therapeutin und die Wertschätzung gegenüber dem gesamten aufgestellten System eine wesentliche Rolle spielt, um den Erlebensprozess der Klientin Richtung Wachstum der Person zu fördern, d. h. eine konstruktive Beziehungsgestaltung zu ermöglichen. Mit dem Person-Begriff in der personenzentrierten Theorie werden dabei immer zwei Dimensionen gleichzeitig angesprochen: Die Individualität und die Relationalität des Menschen. Demnach gehören zur Person Selbstständigkeit *und* Beziehungsangewiesenheit – Autonomie und Begegnung (Schmid, 2002, S. 81, 1998c). „Der Mensch ist von Anfang an Person als selbstständiges, unverwechselbares Individuum (er ist der, der er ist), und er ist von Anfang an auf die personale Gemeinschaft mit Anderen bezogen“ (Schmid, 2001, S. 63). Das bedeutet, der Mensch trägt die Tendenz zu Entwicklung in sich selbst (immer mehr er selbst zu werden – individuelles Ich). Er bedarf aber der Beziehung, damit diese Entwicklung tatsächlich stattfinden kann – er ist auf Beziehung angewiesen (relationales Ich). So findet Entwicklung nur in und durch eine Beziehung statt (Schmid, 1998a).

In der Arbeit des *In-Beziehung-Stellens* werden mehr oder weniger bewusste Beziehungserfahrungen aufgestellt, die durch das Nach-außen-Bringen dieser Erfahrungen einen neuen gegenwärtigen Ausdruck erhalten. Dadurch bekommen sie eine sichtbare Gestalt – sie bilden während des Aufstellungsprozesses immer neue Situationen/Konstellationen, auf die Bezug genommen werden kann. Es findet ein direktes Beziehungserleben statt. Aufstellungen sind nie „Einzelstellungen“, sie passieren immer in einem Beziehungskontext. Beziehungen können durch dieses hier dargestellte Instrument unmittelbar sichtbar und (körperlich) spürbar werden, sei es auf intra- oder interpersonale Weise. Die Klientin stellt nicht nur sich als Individuum (individuelles Ich) auf, sondern erlebt sich gleichzeitig als relationales Ich in der Bezogenheit auf etwas oder jemand anderen. Das Wir ist in diesem Verständnis von Aufstellung immer schon impliziert. In der focusing-orientierten Therapie wird dies folgendermaßen formuliert: „Erleben und Erlebensveränderung geschieht immer im Rahmen einer Beziehung. [...] Focusing ist ein Werkzeug. Dieses Werkzeug dient einem Ziel: von innen, aus der Person heraus, frische neue Schritte des Erlebens kommen zu lassen. Diese Schritte haben eine Wachstumsrichtung im Sinn der Erhaltung und Entfaltung des Lebens“ (Wiltschko, 2002, S. 234). Dabei betrachtet Eugene T. Gendlin innere Prozesse und Beziehungsprozesse in einer konkreten Situation als ein und denselben Prozess. Für ihn wird erst durch die begriffliche Trennung zwischen intra- und interpersonalen Vorgängen zwischen Beziehung und Erleben eine Unterscheidung konstruiert (Gendlin, 2012, 436ff.;

Wiltschko, 2003a, S. 54). *In-Beziehung-Stellen* kann als gegenwärtiges Beziehungserleben – als *ein* Prozess von inter- und intrapersonalen Vorgängen betrachtet werden, die, wie bei Focusing-Prozessen, eine Wachstumsrichtung haben. Bei diesen Vorgängen können sich innerhalb einer wertschätzenden, acht-samen Atmosphäre neue Aspekte herausbilden (sich öffnen), die so noch nicht gespürt wurden.

Der Beziehungs-Raum

Im Focusing verwendet Gendlin den Begriff „Freiraum“ (Gendlin, 2016), wenn zwischen dem, der erlebt (Ich) und dem, was erlebt wird (Inhalt), Raum geschaffen wird. Erst dadurch ist es möglich, zu diesem Erlebensinhalt eine Beziehung aufzunehmen. Es setzt jedoch voraus, dass sich das Ich getrennt vom Erleben fühlt. Es findet eine Desidentifikation statt. „Ich bin traurig“ wird zu „da ist etwas in mir, das traurig ist.“ (Wiltschko, 2002, S. 237; Gendlin & Wiltschko, 1999). „Freiraum“ meint einen im Inneren des Körpers gespürten Raum, in dem ich mit dem Erlebensinhalt in Dialog treten kann. Dieser kann einen expliziten (schon bewussten, benennbaren) Aspekt und einen impliziten (schon gefühlten, aber noch nicht bewussten) Aspekt haben. Wird dieser implizite Aspekt zu einem Etwas, wird es Felt Sense genannt (Gendlin, 2012, 2016; Wiltschko, 2002). In der hier dargestellten Aufstellungsarbeit spielt dieser implizite Erlebensinhalt (neben den bereits expliziten, vielleicht schon sichtbaren Aspekten) eine wesentliche Rolle. *In-Beziehung-Stellen* eröffnet einen Raum außerhalb des Körpers. Das Erleben wird nach außen gebracht. Es entsteht das, was ich *Beziehungs-Raum* nenne. Die nach außen gebrachten, inneren Erlebensinhalte können einen Platz finden und in Beziehung treten. Die aufstellende Person kann diese Inhalte mit sich (bzw. mit der Repräsentantin des Ichs) oder zueinander *in-Beziehung-stellen*. Die Person bzw. ihre Repräsentantin kann erspüren, wie sich diese Beziehung anfühlt, kann sich damit vertraut machen und etwas Neues auftauchen lassen: Beispielsweise verwandelt sich das in-Beziehung-(auf-)gestellte Gefühl der Angst in eine (vage) Form von Wut oder wird zu einer Person, indem das Bild des Vaters auftaucht. Gendlin beschreibt es im Focusing so: „Verglichen mit dem, was wir gewöhnlich denken oder fühlen können, ist das, was vom körperlich empfundenen Rand des Bewusstseins kommt, charakteristischerweise komplizierter und vielschichtiger, und doch auch offener für neue Möglichkeiten“ (Gendlin, 2012, S. 12). Das räumliche Anordnen von Gefühlen, Gedanken oder Personen kann das Erleben von unsicheren, schwierigen oder komplizierten Aspekten – sei es im realen Leben oder im inneren Erleben – erleichtern. In einer vorwiegend verbalen Kommunikation ist dies oft schwieriger und es braucht mitunter längere Prozesse, um bei einem Thema genauer „hinzuschauen“. Durch den hier

zur Verfügung stehenden *Beziehungs-Raum* können innere sich widersprechende Gefühlsanteile *auseinander-gestellt* und klar und deutlich differenziert werden. Ein für die aufstellende bzw. repräsentativ aufgestellte Person „passender“ Abstand (Raum) kann geschaffen werden. Auch eine zeitliche Dimension kann in Aufstellungen durch die räumliche Platzierung verdeutlicht werden: Aus meiner Erfahrung werden im Laufe des Aufstellungsprozesses häufig die zeitlich vorangegangenen Ereignisse hinter die gegenwärtige Situation gestellt. Es findet intuitiv ein Ordnen zeitlicher Geschehnisse statt. Der Raum dient hier auch als Instrument zeitlicher Differenzierung und Einordnung.

Verkörperungsarbeit – das körperlich räumliche Beziehungserleben

Aus meiner Erfahrung mit Aufstellungsarbeit in der therapeutischen Praxis und in Selbsterfahrungsgruppen hat sich gezeigt, dass es sich in dieser speziellen Form von personenzentriertem Arbeiten nicht nur um das Aufstellen bzw. das nach Außen bringen von inneren Bildern handelt. Vielmehr spielt das Erleben im Inneren des Körpers eine wesentliche Rolle, weshalb ich *In-Beziehung-Stellen* als *Verkörperungsarbeit* (im Sinne von Gendlins Körperbegriff, 1993, 2000) betrachte. Eine relativ neue Denkweise in der Kognitionswissenschaft, die sich Embodiment nennt, berücksichtigt die Tatsache, dass psychische Prozesse stets im Körper eingebettet sind (Storch, Cantieni, Hüther & Tschacher, 2010). Embodiment bzw. Verkörperung oder Leiblichkeit betont die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche. Damit wird beschrieben, dass sich nicht nur psychische Zustände im Körper ausdrücken (Mimik, Gestik, Körperhaltung), sondern umgekehrt auch Körperzustände psychische Zustände beeinflussen können (Tschacher & Storch, 2012). Diese Sichtweise ist angelehnt an Merleau-Ponty (1966), der den Körper als *Leib* versteht. Der Leib wird als eine vermittelnde Instanz zwischen Geist und Körper betrachtet, als erlebender und gelebter (eigener) Körper – zum Unterschied zu einem physisch-naturwissenschaftlich verstandenen Körper (Tschacher & Storch, 2010). Auch Gendlin (2000) beruft sich auf Merleau-Ponty, wenn er ihm zustimmt, dass der Körper über eine größere Wahrnehmung verfügt, als nur über seine fünf Sinne, beispielsweise wenn wir einen Raum hinter uns körperlich spüren können, obwohl wir ihn nicht sehen, hören, riechen, schmecken oder berühren können. Gendlin versteht jedoch den Körper noch umfassender, wenn er meint: „That’s not the space we feel behind us. It is our situation“ (Gendlin, 2000, S. 258). Gendlin spricht von einem „situational body“ (Gendlin, 1993, S. 22) – von einem Körper, der die Situation kennt. Er weiß, wenn er sich in einer Situation unwohl oder wohl fühlt. Natürlich ist dieses Wohl- oder Unwohlgefühl von unseren

Gedanken beeinflusst, also von dem, wie wir die Situation einschätzen. Aber eben nicht nur – unser Körper spürt die Situation direkt. Es ist ein einzigartiges Empfinden der Person in dieser Situation (Gendlin, 1993). Der Körper hat ein implizites Wissen über die vergangenen und gegenwärtigen Situationen und kann auch den nächsten Schritt, der die Situation fortsetzt, implizieren. Gendlin nennt dies „*carrying forward*“ (Gendlin, 1994). Dieses innere Wissen kann als Felt Sense im Inneren des Körpers unmittelbar gefühlt werden. Der Körper findet eine Situation vor und kreiert sie zugleich (Wiltschko, 2002, S. 236). Er geht nicht nur mit seiner Umwelt (mit dem was um ihn ist) in Interaktion, er ist die Interaktion. Wenn die Situation sich ändert, verändert sich auch die Wahrnehmung des Körpers und umgekehrt. Die Situation wird vom Körper getragen (Gendlin, 2000). „Das Erleben jeder der an der Situation beteiligten Personen wird vom Dasein der anderen Person mitbestimmt, im Erleben jeder Person ist die andere enthalten. [...] Sich selbst als jeweils konkret bezogenes Wesen wahrzunehmen, lässt uns ‚Beziehung‘ bemerken, erleben“ (Wiltschko, 2002, S. 239). Aufstellungen können in diesem Sinne als Verkörperung – als *ein sich erlebender Körper im Raum* oder auch als *ein sich erlebender Körper der (Aufstellungs-)Situation, der in ihr abgebildeten Beziehungen* betrachtet werden.

In-Beziehung-Stellen lenkt den Fokus somit nicht nur auf die Wechselbeziehung zwischen Körper und Geist, sondern es ist vielmehr ein körperliches Fühlen der gesamten Aufstellungssituation – es beinhaltet alle in-Beziehung-gestellten sichtbar und fühlbar gewordenen Aufstellungselemente (abstrakte Elemente oder Personen). Aufstellungsprozesse können somit durch den Körper ausgedrückt und umgekehrt von den an der Aufstellung Beteiligten beeinflusst werden, indem die Aufmerksamkeit auf den Körper als Wahrnehmungs- und Resonanzorgan gerichtet ist. Gefühle, die noch nicht bewusst sind, aber bereits körperlich gespürt werden, können innerhalb der Aufstellung organismisch erlebt werden. Gendlin hat hier den englischen Ausdruck *experiencing* gewählt, um deutlich zu machen, dass es sich um „einen kontinuierlich vor sich gehenden Prozess des Fühlens und Spürens“ handelt (Wiltschko, 2003b, S. 99). „Dieses Erleben (*Experiencing*) geschieht als Strom von Empfindungen und Gefühlen, die [...] ‚wortlos‘ in mir jederzeit wahrnehmbar sind“ (Wiltschko, 2002, S. 236). Es ist noch nicht bewusst aber körperlich spürbar – ein aus dem Inneren kommendes Wissen, welche Bedeutung eine jeweilige Situation für uns hat (Gendlin, 2012, S. 36f.). Rogers selbst schreibt über seine eigene Lernerfahrung: „Ich habe gelernt, dass das Gefühl, mit dem mein ganzer Organismus eine Situation wahrnimmt, verlässlicher ist, als mein Intellekt“ (Rogers, 1961/1996, S. 38).

Aus diesem Verständnis werden Situationen in der Aufstellung nicht nur nachgestellt, sondern ins Hier und Jetzt übertragen. Das unmittelbare Erleben in einer *in-Beziehung-*

gestellten-Situation verursacht eine körperliche Resonanz, die durch bedingungsloses, achtsames Begleiten des Aufstellungsprozesses zu immer deutlicherer Wahrnehmung dessen führt, was körperlich gespürt wird. Somit kann die aufstellende bzw. die für sie (repräsentativ) aufgestellte Person sowohl mit dem, was aus dem Inneren in ihr auftaucht, als auch mit dem, was sich in der Aufstellung zeigt, in Beziehung treten und eine Resonanz auftauchen lassen. Körperlich gefühlte Bedeutungen können durch diese Form von Aufstellungsarbeit sichtbar werden, indem wir den Körper „*tun*“ lassen – die Position verändern, uns vom Gegenüber ab- oder ihm zuwenden, in Kommunikation treten usw., d. h. etwas körperlich in der Beziehung zu anderen ausdrücken. Dadurch können Gefühle, die am Rande des Gewahrseins sind, wie durch ein „Vergrößerungsglas“ betrachtet deutlicher erspürt werden. Durch eine „gefühlte Position“ in einem nach außen dargestellten inneren Bild, kann ein neues unmittelbares Erleben auftauchen, das bisher noch nicht gespürt oder betrachtet werden durfte – eine organismische Erfahrung die noch nicht ins Selbstkonzept integriert werden konnte. Es findet ein Prozess des „*Experiencing*“ statt. Neue Gefühle können dem Bewusstsein zugänglich werden, indem sich zum Beispiel durch einen Platzwechsel oder durch neue Beziehungskonstellationen eine vage Empfindung öffnet und man spürt: „Ja das stimmt, das passt.“ Oder: „Jetzt weiß ich, wie sich diese Beziehung in diesem Moment anfühlt.“ Im Focusing wird diese gespürte Veränderung „*Felt Shift*“ (Gendlin, 2012) genannt.

Der Symbolisierungsprozess

In der Aufstellungsarbeit des *In-Beziehung-Stellens* geht es wie in jeder therapeutischen Arbeit darum, organismisches Erleben zu fördern und stagniertes Erleben wieder in Fluss zu bringen. Felt-shift-Erfahrungen begleiten diesen Wandel zu immer größerem Verstehen dessen, was in mir vorgeht. Inkongruenz hingegen bedeutet, dass ich mich selbst in meinem Erleben nicht verstehe, wodurch Lebensprozesse blockiert werden (Keil, 2014, S. 31f.). Eine Stärke des *In-Beziehung-Stellens* liegt darin, dass Inkongruenz sehr rasch und unmittelbar erlebt werden kann, da der innere und äußere Beziehungsprozess in jedem Moment körperlich spürbar und räumlich sichtbar wird. So können abgewehrte Teile unserer (Beziehungs-)Erfahrungen durch das Aufstellen – also durch das *In-Beziehung-Stellen* dieser Erfahrungen – auf unterschiedliche Art und Weise zur Symbolisierung gelangen. Der Begriff Symbolisierung wird von Rogers den Begriffen Gewahrwerdung (*awareness*) und Bewusstsein (*consciousness*) gleichgesetzt (Rogers, 1957/1998). Bewusstsein (oder Gewahrwerdung) ist „die Symbolisierung eines Ausschnittes unserer Erfahrung. Bewusstsein wird somit als symbolische Repräsentation (nicht notwendigerweise in verbalen Symbolen)

eines Teils unserer Erfahrung gesehen“ (Rogers, 1957/1998, S. 24). Eine Symbolisierung kann auf vielfältige Weise ins Bewusstsein treten, sei es durch Sprache, Sinneswahrnehmungen oder Körpererlebnisse, und unterschiedliche Qualitäten aufweisen (Höger, 2006, S. 61): von einer vagen undeutlichen Ahnung bis hin zur deutlichen Repräsentation der Erfahrung (wenn z. B. klar wird, mit welcher Person aus der Vergangenheit eine bestimmte Erfahrung oder Emotion verknüpft ist). Bei einem „Symbolisierungsprozess“ spricht man von einem „Prozess, in dem Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken und Worte auftreten, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Ausdruck und vor allem Sinn verleihen. Der erfolgreiche Abschluss eines Symbolisierungsprozesses [...], geht mit einer deutlichen, auch körperlich spürbaren Entspannung einher“ (Eckert, 2000, S. 126).

In-Beziehung-Stellen kann als solch ein Symbolisierungsprozess verstanden werden, da hier vielfältige Formen des Ausdrucks auftreten: Mehr oder weniger bewusste Erfahrungen (mehr oder weniger vollständig symbolisierte Erfahrungen) können hier sowohl auf körperlich sinnlicher, als auch auf sprachlicher Ebene zum Ausdruck kommen. Interpersonale Beziehungserfahrungen oder innere Erlebensprozesse (Gefühle oder Körperempfindungen), die noch nicht oder nur verzerrt ins Bewusstsein gelangt sind, können einen körperlich räumlichen Ausdruck erhalten – d. h. Teile dieser Erfahrungen können in Aufstellungen angeschaut, gespürt und letztendlich vollständig symbolisiert werden. Das, was auf sprachlicher Ebene oftmals nicht ausdrückbar ist, kann in Aufstellungen dargestellt und erlebbar werden.

Bei der Arbeit des *In-Beziehung-Stellens* richtet sich die Aufmerksamkeit auf das, was sich zeigt. In einem wertschätzenden, bedingungsreichen Klima kann sich dieser implizite Inhalt öffnen: Das, was zu diesem Teil dazugehört; das, was bei diesem Thema fehlt; das, was ein aufgestellter Teil wirklich bedeutet usw. In der Praxis passiert es häufig, dass sich aufgestellte Teile während des Aufstellungsprozesses verwandeln oder eine völlig neue Bedeutung erhalten. Ein Angst-Teil verwandelt sich beispielsweise in einen Schutzteil, der sich wiederum als frühere Bindungsperson herausbildet usw. Es findet hier ein ständiger Prozess der Symbolisierung statt, die von einer „*Beziehungs-Stellung*“ zur nächsten getragen wird. Eine Vorwärtsbewegung, die, wie oben bereits erwähnt, im Focusing *carrying forward* genannt wird. Durch das Explizieren von impliziten Bedeutungen wird ein körperlich gefühlter Prozess weitergeführt – das Erleben wird weitergetragen in Richtung Erhaltung und Entfaltung des Lebens (Gendlin, 1994). Im Folgenden wird versucht, die Arbeitsweise des *In-Beziehung-Stellens* anhand eines detailliert beschriebenen Aufstellungsbeispiels praktisch darzustellen und im nächsten Schritt mit den theoretischen Grundlagen zu verschränken.

In-Beziehung-Stellen – Ein Beispiel aus der Praxis

Es handelt sich um eine Aufstellungssequenz mit einer 35-jährigen Klientin im dyadischen Setting. Die Klientin thematisiert zu Beginn der 25. Therapiestunde ihren wachsenden Konflikt bzw. ihre Zwiespältigkeit in ihrer Ehe. Einerseits ist er ihr „Traummann“, den sie liebt und begehrt, auf der anderen Seite fühlt sie sich fast täglich enttäuscht von ihm, verspürt oftmals Verzweiflung wegen Kleinigkeiten und stößt ihn immer wieder von sich weg. „Er lässt mich permanent im Stich“, wie sie es ausdrückt. Sie kann zu dieser Zeit nicht mehr mit ihm zusammenleben und will vorübergehend getrennte Wohnungen, aber keine Scheidung. Im Laufe der Therapie hat die Klientin über ihre Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und die damit verbundene Erfahrung, von ihrer Familie nicht vor dem Täter geschützt worden zu sein, berichtet.

Der Aufstellungsprozess

Der beschriebenen Aufstellung geht zu Beginn der Therapiestunde eine massive Verzweiflung der Klientin voraus. Sie schämt sich für ihr Verhalten ihrem Mann gegenüber. Sie weiß selbst nicht, warum sie immer so wütend auf ihn reagiert und ihn teilweise verbal massiv attackieren muss.

Ich schlage der Klientin vor, die Verzweiflung, die sie im Moment spürt, deutlicher werden zu lassen, indem sie die Beziehung zu ihrem Mann im Raum sichtbar macht. Nachdem sie zustimmt, mache ich den Vorschlag, jeweils einen Sessel stellvertretend für sich und ihren Mann so zu positionieren, wie sie sich selbst in dieser Beziehung zu diesem Thema erlebt. Anfangs stellt die Klientin beide Sessel nebeneinander auf, mit dem Blick nach vorne gerichtet. Sie versucht eine Zeit lang den richtigen Abstand zu finden, kein Abstand scheint ihr jedoch passend zu sein. Ich lade sie ein, sich auf ihren eigenen Platz zu setzen und von da aus den richtigen Abstand zu empfinden. Sobald sie Platz genommen hat, beschreibt sie einen Felt Sense – ein körperlich immer deutlicher werdendes Gefühl, das sie hindert, sich ihrem Mann bzw. dem stellvertretenden Sessel zuzuwenden. Ein Gefühl der Enge taucht in ihr auf, worauf sie den Abstand vergrößert und sich körperlich abwendet. Nur der Kopf bleibt weiter in seine Richtung geneigt. Sie kann in diesem Moment die Verzweiflung, die sie im letzten Jahr so häufig während der Streitereien mit ihrem Mann erlebt hat, deutlich wahrnehmen: Sie möchte sich nicht abwenden, kann sich aber auch nicht zuwenden. Sie spürt dieses Gefühl immer deutlicher und kann es als Gefühl des Ekel vor seinem Körper erkennen, das sie ihren Körper abwenden lässt. Ich schlage vor, dem Ekel einen eigenen Platz zu geben, da in diesem Moment für sie unverständlich ist, warum dieser

so dominierend auftaucht, wo sie doch auch gleichzeitig viel Wärme und Nähe für ihren Mann empfindet. Sie positioniert den Ekel mit Hilfe eines zusätzlichen Sessels neben dem ihres Mannes, merkt jedoch sofort, dass diese Position nicht passt und stellt den Ekel an das andere Ende des Raumes. Ich lade sie ein, sich wieder auf ihren Platz zu setzen und mit dem hinzugelassenen Stuhl Kontakt aufzunehmen. Sie soll dabei auf ihre körperlichen Empfindungen, Emotionen oder auftauchende Bilder achten. Die Klientin spürt zu ihrer Überraschung keinen Ekel gegenüber diesem neuen Sessel, sondern beschreibt ein in ihr auftauchendes Bild von nackten, toten Männerkörpern. Sie spricht von toten Soldaten, die unwürdig, achtlos aufeinander geworfen im Schlamm liegen. Ich ermutige sie, ihre momentanen Empfindungen bei diesem Bild genauer zu beschreiben, wodurch eine Wut in ihr spürbar wird, dass mit menschlichen Körpern so abwertend und menschenunwürdig umgegangen wird. Es entsteht der Wunsch, diesen Männerkörpern ihre Würde zurückzugeben, indem man sie würdig begraben sollte. Ich ermutige sie, dies in einem symbolischen Akt jetzt zu tun, worauf sie zu dem Sessel geht und eine sich im Raum befindliche Decke über diesen Platz ausbreitet. Danach wendet sie sich direkt den Männern zu und spricht die Achtung vor ihren Körpern nochmals verbal aus. In diesem Moment wird ihr bewusst, wie wichtig es ihr ist, menschliches Leben zu achten – und somit auch den männlichen Körper. Sie kehrt zu ihrem Stuhl zurück, wendet sich ihrem Mann zu und kann nun die Abwertung, die sie gegenüber dem Körper ihres Mannes immer wieder empfunden hat, deutlich wahrnehmen. Sie verändert ihre Position, indem sie näher zu dem Sessel ihres Mannes rückt. Plötzlich kann sie empathisch nachfühlen, wie sehr ihn die Ablehnung und der Ekel geschmerzt haben müssen. Der Impuls, auch ihm gegenüber die Würdigung seines Körpers auszusprechen, taucht unmittelbar auf. Sie kann nun direkt in Beziehung mit ihm bzw. dem stellvertretenden Sessel gehen, indem sie sich körperlich gegenüber setzt und deutlich die liebende Verbindung zu ihm spürt. Da ich merke, dass meine Klientin die Würdigung anders als bei den Soldaten zögerlich ausdrückt, lade ich sie ein zu überprüfen, ob sie wirklich jeden Teil seines Körpers würdigen kann oder ob noch ein Gefühl des Ekels auftaucht, woraufhin sie schildert, den Ekel deutlich weniger und nur mehr eingeschränkt auf seinen Bauch zu erleben. Sie weiß mittlerweile aus den vorangegangenen Therapiestunden, dass ein „grausiges Gefühl“ vor einem dicken Bauch von ihrer Missbrauchserfahrung als Kind herührt. Der Täter war ein Freund und Nachbar der Familie, der sehr dick war. Sie kann jedoch nichts dagegen tun, dass sich dieses massive Gefühl und die damit verbundenen überflutenden Gefühle immer wieder einstellen, sobald sie den im letzten Jahr anwachsenden Bauch ihres Mannes sieht, bzw. ihm auch nur beim Essen zusieht. Dies wird ihr aber erst in diesem

Moment bewusst. Ich schlage vor, dass wir uns gemeinsam dem „dicken-Bauch-Gefühl“, abgetrennt vom restlichen Körper ihres Mannes, zuwenden, indem sie dem „dicken Bauch“ einen eigenen Platz gibt. Sie entscheidet sich für einen Platz, der seitlich hinter ihrem und dem Platz ihres Mannes liegt und der durch ein Möbelstück fast verdeckt scheint. Von ihrem Sessel aus schaut sie auf den hinzugekommenen nur teilweise sichtbaren Sessel und merkt sofort, dass dort der inzwischen bereits verstorbene Nachbar auftaucht. Sie empfindet keine Wut oder Angst mehr (das hat sich bereits in den vielen Therapiestunden verändert), verspürt aber den Wunsch, sich endlich von dem Gefühl des Ekels befreien zu wollen. Ich frage sie, ob sie ihm von ihrer nun geschützten Position aus etwas sagen will oder ihm etwas zurückgeben² möchte, zum Beispiel all das, was er in ihrem Leben mit seinem Handeln verursacht hat, d. h. seinen Teil der Verantwortung. Sie merkt immer deutlicher, dass diese abwertenden und ekeligen Gefühle gegenüber männlichen Körpern zu dieser Geschichte, zu diesem Platz gehören. Hier will sie auch dem Ekel einen Platz geben. „Da gehört er hin“, formuliert sie. In einer symbolischen Geste – ich biete ihr an, sich einen Gegenstand zu suchen, worauf sie sich für einen Polster entscheidet – gibt sie diesem Mann sämtliche Verantwortung zurück, die für diese Tat mit all den damit verbundenen Gefühlen inklusive des Ekels steht, indem sie den Polster vor den stellvertretenden Sessel legt. Sie fügt hinzu: „Ich habe nichts mit deinem ekeligen Leben zu tun.“ Daraufhin hat sie das Gefühl, den Platz verlassen zu können. Sie nimmt wahr, dass dieser Platz der Vergangenheit angehört und will ihn nun ganz bewusst und selbstbestimmt verlassen und in die Gegenwart zurückkehren.

Sie nimmt wieder ihren eigenen Platz ein und wendet sich dem Sessel ihres Mannes zu. Sie spürt nun eine große Verbundenheit, ein leichtes Ekelgefühl ist anfangs noch fühlbar, wird jedoch immer schwächer. Sie kann deutlich die Achtung für den Körper ihres Mannes wahrnehmen und gesteht ihm zu, auch etwas Dellen am Körper zu haben. Ihr wird bewusst, dass der wachsende Bauch den Ekel erzeugt hat und ihr Mann sie durch das „sich Gehenlassen“ nicht genügend geschützt hat. Die frühere Erfahrung einer fehlenden schützenden Person wurde in der Beziehung zu ihrem Mann aktualisiert und die Verantwortung sie zu schützen (unbewusst) von ihm erwartet. Dadurch war die Wut auf ihren Mann für sie nun erklärbar und verstehbar. Die Klientin richtet nochmals den Blick in die Vergangenheit und dann wieder zu dem Sessel neben ihr.

2 Es wird hier ein Rückgabe-Ritual verwendet, wie es in systemischen Aufstellungen üblich ist. Es wird von der Therapeutin, die über Erfahrung und Wissen hinsichtlich dieser Form von Ritualen verfügt, als hilfreiches Werkzeug angeboten, das sich jedoch aus dem Prozess entwickelt hat und hier nicht als Methode im Sinne eines geplanten Vorgehens oder Ablaufs von Aufstellungen verwendet wird.

Es sind nun sehr unterschiedliche und sich nicht überschneidende Gefühle, die sie wahrnimmt, zu denen sie in einem unterschiedlichen Abstand und mit einem völlig anderen Zeitgefühl steht. Sie drückt es folgendermaßen aus: „Plötzlich ist der Raum so groß.“

Theorie-Praxis-Verschränkung

Die theoretischen Grundlagen, wie sie oben formuliert wurden, lassen sich anhand dieser Aufstellungssequenz nun folgendermaßen beschreiben:

Das (Auf-)Stellen der Inkongruenz aus dem inneren Bezugsrahmen

In der Ausgangssituation erlebt sich die Klientin in einem Zustand von Wut, Scham und Verzweiflung. Sie kann die zwiespältigen Gefühle sich selbst und ihrem Mann gegenüber nicht zuordnen. Sie empfindet ihre Gefühle als nicht passend zu der Situation, die diese ausgelöst haben. Die Erfahrung, wie sie das Selbst interpretiert und der Zustand, den sie organismisch erlebt, stimmen nicht überein. Sie befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz. Ich schlage der Klientin vor, diesen Zustand, als Ausdruck ihres inneren Bezugsrahmens, mit Hilfe von zwei repräsentierenden Stühlen – mit allen widersprüchlichen Gefühlen – darzustellen. Hier passiert bereits ein erster Symbolisierungsschritt – ein nach außen Bringen eines inneren Bildes. Dadurch wird die Inkongruenz sichtbar.

Verkörperungsarbeit –

Der Symbolisierungsprozess der Klientin

Zu Beginn der Aufstellung findet die Klientin keine „passende“ Stellung der beiden repräsentierenden Stühle, die ihre Realität „richtig“ abbilden würde. Daher wird die Klientin dazu eingeladen, sich körperlich-räumlich zu positionieren, also sich in eine unmittelbare Beziehung zu ihrem Mann hineinzubeben – so, als ob ihr Mann jetzt direkt neben ihr sitzen würde. Das bedeutet, sie wird eingeladen, ein körperliches Gefühl bzw. einen Felt Sense (eine unmittelbar gefühlte Bedeutung) zu dem repräsentierenden Stuhl ihres Mannes bzw. zu dieser aufgestellten Konstellation zu entwickeln. Daraufhin taucht ein neues Gefühl auf, das bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf diese Weise gefühlt und ausgedrückt wurde. Das zu Anfang noch vage Gefühl wird immer deutlicher als Ekel spürbar. Erst durch das Angebot, dem Gefühl des Ekelns einen eigenen Platz zu geben, entsteht Raum für Bewegung. Es tauchen neue, noch nie gespürte Empfindungen und Bilder bei der Klientin auf. Der Ekel-Teil in ihr bekommt einen ganz neuen Platz im Raum – nicht

zugehörig zu ihrem Mann, sondern völlig unabhängig zu dieser Beziehung. Dadurch verringert sich der Zwiespalt in ihr. Das Ekel-Gefühl muss nicht abgewehrt werden. Neue Symbolisierungen können auftauchen. Das Gefühl wird weitergetragen (carrying forward) und in einen anderen Bezug/Bewertungskontext gesetzt. Die Wut und die Scham, die mit der Abwertung von Männerkörpern verbunden sind, können nun gespürt und mit dem fehlenden Teil der Achtung und Würdigung verknüpft und integriert werden. Durch die Missbrauchserfahrung war es der Klientin bis jetzt nicht möglich, die Achtung vor einem männlichen Körper vollständig zu erfahren, da sie immer im Widerspruch zu der grausamen, ekeligen Erfahrung von damals stand. Dies war ihr bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht bewusst. Sie hatte sich als jemand betrachtet, der vor jedem Menschen Achtung empfindet, ihren Mann eingeschlossen. Dieser fehlende Teil der Achtung in der Beziehung zu ihrem Mann wurde sichtbar. Durch die Würdigung seines Körpers war das Gefühl des Ekelns eingrenzbar auf einen Körperteil. Sie musste daher nicht mehr den ganzen Körper, d. h. die ganze Person, abwerten. Der Körperteil, der zu ihrer traumatischen Erfahrung gehört, wurde als „Dickes-Bauch-Gefühl“ symbolisiert. Dieses „Gefühl“ konnte aus dem inneren Bezugsrahmen der Beziehung zu ihrem Mann herausgestellt werden und einen eigenen Platz erhalten. Der Teil, also die damals übernommene Verantwortung, wurde symbolisch „zurückgegeben“. Sowohl die Achtung als auch der Ekel (und die dazugehörige Wut) konnten exakt symbolisiert werden.

Der Beziehungs-Raum –

Das räumliche Erleben der Klientin

In der dargestellten Aufstellung wählt die Klientin einen Platz für den Ekel, der weit weg vom Platz des Mannes liegt. Damit entsteht ein großer Abstand zwischen den sicheren Gefühlen der Liebe und Vertrautheit zu ihrem Mann und den unsicheren Gefühlen der Angst, Scham und Ohnmacht. Es wird ein Beziehungs-Raum aufgespannt, der diese unterschiedlichen Qualitäten gleichzeitig zulassen kann. Aufgrund einer für sie sicheren Entfernung kann eine neue Symbolisierung entstehen. Der Teil, der sich vor dicken Männern ekelt und als Teil in der Beziehung zu ihrem Mann nur verzerrt wahrgenommen werden kann, wird abgetrennt dargestellt und in einen neuen Bewertungskontext gestellt. Weitere noch nicht bewusste Erfahrungen (z. B. fehlende Würdigung gegenüber Männerkörpern) können sich herausbilden und verändern. Eine andere Bewertung in einem völlig neuen Bewertungskontext taucht auf: Nackte Männerkörper, die keinen Ekel erzeugen. Dieses aufgetauchte Bild aus einer vergangenen Zeit beinhaltet einen „zeitlichen Raum“, der es der Klientin ermöglicht, sich im „Jetzt“ dem „Damals“ zuzuwenden. Die eigene Erfahrung

von damals kann als etwas zeitlich und räumlich Abgetrenntes betrachtet werden. Das „Dicke-Bauch-Gefühl“ und die damit verbundene Ohnmacht und Scham werden von ihr dem damaligen Erleben/dem „Damals“ zugeordnet. Dies wird sowohl körperlich als auch räumlich exakt symbolisiert. Das bedeutet, es können Erfahrungen immer differenzierter ausgedrückt und entsprechend der Bewertungsbedingungen angepasst werden. Sich widersprechende Teile können gleichzeitig nebeneinander koexistieren.

Die Rolle der Therapeutin – Aufstellung als empathischer Verstehensprozess

Wie in jeder personzentrierten Einzel- oder Gruppentherapie befindet sich die Therapeutin in einer empathisch bedingungs-frei akzeptierenden und kongruenten Haltung, sowohl in Bezug auf die Klientin und den repräsentierenden Personen als auch gegenüber all dem, was sich in der Aufstellung zeigt. *In-Beziehung-Stellen* kann als einziger empathischer Verstehensprozess verstanden werden. Der Klientin wird durch die Aufstellungsarbeit ein Raum (an-)geboten, in dem sie sich besser versteht und verstanden fühlt. Die Therapeutin begleitet den Aufstellungsprozess aus dem inneren Bezugsrahmen heraus, dabei bezieht sich die Aufmerksamkeit sowohl auf das innere Erleben der Klientin, als auch auf das im außen sichtbare Beziehungsgeschehen. Aus ihrer präsenten Haltung der gesamten Aufstellungssituation/Konstellation gegenüber, stellt sie nicht nur ihre unmittelbaren Wahrnehmungen zur Verfügung, sondern folgt auch Impulsen, die während des Aufstellungsprozesses aus der Resonanz der Therapeutin auftauchen. Dies unterscheidet sich von einer methodisch vorgegebenen, ziel- und lösungsorientierten Arbeitsweise. Das innere Erleben der Klientin wird zu einer szenischen Darstellung, die von einer (Dar-)Stellung zur nächsten getragen wird. Die Therapeutin handelt aus dem Verstehen des inneren Bezugsrahmens der Klientin bzw. aus der Resonanz, die entsteht, wenn sie die „aufgestellte Welt“, wie sie sich der Klientin (bewusst oder noch nicht völlig bewusst) zeigt, empathisch und unbedingt positiv beachtend wahrnimmt. *In-Beziehung-Stellen* kann hier als körper- und raumerlebende Technik bzw. Methode verstanden werden, die aus den personzentrierten Grundhaltungen hervorgeht, sich jedoch von diesen in ihrer konkreten Vorgehensweise nicht ableiten lässt. Höger (2006, S. 134; Stumm & Keil, 2002, S. 33) hat darauf hingewiesen, dass zu beachten ist, auf welcher Abstraktionsebene konkrete Handlungsanweisungen bzw. Techniken anzusiedeln sind. Er unterscheidet vier Abstraktionsebenen des therapeutischen Beziehungsangebots: Die Ebene der professionellen therapeutischen Beziehung (Ebene 1), die Ebene der übergreifenden Beziehungsmerkmale wie den drei Grundhaltungen (Ebene 2), die Ebene der Therapietechniken bzw. Verhaltensmuster der

Therapeutin (Ebene 3) und die Ebene der konkreten Interventionen/Handlungen in einem gegebenen Moment (Ebene 4). Diese Ebenen stehen in einer hierarchisch-logischen Beziehung zueinander und dürfen die Gesetzmäßigkeiten der jeweils übergeordneten Ebenen nicht verletzen. So muss ein Vorschlag der Therapeutin in einer konkreten Aufstellungssituation (Ebene 4) mit den jeweils höheren Abstraktionsebenen kompatibel sein. Entscheidend ist, dass die Therapeutin Aufstellungselemente nur dann einsetzt, wenn sie mit dem Beziehungsangebot, das durch die Aspekte Empathie, bedingungs-freie positive Beachtung und Kongruenz gekennzeichnet sind, übereinstimmen (und von der Klientin als solches auch wahrgenommen wird). Umgekehrt lassen sich aber keine Handlungsschritte für eine konkrete Situation im Hier und Jetzt ableiten; hier entscheidet die jeweilige (Aufstellungs-)Situation, wann eine Intervention Ausdruck von empathischem Verstehen sein kann und wann eben nicht. Die Therapeutin hat so „auf der Ebene der konkreten Therapieinteraktion allen erdenklichen Verhaltensspielraum“ (Eckert, 2006, S. 228). Hier wird anhand der Abstraktionsebenen nochmals deutlich, wo *In-Beziehung-Stellen* als Methode bzw. Technik einzuordnen ist: Jeder Vorschlag an die Klientin, inneres Erleben körperlich-räumlich zu symbolisieren, bzw. jede konkrete Handlungsanleitung der kongruenten Therapeutin im Aufstellungsprozess, muss ausdrücken, dass die Therapeutin die Klientin empathisch versteht und unbedingt wertschätzt. Je angstfreier und vertrauensvoller dieses Beziehungsangebot von der Klientin erlebt wird, umso mehr kann der Prozess der Aufstellung Veränderungen im Erleben der Klientin hervorrufen. Neue Erfahrungen in der Aufstellung können besser wahrgenommen und ins Selbstkonzept integriert werden.

Fazit

Aufstellungsarbeit, wie sie hier dargestellt wird, beinhaltet kein geplantes methodisches Vorgehen oder strukturierte Abläufe, kein zielgerichtetes Auf-etwas-Zugehen, im Gegenteil, die Arbeitsweise des *In-Beziehung-Stellens* bietet einen bedingungs-freien Erlebens-Raum, in dem persönliche Entwicklung passieren kann. *In-Beziehung-Stellen* ist somit ein hilfreiches Instrument, das in der personzentrierten therapeutischen Praxis zum Einsatz kommen kann, um Klientinnen dabei zu unterstützen, inkongruente Erfahrungen direkt wahrzunehmen und sichtbar zu machen sowie Symbolisierungsprozesse in Richtung größere Übereinstimmung von Selbstwahrnehmungen und innerem (organismischem) Erleben in Gang zu setzen. Der Vorteil dieser speziellen Arbeits- bzw. Kommunikationsform liegt darin, dass neben der verbalen Sprache körperliche und räumliche Ausdrucksformen zur Verfügung stehen, die

die inter- und intrapersonalen Beziehungserfahrungen ins Hier und Jetzt übertragen und ein unmittelbares körperliches Erleben dieser Situationen fühlbar werden lassen. Der Körper wird als Wahrnehmungs- und Resonanzkörper genützt. Sowohl mit dem, was aus dem Inneren auftaucht, als auch mit dem, was sich in der Aufstellung zeigt, kann Beziehung aufgenommen und eine Resonanz erzeugt werden. Innere (intrapersonale) oder äußere (interpersonale) Konflikte werden innerhalb dieses *Beziehungs-Raums* sichtbar und erlebbar. Es kann aber auch im Außen (außerhalb des Beziehungs-Raums) „hingeschaut“ und von dort Beziehung aufgenommen werden. Indem sich die Aufstellerin aus der (Aufstellungs-)Situation *herausstellt*, findet eine Desidentifizierung statt. Durch das *Sich-getrennt-davon-erleben* können bisher abgewehrte Erfahrungen sichtbar und ins Bewusstsein aufgenommen werden.

In-Beziehung-Stellen beschreibt einen beziehungs-, begegnungs- und erlebnisfördernden Prozess, bei dem die Person in ihrem *Ich als Individuum* und ihrem *Ich in der Bezogenheit mit anderen* gleichermaßen angesprochen wird. In diesem Prozess kann sich die Person, durch eine achtsame, bedingungsfreie Begleitung, in ihrer aufgestellten Beziehungssituation immer besser verstehen und sich dabei zunehmend authentisch erleben.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2005). *Aufstellungsarbeit in Psychotherapie und Beratung*. Verfügbar unter: <http://www.sozialministerium.at/Aufstellung> [3.1.2020].
- Baxa, G. L., Essen, C. & Kreszmeier, A. H. (2009). *Verkörperung: Systemische Aufstellung, Körperarbeit und Ritual*. Heidelberg: Carl Auer.
- Eckert, J. (2000). Gesprächspsychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 122–188). Heidelberg: Springer.
- Eckert, J. (2006). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 219–266). Heidelberg: Springer.
- Gendlin, E. T. (1993). Three assertions about the body. [Online]. *The folio*, 12(1), 21–33. Verfügbar unter: http://previous.focusing.org/gendlin/docs/gol_2064.html [2.2.2020].
- Gendlin, E. T. (1994). *Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen*. Würzburg: DAF.
- Gendlin, E. T. & Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Gendlin, E. T. (2000). When you feel the body inside, there is a door. In J. K. Zeig (Hrsg.), *The evolution of psychotherapy: A meeting of the minds*. Phoenix, [Online]. AZ: Th Milton H. Erickson Foundation Press. Verfügbar unter: http://previous.focusing.org/gendlin/docs/gol_2232.html [2.2.2020].
- Gendlin, E. T. (2012). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1996: *Focusing-oriented Psychotherapy*. New York: The Guilford).
- Gendlin, E. T. (2016). *Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (Original erschienen 1978: *Focusing*. New York: Bantam).
- Hellinger, B. & ten Hövel, G. (2007). *Anerkennen, was ist. Gespräche über Verstrickung und Lösung* (3. Aufl.). München: Arkana.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 118–138). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PDI). *Person*, 18(1), 31–43.
- Lieben, C. & Renoldner, C. (2011). *Verzeihung, sind Sie mein Körper? Körper- und Symptomaufstellungen in einer körperfernen Zeit*. München: Kösel.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Rogers, C. R. (1970). Areas of Application. In C. R. Rogers, *On Encounter Groups* (S. 147–161). New York: Harper & Row.
- Rogers, C. R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. (3. Aufl.). Köln: GwG (Original erschienen 1959: *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (S. 184–256). New York: Mc Graw Hill).
- Rogers, C. R. (1996). *Entwicklung der Persönlichkeit* (11. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1989: *On becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1998). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald (Original erschienen 1957: *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103).
- Rogers, C. R. (1999). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient* (211–231). Frankfurt/M.: Fischer (Original erschienen 1962: *The interpersonal relationship. The core of guidance*. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416–429).
- Sautter, C. & Sautter, A. (2006). *Alltagswege zur Liebe. Familienstellen als Erkenntnisprozess* (2. Aufl.). Wien: Ibero.
- Satir, V. (2015). *Selbstwert und Kommunikation (Jubiläumsausgabe)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schäfer, T. (2000). *Was die Seele krank macht und was sie heilt. Die psychotherapeutische Arbeit Bert Hellingers*. München: MensSana.
- Schmid, P. F. (1995). *Personale Begegnung*. Würzburg: Echter.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1998a). Der Mensch ist Beziehung. Personalität aus sozialpsychologischer und philosophisch-anthropologischer Perspektive. *Diakonia*, 29(4), 229–238.
- Schmid, P. F. (1998b). Von Person zu Person. Zur Beziehungstheorie und Weiterentwicklung der personzentrierten Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 6(1), 22–23.
- Schmid, P. F. (1998c). Souveränität und Engagement: Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (3. Aufl.) (S. 146–151). Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (2001). Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie* (S. 57–95). Wien: Facultas.

