

# PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2|2020

24. Jahrgang

Herausgegeben von Christian Korunka & Monika Tuczai

## FACHBEITRÄGE

- Matthias Witting-Schön:* Give Peace a Chance! – Eine Betrachtung zur Friedensarbeit von Carl Rogers 89
- Walter Kabelka:* Hoffnung durch Begegnung: Erfahrene Begegnung ist der Grund für Hoffnung in der Personzentrierten Psychotherapie 98
- Michael Behr:* ‚The facts are always friendly‘ – Wirksamkeit Personzentriert-Experienzieller Psychotherapie und Beratung 107
- Klaus-Peter Seidler und Diether Höger:* Hängt das Selbsterleben von Patient\*innen in der Psychotherapiestunde mit ihrem Bindungsmuster zusammen? Ergebnisse einer Pilotstudie 119
- Gerhard Lukits:* Die Entdeckung des Ich 132
- Neena Kurl:* Resilienz und posttraumatisches Wachstum im personzentrierten Fokus 143

## DISKURS

- Gabriele Isele und Hans Stauß mit Gerhard Lukits:* Zum Artikel „Gefangene des Selbst? Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers“ in PERSON 2/2018 155

## REZENSIONEN

160

# PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern 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

### ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Prof. Dr. L. Teusch, D-45133 Essen, Freiherr-vom-Stein-Straße 135,  
Tel.: +49 201 430 93 25; Fax: +49 201 430 93 24;  
E-Mail: ludwig.teusch@uni-due.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, Rothenbaum-  
chaussee 101, Telefon: +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  
Tel.: +49 711 580182; Fax: +49 711 58 01 92  
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 dieses Hefts

Monika Tuczai und Christian Korunka

## 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, Jana Lammers, Hans-Jürgen Luderer, Christine le Coutre, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Christian Metz, Aglaja Przyborski, Monika Tuczai, 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, Jeanette Bischkopf, 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 Wiltschko, Andreas Wittrahm (Stand: Oktober 2020)

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

# PERSON

24. Jg. 2020, Heft 2

Herausgegeben von  
Christian Korunka & Monika Tuczai

## Inhalt

Editorial ..... 87

### FACHBEITRÄGE

*Matthias Witting-Schön*

Give Peace a Chance! – Eine Betrachtung zur Friedensarbeit von Carl Rogers ..... 89

*Walter Kabelka*

Hoffnung durch Begegnung: Erfahrene Begegnung ist der Grund für Hoffnung in der  
Personzentrierten Psychotherapie ..... 98

*Michael Behr*

„The facts are always friendly“ – Wirksamkeit Personzentriert-Experienzieller Psychotherapie  
und Beratung ..... 107

*Klaus-Peter Seidler und Diether Höger*

Hängt das Selbsterleben von Patient\*innen in der Psychotherapiestunde mit ihrem Bindungsmuster  
zusammen? Ergebnisse einer Pilotstudie ..... 119

*Gerhard Lukits*

Die Entdeckung des Ich ..... 132

*Neena Kurl*

Resilienz und posttraumatisches Wachstum im personzentrierten Fokus ..... 143

### DISKURS

*Gabriele Isele und Hans Stauß mit Gerhard Lukits*

Zum Artikel „Gefangene des Selbst? Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext  
der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers“ in PERSON 2/2018 ..... 155

## REZENSIONEN

*Nils Gerke*

Burbach, C. (Hrsg.): Handbuch Personzentrierte Seelsorge und Beratung ..... 160

*Erik Petter*

Hollick, U., Lieb, M., Renger, A. & Ziebertz, T.: Personzentrierte Familientherapie und -beratung ..... 162

70. Geburtstag von Gerhard Stumm ..... 164

Nachruf Peter F. Schmid (1950–2020) ..... 165

Veranstaltungskalender 2020/21 ..... 167

## Editorial

Das vorliegende Heft hat mit der Idee begonnen, einen gesellschaftspolitischen Schwerpunkt zu setzen und zwar einerseits als Nachschau zum 13. PCE-Weltkongress 2018 in Wien mit dem Thema „Facilitating Hope. Personal and societal challenges“, aber auch angesichts der immer größer werdenden gesellschaftspolitischen Herausforderungen, wie Armut, Migration, Rechtspopulismus, Islamismus und nicht zuletzt der aktuellen COVID-19-Pandemie, die uns alle wohl noch für lange Zeit täglich beschäftigen wird.

Geworden ist daraus ein offenes Heft, in dem sich auch zwei Artikel finden, die zumindest im weiteren Sinn gesellschaftspolitische Aspekte bzw. Themen aufgreifen. Mit den unterschiedlichen Beiträgen in der vorliegenden Form zeigt das Heft das breite Spektrum der Themenstellungen im Personenzentrierten Ansatz auf, das von empirischer Psychotherapieforschung bis zu hochrelevanten gesellschaftlichen Fragestellungen reicht.

Zum einen ist hier der Artikel von *Matthias Witting-Schön* mit dem Titel „Give peace a chance! Eine Betrachtung zur Friedensarbeit von Carl Rogers“. Es ist nach unserem Wissensstand eine der ersten Arbeiten, die diesen wichtigen Arbeitsschwerpunkt aus den letzten Lebensjahrzehnten von Carl Rogers thematisiert. Rogers wurde für diese Arbeiten sogar für den Friedensnobelpreis nominiert. Im Beitrag findet sich ein Überblick darüber, welche zahlreichen Beiträge Rogers in diesem Bereich geleistet hat. Ein personenzentrierter Zugang zu gesellschaftspolitischen Themen scheint gerade in der aktuellen Situation, die sich durch zunehmende gesellschaftliche Polarisierungen auszeichnet, von besonderer Bedeutung.

Zum anderen greift *Walter Kabelka* in seinem Artikel „Hoffnung durch Begegnung. Erfahrene Begegnung ist der Grund für Hoffnung in der Personenzentrierten Psychotherapie“ ein vor allem berufspolitisch bedeutsames Thema auf: Die Notwendigkeit des Bewusstseins der Rolle als Psychotherapeut\*in. In seiner Definition von „Begegnung“ verbindet Walter Kabelka die Dialogische Philosophie Bubers mit den sechs Bedingungen von Rogers und fügt das Bewusstsein über die Rolle und Aufgabe als Psychotherapeut\*in als siebente Bedingung hinzu. Die Bedeutung des Unterschieds zwischen Psychotherapeut\*in und Klient\*in und die potenziellen (positiven und negativen) Auswirkungen der daraus resultierenden Machtposition innerhalb der Begegnung verdeutlicht er anhand einiger anschaulicher Beispiele aus der Praxis. Seine Vorstellung von hilfreicher

Begegnung konkretisiert er mit den Ausführungen der Boston Change Process Study Group rund um Daniel Stern, die erstaunliche Parallelen zum PZA aufweisen.

Zwei weitere Artikel beschäftigen sich mit aktuellen Forschungsthemen im PZA.

*Michael Behrs* Artikel „The facts are always friendly“ – Wirksamkeit Personenzentriert-Experienzieller Psychotherapie und Beratung“ gibt in der Form eines qualitativen Reviews einen ausgezeichneten Überblick zu den Wirksamkeitsforschungen und vor allem auch zu den Metaanalysen in unserem Ansatz. In dieser Zusammenfassung wird eindrucksvoll sichtbar, dass der Personenzentrierte Ansatz in seiner hohen Wirksamkeit zumindest gleichwertig neben anderen therapeutischen Richtungen (insbesondere auch der kognitiven Verhaltenstherapie) steht. Dieser Beitrag ist damit gerade in der aktuellen berufspolitischen Situation von höchster Wichtigkeit.

Ein exzellentes Beispiel für eine einschlägige empirische Forschungsarbeit im Personenzentrierten Ansatz ist die Studie von *Klaus-Peter Seidler* und *Diether Höger*. Die Autoren gehen dabei der Frage nach, ob sich das Selbsterleben von Klient\*innen in Therapieprozessen unterscheidet, und zwar in Abhängigkeit von den Bindungsmustern der jeweiligen Klient\*in. Die beiden Forscher konnten ihre Annahmen vor allem für die frühen Phasen des Therapieprozesses bestätigen. Diese Studie ist nicht nur ein interessanter Beitrag zur personenzentrierten Psychotherapieforschung, sondern sie ist mit ihrer thematischen Ausrichtung gerade auch für Praktiker\*innen von besonderem Interesse.

Zwei Autor\*innen greifen ausgewählte entwicklungspsychologische Aspekte auf. Im Artikel „Die Entdeckung des Ich“ leitet *Gerhard Lukits* ausgehend von einer entwicklungspsychologisch-phänomenologischen Perspektive einen Ich-Begriff für die personenzentrierte Entwicklungstheorie ab, den er vom Begriff des Selbstkonzepts unterscheidet. Er diskutiert das Ich-Bewusstsein als „theory of organism“ und erweitert damit die „theory of mind“. Das Kind entdeckte nicht nur seine mentalen Prozesse, sondern vielmehr entdeckte es sich als Organismus in seinem unmittelbaren gesamten Erleben. Mit seinem Artikel liefert Gerhard Lukits einen wertvollen Beitrag zu einer Konkretisierung eines bisher wenig beleuchteten Aspekts der personenzentrierten Entwicklungstheorie.