- 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.
- Schmid, P.F. (2010). Für sich und andere etwas sichtbar machen. Personzentrierte Aufstellungsarbeit. *Person*, 14(2), 125–134.
- Schmid, P.F. (2014). Aufstellungen. In G. Stumm & W.W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien – New York: Springer.
- Simon, F.B. & Retzer, A. (1998). Bert Hellinger und die systemische Psychotherapie: Zwei Welten. *Psychologie Heute*, 25(7), 64–69.
- Simon, F.B. (2010). Vorwort. In I. Sparrer & M. Varga von Kibéd (Hrsg.), *Klare Sicht im Blindflug. Schriften zur Systemischen Strukturaufstellung* (S.10–12). Heidelberg: Carl Auer.
- Sparrer, I. & Varga von Kibéd, M. (2010). Klare Sicht im Blindflug. *Schriften zur Systemische Strukturaufstellung*. Heidelberg: Carl Auer.
- Sparrer, I. (2010). Was die Familien-Strukturaufstellungen vom Familien-Stellen unterscheidet. In I. Sparrer & M. Varga von Kibéd (Hrsg.), *Klare Sicht im Blindflug. Schriften zur Systemischen Strukturaufstellung* (S.107–112). Heidelberg: Carl Auer.
- Sparrer, I. (2016). *Wunder, Lösung und System. Lösungsfokussierte Systemische Strukturaufstellung für Therapie und Organisationsberatung* (4. Aufl.). Heidelberg: Carl Auer.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2010.). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Stumm, G. & Keil, W.W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W.W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *die vielen gesichter der personzentrierten psychotherapie* (S.1–62). Wien: Springer.
- Systemische Gesellschaft. Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V. (2007). *Potsdamer Erklärung der systemischen Gesellschaft zur Aufstellungsarbeit*. [Online] Verfügbar unter: <http://idw-online.de/pages/de/news247995> [29.9.2019].
- Tschacher, W. & Storch, M. (2010). Embodiment und Körperpsychotherapie. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann & M.H. Nussbaum (Hrsg.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog* (S.161–176), Heidelberg: Springer.
- Tschacher, W., Storch, M. (2012). Die Bedeutung von Embodiment für Psychologie und Psychotherapie. *Psychotherapie*, 17(2), 259–267.
- Wiltschko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W.W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *die vielen gesichter der personzentrierten psychotherapie* (S.231–264). Wien: Springer.
- Wiltschko, J. (2003a). Beziehung. In G. Stumm, J. Wiltschko & W.W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S.54–56). Stuttgart: Pfeiffer.
- Wiltschko, J. (2003b). Experiencing. In G. Stumm, J. Wiltschko & W.W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S.99–102). Stuttgart: Pfeiffer.

Das Sprachenporträt

Ein Instrumentarium in der Arbeit mit traumatisierten geflüchteten Menschen

Nina Hermann
Verein Hemayat, Wien

Sprache nimmt in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten geflüchteten Menschen oft eine zentrale Rolle ein: sei es, dass die Betroffenen keine Worte für das erlebte Grauen finden können – Stichwort „speechless terror“ – sei es, dass sie die Sprache des Aufnahmelandes nicht beherrschen, also sprachliche Barrieren im Weg stehen. Besonderheiten wie die Auseinandersetzung mit fremden Kulturen, der oft unverzichtbare Einsatz von Dolmetscher*innen und das Ausmaß der Traumatisierung durch menschenverursachte Gräueltaten wie Krieg, Verfolgung und Folter müssen Berücksichtigung finden. Der Personenzentrierte Ansatz stellt die tragfähige Beziehung zwischen Klient*in und Therapeut*in in den Mittelpunkt von Therapie und Beratung. Das sogenannte Sprachenporträt, welches in diesem Artikel vorgestellt wird, kann als wertvolles Instrument dienen, betroffene Personen bei der Wiedererlangung von Kontrolle und Selbstbestimmung zu unterstützen und ihre Einzigartigkeit zu würdigen, welche oft durch ihre persönliche Sprachenvielfalt Ausdruck findet.

Schlüsselwörter: Flucht, Traumafolgestörungen, Spracherleben, dolmetschgestützte Psychotherapie, Personenzentrierter Ansatz, Sprachenporträt

The language portrait — A valuable instrument for psychotherapy with traumatized refugees. Language often plays a key role in psychotherapy with traumatized refugees: people possibly cannot find words for horrific events they have had to suffer, so-called “speechless terror”, or else experience a lack of knowledge of the host language. Encountering an unfamiliar culture, the conceivable need for interpreters and the scope of trauma caused by man-made atrocities such as war, persecution and torture should be taken into consideration. In the Person-Centered Approach trust between client and therapist is essential to therapy and counselling. The so-called “Sprachenporträt”, which means language portrait, as topic of this article, can be a useful instrument to assist clients regaining control and self-determination, thereby honoring their uniqueness expressed by their personal diversity of languages.

Keywords: flight, posttraumatic symptoms, lived experience of language, interpreter-assisted psychotherapy, person-centered approach, language portrait

Im Zuge von Flucht- und Migrationsbewegungen kommen häufig Menschen in Psychotherapie oder Beratung, deren Sprache wir nicht verstehen beziehungsweise die der Sprache des Therapeuten oder der Therapeutin nicht mächtig sind. Zudem handelt es sich in vielen Fällen um Personen, die durch Kriegsgeschehen, Verfolgung und Flucht, aber bisweilen auch durch rassistische und menschenunwürdige Behandlung in den Aufnahmelandern wiederholten Traumatisierungen ausgesetzt

waren und sind. Man kennt die Redewendungen: „Es verschlägt mir die Sprache“, „es fehlen mir die Worte“, „ich bin sprachlos“, wenn wir Situationen erleben, die wir nicht fassen, nicht begreifen können.

Sprachlosigkeit aus unterschiedlichsten Gründen ist ein zentrales Thema für Menschen, die traumatisierende Erfahrungen machen mussten.

Vor dem Hintergrund soziolinguistischer und psychodynamischer Zusammenhänge soll die Bedeutung der Sprache in der Arbeit mit geflüchteten und traumatisierten Personen aus personenzentrierter Sicht beleuchtet werden. Besondere Beachtung findet dabei das sogenannte Sprachenporträt als ein wertvolles Instrumentarium in der praktischen psychotherapeutischen Arbeit, um mit geflüchteten Menschen „ins Gespräch“ zu kommen.

Nina Hermann, Dr.ⁱⁿ, geb. 1954, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis in Wien mit dem Schwerpunkt therapeutische Begleitung traumatisierter geflüchteter Menschen; Zusammenarbeit mit den Vereinen Hemayat sowie Afya; langjährige Tätigkeit im Rahmen der Jugendwohlfahrt (Verein KIWOZI). Kontakt: Dr.ⁱⁿ Nina Hermann, 1170 Wien, Kainzgassee 12/14, nina_hermann@gmx.at

Theoretischer Hintergrund

Es geht um traumatische Ereignisse und deren Auswirkungen auf Prozesse im Gehirn, insbesondere jene sprachlicher Natur, sowie um das damit verbundene Spracherleben der betroffenen geflüchteten Menschen.

Der Traumabegriff

Vorab ein paar Worte zum Traumabegriff, der im gegenwärtigen Diskurs häufig unscharf bis inflationär verwendet wird. Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung oder Wunde. Es handelt sich ursprünglich um einen medizinischen Terminus, der im Falle des Psychotraumas vom Körper auf die Seele übertragen wurde.

Dabei sei auf die Zweidimensionalität des psychischen Traumas hingewiesen, auf das Zusammenspiel von äußerer und innerer Realität, die auf komplexe Weise verschränkt sind (Kühner, 2008). Luderer & Gutmann (2018) sprechen dabei sowohl vom Ereignis (Gewalteinwirkung) als auch von den Folgen (seele Verletzung).

Fischer und Riedesser (1998, S. 84) definieren psychisches Trauma als ein „vital Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

Aus obiger Definition geht hervor, dass es sich um massive Bedrohungen, oft gepaart mit Todesangst, handelt. Keinesfalls solle der Begriff, so der Traumatherapeut Becker (2003, S. 67), für kleinere Kränkungen und Verletzungen verwendet werden, sondern sei auf Erfahrungen zu beschränken, die einen „tiefen Riss, eine Wunde in der psychischen Struktur verursachen“. Janoff-Bulman (1992) spricht von „shattered assumptions“, einer fundamentalen Erschütterung grundlegender Überzeugungen wie positive Selbstwahrnehmung, vertrauensvolle Erwartungen an die Welt und an die Beziehungen der Menschen untereinander. Aus personenzentrierter Sicht führen traumatische Ereignisse zum Erleben akuter Inkongruenz (Biermann-Ratjen, 2003). Die traumatische Erfahrung der Bedrohung kommt aus der Außenwelt, erschüttert aber auch massiv das Selbstkonzept, das diese nicht integrieren kann (Eckert & Biermann-Ratjen, 2019).

Trauma und Spracherleben als Wechselbeziehung

In lebensbedrohlichen Situationen haben Lebewesen prinzipiell zwei Möglichkeiten, um der Gefahr zu entkommen: zu kämpfen (fight) oder zu fliehen (flight). Sind beide nicht möglich, wird eine Art Totstell-Reflex ausgelöst (freeze) (Sachsse, 2018).

In diesem Einfrier-Zustand werden Gehirnprozesse auf ein basales Überlebensniveau reduziert: Reizleitungen vom Gehirnstamm an höhere Zentren und die Großhirnrinde werden weitgehend unterbrochen. Ein Ordnen, Analysieren und Verknüpfen mit bisher Erlebtem und Bekanntem unterbleibt, auch die Verbindung zum Sprachzentrum ist teilweise blockiert. Die Sprache wird fragmentiert, die Logik bricht auseinander (van der Kolk, 2019).

Viele Extremtraumatisierte können das, was ihnen angetan wurde, oft nicht in Worte fassen. Wir sprechen von namenlosem Grauen, sprachlosem Entsetzen. Wenn Hüsson (Behr, Hüsson, Luderer & Vahrenkamp, 2020, S. 130) meint, dass „organismisches Erleben in der Beratung vorwiegend durch die Sprache symbolisiert wird“, so ist hier festzuhalten, dass der Symbolisierung in Form von verbaler Sprache auf neurobiologischer Ebene erhebliche Hindernisse in den Weg gelegt sind, sodass das therapeutische Gespräch rasch an seine Grenzen stößt.

Um die Wechselwirkungen zwischen Traumatisierung und Sprache zu untersuchen, kann das Konzept des Spracherlebens herangezogen werden. Es verweist darauf, dass erinnerte Situationen oder Szenen auch damit verknüpft sind, wie wir uns als Sprechende oder Angesprochene erlebt haben (Busch & Hermann, 2019). Unter Spracherleben verstehen wir die Art, wie man sich in einer verbalen Interaktion in Relation zum Gegenüber selbst erlebt. Im Wesentlichen geschieht dies entlang der drei Achsen Anerkennung/Nicht-Anerkennung, Zugehörigkeit/Ausschluss, Macht/Ohnmacht (Busch, 2016). Auf diese Weise werden Sprachen und Sprechweisen mit Erfahrungen und Zuschreibungen verknüpft, ohne dass uns dies in den meisten Fällen bewusst wird. In Anlehnung an Merleau-Ponty (1966) lässt sich, Busch (2016) zufolge, sagen, dass Spracherleben eine leiblich-emotionale Dimension hat, gleichsam in den Körper eingeschrieben ist (embodiment).

Diese Erkenntnisse können als Grundlage für das Focusing-Konzept von Gendlin (1993) angesehen werden. Er erweiterte mit dem Focusing die klassische Klientenzentrierte Psychotherapie um das Experiencing und damit in Richtung erlebnisorientierte (experienzielle) Psychotherapie. Aus einem vagen Körperempfinden, dem sogenannten „felt sense“, wird durch ein schrittweises Finden von Bildern und Symbolen und schließlich durch den treffenden sprachlichen Ausdruck ein „felt shift“ erzeugt. Man könnte diesen als inneren Prozess beschreiben, der in der betroffenen Person ein Gefühl der Erleichterung („ah ja“, „genau, so ist es!“) auslöst, und zwar im Sinne des sich selbst Verstehens beziehungsweise des Verstanden-Werdens. Dem Versuch, das Trauma in Worte zu fassen und die unterschiedlichsten Folgestörungen emotional und kognitiv einordnen zu können, stehen allerdings, vor allem im Zusammenhang mit „man-made disaster“, zahlreiche Hindernisse im Weg.

Das Sprachenporträt

Diverse Sprachen und Sprechweisen einer Person haben unterschiedliche emotionale Färbungen und lassen sich im Körper an bestimmten Stellen verorten. Das sogenannte Sprachenporträt ist eine kreative Methode, Spracherleben sichtbar zu machen, diesem Erleben sprachlichen Ausdruck zu verleihen, Erfahrungen aus der eigenen Lebensgeschichte in Worte zu fassen und körperliche Zuordnungen zu treffen. Wie schon zuvor beschrieben, ist es ein Charakteristikum des Traumas, dass Wahrnehmungen, Gefühle, Körperempfindungen und Denkprozesse nicht mehr schlüssig eingeordnet werden können. Aufgesplittertes, blockiertes Erleben – „incompletion“ oder „unfinished business“ (Biermann-Ratjen, Eckert & Gahleitner, 2019, S. 860) – muss in einem schrittweisen Prozess wieder zusammgefügt werden, um traumatische Ereignisse integrieren zu können. Das Sprachenporträt kann in diesem Zusammenhang als wertvolles Hilfsmittel dienen.

Methode – Herkunft und Weiterentwicklung

Bei dem ursprünglich in der Pädagogik eingesetzten Konzept handelt es sich um die Silhouette eines menschlichen Körpers auf einem Blatt Papier. Diverse Sprachen, aber auch Dialekte oder Sprechweisen, welche der betroffenen Person geläufig sind oder wichtig erscheinen, werden grafisch zu Papier gebracht und durch unterschiedliche Farben und Lokalisation inner- oder auch außerhalb des Körperumrisses festgehalten. Auch Sprachen, die in Zukunft erlernt werden möchten, können einen Platz finden. Dadurch entsteht eine Projektionsfläche für die subjektive, emotionale Färbung sowie für das damit verbundene leibliche Erleben der Person in Verbindung mit dem Verwenden einer bestimmten Sprache oder Sprechweise.

Das Sprachenporträt wurde unter anderem von Krumm & Jenkins (2001) schwerpunktmäßig im Zusammenhang mit Mehrsprachigkeit in Schulklassen zur Anwendung gebracht. Busch (2006), die das Sprachenporträt wiederholt in ihrer Forschung eingesetzt hat, beschreibt ihre Unterrichtserfahrungen in einem panafrikanischen Kurs für Erwachsenenbildung in Kapstadt, wo neben persönlich-biografischen vor allem gesellschaftspolitische Aspekte sichtbar wurden: So unterschied eine Teilnehmerin zwischen ihrer Herkunftssprache Oshivambo „language of my heart“ (ebd., S. 10), der aufgezwungenen Kolonialsprache (Afrikaans) und der Drittsprache Englisch als Lingua franca, welche Türen für die Zukunft öffnen kann.

Busch und Reddemann (2013) untersuchten die Zusammenhänge zwischen Mehrsprachigkeit, Trauma und Resilienz und setzten in einer Pilotstudie (Aigner, Busch & Reddemann, 2014) das Sprachenporträt bei Patient*innen auf der

Erwachsenenpsychiatrie einer österreichischen Klinik ein. Durch die Kooperation verschiedener Disziplinen bzw. Berufsfelder (Medizin, Linguistik, Trauma-Psychotherapie) sollten dabei unterschiedliche Aspekte der Wechselbeziehung zwischen Mehrsprachigkeit und Resilienz erfasst werden.

Abgesehen von der Vielfalt an Sprachen, Dialekten und anderen Sprechweisen, die von den Teilnehmer*innen sichtbar gemacht wurden, konnten bislang unerkannt gebliebene biografische Elemente zu Tage gefördert und emotionale Zusammenhänge hergestellt werden.

Ausgehend von dieser Pilotstudie kam es unter der Leitung von Reddemann (Medizinerin und Traumatherapeutin) und Busch (Linguistin) im Dezember 2014 zur Bildung einer Arbeitsgruppe. Neben Psychotherapeut*innen unterschiedlicher Schulen gab es Teilnehmer*innen aus den Berufsgruppen Pädagogik/Sozialpädagogik, Psychologie, Medizin (Psychiatrie) und Sozialarbeit. Ziel dieser Gruppe war es, zu untersuchen, inwieweit sich das Sprachenporträt in verschiedenen Berufssparten zur Anwendung bringen lässt. Als Personzentrierte Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Trauma und Flucht war es mein Anliegen, dieses Instrumentarium auf seine Brauchbarkeit für die psychotherapeutische Arbeit im dyadischen Setting zu überprüfen. Die Teilnehmer*innen der Arbeitsgruppe trafen einander in etwa halbjährlichen Abständen über nahezu drei Jahre hinweg, um ihre Erfahrungen auszutauschen und Adaptierungen und Nachjustierungen vorzunehmen.

Während Krumm (Krumm & Jenkins, 2001) jeweils mit einem eigenen Schema für Mädchen und Burschen gearbeitet hatte (Abb. 1), gab die Arbeitsgruppe einer stilisierten, dynamischeren (eine Hand oben, eine unten) und geschlechtslosen Figur den Vorzug (Abb. 2). (Die Schablone kann unter Angabe der Quelle heruntergeladen werden.)¹ Zudem schlug die Kunsttherapeutin Rentsch² eine Differenzierung der Körper-

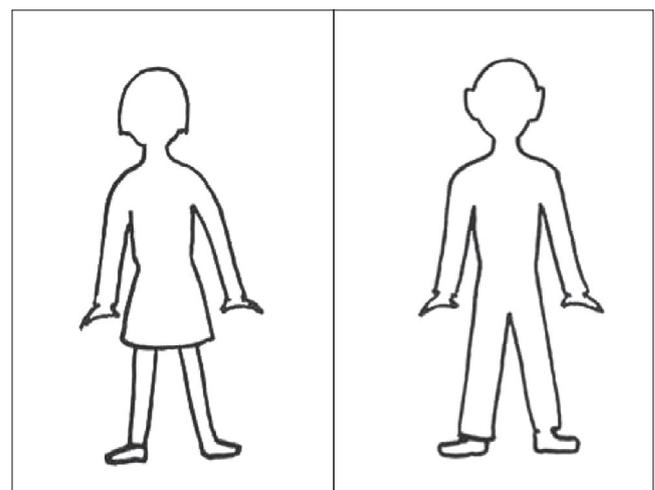


Abb. 1 (Krumm, 2001)

1 <http://heteroglossia.net/Sprachportraet.123.0.html>

2 Mündliche Mitteilung

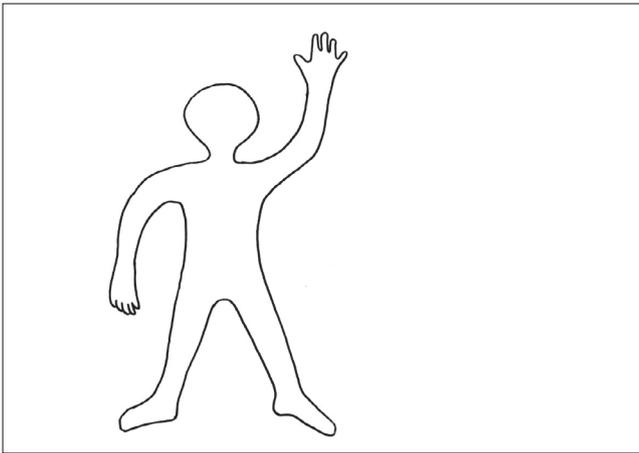


Abb. 2 Schablone/Erwachsene

silhouette für Erwachsene und Kinder vor. Sie plädierte für die Platzierung des Körperumrisses auf einem Blatt im Querformat, einerseits, um Raum für eine Legende zu schaffen, andererseits, um einen etwaigen Tunnelblick (Hochformate wirken oft beengend) zu weiten.

Es wurde versucht, eine standardisierte Arbeitsanleitung zu verfassen und sich auf einheitliche Materialien (vorzugsweise Filzstifte) zu einigen. So sollte eine gewisse Vergleichbarkeit der Porträts ermöglicht werden.

Bevor der konkrete Einsatz der Methode in der psychotherapeutischen Arbeit mit der Zielgruppe – geflüchtete, komplex traumatisierte Menschen – diskutiert wird, sollen die Rahmenbedingungen meiner therapeutischen Arbeit vorgestellt werden.

Rahmenbedingungen und praxisbezogene Überlegungen

In Zusammenarbeit mit dem Verein Hemayat³ biete ich schwer traumatisierten geflüchteten Menschen psychotherapeutische Begleitung an. Die Menschen kommen aus aktuellen (z. B. Syrien, Irak, Afghanistan) oder ehemaligen (z. B. Bosnien, Tschetschenien) Kriegsgebieten und haben in den meisten Fällen massive Repressionen, Gewalt, Verfolgung und auch Folter erlebt. Manche sind schon jahrelang, manche erst seit kurzem in Österreich. Sie haben unterschiedlichen Aufenthaltsstatus: Das Spektrum reicht von jenen, die sich noch im Asylverfahren befinden, bis zu Personen, die bereits die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. Sie unterscheiden sich somit auch erheblich in der Kenntnis der deutschen Sprache. Ich arbeite schwerpunktmäßig mit Erwachsenen, zum Großteil mit Frauen, vereinzelt auch mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen.

Die Sitzungen finden wöchentlich oder 14-tägig in meiner Privatpraxis statt. Falls die Deutschkenntnisse nicht ausreichen,

gibt es eine Kooperation mit einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher.

Mein Part ist die psychotherapeutische Unterstützung in Form von Personenzentrierter Psychotherapie. Sozialarbeiterische Belange, Rechtsberatung und medizinische Betreuung sind üblicherweise ausgelagert und werden durch den Verein Hemayat vermittelt.

Besonderheiten im Kontext von Flucht und Trauma

Die Arbeit mit traumatisierten geflüchteten Menschen unterscheidet sich vom herkömmlichen psychotherapeutischen Setting in vielen Bereichen.

Ich werde in der Folge versuchen, einige relevante Punkte herauszuarbeiten. Dabei sollen die personenzentrierte Sicht sowie die Berücksichtigung sprachlicher Aspekte in den Mittelpunkt gerückt werden.

Flucht und die Begegnung zweier Kulturen

Das Unbekannte, Fremde schafft Verunsicherung, das gilt für Klient*innen ebenso wie für Therapeut*innen. Daher ist es für die Arbeit mit dieser Zielgruppe empfehlenswert, sich genügend Zeit für das Kennenlernen und den Beziehungsaufbau zu nehmen. Vielen Menschen aus außereuropäischen Kulturen ist der Beruf eines Psychotherapeuten, einer Psychotherapeutin völlig unbekannt, sie haben auch keine sprachliche Bezeichnung dafür. Daher sind die Erwartungen oft jenseits von dem, was wir anbieten können, wie beispielsweise auf den Aufenthaltsstatus einwirken zu können, eine Wohnung zu beschaffen oder Medikamente zu verschreiben. Sich einer fremden Person zu öffnen, die angeblich nichts weitererzählt – sprich Verschwiegenheit –, erscheint zudem für viele nicht vorstellbar.

Swildens (1991) plädiert dafür, in bestimmten Fällen ein besonderes Augenmerk auf die Prämotivationsphase zu legen. Dazu gehört auch, bisweilen konkrete Informationen, manchmal sogar Handlungsanweisungen zu geben. Psychoanalytiker*innen würden vom Abrücken von einer strengen Abstinenz, Rogerianer*innen von direktiven Interventionen sprechen. Im Falle schwerer Menschenrechtsverletzungen im Zusammenhang mit Verfolgung, Gräueltaten, Vergewaltigungen und Folter ist es zudem angemessen, gegen verübtes Unrecht Position zu beziehen und eine, wie es Gahleitner (2005, S. 96) bezeichnet, „reflektierte Parteilichkeit“ an den Tag zu legen.

Eine weitere Herausforderung entsteht dadurch, sich oft mit Werthaltungen konfrontiert zu sehen, die den eigenen diametral entgegengesetzt sind. Die drei personenzentrierten Grundhaltungen scheinen jedoch sehr förderlich, sich vorurteilsfrei dem Anderen anzunähern. Barth (2018, S. 84) schreibt in diesem Zusammenhang, „dass der durch nicht wertende Aufmerksamkeit, Empathie und Kongruenz geprägte personenzentrierte

³ <http://www.hemayat.org>

Zugang per se mit allen ausgrenzenden und rassistischen Tendenzen nicht vereinbar ist.“ Ein großer Pluspunkt für Menschen, die genau unter diesen Gegebenheiten zu leiden haben.

Gewalt und Folter – Über Grenzen von Empathie und Heilsein

Die Begegnung mit Menschen, die Krieg und Folter erlebt und überlebt haben, stellt uns bisweilen vor große Herausforderungen. Lottaz (2002, S.77) spricht vom „gesellschaftlichen Charakter der erlittenen ‚fundamentalen Inkongruenz zur Welt‘“. Damit verweist er einerseits auf das extreme Ausmaß psychischer Zerrüttung, andererseits unterstreicht er die politische Dimension von Verfolgung und Folter. Das Problem, das sich für die Therapeut*innen stellt, ist der Umstand, jenes Erlebte empathisch begleiten zu wollen, das jenseits unseres Vorstellungsvermögens, unseres Erfahrungsgebietes liegt. Eissler (1963, S. 285) spricht von der „Uneinfühlbarkeit“ solcher Erfahrungen. Keilson (1995, S. 78) weist auch auf eine fehlende sprachliche Repräsentanz hin, „wohin die Sprache nicht reicht“. Hinzu kommt die Tatsache, dass für Kriegs- und Folterüberlebende „der Mitmensch nur noch Gegenmensch ist“ (Lottaz, 2002, S. 78). Einer vertrauensvollen Beziehung in der Therapie sind dadurch oft Grenzen gesetzt, die psychischen Verletzungen bisweilen so massiv, dass Heilen und Heil-Werden nur beschränkt möglich sind.

*Von der Dyade zur Triade – der Einsatz von Sprach- und Kulturmittler*innen*

Eine weitere Besonderheit in der Arbeit mit geflüchteten Menschen ist die dolmetschgestützte Therapie. Sie kommt immer dann zum Einsatz, wenn eine tieferegreifende Auseinandersetzung mit den erlittenen Traumata angestrebt wird und der gemeinsame Wortschatz zwischen Klient*in und Therapeut*in zu dürrig ist. Zudem sind in vielen Fällen emotional hoch aufgeladene Inhalte in der Erstsprache meist besser ausdrückbar. Die sogenannten Dritten im Bunde werden auch als Kommunaldolmetscher*innen (community interpreters) oder Sprach- und Kulturmittler*innen bezeichnet. Letztere Bezeichnungen weisen darauf hin, dass es sich um weit mehr als um das bloße Übersetzen von der einen in die andere Sprache handelt. Bei der Wahl des Dolmetschers bzw. der Dolmetscherin ist auf Herkunft (auch Volksgruppenzugehörigkeit spielt eine Rolle), Alter, Geschlecht, soziale Schicht und religiöse Orientierung, aber auch auf die fachliche Ausbildung zu achten (das bloße Beherrschen einer Sprache ist nicht ausreichend). Auch das Wissen um psychische Prozesse (u. a. Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomene) im Rahmen einer Therapie oder Beratung ist erforderlich.

Pinzker (2018) weist besonders auf die Beziehungsaspekte in diesem Setting hin. Sie betont die „persönliche ... als auch

professionelle ... Zusammenarbeit (Person und Funktion)“ zwischen Therapeut*in und Dolmetscher*in (ebd., S. 94). Die in der therapeutischen Beziehungskonstellation übliche Dyade wird durch eine Triade ersetzt. Dabei ist der/die Dolmetscher*in kein Zusatz, sondern „integrativer Bestandteil triadischer Psychotherapie“ (ebd., S. 99). Im Dreieck angeordnete Sitzpositionen haben sich dabei in der Praxis am besten bewährt (Haenel, 1997). Besonderes Augenmerk ist auf mögliche Koalitionsbildungen zu legen. Da Kommunaldolmetscher*innen oft aus ähnlichen Gründen wie die Klient*innen ihre Heimatländer verlassen haben (Krieg, Vertreibung, Verfolgung), muss bei den Dolmetschenden unter Umständen durch das Wiedergeben von belastenden Inhalten mit einer Retraumatisierung gerechnet werden. Regelmäßige Vor- und Nachbesprechungen basierend auf einer tragfähigen Beziehung zwischen Dolmetscher*in und Therapeut*in sind daher unabdingbare Voraussetzung.

Anwendungsbereiche des Sprachenporträts im personzentrierten Setting

Im Folgenden sollen Beweggründe diskutiert werden, die den Einsatz des Sprachenporträts sinnvoll erscheinen lassen.

Erfassung sprachlicher Ressourcen

Viele Migrant*innen und Geflüchtete empfinden es als beträchtliches Defizit, die Sprache des Aufnahmelandes nicht oder nicht ausreichend zu beherrschen. Auch wenn dies im Alltag zweifellos eine große Hürde darstellt, sollte nicht übersehen werden, dass es neben diesem Mangel unter Umständen einen Reichtum an anderen Sprachen, die verwendet und/oder verstanden werden, gibt. Dies zu erkennen und auch gewürdigt zu bekommen, kann erheblich zur Stärkung des Selbstwertes und zur Selbstermächtigung der Betroffenen beitragen. „Niemand ist einsprachig“ ist zwar linguistisch erwiesen (Busch, 2012), manchmal bedarf es aber einer Bewusstmachung dieser Erkenntnis. Mit Hilfe des Sprachenporträts kann dies unmittelbar sichtbar gemacht werden. Darüber hinaus werden die Menschen in ermutigender Weise angeregt, sich mit Fragen zur Identität im Zusammenhang mit ihrer persönlichen Fluchtgeschichte auseinanderzusetzen.

Erkundung lebensbiografischer Zusammenhänge

Lebensgeschichtliche Daten aktiv abzufragen, wie es in einem medizinischen Anamnesegespräch üblich ist, hat in der psychotherapeutischen Arbeit wenig Bedeutung. Wichtiger erscheint es, die betroffenen Personen zu unterstützen, von sich aus die für sie relevanten Erlebnisse mitzuteilen. Über das Sprachenporträt bekommen Therapeut*innen indirekt häufig einen sehr detaillierten Zugang zur Er-Lebensgeschichte ihres Gegenübers. Für Klient*innen ist es eine Möglichkeit der Selbstexploration,

um schrittweise die Bruchstücke des Traumageschehens zusammenfügen zu können.

Diagnostische Fingerzeige

Personenzentrierte Psychotherapeut*innen lehnen zumeist fest-schreibende Diagnosen ab und bevorzugen prozesshafte Schilderungen von Erlebens- und Verhaltensweisen ihrer Klient*innen. Ein Sprachenbild kann diagnostische Hinweise geben und als Mosaikstein dienen, die Erlebenswelt der Betroffenen besser begreifen und aktuelle Problematiken einordnen zu können.

Untenstehende Bilder stammen von zwei tschetschenischen Frauen etwa gleichen Alters. Beide haben Kriegsgräuel, Verfolgung und Fluchterfahrungen hinter sich. Ihrer Persönlichkeit entsprechend gehen sie aber völlig unterschiedlich damit um: E. (Abb. 3), ängstlich, verzagt und resigniert geht in Rückzug und Isolation, T. (Abb. 4) versucht, trotz widriger aktueller Lebensumstände, immer wieder nach neuen Lösungen zu suchen. Die Sprachenbilder können Hinweise geben, was in der Begegnung mit der Therapeutin für die jeweilige Klientin hilfreich sein könnte. Für E. war vor allem Stärkung und Ermutigung wichtig, um ihren Fähigkeiten mehr Gewicht zu verleihen; ihre sprachlichen Ressourcen wurden von ihr nur marginal wahrgenommen und als unscheinbare Punkte dargestellt. T. hingegen definierte sich stark über Aktivitäten und

Hilfeleistungen für Andere, ohne auf die eigenen Grenzen zu achten, was oft zu körperlicher und seelischer Überforderung führte. Auch ihre sehr dynamisch wirkende Darstellung machte vor den Körpergrenzen nicht Halt.

Therapeutische Aspekte

Kreative Leistungen unser Klient*innen, in diesem Fall gemalte oder gezeichnete Sprachen-Bilder, liefern uns eine Fülle von Material für das therapeutische Geschehen, zumal oft viele unbewusste Inhalte zu Tage befördert werden. Dies kann von großem Nutzen für den therapeutischen Prozess sein.

Bei Verwendung bestimmter therapeutischer Hilfsmittel sollte jedoch immer die Frage nach der Vereinbarkeit mit der eigenen Therapierichtung gestellt werden. Prinzipiell schließe ich mich der Haltung von Claas (2007) an, dass es keiner spezifischen Traumatherapie, wohl aber einer Personenzentrierten Psychotherapie für Traumatisierte bedarf. Das heißt für den Therapeuten bzw. die Therapeutin, sich an den Grundhaltungen einführendes Verstehen, unbedingte positive Beachtung und Kongruenz zu orientieren. Am Beispiel der Klientin E. (Abb. 3) möchte ich aufzeigen, wie dies bei der Anwendung der Methode des Sprachenporträts zum Tragen kommen kann.

Die Klientin markierte ihren Wunsch, Arabisch zu lernen, als grünen Punkt in einen Finger der linken Hand. Ich war

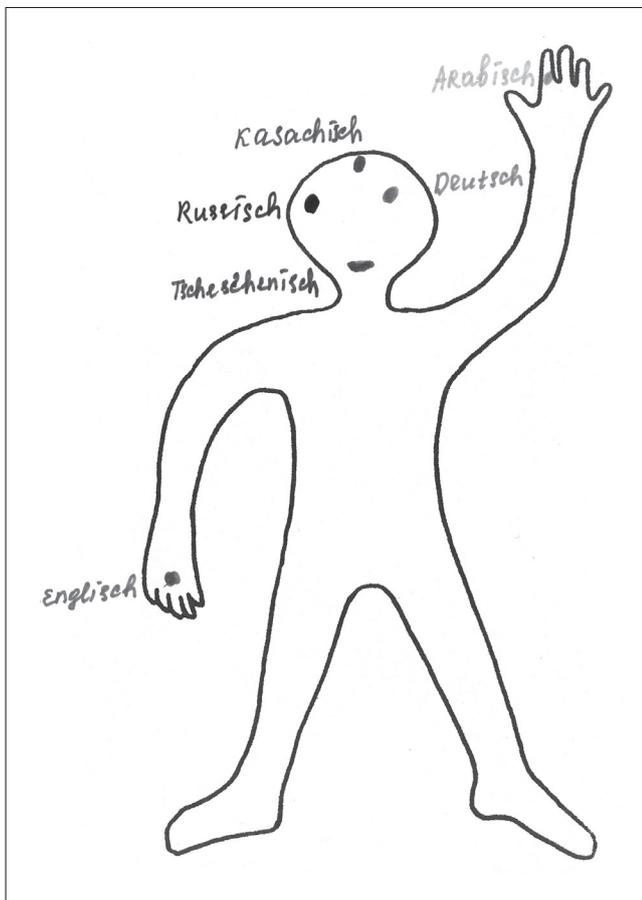


Abb. 3

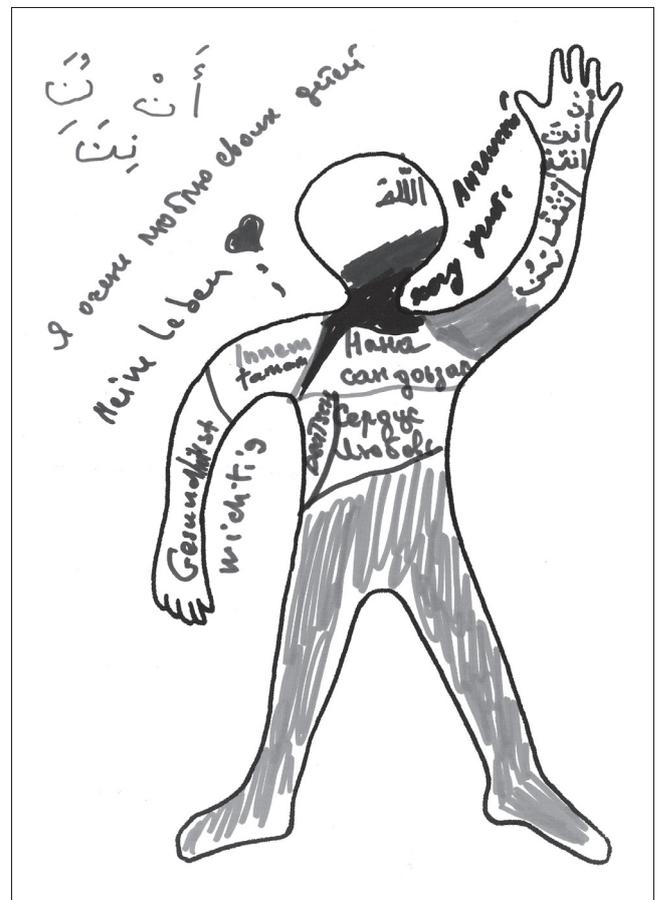


Abb. 4

darüber erstaunt und verstand ihr Bedürfnis, als tschetschenische Frau unbedingt eine so schwierige Sprache zu erlernen, nicht wirklich, wo sie doch derzeit besonders mit dem Deutschlernen massive Probleme hatte. Das war auch durchgehend Thema in der Therapie. Erst durch Nachfragen und Verstehen der Hintergründe, war es mir möglich von einer abschätzigen inneren Bewertung – „wozu denn das?“ – abzurücken. Es ging um den Wunsch, den Koran lesen zu können. In der Folge wurde mir erst klar, was alles hinter der Motivation, religiöse Vorschriften möglichst korrekt zu befolgen, steckte. Es bedeutete Vertrautheit, Schutz und Verbundenheit mit ihrer in der Heimat verbliebenen Familie, aber auch mit der in Österreich lebenden Gemeinschaft. Strenges Befolgen der Gebote des Islam verschafft Respekt und Anerkennung, also Haltungen, welche der Klientin selten entgegengebracht worden waren. Erst durch das Einfühlen und Verstehen dieser Zusammenhänge konnte ich ihr strenges Fasten, das ich wegen ihres schlechten Gesundheitszustandes und der Einnahme von Psychopharmaka einmal kritisch betrachtet hatte, in einem anderen Licht sehen. Ein kleiner Punkt auf dem linken Zeigefinger – Arabisch sprechen zu können, bedeutet auch Zugehörigkeit – setzte einen Prozess in Gang, der mich mit meinen eigenen Inkongruenzen konfrontierte und es mir in der Folge möglich machte, offener und wertfreier meinem Gegenüber zu begegnen.

Die Bedeutung der Methode für den Klienten bzw. die Klientin liegt darin, ein Werkzeug in die Hand zu bekommen, das die Möglichkeit bietet, sich weitgehend selbstbestimmt zu erforschen – also eine durchaus personenzentrierte Vorgangsweise. Durch das Pendeln zwischen Bild und verbaler Sprache ergibt sich eine Distanzierung vom Erlebten und eine Förderung der Selbstkontrolle. Für Menschen, die durch Unterdrückung und/oder Gewalt bis hin zur Folter ein Höchstmaß an Kontrollverlust erfahren haben, ist dies ein besonders wichtiger Aspekt in der Arbeit mit dieser Zielgruppe. Als Psychotherapeutin obliegen mir keinerlei Deutungen und Interpretationen, lediglich ein Kommentieren der wahrgenommenen Phänomene ist angesagt. Eine Haltung, die Interesse und Wertschätzung bekundet, kann zur Förderung der Symbolisierung beitragen: Über die Sprache sprechen ermöglicht, vieles zur Sprache zu bringen.

Fallbeispiel

Es handelt sich um einen 17-jährigen jungen Mann aus dem Norden Afghanistans, der sich zum Zeitpunkt unseres Kennenlernens seit einem Jahr in Österreich aufhielt. Ich erlebte ihn als einen offenen und differenzierten jungen Menschen mit vielseitigen Interessen wie Sport, Musik und Literatur. In seiner Familie galten „demokratische Werte“, wie er es bezeichnete; ein westlicher Lebensstil wurde gepflegt. Als er 14 Jahre alt

war, wurde sein Vater aufgrund politischer Aktivitäten ermordet. Sein Onkel, Anhänger der Taliban, übernahm die „Verantwortung“ für seine Mutter und die vier Geschwister. Für meinen Klienten bedeutete dies, in einer Koranschule (Madrasa)⁴ untergebracht und ideologisch indoktriniert zu werden. Unter Anwendung von Zwang und brutaler Gewalt erwartete ihn eine Ausbildung zum Selbstmord-Attentäter. Mit Unterstützung der Mutter gelang ihm die Flucht nach Europa, wohin er mit Hilfe eines Schleppers seinem älteren Bruder nachfolgte.

Der junge Mann lebte in einer Einrichtung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und hörte von der Möglichkeit einer Psychotherapie, zu der er sich mit dem ausdrücklichen Wunsch „ohne Dolmetscher*in“ anmeldete. Als Probleme, die ihm zu schaffen machten, nannte er sich aufdrängende Bilder, Alpträume, Ängste, Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Besonders beeinträchtigend erlebte er Flashbacks, die durch den Anblick bärtiger Männer (Erinnerungen an die Madrasa) ausgelöst wurden. Ziel der gemeinsamen Arbeit sollte sein, die Traumafolgestörungen in den Griff zu bekommen. Daneben stand, wie bei allen geflüchteten Menschen, auch die Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags im Vordergrund.

Bereits in der zweiten Stunde hatte ich geplant, ihm die Methode des Sprachenporträts vorzuschlagen, da in seinen Erzählungen unterschiedliche Sprachen eine Rolle zu spielen schienen. Aufgrund dringlicher aktueller Themen fand dies erst in der fünften Stunde statt. Der Klient definierte die Silhouette für sich als Rückenansicht und platzierte seine ihm geläufigen Sprachen in der unten angegebenen Reihenfolge in den entsprechenden Farben. Er benötigte dafür etwa dreißig Minuten. Im anschließenden Gespräch gab er folgende Erklärungen dazu ab:

1 – Dari (grün)

Die Muttersprache befindet sich im Kopf und den beiden Daumen. Afghanistan ist für ihn ein grünes Land. Er möchte die Sprache halten wie ein Baby, das sich anklammert.

2 – Usbekisch (rot)

Die Sprache verbindet er mit der schwierigen Zeit in einer Madrasa, wo er misshandelt wurde.

3 – Paschtu (schwarz)

Dazu gibt es Assoziationen zu Zwang und Gewalt.

4 – Türkisch (blau)

Als Junge besuchte er frühmorgens vor der Regelschule einen Türkisch-Kurs; mit Blau verbindet er den morgendlichen blauen Himmel und einen kleinen Bach, den er durchqueren musste (Hose aufkrepeln – Hand und Fuß sind daher blau gemalt).

5 – Deutsch (orange)

Die erhobene rechte Hand bedeutet in Afghanistan Freiheit. Seine

⁴ Madrasa: seit dem 10. Jhd. die Bezeichnung für eine Schule, in der islamische Wissenschaften unterrichtet werden

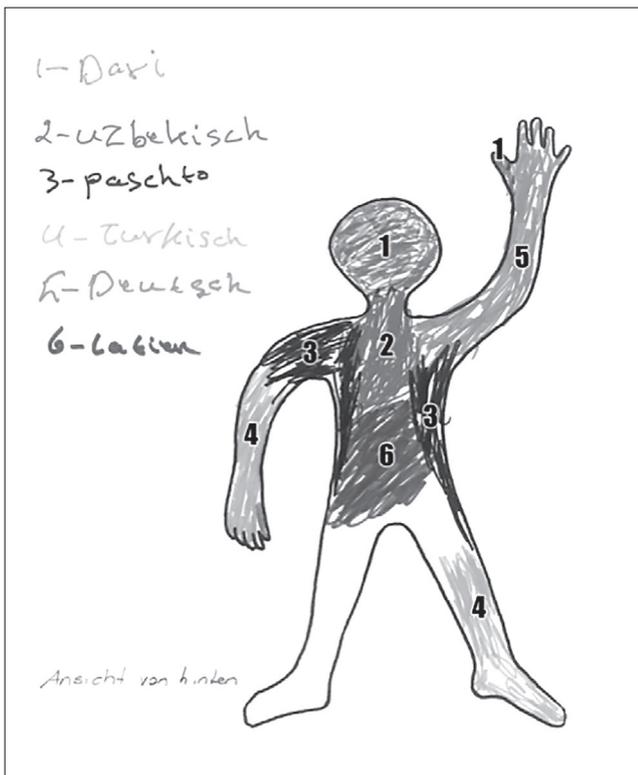


Abb. 5

ersten deutschen Worte waren „Guten Morgen“, er war aufgestanden und die Sonne schien.