*Neena Kurl* bietet in ihrem Artikel eine bedeutsame Zusammenschau der Konzepte der Resilienz und des posttraumatischen

Wachstums. Sie diskutiert die Verbindungen und Abgrenzungen der beiden Konzepte zueinander ebenso wie die Unterschiede zum und die Vereinbarkeit mit dem Personzentrierten Ansatz sowie die Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis. Sie hebt dabei insbesondere die Aktualisierungstendenz in ihren entfaltenden und erhaltenden Aspekten und die Bedeutsamkeit von Beziehung hervor.

Weiters ist in diesem Heft ein Diskurs von *Gabriele Isele* und *Hans Stauß* mit *Gerhard Lukits* zu seinem in PERSON 2/2018 erschienenen Artikel „Gefangene des Selbst? Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers“ zu finden: ein gleichsam kritischer und anregender Austausch insbesondere über die Begriffe Selbst und Organismus und über Sichtweisen von Aktualisierungstendenz und Selbstbestimmung bzw. Willensfreiheit.

Geplant und bereits fertig geschrieben waren für dieses Heft zwei Geburtstagsbeiträge für langjährige Mitglieder des Redaktionsteams der PERSON, jeweils zu ihrem 70. Geburtstag: Peter Schmid und Gerhard Stumm. Es kam jedoch leider ganz anders: Wir müssen uns völlig unerwartet von einem

der Gründungsmitglieder der PERSON für immer verabschieden: Peter F. Schmid ist im September 2020, in seinem 70. Lebensjahr, an den Folgen eines Autounfalls verstorben. *Peter Frenzel* würdigt in seinem Nachruf das Leben und beeindruckende Schaffen von Peter, den wir als Freund und Kollegen verloren haben.

Gerhard Stumm möchten wir im Namen der Redaktion sehr herzlich zu seinem Geburtstag mit einer Würdigung von *Michael Behr* gratulieren.

Das nächste Heft (PERSON 01/2021) wird voraussichtlich ebenfalls ein offenes Heft mit freien Beiträgen werden. Das Heft 02/2021 wird nach derzeitiger Planung die therapeutische Beziehung zum Thema haben. Unabhängig von den geplanten Heften laden wir Sie ein, uns Ihre Beiträge zu schicken. Als persönliche Ansprechpartner\*innen stehen die Mitglieder des Redaktionsteams gerne unterstützend zur Verfügung. Fertig gestellte Artikel können an die Personen, die auf der hinteren inneren Umschlagseite angeführt sind, gesendet werden.

*Christian Korunka und Monika Tucza*

# Give Peace a Chance!

## Eine Betrachtung zur Friedensarbeit von Carl Rogers

Matthias Witting-Schön  
Wien

Der vorliegende Essay beschäftigt sich mit der internationalen Friedensarbeit Carl Rogers, die besonders die letzten zehn Jahre seines Lebens prägte. Seine Arbeit im Dienste des Abbaus von Spannungen in politischen Krisen, brachte ihm 1987 eine Nominierung zum Friedensnobelpreis ein. Der Essay spannt einen biographischen Bogen von den ersten Begegnungen Carl Rogers mit dem Zweiten Weltkrieg in seiner Berater-tätigkeit für die U.S. Air Force bis zu seinen vielbeachteten Friedensbemühungen mit dem Instrument der Personzentrierten Encounter-Gruppe im Nordirland-Konflikt, in Südafrika, der Sowjetunion sowie in der Zentralamerika-Krise. Daniel Barenboims „The West Eastern Divan Orchestra“ wird als zeitgenössisches Friedensprojekt, das die Grundannahmen von Carl Rogers zur Konfliktlösung bestätigt, vorgestellt. Persönliche Reflexionen des Autors ergänzen die Arbeit.

*Schlüsselwörter:* Krieg, Konflikt, Encounter-Gruppen, Spannungsabbau, Frieden, internationale Friedensarbeit

**Give Peace a Chance! — A Contemplation on the Peace Work by Carl Rogers.** The present essay deals with Carl Rogers' international peace work, which has particularly shaped the last ten years of his life. His work in the relief of tensions in political crises earned him a 1987 Nobel Peace Prize nomination. The essay spans a biographical range from Carl Rogers' first encounters with World War II in his advisory work for the U.S. Air Force to his much-noticed peace efforts with the instrument of the person-centered encounter group in the Northern Ireland conflict, South Africa, the Soviet Union and others in the Central America crisis. Daniel Barenboim's „The West Eastern Divan Orchestra“ is presented as a contemporary peace project that confirms Carl Rogers' basic assumptions about conflict resolution. The author's personal reflections complement the work.

*Keywords:* War, conflict, encounter groups, stress relief, peace, international peace work

„So lasst uns nach der Welt streben, die sein sollte – nach dem göttlichen Funken, der sich immer noch in unserer Seele regt. Irgendwo heute, im hier und jetzt, sieht ein Soldat sich einer Übermacht gegenüber und steht dennoch fest, um den Frieden zu verteidigen. Irgendwo steht heute, in dieser Welt, eine junge Demonstrantin und erwartet die Brutalität ihrer Regierung und hat dennoch den Mut, weiterzumarschieren. Irgendwo sieht sich heute eine Mutter furchtbarer Armut gegenüber – und nimmt sich dennoch die Zeit, ihr Kind zu erziehen, das daran glaubt, dass es in einer grausamen Welt noch immer Platz für seine Träume gibt. Lasst uns ihrem Beispiel folgen. Wir können zugeben, dass es immer Unterdrückung geben wird und dennoch um Gerechtigkeit kämpfen. Wir können die Unauflösbarkeit von Armut eingestehen und uns dennoch um Würde

bemühen. Wir können verstehen, dass es Krieg geben wird und uns dennoch für Frieden einsetzen. Wir können das tun – weil es die Geschichte des menschlichen Fortschritts ist; weil es die Hoffnung der ganzen Welt ist. Und in diesem Moment der Herausforderung muss das unsere Arbeit hier auf der Erde sein.“ (Obama, 2009)

*Barack Obama in seiner Rede zur Verleihung des Friedensnobelpreises.*

### Der leise Weg des Friedens – Ein Vorwort

„(...) die Stimme des Intellekts ist leise, aber sie ruht nicht, ehe sie sich Gehör geschafft hat. Am Ende, nach unzählig oft wiederholten Abweisungen, findet sie es doch. Dies ist einer der wenigen Punkte, in denen man für die Zukunft der Menschheit optimistisch sein darf...“ (Freud, 1927/2014, S. 75).

Jeden Tag werden Kinder im Krieg geboren. Sie werden in eine Welt geboren, in der Gewalt, Zerstörung, Leid und Tod Realität sind. Krieg bedeutet immer Angst, Trauer und Traumatisierung,

---

**Matthias Witting-Schön**, BA, geb. 1975, Personzentrierter Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis in Wien. Studium der Philosophie, zurzeit im interdisziplinären Masterstudium Ethik (Universität Wien). Arbeitsschwerpunkte: Sexualität, LGBTIQ -Themen, Depression, Alter, Demenz. Kontakt: matthiaswitting@yahoo.de

bedeutet Vertreibung, Flucht und Gefangenschaft. Krieg, das heißt, nicht darauf vertrauen zu können, das Morgen zu erleben. Jeden Tag müssen Kinder in zu vielen Ländern dieser Erde einen Alltag bewältigen, der sie lehrt, in einer Welt von Soldaten, Panzern und Bomben zu überleben. Einer Welt, die für sie keinen Platz lässt und ihnen die Zukunft durch die unvorstellbare Gegenwart bereits genommen hat. Manche von ihnen werden erwachsen. Die Erlebnisse des Krieges werden tiefe Spuren in ihrer Seele hinterlassen haben in der Art, wie Sie sich auf das Leben einlassen, Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen fassen und Konflikte lösen können.

Als am 8. Januar 1902 ein Kind namens Carl Ransom Rogers in Oak Park, Illinois geboren wird (vgl. Groddeck, 2011, S. 19), ahnt noch niemand, dass der Mann, der er einmal sein wird, die Welt ein Stück friedlicher werden lassen sollte.

„Ich war leise durchs Leben gegangen und hatte relativ wenig Aufsehen erregt, bis ich mein Ziel erreicht hatte, und es zu spät war, mich aufzuhalten. Ich neige zur Beharrlichkeit“ (Rogers, 1977/1980, S. 8).