6 – Latein (braun)

Sein Lernzimmer im Elternhaus hatte eine braune Farbe und viele Bücher. Es war ruhig und gut zum Lernen.

Das Sprachenporträt gibt einen unmittelbaren Einblick in die Lebensgeschichte des jungen Mannes. Unter den zahlreichen Sprachen, die ihm geläufig sind, nimmt seine Erstsprache Dari einen zentralen Platz ein (Erstnennung) und ist emotional äußerst positiv besetzt. Aufgrund der Bildungsmöglichkeiten (Türkisch- und Lateinunterricht) bekommt man Hinweise auf die soziale Schicht, aus welcher der junge Mann stammt. Gewaltsame traumatische Erfahrungen in einer Koranschule (rote und schwarze Farbflächen im Nacken- und Rückenbereich sind mit Angst und Schmerzen assoziiert) geben Einblick in politisch-religiöse Gegebenheiten im Herkunftsland. Der deutschen Sprache als Hoffnungsträger für Freiheit und Zukunftsperspektive kommt in der Therapie eine besondere Rolle zu: Es ist jene Sprache, in der Klient und Psychotherapeutin miteinander kommunizieren.

Als berührendes Detail am Rande erzählte der junge Mann seinen ersten Kontakt in Wien: Er hatte beschlossen, nicht mehr mit seinem Schlepper weiterzureisen, ohne zu wissen, dass er sich zu diesem Zeitpunkt in Wien befand. Als er auf der Straße türkischen Jugendlichen begegnete und um Hilfe bat – seine Türkisch-Kenntnisse erwiesen sich als segensreiche

Ressource – rieten ihm diese, sich in Traiskirchen⁵ zu melden. Im Zuge seines Erstinterviews stellte sich heraus, dass sich sein älterer Bruder, der zeitlich vor ihm geflüchtet war und den er in Deutschland vermutet hatte, ausgerechnet in Wien gelandet war. All dies wurde mir in einer einzigen Therapiesitzung offenbart.

Das Sprachenporträt führt uns vor Augen, dass das Trauma nicht das alleinige beherrschende Thema im Leben der Betroffenen sein muss. Im Bild finden wir verletzte Anteile, die versorgt werden müssen (Reddemann, 2011), aber auch gesunde, auf die als Ressourcen zurückgegriffen werden kann. Für den weiteren therapeutischen Prozess würde es bedeuten, sich einerseits den dunklen schmerzhaften Partien, repräsentiert durch die Sprachen Usbekisch (rot) und Paschtu (schwarz) empathisch zuzuwenden und Gefühlen der Angst, Trauer, aber auch Wut Raum zu geben. Andererseits gilt es, den Fokus immer wieder auf kraftvolle und stärkende Tendenzen zu richten. Für eine gelingende Integration geflüchteter Menschen erscheint mir sowohl ein Bewahren der mitgebrachten Traditionen als auch ein Sich-Einlassen auf Neues unerlässlich. Symbolisiert durch den emotionalen Bezug zu den Sprachen Dari (Erstsprache soll „durch Daumen festgehalten“ werden) und Deutsch als eine Art Hoffnungsträger (Freiheit) schien mir der Klient dahingehend auf gutem Weg zu sein.

In der Nachbesprechung bezeichnete der junge Mann die Aufgabe als leicht, und er konnte sich mit Interesse und Freude darauf einlassen. Auf mein Nachfragen, ob er gerne zeichne oder male, erfuhr ich von zahlreichen Bildern, die er angefertigt hatte, bevor sie von seinem Onkel als moralisch verwerflich vernichtet worden waren. Über den Weg des Sprachenbildes fand er somit wieder Zugang zu seinen kreativen Fähigkeiten, die, laut seinen Erzählungen, seit langem verschüttet gewesen waren. In der nächsten Stunde erzählte er mir stolz, Zeichnungen für seine Betreuerin, seine Freundin und seine Patin gemalt zu haben.

Bei mir, der Therapeutin, wiederum entstand der Impuls, bei Gelegenheit seine Freude am Zeichnen und Malen eventuell als Angebot zu nutzen, sich auf kreative Weise den Triggern für seine Flashbacks anzunähern. So erwog ich, ihn anzuregen, Männergesichter mit verschiedenen Bartformen zu zeichnen; daraus konnte eine differenziertere Sicht erwachsen: nicht jeder Bärtige ist ein Talibankämpfer!

Personenzentriert mit traumatisierten Menschen zu arbeiten, bedeutet für mich, den Klient*innen auf Augenhöhe zu begegnen, schrittweise eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, um sich dann vorsichtig dem erlebten Schrecken annähern zu können. Die vorgestellte Methode bietet zahlreiche praktische Möglichkeiten dazu.

⁵ Stadt in Niederösterreich, Bundesasylamt Erstaufnahmestelle Ost

Abschließend sei noch kurz der weitere Therapieverlauf erwähnt: Nach einigen Stunden kam es zu wiederholtem Ausbleiben und Absagen seitens des Klienten. Dies konnte insofern aufgeklärt werden, als ein Umzug aus seiner Flüchtlingsunterkunft in das Haus seiner Patenfamilie bevorstand. Die österreichische Familie bedeutete für ihn so etwas wie einen sicheren Hafen, von dem aus eine Neuorientierung mit einer hoffnungsvollen Zukunftsperspektive in greifbare Nähe rückte.

Einmal mehr manifestiert sich hier die Erkenntnis, wie wichtig es ist, bei Traumen, die durch Menschen verursacht wurden, auch auf gesellschaftlicher Ebene Stellung zu beziehen. Therapie berücksichtigt den inneren Bezugsrahmen, jedoch ohne korrigierende äußere Bedingungen läuft sie oft ins Leere. Das Konzept „schützender Inselerfahrungen“ (Gahleitner, 2005, S. 63) durch tragfähige Beziehungen gilt nicht nur für die therapeutische Zweierbeziehung, sondern muss seine Entsprechung im Alltagsleben der geflüchteten Menschen finden. In diesem Sinne kam unserer gemeinsamen Arbeit eine Art Katalysator-Funktion zu.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Auswirkungen traumatisierender Geschehnisse auf sprachliches Erleben sind vielfältig und versperren oft den Weg zu gegenseitigem Verstehen zwischen den betroffenen Menschen und ihrem Gegenüber. Wenn wir in der psychotherapeutischen Arbeit und in Beratungssituationen an sprachliche Grenzen stoßen, gilt es nachzuforschen, welche Phänomene sich dahinter verbergen und nach Wegen zu suchen, die zur Überwindung dieser Grenzen beitragen. Über das Instrumentarium Sprachenporträt kann es Schritt für Schritt gelingen, mit den betroffenen Menschen in Kontakt, ins Gespräch zu kommen und in der Folge eine tragfähige Beziehung aufzubauen.

Welches sind nun die Vorteile dieses kreativen Hilfsmittels und wo liegen seine Stärken? Wo hat sich sein Einsatz bereits bewährt und auf welche Bereiche könnte er ausgeweitet werden? Schwer traumatisierte Menschen benötigen vor allem das Gefühl von Sicherheit und das Wiedererlangen von Kontrolle. Jede Intervention, die das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten fördert und Ressourcen stärkt, ist von unschätzbarem Wert. Das eigene Sprachenrepertoire als Schatz und nicht als Mangel zu erleben – als Maß aller Dinge wird ja vielfach nur die Kenntnis der Sprache des Aufnahmelandes angesehen –, ermöglicht bisweilen einen neuen Blick auf sich selbst und seine ganz persönlichen Stärken. In der Arbeit mit geflüchteten Menschen geht es immer wieder um das Thema Integration. Dabei handelt es sich niemals um einen einseitigen Prozess, sondern es erfordert von beiden Seiten eine Auseinandersetzung mit dem Fremden, ein Bewusstwerden von Gemeinsamkeiten und Unterschieden

(Portera, 2010). Über das Sprachenporträt kann somit auch interkulturelles Lernen angeregt werden, dabei sind auch wir als Teil des sogenannten Helfersystems – ob Therapeut*innen, Berater*innen oder Lehrer*innen – Lernende.

Für eine sinnvolle Anwendung der Methode ist es notwendig, sensibel darauf zu achten, wann und zu welchem Zweck sie im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Menschen zum Einsatz kommen soll. Bezogen auf das Drei-Phasen-Modell einer Traumatherapie (Herman, 2018) – Stabilisierung, Traumabearbeitung, Integration – gibt es für jeden der drei Therapieabschnitte berechnete Beweggründe.

Personenzentriertes Arbeiten macht es erforderlich, die Beziehungsqualität und den Therapieverlauf in den Vordergrund zu stellen, bevor dem/der Klient*in ein entsprechendes Angebot dieser Methode gemacht wird. Hinzu kommt, dass dem personenzentrierten Therapiezugang eine strikte Trennung in oben genannte Phasen eher fremd ist (Barth, 2009). Gahleitner (2005) versteht Traumatherapie vielmehr als einen kontinuierlichen Prozess des Pendelns zwischen unterstützenden und aufdeckenden Interventionen. So kann die Methode einmal eher ressourcenorientiert, dann wieder mehr im Dienste der Traumarekonstruktion verwendet werden.

In einigen Fällen kann es auch sinnvoll sein, das Sprachenporträt wiederholt vorzulegen. Jeder kreative Akt ist eine Momentaufnahme, ein Ist-Bild. Manchmal lohnt sich die Fragestellung nach einem Wunsch-Bild (z. B. „Wie könnte Ihr Sprachenschatz in Zukunft aussehen?“), um Strategien zu erarbeiten, diesem Ziel näherzukommen. In diesem Fall steht der prozessorientierte Aspekt im Vordergrund.

Das Sprachenporträt kann sowohl im Einzelsetting als auch in Gruppensitzungen angewendet werden. Erfahrungen letztere betreffend machte ich während diverser Trainings: Im Rahmen eines Deutschkurses für junge Asylwerber ging es um die Vermittlung traumastabilisierender Techniken. Hier lieferte das Sprachenporträt Anregung, sich in der Gruppe vermehrt über Stärken anstatt über Defizite auszutauschen – und dies weit über die persönlichen Sprachenkenntnisse hinaus. In einer polytechnischen Schule fand ein mehrstufiger Workshop zum Thema Integration und Empowerment für tschechische Mädchen statt. Im Anschluss an die Anfertigung der Sprachenbilder kam es zu einem regen Austausch über Identität, weibliches Rollenverständnis und das Leben in und zwischen zwei Kulturen. Im Zuge von Schulungen muttersprachlicher Gesundheitstrainer*innen für den Verein Afya⁶ ist eine Fortbildung zum Thema Trauma und Sprache geplant. Die Auseinandersetzung mit dem Sprachenporträt soll den Betroffenen vor Augen führen, über welchen Schatz sie durch das Beherrschen unterschiedlicher Sprachen verfügen. Das Instrument

⁶ Afya: <https://www.afya.at>

in Psychotherapie-Gruppen für unterschiedliche Zielgruppen einzusetzen könnte ein Projekt für die Zukunft sein.

Negative Reaktionen bei der Anwendung dieser Methode konnte ich bisher nicht feststellen, sieht man von der bekannten Scheu mancher Menschen ab, etwas zu Papier bringen zu sollen, nach dem Motto: „Ich kann doch nicht zeichnen/malen!“ In den Personzentrierten Ansatz lässt sich die Methode gut integrieren, zumal sie eine behutsame Annäherung an traumatische Inhalte ermöglicht, dem Klienten bzw. der Klientin ein hohes Maß an Autonomie zugesteht und als Möglichkeit genutzt werden kann, sich dem Anderen und seinem kulturellen Hintergrund schrittweise anzunähern. Somit geht es dabei nicht vorrangig um eine Technik der Traumabearbeitung, sondern um ein Hilfsmittel empathischen Verstehens.

Literatur

- Aigner, M., Busch, B. & Reddemann, L. (2014). *Mehrsprachigkeit und Resilienz. Eine transdisziplinäre explorative Pilotstudie*. Tulln: Projektbericht Universitätsklinikum.
- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person*, 13(2), 148–154.
- Barth, M. (2018). Der Personzentrierte Ansatz im Bereich migrations-typischer Spannungsfelder. *Person*, 22(2), 83–88.
- Becker, D. (2003). Flüchtlinge und Trauma. In: *Verwaltet, entrechtet, abgestempelt – wo bleiben die Menschen? Einblicke in das Leben von Flüchtlingen*. (S. 67–73). Berlin: „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“/„Behörden und Migration“.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2003). Das geschäftspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 7(2), 128–134.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Gahleitner, S. B. (2019). Die geschäftspsychotherapeutische Behandlung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, H. Glaesmer & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch der Psycho-traumatologie* (S. 859–876). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Busch, B. (2006). Language biographies – approaches to multilingualism in education and linguistic research. In B. Busch, A. Jardine & A. Tjoutuku (Eds.), *Language biographies for multilingual learning* (pp. 5–17). Cape Town: PRAESA, Occasional Papers No. 24.
- Busch, B. (2012). Das sprachliche Repertoire oder Niemand ist einsprachig. Vorlesung zum Antritt der Berta-Karlik-Professur an der Universität Wien. Klagenfurt: Drava.
- Busch, B. (2016). Sprachliche Verletzung, verletzte Sprache: Über den Zusammenhang von traumatischem Erleben und Spracherleben. In H. Cölfen & F. Januschek (Hrsg.), *OBST Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 89. Flucht_Punkt_Sprache 89* (S. 85–108). Duisburg: Universitätsverlag Rhein-Ruhr OHG.
- Busch, B. & Hermann, N. (2019). Worte finden für das Unsagbare. Die Bedeutung der Sprache in der Psychotherapie mit traumatisierten geflüchteten Menschen. *Zeitschrift für Beratungs- und Managementwissenschaften*, 5, 72–78.
- Busch, B. & Reddemann, L. (2013). Mehrsprachigkeit, Trauma und Resilienz. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 11(3), 23–33.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine „Traumatherapie“ oder brauchen wir eine Personzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten? In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 10–46). Köln: GwG.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E. M. (2019). Die Traumatheorie in der Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, H. Glaesmer & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 168–174). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Eissler, K. R. (1963). Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben. *Psyche*, 17(5), 241–291.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München, Basel: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2018). Trauma. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 259–268). Berlin: Springer.
- Gendlin, E. T. (1993). *Focusing ist eine kleine Tür ... Gespräche über Focusing, Träume und Psychotherapie*. Würzburg: DAF.
- Haenel, F. (1997). Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *Systema*, 2(11), 136–144.
- Herman, J. L. (2018). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Janoff-Bulmann, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- Keilson, H. (1995). Die fragmentierte Psychotherapie eines aus Bergen-Belsen zurückgekehrten Jungen. *Psyche* 49(1), 69–84.
- Krumm, H.-J. & Jenkins E.-M. (2001). *Kinder und ihre Sprachen – Lebendige Mehrsprachigkeit: Sprachenporträts*. Wien: eviva – Wiener VerlagsWerkstatt.
- Kühner, A. (2008). *Trauma und Gedächtnis*. Gießen: Psychosozial.
- Lottaz, A. (2002). Das Unausprechliche zu Wort bringen. Gedanken zu Psychotherapie mit Opfern der Folter. *Person*, 6(1), 77–87.
- Luderer, H.-J. & Gutmann, A. (2018). Erfahrungen psychischer und körperlicher Gewalt. Ein Schulungsprogramm für Personen, die schwer traumatisierte Opfer terroristischer Gewalt beraten und im Alltag betreuen. *Person*, 22(2), 101–113.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Pinzker, I. (2018). Personzentriertes und Experienzielles Verständnis triadischer Psychotherapie – Die Rolle der Dolmetscher*in und Aspekte der Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in. *Person*, 22(2), 89–100.
- Portera, A. (2010). Personzentrierte interkulturelle Beratung und Therapie. Wir sind alle verwandt, wir sind alle verschieden. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 41(2), 83–89.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (2018). *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.
- van der Kolk, B. (2019). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau/Westfalen: Probst.

„He experiences with a quality of immediacy, knowing at the same time *that* he experiences.“ – Carl Rogers¹

Unmittelbarkeit und Reflexivität als Bewusstseinsqualitäten bei Carl Rogers und im frühbuddhistischen Verständnis von *sati* (Achtsamkeit)

Harald Erik Tichy

Wien

Welche Bedingungen erlaubten es Carl Rogers, in seine Präsenz zu gelangen, wenn er in Bestform war? Unter der Annahme signifikanter Entsprechungen zwischen Rogers' Präsenz-Erfahrung und *samādhi* (Samm lung) im frühbuddhistischen Verständnis von Meditation wird die These vertreten, dass Rogers' therapeutische Praxis als seine Meditationspraxis aufgefasst werden kann. Es wird aufgezeigt, dass Rogers in diesem Zusammenhang implizit zwei Qualitäten von *sati* (Achtsamkeit), einer Schlüsselkompetenz buddhistischer Meditation, kultivierte: unmittelbares Erleben und reflexives Bewusstsein. Die Gültigkeit obiger Prämisse vorausgesetzt war Rogers' Engagement, für seine Klientinnen und Klienten² kontinuierlich präsent zu sein, eine zentrale Bedingung für das natürliche Entfalten von Präsenz als leicht veränderten heilsamen Bewusstseinszustand.

Schlüsselwörter: Präsenz, Ich-Du-Beziehung, Achtsamkeit, Therapeuteneinstellungen

“He experiences with a quality of immediacy, knowing at the same time *that* he experiences.” – Carl Rogers. **Immediacy and reflexivity as qualities of consciousness in the writings of Carl Rogers and in the early Buddhist understanding of *sati* (mindfulness).** Which conditions allowed Carl Rogers to enter presence when he was at his best? Assuming significant correspondences between Rogers' experience of presence and *samādhi* (collectedness) in the early Buddhist understanding of meditation, the thesis is, that Rogers' therapeutic practice can be interpreted as a meditative practice. It is shown that Rogers thereby implicitly cultivated two main qualities of *sati* (mindfulness), a key virtue in Buddhist meditation: an immediacy in experiencing and a reflexive consciousness. Given the correctness of the premise above, Rogers' engagement for being continuously present to his clients was a central condition for the natural unfolding of presence as a slightly altered state of consciousness.

Keywords: presence, relational depth, mindfulness, therapist attitudes

Annäherungen

Wiederholt berichtete Carl Rogers in seinem letzten Lebensjahrzehnt von einer Erfahrung tiefer Präsenz, die sich bei ihm natürlich einstellte, wenn er in Bestform war (Rogers 1979a, 1980a, 1984f, 1986e, 1986h). Diese Präsenz erlaubte ihm, sich

mit anderen in einer besonders stark ausgeprägten Ich-Du-Beziehung im Sinne Martin Bubers zu erleben und erleichterte den Zugang zu seiner Intuition. Sie stellte sich ihm als zutiefst heilsam dar. In Ermangelung säkularer Begriffe bezeichnete Rogers diese Erfahrung als mystisch und spirituell und charakterisierte sie als veränderten Bewusstseinszustand. Dass Rogers diese Beschreibung seiner Präsenz-Erfahrung fünf Mal publizierte, zeigt, wie wichtig ihm dieses Thema war. Daraus, dass er sie fünf Mal völlig ident oder leicht gekürzt veröffentlichte,

Harald Erik Tichy, Dr. scient. pth., geb. 1958, Personenzentrierter Psychotherapeut, Meditationslehrer, Yogalehrer, Psychotherapiewissenschaftler, Lehrbeauftragter für personenzentrierte Psychotherapie und Achtsamkeitsmeditation und Lehrgangleiter des Universitätslehrgangs „Achtsamkeit in medizinischen, psychosozialen und pädagogischen Berufen“ an der Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) Wien. Kontaktadresse: Harald Erik Tichy, Sturzgasse 40/2, 1150 Wien, E-Mail: tichy@lebenskunstpraxis.at

¹ Rogers, 1961a, S. 154f.

² Ich werde im Text die Geschlechter gemeinsam und auch abwechselnd anführen. Es sind immer beide mitgedacht und mitgemeint.

können wir schließen, dass er sie offenbar für die beste hielt, die ihm möglich war. – Ein Ausschnitt:

„Wenn ich als [...] Therapeut in meiner besten Form bin, entdecke ich ein weiteres Charakteristikum. Ich stelle fest, dass von allem, was ich tue, eine heilende Wirkung auszugehen scheint, wenn ich meinem inneren, intuitiven Selbst am nächsten bin, wenn ich gewissermaßen mit dem Unbekannten in mir in Kontakt bin, wenn ich mich vielleicht in einem etwas veränderten Bewusstseinszustand befinde. Dann ist allein meine Präsenz³ für den anderen befreiend und hilfreich. Ich kann nichts tun, um dieses Erlebnis zu forcieren, aber wenn ich mich entspanne und dem transzendenten Kern von mir nahekomme, [...] verhalte ich mich auf eine Weise, die ich rational nicht begründen kann und die nichts mit meinen Denkprozessen zu tun hat. [...] Es ist, als habe meine Seele Fühler ausgestreckt und die Seele des anderen berührt. Unsere Beziehung transzendiert sich selbst und wird ein Teil von etwas Größerem. Starke Wachstums- und Heilungskräfte und große Energien sind vorhanden.“ (Rogers, 1980a/2007, S. 79f.)

Ausdrücklich weist Rogers hier darauf hin, dass er das Erleben von Präsenz (im Sinn eines leicht veränderten Bewusstseinszustands) nicht forcieren kann. Doch bedeutet das, dass wir für das natürliche Entfalten von Präsenz nichts Grundlegendes tun können? Schließlich können wir auch nicht Authentizität, bedingungslose Wertschätzung und Empathie forcieren. Und doch können wir uns diese drei Einstellungen derart aneignen, dass sie eine Lebenshaltung werden. Könnte es vielleicht sein, dass es gleichsam im innersten Herzen dieser Lebenshaltung einen bis jetzt noch nicht explizierten Faktor gibt, dessen Kultivieren das natürliche Entfalten von Präsenz besonders erleichtert?

Besonderes Gewicht bekommt Rogers' Aussage über seine Präsenz-Erfahrung in meinem Verständnis durch das letzte Interview, das Michelle Baldwin mit Carl Rogers wenige Monate vor seinem Tod führte. In diesem zog Rogers Résumé und warf eine grundlegende Frage auf:

„[I]ch bin geneigt zu denken, dass ich in meinen Schriften vielleicht zu viel Gewicht auf die drei Kernbedingungen (Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und empathisches Verstehen) gelegt habe. Möglicherweise ist es etwas um den Rand dieser Bedingungen herum, das wirklich das wichtigste Element in der Therapie darstellt – wenn mein Selbst sehr klar und offensichtlich präsent ist.“ (Rogers, 1987k, S. 30)⁴

Das wichtigste Element in der Therapie? Um etwas Nebensächliches geht es Rogers hier sichtlich nicht. Es ist bekannt, dass Rogers seit den 1960er und 1970er Jahren der Kongruenz eine größere Bedeutung als in seinen früheren Schriften zusprach und das Ideal authentischer Ich-Du-Beziehungen im Sinne Martin Bubers betonte. Seit seinem theoretischen Hauptwerk,

„Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“, hatte Rogers (1959a) jedoch keine grundlegenden Änderungen an seiner Therapie-theorie mehr vorgenommen. Sollte es sich also herausstellen, dass Rogers tatsächlich „das wichtigste Element in der Therapie“ (ebd.) übersehen hätte, nämlich „sehr klar und offensichtlich“ (ebd.) präsent zu sein, wäre die Konsequenz davon eine Erweiterung der Theorie des PZA.

Natürlich ist es eine Herausforderung für unser Verstehen, wenn Rogers (1987k) in einem um Wissenschaftlichkeit bemühten Wissensgebiet wie Psychotherapie Begriffe wie „transzendent“, „spirituell“ oder „mystisch“ zum Beschreiben seiner Erfahrung gebraucht. Doch vielleicht gibt es hier tatsächlich etwas Wichtiges, das wir bis jetzt schlicht noch nicht angemessen wissenschaftlich reflektierten und folglich auch nicht verstanden. Peter F. Schmid (in Rogers/Schmid, 1991, S. 149f.) erkannte einen zentralen Aspekt dieser theoretischen Unterbestimmtheit bereits 1991, als er im Hinblick auf diese „Augenblicke besonderer Präsenz“ schrieb:

„Die besonders geeigneten Bedingungen zur Erlangung solcher Momente intuitiver Einsichten wären zu erforschen; die Intuition wäre solcherart möglicherweise in neuer Art zugänglich; was jetzt noch als unter besonders geglückten Umständen und nicht näher verständlichen Bedingungen erfahren wird, könnte bei besserem Verständnis zu einer neuen Qualität personaler Begegnung und damit von Persönlichkeitsentwicklung werden – jenseits pseudospiritueller und pseudomystischer irrationaler Praktiken und Heilslehren.“

Genau an diesem Gedanken Schmidts setzen meine Überlegungen an! Ich formuliere sie bereits als Frage: Wie können wir die Bedingungen verstehen, die es Rogers ermöglichten, in die Erfahrung dieses veränderten Bewusstseinszustands einer tiefen Präsenz zu gelangen?

Mit den von mir hier vorgebrachten Überlegungen stelle ich also nicht Präsenz über die drei Therapeuteneinstellungen. Vielmehr geht es mir um die Frage, was es braucht, um diese mit einer gewissen Exzellenz, einer gewissen Vortrefflichkeit – die alten Griechen nannten das *areté* [ἀρετή] – einzunehmen. Carl Rogers war dieser kostbare veränderte Bewusstseinszustand schließlich auch nicht durchgängig zugänglich, sondern nur, wenn er in Bestform war.

Würden wir die Bedingungen kennen, die Rogers' Präsenz ermöglichten, könnten wir auf sie bewusst Einfluss nehmen. Wir könnten uns dafür engagieren, innerhalb unserer Möglichkeiten die optimalen Bedingungen für das natürliche Entfalten von Präsenz zu schaffen. Das wäre etwas gänzlich anderes als der Versuch, sie zu forcieren. Präsenz ist nicht willentlich verfügbar. Könnten wir uns jedoch dafür engagieren, die für ihr Zustandekommen erforderlichen Bedingungen zu schaffen, würden wir ihr Wachsen wie eine sorgsame Gärtnerin gleichsam einladen und sie so ins Dasein rufen.

3 Im Original der deutschen Übersetzung wird ‚presence‘ mit ‚Anwesenheit‘ übersetzt. Im Sinne eines einheitlichen Sprachgebrauchs in diesem Artikel setze ich hier ‚Präsenz‘ ein.

4 Übersetzung aus dem Englischen durch den Autor.

Wir könnten unser Verständnis der für das natürliche Entfalten von Präsenz aufgefundenen Bedingungen am eigenen Leib organismisch erproben, mit ihnen experimentieren und im ebenso persönlichen wie sachlichen Austausch der scientific community unseres PZA erfahrungsorientiert verifizieren bzw. falsifizieren. So würden wir die Theorie des PZA in einem zentralen Bereich seiner Architektur weiter ausdifferenzieren und in unserer therapeutischen Arbeit würden wir in unsere eigene Bestform kommen.

Einem möglichen Missverständnis möchte ich noch vorbeugen: Es ist keine Seltenheit, dass Menschen, die viel meditieren und deren Meditationspraxis in eine integere, ausgewogene Lebensführung eingebettet ist, Zugang zu einer tieferen Präsenz entwickeln. Das impliziert jedoch nicht, dass sie deshalb auch etwa besonders empathisch sind, sofern sie diese soziale Kompetenz nicht bewusst kultiviert haben. Besonders präsent sein zu *können* ist folglich kein Ersatz für das Aneignen der drei Therapeuteneinstellungen.

Forschungsstand

Wie gelangte Carl Rogers in seine Erfahrung der Präsenz *im Sinne eines veränderten Bewusstseinszustands*? Welcher Bedingungen bedurfte es für ihr Aktualisieren? – Die bedeutendsten Rezeptionen von Rogers' Präsenz-Erfahrung sind meines Erachtens von Peter F. Schmid, Brian Thorne, Dave Mearns und Shari Geller, – teilweise in Zusammenarbeit mit ihrem ebenfalls experienziell orientierten Kollegen Leslie Greenberg:

Peter F. Schmid (1994, 1998, 1999) interpretiert aus Sicht seiner dialogphilosophischen Rezeption Rogers' die drei Therapeuteneinstellungen Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie als im hegelianischen Sinn in Präsenz aufgehoben. Damit ist gemeint, dass Widersprüche zwischen den drei Einstellungen in Präsenz überwunden und alle ihre positiven Merkmale in Präsenz erhalten und fortgeführt werden. Das ist ein schlüssiger, in seiner Schlichtheit geradezu eleganter Gedanke. Carl Rogers' Charakterisierung von Präsenz als verändertem Bewusstseinszustand kommt in dieser Interpretation allerdings keine explizite Bedeutung zu.

Brian Thorne (1991, 1992, 2012) berichtet von einer Erfahrung, die signifikante Ähnlichkeiten mit Rogers' Präsenz-Phänomen aufweist. Er nennt sie Zartheit [*tenderness*]. Als praktizierender Christ ist er mit Gebetsweisen vertraut, die ihn dabei unterstützen, leichter in die Erfahrung dieser Zartheit zu gelangen. Thorne spekuliert – wie auch Rogers in seinem letzten Interview – darüber, ob es sich bei Präsenz über die drei Kernbedingungen Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie hinaus um eine vierte Bedingung handeln könnte. Leider lässt Thorne offen, wie er das Verhältnis

der drei Kernbedingungen zu Präsenz begreift. Er scheint Präsenz jedoch als eine Art außergewöhnliche Bedingung zu verstehen, die, wenn sie zu den Kernbedingungen hinzukommt, diese vertieft. Hier scheinen Thorne und meine Überlegungen also zu konvergieren. Allerdings bietet auch Thorne keine Erklärung dafür an, wie Rogers in *seiner* Erfahrung der Präsenz gelangte. Ihm ist es indes zu verdanken, dass er den Gedanken der spirituellen Disziplin in den Diskurs des PZA einführte (Thorne, 1994).

Dave Mearns (1997) versteht sich zwar nicht explizit als jemand, der Rogers' Präsenz-Erfahrung auslegt, doch mit seinem Konzept der Beziehungstiefe (*relational depth*) adressiert er einen Erlebnisbereich, der deutlich an Rogers' Präsenz erinnert. Mit diesem von ihm kreierten Begriff beschreibt er besonders tiefe Ebenen im psychologischen Kontakt zwischen Klient und Therapeutin. Indem eine Therapeutin bereit ist, ihrem Klienten in dieser Beziehungstiefe zu begegnen, lädt sie ihn ein, sich selbst tiefer auf diese zwischenmenschliche Beziehung und seine Selbstbeziehung einzulassen. In diesem Denkansatz, den Mearns mit seinem Kollegen Mick Cooper (2005) weiter ausarbeitete, wird die Einheit der drei Therapeuteneinstellungen betont, die eben zu diesen herausragenden Momenten der Beziehungstiefe führen, wobei der Kongruenz der Therapeutin besondere Bedeutung zugesprochen wird. Mearns' Konzept der Beziehungstiefe wird umfassend rezipiert, wie etwa das Herausgeberwerk von Knox u. a. (2013) belegt. Im Hinblick auf die Frage, *wie* es möglich ist, in eine dermaßen tiefe Beziehung mit anderen zu gelangen, wird jedoch auch hier kein neuer Denkansatz angeboten.

Im Zusammenhang mit empirischen Forschungen über therapeutische Präsenz sind vor allem die Untersuchungen von Shari Geller (2003, 2004, 2013a, 2013b, 2017) zu nennen und jene, die sie gemeinsam mit Leslie Greenberg (2002, 2012, 2013) durchführte und publizierte. Geller, die selbst Achtsamkeitsmeditation praktiziert, führte Interviews mit meditierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch und wertete diese qualitativ aus. Auf diese Weise entwarfen Geller und Greenberg Modelle, wie man therapeutische Präsenz *allgemein* phänomenologisch beschreiben kann. (Sie beantworten also nicht die Frage, wie Carl Rogers in seine Erfahrung der Präsenz gelangte.) Darüber hinaus erbrachten sie den wichtigen empirischen Nachweis, dass Therapeutinnen und Therapeuten für ihre Präsenz etwas *tun* können, – unter anderem, indem sie sich regelmäßig in Achtsamkeitsmeditation üben. In ihrem Denkansatz verstehen Geller und Greenberg Rogers' Präsenz als Vorbedingung für die drei Therapeuteneinstellungen. Deshalb, so ihr Schluss, können alle Übungen, die generell unsere Präsenz stärken, auch unsere therapeutische Präsenz unterstützen. Auf einer ganz praktischen Ebene konvergieren hier die Überlegungen von Geller und Greenberg mit meinen. Doch

„HE EXPERIENCES WITH A QUALITY OF IMMEDIACY, KNOWING AT THE SAME TIME THAT HE EXPERIENCES.“

auch diese beiden Rezipienten Rogers' bieten keine systematische Antwort an, wie es Carl Rogers möglich gewesen war, in diese kostbare Seinsweise der Präsenz im Sinne eines veränderten Bewusstseinszustands zu gelangen.

Autobiografischer Bezug

Seit den frühen 1980er Jahren ist Meditation nach dem frühbuddhistischen Meditationsverständnis der Pāli-Lehrreden⁵ ein zentraler Teil meines Lebens. Als ich das erste Mal von Rogers' Präsenz-Erfahrung las, erinnerte sie mich augenblicklich an eigene Erfahrungen in der Meditation, in denen ich eine tiefe Präsenz erlebt hatte. Im frühbuddhistischen Meditationsverständnis werden solche Erfahrungen als *samādhi* (Sammlung, Einigung, Herzenseinigung) bezeichnet. Nachdem ich in den ersten Jahren meiner buddhistischen Meditationspraxis mit *samādhi* sehr vertraut wurde, erlebte ich diesen herausragenden, heilsamen Bewusstseinszustand eines Tages erstmals auch im zwischenmenschlichen Austausch. Es geschah mitten im Gespräch mit einer Freundin, die mir von ihrer Not erzählte. Ich hörte ihr besonders anteilnehmend zu, lauschte gewissermaßen tiefer, da entfaltete sich zu meinem großen Erstaunen *samādhi* und ich erlebte mich mit dieser Freundin in einer besonders unmittelbaren Beziehung. Von da an war mein Interesse für *samādhi* in zwischenmenschlichen Beziehungen geweckt. Als ich dann einige Jahre später Martin Buber entdeckte und viele Jahre später von der Präsenz-Erfahrung Rogers' las, waren die Ähnlichkeiten unserer Erfahrungen für mich offensichtlich.

Denkansatz, These und Fokus

Rogers' Präsenz-Phänomen und *samādhi* in zwischenmenschlichen Beziehungen teilen wesentliche Gemeinsamkeiten: Beide Phänomene sind ab einem bestimmten Grad ihrer Ausprägung als heilsame veränderte Bewusstseinszustände charakterisierbar. Beide weisen auf ein hohes Ausmaß von Geistesgegenwärtigkeit, Zentrierung und Offenheit. In beiden Zuständen wird die eigene Selbstbezogenheit deutlich relativiert. Beide Verfassungen erlauben es, sich in ein interpersonales Feld hinein zu öffnen und sich des anderen als anderen gewahr zu sein.

⁵ Diese Lehrreden, die so genannten Sūttas, sind die ältesten – in Pāli, einer dem Sanskrit verwandten altindischen Sprache – erhaltenen Aufzeichnungen der Gespräche des historischen Buddha mit seinen Schülern. Das ist somit die früheste Quelle, auf die man sich hermeneutisch beziehen kann. Sie werden in der Theravāda-Tradition überliefert und sind neben den Ordensregeln (Vinaya) und einer hochabstrakten Reflexion des tradierten Buddha-Worts (Abhidhamma) einer der drei ‚Körbe‘ des Pāli-Kanons.

In den Pāli-Lehrreden gibt es eine differenzierte Meditationstheorie, die aufzeigt, wie *samādhi* entsteht. Hier wird *samādhi* als sich natürlich einstellende Wirkung einer gut ausgearbeiteten Meditationspraxis verstanden und es gibt ein Verständnis von notwendigen *Bedingungen*, die für ein natürliches, organismisches Entfalten von *samādhi* zusammenspielen. Eine wesentliche Bedingung hierfür ist *Kontinuität* der Achtsamkeit [*sati*], wobei Achtsamkeit im frühbuddhistischen Meditationsverständnis stets als im Zusammenspiel mit weiteren heilsamen Geisteszuständen aufgefasst wird (AN 11:12). Die einfachste Definition von Achtsamkeit, die ich kenne, wurde kleinen Kindern beim Vermitteln grundlegender Achtsamkeitskompetenzen gegeben: Achtsamkeit ist „*sich dessen bewusst sein, was geschieht, während es geschieht.*“ (Siegel, 2007, S. 31) – Von Carl Rogers (Rogers & Russel, 2002, S. 284) wissen wir, dass es ihm sehr wichtig war, für seine Klientinnen und Klienten präsent zu sein:

„I think one of the outstanding things is that I'm very much present to the client. I'm not sure entirely what I mean by that, but the main thing that's going on in me is my concern with, and attention to, and listening to, the client. I'm very much present; nothing else matters much. [...] for me there's just this one person that exists. What develops is a feeling of connectedness, and this is often very strongly felt by the client as well as by me, as though there is some kind of a real bond between us. That grows out of the fact that I do enter so fully into the client's personal world.“

Meine grundlegende These ist, dass man Rogers' Präsenz sinngemäß als *samādhi*-Phänomen (Phänomen der Sammlung) verstehen kann und seine langjährige Praxis als Psychotherapeut und Facilitator als implizite Meditationspraxis, die es ihm ermöglichte, sie natürlich zu entfalten. Nachdem es im frühbuddhistischen Meditationsverständnis ein differenziertes Erfahrungswissen darüber gibt, wie *samādhi* (Sammlung) entsteht, können wir in der Auseinandersetzung mit den Pāli-Lehrreden verallgemeinerbare Bedingungen für das Entstehen von Rogers' Präsenz-Erfahrung explizieren.

Dieser Spur bin ich in einer Dissertation in Psychotherapiewissenschaft nachgegangen. Eine große Herausforderung war hier die Wahl der Methode, weil es sich beim PZA um einen psychologischen Ansatz handelt, der auf Selbstfindung in einer Gemeinschaft abzielt, während das Ziel der buddhistischen Weisheitslehre ein soteriologisches ist. Eine ebenso große Herausforderung war der kulturelle und zeitliche Unterschied im Entstehungskontext beider ‚Entwicklungswege‘, wenn ich dies als Überbegriff verwenden darf. Darüber hinaus ist es bei einem wissenschaftlichen Abenteuer wie diesem, bei dem sich die Bezugswissenschaften Psychotherapiewissenschaft, Psychologie, Religionswissenschaft und Philosophie überschneiden, auch immer die Frage, aus welcher Perspektive betrachtet wird.

Um hier bestmöglich die Bezugssysteme – PZA und frühbuddhistisches Mediationsverständnis – auseinanderzuhalten, wählte ich als Denkweg die experimentalhermeneutische Methode des Standardisierten Therapieschulendialogs des Psychotherapiewissenschaftlers Kurt Greiner (2012). In einem fiktiven Dialog mit dem frühbuddhistischen Meditationsverständnis nach den Pāli-Lehrreden, in dem ich meine eigene Position als personenzentrierter Psychotherapiewissenschaftler im PZA verortete, rekonstruierte ich zwei ineinandergreifende Bedingungsabfolgen, wie Rogers seine Präsenz entfaltete (Tichy, 2018).⁶ – Im vorliegenden Artikel stelle ich ein Detail dieser Untersuchung vor: Sowohl im Verständnis Carl Rogers' als auch im frühbuddhistischen Meditationsverständnis werden einer höher entwickelten Form des Bewusstseins zwei Qualitäten zugesprochen – *Unmittelbarkeit* und *Reflexivität*. Wie ich nach den Erläuterungen zum reflexiven Bewusstsein näher ausführen werde, finden wir diese beiden Qualitäten bei Rogers in seiner Darstellung der obersten beiden Stufen des Prozesskontinuums. Im frühbuddhistischen Meditationsverständnis sind Unmittelbarkeit des Erlebens und reflexives Bewusstsein zentrale Eigenschaften von *sati* (Achtsamkeit).

Reflexives Bewusstsein

Was ist reflexives Bewusstsein? Im Wachzustand leben wir bewusst. Das bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass wir uns dessen auch *als solches* bewusst sind. Sich einer Erfahrung als solcher bewusst zu sein, impliziert einen Blick *auf* diese Erfahrung und damit einen reflexiven Abstand *zu* ihr. Es impliziert, dass wir uns einer Erfahrung *als Erlebende* gewahr sind. So macht es beispielsweise einen qualitativen Unterschied in unserem Erleben, ob wir uns unseres atmenden Leibes bewusst sind oder ob wir uns dessen bewusst sind, *dass* wir uns dessen bewusst sind. Erst im zweiten Fall können wir von einem reflexiven Bewusstsein sprechen.

In diesem Zusammenhang führt der auf Neurowissenschaften spezialisierte Philosoph Thomas Metzinger (2010, S. 278f.) aus, dass mit dem Begriff des Bewusstseins auch

„die Aufmerksamkeit auf die eigenen mentalen Zustände beschrieben [wird]. Der Begriff ‚bewusst‘ wird dabei als ein zweistelliges Prädikat gebraucht, das auf Personen und deren mentale Zustände bezogen wird. Dieses Bewusstsein kann sowohl vorbegrifflich als auch begrifflich-propositional strukturiert sein. Im letzten Fall hat es zum Inhalt, dass sich eine Person in einem bestimmten Zustand befindet. Es ist zudem reflexiv, weil die Selbstzuschreibung mentaler Zustände

voraussetzt, dass das betreffende Subjekt über einen geeigneten Begriff von sich selbst als potenziellen Träger solcher Zustände verfügt. Diese Art des Bewusstseins wird überwiegend entweder als innere Wahrnehmung (Introspektion) oder als höherstufiges Wissen der eigenen inneren Zustände beschrieben.“

Für das Verständnis reflexiven Bewusstseins kann auch die Unterscheidung des Religionsphilosophen John W. Newman (1996, S. 28f.) zwischen zwei Ebenen der Aufmerksamkeit, einer primären und einer sekundären, hilfreich sein. Auf der ersten Ebene der Aufmerksamkeit gibt es etwa, um bei obigem Beispiel zu bleiben, das Bewusstsein von meinem atmenden Leib. Auf der zweiten Ebene der Aufmerksamkeit bin ich mir dessen bewusst, *dass* ich mir dessen bewusst bin. – In diesem Zusammenhang kann ich direkt beobachten: Wenn ich diese zweite Ebene der Aufmerksamkeit aus dem Blick verliere, realisiere ich das nicht. Erst wenn ich mich wieder daran *erinnere*, dass ich diese zweite Ebene der Aufmerksamkeit verloren habe, bin ich wieder in Verbindung mit ihr. In Disziplinen der Aufmerksamkeitsschulung – das ist der Kontext, in dem Newman die zwei Ebenen der Aufmerksamkeit darstellt – gilt es, diese zweite Ebene zu stärken, zu kultivieren, zu üben.

Wie die eigene Erfahrung sofort zeigt, verlieren wir uns nur allzu leicht in Gedanken und anderen Ablenkungen. Doch das erkennen wir erst, wenn wir uns vornehmen, wirklich *kontinuierlich*, gleichsam *nahtlos* uns dessen bewusst zu sein, was geschieht, während es geschieht. Die zweite Ebene der Aufmerksamkeit aus dem Blick zu verlieren ist so normal, dass wir dies üblicherweise nur ansatzweise registrieren und es für eine Selbstverständlichkeit halten. Doch wie alle Kompetenzen ist auch die Kompetenz, die Aufmerksamkeit auf der zweiten Ebene entspannt, gelöst und zugleich hoch präsent halten zu können, eine Fähigkeit, die durch Übung erworben werden kann.