Der Name Carl Rogers wird heute immer noch selten mit dem Begriff der Politik assoziiert, sondern vielmehr mit dem „der Persönlichkeitstheorie, der Wissenschaftsphilosophie, der psychotherapeutischen Forschung, mit Encounter Gruppen und schülerbezogenem Lernen“ (Rogers, 1977/1980, S. 8). Dennoch sind die gesellschaftlichen Auswirkungen seiner Arbeit, die bis in die Gegenwart reichen, von bedeutender politischer Dimension. Durch die gesellschaftliche Einflussnahme der Arbeit Carl Rogers in den unterschiedlichsten sozialen Bereichen, die ihm erst in den letzten Jahren seines Lebens in vollem Ausmaß bewusst wurde (vgl. Rogers, 1977/1980, S. 14), vollzog sich eine stille Revolution.

„Ich habe während meines ganzen Berufslebens Politik praktiziert und gelehrt und bin mir dessen erst heute voll und ganz bewusst geworden“ (Rogers, 1977/1980, S. 13).

In den letzten 15 Jahren seines Lebens führte dieses Bewusstsein darüber zu seinen internationalen Friedensbemühungen, die ihm 1987 wenige Wochen vor seinem Tod eine Nominierung zum Friedensnobelpreis einbrachte (vgl. Frenzel, 2001, S. 374). Carl Rogers war durch sein puritanisches, christlich-religiöses Elternhaus und der eigenen Auseinandersetzung mit dem Christentum geprägt worden. Sein von ihm entwickeltes therapeutisches Konzept kann diesen Hintergrund nicht verleugnen, zeigt aber auch Rogers eigene Entwicklung zu mehr Offenheit und Liberalität (vgl. Korunka, 2001, S. 35). In diesem Sinne kann der Personenzentrierte Ansatz als pazifistisch verstanden werden.

Der Krieg ist laut. Carl Rogers, ging, wie er selbst es beschrieb, leise durchs Leben. Ist der Weg zum Frieden demnach leise? Wenn das Geschrei des Krieges und der Lärm von

Waffen und Vernichtung verstummen, dann können die Leisen in ihrer Sehnsucht nach Frieden Gehör finden. Als Carl Rogers am 4. Februar 1987 in La Jolla, Kalifornien stirbt (vgl. Groddeck, 2011, S. 202), ist die Botschaft für den Frieden, die sein Lebenswerk der Nachwelt hinterlässt, unüberhörbar.

## Erste Begegnungen mit dem Krieg

Carl Rogers Leben wurde geprägt durch die tiefgreifenden politischen Veränderungen des 20. Jahrhunderts, das eines der kriegerischsten der Menschheitsgeschichte genannt werden muss. In die Lebensspanne Carl Rogers fallen, neben unzähligen politischen Krisen, zwei Weltkriege, die eine Gesamttopferzahl von mehr als 70 Millionen Menschen weltweit verzeichneten (vgl. Berghahn, 2006, S. 8). Als Carl Rogers 15 Jahre alt ist, treten die Vereinigten Staaten von Amerika am 6. April 1917 in den ersten Weltkrieg ein (vgl. Spörl, 2014), in dem erstmals in der Geschichte Massenvernichtungsmittel wie Giftgas und moderne Waffen, wie Flammenwerfer, Splittergranaten, U-Boote, Kampfpanzer, Maschinengewehre und Kampfflieger (vgl. Frankfurter Allgemeine, 2014) zum Einsatz kommen. Der Krieg war nicht zuletzt durch diese Hilfsmittel zum Erzeuger bis dato unvorstellbaren Leids geworden. Im Alter von 43 Jahren und als Vater von zwei Kindern erlebt er am 8. Dezember 1941 den Eintritt der USA in den zweiten Weltkrieg, den der Angriff der japanischen Truppen auf Pearl Harbour zur Folge hat (vgl. Gerste, 2011). Am 6. August 1945 vernichtet der erste Atombombenabwurf die japanische Stadt Hiroshima (vgl. Grimm, 2015). Selbst wenn Carl Rogers nie unmittelbar in Kampfhandlungen involviert war, kam er doch in persönlichen Kontakt mit den Auswirkungen des Krieges.

„Noch bevor Amerika aktiv in den zweiten Weltkrieg eingetreten war, waren große Flüchtlingswellen deutscher Emigranten in den Staaten angekommen. Politisch und religiös verfolgte Menschen, vor allem Juden, Künstler und Intellektuelle, die in einer zweiten Welle auch die Psychoanalyse ‚im Gepäck‘ hatten. Speziell Psychologen, Psychoanalytiker und Psychiater suchten mit ihrem beruflichen Wissen Arbeit in den USA“ (Groddeck, 2011, S. 76).

Carl Rogers hatte bereits 1940 eine Professur für Psychologie an der Ohio State University angenommen (vgl. Groddeck, 2011, S. 74). Anzunehmen ist, dass auch an dieser Universität Kolleg\*innen aus Europa eine neue Anstellung fanden, die über ihre Erlebnisse von Vertreibung und Krieg berichteten. Welchen Einfluss mögen Erzählungen und Medienberichte von den Kampfhandlungen in Europa und den Gräueltaten des Holocausts auf Rogers ausgeübt haben? 1942 wird sein zweites Buch „Die nichtdirektive Beratung“ veröffentlicht, das in Fachkreisen einerseits für Furore, andererseits für große Kritik



sorgt (vgl. Groddeck, 2011, S. 84). Im selben Jahr kommt es zur unmittelbaren Begegnung mit dem Krieg. Rogers wurde vom führenden Offizier eines lokalen Militärflughafens um seine Hilfe bei dem Problem gebeten, „dass sehr viele angehende Piloten in den Prüfungen weit unterhalb ihrer Möglichkeiten blockierten“ (Groddeck, 2011, S. 85) und ihre Ausbildung folglich nicht beenden konnten. Dies stellte ein reales Problem für eine kriegsführende Militärmacht dar, in der nun jeder Soldat gebraucht wurde. Im Interview von 1985 mit David Russell, das unter dem Titel: „The Quiet Revolutionary“ publiziert wurde, lässt Rogers Einblicke in sein Gefühlsleben zum Krieg zu. Er vertritt darin die Ansicht, dass der Eintritt der USA in den Zweiten Weltkrieg grundsätzlich gerechtfertigt war. So sagt er: „After all, it is one of the few wars that we have felt, even afterwards, was justified“ (Rogers & Russel, 1985/ 2002, S. 139). Rogers bedauert in diesem Interview sogar die Tatsache, dass er für den Einsatz im ersten Weltkrieg noch zu jung und für den zweiten zu alt gewesen sei.

„And I’ve always, I suppose, felt a little bit guilty at being too young for World War I and too old for World War II, so that I didn’t get into it, except in a very peripheral fashion“ (Rogers & Russel, 1985/ 2002, S. 139).

In den darauffolgenden Jahren ist Rogers als Berater der Luftwaffe in zum Teil strenggeheimen Militärprojekten tätig (vgl. ebd.). Mit Hilfe der non-direktiven Beratung unterstützt er Bomber-Piloten bei der Stressbewältigung sowohl bei ihren Pilotenprüfungen als auch in kriegerischen Einsätzen und ist damit in Ohio derart erfolgreich, dass die United Service Organization (USO) in New York ihn bittet, ein Beratungsprogramm, speziell für Soldaten, die aus dem Krieg heimkehrten und häufig durch die Kriegsgeschehnisse traumatisiert waren, aufzubauen. Die USO war eine Wohlfahrtsorganisation, die Laien für soziale Dienste ausbildete, so auch in der Beratung von Kriegsheimkehrer\*innen. Carl Rogers unterrichtete diese Laien in der non-direktiven Beratung, die bei dieser Arbeit besonders hilfreich schien. Er organisierte Workshops, die Laienhelfer\*innen auf konkrete Problemstellungen bei der Begleitung von Kriegsheimkehrer\*innen in ihren Problemen und psychischen Störungsbildern vorbereiten sollten (vgl. Groddeck, 2011, S. 87). Die Arbeit mit Kriegsheimkehrer\*innen ermöglichte Rogers einen weiteren tiefen Einblick in die Folgen des Krieges. Auch wenn diese Tätigkeit nur ein Jahr im Leben Carl Rogers dauerte, war sie doch die unmittelbarste Begegnung mit den Auswirkungen des Krieges auf die Seele eines Menschen. Sie mag eine Begegnung gewesen sein, die seine Arbeit für den Frieden prägen sollte. Bereits vor diesen Erfahrungen schien Carl Rogers eine tiefe Abneigung gegen den Krieg in sich getragen zu haben. In einer Arbeit, die er als junger Student über Martin Luther verfasst hatte (vgl. Kirschenbaum, 2009, S. 33), findet sich folgende Passage:

„It is wrong to kill, either through hate or fear. War cannot be reconciled with love, the principle of Jesus’ teaching. It is impossible for love to be the motive of war. The best defence is not a military offence, but a resistance of love and patience and suffering to force“ (Rogers, C. R. zit. n. Kirschenbaum, 2009, S. 33).