Unmittelbarkeit und Reflexivität als Qualitäten im oberen Bereich des Prozesskontinuums

Präsenz stellt sich Rogers (1980a) zufolge bei ihm ein, wenn er in Bestform ist. Erlebnisweisen, wie sie in Bestform möglich sind, beschreibt Rogers (1961a) auch in seinem Konzept des Prozesskontinuums. Deshalb beziehe ich mich auf dieses zur Interpretation seiner Präsenz-Erfahrung. Rogers entwickelte dieses Konzept zwar zur Reflexion der Entwicklungsprozesse von Klientinnen und Klienten, wenn alle von ihm aufgezeigten sechs notwendigen Bedingungen für eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung optimal und kontinuierlich gegeben sind (Rogers, 1959a). Wir können es jedoch ebenso für eine Reflexion von Rogers' Präsenz-Erfahrung heranziehen und verallgemeinernd auf Therapeuten anwenden:

⁶ Das Einbeziehen Eugen Gendlins phänomenologischer Ausdifferenzierungen von Rogers' Begriff des Erlebens wäre eine große Bereicherung dieser Untersuchung gewesen. Aus zeitlichen Gründen war mir das leider nicht möglich, was ich selbst sehr bedauere.

„HE EXPERIENCES WITH A QUALITY OF IMMEDIACY, KNOWING AT THE SAME TIME THAT HE EXPERIENCES.“

Gemäß der Entwicklungstheorie des PZA kommt es in der Persönlichkeitsentwicklung im Erleben zu einer schwerpunktmäßigen Verlagerung von rigideren zu gleichsam fließenderen Weisen auf einem hypothetisch angenommenen siebenstufigen Prozesskontinuum. Rogers spannt es zwischen zwei Polen aus: den stärksten Ausprägungen von Rigidität (Stufe eins) und Fluidität (Stufe sieben) im Erleben. Die siebte Stufe ist die einzige, der Rogers einen eigenen Namen gibt: die – hypothetisch angenommene – *fully functioning person*.⁷ Im oberen Bereich dieses Kontinuums werden Erfahrungen direkter und differenzierter zugelassen und symbolisiert, die Person wird kongruenter. In diesem Zusammenhang spricht Rogers von einer größeren Offenheit für Erfahrung, die sich als Konsequenz einer personzentrierten Beziehungsgestaltung natürlich einstellt.

„Wenn das Individuum im Laufe seines Veränderungsprozesses die siebte Phase erreicht hat, dann befinden wir uns in einer neuen Dimension. Der Klient hat jetzt die Fähigkeit der Beweglichkeit, des Fließens, des Veränderens in jeden Aspekt seines psychischen Lebens integriert, und das wird zum hervorstechenden Merkmal. Er lebt wissentlich in seinen Gefühlen, hat ein grundlegendes Vertrauen zu ihnen und akzeptiert sie. Die Deutungsweisen für seine Erfahrung ändern sich andauernd, so wie seine persönlichen Konstrukte durch jedes neue, lebendige Ereignis modifiziert werden. Seine Erfahrung ist wesentlich Prozess; er empfindet das Neue in jeder Situation und interpretiert es erneut, interpretiert es in Bezug auf die Vergangenheit nur, insofern das Jetzt Teil der Vergangenheit ist.“ (Rogers, 1961a/1973, S. 158)

Ich denke, in diesem oberen Bereich des Prozesskontinuums können wir Rogers' Präsenz-Phänomen in der Architektur seiner Psychotherapietheorie theoretisch verorten. Es gibt nun einen auffallenden Berührungspunkt zwischen einer Aussage Rogers' in dieser Beschreibung der obersten Stufe des Prozesskontinuums und dem buddhistischen Konzept *sati* (Achtsamkeit) in den Pāli-Sūttas: Rogers charakterisiert das Erleben bzw. das Bewusstsein eines Menschen auf dieser Stufe durch zwei Merkmale: Unmittelbarkeit und Reflexivität:

„Er erfährt die Dinge ganz unmittelbar, weiß dabei gleichzeitig, dass er sie erfährt. [...] Er ist sich seiner selbst bewusst, aber nicht als Objekt. Es ist eher eine reflexive Bewusstheit, ein subjektives Leben in seinem beweglichen Selbst.“ (ebd.)

Wenden wir uns zuerst dem Merkmal der Unmittelbarkeit zu: Unmittelbarkeit im Erleben versteht Rogers als Qualität, die sich *infolge* einer personzentrierten Beziehungsgestaltung, also als *Wirkung*, natürlich einstellt. Rogers' Darstellung der sechsten Stufe des Prozesskontinuums können wir entnehmen, dass er Unmittelbarkeit in einen direkten Zusammenhang mit einem Erleben bringt, in dem (zuvor abgewehrte) Gefühle kongruent in ihrer Bewusstwerdung zugelassen werden

(Rogers, 1961a/1973, S. 149). Sein eigenes unmittelbares Erleben beschreibt Rogers folgendermaßen:

„Ich setze mich selbst aufs Spiel; denn wenn das, was sich bei der Vertiefung der Beziehung entwickelt, ein Misserfolg, eine Regression oder eine Zurückweisung meiner selbst ist, dann spüre ich einen Verlust meiner selbst oder eines Teils dieses Selbst. Dieses Risiko ist zeitweilig sehr real, und ich erfahre es sehr eindringlich.

Ich lasse mich ein in die Unmittelbarkeit der Beziehung; mein ganzer Organismus, nicht nur mein Bewusstsein, übernimmt die Beziehung und sensibilisiert sich daraufhin. Ich reagiere nicht bewusst auf eine planvolle oder analytische Art, sondern einfach unreflektiert auf das andere Individuum; meine Reaktion basiert, allerdings nicht bewusst, auf meiner ganzen organismischen Empfindungsfähigkeit für diesen anderen. Ich lebe die Beziehung auf dieser Grundlage.“ (Rogers, 1961a/1973, S. 199)

Unmittelbarkeit bedeutet für Rogers hier also, dass er im vollen Gewahrsein seiner Verwundbarkeit sein sensitives Bewusstsein in das leibliche Erleben der zwischenmenschlichen Beziehung mit seinem Gegenüber gleichsam völlig eintaucht. Dabei fällt auf, dass Rogers seine Reaktion auf sein Gegenüber ausdrücklicher als *„nicht bewusst auf eine planvolle oder analytische Art, sondern einfach unreflektiert“* (ebd.) charakterisiert. Hier könnte vielleicht der Eindruck entstehen, dass die Abwesenheit planvoller, analytischer – eben *reflektierter Gedanken* ein Widerspruch zu seiner Aussage einer *reflexiven Bewusstheit* in der obersten Stufe des Prozesskontinuums ist, dass Rogers sich hier also möglicherweise selbst widerspricht. Doch eine „reflexive Bewusstheit“ weist auf eine bestimmte Weise, *gewahr zu sein*: *„Er erfährt die Dinge ganz unmittelbar, weiß dabei gleichzeitig, dass er sie erfährt.“* (Rogers, 1961a/1973, S. 158). Diese Bewusstheit schließt gedankliche Analysen weder aus noch zwingend ein, eröffnet jedoch einen ganz frischen Zugang zur Intuition.⁸

Es fällt auf, dass dieses Zitat demselben Artikel entstammt, in dem Rogers auch von einer persönlichen Erfahrung berichtet, die deutlich an seine Präsenz-Erfahrung erinnert:⁹

„Wenn diese vollständige Einheitlichkeit, diese Einzigkeit, Fülle des Erfahrens, in der Beziehung da ist, nimmt es die ‚außerirdische‘ Qualität an, die viele Therapeuten bemerkt haben; es ist ein trance-artiges Sich-Fühlen in der Beziehung, aus dem sowohl der Klient wie ich am Ende der Stunde wie aus einem tiefen Brunnen oder Tunnel auftauchen. In diesen Augenblicken existiert, um einen Ausdruck von Martin Buber zu verwenden, eine wirkliche ‚Ich-und-Du‘-Beziehung, ein zeitloses Leben in der Erfahrung zwischen dem Klienten und mir. Es bezeichnet den Gegenpol einer Sehweise, der den Klienten oder mich als Objekt betrachtet. Es ist der Gipfel der persönlichen Subjektivität.“ (Rogers, 1961a/1973, S. 199f.)

⁸ Vgl. dazu die Unterscheidung von Siegel (2007, S. 169) zwischen *reflexiv* und *reflektiv*.

⁹ Auf diese Verwandtheit wies meines Wissens Peter F. Schmid (1994, S. 233) als erster hin.

⁷ Aufgrund der Schwierigkeiten, diesen Fachbegriff ins Deutsche zu übersetzen, lasse ich ihn bewusst unübersetzt.

Diese ‚Ich-Du-Erfahrungen‘ stellen für Rogers eine Art Gipfel der Subjektivität dar, im Grunde eigentlich einen Gipfel der Intersubjektivität. Mit der Beschreibung dieser ‚außerirdischen‘ Erlebnisqualität belegt Rogers, dass er bereits 24 Jahre vor seiner Erstpublikation über seine Präsenz-Erfahrung 1979 regelmäßig Erfahrungen machte, die dieser stark ähneln.

Das zweite von Rogers genannte Merkmal des Erlebens auf der obersten Stufe des Prozesskontinuums ist Reflexivität. Hier spricht Rogers von einem reflexiven Bewusstsein im Sinn eines wissenden Gewährseins, *während* eine Erfahrung gerade gemacht wird. Es fällt auf, dass Rogers den Begriff eines reflexiven Bewusstseins ausschließlich zur Charakterisierung der beiden obersten Stufen des Prozesskontinuums – also der sechsten und der siebten Stufe – heranzieht. Im Zusammenhang der sechsten Stufe schreibt Rogers (1961a/1973, S. 151):

„Das ist ein Sein im Augenblick; hier spielt weniger Selbst-Bewusstheit, sondern hauptsächlich eine reflexive Bewusstheit, wie Sartre es nennt, eine Rolle.“

Der entscheidende Unterschied zwischen der sechsten und der siebten Stufe scheint für Rogers also die zeitliche Dauer des reflexiven Bewusstseins zu sein: Eine Person auf der sechsten Stufe erlebt reflexives Gewährsein hauptsächlich. Für eine Person auf der siebten Stufe scheint dieses Erleben offenbar selbstverständlich zu sein. – Kritisch anzumerken sind hier zwei Punkte: Wenn eine Person auf Stufe sieben *grundsätzlich* ein reflexives Bewusstsein hat und eine Person auf der sechsten Stufe *hauptsächlich* in diesem Modus erlebt, wieso erwähnt Rogers reflexives Bewusstsein dann in seiner Beschreibung der fünften Stufe mit keinem Wort? Der zweite Punkt betrifft Rogers’ Bezugnahme auf Jean-Paul Sartre im obigen Zitat: Rogers gebraucht den Begriff des reflexiven Bewusstseins zwar philosophisch richtig, doch Sartre verwendet diesen Begriff ganz anders. Rogers verortet reflexives Bewusstsein ausschließlich im Erleben einer Person auf den obersten beiden Stufen des Prozesskontinuums. Sartre (2010, S. 49f.) hingegen meint mit reflexivem Bewusstsein schlicht bewusstes Sein.

Unmittelbarkeit und Reflexivität als implizite Qualitäten in den drei Therapeuteneinstellungen

In keiner seiner Darstellungen der drei Therapeuteneinstellungen spricht Rogers ausdrücklich von einem zugleich unmittelbaren und reflexiven Bewusstsein. Hier gibt es diese Begrifflichkeit also nicht explizit. Als Phänomen ist diese Bewusstseinsform den drei Therapeuteneinstellungen allerdings inhärent. Betrachten wir etwa folgende Aussage über Kongruenz:

„Kongruenz [...] bedeutet, dass dem Therapeuten, was er auf der Erlebens- oder Bauch-Ebene fühlt, in seinem Bewusstsein deutlich gegenwärtig und für direkte Kommunikation dem Klienten gegenüber

verfügbar ist, wenn dies angemessen erscheint. [...] Das schließt deutlich als Element das Bewusstsein des eigenen Selbst ein, und zwar insofern, als dem Therapeuten nicht nur Gefühle und Erfahrungen zugänglich sind, sondern er zugleich fähig sein muss, diese Gefühle in der Beziehung zu leben und zu sein. [...] Es ist ganz gewiss keine einfache Sache, diese Bedingung zu erfüllen. Echt zu sein bedeutet, durch und durch vertraut zu sein mit dem Fluss des Erlebens, der sich in einem vollzieht, einem komplexen und ständigen Fluss.“ (Rogers, 1980b/1991, S. 201f.)

Dafür bedarf es nicht nur eines Bewusstseins unserer gegenwärtigen Erfahrungen, sondern auch eines Bewusstseins dieses Bewusstseins, sprich ein reflexives Gewährsein. Das gleiche gilt für empathisches Verstehen:

„Die fünfte Bedingung ist die, dass der Therapeut ein genaues empathisches Verstehen vom Bewusstsein des Klienten und seiner eigenen Erfahrung empfindet. Die private Welt des Klienten so zu spüren, als ob es die eigene wäre, ohne jemals die Qualität des ‚als ob‘ zu verlieren – das ist Empathie.“ (Rogers, 1957a/1991, S. 175)

Für das Erfüllen dieser Als-ob-Bedingung bedarf es eines reflexiven Abstands, sprich eines reflexiven Bewusstseins. Auch das Ausdrücken bedingungsloser Wertschätzung ist ohne reflexives Bewusstsein unmöglich:

„In dem Ausmaß, in dem der Therapeut selbst ein warmes Akzeptieren von jedem Aspekt der Erfahrung des Klienten als einem Teil dieses Klienten empfindet, empfindet er eine bedingungslose positive Zuwendung.“ (Rogers, 1957a/1991, S. 173)

Als Ideal hat bedingungslose Wertschätzung einen festen Platz in der Therapietheorie Rogers’. Praktisch kommen wir allerdings immer wieder an unsere Grenzen, wo es uns nicht gelingt, *jedem* Aspekt der Erfahrungen unserer Klientinnen und Klienten mit warmer Akzeptanz zu begegnen. Für den inneren Prozess, der es uns erlaubt, dies zu erkennen und eine Änderung herbeizuführen, bedarf es eines reflexiven Gewährseins.

Wir können somit zusammenfassen: Als *Begrifflichkeit* taucht ein zugleich unmittelbares und reflexives Bewusstsein in den Schriften Rogers’ nur im oberen Bereich des Prozesskontinuums auf und dient hier der Charakterisierung eines höher entwickelten Bewusstseins. *Implizit* ist diese Bewusstseinsform allerdings ein integraler Aspekt beim Aktualisieren der drei Therapeuteneinstellungen.

Unmittelbarkeit und Reflexivität im frühbuddhistischen Meditationsverständnis

‚Meditation‘ – das bedeutet im Kontext der Pāli-Sūttas ‚Geistes Kultivierung‘, ‚Geistesentfaltung‘, wörtlich: ‚Ins Dasein rufen‘ [*cittabhāvanā*] (Nyānatiloka 1999, S. 46). Der altmodisch anmutende Begriff ‚Herzensbildung‘ würde es auch gut treffen. ‚Meditation‘ weist hier im Sinn des altgriechischen Verständnisses von *téchne* (Kunstherrlichkeit) also auf ein kreatives Kultivieren

unseres Geistes, unseres Gemüts, unseres Herzens [*citta*] und damit auf eine bestimmte Lebensform. Aus den vielen dargelegten Meditationen ragen Betrachtungen [*anussati*] heraus, denen für die Herzensbildung eine besondere Bedeutung zugesprochen wird: das Kultivieren von *satipaṭṭhāna* (Grundlagen der Achtsamkeit), von *ānāpānasati* (Achtsamkeit während des Ein- und Ausatmens) und den *Brahmāvihāra* (göttlichen Verweilungen): *mettā* (Güte), *karuṇā* (Mitgefühl), *muditā* (würdigende Freude) und *upekkhā* (Gleichmut) (Gäng, 2002, S. 90). – Zwei Geisteseigenschaften spielen in diesen Meditationsformen eine besondere Rolle: *sati* (Achtsamkeit) und *samādhi* (Sammlung).

Ihre Bedeutung ergibt sich aus dem Gesamtzusammenhang der Weisheitslehre Buddhas – des Buddhadhamma, wie diese Weisheitslehre in ihrem Eigenverständnis genannt wird:

Als fühlende, auf soziale Beziehungen angewiesene sowie zur Reflektion, Reflexion und Entscheidung fähige Lebewesen streben wir Menschen nach Wohl und meiden Leid. So könnte man in aller Kürze das implizite Menschenbild in den Pāli-Sūttas skizzieren.¹⁰ Wovon wir uns ein größeres Wohlbefinden versprechen, darin unterscheiden wir Menschen uns zum Teil erheblich voneinander. Doch *dass* wir nach Wohl streben, wie auch immer wir dieses individuell verstehen mögen, ist in seiner Evidenz eine Grundprämisse buddhistischen Denkens. – Im Buddhadhamma geht es deshalb letztlich um *eine* existenzielle Frage, die uns potentiell alle betrifft: Wie kann *dukkha* (Ungenügen) enden?

Dukkha wird meist mit Leiden übersetzt. Doch seine Bedeutung ist grundlegender. Sie erschließt sich uns aus der Tatsache, dass alle Phänomene unbeständig [*anicca*] sind. Weil dem so ist, wohnt auch den schönsten sinnlichen Freuden ein Stachel inne. Alles, was entsteht, vergeht wieder: Das gilt für schöne Situationen wie für uns wichtige soziale Beziehungen. Es gilt auch für unsere leibliche Existenz. Allmählich verlieren wir die Vitalität unserer Jugend, altern, erkranken und sterben. *Dukkha* umfasst somit ein weites Spektrum, das bei leisesten Irritationen beginnt und sich über seelisches Leid bis hin zum Leiden an der Existenz schlechthin erstreckt. Deshalb wäre ‚Ungenügen‘ eine treffendere Übersetzung von *dukkha*.

Die gesamte Weisheitslehre Buddhas ist eine Antwort auf die existenzielle Frage, die das Vorhandensein dieses Ungenügens in der Welt uns aufdrängt: Wie kann *dukkha* enden? Die vier *ariya-sacca* (veredelnde Wahrheiten¹¹, existenziell relevante Tatsachen¹²) sind Buddhas Antwort auf diese Frage. Jeder dieser veredelnden Wahrheiten ist eine Aufgabe zugeordnet:

1. Dies ist *dukkha* (Ungenügen, Leiden). – Dies gilt es zu *verstehen*.
2. Dies ist die Herkunft von *dukkha*, nämlich *taṇhā* (blindes Begehren). – Davon gilt es *loszulassen*.
3. Dies ist das Enden [*nibbāna*] von *dukkha*. – Das gilt es zu *realisieren*.
4. Dies ist der Weg [*magga*], der zum Enden von *dukkha* führt. – Diesen gilt es zu *kultivieren*.

(SN 56.11; Übersetzung: Norman, 2003, S. 222f.)¹³

Üblicherweise suchen wir in hohem Ausmaß Glück und Wohlbefinden im Befriedigen sinnlichen Begehrens. Grundsätzlich funktioniert diese Strategie. Deshalb wiederholen wir sie auch immer wieder. Das sich so einstellende Wohlbefinden hält bei genauerer Betrachtung leider nur kurz an. Es ist äußerst labil. Schon bald stellt sich ein neues Mangelgefühl ein und so wiederholen wir diese Strategie immer wieder aufs Neue. Ein tieferes Glück eröffnet sich uns Buddha zufolge im Wohl meditativer Versenkung [*jhāna*], weil es ungleich beständiger ist. Diese Versenkung ist eine besonders starke Ausprägung von *samādhi* (Sammlung). Das höchste Glück liegt jedoch in der Freiheit, die sich einstellt, wenn wir von unserem Begehren selbst loslassen.¹⁴ Der zu diesen beiden tieferen Formen des Wohlbefindens führende Weg ist der edle achtgliedrige Weg [*aṭṭhangika magga*]. Dieser wird auch als mittlerer Weg bezeichnet, weil er die Extrema zügellosen Sinnesgusses und asketischer Selbstquälerei meidet:

„Es ist dieser edle achtgliedrige Weg, der den zur Leidensauflösung führenden Pfad bildet. Nämlich: rechte Sichtweise, rechte Absicht/Gesinnung, rechte Rede, rechtes Handeln, rechter Lebenswandel, rechte Bemühung, rechte Achtsamkeit, rechte Sammlung.“ (DN 22: 364; zitiert nach Gäng, 2002, S. 82)

Dass Achtsamkeit und Sammlung, *sati* und *samādhi*, hier integral in den edlen achtgliedrigen Weg eingebunden sind, weist auf die Bedeutung dieser beiden Eigenschaften hin. Daraus, dass diese beiden Pfadglieder erst am Ende des Weges genannt werden, können wir schließen, dass es für ihre Vervollkommnung einer gründlichen Fundierung bedarf, die die gesamte Lebensführung einbezieht. – Wie können wir diese beiden Geisteseigenschaften nun differenzierter verstehen?

Mit *sati* ist in den Pāli-Sūttas die Fähigkeit gemeint, innezuhalten, feinfühlig hinzuspüren und der gegenwärtigen Erfahrung, ohne etwas zu *verurteilen*, reflexiv bewusst zu sein. *Sati* bezeichnet eine bestimmte Weise, sich auf andere und die eigene Erfahrung zu *beziehen* (*Sedaka-Sutta*, SN 47.19) und ist somit eine Beziehungsqualität. Wörtlich bedeutet *sati* ‚Erinnerung‘. Es gilt, sich daran zu erinnern, es sich ins Bewusstsein

10 Vgl. dazu Köck (2013), S. 11–14.

11 Diese Übersetzung wird von Norman (1990, S. 174) übernommen. Ihre gekürzte Übertragung ins Deutsche ist vom Autor.

12 Vgl. dazu Norman (1990, 2003).

13 Übersetzung aus dem Englischen durch den Autor.

14 Vgl. dazu MN 75.12–15.

zu *rufen* und es im Bewusstsein zu *behalten*, heilsame [*kusala*] Qualitäten zu entwickeln und unheilsame [*akusala*] ablegen zu wollen (Thānissaro, 2015). Grundsätzlich ist *sati* eine Fähigkeit, die wir alle bereits in einem gewissen Ausmaß besitzen und die wir durch Übung bewusst stärken können. Die mittlerweile fest etablierte deutsche Übersetzung von *sati* mit Achtsamkeit suggeriert leicht, *sati* mit Aufmerksamkeit gleichzusetzen, doch in den Pāli-Sūttas bezeichnet *sati* eine ganz bestimmte *Qualität* der Aufmerksamkeit [*manasikāra*].

Samādhi bedeutet wörtlich „Fest-zusammengefügt-Sein“ (Nyānatiloka, 1999, S. 191). Man kann den Begriff übersetzen mit Sammlung, Einigung des Geistes, Herzenseinigung, Friede. In den Pāli-Lehrreden (z. B. AN 5:51) bezeichnet *samādhi* eine Geistesverfassung tiefer Geeinheit, die sich als *Wirkung* einstellt, wenn wir kontinuierlich, ohne uns im Geringsten in Gedanken oder anderen Ablenkungen zu verlieren, achtsam sind. Mit *samādhi* kommt das Erleben einer gewissen Dauer ins Spiel. Das fühlt sich ganz anders an, als wenn wir immer wieder nur kurz achtsam sind. Unsere momentane Achtsamkeit wird im Alltagsbewusstsein immer wieder unterbrochen. Doch in *samādhi* können wir *verweilen!*¹⁵

Auch im Kontext der Pāli-Sūttas sind nun die von Rogers beschriebenen Merkmale des Erlebens auf der siebten Stufe des Prozesskontinuums – Unmittelbarkeit und Reflexivität – ein Thema, hier im Zusammenhang mit eben jener Geistesqualität, die Buddha als *sati* (Achtsamkeit) bezeichnete.

In einem Haupttext zur Meditation, der Satipaṭṭhāna-Sūta, MN 10, (Lehrrede von den vier Grundlagen der Achtsamkeit) wird ein unmittelbares Erleben beschrieben, allerdings in einem für uns ungewöhnlichen Sprachgebrauch. In einer Standarddefinition von *samma sati* (stimmiger, rechter Achtsamkeit) heißt es da am Beispiel einer auf den Körper gerichteten Achtsamkeit:

„Hier, ihr Mönche, verweilt ein Mönch hinsichtlich des Körpers den Körper betrachtend, unermüdlich, wissensklar und achtsam, frei von Verlangen und Betrübnis hinsichtlich der Welt.“ (MN 10.3; zitiert in: Anālayo, 2010, S. 43)

Die Redewendung „hinsichtlich des Körpers den Körper betrachtend“ klingt im Deutschen seltsam. Dem deutschen Mönchsgelehrten Anālayo (2010, S. 46) zufolge „unterstreicht die Wiederholung ‚Körper im Körper‘ die Bedeutung der unmittelbaren Erfahrung im Gegensatz zu rein intellektueller Reflexion“.

Reflexivität ist ein allgemeines Merkmal von *sati* (Achtsamkeit). So heißt es in der Satipaṭṭhāna-Sūta etwa im Zusammenhang des Kultivierens von *sati* während des Ein- und Ausatmens:

„Lang einatmend weiß er: ‚Ich atme lang ein‘; lang ausatmend weiß er: ‚Ich atme lang aus‘; kurz einatmend weiß er: ‚Ich atme kurz ein‘; kurz ausatmend weiß er: ‚Ich atme kurz aus.‘“ (Anālayo, 2010, S. 13)

In diesem Zusammenhang ist es der Pāli-Begriff *pajānāti*, der mit ‚er weiß‘ übersetzt wird. Hier wird also eine Erfahrung beschrieben, in der man nicht nur atmet, sondern *weiß, dass* man atmet. Das ist reflexiv. Der Mönchsgelehrte Nāṇavīra (2007, S. 42) führt zum reflexiven Aspekt von *sati* an:

„wir [könnten] sagen, dass ein Teil unseres Erlebens unmittelbar mit der Welt als Objekt beschäftigt ist, während gleichzeitig ein anderer Teil unseres Erlebens mit dem unmittelbaren Erleben als Objekt beschäftigt ist. Diesen zweiten Teil können wir reflexives Erleben nennen.“

Die Differenz der Verortungen eines reflexiven Bewusstseins

Aufschlussreich ist nun der Unterschied, *wo* in den beiden Theoriegebäuden des PZA und des frühbuddhistischen Meditationsverständnisses ein reflexives Bewusstsein verortet wird. Rogers schreibt reflexives Bewusstsein nur dem Erleben in den beiden obersten Stufen des Prozesskontinuums zu. Unter reflexivem Bewusstsein scheint er somit eine Bewusstseinsqualität zu verstehen, die sich erst in einer fortgeschrittenen Entwicklungsphase zeigt. In der Satipaṭṭhāna-Sūta hingegen wird Reflexivität als ein zentrales Merkmal von *sati* (Achtsamkeit) verstanden. Nachdem es gilt, *sati* zu kultivieren, impliziert dies, dass ein reflexives Bewusstsein *von Beginn an* in der Meditation *intentional* kultiviert wird. Man könnte auch sagen: Reflexives Bewusstsein ist in der Satipaṭṭhāna-Sūta eine zentrale *Bedingung* für Selbstkultivierung – und nicht wie in Rogers’ Konzept des Prozesskontinuums eine *Auswirkung*.

Wenn uns ein reflexives Bewusstsein, wo wir beispielsweise *wissen, dass* wir diese Zeilen gerade lesen, *während* wir sie lesen, zumindest kurz sofort zugänglich ist, erstaunt es, wieso Rogers es nur der sechsten und siebten Stufe des Prozesskontinuums zugeordnet hat. Ich denke, wir können Rogers hier so verstehen, dass er dabei nur an besonders starke Ausprägungen eines reflexiven Gewahrseins gedacht hat, wie es sich deutlicher erst in einem relativ stabilen fluideren Erleben zeigt. Dem buddhistischen Meditationsverständnis zufolge ist dieses reflexive Bewusstsein allerdings nichts Digitales, das entweder vorhanden oder nicht vorhanden ist. *Sati* (Achtsamkeit) – und damit reflexives Bewusstsein – kann man sich als Spektrum vorstellen. *Sati* kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein, emotional verschieden gefärbt und in zeitlicher Hinsicht punktueller oder kontinuierlicher. Es gilt bei rudimentären Formen von *sati* anzusetzen und sich immer wieder aufs Neue an die Intention zu *erinnern*, der gegenwärtigen Erfahrung achtsam zu begegnen. Dabei schweift die Aufmerksamkeit immer wieder ab. Und das Zurückbringen der Aufmerksamkeit, nachdem sie abgeschweift ist, gilt als unverzichtbarer Teil der Übung. Allmählich erwirbt man so ein Erfahrungswissen, eine Kunstfertigkeit,

¹⁵ Vgl. dazu Gäng (2002), S. 93f.

„HE EXPERIENCES WITH A QUALITY OF IMMEDIACY, KNOWING AT THE SAME TIME THAT HE EXPERIENCES.“

wie es intuitiv zunehmend leichter gelingt, wirklich kontinuierlich achtsam zu sein. So entfaltet sich *samādhi* (Sammlung).

Es ist genau diese Kontinuität von sati (Achtsamkeit), die aus Sicht der frühbuddhistischen Meditationstheorie eine wesentliche Bedingung für das natürliche Entstehen von samādhi (Sammlung) ist.

Das regt zur Frage an, inwiefern das Wissen um jenes reflexive Bewusstsein, das Rogers im Kontext seiner Darstellung der siebten Stufe des Prozesskontinuums als *Wirkung* beschreibt, im Kontext der Therapeuteneinstellungen, also Rogers' *Bedingungen* für Persönlichkeitsentwicklung, eine Bereicherung sein könnte.

Erkenntnisgewinn und Implikationen

Wir explizierten, dass dem Aktualisieren der drei Therapeuteneinstellungen ein durch Unmittelbarkeit und Reflexivität charakterisierbares Bewusstsein innewohnt. Umgangssprachlich und auch in Anlehnung an Rogers' Sprachgebrauch würden wir hier wohl davon sprechen, dass wir beim Einnehmen der Therapeuteneinstellungen präsent sind. Ohne in einem gewissen Mindestausmaß präsent zu sein, können wir sie nicht aktualisieren. Das ist evident. Insofern ist *momentan präsent zu sein* eine Vorbedingung für das Manifestieren der Therapeuteneinstellungen. Ebenso evident ist, dass wir uns deshalb noch lange nicht in einem heilsamen *leicht veränderten Bewusstseinszustand der Präsenz* befinden.

Wie wir in der Auseinandersetzung mit dem frühbuddhistischen Meditationsverständnis erkannten, wird in diesem zwischen einer *momentanen* Achtsamkeit und ihrem *Fortdauern* im heilsamen veränderten Bewusstseinszustand *samādhi* (Sammlung) unterschieden. Achtsamkeit allein gilt hier als ein nur momentanes Phänomen, ein kurzes Aufflackern eines leicht erhöhten Bewusstseins, das schnell wieder erlischt und dem Alltagsbewusstsein Platz macht. Die Gültigkeit dieser Aussage können wir auf der Stelle überprüfen: Wir können beispielsweise beabsichtigen, das freie Fließen unseres Atmens *kontinuierlich* achtsam zu erleben – ohne uns also auch nur im Mindesten in auftauchenden Gedanken oder anderen Ablenkungen zu verlieren. Wie lange hält unser reflexives Bewusstsein an, wo wir wach, annehmend und gelöst *kontinuierlich* wissen, was geschieht, *während* es geschieht? Ohne entsprechende Übung meist nicht lange. Außerdem müssen wir uns eingestehen, dass wir keine direkte Kontrolle darüber haben, *wann* wir uns dessen bewusst werden, *dass* wir uns wieder in einem Gedanken verloren haben. Das Sich-Erinnern [*sati*] daran, dass wir achtsam sein wollen, unterliegt nicht unserem Willen. Deshalb bedarf Achtsamkeit aus der Sicht des frühbuddhistischen Meditationsverständnisses ihrer Kultivierung.

Erst durch Übung erwerben wir die Fähigkeit, mit einer gewissen Kontinuität präsent zu sein, also in diesem reflexiven Bewusstsein zu *verweilen!* Das ist keine Frage des Wollens, sondern des Könnens. Kunst kommt von Können. Insofern geht es beim Erwerben der Kompetenz, mit einer gewissen Dauer präsent zu sein, um das Erwerben einer Kunstfertigkeit. Das ist ähnlich wie beim Geige-spielen-Lernen: Indem eine Musikerin die Griffe immer wieder übt (als ob sie dies noch nie getan hätte, und das ist etwas gänzlich anderes als mechanische Wiederholung), lernt ihr Organismus die Griffe intuitiv und spontan zu vollziehen. Carl Rogers selbst war die Bedeutung von Disziplin klar:

„Being real does not involve us doing anything we want to do; it means a disciplined approach. That's one thing that I realize I have not stressed enough, and consequently it has been overlooked. I'm quite a disciplined person myself, and it comes natural to me to think that everyone else is, too, but that's not so. [...] there's a discipline involved in being deeply empathic. It means you really do shut things out and you are focused. Because the essence of it is simple, people forget that there is also disciplined learning and disciplined action in the interaction.“
(Rogers & Russel, 2002, S. 284).

In Analogie zur Unterscheidung zwischen *momentaner Achtsamkeit* und ihrem *Verweilen* in *samādhi* (Sammlung) können wir unser *momentanes Präsent-Sein* beim Aktualisieren der drei Therapeuteneinstellungen vom leicht veränderten heilsamen Bewusstseinszustand der *Präsenz* unterscheiden, in den wir gelangen können, wenn wir kontinuierlich präsent sind. Insofern können wir uns Präsenz wie eine Blüte vorstellen, die ganz natürlich wächst und sich öffnet, wenn die für ihr Entstehen notwendigen Bedingungen optimal zusammentreffen. Uns obliegt es diesem Gleichnis zufolge wie einem Gärtner, diese optimalen Bedingungen innerhalb unserer Möglichkeiten zu schaffen und durch unser Engagement, *kontinuierlich* präsent zu sein, zu kultivieren.

Was würde es praktisch bedeuten, kontinuierlich präsent zu sein, als Disziplin zu verstehen? – Wie Geller und Greenberg durch ihre Interviews mit meditierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits ausführlich belegten, schätzen viele unserer Berufskolleginnen mittlerweile eine regelmäßige Meditationspraxis, von der sie aus Erfahrung wissen, dass sie ihre therapeutische Präsenz unterstützt.

Besondere Aufmerksamkeit sollten wir hier aus meiner Sicht einer modernen Form buddhistischer Meditation zukommen lassen. Der US-amerikanische Meditationslehrer Gregory Kramer (2009) entwickelte im Rahmen seiner Dissertation auf Basis der *Pāli*-Lehrreden eine moderne Meditationsform, die er Einsichtsdialog nennt. In diesem beabsichtigen Meditierende, sich achtsam miteinander in Beziehung zu spüren und sich gemeinsam im Dialog einem Kontemplationsthema zu öffnen. Angesichts dessen, was Psychotherapeuten in diesem kostbaren

Übungsrahmen lernen können, wundert es nicht, dass es in den USA und Europa mittlerweile spezielle Weiterbildungsangebote in Einsichtsdialog für Psychotherapeutinnen gibt. Weniger bekannt ist, dass es an der ‚*NOUS-School of Psychotherapy*‘ in Milano bereits seit neun Jahren eine Ausbildung zum Psychotherapeuten gibt, in der buddhistische Meditation im Stillen und Einsichtsdialog ein Pflichtteil in der staatlich anerkannten Ausbildung sind (Giommi, 2017).

Ob wir selbst eine *eigene* Meditationspraxis auf uns nehmen wollen, die uns im kontinuierlichen Aufrechterhalten reflexiven Bewusstseins und damit im Vervollkommen unser Therapeuteneinstellungen unterstützt, ist letztlich unsere persönliche Entscheidung. In unseren *Therapiestunden* würde die Disziplin, sich im kontinuierlichen Präsent-Sein zu üben, auf alle Fälle bedeuten, dass wir uns, während wir uns darum bemühen, unseren Klientinnen und Klienten echt, bedingungslos wertschätzend und empathisch zu begegnen, zugleich für ein Bewusstsein engagieren, wo wir *kontinuierlich* wissen, während wir etwas erfahren, *dass* wir es erfahren. Eine derartig beständige Intention würde dazu beitragen, die Therapeuteneinstellungen leichter und vollkommener zu aktualisieren, weil dieses Gewahrsein eine gesteigerte, gelöstere, durchlässigere und umfassendere Bewusstheit für das Erleben und damit eine größere Selbststeuerungsfähigkeit ermöglichen würde. Der Therapie-theorie Rogers' zufolge würde dies weiters bedeuten, dass wir uns unmittelbar auf unsere Klientinnen und Klienten einlassen würden. Letztlich würde das implizieren: Wir würden sie gleichsam in eine gemeinsam geteilte Präsenz einladen, die es ihnen erleichtern würde, ihrer eigenen Erfahrung mit größerer Kongruenz, bedingungsloser Wertschätzung und Empathie zu begegnen.

Literatur

Bei den Pāli-Quellen erfolgt der Quellenbeleg in folgender Weise: (1.) Angabe der Nikāya, (2.) Angabe der Nr. der Lehrrede. Bei AN folgt nach der (1.) Angabe der Nikāya die (2.) Nr. des Buches und die (3.) Angabe der Nr. der Lehrrede.

Anguttara Nikāya (Angereichte Sammlung) (= AN)

Dīgha Nikāya (Längere Sammlung) (= DN)

Majjhima Nikāya (Mittlere Sammlung) (= MN)

Samyutta Nikāya (Gruppierte Sammlung) (= SN)

Anālayo, B. (2010). *Der direkte Weg*. Stammbach: Beyerlein & Steinschulte.
Gāng, P. (2002). *Buddhismus* (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Frankfurt/M.: Campus Verlag (Campus Einführungen).

Geller, S.M. (2003). Becoming Whole: A collaboration between experiential psychotherapies and mindfulness meditation / Ganz werden: Eine Zusammenarbeit von Experientiellen Psychotherapien und Achtsamkeitsmeditation / Volviéndose Pleno/a: Una Colaboración Entre Psicoterapias Experienciales y la Meditación „Mindfulness“. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2(4), 258–273.

Geller, S.M. (2004). Becoming Whole: A collaboration between experiential psychotherapies and mindfulness meditation. [Online] *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2(4), 258–273. Verfügbar unter http://www.sharigeller.ca/_images/pdfs/Becoming_whole.pdf [24. 8. 2020].

Geller, S.M. (2013a). Therapeutic presence: An Essential Way of Being. In M. Cooper (Ed.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2nd ed.) (pp. 209–222). New York: Palgrave Macmillan.

Geller, S.M. (2013b). Therapeutic presence as a foundation for relational depth. In R. Knox, D. Murphy, S. Wiggins & M. Cooper (Ed.), *Relational depth. New perspectives and developments*. (S. 175–184). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Geller, S.M. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. Washington, DC: American Psychological Association.

Geller, S.M. & Greenberg, L.S. (2002). Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter / Therapeutische Präsenz: Erfahrungen von Therapeuten mit Präsenz in der psychotherapeutischen Begegnung / La Presencia Terapéutica: La Experiencia de la Presencia que Viven los Terapeutas en el Encuentro Psicoterapéutico. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1 (1–2), 71–86.

Geller, S.M.; Greenberg, L.S. (2012). *Therapeutic Presence. A Mindful Approach to Effective Therapy*. Washington: American Psychological Association.

Geller, S.M.; Greenberg, L.S. (2013). Therapeutic presence: a mindful approach to effective therapy, by Shari M. Geller and L.S. Greenberg. In *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(2), 177–180.

Giommi, F. (2017). *Insight Dialogue in the Training of Psychotherapists. A short report from an in-depth 6-year experience. August 2017. Milano, Italy*. Nicht publiziertes Manuskript; einsehbar beim Autor und dem Verfasser dieses Artikels.

Greiner, K. (2012). *Standardisierter Therapieschulendialog (TSD). Therapieschulen-interdisziplinäre Grundlagenforschung an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien Paris (SFU)*. Wien: Sigmund Freud Universitätsverlag.

Knox, R., Murphy, D., Wiggins, S. & Cooper, M. (Ed.) (2013). *Relational depth. New perspectives and developments*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Köck, C. (2013). *Meditation und Psychotherapie. Wie Meditation therapeutische Präsenz vertiefen kann*. [Online] Unveröffentlichte Abschlussarbeit für die Ausbildung zum personenzentrierten Psychotherapeuten am Institut für Personzentrierte Studien (IPS), Wien. Verfügbar unter <http://www.christoph-koeck.at/wp-content/uploads/2014/09/koeck-meditation-und-psychotherapie.pdf> [24. 8. 2020].

Kramer, G. (2009). *Einsichts-Dialog. Weisheit und Mitgefühl durch Meditation im Dialog*. Freiburg: Arbor. (Original erschienen 2007: *Insight Dialogue. The Interpersonal Path to Freedom*. Boston: Shambala).

Ñāṇavīra (2007). *Notizen zu Dhamma und andere Schriften*. Hrsg. v. Mettiko. Stammbach-Herrnschrot: Beyerlein & Steinschulte. (Original erschienen 1987: *Clearing the path. Writings of Ñāṇavīra Thera* (1960–1965). Colombo, Sri Lanka: Path.

Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. London: Sage.

Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. Reprinted. London u. a.: SAGE Publ.

Metzinger, T. (2010). Bewusstsein. In H. J. Sandkühler & D. Borchers (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie*, Bd. 1. (S. 278–290). Hamburg: Meiner.

Newman, J.W. (1996). *Disciplines of attention. Buddhist insight meditation, the Ignatian spiritual exercises, and classical psychoanalysis*. New York – Berlin a. o.: Lang (Asian thought and culture, 26).

Norman, K.R. (1990). Why are the four noble truths called 'noble'? In Y. Karunadasa (Ed.), *Ananda: Essays in honour of Ananda W.P. Guruge*. (= CP IV, S. 170–174). Colombo, Sri Lanka, 11–13.

Norman, K.R. (2003). *The Four Noble Truths*. Indological and Buddhist

- Studies (Vol. in honour of Professor J. W. de Jong), Canberra 1982, 377–391. In The Pali Text Society (Ed.), *K. R. Norman Collected papers II. Indological and Buddhist Studies* (Vol. for J. W. de Jong) (pp. 210–223). Oxford: The Pali Text Society.
- Nyānatiloka (1999). *Buddhistisches Wörterbuch. Kurzgefasstes Handbuch der buddhistischen Lehren und Begriffe in alphabetischer Anordnung* (5. Aufl.). Stambach: Beyerlein und Steinschulte (Buddhistische Handbibliothek, 3).
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. (Deutsch: Rogers, C. R. (1991). *Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie*. In Rogers, C. R. & Schmid, P. F., 165–184).
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science. Formulations of the person and the social context*, (Vol. III, S. 184–256). New York: McGraw-Hill. (Deutsch: Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG).
- Rogers, C. R. (1961a). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable. (Deutsch: Rogers, C. R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett).
- Rogers, C. R. (1979a). *The foundations of the person-centered approach. Education*, 2, 98–107.
- Rogers, C. R. (1980a). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980b). Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive textbook of psychiatry III* (Vol. 2, 3rd ed., S. 2153–2168). Baltimore: Williams & Wilkins. (Deutsch: Rogers C. R. (1991). Klientenzentrierte Psychotherapie. Rogers, C. R. & Schmid, P. F., 185–237).
- Rogers, C. R. (1984f). A way of meeting life: An interview with Carl Rogers. *The Laughing Man*, 5(2), 22–23.
- Rogers, C. R. (1986e). Rogers, Kohut and Erickson: A personal perspective on some similarities and differences. *Person-Centered Review*, 2, 125–140.
- Rogers, C. R. (1986h). A client-centered/person-centered approach to therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Ed.). *Psychotherapist's Casebook. Theory and technique in the practice of modern times*. (S. 197–208). San Francisco: Jossey Bass.
- Rogers, C. R. (1987k). Interview with Carl Rogers on the use of self in therapy. In M. Baldwin (Ed.) (2000), *The use of self in therapy*, 29–38. 2nd ed. New York: Haworth Press.
- Rogers, C. R. & Russell, D. (2002). *Carl Rogers, the quiet revolutionary. An oral history*. Roseville, Calif.: Penmarin Books.
- Rogers, C. R.; Schmid, P. F. (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Sartre, J.-P. (2010). *Die Transzendenz des Ego. Philosophische Essays, 1931–1939* (2. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (Gesammelte Werke in Einzelausgaben. Philosophische Schriften / Jean-Paul Sartre, Bd. 1, Ed. 2).
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch 1. Solidarität und Autonomie*. Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1998). Gegenwärtigkeit. Anthropologische und psychologische Voraussetzungen des Dialogs über Glaubensfragen. In H. Bogensberger (Hrsg.), *Erkenntniswege in der Theologie*. (S. 151–200). Graz: Verlag Styria (Forum St. Stephan, Bd. 10).
- Schmid, P. F. (1999). Personzentrierte Psychotherapie. In T. Sluneccko & G. Sonneck (Hrsg.), *Einführung in die Psychotherapie*. (S. 168–211). Wien: Facultas.
- Siegel, D. J. (2007). *Das achtsame Gehirn* (Korr. Neuauflage). Freiamt: Arbor. (Original erschienen 2007: *The Mindful Brain. Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: WW Norton & Company).
- Thānissaro, B. (Geoffrey DeGraff) (2015). *The Karma of Mindfulness. The Buddha's Teachings on Sati and Kamma*. Valley Center, California: Metta
- Thorne, B. (1991). *Person-centred counselling. Therapeutic and spiritual dimensions*. London, Philadelphia: Whurr (Counselling and psychotherapy series).
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage (Key figures in counselling and psychotherapy).
- Thorne, B. (1994). Developing a spiritual discipline. In D. Mearns (Ed.), *Developing person-centred counselling* (S. 44–48). London: Sage (Developing counselling).
- Thorne, B. (2012). *Counselling and spiritual accompaniment. Bridging faith and person-centred therapy*. Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell.
- Tichy, H. E. (2018). *Die Kunst präsent zu sein. Carl Rogers und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation*. Münster: Waxmann (Psychotherapiewissenschaft in Forschung, Profession und Kultur. Schriftenreihe der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien, Band 22).