## Den Frieden tun

„Die ewigen Wahrheiten und ewigen Rechte haben stets am Himmel der menschlichen Erkenntnis aufgeleuchtet, aber nur gar langsam wurden sie von da herab geholt, in Formen gegossen, mit Leben gefüllt, in Taten umgesetzt“ (von Suttner, 1906).

Wie schwer fällt es oft in privaten Konfliktsituationen, die richtigen Worte zu wählen, die eine Annäherung ermöglichen und weitere Entfremdung verhindern. Die eigene Würde zu bewahren, ohne sie dem anderen absprechen zu müssen, erscheint dabei oft die größte Herausforderung zu sein. Konflikte sind menschlichem Zusammenleben immanent. Sie treten zumeist dort auf, wo persönliche Grenzen verletzt, und unterschiedliche Bedürfnisse nicht be- und geachtet werden. Sie dienen der Demarkierung und Wahrung der persönlichen Grenzen. Ist Krieg als Folge von misslungenen Konfliktlösungsversuchen ein ebenso immanentes Prinzip? Erich Fromm weist die tiefenpsychologische Annahme einer angeborenen Destruktivität in seinem berühmten Werk „Die Anatomie der menschlichen Destruktivität“ vehement zurück. „Die These von der angeborenen Neigung, Kriege zu führen, wird nicht nur durch die Annalen der Geschichte widerlegt, sondern – was sehr wichtig ist – auch durch die Geschichte der Kriegführung bei den Primitiven. Wir haben im Zusammenhang mit der Aggression bei primitiven Völkern bereits darauf hingewiesen, daß sie – besonders die Jäger und Sammler – die am wenigsten kriegerischen Völkerschaften sind und daß sich ihre Kämpfe durch relativ geringe Destruktivität und das Fehlen von Blutdurst auszeichnet“ (Fromm, 2015, S. 237). Diese Gedanken Fromms sind kompatibel mit den humanistischen Grundannahmen Carl Rogers:

„Die Grundnatur des frei sich vollziehenden menschlichen Seins ist konstruktiv und vertrauenswürdig. Wenn wir den einzelnen aus seiner Abwehrhaltung befreien können, damit er für das breite Spektrum seiner eigenen Bedürfnisse, wie auch für die umfangreiche Reihe der Forderungen aus Umwelt und Gesellschaft offen ist, dann können wir uns darauf verlassen, dass seine Reaktionen positiv, vorwärtsgerichtet, konstruktiv sind“ (Rogers, 1961/2009, S. 193).

Auf welche Weise Konflikte konstruktiv gelöst werden können, ist sowohl im Privaten wie auch auf politischer Ebene von größter Relevanz.

Die österreichische Friedensnobelpreisträgerin Bertha von Suttner, die als eine der Pionier\*innen der weltweiten

Friedensbewegung gilt, hielt den Frieden für die Wahrheit, die es zu erkennen gilt. Damit schrieb sie dem Begriff „Frieden“ einen Wahrheitsgehalt zu. Sie forderte auf, dieser Erkenntnis Taten folgen zu lassen (vgl. v. Suttner, 1906). Frieden darf niemals nur bloß gewünscht oder ersehnt werden, sondern muss getan werden, um real zu werden. Frieden will in Taten umgesetzt werden. Carl Rogers schien diese Wahrheit erkannt zu haben und begann, tätig zu werden.

## Belfast

„In tension situations, the pattern is simple. Each of the parties involved holds, with equal conviction an identical view: ‚I am right and you are wrong; I am good and you are bad.‘ This holds for tension between individuals and between groups, where it becomes ‚We are right and you are wrong; we are good and you are bad.‘ One of our greatest difficulties in any dispute is to recognize or, even more difficult, to accept that the certitude we feel about our own rightness and goodness is equalled by the certitude of the opposing individual or group about their rightness and goodness“ (Rogers, 1977/1989, S. 438).

Im August 1972, als der gewaltsame Konflikt zwischen Protestant\*innen und Katholik\*innen in Nordirland auf einem Höhepunkt angelangt war, organisieren Carl Rogers und sein Team einen Workshop mit 56 Teilnehmer\*innen, zur Hälfte Protestant\*innen und zur Hälfte Katholik\*innen (vgl. Doob & Foltz, 1973 S. 489f.). In einem geschützten Rahmen und begleitet von Mitarbeiter\*innen Rogers, beobachtet und gefilmt von Sozialwissenschaftler\*innen, sollten sie die Möglichkeit bekommen, einander zu begegnen, um auf Augenhöhe miteinander zu kommunizieren. Zu dieser Zeit schien eine strenge religiöse, kulturelle und politische Dichotomie der Gesellschaft Nordirlands ein unüberwindbares Faktum zu sein. Einige Monate zuvor reisten Mitarbeiter\*innen Rogers nach Belfast, um die Gruppen-Teilnehmer\*innen sorgsam auszuwählen (vgl. ebd.). Der Workshop sollte nur 16 Arbeitsstunden dauern. Carl Rogers, der mit einer Kleingruppe von neun Teilnehmer\*innen, in der auch ein IRA-Terrorist teilnahm, arbeitete, berichtet, dass anfänglich nur die große Bitterkeit und der Horror, den die allgegenwärtige Gewalt in Belfast in den Teilnehmer\*innen auslöste, im Vordergrund stand (vgl. Rogers, 1977/1989, S. 441). Besonders Erzählungen über den Verlust von Angehörigen, die bei Anschlägen und Kämpfen beider Seiten zu Tode gekommen waren, erzeugten ein Gefühl von unüberwindbarer Distanz. Carl Rogers schreibt dazu: „The bitterness was on both sides. Pretty Protestant Gilda said ‚If I seen an IRA man lying on the ground – this is the wrong thing I suppose in your eyes – I would step on him, because to me he has just went out and taken the lives of innocent people“ (Rogers, 1977/1989, S. 443).

„The whole mixed stream of hatred and violence, of fear and despair, seems so powerful that to think one weekend could possibly make any difference seems incredibly quixotic“ (Rogers, 1977/1989, S. 442).

Und dennoch, als die Zeit voranschritt, schien der Workshop, die an ihn gestellten Erwartungen zu übertreffen. Rogers ermutigte die Teilnehmer\*innen immer wieder, ihre gegenwärtigen, realen, tatsächlich im Moment vorhandenen Gefühle mitzuteilen. Diese erhielten Raum, wurden ausgesprochen, gehört und langsam auch von der jeweils gegnerischen Seite verstanden. Beidseitiges empathisches Verstandenwerden war durch bedingungsfreie positive Beachtung ermöglicht worden. Am Ende des Workshops war ein größeres Verständnis für einander durch ein gegenseitiges empathisches Sich-Annehmen entstanden und die Teilnehmer\*innen trafen sich, aus eigenem Bedürfnis heraus, auch nach dem Workshop noch weitere Male. Der Film „The Steel Shutter“ (vgl. Kirschenbaum, 2009, S. 438), der den Belfast Workshop zeigt, wurde daraufhin in Pfarren beider Konfessionen vorgeführt und diskutiert (vgl. Rogers, 1977/1989, S. 443). Auch wenn Rogers sich selbstkritisch zu den Auswirkungen des Belfast-Workshops zeigte, war ihm doch eine beeindruckende Demonstration der Wirksamkeit des Personenzentrierten Ansatzes in Konfliktsituationen gelungen.

„For one group to make progress toward reconciliation hasn't ended the killings in Belfast. True, but suppose there had been a thousand or two groups. The expense would be a fraction of what private catholic armies, the British occupation army, and private Protestant armies have cost.“ (Rogers, 1977/1989, S. 443).

Im Jahr 2005 erklärt die IRA den bewaffneten Kampf für offiziell beendet. 2007 erhält Nordirland eine Regierung, die erstmals aus Protestant\*innen und Katholik\*innen besteht. Im selben Jahr zieht sich die britische Armee nach 38 Jahren aus Nordirland zurück. (vgl. Welt, 2017)

## Rust

„I have recently returned from a most unusual experience, working as one of a group of staff members, facilitating an international workshop different from any in which I have participated before.“ (Rogers, 1986/1989, S. 457).

Von 1. – 4. November 1985 fand ein Workshop unter der Leitung Carl Rogers in Rust/Österreich statt, der die Konfliktsituation der Zentralamerikanischen Staaten zum Inhalt hatte. 50 zum Teil hochrangige Politiker\*innen, Universitätsprofessor\*innen sowie Buchautor\*innen, sollten einander als Personen begegnen und nicht in ihren jeweiligen professionellen Positionen. Persönliche Begegnungen zwischen den Teilnehmer\*innen galten als das zentrale Element des Friedensprojektes, um Spannungen und Konflikte zu reduzieren (vgl. Groddeck, 2011, S. 196).