Die Darstellung des Personzentrierten Ansatzes in der deutschsprachigen Fachliteratur

Jana Lammers, Claudia Oelrich, Kathleen Raasch, Julia Spreitz
Hamburg

Vor dem Hintergrund der Kernkonzepte personzentrierter Theoriebildung, die auf die Forschungsergebnisse von Carl R. Rogers zurückgehen, analysieren die Autorinnen die Darstellungen des PZA in weit verbreiteten Lehrbüchern von Klinischer Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Ratgeberliteratur. Die Autorinnen kommen zu dem Schluss, dass die Darstellung oft lückenhaft und damit missverständlich ist – und entsprechend wenig dazu geeignet, den PZA als ein Psychotherapieverfahren kenntlich zu machen.

Schlüsselwörter: Literaturanalyse, personzentrierte Literatur, Therapietheorie, Persönlichkeitstheorie

The presentation of person-centered therapy in German-speaking literature. Focusing on the central concepts of the person-centered approach (PCA)—which are based on the results of Carl R. Rogers' research—the authors analyze several portrayals of person-centered therapy by using examples from textbooks on clinical psychology, psychotherapy, psychiatry and from guidebooks. The authors conclude that the accounts often are incomplete and therefore misleading. Thus, the presentation is not suitable for delineating the PCA as a psychotherapy procedure.

Keywords: literature analysis, person-centered literature, therapy theory, personality theory

1. Einleitung

Der Personzentrierte Ansatz (PZA) basiert auf den Forschungsergebnissen von Carl R. Rogers und seinen Mitarbeiter*innen. Seit den frühen 1950er-Jahren fand er weltweit Verbreitung. In Deutschland wird unverändert oft der Begriff Gesprächspsychotherapie verwendet, den Tausch (1968) prägte. Rogers selbst nannte seinen Ansatz zunächst non-direktiv, dann klientenzentriert und schließlich personzentriert.

Im vorliegenden Artikel betrachten wir an einigen ausgewählten Beispielen die Darstellung des PZA bzw. der Gesprächspsychotherapie in deutschsprachigen Lehrbüchern und Ratgebern. Insbesondere gehen wir der Frage nach, inwieweit diese Darstellungen mit den Charakteristika des Ansatzes übereinstimmen, über die in historischer Perspektive wie auch in der

gegenwärtigen Diskussion des Ansatzes in der wissenschaftlichen Community weitgehend Einigkeit herrscht, vor allem mit jenen Charakteristika, die als essenziell für den Ansatz gelten können. Dem Eindruck folgend, dass sich möglicherweise im Verlauf der Rezeption des personzentrierten Konzepts in den vergangenen 70 Jahren Verzerrungen in seiner Darstellung eingeschlichen haben, die in Deutschland vielleicht auch auf der Grundlage von berufspolitischen Interessen aufrechterhalten werden, beschäftigen wir uns mit weit verbreiteten Lehrbüchern der Klinischen Psychologie, der Psychotherapie, der Psychiatrie sowie mit psychologischen Ratgebern.

Zu Beginn unserer Erörterung möchten wir das Ziel hervorheben, das Rogers als Psychotherapieforscher verfolgte, und die Mittel benennen, die er dafür einsetzte: Rogers hatte nicht die Absicht, eine neue Therapieschule zu begründen, sondern

Jana Lammers, geb. 1969, Psychologische Psychotherapeutin für Gesprächspsychotherapie und Psychotherapeutin (DeGPT). Selbstständig tätig in eigener Praxis in Hamburg – und als Dozentin an Ausbildungsinstituten und Hochschulen. Kontakt: jana.lammers@me.com

Claudia Oelrich, geb. 1976, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung für Gesprächspsychotherapie. Langjährig in Hamburg tätig in der Arbeit mit (traumatisierten) geflüchteten Menschen sowie als Dozentin an Hochschulen. Kontakt: ClaudiaOe@gmx.net

Kathleen Raasch, geb. 1980, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin (GPT), Psychoonkologin (WPO), langjährige psychoonkologische Beratungsstellentätigkeit, selbstständig in eigener Praxis sowie als Dozentin. Kontakt: kathleen-raasch@web.de

Julia Spreitz, geb. 1975, Psychologische Psychotherapeutin für Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Langjährige therapeutische Tätigkeit in psychiatrischer und psychosomatischer Klinik sowie als Dozentin. In eigener Praxis in Hamburg tätig. Kontakt: kontakt@psychotherapie-spreitz.de

sein Ziel war es, Hypothesen und klinische Erkenntnisse über den therapeutischen Prozess und die in ihm bewirkten Persönlichkeitsveränderungen zu gewinnen. Der PZA ist u. a. das Ergebnis langjähriger systematischer empirischer Forschung.

Den ersten Abschnitt dieses Textes werden wir mit Rogers' ursprünglichen Definitionen zentraler Begriffe und Konzepte beschließen, die er 1959 aus seinen Forschungsergebnissen ableitete und die in deutscher Übersetzung erstmals 1987 und 2009 in (zweiter) Neuauflage erschienen (Rogers, 1959a/2009). Diese Definitionen werden wir der Analyse der von uns kritisch betrachteten Darstellungen des PZA zugrunde legen.

2. Der Personzentrierte Ansatz bei Rogers

In seinem ersten Buch „The clinical treatment of the problem child“ legte Rogers (1939a) die Grundzüge seines Verständnisses von Psychotherapie dar. Seinen Ansatz bezeichnete er seinerzeit noch als „non-direktiv“. Am Beispiel dieses Konzepts der „Non-Direktivität“ lässt sich zeigen, dass Rogers' empirische Prüfungen seiner Hypothesen zu einer Weiterentwicklung führten und er bestehende Konzepte veränderte bzw. neu definierte. 1942 beschrieb er in dem Buch „Counseling and psychotherapy“ (Rogers, 1942a) die selbstverantwortlichen Klient*innen in Abgrenzung zu abhängigen Patient*innen und die therapeutische Haltung. Therapeut*innen sind davon überzeugt, dass Klient*innen in sich die Fähigkeit tragen, sich in Richtung Selbstaktualisierung in eine positive Richtung zu reorganisieren, wenn zwischen ihnen und den Therapeut*innen eine angstfreie Atmosphäre entsteht. Therapeut*innen können durch sorgfältiges Zuhören, Akzeptieren der Klient*innen als die Person, die sie jeweils sind, und Reflektieren der Gefühle der Klient*innen dazu beitragen.

Rogers war der erste Psychotherapeut, der Aufzeichnungen von Therapiegesprächen machen ließ und sie (bzw. deren Transkripte) beim klinischen Training von Psychotherapeut*innen einsetzte.

Die Bedeutung von Empathie, Bedingungsfreier Positiver Beachtung und Kongruenz der Therapeut*innen für den Veränderungsprozess der Klient*innen wurde mittels empirischer Forschung nachgewiesen bzw. daraus abstrahiert.

Im Verlauf der folgenden Jahre betonte Rogers immer stärker die therapeutische Beziehung: Therapeut*innen nehmen eine bestimmte Haltung ein, ohne die die Therapietechniken – z. B. die Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte der Klient*innen als Ausdruck des empathischen Verstehens der Therapeut*innen – wirkungslos bleiben (vgl. Biermann-Ratjen & Eckert, 2017, S. 21ff.). Mit dem Titel seines Buchs „Client-centered therapy“ (Rogers, 1951s) nannte er seinen Ansatz programmatisch nicht mehr „non-direktiv“, sondern „klientenzentriert“. Seine klientenzentrierte Therapie erweiterte Rogers

in den 1960er-Jahren zum Personzentrierten Ansatz (person-centered approach).

1959 legte Rogers im Handbuch „Psychology. A study of a science“ in seinem Aufsatz „A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework“ (Rogers, 1959a; dt.: „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes“, Rogers, 1959a/2009) die Therapietheorie dar. Die dort enthaltenen Definitionen der Grundbegriffe haben bis heute Gültigkeit und sind Grundlage des Werks Rogers'.

Zum einen sind die für die Theorie dieses Therapieverfahrens zentralen Begriffe, Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Kongruenz auf der Seite des*der Therapeut*in die Bedingungen für den therapeutischen Prozess, zum anderen stellen sie zentrale Grundannahmen über die Natur des Menschen dar (insbesondere die Aktualisierungs- bzw. Selbstaktualisierungstendenz).

Unsere Betrachtung der Darstellung des PZA in der deutschsprachigen Fachliteratur wird sich den Übereinstimmungen und Differenzen der dort verwendeten Begriffe im Vergleich zu Rogers' Original-Definitionen zuwenden. Deshalb zitieren wir zunächst Abschnitte aus Rogers (1959a) erstveröffentlichter exakter theoretischer Aufarbeitung „Eine Theorie der Psychotherapie“ aus der deutschen Übersetzung (1959a/2009):

Bedingungen des therapeutischen Prozesses:

„Damit sich ein therapeutischer Prozess entwickelt, müssen folgende Bedingungen vorhanden sein:

1. Zwei Personen befinden sich in *Kontakt*.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der *Inkongruenz*; sie ist *verletzlich* oder *voller Angst*.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist *kongruent* in der *Beziehung*.
4. Der Therapeut empfindet *bedingungslose Wertschätzung* gegenüber dem Klienten.
5. Der Therapeut *erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen* des Klienten.
6. Der Klient *nimmt* zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 *wahr*, nämlich die *bedingungslose Wertschätzung* des Therapeuten ihm gegenüber und das *empathische Verstehen des Therapeuten*“ (ebd., S. 46f., Hervorh. i. Orig.).

3. Die zentralen Begriffe des Personzentrierten Ansatzes

Empathie: „Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all

seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Position aufzugeben. Das bedeutet, Schmerz oder Freude des anderen zu empfinden, gerade so wie er empfindet, dessen Gründe wahrzunehmen, so wie er sie wahrnimmt, jedoch ohne jemals das Bewusstsein davon zu verlieren, dass es so ist, als ob man verletzt würde usw. Verliert man diese ‚als ob‘-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung“ (ebd., S. 44).

Bedingungslose Wertschätzung bzw. Bedingungsfreie Positive Beachtung: „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“ (ebd., S. 41). Heute setzt sich der Begriff Bedingungsfreie Positive Beachtung als Terminus der Klientenzentrierten Therapie – wie ihn Höger (2012) benannt hat – zunehmend durch.

Kongruenz: „Das Individuum überprüft sein Selbstkonzept, um es in Übereinstimmung mit seiner exakt symbolisierten Erfahrung zu bringen. ... Es organisiert sein Selbstkonzept, um Charakteristiken mit einschließen zu können, die früher als unvereinbar erlebt wurden. Wenn also Selbsterfahrungen exakt symbolisiert erlebt und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden, dann ist der Zustand der Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung erreicht. ... Trifft dies in einigen Erfahrungsbereichen zu, z. B. für die Erfahrung eines Individuums in einer bestimmten Beziehung oder in einem bestimmten Augenblick, dann können wir sagen, dass das Individuum sich in einem gewissen Ausmaße im Zustand der Kongruenz befindet“ (ebd., S. 38). Heute lautet diese Definition folgendermaßen: „Kongruenz ist definiert als das Vorliegen der Möglichkeit, sich aller bewußtseinsfähigen Erfahrungen, die der Organismus macht, bewusst zu werden und sie im Selbsterleben zu repräsentieren“ (Eckert & Petersen, 2012, S. 181).

Aktualisierungstendenz: „Der Begriff bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers, 1959a/2009, S. 26).

Selbstaktualisierungstendenz: „Die allgemeine Tendenz zur Aktualisierung drückt sich auch in der Aktualisierung des Teils der organismischen Erfahrung aus, in dem sich das symbolisiert, was wir Selbst nennen. Wenn das Selbst und die Erfahrung des Organismus verhältnismäßig kongruent sind, dann bleibt die Aktualisierungstendenz ebenfalls verhältnismäßig ungespalten. Wenn aber Selbst und Erfahrung inkongruent sind, dann

kann die allgemeine Aktualisierungstendenz des Organismus mit diesem Subsystem, nämlich der Tendenz zur Entfaltung des Selbst, in Widerspruch stehen“ (ebd., S. 27). Heute wird Rogers’ Selbstaktualisierungstendenz eher folgendermaßen definiert: „Die Selbstaktualisierungstendenz ist der speziell humane Teil der Aktualisierungstendenz des Gesamtorganismus. Die Struktur der in das Selbstkonzept integrierten Erfahrungen ist entscheidend für die Symbolisierung aktueller Erfahrung im Bewusstsein bzw. die Abwehr von und Verteidigung gegen die Erfahrung sowie dafür, dass Erfahrungen sich selbst zugeschrieben, zum Selbst passend und zu ihm gehörend bewertet werden“ (Biermann-Ratjen, 2012, S. 92; unter Bezug auf Kriz & Stumm, 2003).

Innerer Bezugsrahmen: „Hiermit wird die Gesamtheit der Erfahrungen bezeichnet, die dem Gewahrsein eines Individuums in einem bestimmten Augenblick erreichbar ist. Dieser Begriff umfasst die gesamte Breite von Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die der Gewährerdung zugänglich sind. Der innere Bezugsrahmen ist die subjektive Welt des Individuums. Nur das Individuum allein kennt sie völlig. Diese innere Welt kann niemals durch einen anderen erfahren werden, es sei denn durch empathisches Einfühlen, jedoch auch dann niemals ganz“ (Rogers, 1959a/2009, S. 44).

4. Darstellung des Personzentrierten Ansatzes (PZA) in der Fachliteratur

Für die Betrachtung und Analyse der Darstellung des Personzentrierten Ansatzes (PZA) bzw. der Gesprächspsychotherapie in der Fachliteratur haben wir Beispiele aus den Bereichen Klinische Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und der Ratgeberliteratur ausgewählt. Da es nicht Ziel unserer Analyse ist festzustellen, wie hoch der Anteil angemessener bzw. unangemessener Darstellungen des Ansatzes in der aktuellen Fachliteratur ist, haben wir gezielt aus der Vielzahl der Publikationen eine Auswahl getroffen. Die Auswahl berücksichtigt zum einen die empfohlene Prüfungsliteratur der Fachbereiche Psychologie (Klinische Psychologie und Psychotherapie, Interventionsmethoden) und Medizin (Psychiatrie und Psychotherapie) der Universität Hamburg, zum anderen den Grad der Verbreitung des jeweiligen Buchs (große Auflagenhöhe, hoher Amazon-Bestseller-Rang).

Klinische Psychologie

Im Bereich der Fachliteratur für Klinische Psychologie finden sich prominente Beispiele dafür, dass die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu anderen Therapieansätzen verkürzt

und als angeblich weniger wissenschaftlich fundiert und folglich weniger wirksam dargestellt wird.

Dies geschieht z. B. in dem von den beiden verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren Wittchen und Hoyer (2011) herausgegebenen Standardlehrbuch „Klinische Psychologie & Psychotherapie“.

Im Kapitel 19 „Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick“ (Wittchen, Hoyer, Fehm, Jacobi & Junge-Hoffmeister, 2011) wird der Darstellung der Gesprächspsychotherapie ca. eine halbe Buchseite (ebd., S. 469f.) gewidmet. Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren werden im Abschnitt davor zwar in vergleichbarer Kürze vorgestellt (ebd., S. 469), allerdings mit der abschließenden Ankündigung „Die verhaltenstherapeutischen Methoden werden ausführlich in den Kap. 20–29 behandelt“ (ebd.). Diese „ausführliche“ Darstellung umfasst 130 Seiten (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 477–607). Allein der Platz, der damit der Darstellung des behavioralen Ansatzes eingeräumt wird, lässt die anderen klinischen Paradigmen, wie das psychoanalytische, humanistische oder systemische, marginal erscheinen, bzw. es ist eine Engführung festzustellen, die der Vielfalt des Fachs kaum gerecht wird.

Zentrale Aspekte und Begrifflichkeiten des speziell geschichtspsychotherapeutischen Beziehungsangebots werden in diesem Buch bereits im Kapitel 18 eingeführt, hier allerdings nicht als verfahrensspezifisch, sondern als wesentliche Grundlage der und allgemeine Voraussetzung für „Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie“ (Hoyer & Wittchen, 2011). Die Autoren binden damit zentrale Aspekte des PZA in eine breite Perspektive auf Gespräche im klinischen Bereich ein. Es unterbleibt eine differenzierte Darstellung des geschichtspsychotherapeutischen Verfahrens, auf das nur kurz in einigen Punkten rekurriert wird (ebd., S. 440f.). Diese Form der Darstellung lässt bei Lesenden den Eindruck zurück, drei der von Rogers (1957) genannten Bedingungen für eine erfolgreiche Psychotherapie seien nach wie vor wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Gesprächsführung, nämlich Empathie, Akzeptanz und Kongruenz (Hoyer & Wittchen, 2011, S. 440). Aus diesen „Basisvariablen“ ließen sich spezifische Verhaltensweisen ableiten, und sie gehörten „nichtsdestotrotz zum Standardwissen der Therapeuten weltweit“ (ebd.), obwohl sie „jedoch je nach Patient und Störungsbild um ein spezifisches Interventionsrepertoire ergänzt werden“ (ebd.) müssten. Die Umsetzung der durch Rogers formulierten Bedingungen seien für eine therapeutische Veränderung notwendig, aber nicht hinreichend.

Folgt man den Analysen von Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2016) bzgl. dieser vereinfachenden und verkürzenden Darstellungen des PZA, so fällt auf, dass Wittchen und Hoyer (2011, S. 440f.) gleich mehrere unzulässige Vereinfachungen und

anwendungsbezogene Ableitungen in Bezug auf therapeutische „Verhaltensempfehlungen“ vornehmen: „Die Verfasser des Kapitels reduzieren die in Rogers (1957) genannten Bedingungen von sechs auf drei und transformieren sie dabei in ‚zu realisierende Variable‘, was in konzeptueller Hinsicht unzulässig ist, denn bei den von Rogers sechs genannten Bedingungen – im Original: ‚conditions‘ – wie Empathie und Kongruenz, handelt es sich um psychologische Konzepte von psychischen Konstellationen und nicht um messbare Merkmale (Variablen) mit linearer Ausprägung. Ihre Wirksamkeit setzt die Persönlichkeitstheoretische Annahme voraus, dass die menschliche Entwicklung wesentlich von dem Vorliegen einer Aktualisierungstendenz und einer Selbstaktualisierungstendenz bestimmt ist. Der geschichtspsychotherapeutische Prozess besteht also eben nicht in der Realisierung von drei Variablen, sondern in dem Versuch, eine therapeutische Beziehung zu etablieren, die es ermöglicht, Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz zu fördern. Gelingt das, ist das von Rogers (1997) charakterisierte therapeutische Vorgehen nicht nur notwendig, sondern auch hinreichend“ (Biermann-Ratjen et al., 2016, S. 58f.; Hervorh. v. Verf.).

An der zitierten Stelle (Hoyer & Wittchen, 2011, S. 440) wird nicht berücksichtigt, dass der Gesprächspsychotherapie ein anderes Menschenbild zugrunde liegt als der Verhaltenstherapie oder den psychoanalytisch orientierten Verfahren. Jedes Verfahren wirkt aber als Gesamtverfahren – bei wissenschaftlich korrekter Vorgehensweise darf ein Verfahren nicht nur anhand von drei isolierten Konstrukten betrachtet und dann anhand von Maßstäben und Begrifflichkeiten völlig anderer Verfahren bezüglich der Wirksamkeit bewertet werden.

In Kapitel 19 (Wittchen et al., 2011) findet sich in der überblicksartigen Darstellung psychotherapeutischer Verfahren lediglich ein sehr kurzer Abschnitt zur Gesprächspsychotherapie (s. o.), hier allerdings – anders als noch in der 1. Auflage von 2006 (Wittchen & Hoyer, 2006) – zumindest unter Bezugnahme auf die „Rogers’sche Persönlichkeitstheorie“ (Wittchen et al., 2011, S. 470), die äußerst kurz skizziert wird („Die wahrgenommene ‚Inkongruenz‘ zwischen Selbstkonzept und Erleben/Verhalten von Patienten ist zentraler Punkt der Störungstheorie der klassischen Gesprächspsychotherapie. Diese Inkongruenz kann sich in Ängstlichkeit, Verzerrung und Verleugnung von Erfahrungen und in negativem Selbstkonzept äußern. Ziel der klassischen Gesprächspsychotherapie ist der Abbau von Inkongruenz durch die Ermöglichung der ‚Selbstaktualisierung‘“; ebd.).

Leider ist selbst diese äußerst knappe Darstellung im 19. Kapitel nicht ohne Fehler. Gleich im einleitenden Satz wird die Gesprächspsychotherapie als eine „nondirektive Therapieform“ (ebd., S. 469) vorgestellt. Wie bereits ausgeführt (s. o.), distanzierte sich Rogers von dieser Charakterisierung seines

Ansatzes bereits 1951 und wählte stattdessen die Bezeichnung „klientenzentriert“. Auch die anschließende Behauptung, die klientenzentrierte Psychotherapie habe sich erst „aus der humanistisch-existenziellen Bewegung der 40er und 50er Jahre entwickelt“ (Wittchen et al., 2011, S. 469), ist nicht richtig: Wie im einleitenden Teil dieses Artikels ausgeführt, wurde der PZA von Rogers auf empirischer Basis als ein psychotherapeutisches Konzept entwickelt.

Das in diesem Kapitel besonders hervorgehobene „Ziel der Gesprächstherapie“ (nicht Gesprächspsychotherapie), das angeblich die „Selbstverwirklichung (das Ausschöpfen des eigenen Potenzials)“ (ebd.) sei, ist ebenfalls nicht korrekt: Der Begriff „Selbstverwirklichung“ findet in der klientenzentrierten Theoriebildung keine Anwendung. Dagegen ist „Selbstaktualisierung“ ein zentraler Terminus technicus, der in seiner Bedeutung keine Übereinstimmung mit dem alltagssprachlichen Begriff „Selbstverwirklichung“ aufweist. Die Ähnlichkeit der beiden Begriffe kann vor allem für Lernende eine Irreführung bedeuten. Direkt anschließend halten die Autor*innen fest, „die Diagnose und Behandlung spezifischer Störungen“ sei jedoch nicht das Ziel einer Gesprächspsychotherapie (ebd.). Das ist so nicht korrekt referiert. In Lehrbüchern zur Gesprächspsychotherapie (z. B. Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2012) werden den Fragen von Indikation, Diagnostik und Prognose und auch der Krankheitslehre ganze Kapitel gewidmet. In der kurzen zusammenfassenden Darstellung der Gesprächspsychotherapie bei Wittchen und Kolleg*innen (2011, S. 469f.) sind keine Zitate und nur sehr wenige Quellenangaben zu finden.

Andere Lehrbücher stellen die Gesprächspsychotherapie ebenfalls stark verkürzt und mitunter fehlerbehaftet dar: Das von Hautzinger und Thies verfasste Lehrbuch „Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt“ (2009) widmet der Gesprächspsychotherapie z. B. eine Viertel Buchseite im Rahmen eines „Exkurses“ (S. 33). Dort finden sich Ausführungen zu „weiteren psychotherapeutischen Ansätzen“ (ebd.), nämlich zum einen zur „Gesprächstherapie“ (nicht Gesprächspsychotherapie) und zum anderen zu den „paradoxen Interventionen“ (ebd.). Ausgangspunkte der Therapie nach Rogers seien „die Annahmen, dass Menschen von Natur aus gut sind und dass sie Störungen entwickeln, wenn sie ihr Leben nach den Wünschen anderer ausrichten anstatt nach ihren eigenen Motiven. Das Ziel der Gesprächstherapie besteht darin, den Patienten dabei zu unterstützen, freie Entscheidungen zu treffen und so sich selbst zu verwirklichen (Selbstaktualisierung)“ (ebd.). Diese Darstellung entbehrt jeglichen Bezugs zur klientenzentrierten Theorie. Es werden persönliche Meinungen kundgetan bzw. Missverständnisse des Menschenbilds des PZA – z. B. die Auffassung, Menschen seien „von Natur aus gut“ – kolportiert.

Psychotherapie

Unter den Lehrbüchern zur Psychotherapie finden sich Beispiele, in denen die Gesprächspsychotherapie den ursprünglichen Konzepten entsprechend dargestellt wird, vermutlich auch, weil das Verfahren von Gesprächspsychotherapeut*innen dargestellt wird. Dies ist z. B. der Fall im Lehrbuch von Senf und Broda (2012). Auf ca. 20 Seiten finden sich Ausführungen zu Humanistischen Psychotherapieverfahren (Eckert & Kriz, 2012). Für die Darstellung der Gesprächspsychotherapie stehen darin nur ca. 15 Seiten zur Verfügung: Auf einen Überblick über die Grundannahmen und wesentlichen Elemente des PZA wie z. B. die Selbstaktualisierungstendenz (S. 258) folgt ein Abriss der historischen Entwicklung und von Rogers als des Begründers des PZA (S. 259), dann die wesentlichen Elemente (v. a. die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen) des Therapieprozesses (S. 260ff.). Beschrieben wird weiterhin das gesprächspsychotherapeutische Störungsmodell, mit Definitionen der hier wichtigen Begriffe wie der „Aktualisierungstendenz“ (S. 262ff.). Weiterentwicklungen innerhalb des PZA werden skizziert (S. 272) und die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie dargestellt (S. 273ff.). Zum Vergleich: Die Darstellung der Psychoanalyse umfasst in diesem Lehrbuch doppelt so viele, nämlich ca. 40 Seiten, psychodynamische Ansätze werden auf ca. 20 Seiten und die Verhaltenstherapie auf ca. 40 Seiten beschrieben.

In diesem Lehrbuch findet sich auch ein ganzes Kapitel zum Thema „Therapeutische Beziehung“ (Senf, Broda & Wilms, 2012), das aber von nicht in der Gesprächspsychotherapie beheimateten Autor*innen (Senf: Psychoanalyse, Broda: Verhaltenstherapie, Wilms: Verhaltenstherapie und Systemische Therapie) verfasst wurde. Die Verfasser*innen nehmen keinen Bezug auf die Darstellung der Gesprächspsychotherapie in demselben Lehrbuch. Vielmehr wird zunächst versucht, eine allgemeine Definition des Begriffs „therapeutische Beziehung“ zu finden und darauf verwiesen, dass es in den verschiedenen Verfahren unterschiedliche Konzepte dazu gäbe. In den humanistischen Ansätzen sei hiermit die „Passung zwischen Therapeuten und Klient“ (S. 105) gemeint. Das von Rogers (1959a/2009) entwickelte Konzept einer therapeutisch hilfreichen Beziehung bleibt unerwähnt. Es wird weiterhin ausgeführt, dass die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie den zentralen Wirkfaktor darstelle. Die von Finke (2004) vertretenen Konzepte einer therapeutischen Beziehung in Form einer Alter-Ego-Beziehung und einer Dialog-Beziehung werden kurz umrissen. Auch an dieser Stelle gibt es keinen Verweis auf das von Rogers (1959a/2009) ursprünglich entwickelte Konzept einer therapeutisch hilfreichen Beziehung, d. h., die Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den therapeutischen Prozess.

Psychiatrie

In der psychiatrischen Fachliteratur wird der PZA häufig eher am Rande erwähnt. Beispielhaft soll hier die Darstellung von Tölle und Windgassen in ihrem Lehrbuch „Psychiatrie“ (2014, S. 340) aufgegriffen werden, die dem PZA im Unterkapitel „Weitere Psychotherapieverfahren“ insgesamt eine halbe Seite Text widmen (im Vergleich dazu nimmt z. B. die Darstellung der Verhaltenstherapie vier Seiten ein). Die Autoren übersetzen die von Rogers begründete „Client-centered therapy“ mit „Klientenzentrierte Therapie“ (anstelle der in der deutschsprachigen Fachliteratur gebräuchlichen Bezeichnung „Klientenzentrierte Therapie“).

Die Begriffserläuterung im Sinne einer Bezogenheit auf den zu behandelnden Menschen anstatt auf seine Krankheit und Symptome sowie die Hervorhebung der Verantwortlichkeit der Klient*innen (vgl. ebd.) scheint angelehnt an Rogers' eigene Erläuterungen zur Benennung des Therapieverfahrens: Ihm ging es darum hervorzuheben, „dass die innere phänomenale Welt des Klienten im Blickpunkt steht“ (Rogers, 1977b/2007, S. 18). Die Wahl des Begriffs „Klient*in“ anstelle von „Patient*in“ sollte deren Mitverantwortlichkeit im therapeutischen Prozess betonen: „Die therapeutische Hilfe beanspruchende Person wurde als selbstverantwortlicher Klient aufgefasst. ... Er wurde nicht als Behandlungsobjekt betrachtet“ (ebd.). Als zentral wird von Tölle und Windgassen (2014) die „Hypothese“ Rogers' beschrieben, „es bestehe im Menschen eine besondere Tendenz zur Selbstgestaltung, die sich beim Klienten unter der Therapie entfaltet“ (Tölle & Windgassen, 2014, S. 340). Der Begriff „Selbstgestaltung“ findet sich nicht in Rogers' persönlichkeits- und therapietheoretischen Annahmen (z. B. Rogers, 1959a/2009, 1977b/2007). Wie bereits erläutert, ging Rogers davon aus, dass die menschliche Entwicklung durch das Vorliegen einer Aktualisierungstendenz – diesen Begriff wählte er in Anlehnung an den Neurologen und Psychiater Goldstein – ermöglicht werde und die zu dieser Aktualisierungstendenz gehörende Selbstaktualisierungstendenz die Grundlage für die Entwicklung eines Selbst bzw. Selbstkonzepts bilde (vgl. Rogers, 1959/2009, S. 26ff.).

Weiter geben Tölle und Windgassen (2014) an, Rogers sehe sich „keiner Theorie verpflichtet“ (S. 340), beziehe sich aber auf „grundlegende Erkenntnisse der Psychoanalyse, z. B. auf die Dynamik des Unbewussten und die Übertragungsphänomene in der Behandlung“ (ebd.). Die erstgenannte Aussage deckt sich mit Rogers' eigenen Ausführungen aus dem Jahr 1975: „Ein für die Entwicklung der klientenzentrierten Orientierung bedeutsamer Faktor ist die Tatsache, dass Rogers nie einen bestimmten Mentor besaß, er wurde stattdessen von vielen bedeutsamen Persönlichkeiten der verschiedenen Denkrichtungen beeinflusst. Infolgedessen fühlte er sich keinem

Dogma und keiner geheiligten Theorie verpflichtet“ (Rogers, 1975e/2007, S. 20).

Die von Tölle und Windgassen (2014) hervorgehobene Bezugnahme auf psychoanalytische Konzepte lässt aber weitere Einflüsse auf Rogers' Theoriebildung (etwa die europäische Phänomenologie, die Existenzphilosophie nach Kierkegaard und Buber wie auch die Gestaltpsychologie; vgl. Rogers, 1975e/2007, S. 21) außer Acht. Nicht erwähnt bleiben dabei die Diskrepanzen zwischen Rogers' Konzeptualisierung von Prozessen außerhalb von Gewährwerdung sowie verzerrter Symbolisierung einerseits und dem psychoanalytischen Konstrukt des Unbewussten andererseits wie auch Rogers' explizite Orientierung an der realen Begegnung im Rahmen des spezifischen therapeutischen Beziehungsangebots anstatt der Förderung einer Übertragungsbeziehung (vgl. Finke, 2003).

Als Grundbedingungen der Behandlung nach Rogers werden von Tölle und Windgassen (2014) „die unbedingte emotionale positive Zuwendung und die Annahme des Patienten, Echtheit und empathisches Verstehen“ (S. 340) genannt. Das therapeutische Vorgehen beschreiben sie folgendermaßen: „Der Therapeut wiederholt das, was der Patient über sein Erleben und Verhalten sagt, er formuliert möglichst genau, präzisiert es durch sprachliche Verdeutlichungen, ohne aber Interventionen in Form von Deutungen vorzunehmen“ (ebd.). Damit wird bezüglich des therapeutischen Prozesses allein auf ein bestimmtes Sprachverhalten der Therapeut*innen rekurriert. Das so beschriebene Verhalten deckt sich nicht mit dem Verständnis von „empathischem Verstehen“ im PZA, das als prozesshaftes Geschehen, in dessen Rahmen der innere Bezugsrahmen des Gegenübers mit dessen emotionalen Komponenten und den dazugehörigen Bedeutungen so genau wahrzunehmen sei, als sei man diese andere Person, jedoch ohne die Qualität des „als ob“ zu verlieren (vgl. Höger, 2012, S. 115), definitorisch sehr viel weiter gefasst wird.

Auf die Zielsetzung von Psychotherapie nach dem PZA im Sinne einer Reduzierung von Inkongruenz (vgl. Rogers, 1959a/2009, S. 50ff.) gehen die Tölle und Windgassen (2014) nicht ein. Formal wird die Psychotherapie im Bereich der Kurzzeittherapien mit „4–20 Gespräche[n] von 45 Minuten Dauer“ (S. 340) angesiedelt. Diese Einschätzung findet sich zwar in Tauschs „Gesprächspsychotherapie“ (1968; 1. Aufl. erschienen 1960), steht jedoch in deutlichem Gegensatz zu heutigen Forschungsergebnissen, die für Personenzentrierte Psychotherapie einen mittleren Therapieumfang von 70 Sitzungen innerhalb von zwei Jahren angeben (vgl. Eckert & Petersen, 2012, S. 218). Als Indikationsfeld werden die psychologische Beratung und Krisenintervention sowie die Behandlung neurotischer Störungen angegeben, worauf die Einschränkung folgt, dass „die multifaktorielle Ätiologie und die Krankheitssymptomatik [somit also die Diagnostik] nicht außer Acht bleiben“ (Tölle

& Windgassen, 2014, S. 340; Anm. v. Verf.) dürften. Für die Behandlung „psychotischer und anderer schwerer Störungen“ (ebd.) sei das Verfahren nicht geeignet. Dies widerspricht den Forschungsergebnissen zur erfolgreichen gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Patient*innen aus dem gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen (Frohburg, 2009, S. 19ff.). Leider werden im entsprechenden Kapitel von Tölle und Windgassen (2014) keine Quellen benannt, auf die sich die hier untersuchte Darstellung stützt.

Ratgeberliteratur

Aus der Literatur der Ratgeber für Patient*innen und Angehörige betrachten wir exemplarisch zwei Werke: den „Wegweiser Psychotherapie“ von Broda und Dinger-Broda (2015) und „Therapie wirkt!“ von Barnow (2013).

Broda und Dinger-Broda (2015) beschreiben den PZA auf einer Viertelseite und subsumieren ihn unter „nach den Psychotherapierichtlinien nicht zugelassene, aber wissenschaftlich anerkannte Verfahren“ (S. 140), die noch keine Kassenleistung seien. Die Gesprächspsychotherapie „begründet sich auf den Arbeiten von Carl Rogers und hilft Patienten, durch eine bestimmte Gesprächstechnik ihre eigenen Potentiale wieder freizulegen und Blockaden in ihrem Leben aufzulösen“ (ebd.). Hinweise zu Behandlungsumfang, Wirksamkeit oder Indikation finden betroffene Patient*innen oder Angehörige nicht.

Der PZA versteht sich selbst nicht als Gesprächstechnik, sondern als die Definition der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess, die ein Beziehungsangebot beschreiben. In ihrem kurzen Text verwenden Broda und Dinger-Broda weitere Begriffe, die es in der Therapietheorie des PZA nicht gibt: Der PZA kennt die Aktualisierungstendenz als die dem Menschen innewohnende Tendenz, sich selbst zu erhalten und zu entfalten, zu der eine Tendenz zur Entwicklung eines Selbstkonzepts gehört. Diese entspricht nicht einer Tendenz, die „eigenen Potentiale“ freizulegen und „Blockaden ... aufzulösen“ (ebd.).

Barnow (2013) berichtet auf knapp drei Seiten über den PZA und schreibt: „Selbstverwirklichung, das Ausschöpfen des eigenen Potenzials und die Weiterentwicklung des Selbst sind zentrale Ziele der Therapie, die Diagnose und die Behandlung bestimmter psychischer Störungen rücken dabei in den Hintergrund“ (S. 34).¹ Zur Frage der Indikation schreibt Barnow, in einer Gesprächspsychotherapie „werden eher leichtere psychische Beschwerden behandelt“ (ebd., S. 38). „Darüber hinaus wird der Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut ein

hoher Stellenwert eingeräumt“ (ebd., S. 34). Die Beziehung sei gekennzeichnet durch Echtheit, Empathie und Wertschätzung. „Der Therapeut ist bemüht, dem Patienten wertschätzend gegenüberzutreten“ (ebd.). Die Gesprächspsychotherapeut*innen würden „verschiedene Basistechniken“ verwenden, zu denen das sog. „Validieren“ (ebd.) gehöre. „Verhalten wird nicht pathologisiert ..., sondern als Ausdruck der Behinderung von Wachstum und Bedürfnissen des Patienten interpretiert“ (ebd.).

Barnow übersetzt in seiner Darstellung des PZA die wesentlichen Konzepte in die Alltagssprache. Aus Selbstaktualisierung wird Selbstverwirklichung, verstanden als das Ausschöpfen des eigenen Potenzials und die persönliche Weiterentwicklung. Der PZA benennt aber als zentrales Therapieziel die Weiterentwicklung des Selbstkonzepts mit der Folge einer Zunahme von Offenheit für die persönliche Erfahrung. Dieser Aspekt findet sich in der Darstellung von Barnow nicht.

Möglicherweise hängt es mit dieser Auslegung der Selbstaktualisierung zusammen, dass Barnow davon ausgeht, es würden „eher leichtere psychische Beschwerden behandelt“ (ebd., S. 38). Es entspricht nicht dem Konzept des PZA, dass in der Therapie „darüber hinaus ... der Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut ein hoher Stellenwert eingeräumt“ (ebd., S. 34) wird. Vielmehr noch: Die Definition des therapeutischen Beziehungsangebots gilt als zentral für den PZA. Wenn dieses bestimmte therapeutische Beziehungsangebot von Therapeut*innen gemacht und von Patient*innen zumindest zu Teilen wahr- und angenommen werden kann, entsteht der therapeutische Prozess, der Selbstkonzeptentwicklung ermöglicht. Die von Barnow (2013) benannten Bedingungen für den therapeutischen Prozess entsprechen nicht denen der Therapietheorie des PZA. Zum Beispiel werden kongruente Therapeut*innen im Kontakt von Patient*innen als „echt“ wahrgenommen. Echtheit ist aber nur ein Teil des umfassenderen und relevanteren Begriffs der Kongruenz der Therapeut*innen. Therapeut*innen bemühen sich, das Erleben der Patient*innen bedingungslos positiv zu beachten, nicht bewertend, sondern unbedingt wertschätzend zu sein.

Der PZA definiert die (sechs notwendigen und hinreichenden) Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess, der Selbstkonzeptentwicklung ermöglicht und nicht einzelne Basistechniken. Das sog. Validieren gehört nicht zu diesen Bedingungen, auch wenn es dem empathischen, nicht wertenden Verstehen, als einzelne Behandlungstechnik betrachtet, sehr ähnlich ist. Zur Arbeitsweise des PZA, nicht die Behandlung von Symptomen, sondern die Entwicklung der Person in den Vordergrund der therapeutischen Aufmerksamkeit zu stellen, schreibt Barnow (2013), „Verhalten wird nicht pathologisiert ..., sondern als Ausdruck der Behinderung von Wachstum und Bedürfnissen des Patienten interpretiert“ (S. 34). Das Konzept der Selbstaktualisierung ist aber nicht gleichzusetzen

1 Vgl. dazu Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2016, S. 60): „Hier trifft man wieder auf die aus dem Buch von Wittchen & Hoyer bekannte Zielvorgabe ‚Selbstverwirklichung‘.“

mit Wachstum im Sinne von Wahrnehmung und Befriedigung von Bedürfnissen. Die Therapietheorie nach Rogers benennt als grundlegendes Bedürfnis des Menschen nur ein einziges: das angeborene Bedürfnis nach empathischer, bedingungsfreier positiver Beachtung im eigenen Erleben.

5. Zusammenfassung und Diskussion der Literaturanalyse

Zusammenfassend ist die Darstellung des PZA in der Fach- und Ratgeberliteratur im deutschen Sprachraum folgendermaßen zu beschreiben: Wie im vorliegenden Artikel ausgeführt, finden sich häufig verkürzte und damit fehlerhafte Darstellungen. In Genauigkeit und Umfang angemessene Beschreibungen des Personenzentrierten Ansatzes mit einer korrekten Bezeichnung zentraler Begriffe (bspw. Empathie oder die häufig zur „Wertschätzung“ verkürzte Bedingungsfreie Positive Beachtung) und Konzepte (z. B. das der Aktualisierungs- bzw. Selbstaktualisierungstendenz) fehlen weitgehend. Wir vermissen wissenschaftliche Genauigkeit, die sich etwa auch in der Angabe von Quellen niederschlagen würde.

Welche Gründe könnte diese Art der Darstellung haben?

Es lassen sich zwei Ursachen dieser Art der Darstellung des PZA (bzw. der Gesprächspsychotherapie) unterscheiden: berufspolitisch interessengeleitete und Gründe, die Vertreter*innen des PZA selbst dazu beigetragen haben.

Zum einen steht die geschilderte Verkürzung des PZA auf die „Variablen“ Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz möglicherweise im Zusammenhang mit der Schwerpunktsetzung durch Tausch, der in den 1970er-Jahren nach seiner Rückkehr aus den USA mit seinen Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen die „Gesprächspsychotherapie“ im deutschsprachigen Raum bekannt machte und maßgeblich zu ihrer Verbreitung in Deutschland beitrug. Im Rahmen seiner Versuche der Operationalisierung des Therapeut*innenverhaltens standen vor allem die Variablen „Wertschätzung und Emotionale Wärme“, „Ausmaß der Unbedingtheit von Wertschätzung und emotionaler Wärme“, „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“, „Echtheit“ und „Selbstkongruenz“ (Tausch, 1968, S. 118) im Zentrum des Interesses. Sie wurden definiert, in ihrem Ausprägungsgrad in Relation zum Therapieerfolg gesetzt und in Form von Verhaltensinventaren angewendet (ebd.). Andere zentrale Axiome des PZA wie das der Aktualisierungstendenz rückten dagegen in den Hintergrund, was auch dazu geführt haben könnte, dass sie in der untersuchten Literatur nicht benannt werden.

Zum anderen verbreitete sich der Ansatz sehr schnell in verschiedenen helfenden Berufen, vor allem der Sozialarbeit, als eine trainierbare Methode der Kontaktgestaltung, z. B. als

„klientenzentrierte Gesprächsführung“ (z. B. Weinberger, 2013). Auch diese Entwicklung hat sicherlich dazu beigetragen, dass der PZA/die Gesprächspsychotherapie von vielen nicht als ein psychotherapeutisches Verfahren, sondern als eine spezifische Interventionsmethode wahrgenommen wurde.

Unabhängig davon vermuten wir einen Einfluss des gegenwärtig zumindest in Deutschland im Bereich der Psychotherapie dominierenden Forschungsparadigmas der Verhaltenstherapie, der möglicherweise auch den Blick auf andere therapeutische Verfahren beeinflusst: Verhaltensinventare und -variablen scheinen aus diesem Blickwinkel betrachtet eher passend oder auch nachvollziehbar zu sein, sodass diese unter Umständen mehr hervorgehoben werden. Dagegen werden andere (und ggf. auch schwerer zu manualisierende) Konzepte oder differierende Menschenbilder, die allerdings zentral und damit wichtig für ein Verständnis des jeweiligen Ansatzes sind, womöglich eher vernachlässigt.

Des Weiteren fällt auf, dass sich in den genannten Veröffentlichungen wiederholt ähnliche fehlerhafte Darstellungen zentraler Konzepte finden (etwa die Verwendung des Begriffs „Selbstverwirklichung“ bei Barnow, 2013, der auch von Wittchen und Kolleg*innen, 2011, S. 454, verwendet wird), sodass der Eindruck entstehen könnte, die Autor*innen bezögen sich in ihrer Recherche eher aufeinander als auf Originalliteratur, was zu einem Persistieren von Falschdarstellungen beitragen würde. Derartige fehlerhafte Darstellungen führen dazu, dass Vorurteile gegenüber dem PZA (z. B. bezogen auf ein scheinbar begrenztes Indikationsspektrum oder dessen vermeintlich generelle Ablehnung von Diagnostik) eher verfestigt als korrigiert werden können. Angesichts der seit Jahren andauernden berufspolitischen Auseinandersetzung um die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als heilkundliches Verfahren in Deutschland stellt sich uns die Frage nach den Motiven der Autor*innen im Sinne einer möglicherweise interessengeleiteten Darstellung.