„Die Teilnehmer kamen aus Costa Rica, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Kolumbien, Venezuela, Mexico, Chile, den Vereinigten Staaten, aber auch aus Schweden, West-Deutschland, Indien, Polen, Ungarn, den Philippinen und aus der Schweiz“ (ebd.). Wichtig für das Gelingen des Projektes waren nicht zuletzt Mitarbeiter\*innen Rogers, die bereits Erfahrung darin hatten, ein Klima von psychologischer Sicherheit in Gruppen zu erzeugen, in denen sich die Personen frei von Erwartungen an ihre berufliche Professionen begegnen konnten.

„I think've talked previously about what facilitators do: they're attentive; They're listening, they're empathic, they're caring. They try to be real in the situation. Their primary task is to create a psychological climate which is releasing, safe, growth promoting and so on“ (Rogers & Russel, 1985/ 2002, S. 222).

In den Gruppen sollte eine völlig freie Äußerung der eigenen Gefühle und Meinungen ermöglicht werden, die empathisch begleitet und unbedingt positiv beachtet werden sollte. Dadurch sollte ein Prozess initiiert werden, der aus der Gruppe selbst ein besseres Verständnis für die jeweilige Position des Anderen, eine verbesserte Kommunikation und dadurch einen Abbau der Spannungen entstehen ließ (vgl. Rogers, 1986/1989, S. 460).

„Let me try to state the results in a more personal way. The workshop had more significance, more impact, opened more lines of communication, brought together more divergent persons than we had any reasonable right to expect. It was a deeply satisfying positive experience“ (Rogers, 1986/1989, S. 458).

Rogers Friedensprojekt in Rust führte nicht unmittelbar zur Entspannung der Situation in Zentralamerika, war jedoch an der Wende zum Positiven, den dieser Konflikt in den darauffolgenden Jahren nehmen sollte, beteiligt. Die Begründung des Friedensnobelpreiskomitees zu Rogers Nominierung basierte nicht zuletzt auf dem in Rust initiierten Friedensprozess in Zentralamerika (vgl. Groddeck, 2011, S. 198).

## Südafrika

„Der zentrale Wirkfaktor ist auch in der Gruppe aus personenzentrierter Sicht zweifellos die den Grundhaltungen entsprechende Beziehung als Begegnung von Personen, welche die Aktualisierungstendenz des Einzelnen ebenso fördert, wie sie die konstruktiven Potenziale der Gruppe zur Entfaltung bringt“ (Schmid, 2001, S. 312).

1986 waren die Spannungen zwischen weißer und schwarzer Bevölkerung in Südafrika, das zu dieser Zeit noch durch die Apartheid geprägt war, noch größer als bei Rogers Workshop, den er bereits vier Jahre zuvor vor Ort abgehalten hatte. Nelson Mandela, dem Jahre später der Friedensnobelpreis verliehen werden sollte, war zu dieser Zeit noch politischer Gefangener (vgl. Kirschenbaum, 2009, S. 504). Gemeinsam mit seiner

engen Mitarbeiterin und Vertrauten Ruth Sanford organisierte Rogers zwei Workshops mit jeweils 40 Teilnehmer\*innen, die über einen Zeitraum von vier Tagen abgehalten werden sollten. Der eine fand in Kapstadt, der andere in Johannesburg statt. Die 80 Teilnehmer\*innen, die die Diversität der Gesellschaft Südafrikas repräsentierten, wurden im Vorfeld wiederum sorgfältig ausgesucht. In ihren Reihen fanden sich Parlamentsmitglieder genauso wie radikale Widerstandskämpfer\*innen (vgl. ebd.). Vor einem Auditorium von insgesamt über 600 Teilnehmer\*innen, kam es zu Ende der Workshops zu einer historischen Demonstration einer von Rogers geführten Kleingruppe von vier Teilnehmer\*innen schwarzer und sieben weißer Hautfarbe (vgl. Rogers & Whiteley, 1985).

„When I'm in the group I really want to understand sensitively and deeply as I can what is being expressed. I think one of the rarest experiences in life of any one of us is to be deeply heard and understood and not judged – simply heard and accepted. That kind of nonjudgment, empathic listening is something I endeavour to do when I'm in a group, and when I'm really sensitive and really understand deeply, it's a very powerful element“ (Rogers, zit. n. Kirschenbaum, 2009, S. 505).

Im Interview mit John M. Whiteley spricht Rogers über diese besondere Begegnung in Südafrika (vgl. Rogers & Whiteley, 1985). Wiederum war es am Anfang zunächst die Wut über die Ungerechtigkeiten gegen die schwarze Bevölkerung und die gegenseitigen Ressentiments, die eine Annäherung fast unmöglich zu machen schienen. Ein schwarzer Teilnehmer berichtete, dass er sich wie unsichtbar, einfach nicht gesehen, fühle. Wenn er in ein Geschäft ginge, würde er nicht bedient werden, man tue so, als wäre er überhaupt nicht da (vgl. ebd.).

Unter den weißen Teilnehmer\*innen war die Angst vor Gewalt besonders präsent. „Für die meisten war es das erste Mal in ihrem Leben, dass sie mit einem\*einer Schwarzen auf Augenhöhe kommunizieren würden. Für die schwarzen Teilnehmer\*innen war es zum Teil das erste Mal, dass sie etwas anderes zu einer\*einem Weißen sagten, als ‚Ja, Boss‘“ (ebd.). Die Begegnung vor Publikum dauerte nur 90 Minuten, und am Ende war eine Kommunikation zwischen gleichwertigen Gesprächspartner\*innen möglich geworden.

„The national and racial and cultural differences come to seem unimportant as the person is discovered. In spite of all the differences, there is a great potential for understanding and closeness in the human issues we are all trying to cope with“ (Rogers, 1977/1989, S. 444).

Nelson Mandela wurde nach 10 000 Tagen in Haft am 11. 2. 1990 in die Freiheit entlassen (vgl. Drechsler, 2013). Kurz nach seiner Entlassung sprach er folgende Worte: „Wer Hass verspürt, der kann nie frei sein“ (ebd.). Nach den ersten freien Wahlen 1994 wurde er zum ersten schwarzen Präsidenten Südafrikas gewählt (vgl. ebd.).

## Mission für den Frieden

„Es sieht ein bisschen naiv aus, in meinem Alter von 82 Jahren ein Friedensprojekt starten zu wollen. Aber ich fühle, wie viele andere auch in der gegenwärtigen Zeit, dass die Aufgabe, einen nuklearen Holocaust zu verhindern, oberste Priorität hat: in meinem Denken, in meinem Herzen und in meiner Arbeit“ (Rogers, zit. n. Groddeck, 2011, S. 194).

Die bisher genannten Friedensprojekte zählen zu den historisch bedeutsamsten in der Rezeption der Friedensarbeit von Carl Rogers. Zwischen 1979 und 1987 organisierten Rogers und sein Team weltweit Workshops nach ähnlichem Modell. In seinem Bemühen, „soziale Konflikte in politischen Krisengebieten mit dem Medium der Encounter-Gruppe zu entspannen und durch die Freisetzung der Gefühle, die hinter den Feindseligkeiten liegen, und durch die Bewusstmachung und Akzeptanz der dahinter unklar gebliebenen persönlichen Bedürfnisse, wollte Rogers den Menschen helfen, zu einer verständnisvolleren und friedlicheren personenzentrierten Form des Zusammenlebens zu kommen“ (Groddeck, 2011, S. 183). In allen Workshops, die Rogers und seine Mitarbeiter\*innen leiteten, zeigte sich das selbe Phänomen: Wenn es gelingt, dass die Person unbedingt positiv beachtet wird, dass sie empathisch verstanden und ein Gefühl des bedingungslos Angenommenseins entwickeln kann, erscheinen alle religiösen, kulturellen und nationalen Unterschiede der Teilnehmer\*innen irrelevant. Unbedingt positive Beachtung und empathisches Verstandenwerden ermöglicht demnach auch in schwierigen Konfliktsituationen die Chance auf Frieden. Carl Rogers schreibt dazu: „Trotz aller Unterschiede enthalten die menschlichen Probleme, die wir alle bewältigen wollen, ein großes Potential an Verständnis und Nähe“ (Rogers, 1977/1980, S. 157).

„Wir würden mehr die Lösungen der Weltprobleme auf der Basis der tatsächlichen Fragen erarbeiten, statt uns als Verhandlungspartner mit einer Fassade zu schützen. Kurz, ich möchte mit dieser Phantasie sagen: Völker und Organisationen könnten ebenso wie Individuen entdecken, daß es sich lohnt, zu erfahren, was sie am Tiefsten sind. Ich meine, diese Sichtweise enthält im Keim eine philosophische Sicht des Lebens insgesamt, sie ist mehr als nur eine Tendenz in der Erfahrung mit Psychotherapie-Klienten“ (Rogers, 1961/2009, S. 181).