Zur Stärkung und zum Erhalt des PZA bzw. der Gesprächspsychotherapie wünschten wir uns auch aus den Reihen der geschäftspsychotherapeutisch bzw. personenzentriert arbeitenden Kolleg*innen den gezielten Widerspruch gegen derartige Darstellungen des PZA bzw. der Gesprächspsychotherapie. In diesem Sinne verstehen wir den vorliegenden Artikel auch als Versuch, diesen Umstand zum Thema zu machen und zur weiteren Diskussion anzuregen.

Denn auch wir als (ehemalige) Ausbildungsteilnehmer*innen haben im Laufe der Ausbildung immer wieder erlebt, uns innerlich schützen zu wollen und wappnen zu müssen. Hier hat uns eine Aussage von Frenzel (2020) in einem Nachruf auf Peter Schmid sehr bestärkt: „In schulübergreifenden Diskursen war dabei ein zentraler Gedanke, dass die allzu leichtfertigen Vereinnahmungen personenzentrierter Basisvariablen

hilfreicher Gesprächsführung, wie sie von Rogers empirisch entwickelt wurden, die im tiefsten Sinne ‚radikale‘ Akzentsetzung personenzentrierter Therapiekunst übersehen. Die mittlerweile an vielen Orten gepriesene Bedeutung der Beziehung wird nicht als Mittel zum Zweck verstanden, sondern die Sprache der Dialogischen Philosophie aufgreifend, davon brückenlos geschieden als ‚Begegnung‘ konzipiert, die als das tatsächlich ‚Wesentliche‘ den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie ermöglicht“ (S. 165). In ähnlicher Weise analysieren Auckenthaler und Bischoff (2004), in welcher Form z. B. in der Verhaltenstherapie Begriffe wie Empathie und Akzeptanz übernommen, aber missverstanden wurden. So können auch unsere zukünftigen Aus- und Weiterbildungskonzepte einen Beitrag leisten, wenn sie gewährleisten, dass die Therapietheorie und -praxis immer mit Bezug auf Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Störungstheorie vermittelt wird.

Mit dem Ziel einer in Zukunft angemessenen Darstellung des PZA erscheint es uns sinnvoll, dass mit dem Verfassen von entsprechenden Buchbeiträgen und Artikeln und deren Begutachtung vorrangig Autor*innen beauftragt werden mögen, die mit dem Verfahren vertraut sind, und dass im Rahmen derartiger Veröffentlichungen eine Bezugnahme auf die Original- bzw. fachspezifische Literatur stattfindet. Gerade angesichts der berufspolitisch anhaltend schwierigen Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland käme dies der dann korrekt informierten Fachöffentlichkeit zugute. Profitieren würden davon auch die psychotherapeutische Unterstützung Suchenden im Sinne von Verfahrensvielfalt, in der auch die Gesprächspsychotherapie in Deutschland hoffentlich in Zukunft (wieder) einen festen Platz einnehmen wird.

Literatur

- Auckenthaler, A., Bischoff, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 388–392.
- Barnow, S. (2013). *Therapie wirkt! So erleben Patienten Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2012). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2., überarb. Aufl.; S. 87–104). Berlin: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2017). *Gesprächspsychotherapie. Ursprung – Vorgehen – Wirksamkeit* (Reihe: Psychotherapie Kompakt). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (10., aktual. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Broda, M. & Dinger-Broda, A. (2015). *Wegweiser Psychotherapie. Wie sie wirkt, wem sie hilft, wann sie schadet* (Reihe: Hintergründe). Stuttgart: Thieme.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.). (2012). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Eckert, J. & Kriz, J. (2012). Humanistische Psychotherapieverfahren. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.; S. 256–279). Stuttgart: Thieme.
- Eckert, J. & Petersen, H. (2012). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2., überarb. Aufl.; S. 177–222). Berlin: Springer.
- Finke, J. (2003). Übertragung. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (Reihe: Leben lernen, Bd. 155; S. 327–329). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Frenzel, P. (2020). Nachruf auf Peter F. Schmid. *Person*, 24(2), 165–166.
- Frohburg, I. (2009). *Wirksamkeitsprüfungen der Gesprächspsychotherapie. Kommentierte bibliographische Synopse zu den sozialrechtlich relevanten Nutzenbeurteilungen*. Köln: GwG.
- Hautzinger, M. & Thies, E. (2009). *Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt*. Weinheim: Beltz.
- Höger, D. (2012). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch* (2., überarb. Aufl.; S. 105–128). Berlin: Springer.
- Hoyer, J. & Wittchen, H.-U. (2011). Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 435–448). Berlin: Springer.
- Kriz, J. & Stumm, G. (2003). Aktualisierungstendenz. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (Reihe: Leben lernen, Bd. 155; S. 18–21). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1939a). *Clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1942a). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. Verfügbar unter: <https://archive.org/download/counselingandpsy029048mbp/counselingandpsy029048mbp.pdf> [16. 2. 2021].
- 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. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. Verfügbar unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/7791/6b2c9590fa152e43c452f88e6cee41ff95f5.pdf> [16. 2. 2021].
- Rogers, C. R. (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. Verfügbar unter: <https://ia802608.us.archive.org/22/items/psychologyastudy017916mbp/psychologyastudy017916mbp.pdf> [16. 2. 2021].
- Rogers, Carl R. (2007). Klientenzentrierte Psychotherapie. In Carl R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Reihe: Geist & Psyche; 19., unveränd. Aufl.; S. 17–61). Frankfurt: Fischer (Original erschienen 1975: Client-centered psychotherapy. In Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan & Benjamin J. Sadock [Hrsg.], *Comprehensive textbook of psychiatry*. Bd. 2 [S. 1831–1843]. Baltimore, MD: Williams & Wilkins).
- Rogers, C. R. (2007). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Reihe: Geist & Psyche; 19., unveränd. Aufl.). Frankfurt: Fischer (Erstauf. erschienen 1977b: *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* [Reihe: Arbeiten zur nicht-direktiven Beratung]. München: Kindler).
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (Reihe: Personenzentrierte

- Beratung & Therapie, Bd. 8). München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Sigmund 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.
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.). (2012). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Senf, W., Broda, M. & Wilms, B. (2012). Therapeutische Beziehung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.; S.105–111). Stuttgart: Thieme.
- Tausch, R. (1968). *Gesprächspsychotherapie* (2., gänzl. neugest. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tölle, R. & Windgassen, K. (2014). *Psychiatrie* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 17., überarb. u. erg. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Weinberger, S. (2013): *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lehr- und Praxisbuch für helfende Berufe* (Reihe: Edition Sozial; 14., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 2., überarb. u. erw. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F. & Junge-Hoffmeister, J. (2011). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 2., überarb. u. erw. Aufl.; S.449–475). Berlin: Springer.

Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2019

Ein narrativer Review – 1. Teil

Sylvia Keil, Christian Korunka, Helena M. Topaloglou, Neena Kurl, Gerald Käfer-Schmid¹

File, Hutterer, Keil, Korunka und Macke-Bruck beschäftigten sich in einem 2008 veröffentlichten Artikel vorrangig mit publizierten Wirksamkeitsstudien über Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapien aus den Jahren 1991 bis 2008. Aktuell wurde systematisch der Frage nachgegangen, welche Entwicklungen es in den elf Folgejahren gegeben hat. Der entstandene narrative Review setzt sich mit der Forschung von am personzentrierten Ansatz orientierten Psychotherapien breiter auseinander. Im Zentrum stehen 343 in facheinschlägigen Zeitschriften publizierte Forschungsarbeiten der Jahre 2008 bis 2019. Im 1. Teil werden die zugeordneten Ergebnisse aus Metaanalysen, Fallstudien und empirisch beforschten Aspekten des Psychotherapieprozesses präsentiert.

Schlüsselwörter: Metaanalysen, Fallstudien, Wirksamkeitsforschung, Prozessforschung, Prozess-Outcome-Forschung

Research in Person-Centered/Experiential and Emotion-Focused Psychotherapy 2008–2019. A narrative review – part 1. In an article published in 2008, File, Hutterer, Keil, Korunka and Macke-Bruck presented efficacy studies on client/person-centered and experiential psychotherapy from 1991 to 2008. The current paper focusses on the developments in person-centered psychotherapy research in the following 11 years. The resulting narrative review includes all psychotherapy research based on the person-centered approach. The paper includes 343 research articles from 2008 to 2019 published in relevant journals. In the first part, the assigned results from metaanalyses, case studies and empirically researched aspects of the psychotherapy process are presented.

Keywords: Meta-analyses, case studies, effectiveness research, process research, process-outcome research

In der *Person* 2/2008 veröffentlichten Norbert File, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka und Brigitte Macke-Bruck einen narrativen Review, der hauptsächlich Wirksamkeitsstudien über Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapien von 1991 bis 2008 untersuchte. Die Autor*innen dieser Bestandsaufnahme kamen zu dem Schluss, dass „die Ideen, Konzepte und Prinzipien aus der person- und klientenzentrierten Tradition nach Carl Rogers weiterhin einen festen Bestandteil der Psychotherapie- und Beratungsforschung bildeten und eine gewichtige Stimme in der allgemeinen methodischen Diskussion darstellen“ (S. 29). Sie hielten aber auch ein Spannungsfeld zwischen den Entwicklungen in der Psychotherapiepraxis und den Entwicklungen in der Psychotherapieforschung dahingehend fest, dass die am personzentrierten Ansatz orientierten Psychotherapien sich

ausdifferenzieren und weiterentwickeln würden. Dabei erkannten die Autor*innen einen allgemeinen Trend zur Methodenintegration, der sich auch innerhalb des personzentrierten Ansatzes zeigte. In der Forschung hingegen orteten sie eine gegenläufige Entwicklung, eine Eingrenzung hin zur Evidenzbasierung von einzelnen streng manualisierten Verfahren.

In den letzten Jahrzehnten erbrachten bereits zahlreiche Studien den empirischen Nachweis, dass Psychotherapie wirkt (z. B. Cooper, 2008). Wirkungsforschung scheint daher nur mehr unter bestimmten Bedingungen von Nöten. So monierte beispielsweise ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats 2017 zur Gesprächspsychotherapie nur noch das Fehlen von Studien im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie im Bereich der Angststörungen (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2017). Auch die vergleichende Psychotherapieforschung erschöpfte sich aufgrund der klaren Befundlage über die Jahrzehnte. Denn es gilt noch immer das Dodo-Bird-Verdikt, wonach alle Psychotherapierichtungen wirken (Wampold, Imel & Flückiger, 2018, S. 159). Es werden jedoch

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

nach wie vor allgemeine Wirkfaktoren untersucht, wobei hier besonders die therapeutische Beziehung im Zentrum des aktuellen Forschungsinteresses steht (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019). Die Psychotherapieforschung konzentriert sich inzwischen gleichzeitig immer mehr auf die Prozess-Outcome-Forschung, in der Mikroprozesse im Therapieverlauf untersucht werden.

Vor dem Hintergrund dieser neueren Entwicklungen verfolgt der vorliegende Review das Ziel, einen Überblick über die Forschungsaktivitäten im personenzentrierten Ansatz der letzten elf Jahre zu geben. Empirische Studien aus dem genannten Zeitraum wurden unter folgenden Fragestellungen gesichtet:

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

Die Basis für das gegenständliche Review bildete eine umfassende Literatursuche. In einem ersten Schritt wurden alle seit dem letzten Literaturreview veröffentlichten einschlägigen Studien gesammelt. Dafür wurden einschlägige Fachzeitschriften aus dem personenzentrierten Feld, internationale Fachzeitschriften aus dem Bereich der Psychotherapieforschung sowie einschlägige wissenschaftliche Datenbanken herangezogen. Anschließend wurden alle Studien aufgenommen, die sich empirisch (quantitativ oder/und qualitativ) mit personenzentrierten und/oder experienziellen Ansätzen auseinandersetzen. Zusätzlich wurden Vorschläge von Expert*innen aus dem deutschsprachigen Raum eingeholt. Auf diese Weise konnten insgesamt 343 Veröffentlichungen gesammelt werden.

Im zweiten Schritt wurden diese Veröffentlichungen durchgesehen, doppelte oder mehrfache Publikationen in verschiedenen Fachjournalen aussortiert und eine inhaltliche Ordnung vorgenommen. In mehreren Etappen wurden anhand der verbleibenden 260 Studien gemeinsam im Autor*innenteam nachfolgende Schwerpunkte ermittelt, die bereits zum Ausdruck bringen, in welchen thematischen Bereichen aktuell im personenzentrierten Ansatz geforscht wird:

- Reviewstudien und Metaanalysen – 38 Studien
- Fallstudien – 73 Studien
- Studien zum Psychotherapieprozess – 30 Studien
- Aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – 79 Studien
- Zu großen Störungsbildern – 40 Studien

Im dritten Schritt wurden in der Form eines qualitativen Reviews diese Studien inhaltlich zusammengefasst. Die Ergebnisse dieses qualitativen Reviews werden nun in zwei Artikeln präsentiert. Der hier vorliegende Beitrag umfasst eine Zusammenführung der wichtigsten Aspekte und Aussagen zu Reviewstudien, Metaanalysen, Fallstudien und Studien zum

Psychotherapieprozess. Der zweite Beitrag beschreibt den Stand der aktuellen personenzentrierten und experienziellen Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und im Zusammenhang mit großen Störungsbildern.

Reviewstudien und Metaanalysen

Analog zu vielen anderen Wissenschaftsbereichen findet sich auch in der Humanistischen Psychotherapie ein bemerkenswertes Wachstum im Bereich der Reviewstudien und Metaanalysen in den letzten Jahrzehnten. Die Grundlage für diese zusammenfassenden Analysen ist die zunehmende Zahl an Einzelstudien mit hochwertigen Forschungsdesigns (z. B. Kontrollgruppenvergleich), entsprechender Qualität der Datenerhebung und ausreichenden Fallzahlen.

Carl Rogers und seine Mitarbeiter*innen legten bereits in den 1940er-Jahren den empirischen Grundstock für den Nachweis der Wirksamkeit der Personenzentrierten Psychotherapie. Bis in die 1960er-Jahre wurden zahlreiche einschlägige empirische Einzelstudien durchgeführt. Seit seiner Übersiedlung nach Kalifornien war die Forschung allerdings weniger stark im Zentrum seiner Interessen. Erst seit den 1980er-Jahren ist weltweit (vor allem allerdings in den USA und in Westeuropa) wieder eine verstärkte Forschungsaktivität zu beobachten, ausgelöst durch die Weiterentwicklungen im Bereich der Experienziellen Psychotherapie sowie durch den Druck der Rechtfertigung für die Finanzierung von Psychotherapie seitens der Krankenkassen und Gesundheitseinrichtungen (vgl. die aktuelle Forschungsbibliografie von Lietaer, 2016, und Angus, Watson, Elliott, Schneider & Timulak, 2015). Eine weitere Entwicklung der letzten Jahrzehnte ist die Positionierung der Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie als zentrale und gut untersuchte therapeutische Richtungen der Humanistischen Psychotherapie, was ebenfalls zur Folge hatte, dass sich die Datenlage für die Metaanalysen deutlich verbesserte bzw. etwas in Richtung allgemeiner Wirkfaktoren verschoben hat.

Die für die Metaanalysen erforderliche Methodik (beispielsweise die gewichtete Effektstärkenanalyse, also die stichprobenabhängige Berücksichtigung der erfassten Wirksamkeit aus den Einzelstudien) wurde erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt. Die erste einschlägige und bahnbrechende Metaanalyse, die psychotherapeutische Einzelstudien zusammenfasste und auf der vergleichenden Analyse von Effektstärken (also der Wirksamkeit der Interventionen) beruhte, wurde erst 1980 veröffentlicht (Smith, Glass & Miller, 1980).

Metaanalysen können immer nur so gut sein, wie die in ihnen enthaltenen Einzelstudien. In diesem Zusammenhang hat sich in den letzten Jahren, ausgelöst vor allem durch den Rechtfertigungsdruck der Humanistischen Psychotherapie gegenüber

der Medizin und den Krankenkassen der sogenannte „Goldstandard“ von randomisierten und kontrollierten Vergleichsstudien (randomized control trials, RCT) etabliert. Darunter versteht man Studien, die analog zur Wirkungsuntersuchung medizinischer oder pharmakologischer Interventionen, durch ihre experimentellen Designs kausale Wirkzusammenhänge bestätigen können. Zentrale Merkmale von RCT-Studien sind die randomisierte Zuordnung von Klient*innen zu einer Interventions- und einer Kontrollgruppe, sehr eng definierte diagnostische Populationen und die Erfassung von Symptomen, die in enger Beziehung zur Diagnose stehen. Derartige Studien widersprechen allerdings aus wissenschaftstheoretischer Sicht aufgrund der erforderlichen Standardisierung der Therapieprozesse z. T. grundlegend einem humanistischen Verständnis (vgl. z. B. Kriz, 2014). Dies hatte auch zur Folge, dass solche Studien in diesem Ansatz nur selten durchgeführt werden (wobei die bereits vorhandenen Studien nach dem RCT-Standard ebenfalls die hohe Wirksamkeit Humanistischer Psychotherapie bestätigen; s. u.).

Durch die Auswahl der Studien, die in den Metaanalysen vorhanden sind, nehmen diese einen Trend vorweg, der sich vermutlich in der nächsten Zeit noch verstärken wird: die Positionierung der Personenzentrierten Psychotherapie als eine zentrale Richtung der Humanistischen Psychotherapie, neben der Experienziellen Psychotherapie, aber auch der Gestalttherapie und dem Psychodrama. Die Gemeinsamkeiten der Wirkmechanismen und die Bestätigung der allgemeinen Wirkung psychotherapeutischer Interventionen stehen hier im Vordergrund.

Die Metaanalysen von Elliott und Team (2013)

Die großen Metaanalysen im personenzentrierten Ansatz sind vor allem mit dem Namen Robert Elliott verbunden. Wie kein anderer steht er für die Untersuchung der Wirksamkeit Personenzentrierter und Experienzieller Psychotherapie. Über Jahrzehnte hinweg führte er an der Universität Glasgow, meist gemeinsam mit Leslie Greenberg, mehrere Metaanalysen durch, die klar die Wirksamkeit des Ansatzes bestätigen konnten. Robert Elliott wurde für seine Forschungsaktivitäten mit dem Carl Rogers Award der APA ausgezeichnet. Die großen Metaanalysen wurden in den Jahren 1994, 1996, 2001, 2004 und 2013 veröffentlicht und fassten eine zunehmende Anzahl an Einzelstudien zusammen (1994: 35 Studien; 2013: 186 Studien; Bergmann & Elliott, 2014).

Die folgende Zusammenfassung bezieht sich auf die letzte publizierte Metaanalyse (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013; Elliott, 2016). In diese Studie wurden Prä-Post-Therapieverlaufvergleiche (die realitätsnah sind, aber nicht dem RCT-Standard entsprechen), Kontrollgruppenvergleichsstudien und Vergleichsstudien mit anderen Interventionsformen

aufgenommen. Die Prä-Post-Vergleiche (also Vergleichsmessungen zu Therapiebeginn, zu Therapieende und oft noch in längeren Zeiträumen danach) umfassten 195 Einzelstudien mit insgesamt 14 206 Klient*innen. Die Vergleiche mit Kontrollgruppen basierten auf 59 Studien (mit insgesamt mehr als 4000 Klient*innen); 31 dieser Studien entsprechen dem RCT-Standard. Die Vergleiche mit anderen Interventionsformen basierten auf 100 Einzelstudien (mit insgesamt mehr als 15 000 Klient*innen), davon können immerhin 82 als RCT-Studie klassifiziert werden.

Diese Metaanalyse lieferte zahlreiche eindrucksvolle Ergebnisse: Bei den Prä-Post-Vergleichen zeigte sich eine mittlere Effektstärke (ES) von $d = .93$. Dies entspricht einem starken Effekt und bedeutet, dass die überwiegende Anzahl der Klient*innen von der Behandlung profitierte bzw. dass es im Mittel zu einer sehr deutlichen Reduktion der Symptome (von 85 % auf 50 %) kam. Diese Effekte waren auch nachhaltig: Die zusammenfassende Auswertung der Studien, die auch noch ein bis zwei Jahre nach Therapieabschluss Einschätzungen der psychischen Gesundheit erhoben, zeigte, dass die Wirkung der Therapie weiter bestehen blieb und es in einigen Studien sogar zu einer weiteren Verbesserung kam (vgl. Lambert, Fidalgo & Greaves, 2016).

Der metaanalytische Vergleich mit Kontrollgruppen (dies sind häufig Personen in einer Warteliste auf einen Therapieplatz oder auch nicht behandelte Personen) schloss die Wirkung von Spontanremissionen aus und bestätigte ebenfalls die hohe Wirksamkeit der Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien ($d = .81$; Interventionsgruppen: $d = .101$; Kontrollgruppen mit spontanen Veränderungen im Vergleichszeitraum: $d = .19$).

Der Vergleich mit anderen Interventionsformen erbrachte weitgehend gleiche Effektstärken für die Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie sowie für die Kognitive Verhaltenstherapie. Nur in einigen Fällen (beispielsweise Angststörungen) schnitt die Kognitive Verhaltenstherapie geringfügig besser ab. Wurde bei den Studien die „therapeutic allegiance“, also die Zugehörigkeit der Forschenden zu einer psychotherapeutischen Richtung, die meist zu einer positiven Verzerrung der Ergebnisse führt, mathematisch korrigiert, fanden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede mehr (vgl. Behr, 2019). Dies bedeutet, dass für eine Behandlung mit Personenzentrierter bzw. Experienzieller Psychotherapie die gleiche Wirksamkeit wie für eine Behandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie (cognitive behavioral therapy, CBT) angenommen werden kann.

Die große Anzahl der Einzelstudien in der aktuellen Metaanalyse ermöglichte auch eine differenzierte Analyse der Wirksamkeit Personenzentrierter und Experienzieller Psychotherapie bei den großen Störungsbildern. So konnte eine hohe Wirksamkeit (und kein Unterschied zu CBT) für die Behandlung

von *Depressionen* gefunden werden (vgl. auch Teil 2 dieses narrativen Reviews).

Die höchsten Effektstärken von Personenzentrierter und Experienzieller Psychotherapie finden sich bei der Behandlung von *interpersonalen und Partnerschaftsproblemen*. Besonders die experienzielle Richtung zeigte hier eine Überlegenheit im Vergleich zu anderen Interventionsformen. Gute Wirkungen mit zumindest mittleren Effektstärken zeigten sich bei der Behandlung des *Umgangs mit körperlichen Erkrankungen*, bei *psychotischen Erkrankungen* und bei *Selbstverletzungen*.

Für *Angststörungen* erbrachte die Metaanalyse von Elliott und Team (2013), allerdings bei einer schlechten Befundlage aufgrund einer geringen Zahl von Einzelstudien, eine schwache, aber signifikante Überlegenheit von CBT. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass bei diesen Störungsbildern höher strukturierte Ansätze etwas besser geeignet sind.²

Insgesamt kann die Metaanalyse von Elliott und Team (2013) als wohl bisher eindrucksvollster Nachweis der Wirkung von Personenzentrierter bzw. Experienzieller Psychotherapie angesehen werden.

Metaanalysen zu den Aspekten der therapeutischen Beziehung

Eine wichtige Entwicklung in der empirischen Therapiefor- schung im letzten Jahrzehnt war die Durchführung und Veröffentlichung von Metaanalysen zu verschiedensten Aspekten der therapeutischen Beziehung. Diese Metaanalysen basierten in der Regel auf unterschiedlichen Studien verschiedenster the- rapeutischer Richtungen, die oft eindrucksvollen Ergebnisse lassen sich aber klar als eine (weitere) umfassende empirische Bestätigung von zentralen Aspekten der Personzentrierten Psy- chotherapie interpretieren.

Empathie: Metaanalysen zur Wirkung von Empathie wurden in zwei Schritten von Elliott, Bohart, Watson und Greenberg (2002/2011: 59 Studien) und Elliott, Bohart, Watson und Mur- phy (2018: 82 Studien) veröffentlicht. Empathie wurde hier breit als eine interpersonale und unidirektionale Interventionsform, die sich als eine Fähigkeit beschreiben lässt, definiert. Dazu ge- hören das Verstehen der Gefühle und Erfahrungen anderer, ein Gewahrsein gegenüber einer anderen Person und die Fähig- keit, in die Erfahrung anderer „einzutreten“. Empathie wurde in den Studien entweder über Therapeut*innen-, Klient*in- nen- oder über Beobachtereinschätzungen erhoben. Insgesamt fand sich, weitgehend unabhängig von Störungsbildern, eine

mittlere Effektstärke von $d = .58$. Dies bedeutet, dass das stär- kere Vorhandensein von Empathie (insbesondere, wenn diese auch von den Klient*innen wahrgenommen wird) zu einem besseren Therapieergebnis führt.

Bedingungsfreie Wertschätzung: Hier liegen ebenfalls zwei aufeinander aufbauende Metaanalysen vor (Farber & Doolin, 2011: 18 Studien; Farber, Suzuki & Lynch, 2018: 64 Studien). Bedingungsfreie Wertschätzung wurde in den Studien eng ange- lehnt an die ursprüngliche Definition von Carl Rogers ope- rationalisiert. Insgesamt zeigte sich eine Effektstärke von $r = .28$ (kleiner bzw. mittlerer Effekt). Auch hier kristallisierte sich eine weitgehende Unabhängigkeit von Störungsbildern (bis auf ge- ringfügig stärkere Effekte bei Angststörungen) und Klient*in- nenmerkmalen heraus.

Kongruenz: Das dritte Merkmal einer personzentrierten Be- ziehung wurde ebenfalls in zwei aufeinander aufbauenden Me- taanalysen (Kolden et al., 2011: 16 Studien; Kolden et al., 2018: 21 Studien) untersucht. Auch hier wurde das Merkmal eng an die Definition von Rogers angelehnt. Die mittlere Effektstärke betrug hier $r = .23$ bzw. $d = .46$, dies entspricht einem mittelgro- ßen Effekt. Bei erfahreneren Therapeut*innen und/oder jünge- rer Klientel war die Beziehung zwischen der Kongruenz und dem Indikator für Therapieerfolg stärker.

Bei der Interpretation der Effektstärken der drei Beziehungs- aspekte ist zu beachten, dass diese in den Messungen miteinan- der korrelieren; daher kann davon ausgegangen werden, dass die Metaanalysen gemeinsam einen zumindest mittelgroßen bis großen Effekt der erfolgreichen Umsetzung eines person- zentrierten Beziehungsangebots auf verschiedene Aspekte des Therapieerfolgs nahelegen.

Therapeutische Allianz: Eine von Flückiger, Del Re, Wam- pold, Symonds und Horvath (2012) durchgeführte Metaanalyse untersuchte die Intensität des wahrgenommenen therapeuti- schen Bündnisses (therapeutic alliance) in seiner Bedeutung für den Therapieerfolg. In Summe wurden 190 Studien mit 14.217 Klient*innen ausgewertet. Insgesamt fand sich ein mitt- lerer Effekt ($r = .29$) für den Zusammenhang zwischen einem wahrgenommenen therapeutischen Bündnis und dem Thera- pieerfolg. Diese Effekte zeigten sich unbeeinflusst vom Studi- endesign oder vom therapeutischen Ansatz; sie können daher als ein Hinweis auf einen allgemeinen Wirkfaktor interpre- tiert werden.

Wechselseitigkeit in der therapeutischen Beziehung: Ein wei- terer Aspekt der therapeutischen Beziehung wurde kürzlich in einer von Cornelius-White, Kanamori, Murphy und Tickle (2018) veröffentlichten Metaanalyse untersucht: Die „Wech- selseitigkeit“ der therapeutischen Beziehung, also inwieweit Empathie, Akzeptanz und Echtheit wechselseitig als „echt“ wahrgenommen werden. Das Datenmaterial bestand aus zehn quantitativen und elf qualitativen Studien. Es konnte ein

2 An dieser Stelle sei auf die große Studie von Stiles und Team (2008) verwiesen, die an einer Stichprobe von 5.613 Klient*innen im Prä- Post-Vergleich keine relevanten Effektstärkenunterschiede zwischen Personzentrierter Psychotherapie, psychodynamischer Psychothera- pie und CBT nachweisen konnten.

starker Effekt von Wechselseitigkeit ($r = .51$) für den Therapieerfolg nachgewiesen werden. Die qualitativen Befunde verweisen auf die Rolle von Prozessmerkmalen in der Beziehung für die Entstehung dieser Wechselseitigkeit.

Echtheit der Beziehung: Eine für den personenzentrierten Ansatz besonders interessante Metaanalyse zur „Echtheit“ der therapeutischen Beziehung wurde von Gelso, Kivighan und Marlin (2018) vorgelegt. Interessant unter anderem, weil hier eine psychoanalytisch geprägte Definition von „Echtheit“, und damit auch eine weitgehend andere Basis an Studien, zugrunde gelegt wurde, die aus den beiden Komponenten „Realismus“ und „Genuinität“ bestand und insofern eine etwas andere Konnotation als die personenzentrierte „Kongruenz“ aufwies. Die 16 Studien in dieser Metaanalyse belegten einen mittleren bis starken Effekt ($r = .38$, $d = .80$) dieser Form von „Echtheit“, weitgehend unabhängig von anderen Merkmalen des Therapieprozesses.

Therapeutische Selbstoffenbarung und Direktheit (Immediacy): In einer weiteren für den personenzentrierten Ansatz relevanten qualitativen Metaanalyse wurde die Rolle von therapeutischer Selbstoffenbarung – als eine weitere Facette der therapeutischen Beziehung – für den Therapieerfolg untersucht (Hill, Knox & Pinto-Coelho, 2018). Darunter verstanden die Autor*innen Anmerkungen von Therapeut*innen während des Therapieprozesses, die sich auf ihr eigenes Leben, also außerhalb der Therapie, bezogen bzw. eine persönliche Reflexion der therapeutischen Beziehung im Hier und Jetzt abbildeten. In den 21 untersuchten Studien kamen beide Phänomene zwar relativ selten vor, aber es zeigte sich, dass es in den meisten Fällen positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung, den Therapieprozess und auch den Therapieerfolg nach sich zog.

Die hier nur kursorisch vorgestellten Metaanalysen zu den Aspekten der therapeutischen Beziehung sind mehrfach für den personenzentrierten Ansatz von Bedeutung. Sie sind eine empirische Bestätigung des personenzentrierten Beziehungsangebots. Besondere Bedeutung bekommt diese Bestätigung durch die Tatsache, dass diese Metaanalysen meist von schulenübergreifenden Therapieforscher*innen durchgeführt wurden, auf der Zusammenfassung von Einzelstudien aus unterschiedlichsten Therapieverständnissen beruhten und damit weitgehend frei von einer Beeinflussung durch die Zugehörigkeit der Autor*innen zu einer therapeutischen Richtung waren. Klar wurden die Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung in der Zusammenfassung der aktuellen Ergebnisse der „Task force on evidence-based relationships and responsiveness“ der APA (Norcross & Lambert, 2018) zusammengefasst, wo abschließend festgehalten wurde:

The psychotherapy relationship makes substantial and consistent contributions to outcome independent of the type of treatment [...]: The relationship works! The effect sizes observed concretely translate into healthier and happier people. (ebd., S. 313)

Common Factors

Es fand sich noch eine weitere eindrucksvolle indirekte empirische Bestätigung der Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung aus den letzten beiden Jahrzehnten, die Forschung zu den allgemeinen Wirkfaktoren („Common Factors“; z. B. Wampold, 2012, 2015; Lambert, 2015). Bruce Wampold entwickelte in seinen aktuellen Veröffentlichungen (z. B. Wampold, 2015) ein „Kontextmodell“ der Wirkungen von Psychotherapie, in der die „echte“ therapeutische Beziehung, die Klient*innenerwartungen und spezifische Faktoren als Erklärung herangezogen wurden. Die Auswertungen zahlreicher Studien und Metaanalysen belegten, dass sämtliche Aspekte der therapeutischen Beziehung die mit Abstand höchsten Effektstärken der Wirksamkeit von Psychotherapie aufweisen. Therapeutische Allianz, Empathie, Wertschätzung, reales Therapeut*innenverhalten und Kongruenz sind dabei die wichtigsten Faktoren (vgl. ebd., S. 273). Im Vergleich dazu spielen spezifische Faktoren (Techniken, Interventionsformen) eine geringe oder gar keine signifikante Rolle. Auf dieser umfassenden Befundlage ließe sich geradezu argumentieren, dass technikbasierte psychotherapeutische Ansätze (wie z. B. Kognitive Verhaltenstherapie oder Systemische Therapien) nur dann wirksam werden, wenn es den Therapeut*innen gelingt, ein therapeutisches Beziehungsangebot, das auf personenzentrierten Grundannahmen beruht, in unspezifischer (erfahrungsbasierter) Weise umzusetzen (da es ja nicht Teil der jeweiligen Interventionen ist). Die jüngsten metaanalytischen Common-Factor-Ansätze können daher wohl als die eindrucksvollste indirekte Bestätigung für die Wirksamkeit Personenzentrierter Psychotherapie aufgefasst werden.

Die aktuellen Metaanalysen lieferten daher eine klare Bestätigung der Grundannahmen personenzentrierter bzw. humanistischer Ansätze, die wie folgt zusammengefasst werden können (vgl. Elliott et al., 2013; Angus et al., 2015; Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019):

- Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapien zeichnen sich durch eine hohe Wirksamkeit aus, die auch nachhaltig ist.
- Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapien erweisen sich auch als wirksam in einem strikten Kontrollgruppenvergleich.
- Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapien sind in etwa gleich hoch wirksam wie andere therapeutische Richtungen (insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie).
- Bei Berücksichtigung der Common-Factors-Überlegungen kann zumindest indirekt davon ausgegangen werden, dass Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapien durch ihre explizite Fokussierung auf die therapeutische Beziehung den anderen Richtungen in ihrer theoretischen Konzeption und Wirksamkeit klar überlegen sein können.

- Erfahrene Therapeut*innen sind (meist) eher in der Lage, das Beziehungsangebot behandlungswirksam umzusetzen.
- Experienzielle Ansätze scheinen zumindest in einigen Studien der klassischen Personzentrierten Psychotherapie etwas überlegen zu sein.
- Besonders wirksam zeigen sich Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapien bei der Behandlung von interpersonellen Problemen, Traumata und Depression, aber auch bei Psychosen.
- Nur bei Angststörungen findet sich eine geringe Überlegenheit Kognitiver Verhaltenstherapie, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass in diesem Bereich stärkere Strukturvorgaben hilfreich sein können.

Fallstudien

Fallstudien – Case Studies – haben in der Psychotherapie seit den *Studien über Hysterie* von Breuer und Freud (1895) immer schon Tradition. Einzelfallbeschreibungen kennzeichnen den Beginn jeder Wissenschaft, diese sollen aber nicht mit heutigen Fallstudien verwechselt werden. Fallstudien liefern nicht nur eine systematische Beschreibung, sondern sind wie eine qualitative Studie aufgebaut.

Der Begriff „Fall“ im Kontext von Case Studies bezieht sich nicht automatisch auf klinische Fallverläufe, sondern einzig auf einen „Fall“ von Forschungsinteresse. Die Dynamik einer einzelnen Psychotherapiesitzung, einer Biografie, einer Intervention, einer therapeutischen Beziehung oder Szene kann zum Untersuchungsgegenstand werden, der als „Fall“ in einer Case Study untersucht wird.

Die wissenschaftliche Bedeutung von Case Studies und deren Potenzial wird in der Psychotherapieforschung aber nur langsam erkannt. Das zeigt sich auch darin, dass im Vorgängerartikel (File et al., 2008) dem Thema „Fallstudien“ noch gar kein eigenes Kapitel gewidmet wurde. In den letzten Jahren verstärkte sich die Auseinandersetzung um die Qualität solcher Studien (McLeod 2010). Es setzt sich immer mehr durch, dass die Gütekriterien qualitativer Forschung auch für Einzelfallstudien herangezogen werden bzw. diese bei der Durchführung auch beachtet werden. Es werden dabei nicht wie im quantitativen Design Hypothesen aus vorhandenen Studien deduktiv getestet und auf ihre Repräsentativität hin überprüft, sondern es werden induktiv Hypothesen über Problemzusammenhänge generiert. Diese sollen psychosoziale Wirklichkeit in ihrer Vielschichtigkeit abbilden und mit einer reichhaltigen, dichten Beschreibung von empirischen Daten belegen. Qualitativ hochwertige Fallstudien sind gekennzeichnet durch eine transparente Datenerhebung und eine intersubjektiv nachvollziehbare Auswertung des Datenmaterials.

Um die Daten für weiterführende Forschungen zur Verfügung zu stellen, wurden Datenbanken eingerichtet (z. B.: www.singlecasearchive.com). Für die Durchführung von Fallstudien gibt es viele forschungsmethodische Gründe, vor allem im Kontext von Prozess-Outcome-Fragestellungen. Die Perspektive der Betroffenen wird wohl in keinem anderen Forschungsdesign so sehr berücksichtigt. Aus individuellen Prozessverläufen können Hypothesen über allgemeine Gesetzmäßigkeiten generiert werden. Sowie Timulak und Creaner (2010) aufgrund der inzwischen vorhandenen Fülle von qualitativen Studien Strukturen für Metaanalysen vorschlugen, ist es auch für die zunehmende Menge von Fallstudien notwendig, Strukturen zu finden, um die Ergebnisse auf einer metaanalytischen Ebene verwerten zu können. Es gibt bereits Vorschläge, wie Case Studies aufgebaut sein sollten, um ihre wissenschaftliche Qualität zu sichern und um sie für spätere Metaanalysen verwenden zu können (McLeod & Cooper, 2011; Elliott & Zucconi, 2006; Stinckens, Elliott & Lejssen, 2009)³. Auch in den österreichischen psychotherapeutischen Fachspezifika gibt es Überlegungen dazu, wie die wertvollen Daten aus vielen Falldarstellungen, die im Rahmen der Ausbildung verfasst werden, systematisch für die Forschung weiterverarbeitet werden könnten.

In unserer Recherche sichteteten wir – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – mehr als 70 Beiträge mit einer Relevanz für das Thema Case Studies. Die Fallstudien zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden hier nicht berücksichtigt, sondern werden im 2. Teil dieses narrativen Reviews gesondert betrachtet.

In etwa der Hälfte der Studien wurden Einzelpsychotherapiesitzungen und deren Verläufe systematisch untersucht, jeweils mit sehr unterschiedlichen Fragestellungen und Forschungszielen. Die andere Hälfte der Beiträge ist sehr heterogen zusammengesetzt. In diesem Teil gab es Fallrekonstruktionen, die weniger den Charakter einer empirischen Studie hatten, sondern nur auf einer beschreibenden Ebene blieben. Unter Verwendung von Transkripten wurden interessante Prozessverläufe geschildert. Ohne weiteren theoretischen Anspruch wurde in solchen Fallrekonstruktionen gezeigt, wie ein bestimmter Therapieansatz in der Praxis umgesetzt wird (z. B. Ikemi, 2010).

In anderen Texten stand die theoretische Konzeption im Vordergrund. Fallvignetten und Transkripte dienten darin lediglich zur Illustration oder Verdeutlichung. So wurden vor dem Hintergrund der Aussagen einer 74-jährigen Klientin die verallgemeinerbaren problemspezifischen Aspekte in der Psychotherapie mit älteren Personen umfassend dargestellt (Van Humboldt & Leal, 2015). Eine andere Fallstudie demonstriert

³ An der Universität Gent wurde ein Modell für Einzelfallstudien in der Psychoanalyse entwickelt, das „Inventory of Basic Information in Single Cases“ (IBISC) (Schindler, Desmet, Meganck & Kächele, 2014).

die therapeutische Relevanz des Prozessmodells (Gendlin, 1997) an nur *einer* Therapiesituation (Suetake, 2010).

Um das weite Spektrum der Fälle zu verdeutlichen, die in Form von Case Studies empirisch untersucht werden können, sei eine weitere Studie erwähnt, die sich mit dem „körpernahen Forschen“ beschäftigt. Notizen, die während des Transkribierens gemacht wurden und das Protokoll einer Forschungssupervision, in der aus dem Felt Sense Hypothesen generiert wurden, belegen exemplarisch die Bedeutung des körperlichen Spürens in der Forschung (Finlay, 2014).

Die Beiträge, die sich eindeutig an einem Case Study-Design orientierten, beschreiben aufwändige Studien, in denen für die Datenanalyse systematisch quantitative wie auch qualitative Messinstrumente verwendet wurden. Die Daten stammten aus realen Therapiegesprächen, die auf Tonträger oder Video aufgenommen wurden. Der damit verbundene Forschungsaufwand konnte teilweise durch mehrfache Verwendung vorhandenen Datenmaterials reduziert werden. So stammt der Fall „Lisa“ (Greenberg, 2008) aus dem großen Forschungsprojekt der York I Depressionsstudien (Greenberg & Watson, 1998; Greenberg & Angus, 1995) und wurde für unterschiedliche Einzelfallanalysen weitere drei Male ausgewertet. Auch das Datenmaterial aus Rogers' Interview mit Gloria (vgl. Rogers & Wood, 1974) kann heute noch dazu dienen, ein Forschungstool zu testen, mit dem z. B. auftauchende „Innovative Momente“ in Psychotherapiegesprächen empirisch untersucht werden (Barbosa, Cunha, Santos, Gonçalves & Salgado, 2017).

Die gewählten Forschungsdesigns folgten keinem Schema, sondern sind sehr abwechslungsreich und kreativ gestaltet. Sie zeigten die Komplexität der möglichen Aspekte auf, die in Therapieprozessen untersucht werden können. Es konnten vier übergeordnete Forschungsanliegen identifiziert werden: die Entwicklung von störungsspezifischen Konzepten, der Nachweis der Wirksamkeit, die Entwicklung und Testung von adäquaten Forschungsinstrumenten sowie die Theorieentwicklung.

Fallstudien zur Entwicklung von störungsspezifischen Konzepten

Ein Teil der Arbeiten hatte zum Ziel, störungsspezifische Konzepte für bestimmte Störungsbilder auf empirischer Basis zu entwickeln. In diesen Beiträgen wurden die vorhandenen Theorien zum Störungsbild beschrieben und mit den untersuchten Fallverläufen kontrastiert. Meist kam die sogenannte *case comparison method* zum Einsatz, bei der die Mikroprozesse der Therapieverläufe von „good outcome“ mit jenen von „poor outcome“ verglichen werden. Aus den Studienergebnissen werden Konzepte für ein störungsspezifisches Vorgehen abgeleitet. Für diesen Studientyp ist die Arbeit von Robinson und Elliott

(2017) ein gutes Beispiel, das ein emotionsfokussiertes Gruppentherapieprojekt mit Menschen aus dem autistischen Spektrum untersuchte, in dem eine therapeutisch eingesetzte Videotechnik zugleich zur Begleitforschung benützt werden kann. Mithilfe des *Interpersonal Process Recall* (IPR), einer neuen Untersuchungsmethode, mit der sich die Verbesserung der Selbstreflexion im Therapieverlauf systematisch erheben lässt, wurde ein störungsspezifisches Gruppentherapiekonzept entwickelt.

Fallstudien zum Nachweis der Wirksamkeit

Ein anderer Teil der Arbeiten hatte zum Ziel, die Wirksamkeit der jeweiligen Psychotherapie bzw. der Psychotherapiemethode empirisch nachzuweisen. In der Emotionsfokussierten Therapie (EFT) wurde die Wirksamkeit von EFT für jedes Störungsbild systematisch empirisch belegt. Mit den verwendeten Akronymen wird bereits im Label auf die störungsspezifische Wirksamkeit hingewiesen: EFT-D für Emotionsfokussierte Therapie für depressive Störungen, EFT-SA für *social anxiety*, EFT-T für Trauma, EFT-GAD für *generalized anxiety disorder* und EFT-AS für eine Gruppentherapie mit Menschen, die an einer Autismus-Spektrum-Störung leiden (z. B. Watson, Chekan & McMullen, 2017).

Erfolgsmessungen sind niemals wertneutral. Ob der Zustand einer Person am Ende der Psychotherapie als Verbesserung betrachtet werden kann und ob die allfällige Verbesserung tatsächlich auf die Psychotherapie und nicht etwa auf andere Faktoren zurückzuführen ist, gilt als umstritten. Um dieser Kritik zu begegnen, wurde eine spezifische Forschungsmethode entwickelt. Im *Hermeneutic Single Case Efficacy Design* (HSCED; Elliott et al., 2009) werden parallel zum Therapieverlauf umfangreiche Tests durchgeführt. Nach jeder Sitzung werden Fragebogen ausgegeben, und zusätzlich führen Forschende mit Patient*innen und Psychotherapeut*innen strukturierte Interviews, in denen die *helpful aspects of therapy* (HAT) abgefragt werden. Während der Auswertung des umfangreichen Datenmaterials kommt ein spezielles Verfahren zum Einsatz, die Jury-Methode. Das Forschungsteam teilt untereinander verschiedene Rollen auf (Verteidigung, Anklage, Richter*innen), um wie bei einem Gerichtsverfahren den subjektiven Faktor zu kontrollieren.