1984 gründete Rogers das „Carl Rogers Institute of Peace“ und versuchte damit eine eigene Friedensorganisation aufzubauen (vgl. Groddeck, 2011, S. 194). Rogers Mission führte ihn unter anderem nach Brasilien, Mexiko, Spanien, England, Irland, Italien, West-Deutschland, Österreich, die Schweiz, Ungarn, Finnland, Russland, Japan (vgl. Groddeck, 2011, S. 183). Zudem wurde Rogers in Artikeln, Interviews und seinen Büchern nicht müde, vor der Bedrohung eines Atomaren Krieges zu warnen (vgl. Groddeck, 2011, S. 188). Vor diesem Hintergrund kam es

1986 zu einem vielbeachteten Workshop in Moskau, der eine Entspannung der Ost-West-Konflikte zwischen den Vereinigten Staaten von Amerika und der Sowjetunion bringen sollte. Es sollte der letzte für Carl Rogers sein.

„Wir fahren fort in der Hoffnung, dass es eine nächste Reise in die Sowjetunion geben wird, die eine große Anzahl hochrangiger amerikanischer Bürger einbeziehen könnte, mit allen Varianten politischer Meinungen, um in einer intensiven Gruppe mit einer ebenso großen Anzahl hochrangiger Sowjet-Bürger zusammenzutreffen. Es wäre ein Privileg, eine solche Begegnung begleiten zu dürfen“ (Rogers, zit. n. Groddeck, 2011, S. 200).

Nur zwei Jahre nach Rogers Tod veränderten der Fall der Berliner Mauer und die Auflösung der Sowjetunion die bisher gekannte dichotome Weltordnung (vgl. ebd.). Nach Rogers Tod bemühten sich seine Mitarbeiter\*innen um eine Weiterführung der Friedensprojekte, doch bedauerlicherweise gelang es ihnen nicht mehr, die nötige Finanzierung dafür aufzustellen. Zu sehr schienen die Projekte in der Außenwirkung mit der Person Rogers verbunden gewesen zu sein.

In der Auseinandersetzung mit der internationalen Friedensarbeit von Carl Rogers kam mir eine Frage immer wieder in den Sinn: Kann der Frieden so einfach zu erreichen sein? Wäre Krieg so leicht zu verhindern? Weshalb finden nicht viel mehr dieser Encounter-Gruppen auch heute noch statt? Sie wären genauso von enormer Wichtigkeit wie zu Lebzeiten Carl Rogers.

„Und das scheint das typische Ergebnis solch personenbezogener Gruppen zu sein. Es ist unser Menschsein, das die Schranken löst und uns einander nahebringt“ (Rogers, 1977/1980, S. 158).

Was braucht es dazu? Mit Sicherheit die Bereitschaft, sich auf solch einen Prozess einzulassen. Eine Bereitschaft, dem Frieden eine Chance zu geben. Menschen müssen bereit sein, sich auf einen friedlichen Weg zu begeben, um dem Frieden begegnen zu können. Möglicherweise ist dies der schwierigste Teil am Frieden.

## Ein musikalischer Encounter

„Be-geg(e)n-ung (englisch „Encounter“) bedeutet wörtlich, etwas oder jemandem gegenüberstehen. Es ist eine Beziehung, die den anderen als einen prinzipiell Anderen respektiert und sich von diesem Anders- und Unerwartetsein überraschen und berühren lässt. Begegnung ist ohne Absicht, ein stauendes Zusammentreffen mit der Wirklichkeit des Anderen“ (Schmid, 2001, S. 70).

Die vielfältigen Spuren, die Carl Rogers' Arbeit in zeitgenössischen Friedensprojekten hinterließen, werden heute nur noch selten mit seinem Namen in Verbindung gebracht, obwohl sie augenscheinlich von personenzentrierten Prämissen ausgehen.

Als 1999 der argentinisch-israelische Pianist und Dirigent Daniel Barenboim gemeinsam mit dem palästinensischen

Literaturwissenschaftler Edward Said junge Musiker nach Weimar zu einem Workshop einlud, ahnte noch niemand, dass sich daraus ein international beachtetes Friedensprojekt entwickeln sollte. Arabische und israelische Musiker\*innen sollten erstmals gemeinsam musizieren (vgl. Kolbe, 2009). „Wir haben gelernt, auf einander zu hören, auch wenn wir unterschiedliche Ansichten vertreten“ (ebd.). Nachdem eine Annäherung über die Musik gelungen war, konnten auch ein offener Dialog und ein authentisches Gewahrwerden der\*des Anderen, fernab von stereotypen Feindbildern stattfinden. Der große Erfolg des ursprünglich als einmaliges Event geplanten Workshops hatte zur Folge, dass Barenboim ein Orchester mit dem Namen „West Eastern Divan Orchestra“ gründete, das seit nun mehr zehn Jahren besteht und im Sinne der Versöhnung weltweit auftritt. Barenboim, dem sein Projekt ebenfalls eine Nominierung für den Friedensnobelpreis einbrachte, vertritt die Ansicht, sein Orchester habe sich in den letzten zehn Jahren seit seines Bestehens nicht nur musikalisch, sondern auch menschlich weiterentwickelt. Das gegenseitige Verständnis füreinander sei heute intensiver als noch vor einigen Jahren. Freundschaften zwischen Israelis und Palästinenser\*innen, die sich auf gemeinsamen Tourneen entwickelten, wären unter anderen Umständen in dieser Form wohl undenkbar gewesen. „Einer der besten Freunde Braunsteins ist der palästinensische Bratscher Ramzi Aburedwan, der als Jugendlicher Steine gegen israelische Panzer warf“ (Kolbe, 2009).

„Das Gemeinschaftsgefühl entsteht weder aus kollektiver Bewegung, noch aus Anpassung an eine Gruppenströmung. Ganz im Gegenteil. Jeder einzelne versucht die Gelegenheit zu ergreifen, all das zu werden, was er oder sie werden kann. Getrenntsein und Verschiedensein – die Einzigartigkeit ‚ich‘ zu sein – werden intensiv erlebt. Gerade dieses Charakteristikum individuell ausgeprägten Bewusstseins scheint erst ein gemeinsames Gruppenbewusstsein hervorzubringen“ (Rogers, 1980/2012, S. 93).

Das „West Eastern Divan“-Projekt zeigt eines ebenso deutlich wie die Friedensarbeit Carl Rogers: Nur Beziehung ermöglicht ein Verstehen der\*des jeweils anderen. Erst Beziehung führt zu der Möglichkeit, Konflikte zu lösen. In Beziehung zu bleiben, selbst wenn es noch so schwer fällt, erscheint demnach als notwendige Voraussetzung einer Annäherung. Wird das Subjekt hinter den objektivierten Handlungen wiederentdeckt, kann Begegnung stattfinden. Musik wird in diesem Beispiel ein möglicher Wirkfaktor für einen Friedensprozess gewesen sein, genauso wie die augenscheinlich personenzentrierte Haltung der Initiator\*innen, die einen sicheren Raum für eine Begegnung der Teilnehmer\*innen auf Augenhöhe geschaffen hatten.

„Ich bin mir durchaus bewusst, dass diese Miniaturmodelle mit ungeheuren Schwierigkeiten konfrontiert sein werden, wenn man sie in globale Dimensionen umsetzt, aber es wird sich um

*technologische* Schwierigkeiten handeln, die zu lösen unsere Kultur so überaus befähigt ist“ (Rogers, 1977/1980, S. 136).

2015 gründete Barenboim die „Barenboim-Said Akademie“ in Berlin, die bis zu 60 Musikstudent\*innen aus dem Nahen Osten, zur Hälfte Israelis zur anderen Araber\*innen, eine musikalische Ausbildung und ein gemeinsames Lernen mit und aneinander ermöglichen soll (vgl. Barenboim-Said Akademie, 2019).

## Frieden im Innen

„Der Konflikt innerhalb des Individuums ist die Urform aller Zerwürfnisse und Spannungen. Eines der häufigsten Probleme, mit dem ich als Psychotherapeut konfrontiert war, wurde durch das Individuum verkörpert, das mit sich selbst im Kampf liegt: ‚Nach außen hin bin ich ein durchaus akzeptabler Mensch; ich bin imstande, meinen Unterhalt zu verdienen (bzw. einen Haushalt zu führen, ich werde von Menschen in meinem Umfeld einigermaßen anerkannt. Aber innerlich habe ich das Gefühl, ein Betrüger zu sein. Ich fühle mich wertlos, untüchtig, voll von schlechten Trieben und üblen Absichten. Es besteht eine unüberbrückbare Diskrepanz zwischen dem, was ich zu sein scheine und was ich wirklich bin. Wenn die Leute wüssten, wer ich wirklich bin, würden sie mich ablehnen‘“ (Rogers, 1977/1980, S. 137).