Fallstudien zur Entwicklung und Testung von adäquaten Forschungsinstrumenten

Fallstudien eignen sich offenbar sehr gut dafür, Mikroprozesse in Psychotherapien zu untersuchen. Für diesen Zweck müssen eigene Analyse-Instrumente entwickelt werden, deren konzeptuelle Stärke zunächst in Einzelfallstudien getestet wird. Neben den üblichen Symptom-Check-Listen und

Outcome-Testverfahren wurden in unserer Recherche zusätzlich zu der bekannten Experiencing Scale, die auf Gendlin (1962/1997b) zurückgeht, über 20 neue Prozessmessverfahren erwähnt, die an dieser Stelle nicht ausführlich beschrieben werden können.

Exemplarisch seien zwei Instrumente herausgegriffen, die bei der Analyse einer Personzentrierten Psychotherapie mit gutem Outcome eingesetzt wurden. Mit dem Therapeutic Collaboration Coding System (TCCS) wird untersucht, wie Therapeut*in und Klient*in während der Therapie zusammenarbeiten. Das TCCS geht davon aus, dass effektives therapeutisches Zusammenarbeiten innerhalb des Bereichs einer proximalen Entwicklung der Klientel geschieht (client's „therapeutic zone of proximal development“; TZPD). Die proximale Entwicklung wird als die Distanz zwischen dem aktuellen und dem potenziellen Entwicklungsniveau der Klientel definiert. Das TCCS besteht aus einer transkript-basierten Methode, mit deren Hilfe die Interventionen der Therapeut*in und die Antworten der Klient*in von einem Moment zum anderen Moment (moment-to-moment) analysiert werden. Zwei unabhängige, geschulte Beurteilende codierten 15 Sitzungen dieses Falls und benutzten dabei das TCCS. Die Resultate zeigten, dass die therapeutische Dyade meistens innerhalb des TZPD der Klientel zum Tragen kam, was ein Muster der Zusammenarbeit während des Therapieprozesses nahelegte (Ribeiro et al., 2014).

Fallstudien zur Theorieentwicklung

Fallstudien haben nicht den Anspruch, zu einem Ergebnis zu kommen, das allgemeingültig für eine repräsentative Mehrheit der Fälle gilt. Sinn und Zweck bzw. die Gütekriterien von Fallstudien sind dann erfüllt, wenn durch sie vorhandene Therapie-Theoriekonzepte überprüft, erweitert oder entwickelt werden. Stiles (2009) erörterte die Notwendigkeit von *Theory Building Case Studies*.

Die Studie von Mendes et al. (2016) steht exemplarisch für jene Arbeiten, die in unserem Sample diesen Anspruch erfüllen. Es wurde der Therapiefortschritt von Klient*innen u. a. mit Hilfe der Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES) gemessen. Aussagen der Klient*innen können auf acht Stufen danach beurteilt werden, wie sie ihre problematischen Erfahrungen verarbeiten. Die Skala reicht von 0 (abgewehrt/dissoziiert), 1 (unerwünschte Gedanken/aktive Vermeidung), 2 (vages Bewusstsein/Auftauchen), 3 (Problemdarstellung/Klärung), 4 (Verstehen/Einsicht), 5 (Annehmen/Durcharbeiten), 6 (Ressourcen erkennen/Problemlösung) und 7 (Integration/Bewältigung). APES wurde von Stiles (2009) direkt aus seinem Assimilationsmodell heraus abgeleitet. Der Therapiefortschritt wird schulübergreifend daran gemessen, inwiefern sich die Beziehung zu den abgelehnten Selbst-Teilen verbesserte. Besonders

interessant ist dabei die offensichtliche Nähe dieser Modells und der daraus entwickelten Skala mit Rogers' siebenstufigem und mehrdimensionalem Prozesskontinuum.

In der Studie von Mendes et al. (2016) wurde festgestellt, dass sich der Therapiefortschritt aber nicht kontinuierlich verbesserte. Auch Rogers wies bereits auf schwankende Verläufe im Prozesskontinuum hin. Mendes et al. hatten je fünf Sitzungen aus einem EFT-Fall mit einem gutem und einen EFT-Fall mit einem schlechten Ergebnis intensiv analysiert und miteinander verglichen. Sie konnten zeigen, dass die Anzahl der codierten Rückschritte in beiden Fällen etwa gleich hoch war, dass sich aber ein deutlicher qualitativer Unterschied zeigte. Im schlechten Outcome-Fall war der häufigste Grund für Rückschläge, dass die therapeutische Intervention die Klient*innen überforderte, indem sie den Bereich proximaler Entwicklung (TZPD) deutlich überschritt.

Zu diesem Typ von theoriebildenden Einzelfallstudien gehören auch Arbeiten aus Österreich. Keil (2014) beschrieb ein personzentriertes Modell zur prozessualen Diagnostik der Inkongruenzdynamik, das die Autorin aus den Ergebnissen einer umfangreichen Fallstudie ableitete. Wakolbinger (2010) überprüfte das Modell der hermeneutischen Empathie und zeigte in einem Langzeitfall, wie empathisch wertschätzende Interventionen aus der Resonanz heraus entstanden.

Resümee

Fallstudien haben in den letzten zehn Jahren einen festen Platz in der Psychotherapieforschung errungen. Beeindruckend ist deren Vielfalt hinsichtlich Forschungsfragen, Forschungszielen und der verwendeten Forschungsinstrumente. Etwa die Hälfte der ausgewählten Fallstudien sind von Forschungsteams durchgeführt worden, meist im Zusammenhang mit großen Studienprogrammen.

Generell werden der enge länderübergreifende Zusammenhalt und die sich wechselseitig inspirierende Kooperation der Psychotherapieforscher*innen deutlich. Das Netzwerk zeichnet ein gemeinsames Verständnis aus, das bei aller Heterogenität mit den therapeutischen Haltungen von Rogers kompatibel ist. Das Forschungsinteresse der Akteur*innen besteht aber nicht darin, an alten Konzepten festzuhalten. Ziel der Forschung ist vielmehr die schulübergreifende Weiterentwicklung der therapeutischen Konzepte.

Im deutschsprachigen Raum bieten nur die Zeitschriften *Person* und *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* förderliche Rahmenbedingungen für die Veröffentlichung von personzentrierten Fallstudien. Es gibt auch keine Zentren, in denen wie in den genannten Netzwerken die systematische Erforschung von Personzentrierten Psychotherapien und damit die Entwicklung der Case-Study-Forschung gefördert würde.

Hoffnung gibt die österreichische Situation, in der nun vermehrt die Vermittlung von Forschungskompetenzen in die fachspezifischen Ausbildungscurricula integriert wird. Die Fülle von Datenmaterial, die im Lauf des Psychotherapiestudiums in der therapeutischen Praxis und in der Ausbildungssupervision gesammelt wird, könnte mit unterschiedlichen Forschungsfragen orientiert am Fallstudien-Design untersucht werden.

Empirisch beforschte Aspekte des Psychotherapieprozesses

Die Wirkungsforschung widmet sich den verstärkt in den Vordergrund rückenden Untersuchungen verschiedener Teilaspekte des psychotherapeutischen Prozesses. Beforscht werden sowohl mikrodynamische Prozesse als auch die Wirkung von Psychotherapien durch eine intensivere und detailliertere Betrachtung des Therapieprozesses (Prozessforschung). Wirkfaktoren und Wirkmechanismen im Rahmen eines prozessualen Beziehungsgeschehens sowie spezifische Phasen des psychotherapeutischen Prozesses werden dabei meist qualitativ erforscht. Die Wirksamkeit und der Erfolg bestimmter Prozesselemente können quantitativ näher beleuchtet werden (Prozess-Outcome-Studien). (Riess, 2018)

In unserer narrativen Recherche wurden 30 Studien (14 quantitative, 12 qualitative, 4 mixed-methods) vorrangig zur Wirkungsforschung thematisch näher betrachtet, wobei Studien zur Prozessforschung und Prozess-Outcome-Studien einander in etwa die Waage hielten. In einem Großteil der Studien stand das Prozessgeschehen von Einzelpersonen im Vordergrund, drei Studien bezogen sich auf Gruppen- und vier auf Paardynamiken.

Die Studien beschäftigen sich mit der Frage, wie Veränderungsprozesse initiiert werden bzw. wann genau im Rahmen des psychotherapeutischen Prozesses Veränderungen stattfinden. Die Studienergebnisse griffen überwiegend bedeutende Aspekte der Klient*innen- und Therapeut*innenvariablen im Prozessverlauf auf, die für die Wirksamkeitsforschung wie auch für die Versorgungs- und Ausbildungsforschung relevant sein können und zunehmend die Dynamik und damit verbundene Bedeutung der intersubjektiven Wechselseitigkeit (z. B. Pawlowsky, 2018) in der Therapeut*innen-Klient*innen-Dyade zu berücksichtigen versuchen.

Studien zu Veränderungen im Therapieprozess (Prozess-Outcome-Forschung)

Die Prozess-Outcome-Forschung möchte elementare Prozesse, die eine therapeutische Veränderung hervorrufen können,

besser verstehen und den Zusammenhang zwischen Therapieprozess und -ergebnis herstellen. Zudem dienen Studien der Bestätigung oder Festigung bereits bestehender Ergebnisse und/oder Bestätigung entwickelter bzw. bestehender Messinstrumente, wie Persönlichkeitsfragebögen (z. B. File, Keil, Sauer & Schabus, 2014), Codierungssysteme (z. B. Mendes et al., 2010) und Beratungsinterventionen (z. B. Cornish & Wade, 2015).

Thematische Schwerpunkte zu personenzentrierten Studien waren die *Veränderungen* körperlicher und psychischer Beschwerden im Sinne einer Symptomverbesserung sowie der *Wahrnehmung eigener Gefühle* bei Depressionen, Angst- und Anpassungsstörungen und positiver Veränderungen im emotionalen Erleben (File et al., 2014), darüber hinausgehend zuverlässige Verbesserungen zu Behandlungsende sowie eine Nachhaltigkeit von 3 bis 4 Jahren (Blokhus Ekroll & Rønnestad, 2017) und das Aufspüren signifikanter Ereignisse seitens der Klient*innen in einem erfolgreichen Therapiefall (Timulak, Belicova & Miler, 2010). Die gesichteten Studien konzentrierten sich auf die *Bedeutung des therapeutischen Beziehungsaufbaus* und/oder auf die Veränderungen während einer Therapiesitzung bzw. eines Therapieprozesses.

Studien aus dem Bereich der Emotionsfokussierten (Paar-) Therapie und der Experienziellen Psychotherapie (EFT, EFFT, EP) waren an Fragen interessiert, wie Klient*innen ihren eigenen Veränderungsprozess in effektiven Therapiesitzungen konstruieren (Mendes et al., 2010) bzw. wie sich der Veränderungsprozess in der Selbstwahrnehmung zeigen kann und zu Verbesserungen der depressiven Symptomatik, des Selbstkonzept und der Kongruenz in der Wahrnehmung führen (Toukmanian, Jadaa & Armstrong, 2010).

Studien zur therapeutischen Beziehungsqualität bzw. zum therapeutischen Kontakt

Personenzentrierte qualitative Studien befassten sich mit dem Aspekt tiefgehender Momente (*relational depth*; Knox, 2008), mit *interpersonaler Verbundenheit* (Knox & Cooper, 2010) und der Frage, wie solche Momente auftreten bzw. ob sie ausschließlich von der Therapeut*in initiiert werden oder ob und wenn ja welche Bedeutung die Klient*in dabei hat (Knox & Cooper, 2011). Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass Klient*innen unmittelbar vor solch einer tiefgehenden Erfahrung einen Zustand der Bereitschaft zur Selbstöffnung erreichten und sich dafür entschieden, ihre Verletzbarkeit im Rahmen der therapeutischen Beziehung in den Vordergrund zu rücken, wodurch ein Moment der Veränderung ermöglicht wurde. Damit einhergehende positive Beziehungsqualitäten wurden von Klient*innen als vertrauenswürdig, echt, genuin fürsorglich und ernsthaft erlebt, negative hingegen als distanziert, mächtig, interpretierend, missverstehend oder als nicht authentisch.

Demgegenüber griffen Gross und Elliott (2017) *Momente der Unverbundenheit* mit Klient*innen mittels der Grounded Theory auf und erfassten zusätzlich das fehlende Engagement der Klient*innen sowie sich wiederholende Narrative und irritierende Ähnlichkeiten tragischer Lebenserfahrungen zwischen Klient*innen und Therapeut*innen. Die Resultate zeigten, dass selbst bei guten therapeutischen Beziehungen ohne Vorwarnung Trigger auftreten können, die Therapeut*innen u. U. an eigene unverarbeitete Gefühle erinnern und/oder in eine Konfrontation mit den eigenen Ängsten führen. Damit verbundene Reaktionen können so überwältigen, dass Therapeut*innen aus dem Bezugsrahmen ihrer Klient*innen hinausgleiten und in einen Konflikt zwischen ihrer professionellen Rolle und ihren persönlichen Bedürfnissen geraten. Alle Momente der Unverbundenheit waren Momente der Inkongruenz seitens der Therapeut*innen, die eine Dysregulation der Emotionen und sekundäre reaktive Emotionsprozesse (Schuldgefühle, Scham, Selbstkritik oder Angst, die Klient*in oder die therapeutische Beziehung geschädigt zu haben) beinhalteten. Durch die Wiedererlangung des kongruenten Zustandes konnten sie sich in Folge wieder auf den Bezugsrahmen ihrer Klient*innen einlassen. Eine Haltung der Bereitschaft, präsent und für Verbindungen und Engagement im therapeutischen Umfeld offen zu sein, kann dazu beitragen, Selbsterkenntnis und Sensibilität für die eigene Fähigkeit zu entwickeln, vollständig mit Klient*innen in Beziehung zu sein. Die *therapeutische Selbstsicherheit* kristallisierte sich dabei als ein wesentlicher Schlüsselfaktor zur Vermeidung von Unverbundenheit heraus.

Weitere Studien befassten sich mit *bedeutenden Erfahrungen* in einer Einzeltherapieeinheit und verdeutlichten, wie interne Prozesse mit dem Therapiediskurs in Zusammenhang stehen können (Levitt & Piazza-Bonin, 2011) sowie mit der Langzeitwirkung bzw. *Nachhaltigkeit* einer therapeutischen Beziehung und Beständigkeit des persönlichen Wachstums weit über die therapeutischen Begegnungen hinaus in einer qualitativen empirischen Follow-up-Studie nach zehn Jahren (Myers & White, 2010).

Aus dem Bereich quantitativer Studien griffen Murphy und Cramer (2014) den intersubjektiven Aspekt der *Wechselseitigkeit* zu den Auswirkungen von Rogers' „core conditions“ (z. B. Rogers, 1980a) im Verlauf der ersten drei Therapiestunden (bei unterschiedlichen Therapieansätzen) auf, während Cooper (2012) der Frage nach der *Beziehungstiefe* bzw. *-intensität* und dem Effekt von *Ängsten* seitens der Therapeut*innen nachging und damit einen vernachlässigten Bereich für weitere Forschungen öffnete. Wiggins, Elliott und Cooper (2012) untersuchten zwei sich ergänzende Messungen zur Beziehungstiefe (relational depth): den Zustand eines tiefgreifenden Kontakts und des intensiven Engagements zwischen Klient*in und Therapeut*in. Verbundenheit, Liebe, Respekt und Intimität wurden

am stärksten mit relationalen Tiefeninhalten in Verbindung gebracht. Die Autor*innen kamen zu dem Schluss, dass das Item „Liebe“ mit der Präsenz der relationalen Tiefe korreliert und somit ziemlich gut mit der personenzentrierten Ansicht von relationaler Tiefe als eine Kombination aller sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen von Rogers (1957a) übereinstimmt.

Studien zur Wahrnehmung und Verbalisierung der Gefühle

In der qualitativen Prozessforschung untersuchten Henretty, Levitt und Mathews (2008) Erfahrungen von *Traurigkeit* in der Psychotherapie, Steinmann und Team (2017) das Gefühl der *ungelösten Wut* und Sutherland, Peräkylä und Elliott (2014) die Verbesserung der *Selbstregulierung* und *-beruhigung*.

MacFarlane, Anderson und McClintock (2017) setzten sich in ihrer Studie das Ziel, die Wahrnehmungen von *Empathie* seitens der Klient*innen in der Unmittelbarkeit des therapeutischen Geschehens zu untersuchen. Diese Ergebnisse zeigten, dass die Entwicklung von Empathie ein mehrdimensionaler, interaktiver Prozess ist, der die vielschichtige Beziehung zwischen Klient*in und Psychotherapeut*in wechselseitig beeinflusst. Die Autoren verweisen auf einige Schwächen der Studie, die sie großteils auf das schwer greifbare Konstrukt von Empathie zurückführen, da Empathie sich individuell zwischen ein oder mehreren Personen entwickelt. Die meisten Versuche, Empathie zu verstehen, folgten einem „Top-down“-Ansatz, der überwiegend aus Theorie, Psychotherapie und Forschung stammte. Daher wurde der aktive Beitrag der Klient*innen zum Empathieprozess möglicherweise vernachlässigt.

Im Bereich quantitativer Prozess-Outcome-Studien finden sich Arbeiten zu den Themenschwerpunkten *emotionale Verletzungen* (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2010), Verletzung und Vergebung (Meneses & Greenberg, 2014) und zum Ausdruck emotionaler Verletzbarkeit (McKinnon & Greenberg, 2017) im Rahmen einer EFFT. Cornish und Wade (2015) untersuchten in ihrer Pilotstudie die Wirksamkeit einer neuen Beratungsintervention (EFT), die darauf abzielt, die *Selbstvergebung* zu erhöhen.

Studien zur Entwicklung und Testung von Messinstrumenten

Wie bereits bei den Fallstudien angemerkt, ist die Liste unterschiedlicher Prozessmessverfahren lang. Erwähnen möchten wir in diesem Abschnitt die Weiterentwicklung zweier Versionen eines Messinstrumentes für die *therapeutische Präsenz* (Geller, Greenberg & Watson, 2010), das Therapeutic Presence Inventory (TPI) unterteilt in TPI-T (Therapeut*innen) und das

TPI-C (Klient*innen). Die Forschung diente dazu, eine therapeutische Präsenz-Theorie zu entwickeln, die möglichst alle Aspekte der therapeutischen Dyade erfassen kann.

Braga, Oliveira, Ribeiro und Gonçalves (2018) präsentierten in ihrer EFT Einzelfallstudie aus dem York-I-Projekt (Greenberg & Watson, 1998) das Ambivalence Resolution Coding System (ARCS). Ambivalenz kann als eine zyklische Bewegung zwischen zwei entgegengesetzten Positionen des Selbst verstanden werden: eine, ausgedrückt in einer Neuheit (innovativer Moment) und eine andere, die durch eine Rückkehr zum maladaptiven Mustern vermittelt wird. Wenn Ambivalenz während der Therapie nicht richtig angegangen und gelöst wird, kann sie Veränderungen verhindern und zu einem psychotherapeutischen Versagen führen. Braga et al. (2018) zeigten eine Auflösung der Ambivalenz von der ersten bis zur letzten Therapieeinheit und kamen dennoch zu dem Schluss, dass die Integration gegensätzlicher Teile des Selbst zwar ein notwendiger Prozess für den Psychotherapieerfolg ist, ein weniger integrativer Prozess der *Ambivalenzauflösung* jedoch auch eine wichtige Ressource für den Therapieprozess sein kann.

Studien zu Risikofaktoren im Psychotherapieprozess

Risikofaktoren wurden in der Vergangenheit zu wenig fokussiert. Gahleitner, Gerlich, Hinterwallner und Koschier (2014) fordern in ihrem Hinweis auf die RISK-Studie (Mixed-Method-Verfahren) eine intensivere *Aktivierung des Problembewusstseins* bei Psychotherapeut*innen und damit einhergehend notwendige Reflexionen, um mögliche negative Wirkungen der Psychotherapie sowie Risiken und Nebenwirkungen, wie z. B. Symptomverschlechterung und/oder Verschlechterung der Lebensqualität zu minimieren. Die Studie von Hardy und Kolleg*innen (2019) veranschaulicht das Risiko einer *mangelnden Übereinstimmung* zwischen Bedürfnissen der Klient*innen, psychotherapeutischen Fähigkeiten und Rahmenbedingungen, die jeweils Fehler begünstigen können und u. U. zu einem Spannungsverhältnis zwischen Sicherheit und Erhaltung und/oder Macht und Kontrolle führen, das sich wiederum negativ auf den Therapieprozess auswirkt. Klient*innen brauchen klare Informationen, Auswahlmöglichkeiten, Beteiligung an der Entscheidungsfindung, explizite Vertragsgestaltung und Klarheit über Sitzungen und Fortschritte. Die Schätzungen unerwünschter Wirkungen lagen einschließlich der langfristigen Auswirkungen, zwischen 3 bis 15 %. Diese empirische Studie bediente eine Lücke und weist auf, wie wichtig es ist, Klient*innen bedürfnisorientierte unterstützende Strukturen zur Verfügung zu stellen und die Möglichkeiten für Klient*innenfeedbacks auszuweiten.

Lietaer und Dierick (2015) beforschten in ihrem qualitativen Vergleich die Wahrnehmung von Klient*innen zu *hemmenden Faktoren* in Gruppenpsychotherapien verschiedener

Orientierungen und in Wachstumsgruppen. Die Ergebnisse dieser mittels Fragebogen erhobenen Studie wiesen auf einen zwiespältigen Charakter hemmender Faktoren hin sowie auf deren Potenzial, als korrektive therapeutische Erfahrungen erlebt werden zu können. Diese Art der Forschung hatte ihre Grenzen. Die Autoren plädierten daher dafür, sich vorzugsweise auf die Untersuchung von Prozessmustern zu konzentrieren, die zu genaueren Vorhersagen führen können, sowie für eine weiterführende Untersuchung, wie ein hinderlicher und potenziell schädlicher Prozess in eine konstruktive Richtung umgewandelt werden könnte.

Studien zu ausbildungs- und praxisbezogenen Entwicklungsmöglichkeiten

Mögliche Auswirkungen von *Therapeut*innen-Verhalten* auf ihre Klient*innen untersuchte Iberg (2010) anhand dreier Aktivitäten (Stellen von Fragen, Anfertigen eines evaluativen Kommentars und die Frequenz von empathischen Antworten) im Sinne einer praxisrelevanten focusing-orientierten Forschung. Diese Methode bietet die Möglichkeit, Praktiker*innen als Forschende in ihrer eigenen Praxis einzubeziehen, die nach kleinen Aktivitätsveränderungen deren Auswirkungen auswerten. Um das Vorgehen zu illustrieren und für die Praxis nachvollziehbar zu machen, wurde eine Studie beschrieben.

Einfluss und Auswirkungen einer Encounter-Gruppe (EG) auf den Ausbildungsprozess beschrieben Brison und Team (2015) im Rahmen eines kontrollierten experimentellen Designs (RCT). Die Resultate der EG zeigten einen signifikanten Zuwachs der Selbstaktualisierung und emotionalen Intelligenz. Nur EG-Mitglieder lernten z. B. den Gebrauch von nicht-personzentrierten Reaktionen zu reduzieren (u. a. Ratschläge, Beurteilungen, geschlossene Fragen usw.) und besser zuzuhören.

Die qualitative Untersuchung von Brattland und Team (2018) versuchte herauszufinden, wie Therapeut*innen (psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch) *negatives Feedback von Klient*innen* erfahren, wie sie darauf reagieren und daraus lernen. Episodenbeschreibungen erfahrener Therapeut*innen mit negativ verbalen Feedbacks ihrer Klient*innen wurden nach der Consensual Qualitative Research Methode analysiert. Verglichen wurden daraus resultierende Lernprozesse und deren Auswirkungen auf den Therapieprozess. Therapeut*innen profitierten von diesem spezifischen Klient*innen-Feedback sofern sie dafür offen waren, ihre eigenen emotionalen Reaktionen regulierten, unzufriedene Klient*innen berücksichtigten und darüber nachdachten, was sie selbst zu negativen Therapiephasen beitragen.

Resümee

Auch wenn die Anzahl qualitativer Studien steigt und das therapeutische Tun samt wechselwirkender Effekte vermehrt erforscht wird, weisen diese zugleich auf die Schwierigkeit hin, die Klient*innen-Therapeut*innen-Dyade in der Psychotherapieforschung adäquat abzubilden. Zudem wurde wiederholt auf den Aspekt der kleinen Sample-Größen hingewiesen. Trotz der Heterogenität der meisten Studien wurden alle Ergebnisse in Bezug auf die jeweils aktuelle Theorie diskutiert, um Anregungen für weitere Forschungsprojekte zu forcieren und Implikationen für die Psychotherapieausbildung und -praxis bereitzustellen.

In den letzten zehn Jahren fällt im Vergleich zum Vorgängerartikel (File et al., 2008) ein Anstieg an Studien zu Therapeut*innen- und Klient*innenvariablen auf, die insbesondere die Qualität des therapeutischen Beziehungsgeschehens und die damit zusammenhängende Bedeutung von Kongruenz in den Fokus rückten. Dies kann auf eine allgemeine Weiterentwicklung vor allem in der qualitativen Psychotherapieforschung hinweisen, scheint jedoch andererseits die bereits im Vorgängerartikel erwähnte Methodenintegration und Einteilung in methodenspezifische Cluster zu begünstigen. Unter der Bezeichnung „Humanistische Psychotherapie“ lassen sich somit einige Studien im Sinne einer Differenzierung des personenzentrierten und experienziellen Ansatzes nur schwer zuordnen.

Die notwendige Überbrückung eines eigentlich intersubjektiv triadischen Dilemmas zwischen den Ansprüchen der Wissenschaft, der Psychotherapiepraxis (und Forschung) und der Klient*innen in ihrem Leidensdruck scheint schwierig, wofür Rogers, unter Ausklammerung der dritten Dimension, der Klient*innen, bereits 1961 (Rogers, 1961a) aufmerksam machte (Topaloglou, Hammer, Hofer-Freundorfer & Wakolbinger, 2018). Diese Diskrepanz näher zu erforschen, ist die personenzentrierte Forschungslandschaft unter Hinweis auf damit verbundene Hürden (Objektivität vs. Subjektivität) bemüht. Zugleich veranschaulichten die gesichteten Studien die Bedeutung von Rogers' „core conditions“ (z. B. Rogers, 1980a) in Verbindung mit den „notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung“ (Rogers, 1957a) für das prozessuale Geschehen in der therapeutischen Praxis, für die Qualität der intersubjektiven Wechselseitigkeit und im Sinne richtungsweisender Hinweise auch für die Forschung.

Conclusio – 1. Teil

Die hohe Wirksamkeit Personenzentrierter und Experienzieller Psychotherapien wurde im letzten Jahrzehnt weiter bestätigt. Ausschlaggebend dafür sind insbesondere Metaanalysen aus

dem Forscher*innenteam um Robert Elliott und zahlreiche Forschungsaktivitäten im Bereich der Fallstudien sowie Prozessforschung, die die auftretenden Phänomene aufgrund ihrer meist qualitativen und prozessbezogenen methodischen Ansätze praxisbezogen nachvollziehbarer aufgreifen und reflektieren.

Einige Studien dienten dazu, Verfahren, Manuale und Test-/Messinstrumente zu entwickeln, um künftige Forschungen zu erleichtern, nachvollziehbarer gestalten zu können und/oder vergleichbarer bzw. messbarer zu machen. Hier erkennen wir einerseits die Notwendigkeit und damit verbundene Bemühungen, Maßnahmen zu ergreifen, um geforderten Ansprüchen genügen zu wollen und dies über die Nachhaltigkeit der Psychotherapien zu bekräftigen, sehen zugleich jedoch ein gewisses Gefahrenpotenzial darin, sich als eigenständige Psychotherapieforschung den Raum für die Entwicklung eines eigenen Forschungsparadigmas nicht zu gönnen.

Im personenzentrierten Netzwerk lassen sich drei Forschungszentren erkennen, die sich personell und über die Zeit hinweg immer wieder überlappen. Ein Zentrum ist rund um Greenberg, Toronto, Universität York, ein zweites Zentrum verorten wir rund um Elliott, McLeod und Cooper in Großbritannien und ein drittes rund um Lietaer, Lejssen und Vanaershot in Belgien. Die Forschung wird vorwiegend von universitären Forschungsinstituten betrieben, wobei gesundheitspolitische Rahmenbedingungen diese Möglichkeit fördern und die Notwendigkeit zur Forschung betonen. Demgegenüber ist die Forschung und vertiefende Auseinandersetzung mit Forschungsfragen im praktizierenden Alltag aufgrund mangelnder finanzieller und zeitlicher Ressourcen erheblich schwieriger.

In Österreich zeigt sich die Forschungslandschaft differenziert. Durch spezifische Rahmenbedingungen des österreichischen Psychotherapiegesetzes gibt es eine Vielzahl anerkannter Psychotherapierichtungen und -angebote. Aus psychotherapeutischer Sicht kommt es hier im Spannungsfeld zwischen Psychotherapieforschung und Professionsentwicklung und durch den Trend, nur mehr evidenzbasierende Verfahren anzuerkennen, zu einer bedenkenswerten Entwicklung. Für die Forschung ist es effizienter, wenn für Untersuchungen von Psychotherapieverläufen nicht mehr 30 und mehr unterschiedliche Psychotherapieschulen herangezogen werden müssen, sondern nur mehr zwischen vier Clustern – psychodynamische, humanistische, systemische und verhaltensorientierte Therapien (Hochgerner, 2018) – differenziert wird. Der Trend zur Methodenintegration (File et al., 2008) und die Zuordnung zu Cluster ziehen nach sich, dass clusterinterne Studien einzelner Psychotherapieschulen in der Folge nicht immer eindeutig zuordenbar sind. Andererseits sind sowohl Psychotherapieschulen als auch Psychotherapeut*innen daran interessiert, ihre therapeutischen Konzepte zu beforschen und weiterzuentwickeln.

Gerade die humanistischen Richtungen mit ihrer starken Ausdifferenzierung sind von dieser Entwicklung stark betroffen. Während Personenzentrierte Psychotherapeut*innen die methodische Freiheit schätzen, wenn sie sich in ihrer therapeutischen Arbeit an Haltungen wie Empathie, Kongruenz und Wertschätzung orientieren, bedeuten diese Konzepte für empirische Forscher*innen eine Herausforderung – sie sind schwierig zu operationalisieren. Forscher*innen wollen wissen, was Psychotherapeut*innen Schritt für Schritt konkret tun, wenn sie z. B. empathisch sind. Es ist nachvollziehbar und wird bei einem operationalisierten Standarduntersuchungsdesign deutlich, dass viele Psychotherapeut*innen, unabhängig von ihrer Psychotherapieschule, offensichtlich das Gleiche tun. Wird dann empirisch festgestellt, dass ein guter Outcome mit einer Intervention X korreliert, so wird diese technizistische Sicht auf die Psychotherapie verstärkt. Zugleich stellt sich jedoch auch die Frage nach einer Grenzziehung – wo endet die Verallgemeinerung bzw. wie können wir die Bedeutung der Subjektivität und individuellen Dimensionen in den Fokus rücken? Inwiefern laufen wir Gefahr, unterschiedliche Therapieansätze und Menschenbilder zu vermischen, zu verwässern und nur mehr eklektisch zu agieren?

In seinem Resümee warnte Kriz (2019) vor einer Evidenzbasierung als (einziges) Instrument zur Selektion und Maßregelung sowie vor Fehlinterpretationen von Konzepten wie der „Effektstärke“ (S. 49). Evidenzbasierung sei zwar ein an sich sinnvolles Konzept, eine Reduzierung auf RCTs wäre jedoch kritisch. Der Einsatz von RCTs sei nur dort sinnvoll, wo klar definier- und operationalisierbare Programme zur Anwendung gelangen. Für die meisten psychotherapeutischen Ansätze, die in ihren Therapieprozessen auf situationspezifische und passungsgerechte Möglichkeiten zur Entfaltung achten, so Kriz (2019, S. 49), ist diese Methodik nicht adäquat. Die Wirkung einer langfristigen, kaum manualisierbaren Vorgehensweise in Humanistischen Psychotherapien lässt sich im Rahmen von RCTs so praktisch nicht untersuchen, wir laufen daher Gefahr, dass wichtige und wesentliche Aspekte verloren gehen oder zu rechtgeschnitten werden. Die Sorge scheint nicht unberechtigt, denn Kriz (2019, S. 43) verweist auf eine Stellungnahme zum deutschen Gesetzentwurf für das neue Studium zur Approbation in Psychotherapie im Mai 2019, die eine vollständige Auflösung psychotherapeutischer Verfahren zugunsten eines Baukasten-Prinzips aus störungsspezifischen und evidenzbasierten Interventionen fordert, obwohl die Wirkung spezifischer Techniken auf das Therapieergebnis mit nur 10 % (Norcross & Lambert, 2011) extrem gering ist. Demnach gingen 90 % dessen, was in der Psychotherapie tatsächlich wirken könnte, verloren.

Hier zeigt sich, worauf bereits bei den Case Studies hingewiesen wurde: Erfolgsmessungen allein sind keineswegs wertneutral. Andererseits verweisen die Common-Factor-Ansätze

aus personenzentrierter Sicht darauf, dass eine genauere Fokussierung der Therapeut*innen- und Klient*innenvariablen sowie -interaktionen fruchtbare und nachhaltige Ergebnisse aufweisen könnten. Die Hinwendung zu einem differenzierteren (auch schulenspezifischen) Verständnis therapeutischer Beziehungsqualitäten, damit einhergehenden und vielleicht noch zu entdeckenden Feinheiten (Variablen), die beispielsweise in der vielfältigen Qualität des „Wie genau“ der therapeutischen Allianz, der wechselseitigen Beziehung bzw. Beziehungstiefe und damit korrespondierenden therapeutischen Haltungen und Vorgehensweisen im Rahmen des therapeutischen Prozesses zu finden wären, könnten die subjektive Dimension in ihrer Dynamik vielleicht verstärkt in den Vordergrund des Forschungsinteresses rücken und Risikofaktoren im Psychotherapieprozess minimieren. Gefragt sind daher praxisrelevante Forschungsfragen, Fragen zur Bedeutung der Passung für die therapeutische Beziehung und Erforschung der Wirksamkeit sowie Fragen zur Wirkungsweise individueller Aspekte im psychotherapeutischen Prozess, resümiert Kriz (2019, S. 49). Methodenvielfalt statt Methodenzwang, verstärkte Vernetzung und Kommunikation zwischen Forschung und Praxis, vertiefende Beforschung von Therapeut*innen und Klient*innenvariablen unter Einbezug und Berücksichtigung von Klient*innenfeedbacks im therapeutischen Praxisalltag und weitere Studien zu ausbildungs- und praxisbezogenen Entwicklungsmöglichkeiten könnten die psychotherapeutische Forschungslandschaft insgesamt förderlich bereichern.

Literatur

- Angus, L., Watson, J.J., Elliott, R., Schneider, K. & Timulak, L. (2015). Humanistic Psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330–347.
- Barbosa, E., Cunha, C., Santos, A., Gonçalves, M.M. & Salgado, J. (2015). Narrative change in Gloria Films: Comparing various processes of therapeutic innovation. *Psychotherapy Research*, 27(1), 1–13.
- Behr, M. (2019). „The facts are always friendly“ – Wirksamkeit Personenzentriert-Experienzieller Psychotherapie und Beratung *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 50(3), 18–27.
- Bergmann, J. & Elliott, R. (2014). Die Wirksamkeit der Humanistisch-Experienziellen Psychotherapie. In W. Eberwein & M. Thielen (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 241–266). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Blokhus Ekroll, V. & Rønnestad, M.H. (2017). Processes and changes experienced by clients during and after naturalistic good-goutcome therapies conducted by experienced psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 27(4), 450–468.
- Braga, C., Oliveira, J. T., Ribeiro, A.P. & Gonçalves, M.M (2018). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research*, 28(3), 423–432.

- Brattland, H., Høiseth, J. R., Burkeland, O., Inderhaug, T. S., Binder, P. E. & Iversen, V. (2018). Learning from clients: A qualitative investigation of psychotherapists' reaction to negative verbal feedback. *Psychotherapy Research*, 28(4), 545–559.
- Brisson, C., Zech, E., Jaeken, M., Priels, J.-M., Verhofstadt, L., Broeck, N. v. & Mikolajczak, M. (2015). Encounter groups: do they foster psychology students' psychological development and therapeutic attitudes? *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(1), 83–99.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy. The facts are friendly*. Thousand Oaks: Sage Publishers.
- 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.
- 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.
- Cornish, M. A. & Wade, N. G. (2015). Working through past wrongdoing: Examination of a self-forgiveness counseling intervention. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 521–528.
- Elliott, R. (2016). Research on person-centred/experiential psychotherapy and counselling: Summary of the main findings. In C. Lago, & D. Charura (Eds.), *The person-centred counselling and psychotherapy handbook. Origins, developments and current applications* (pp. 223–232). London, UK: The open university press.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training*, 48(1), 43–49.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.; pp. 495–538). New York: Wiley.
- Elliott, R., Partyka, R., Alperin, R., Dobranski, R., Wagner, J., Messer, S. B., Watson, J. C. & Castonguay, L. G. (2009). An adjudicated hermeneutic single case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research*, 19, (4–5), 543–557.
- Elliott, R. & Zucconi, A. (2006). Doing research on the effectiveness of psychotherapy and psychotherapy training: A person-centered/experiential perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 5(2), 81–100.
- Farber, B. A. & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy*, 48(1), 58–64.
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y. & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 55(4), 411–423.
- File, N., Hutterer, R., Keil, W. W., Korunka, C. & Macke-Bruck, B. (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review. *Person*, (12) 2, 5–32.
- File, N., Keil, W. W., Sauer, J. & Schabus, M. (2014). Ansätze zur empirischen Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie in Österreich. *Person*, 18(1), 18–30.
- Finlay, L. (2014). Embodying research, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(1), 4–18.
- 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.
- Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Hinterwallner, H. & Koschier, A. (2014). Risiken und Fehlerquellen in der Psychotherapie konstruktiv wenden – ein Plädoyer für personzentriertes Vorgehen? *Person*, 18(1), 5–17.
- Geller, S. M., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research*, 20(5), 599–610.
- Gelso, C. J., Kivlighan K., D. M. & Markin, R. D. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 434–444.
- Gendlin, E. T. (1997a). *A process model*. New York: The Focusing Institute.
- Gendlin, E. T. (1997b). *Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective* (Neudr.). Evanston, IL: Northwestern University Press (Original erschienen 1962).
- Greenberg L. S. (2008). The case of Lisa: An integration and reaction to the process analyses. *Psychotherapy Research*, 18(6), 677–682.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 2002).
- Greenberg, L. S. & Angus, L. E. (1995). *How therapy works*. Vancouver, CA: Social Sciences and Humanities Research Council.
- Greenberg, L. S., Warwar, S. & Malcolm, W. (2010). Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 28–42.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8(2), 210–224.
- Gross, B. & Elliott, R. (2017). Therapist momentary experiences of disconnection with clients. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(4), 351–366.
- Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'Hara, R. & Parry, G. D. (2019). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(3), 403–414.
- Henretty, J. R., Levitt, H. M. & Mathews, S. S. (2008). Clients' experiences of moment of sadness in psychotherapy: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(3), 243–255.
- Hill, C. E., Knox, S. & Pinto-Coelho, K. G. (2018). Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 445–460.
- Hochgerner, M. (2018). Überblick zu den psychotherapeutischen Verfahren in Österreich. In M. Hochgerner (Hrsg.), *Grundlagen der Psychotherapie. Lehrbuch zum psychotherapeutischen Propädeutikum* (S. 21–34). Wien: Facultas.
- Humboldt, S. v. & Leal, I. (2015). Disclosing the challenges of older clients in person-centered therapy: the client's perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 248–261.
- Iberg, J. (2010). Practice-relevant focusing-oriented research: An invitation. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 9(3), 171–188.
- Ikemi, A. (2010). An explication of focusing-oriented psychotherapy from a therapy case. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9(2), 107–117.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person*, 18(1), 31–43.
- Knox, R. (2008). Clients' experiences of relational depth in person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(3), 182–188.
- Knox, R. & Cooper, M. (2010). Relationship qualities that are associated with moments of relational depth: The client's perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9(3), 236–256.
- Know, R. & Cooper, M. (2011). A state of readiness: An exploration of the client's role in meeting at relational depth. *Journal of Humanistic Psychology*, 51(1), 61–81.
- Kolden, G. G., Klein, M. H., Wang, C. C. & Austin, S. B. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy*, 48(1), 65–71.
- Kolden, G. G., Wang, C. C., Austin, S. B., Chang, Y. & Klein, M. H. (2018). Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 424–433.
- Kriz, J. (2014). Zur Wirksamkeit Humanistischer Psychotherapie. Eine kritische Diskussion. In W. Eberwein & M. Thielen (Hrsg.), *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (S. 267–282). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kriz, J. (2019). „Evidenzbasierung“ als Kriterium der Psychotherapie-Selektion? *Psychotherapie-Wissenschaft* 9(2), 42–50.
- Lambert, M. J. (2015). Effectiveness of psychotherapeutic treatment. *Resonanzen*, 2, 87–100.
- Lambert, M. J., Fidalgo, L. G. & Greaves, M. R. (2016). Effective Humanistic Psychotherapy: Processes and their outcomes. In D. J. Cain, K. Keeman & S. Rubin (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook or Research and Practice* (pp. 49–80). Washington, DC: APA Press.
- Levitt, H. M. & Piazza-Bonin, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy Research*, 21(1), 70–85.

- Lietaer, G. (2016). The research tradition in person-centered/experiential psychotherapy and counseling: Bibliographical survey. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15(2), 95–125.
- Lietaer, G. & Dierick, P. (2015). Client perception of hindering factors in group psychotherapy and growth groups: no growth without pain? An empirical exploration. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(1), 62–82.
- MacFarlane, P., Anderson, T. & McClintock, A. S. (2017). Empathy from the clients' perspective: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 27(2), 227–238.
- McKinnon, J. M. & Greenberg, L. S. (2017). Vulnerable emotional expression in emotion focused couples therapy: Relating interactional processes to outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 198–212.
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- McLeod, J. & Cooper, M. (2011). A protocol for systematic case study research in pluralistic counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Review – British Psychological Society*, 26(4), 47–58.
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I. & Goncalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research*, 20(6), 692–701.
- Mendes, I., Rosa, C., Stiles, W. B., Gabalda, I. C., Gomes, P., Basto, I. & Salgado, J. (2016). Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(6), 638–652.
- Meneses, C. W. & Greenberg, L. S. (2014). Interpersonal forgiveness in emotion-focused couples' therapy: Relating process to outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1), 49–67.
- 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.
- Myers, S. & White, C. M. (2010). The abiding nature of empathic connections. A 10-year follow-up study. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(1), 77–95.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (2., aktual. Aufl.; S. 279–300). 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. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-based therapist contributions* (3. aktual. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3. aktual. Aufl.). Oxford: Oxford University Press.
- Pawlowsky, G. (2018). Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Person-zentrierten Psychotherapie. 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. 13–23). Wien: Facultas.
- Ribeiro, E., Fernandes, C., Santos, B., Ribeiro, A., Coutinho, J., Angus, L. & Greenberg, L. S. (2014). The development of therapeutic collaboration in a good outcome case of person-centered therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 150–168.
- Riess, G. (2018). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Robinson, A. & Elliott, R. (2017). Emotion-focused therapy for clients with autistic process. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 215–235.
- Rogers, C. R. (1957a). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1961a). On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1980a). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1974). Interview with Gloria. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality* (S. 237–254). New York: Brunner/Mazel.
- Schindler, I., Desmet, M., Meganck, R. & Kächele, H. (2014). Psychoanalytische Einzelfallstudien von Kindern und Jugendlichen: Charakterisierung mit dem „Inventory of Basic Information in Single Cases“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(4), 308–321.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Steinmann, R., Gat, I. & Nir-Gottlieb, O. (2017). Attachment-based family therapy and individual emotion-focused therapy for unresolved anger: Qualitative analysis of treatment outcomes and change processes. *Psychotherapy*, 54(3), 281–291.
- Stiles, W. B. (2009). Logical Operations in Theory-Building Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(3), 9–22.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38(5), 677–688.
- Stinckens, N., Elliott, R. & Leijssen, M. (2009). Bridging the gap between theory research and practice in a person-centered/experiential therapy training program: The Leuven Systematic Case Study Research Protocol. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(2), 143–162.
- Suetake, Y. (2010). The clinical significance of Gendlin's process model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9(2), 118–127.
- Sutherland, O., Peräkylä, A. & Elliott, R. (2014). Conversation analysis of the two-chair self-soothing task in emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 24(6), 738–751.
- Timulak, L., Belicova, A. & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 371–386.
- Timulak, L., & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred 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). Llangarron, Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Topaloglou, H. M., Hammer, A., Hofer-Freundorfer, S. & Wakolbinger C. (2018). Personzentrierte 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.
- Toukmanian, S. G., Jadaa, D.-A. & Armstrong, S. (2010). Change processes in clients' self-perceptions in experiential psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9(1), 37–51.
- 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.
- Wampold, B. E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49(4), 445–449.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277.
- Wampold, B. E., Imel Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.
- Watson, J. C., Chekan, S. S. & McMullen, E. (2017). Emotion-focused psychotherapy for GAD: individual case comparison of a good and poor outcome case. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 118–139.
- Wiggins, S., Elliott, R. & Cooper, M. (2012). The prevalence and characteristics of relational depth events in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(2), 139–158.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. (2017). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt* 2018, 115(10), A455–A468. Verfügbar unter: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WB/Gutachten_Humanistische_Psychotherapie.pdf [24. 8. 2020].