In meiner beruflichen Tätigkeit als Psychotherapeut erfahre ich täglich, wie schwer es Menschen fällt, in Frieden zu sein. Im Frieden mit der Partnerin\*dem Partner, den eigenen Kindern, Eltern, Freund\*innen, Arbeitskolleg\*innen oder Nachbar\*innen zu leben, wird nicht selten als schwierig erlebt. Das Wort „Zu-frieden-heit“ wird dabei häufig von Klient\*innen verwendet, um auszudrücken, welches Ziel ihnen als erstrebenswert erscheint. Der Frieden mit dem eigenen Selbst, ist dabei zumeist erste Voraussetzung. Selbsthass scheint ein kollektives Massenphänomen unserer Gesellschaft geworden zu sein. Frieden im Außen kann, meiner persönlichen Meinung nach, nur dann gelingen, wenn er im Inneren gefunden werden kann. Menschen befinden sich heute häufig im Krieg mit ihrem Aussehen, ihrem Körper, ihrem Nichtentsprechen der gesellschaftlichen Ideale, seien es stereotype Geschlechterrollen oder Ideale in Bezug auf die eigene Leistungsfähigkeit. Die Ehrfurcht und der Respekt, die von anderen eingefordert werden, kann oft dem eigenen Selbst nicht gegeben werden. In uns allen gibt es Persönlichkeitsanteile, die schwer fallen, angenommen zu werden. Zu sehr divergieren diese Erfahrungen mit dem eigenen Selbstideal. Mit ihnen Frieden zu schließen, heißt, sich selbst die eigene Fehlbarkeit und die eigene Verletzbarkeit zu verzeihen, um diese auch dem jeweils anderen vergeben zu können. In einem therapeutischen Prozess ist häufig zu beobachten, welche innere Freiheit aus einem persönlichen „Friedensprozess“ entsteht. Carl Rogers beschreibt diese

Veränderung folgendermaßen: „(...) wenn Menschen akzeptiert und geschätzt werden, tendieren sie dazu, eine fürsorglichere Einstellung zu sich selbst zu entwickeln. Wenn Menschen einfühlsam gehört werden, wird es ihnen möglich, ihren inneren Erlebensstrom deutlicher wahrzunehmen. Und wenn ein Mensch sich selbst versteht und schätzt, dann wird sein Selbst kongruenter mit seinen Erfahrungen. Die Person wird dadurch realer und echter“ (Rogers, 1980/2012, S. 68). Solch ein „Friedensprozess“ lässt Frieden in Beziehungen mit anderen und dem eigenen Selbst zu. Die Ambivalenz der eigenen inneren Welt zu bejahen, lässt auch vermehrt die Ambivalenz der Welt im Außen bejahen. Das „Selbst, das wir in Wahrheit sind“ (Rogers, 1961/2009, S. 164), ist friedlich. Ist Krieg demnach eine Inkongruenzkonstellation, in der Erfahrungen des Nichtbeachtet-, Nichtrespektiert-, Nicht- wahrgenommen-Werdens auf internationaler Ebene und die Angst vor dem jeweils Fremden abgewehrt werden müssen?

Das eigene Leben in aller Kostbarkeit und Einzigartigkeit zu erkennen, bedingt, sich dem Geheimnisvollen des Lebens und der Ehrfurcht vor allem Lebendigen zu öffnen (vgl. Schweitzer, 2013, S. 155). Friedensnobelpreisträger Albert Schweitzer formulierte:

„Wird der Mensch denkend über das Geheimnisvolle seines Lebens und der Beziehungen, die zwischen ihm und dem die Welt erfüllenden Leben bestehen, so kann er nicht anders, als daraufhin seinem eigenen Leben und allem Leben, das in seinen Bereich tritt, Ehrfurcht vor dem Leben entgegenzubringen und diese in ethischer Welt- und Lebensbejahung zu betätigen“ (Schweitzer, 2013, S. 155).

Wir sind nicht nur „Leben, das inmitten von Leben leben will“ (Schweitzer, 1954, S. 283), sondern menschliches Leben, das in Frieden leben will – mit sich und mit anderen. Ist Krieg, der geführt werden muss, um den Frieden zu sichern, aus diesem „Selbst“-Verständnis heraus, noch glaubwürdig zu argumentieren? Der österreichische Philosoph und Friedensforscher Erwin Bader benennt diesen Irrtum folgendermaßen:

„Leider meint ein nicht unbedeutender Teil der Menschheit, das einzig probate Mittel gegen den Krieg sei nur dieser selbst, aber nicht etwa in homöopathischer Verdünnung. Sie fordern das Ergreifen hinreichend abschreckender kriegerischer Maßnahmen, die vermeintlich dem Krieg ein Ende setzen werden“ (Bader, 2003, S. 145).

## Sehnsucht nach dem Frieden – ein Nachwort

„Dies ist das personenzentrierte Szenarium der Zukunft. Ob wir uns nun bewusst dafür entscheiden oder nicht: es sieht so aus, als ob es unsere Gesellschaft bis zu einem gewissen Grad ganz zwangsläufig verändern wird. Und diese Veränderung wird sich in Richtung auf mehr Menschlichkeit vollziehen“ (Rogers, 1980/2012, S. 186).

Als am 1. September 1939 um 4:45 Uhr deutsche Truppen die polnischen Befestigungsanlagen der Westerplatte, nahe der Freien Stadt Danzig bombardierten (vgl. Kellerhoff, 2014) und damit das Familienschicksal von unzähligen Menschen auf der ganzen Welt veränderten, war mein Vater zwei Jahre zuvor in Danzig geboren worden. Meine Mutter war bei Kriegsbeginn gerade einmal acht Monate alt. Sie wurde in Köln am Rhein geboren, eine jener Städte, die der zweite Weltkrieg fast dem Erdboden gleichmachen sollte. Beide haben vermutlich um 4:45 Uhr geschlafen. Als sie aufwachten war Krieg.

Eltern, ganz gleich wo auch immer sie ihre Kinder in den Armen halten, wünschen sich eine bessere, glücklichere und friedlichere Welt, in der ihre Kinder aufwachsen mögen. Und dennoch müssen im Jahr 2020 Millionen von Kindern in Kriegsgebieten leben. Für sie wird Krieg, mit allem was er fordert, zur Normalität. Der Krieg erzählt immer wieder dieselben Familiengeschichten. Geschichten von Tod, Elend und Vertreibung.

Diese Geschichten, die Teil meiner eigenen Familiengeschichte sind, waren prägend für mich. Geschichten vom Krieg und Geschichten vom Frieden, die ganz klar machten, in welcher Welt ich leben möchte. Als ich 1975 in Graz geboren wurde, wurde ich in den Frieden, der in Österreich bereits 30 Jahre bestand, hinein geboren, der für mich Normalität wurde. Für meine Eltern nie ganz. Ich wuchs im Bewusstsein auf, Kind von Überlebenden des Krieges zu sein. Der Friede, den ich kennen lernen durfte, erschien mir schon sehr früh, durch die Erzählungen meiner Eltern und Großeltern, Privileg, Herausforderung und Verantwortung zu sein. Vielleicht darf der Frieden nie ganz selbstverständlich sein, auch wenn ich die Sehnsucht in mir spüre, dass er es ist.

„Eine personenbezogene Einstellung zu vielen Aspekten unseres Lebens würde zu einer wünschenswerten, konstruktiven und funktionsfähigen Seinsweise führen“ (Rogers, 1977/1980 S. 283).

Meine Sehnsucht, in einer Welt, in der der Frieden Normalität geworden ist, zu leben, teile ich mit Milliarden Menschen auf der ganzen Welt. Menschen, die in Generationen zuvor versuchten, dieselbe Sehnsucht zum Motor für Veränderung werden zu lassen, erscheinen dabei als Vorbild und Ermahnung zugleich – für Gegenwart und Zukunft. Einer von ihnen war Carl Ransom Rogers.