Rezensionen*

Karl Lindenbauer

Michael Behr, Dorothea Hüsson, Hans-Jürgen Luderer, Susanne Vahrenkamp: Gespräche hilfreich führen, Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personenzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie

Weinheim: Beltz Juventa, 2020, 489 Seiten, ISBN: 978-3-7799-3166-9. EUR (D) 26,96 / EUR (A) 27,70 / CHF 37,70.

Ist nicht im Personenzentrierten Ansatz (PZA) nach den Arbeiten von Swildens, Finke, Binder & Binder und anderen die Frage längst nicht mehr danach zu stellen, „ob“ Diagnosen und Störungswissen im PZA verwendet werden, sondern nur noch nach dem „Wie“? Und doch scheint es nötig, dass das entscheidende Anliegen eines im Jahre 2020 erscheinenden, personenzentrierten Fachbuches lautet: „Kann das personenzentriert-ganzheitliche Menschenbild mit einer störungs- und problemlagenspezifischen Sichtweise verbunden werden?“ Die Autorinnen und Autoren beantworten diese Frage mit einem klaren Ja – und wenden sich bereits in der Einleitung explizit gegen eine „puristisch-dogmatische“ Sichtweise des PZA.

„Gespräche hilfreich führen“ soll ein „Personenzentriertes Handbuch für die allermeisten Herausforderungen psychosozialer und klinischer Praxis“ (S. 15) sein. Diese Praxisnähe, verbunden mit einem „schlanken, verständlichen und aufgelockerten Schreibstil“ (S. 13) ist sicher eine große Stärke dieses Buches.

Teil A beschreibt elf psychosoziale Problemlagen auf durchschnittlich fünf bis zehn Seiten: Von Trennung über Trauer, Mobbing und Burnout bis hin zu den Themen Armut, Vereinsamung sowie Migration und Flucht reicht der Bogen, wodurch auch die stets mitzudenkende politische Dimension psychosozialer Arbeit abgebildet wird. Der zentrale Teil B des Buches, mehr als die Hälfte der Seiten umfassend, widmet sich der Darstellung aller wesentlichen psychischen Störungen, immer auf den neuesten Diagnose-Schemata von DSM-5 und ICD-11 basierend. Dabei folgt jedes Kapitel dem immer gleichen Aufbau, der sich zum Teil schon im „Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie – personenzentriert – erlebensaktivierend – dialogisch“

bewährt hat, dessen Lektüre übrigens zum Verständnis des vorliegenden Buches sehr empfohlen wird. Einer Definition folgen ein oder mehrere Fallbeispiele, an die sich ausführliche Informationen zum Störungsbild anschließen. Dem folgt ein Blick auf die Inkongruenz, dem zentralen ätiologischen Konzept im PZA, hier meist in der erweiterten Sichtweise von Speierers Differentiellem Inkongruenzmodell (1994). Der Abschnitt „Beratung und Behandlung“ umfasst – wo sinnvoll – immer auch den Blick auf andere psychotherapeutische Verfahren sowie auf Psychoedukation und Psychopharmakologie. Dadurch gerät allerdings die Darstellung der personenzentrierten Behandlungsansätze manchmal zu kurz. So wird z. B. im Kapitel über ADHS die medikamentöse Behandlung auf über zwei Seiten beschrieben, die personenzentrierte Vorgehensweise dagegen auf nur einer halben Seite abgehandelt – hier führt der Titel des Buches in die Irre. Zugute halten muss man, dass klassisch personenzentriertes Vorgehen mit experienziellen Methoden oder der emotionsfokussierten Arbeit verbunden wird. Informativ sind immer wieder „eingestreute“ Boxen mit historischen Hintergründen oder weiterführender Theorie. Abgeschlossen wird jedes Kapitel mit einem pointierten „Auf den Punkt gebracht“ sowie vertiefenden Literaturhinweisen und interessanten Buch-, Film- und Internettips. Ergänzt wird das Buch in Teil C durch Hinweise zu verschiedenen Zielgruppen wie Paaren, Jugendlichen oder Gruppen sowie einem (stets wichtigen) Abschnitt über die Forschung, wo in Teil D die Wirksamkeit des PZA belegt wird, um den „personenzentrierten Fachkräften Argumente und Sicherheit“ (S. 468) zu vermitteln.

So möchte dieses Buch, wie es Mitautor Michael Behr in einer persönlichen Mitteilung formuliert, „ein in sich konsistentes

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden; Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U 3).

Karl Lindenbauer, MSc, geb. 1968, Personenzentrierter Psychotherapeut, systemischer Lebensberater, lebt und arbeitet in Gmunden/OÖ, Kontakt: karl.lindenbauer@gmail.com

Lehrbuch sein. Es versucht Vollständigkeit. Alle wesentlichen psychosozialen Problemfelder und alle ICD-Störungen werden betrachtet. Wir beziehen den generellen state-of-the-art des jeweiligen Problemfeldes bzw. der Störung mit ein. Das ist meiner Kenntnis nach ein Alleinstellungsmerkmal.“

Man kann das Buch auch als praktische Umsetzung jenes programmatischen Artikels lesen, den Michael Behr gemeinsam mit Silke Gahleitner und Jobst Finke in der Jubiläumsausgabe der PERSON 1/2016 unter dem Titel „Personenzentriert sein – sieben Herausforderungen der Zukunft“ veröffentlicht hat. Dort wird unter anderem vorgeschlagen, „personenzentriertes Denken möge Konzepte von Störungen in personenzentrierte Konstrukte integrieren und die Aktualisierungstendenz auch störungsspezifisch beschreiben“ (Behr, Finke & Gahleitner, 2016). Die auf den Artikel folgende Diskussion war für Behr „fachlich enttäuschend“. Häufig ging es in der Kritik um Fragen der berufspolitischen Situation, insbesondere in Deutschland, (Eckert, 2016) oder mündete in den Vorwurf, es sei ein „nach Anpassung an den Mainstream plädierender Aufsatz“ (Schmid, 2017). Die inhaltlich-fachliche Diskussion nach dem „Wie“ blieb dürftig. Das vorliegende Buch gibt hierzu viele Anstöße. Allerdings zwingen die gewünschte Praxisnähe und der umfassende Anspruch, alle Störungen zu behandeln dazu, diese Impulse „kurz und knackig“ zu halten. Eine vertiefende Auseinandersetzung, wie z. B. störungsspezifische Empathie gelingen kann und welche Hindernisse dabei zu Tage treten können, sind im vorliegenden Buch leider nur in Ansätzen zu finden.

Ute Binder hat in einem lesenswerten Artikel sehr differenziert „Sinn und Unsinn von Diagnosen im PZA“ (Binder, 2011, Tab. 1, S. 40) dargelegt. Was im Buch „Gespräche hilfreich führen“ leider zu wenig behandelt wird, sind die durchaus bestehenden Gefahren von „diagnosegeleiteten Einstellungen“, wo „Störungswissen an Stelle von Empathie“ (ebd., S. 42) und nicht „Störungswissen im Dienste von Empathie“ (ebd., S. 43) steht. Selbst fortgeschrittene psychosoziale Fachkräfte werden – so sie ihre Arbeit ehrlich reflektieren – immer wieder bemerken, dass

Diagnosen auch zum „Schutz vor eigener emotionaler Betroffenheit“, zur „Aufrechterhaltung einer professionellen Expertenrolle“ oder zur „Erhaltung sicherer geschlossener Systeme“ dienen können, wie Ute Binder festhält (2011, S. 40). Durch den gefälligen Aufbau der Kapitel wird manchmal ungewollt der Eindruck vermittelt, es gebe für die Diagnose A die Behandlung B. Nichts läge dem PZA ferner. Da tut es gut, z. B. im Kapitel über Trauer zu lesen, dass „(...) uns die Trauernden immer selber vor(geben), wie sie ihren Weg der Trauer gehen wollen“ (S. 64). Diese individuelle Perspektive gilt für all unsere Klientinnen und Klienten mit all ihren vielfältigen psychosozialen Problemlagen.

So gesehen kann „Gespräche hilfreich führen, Band 2“ einerseits als nützliches Nachschlagewerk für die Praxis empfohlen werden, mehr aber vielleicht noch dafür, sich mit der konkreten Umsetzung eines störungsspezifischen Vorgehens im PZA – aber auch den Leerstellen in Theorie und Forschung – auseinanderzusetzen. Letzteres wird im Forschungskapitel des Buches anhand der dürftigen störungsspezifischen Wirksamkeitsforschung (S. 478) bzw. deren Limitierungen (S. 480) deutlich. In der konkreten Begegnung mit Menschen mag da eine Haltung hilfreich sein, die Ute Binder an den Schluss des erwähnten Artikels stellt: „Weder verstehen wir alles – noch wissen wir gar nichts. Aber mit Sicherheit wissen wir bis auf weiteres viel zu wenig“ (Binder, 2011, S. 43).

- Behr, M., Finke, J., Gahleitner, S. B. (2016). Personenzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers Tod. *Person* 20(1), 14–30.
- Binder, U. (2011). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. *Person* 15(1), 37–43.
- Eckert, J. (2016). Hat die Gesprächspsychotherapie/Personenzentrierte Psychotherapie eine Zukunft? *Person* 20(2), 97–100.
- Schmid, P. F. (2017). Personenzentriert sein – die Zukunft liegt nicht in der Vergangenheit. *Person* 21(1), 72–75.
- Speierer, G. W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.

Birgit Oberdorfer

Ute Binder: Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept.

Hohenwarsleben: Westarp, (Ed. Klotz), 2019, 4. Auflage, 145 Seiten, ISBN: 978-3-86617-163-3. EUR (D) 24,95 / EUR (A) 25,70.

Ute Binder, eine der großen Frauen, die unsere Personzentrierte Psychotherapie so maßgeblich mitgestaltet und weiterentwickelt hat, nimmt uns mit diesem „Büchlein“ (sehr kompakt und doch äußerst differenziert!) mit in ihre hochspannende Welt der Empathie.

Sie versucht an Hand von vielen praxisverschränkten Beispielen, sowie aus der wissenschaftlichen Forschung, uns die Entwicklung von Empathie näher zu bringen.

Jeder von uns verfügt über ein gewisses Ausmaß an Empathie, das sehr individuell in unserem Leben entstanden ist und sich spezifisch in uns und unserer Arbeit zeigt. So heften wir Personzentrierte Psychotherapeut*innen uns diese Fähigkeit mit voller Überzeugung und Selbstverständlichkeit an unsere Brust – häufig ohne einen genauen Blick darauf zu werfen.

Aber was beinhaltet dieser Begriff „Empathie“ im Wesentlichen, wodurch kommt sie in uns zu Stande, wie arbeiten wir mit unserer Empathiefähigkeit in therapeutischen Prozessen – im Positiven, wie Negativen?

In diesem Buch, das aus einem Vortrag entstanden ist und nun in der 4. unveränderten Auflage wieder erhältlich

ist, versucht Ute Binder zu Beginn Beispiele für verschiedene Empathieformen und -vorformen zu geben, gibt einen Überblick in das entwicklungspsychologische Entstehen der Gefühlsübernahme, wie z. B. über Motor-Mimicry, über Personal distress, ebenso über kognitive soziale Perspektivenübernahme. So richtet sie besonders ihre Aufmerksamkeit auf die „Entwicklung der Empathie in die Persönlichkeit“ (S. 83f.), ihre Identität und Kontinuität mit deren Folgen von Defiziten. Anschließend stellt Ute Binder eine Verbindung zu verschiedenen Störungen wie Schizophrenie, Borderline-Störung, Anorexie, Depression und soziopathische Persönlichkeit her.

Ute Binder hält hier ein Plädoyer für die differenzierte Betrachtung der Empathie und sieht es als „Aufgabe des Therapeuten, sich um die für ihn notwendige Aufrechterhaltung von Bedingungen, die seine Empathiefähigkeit absichern, zu bemühen“ (S. 112).“

Ute Binder ist nicht ganz leicht zu lesen (auch zu Schulden des nicht so guten Druckes), aber schafft es dennoch, mich immer wieder zu faszinieren. Aus einem schnellen Hineinschauen in ihre Werke wird ganz leicht ein Eintauchen, ein wirkliches Verstehen-Wollen, ein Abgleichen und Verbinden meiner persönlichen und therapeutischen Erfahrungen, mit dem Gefühl am Ende, dass sich durch das Lesen ihrer Schriften etwas mehr in mir klärt und erweitert.

Ute Binder – immer wieder eine wertvolle Bereicherung!

Birgit Oberdorfer, MSc, geb. 1977, Personzentrierte Psychotherapeutin (ÖGWG), Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Lehrtherapeutin der ÖGWG; lebt und arbeitet in freier Praxis in Villach.

Katharina Fischer

Dorothea Kunze-Pletat: Personzentrierte Erwachsenenpädagogik. Die pädagogische Beziehung als Mittelpunkt im Lehr-Lern-Prozess

Wiesbaden: Springer VS, 2019, 580 Seiten, ISBN: 978-3658245443. EUR (D) 64,99 / EUR (A) 66,81 / CHF 95,90.

Mit dem Begriff „facilitation of learning“ beschreibt Dorothea Kunze-Pletat eine personzentrierte Form der Lernförderung, die innovativ den Ansatz nach Carl R. Rogers mit aktuellen pädagogischen Theorien aus der Erwachsenenbildung verknüpft.

Deren Schnittmengen bilden das humanistische Menschenbild, ein damit verbundenes Verständnis von Persönlichkeitsveränderung und personzentrierte Überlegungen zu Bildung und Lernprozessen. Nach Kunze-Pletat bringen personzentrierte Pädagog*innen „ihre Fach- und Methodenexpertise nicht als ein direktives, explizites oder implizites Änderungswissen ein. Sie sind professionell und streitbar, indem sie ihre Expertise zur kritischen Selbstbeurteilung zur Verfügung stellen“ (S. 422). Die damit verbundenen Konsequenzen für eine personzentrierte

Katharina Fischer, Dr.ⁱⁿ, Personzentrierte Psychotherapeutin/Supervisorin, Ausbilderin für Psychotherapie der APG-IPS, Lektorin des APG-Propädeutikums Wien/Linz, Erziehungswissenschaftlerin, Leiterin der Diversitätsstelle (Pädagogische Hochschule der Diözese Linz).

Erwachsenenpädagogik werden in der Publikation forschungsbasiert diskutiert.

Die Publikation untergliedert sich in 7 Großkapitel, die nachstehend vorgestellt werden.

1- Einleitung

Kunze-Pletat geht davon aus, dass eine personenzentrierte Lernförderung dann gelingt, wenn sich Lernende hinsichtlich ihres spezifischen Lern- oder Seminaranliegens bzw. in deren Lernprozessbegleitung durch einen sog. „group facilitator“ d.h. einen Pädagogen* einer Pädagogin kongruent, mit bedingungsfreier positiver Beachtung empathisch verstanden fühlen (S. 425). Die darin erlebte Beziehungsqualität und die Art, wie Klient*innen und Lernende mit ihrem Erleben in Kontakt sein können, werden in diesem Konzept als die entscheidenden Wirkfaktoren für Veränderung und Lernen betrachtet. *Kunze-Pletat* geht auch davon aus, dass diese spezielle Art von Beziehung ein Lernklima schafft, welches emotionale Sicherheit bietet und neue oder veränderbare Erfahrungen auf organismisch-kognitiv-emotional-sozialer Ebene ermöglicht. Eine lernende Person ist also jemand, die in ihrer Selbständigkeit und Beziehungsangewiesenheit gesehen und anerkannt wird; gleichzeitig wird auch ihr relationaler und substantieller (Persönlichkeits-)Anteil als Lern- und Entwicklungspotenzial beachtet und genützt. Auf Basis dieser Grundannahmen, der diskursiven Auseinandersetzung mit diversen autobiografischen Beiträgen Rogers, dem Einbezug von vier ausgewählten Rogers-Biografien sowie einer akribischen Dokumentenanalyse von Rogers Werken und Beiträgen zwischen 1942–1983, setzt sich *Kunze-Pletat* zum Ziel, die Rekonstruktion einer Theorie einer personenzentrierten Erwachsenenpädagogik darzulegen.

2 – Methodisches Vorgehen zur Theorieentwicklung einer Personenzentrierten Erwachsenenpädagogik

Kunze-Pletat vertritt die Ansicht, dass alle relevanten Ableitungen für eine personenzentrierte erwachsenenpädagogische Theoriebildung in den ersten psychotherapeutischen Publikationen Rogers (ab 1942) zu finden sind, also lange bevor Rogers 1969 (dt. 1974) sein erstes explizit pädagogisches Werk „Lernen in Freiheit“ veröffentlichte. Eine besonders relevante Publikation sieht die Autorin im Werk „Die nicht-direkte Beratung“ (1987), in der Rogers (1.) die Herstellung einer hilfreichen Beziehung und (2.) eine personenzentrierte Kommunikationstheorie beschreibt. Diese personenzentrierte Beziehungstheorie stellt nach *Kunze-Pletat* die grundlegende Metatheorie personenzentrierten Lernens bereit, da sie eine Philosophie der zwischenmenschlichen Beziehung(en) beschreibt und auf *alle*

zwischenmenschlichen Situationen angewendet werden kann; somit auch auf Beziehungen zwischen Lehrenden und Studierenden (Rogers, 1983).

3 – Rogers’ pädagogische Biografie, die Entwicklung der Personenzentrierten Konzeption und Quintessenzen für eine Personenzentrierte Erwachsenenpädagogik

In diesem Abschnitt beschäftigt sich *Kunze-Pletat* mit jenen biografischen Etappen, die sie als wesentlich für Rogers Konzeption einer personenzentrierten Pädagogik betrachtet. Schon im Studium war Rogers davon fasziniert, wie die Reformpädagogen G. Humphrey und A. C. McGiffert Personen und Gruppen gänzlich ohne traditionelle Leitungsübernahme dazu motivierten, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen (und treffen zu dürfen) sowie Mitverantwortung zu übernehmen. Zentralen Einfluss nahm ebenfalls seine sechsmonatige Reise nach China. Hier erlebte er eine bedingungsfreie Anerkennung unterschiedlicher Weltanschauungen und die Unterstützung zum freien, intellektuellen Austausch. Dies war ein völliges Kontrastprogramm zu seinem eigenen Aufwachsen, als Kind eines bürgerlichen, erzieherisch-kontrollierenden Elternhauses. Weitere wesentliche Lernerfahrungen sammelte Rogers durch die Reformpädagogen John Dewey und William Kilpatrick. Beide waren Mentoren für eine Haltung, in der bedingungsfreie positive Beachtung, lebenslanges und projektbezogenes Lernen, die Würde und Freiheit der Person den Kern von Lehren und Lernen bildeten.

Mit Blick auf die Erwachsenenpädagogik, sieht *Kunze-Pletat* hier folgende Punkte als relevant:

- Förderung der emotionalen Unabhängigkeit (von einem Gruppenleiter) und des kritischen, freien Denkens,
- Verzicht auf direktives Lehren, Unterweisung und „Belehrungsdidaktik“ sowie
- die Entwicklung von Vertrauen in die Potenz der Gruppe.

4 – Carl Rogers als Pionier eines Personenzentrierten Wissenschaftsverständnisses

Rogers leistete Pionierarbeit, in dem er erstmals eine quantitativ-qualitative Form der Sozialforschung entwickelte, als auch die besondere Bedeutung von Subjektivität betonte. Sein Forschungsinteresse umfasste nach *Kunze-Pletat* aber nicht nur psychologische Themen, sondern bezog stets auch pädagogische Themenbereiche mit ein. Die Autorin verweist hier etwa auf Rogers Ausführungen von 1983 zum „Manko der Wirksamkeitsforschung in der Pädagogik“. Darin kritisiert er die Entwicklungsresistenz von Schule, die er vorwiegend im Mangel einer fundierten Evaluation sieht. Es „fehlt (...) der Schule fast völlig an einem Nachweis, wie wirksam letztlich ihre Arbeit

ist (...) in der Erziehung an Schulen und Universität gibt es ein solches System des Feedbacks nicht“ (Rogers, 1984, S. 241).

5 – Personzentriertes Lernen – Überlegungen zu einer Personzentrierten Erwachsenenpädagogik

Rogers vertrat die These, dass eine Person nicht nur die eigene Wahrnehmung der äußeren Umwelt differenzieren und modifizieren kann, sondern auch die Möglichkeit hat, ihr Selbstkonzept und die Wahrnehmung ihrer inneren Erlebenswelt zu verändern. Personzentriertes Lernen heißt demnach „(Her-)Ausbildung und nicht Einübung oder Training“ (Schmid, 2002, S. 30), sodass die Potenzialentfaltung von innen heraus geschieht. Die Signifikanz des Lernens ist nach *Kunze-Pletat* wiederum an die Selbstbewertung der eigenen erfahrenen Lehrinhalte und der „subjektiven Wirklichkeit der Lernenden“ gebunden (Rogers, 1974, S. 13), sodass direkte Konzepte wie Zwang, Belehrung oder fremdbestimmtes Lernen grundlegend abzulehnen sind. Mit Blick auf eine personzentrierte Erwachsenenpädagogik leitet die Autorin weiter ab, dass Lernen konsequent als Selbstaneignung und Selbstentdecken konzipiert werden muss. Auch ist es nach Sicht der Autorin erwiesen, dass die pädagogische Beziehung selbst, wenn sie von Gruppenmitgliedern wahr- und angenommen wird, das signifikant veränderungsbewirkende und lernfördernde Element ist (S. 261).

6 – Einbettung eines quantitativen Prozessevaluationsbogens in ein qualitatives Prozess- und Outcome-evaluationsdesign für personzentrierte Weiterbildungen

In diesem Abschnitt stellt *Kunze-Pletat* einen faktorenanalyisierenden Prozessevaluationsbogen vor, den sie über mehrere Jahre hinweg speziell für den personzentrierten Fort- und Weiterbildungsbereich entwickelt hat. Die Autorin versuchte hier ein erwachsenenpädagogisches, personzentriertes Gesamtevaluationskonzept zu generieren, das sowohl multimethodische, qualitative Evaluationsverfahren als auch einen quantitativen Anteil inkludiert. Die finale Konzeption des „pce-Aneignungsprozessbogens“ (pce-APB) wurde mit personzentrierten Theorien verzahnt und nach Aspekten des Zusammenwirkens von individuellem und relationalen Lernen, der Non-Direktivität, der Prozesscharakteristika des Selbst, der Stressreduktion und der Förderung der Gruppenpotenz transparent gemacht. Außerdem wurden Lernverläufe in Individual- und

Gruppenkursen erhoben. Der überprüfte Evaluationsbogen wird aktuell in der Weiterbildungspraxis eingesetzt und künftig einer erneuten Faktorenanalyse unterzogen werden. Die gewonnenen Studienergebnisse können im Anhang der Publikation eingesehen werden.

7 – Zusammenfassung

Kunze-Pletat fasst zusammen, dass ein personzentriertes Verständnis von Lernen durch Selbstaneignung, Selbstentdecken und Selbsterfahrung gekennzeichnet ist. Ein*e personzentrierte*r Pädagog*in stellt hierfür ein Beziehungsangebot bereit, das den*die Lernende auf Basis non-direktiver Begleitung darin unterstützt, sich mit eigenen Fragestellungen selbständig und frei zu beschäftigen. Nehmen Lernende dieses Klima an, so können sie das Lernmaterial in Bezug zu sich selbst setzen und beginnen sich kritischer zu reflektieren.

Diskussion

Die vorliegende Publikation zeichnet sich durch einen mehrperspektivischen Themenzugang aus, dessen Kern in der Frage nach einer personzentrierten Erwachsenenpädagogik liegt. Rogers selbst hatte noch zu Lebzeiten wesentliche Impulse für die Pädagogik bereitgestellt. *Kunze-Pletat* zeigt aber auch, dass Rogers Wissen, kombiniert mit heutigen Überlegungen zu Lehren und Lernen nichts an Aktualität verloren haben. Im Gegenteil: Wir sind an einem Punkt, wo dessen Implementierung in das Bildungssystem mehr als notwendig erscheint, um Beziehung und Begegnung in deren Wirkkraft explizit einzubringen, einzufordern und zu sichern. Diese Publikation ist daher für Professionsgruppen im psychosozialen und pädagogischen Arbeitsfeld gerne zu empfehlen.

Literaturverzeichnis

- Rogers C. R. (1974). *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. München: Kösel (Original erschienen: 1969).
- Rogers, C. R. (1984). *Freiheit und Engagement – Personzentriertes Lehren und Lernen*. München: Kösel (Orig. erschienen: 1983).
- Rogers, C. R. (1987). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer (Orig. erschienen: 1942).
- Schmid P. F. (2002). Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid, & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität-Begegnung-Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Therapie an der Jahrhundertwende* (S. 219–254). Köln: GwG-Verlag.

Veranstaltungskalender 1/2021

DAS AUSTRIA PROGRAMM, 35. Internationaler Personzentrierter Workshop
Einwöchige Encounter-Gruppe in der Tradition des La Jolla Programms
Zeit: 2.–9. Juni 2021
Ort: Schloss Zeillern, Österreich
Info: <http://www.apg-ips.at/veranstaltungen/austria-programm>

Fachtag „ECC-Erlebensbezogenes Konzeptcoaching“
Input von u.a. Christiane Geiser
Zeit: 17. Juni 2021
Ort: Online
Info: www.gwg-ev.org

Focusing-orientiertes systemisches Arbeiten mit Paaren
Workshop mit Dipl.-Päd.ⁱⁿ Silvia Bickel-Renn
Zeit: 4. Juni 2021, 16.30–21.00 Uhr / 5. Juni 2021, 10.00–18.30 Uhr
Ort: Praxis Metz: 1140 Wien, Griesingergasse 26/12, Österreich
Info und Anmeldung: buerdo@forum-personzentriert.at
 bzw. www.forum-personzentriert.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

Jahreskongress der GwG
„Die personale Begegnung als Wirkfaktor – Der Personzentrierte Ansatz heute“
Keynotes von Mick Cooper, Dion Van Werde, Jürgen Kriz und Ariadne von Schirach
Zeit: 18.–19. Juni 2021
Ort: Online
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

PCE2021 – 14. PCE Weltkongress
„Tihei Mauri Ora: Culture, Contact, Context“
Zeit: 20.–23. Juni 2021
Ort: Hybridkonferenz (Auckland, Aotearoa Neuseeland)
Info: www.pce.2021.com

PCE 2021 – The Personcentered Experience
Einwöchige Encountergruppe
Zeit: 23.–29. Oktober 2021
Ort: Schloss Hotel Zeillern, 3311 Zeillern, Schloss-Straße 1, Österreich
Info und Anmeldung: bei Hans Peter Ratzinger:
hp.ratzinger@aon.at bzw. www.forum-personzentriert.at

SYMPOSIUM anlässlich 25 Jahre FORUM
Psychotherapie.begegnet.Zukunft.begegnet.Psychotherapie
 Coronabedingt verschoben, neuer Termin:
Zeit: 23.–24. September 2022
Ort: Kardinal König Haus: 1130 Wien, Kardinal-König-Platz 3, Österreich
Info und Anmeldung: buerdo@forum-personzentriert.at bzw. www.forum-personzentriert.at

Vorankündigung 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: Wien, Österreich
Info: www.kindertherapietagungwien.at

Jahrestagung der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

5. November 2021, 9 – 16 Uhr

Rahmenthema:

**„Das fragile Selbst – Personzentrierte Beratung
und Therapie bei schweren psychischen Störungen“**

Vorträge:

David Oberreiter: Selbstgrenzen-Störung unter besonderer Beachtung
struktureller Empathie

Annette Jessinghaus: Personzentrierte Therapie bei Borderline-
Persönlichkeitsstörung

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

Norbert Scherbaum: Selbststeuerung und Kontrollverlust bei Substanz-bezogenen
Erkrankungen

Workshops:

David Oberreiter: Psychotherapeutische Strategien bei schizophrenen Klienten mit
Wahnsymptomatik

Dion van Werde: Praxis der Prätherapie

Vortragsgebühren 30 €, Workshop-Gebühren 30 €

Programme, Anmeldung und Information

Sekretariat Frau Lührmann

Telefon: 02305/102-2858, Fax: 02305/102-2860

Email: g.ott@evk-castrop-rauxel.de

IBAN DE94 4307 0061 0609 1086 01, BIC DEUTDEDE430

Kennwort: Psychotherapie-Tagung in Castrop-Rauxel am 18.09.2020
Teilnahmegebühr Vorträge bzw. Vorträge + Workshop

Tagungsort

Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel



Deutsche Psychologische Gesellschaft
für Gesprächspsychotherapie e.V.

Einladung zum Forum Gesprächspsychotherapie
der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
am Samstag, 10.04.2021 – online –

Gesprächspsychotherapie – aktueller denn je?

Programm:

Beginn 10:50 Uhr

Begrüßung

Dr. Dorothee Wienand-Kranz

Plenum

**Vortrag: Gesprächspsychotherapie –
aktueller denn je?**

Prof. Dr. Mark Helle Hochschule Magdeburg-Stendal

Diskussion des Vortrags

Workshops zum Thema

Workshop I mit **Dipl.-Psych. Kathleen Raasch**
(Hamburg) Falldarstellung einer Gesprächspsychotherapie

Workshop II mit **Dipl.-Psych. Kathrin Ellebrecht**
(Hamburg) Falldarstellung einer Gesprächspsychotherapie

Plenum

Vorstellung der **Workshopergebnisse**

Abschlussbesprechung

Anregungen für das Forum 2022

Ende 17.30 Uhr

Tagungsort: Aufgrund der aktuellen Situation findet die Veranstaltung online via Zoom statt. Die Anmeldung gilt aus diesem Grund auch als Einwilligung in die für Online-Veranstaltungen geltenden Bestimmungen zum Datenschutz und Urheberrecht. Mitschnitte jeder Art sind nicht gestattet.

Für mehr Informationen: Siehe www.dpgg.de

Teilnahmegebühr: Mitglieder 30,-, Nicht-Mitglieder 50,-, PiA(P) und Studierende 20,-

Anmeldung: Dr. Dorothee Wienand-Kranz E-Mail: info@dpgg.de

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

2021 FORTBILDUNG: VORTRÄGE

Inklusion und Psychotherapie für Menschen mit Behinderung

Dipl. Päd. Markus Pilz, BEd
Montag, 10.5.2021, 18.30 – 20.30 Uhr
Anmeldung bei Markus Pilz: psychotherapie@praxis-pilz.at

Wandel (in) der Trauer. Vom Umgang mit Trauer in der Personzentrierten Psychotherapie

MMag. Stephan Kopelent
Donnerstag, 30.9.2021, 18.30 – 20.30 Uhr
Anmeldung bei Stephan Kopelent: info@psychotherapie-kopelent.at

Dem Vergessen begegnen – Personzentrierte Möglichkeiten in der Arbeit mit Demenzkranken

Matthias Witting-Schön, BA
Dienstag, 14.12.2021, 18.30 – 20.30 Uhr
Anmeldung bei Matthias Witting-Schön: matthiaswitting@yahoo.de

2021 FORTBILDUNG: WORKSHOP

Focusing-orientiertes systemisches Arbeiten mit Paaren

Dipl.-Päd.ⁱⁿ Silvia Bickel-Renn
Freitag, 4.6.2021, 16.30 – 21.00 Uhr und
Samstag, 5.6.2021, 10.00 – 18.30 Uhr
Ort: Praxis Metz: 1140 Wien, Griesingergasse 26/12
Anmeldung im Büro des FORUM: buero@forum-personzentriert.at

2021 THERAPEUT*INNEN- FRÜHSTÜCK: DISKUSSIONSFORUM UND MITEINANDER

Autistische Welten – Zum Kontakt und zur therapeutischen Arbeit mit Menschen im Autismusspektrum

Mag.^a Christa Redl im Gespräch mit Dipl. Päd. Markus Pilz, BEd
Samstag, 24.4.2021, 10.00 – 12.00 Uhr
Ort: Café Museum: 1010 Wien, Operngasse 7
Anmeldung bei Markus Pilz: psychotherapie@praxis-pilz.at

PCE 2021 THE PERSON-CENTERED EXPERIENCE

Einwöchige Encountergruppe

Samstag, 23.10.2021, 11.00 Uhr bis Freitag, 29.10.2021, 12.30 Uhr
Ort: Schloss Hotel Zeillern, Schloss-Straße 1, A-3311 Zeillern
Anmeldung bei Hans Peter Ratzinger: hp.ratzinger@aon.at

2022 SYMPOSIUM ANLÄSSLICH 25 JAHRE FORUM

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

Freitag, 23.9.2022 und Samstag, 24.9.2022
Ort: Kardinal König Haus: 1130 Wien, Kardinal-König-Platz 3
Anmeldung im Büro des FORUM: buero@forum-personzentriert.at

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

Forum^o



GESELLSCHAFT FÜR PERSONZENTRIERTE
PSYCHOTHERAPIE UND BERATUNG e.V.

GwG-Kongress am 18./19. Juni 2021

Die personale Begegnung als Wirkfaktor – Der Personzentrierte Ansatz heute

Mit Vorträgen von
Ariadne von Schirach, Autorin und Philosophin
Mick Cooper, University of Roehampton, GB
Dion van Werde, Gent, Belgien
Jürgen Kriz, Prof. (emer.) Universität Osnabrück

Außerdem im Programm:
Barcamp zu unterschiedlichen PZA-Themen.

**Aufgrund der noch immer unsicheren Lage findet der Kongress online über die
Plattform „Zoom“ statt.**

Die Anmeldung erfolgt schriftlich per Post oder Mail an die
GwG e. V.
Melatengürtel 127, 50825 Köln
Tel.: + 49 (0) 221 925908-11
barg@gwg-ev.org

Teilnahmegebühren
150,00 €
GwG-Mitglieder: 120,00 €

Informationen und Programm finden Sie online unter
www.gwg-ev.org

Die Akkreditierung der Veranstaltung wird bei der
Psychotherapeutenkammer NRW beantragt.

ÖGWG-WOCHE

Personenzentrierte Psychiatrie und Psychotherapie

23.-26. OKTOBER 2021, BILDUNGSHAUS SCHLOSS PUCHBERG BEI WELS

Wir möchten bei der diesjährigen ÖGWG-Woche einen Einblick geben wie personenzentrierte Psychotherapie und Beratung im klinischen Alltag aussieht und aussehen könnte. Weiters interessieren wir uns für die Schnittstellen zwischen personenzentrierten PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen in stationären und teilstationären Institutionen und in der freien Praxis.

Synergien, Ressentiments, Grenzen sowie vor allem das Erleben und die Wahrnehmungen möchten wir gerne aufgreifen und wir hoffen auf inspirierende, kontroversielle, anregende und lehrreiche Tage.

Die ÖGWG-Woche 2021 ist eine Kooperation zwischen dem Verein GPPT (Gesellschaft für personenzentrierte Psychotherapie) und der ÖGWG.



pcaInstitut

KURSPROGRAMM 2021

Master of Advanced Studies in Personenzentrierter Psychotherapie.

The relationship matters. Psychotherapie wirkt, weil Beziehung wirkt.

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

Weiterbildung in Personenzentrierter Beratung nach Carl Rogers, pcaSuisse

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

Fortbildungsveranstaltungen

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

Aus unserem Kursprogramm März bis Oktober:

Selbstfürsorge beim remote-Arbeiten X Focusing 2: Navigation - Sich im ganzen Focusingprozess orientieren können **X Wahrnehmen – Ernstnehmen – Resonanz geben.** Nonverbale Begegnungsmöglichkeiten bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung **X Focusing 3: Verankerung** – Mehr Sicherheit gewinnen im Focusing **X Mein Lebenspanorama** - Gestern - Heute - Morgen. Ein Tag für mich **X Personenzentrierter Umgang mit Kindern und Jugendlichen** bei ADHS, ASS, Angst- und Bindungsstörungen **X Das Kind als Teil des Dorfes:** seine wechselnden Positionen in Beziehungen - Modul 2 **X Am Personenzentrierten Ansatz dranbleiben:** überprüfen, erneuern, erweitern **X Wenn Beziehung gefährlich ist** - Intensive Gefühle regulieren **X "Unsere Pappenheimer"** - Eine störungsorientierte und integrierende Beziehungsgestaltung **X Die Praxis der Achtsamkeit** in der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung **X Vehler können immer passieren.** Vom Umgang mit Fehlern, Versagen, unverständenen Therapieabbrüchen **X Psychological First Aid** 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



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

PERSONZENTRIERTES HANDELN »IN AKTION« AUSTRIA PROGRAMM 2021 ZUM 35. MAL: INTERNATIONALER PERSONZENTRIERTER WORKSHOP IN DER TRADITION DES LA JOLLA PROGRAMMS

Mittwoch, 2. Juni bis Mittwoch, 9. Juni 2021 – eine Woche

Mittwoch, 2. Juni bis Sonntag, 6. Juni 2021 – 5 Tage

- Encounter-Gruppe in der Tradition des La Jolla Programms
- Grundsätzliches Ziel ist, sich selbst als Person und im Verhalten gegenüber den Mitmenschen weiterzuentwickeln und persönliche wie politische Gestaltungsmöglichkeiten zu erlernen. Dabei können insbesondere die Beziehungen innerhalb der Seminargruppe als Lern- und Wachstumschance wahrgenommen werden.
- Groß-, Klein- und Intergruppenerfahrung

Leitung: Mag. Peter Frenzel, Renata Fuchs MAS, Univ.-Prof.in Dr.in Aglaja Przyborski,
Manfred F. Siebert

Ort: Schloss Zeillern, 3311 Zeillern

Nähere Informationen und Anmeldungen: www.apg-ips.at/veranstaltungen/austria-programm

Ausbildungen

PERSONZENTRIERTE LEBENS- & SOZIALBERATUNG

Ziel der Ausbildung ist die Entwicklung der Fähigkeit, Klient*innen bei der Förderung und Erhaltung psychischer und sozialer Gesundheit zu begleiten. Die Teilnehmenden erwerben dabei die grundlegenden Kompetenzen, im jeweils eigenen Berufsfeld professionelle Prozessberatung anzubieten.

Im Rahmen dieser APG•IPS-Ausbildung zur Lebens- und Sozialberatung wird der Personzentrierte Ansatz nach C.R. Rogers als grundsätzliche Methodik vermittelt. Der Lehrgang entspricht den Anforderungen anerkannter LSB-Ausbildungen und ist humanistisch-existentiell orientiert.

Der Lehrgang dauert 5 Semester.

Unterrichtseinheiten zur Erlangung des Gewerbescheins: mind. 584 Methodik, Selbsterfahrung und Supervision + mind. 750 Praktikum. Zertifiziert durch das APG•IPS

PERSONZENTRIERTE BERATUNGS- & GESPRÄCHSFÜHRUNG

Im Rahmen dieser Ausbildung wird erlernt, Gespräche und Beratungssitzungen konstruktiv zu führen und Souveränität im Umgang mit Gruppen zu gewinnen. Dieses Angebot wird im Rahmen des Lehrgangs Lebens- und Sozialberatung stattfinden. Die Seminare können auch einzeln gebucht werden.

Unterrichtseinheiten zur Erlangung des Zertifikats: 385 Selbsterfahrung, Supervision/Praxisbegleitung und Theorie. Zertifiziert durch das APG•IPS

Für weitere Informationen zu den Lehrgängen schreiben Sie uns oder rufen Sie an:

Karin Schwarz, Ausbildungsleiterin, lsb@apg-ips.at, 0650 741 83 24



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 personzentrierten 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 personzentrierten Fachkräfte) Präsenz- oder Onlineveranstaltungen (abhängig von der Pandemielage).

7.5.21, 15.00 bis 21.00 Uhr	Methoden und Techniken in der personzentrierten Beratung und Psychotherapie – Dr. Gerhard Stumm, Wien Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, D – 70372 Stuttgart Bad-Cannstatt
8.5.21, 9.30 bis 18.00 Uhr	
11.6.21 15.00 bis 21 Uhr	„Ich bin mutig und stark“. Bedürfnisorientierung – Die Brille, um das Spiel des Kindes empathisch zu verstehen. – Stephanie Jofer-Ernstberger, München. Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, D – 70372 Stuttgart Bad-Cannstatt
12.6.21, 9.30 bis 18.00 Uhr	
23.7.21, 15.00 bis 21.00 Uhr	Personzentrierte Trennungs- und Scheidungsberatung – Andreas Ritzenhoff Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, D – 70372 Stuttgart Bad-Cannstatt
24.7.21, 9.30 bis 18.00 Uhr	

Teilnahmegebühr: Jeweils 180 €

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

Beginn Personzentrierter Kurse (jeweils GwG anerkannt):

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

Modul 1: 29./30. Oktober 2021 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

29./30. Oktober 2021 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: christine.lecoutre@igb-stuttgart.de

Focusing-orientierte Prozessbegleitung

2./3. Juli 2021, alle weiteren Teile fortlaufend nach Vereinbarung.

Kontakt: christine.lecoutre@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Psychotherapie

Modul 1: 29./30. Oktober 2021 --- Modul 3-5 (abgeschlossene Weiterbildung in personzentrierter Gesprächsführung, Coaching oder Beratung): 26.-27.11.2021 --- Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Neue 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 personzentrierter 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. (2017). *Gespräche hilfreich führen – Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie - personzentriert - erlebnisaktivierend - dialogisch..* 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)

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.



Eckhard Roediger & Eva Frank-Noyon (Hrsg.)

Paare bewegen

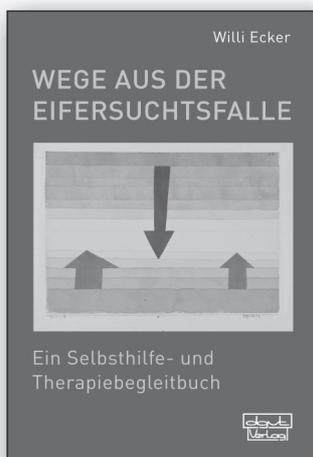
Schematherapie mit Paaren in der Praxis

2021, 288 Seiten
EUR 29,80 (D)/EUR 30,70 (A)
ISBN 978-3-87159-160-0

Auch als E-Book erhältlich:
EUR 27,99 (D)/EUR 28,80 (A)
ISBN 978-3-87159-460-1

Dieses Buch gibt durch seinen modularen Aufbau eine systematische Anleitung, um in der Paartherapie auf die zentralen Konfliktzirkel zu fokussieren, die erstarrten Muster zu verstehen und idealerweise zu unterbrechen.

Ergänzende Einzelsitzungen machen zudem eine vertiefte Arbeit möglich, um biographische „Altlasten“ anzugehen, die andernfalls die Paartherapie blockieren können.



Willi Ecker

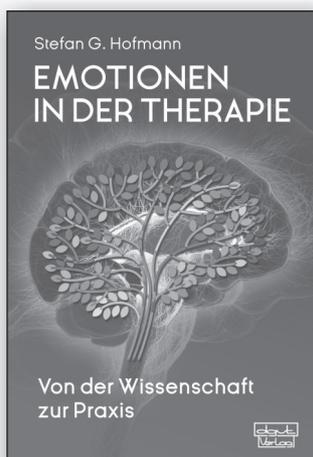
Wege aus der Eifersuchtsfalle

Ein Selbsthilfe- und Therapiebegleitbuch

2020, 124 Seiten
EUR 14,80(D)/EUR 15,30 (A)
ISBN 978-3-87159-246-1

Auch als E-Book erhältlich:
EUR 11,99(D)/EUR 12,40 (A)
ISBN 978-3-87159-446-5

Als Leitfaden zeigt *Wege aus der Eifersuchtsfalle* auf, wie sich sinnvolle Veränderungsschritte durchführen lassen, um Abstand zu selbstzerstörerischem und beziehungs-schädlichem Kontrollverhalten zu gewinnen, und wie partnerschaftliche Kommunikation über Eifersuchtsprobleme in konstruktive Bahnen gelenkt werden kann. Die erläuterten Vorgehensweisen können eigenständig zur Selbsthilfe oder mit Unterstützung einer Psychotherapie angewendet werden.



Stefan G. Hofmann

Emotionen in der Therapie

Von der Wissenschaft zur Praxis

2018, 216 Seiten
EUR 19,90 (D)/EUR 20,50 (A)
ISBN 978-3-87159-265-2

Das Buch gibt einen Überblick über die moderne Emotionsforschung und deren Implikationen für die Psychotherapie. Die Relevanz wissenschaftlicher Theorien und neuester Erkenntnisse wird in jedem Kapitel anhand konkreter Fallbeispiele für die klinische Praxis veranschaulicht.

Psychosoziale Fachkräfte aller Ausbildungsrichtungen, klinische Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen oder Krankenpfleger*innen, finden in diesem Buch wertvolle Hinweise und Werkzeuge für ihre tägliche Arbeit. Aber auch Studierende dieser Fachrichtungen erhalten einen komprimierten Überblick über den Forschungsstand.