## Literatur

- Bader, E. (2003). *Die philosophischen Begriffe Krieg und Frieden*. In E. Bader (Hrsg.), *Krieg oder Frieden. Interdisziplinäre Zugänge* (S. 144–172). Wien: LIT.
- Barenboim-Said Akademie (2019). *History*. Verfügbar unter: <https://barenboimsaid.de/home> [22. 12. 2019].
- Berghahn, V. (2006). *Der erste Weltkrieg*. (3. unveränd. Aufl.). München: C. H. Beck.
- Doob, I. W. & Foltz, W. J. (1973). The Belfast Workshop. An application of group techniques to a destructive conflict. *Journal of Conflict Resolution*, 17(3), S. 489–512
- Drechsler, W. (2013). *Der großmütige Revolutionär*. Die Zeit, 5. 12. 2013. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/politik/ausland/2013-12/nelson-mandela-nachruf> [22. 12. 2019].
- Frankfurter Allgemeine (2014). *Der erste Weltkrieg. Die Industrie des Tötens*. Verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/politik/der-erste-weltkrieg/neue-waffen-im-ersten-weltkrieg-dieindustrie-des-toetens-13068359.html> [22. 12. 2019].
- Frenzel, P. (2001). Der Personenzentrierte Ansatz jenseits der Psychotherapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie* (S. 362–392). Wien: Facultas.
- Freud, S. (2014). *Die Zukunft einer Illusion*. Berlin: elv (Orig. erschienen 1927).
- Fromm, E. (2015). *Anatomie der menschlichen Destruktivität* (englisches Original erschienen: 1973: *The Anatomy of Human Destructiveness*. New York: Holt, Rinehart and Winston).
- Gerste, R. (2011). *Krieg gegen Amerika*. Die Zeit, 8. 11. 2011 Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/2011/50/Kriegserklaerung-1941> [22. 12. 2019].
- Grimm, O. (2015). *70 Jahre Hiroshima: „Ihre Gesichter verbrannt, ihre Augen leer“*. Die Presse, 1. 8. 2015. Verfügbar unter: <https://www.diepresse.com/4791234/70-jahre-hiroshima-ihre-gesichter-verbrannt-ihre-augen-leer> [22. 12. 2019].
- Groddeck, N. (2011). *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. (3. unveränd. Aufl.). Darmstadt: WBG.
- Kellerhoff, S. F. (2014). „Ab 5.45 Uhr wird jetzt zurückgeschossen!“ Die Welt, 1. 9. 2014. Verfügbar unter: <http://www.welt.de/geschichte/zweiter-weltkrieg/article131718545/Seit-5-45-Uhr-wird-jetzt-zurueckgeschossen.html> [22. 12. 2019].
- Kirschenbaum, H. (2009). *The Life and Work of Carl Rogers*. (2. unveränd. Aufl.). Alexandria (USA): ACA).
- Kolbe, C. (2009). *Erst der Mensch, dann das Volk*. Die Zeit, 13. 1. 2009. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/online/2009/03/west-eastern-divan-berlin> [22. 12. 2019].
- Korunka, C. (2001). Die philosophischen Grundlagen und das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie* (S. 33–56). Wien: Facultas.
- Obama, B. (2009). *Seine Rede zum Friedensnobelpreis im Wortlaut*. Die Welt, 10. 12. 2009 Verfügbar unter: <http://www.welt.de/politik/ausland/article5490579/Seine-Rede-zum-Friedensnobelpreis-im-Wortlaut.html> [22. 12. 2019].
- Rogers, C. R. (1977). Resolving Intercultural Tensions. In H. Kirschenbaum & V. Land Henderson (Hrsg.) (1989), *The Carl Rogers Reader* (S. 438–445). New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980). *Die Kraft des Guten*. Zürich: Ex Libris (Orig. erschienen 1977: *On Personal Power – inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte Press).
- Rogers, C. R. (1986). The Rust Workshop. In H. Kirschenbaum & V. Land Henderson (Hrsg.), *The Carl Rogers Reader* (S. 457–477). New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (2009). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Orig. erschienen 1961: *On Becoming a Person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (2012). *Der neue Mensch*. (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (umfassenderes Orig. erschienen 1980: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. & Russell D. E. (2002). *The Quiet Revolutionary. An oral history*. (Interview von 1985). Roseville: Penmarin Books.
- Rogers, C. R. & Whitely, J. M. (1985). *Quest for Peace. A filminterview with John M. Whiteley*. Association for Counselor Education and Supervision. Verfügbar unter: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_bo3KfYFQM](https://www.youtube.com/watch?v=_bo3KfYFQM) [22. 12. 2019].
- Schmid, P. F. (2001). Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie* (S. 294–323). Wien: Facultas.
- Spörl, G. (2014). *Feldzug der Friedliebenden*. Der Spiegel, 17. 1. 2014. Verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/geschichte/erster-weltkrieg-kriegseintritt-amerikas-1917-unter-woodrowwilson-a-953288.html> [22. 12. 2019].
- Schweitzer, A. (1954). *Denken und Tat. Zusammengetragen und zusammengestellt von Rudolf Grabs*. Hamburg: Meiner.
- Schweitzer, A. (2013). *Die Ehrfurcht vor dem Leben. Grundtexte aus fünf Jahrzehnten*. München: Beck.
- von Suttner, B. (1906). Nobelvorlesung. *Vortrag, gehalten vor dem Nobel-Komitee von Storthing zu Christiania*. Verfügbar unter: [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/peace/laureates/1905/suttner-lecture-ges.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/peace/laureates/1905/suttner-lecture-ges.html) [22. 12. 2019].
- Welt. (2017). *Der Nordirland-Konflikt*. Verfügbar unter: [https://www.welt.de/newsticker/dpa\\_nt/afxline/topthemen/hintergruende/article162577128/Der-Nordirland-Konflikt.html](https://www.welt.de/newsticker/dpa_nt/afxline/topthemen/hintergruende/article162577128/Der-Nordirland-Konflikt.html) [22. 12. 2019].

# Hoffnung durch Begegnung

## Erfahrene Begegnung ist der Grund für Hoffnung in der Personzentrierten Psychotherapie<sup>1</sup>

Walter Kabelka

Wien

Dies ist eine Abhandlung über Begegnung, wobei unter anderem Carl Rogers, Martin Buber und Daniel Stern mitwirken. Es geht um signifikante Momente im zwischenmenschlichen Kontakt; der Autor unterstreicht dabei einen möglichen relevanten Unterschied zwischen den Partnern eines Dialogs, wobei von ihm als zusätzliche notwendige Bedingung eines hilfreichen Kontaktes vorgeschlagen wird, sich dieses Unterschieds in Rollen und Aufgaben im therapeutischen Kontext bewusst zu sein. Durch einen Vergleich mit Stern und der Boston Change Process Study Group wird die Bedeutung und der Inhalt von Begegnung konkretisiert.

*Schlüsselwörter:* Begegnung; sechs Bedingungen und eine mehr; Hoffnungslosigkeit; Hoffnung

**Hope through Encounter. Experienced encounter is the reason for hope in Personcentred Psychotherapy and beyond.** This is a treatise about the character of interpersonal „encounter-Begegnung“, starring Carl Rogers, Martin Buber and Daniel Stern. It is about significant moments in interpersonal contact; the author wants to underline a relevant difference concerning the partners of the psychotherapeutic dialogue. He proposes that the awareness of this difference should be another necessary condition for a helpful relationship, added to six previous conditions we know from Carl Rogers. By comparing with the concept of Daniel Stern and the Boston Change Process Study Group the meaning and content of „encounter — Begegnung“ will be concretized.

*Keywords:* Begegnung / encounter; six conditions and one more; hopelessness; hope

Therapeutinnen und Therapeuten<sup>2</sup> verstehen sich selbst gewöhnlich als hilfreich, wer immer auch zu ihnen kommen mag, oder: was immer auch kommen mag. Wie intensiv auch immer sich zum Beispiel Hoffnungslosigkeit im Erleben eines Klienten ausgebreitet hat, glauben Therapeut\*innen daran, dass ihre Präsenz dennoch zu einer Entwicklung beitragen kann. Therapeutinnen sind aber auch selbst mit persönlichen und gesellschaftlichen Situationen konfrontiert, die nicht nur mit nüchterner Gelassenheit verdaut, sondern auch als Anschläge auf eine meist unerschütterliche hoffnungsvolle Haltung erlebt werden können.

Die Arbeit in der Therapie bezieht sich auf Einzelarbeit von Person zu Person und die Arbeit mit Paaren, Familien und Gruppen. Darüber hinaus sind Therapeut\*innen aber auch mit

anderen dynamischen sozialen Kräften und Entwicklungen konfrontiert, die vorerst nicht Gegenstand einer therapeutischen Behandlung sind: nationale oder globale Entwicklungen, die mit Konflikten, Dynamiken und Perspektiven einhergehen, deren eingeschlagene Richtung oder deren Zustand nicht nur das Vertrauen hervorrufen, alles werde seinen guten Ausgang finden.<sup>3</sup> Diese Umstände sind eine Herausforderung für Klientinnen wie auch für die Therapeuten selbst.

1 Dieser Artikel basiert im Wesentlichen auf dem ersten Teil meines Vortrags beim 13. PCE Weltkongress 2018 in Wien.

2 Ich werde im Text die Geschlechter gemeinsam und auch abwechselnd anführen, es sind immer alle gemeint.

3 Im Zeitraum 2018 bis 2020, vom 13. PCE Weltkongress in Wien bis zum herausfordernden Phänomen der Pandemie durch Covid-19, beschäftigen Migrationsfragen, rechtspopulistisches Auf und Ab, die Klimafrage mit Aktivitäten der jüngeren Generation, die Einheit Europas mit Austritt Großbritanniens, die Frage von Macht und Missbrauch zwischen Mann und Frau und anderes mehr viele Menschen im näheren und globalen Umkreis.

**Walter Kabelka**, Personzentrierter Psychotherapeut in Wien. Lehrtätigkeit am Propädeutikum der Universität Wien zur Persönlichkeitstheorie psychotherapeutischer Schulen und zur Ethik.

Kontakt: walter.kabelka@aon.at



## Besteht ein Grund zur Hoffnung, wenn Du Deinen Therapeuten triffst?

Ja, der besteht, wenn er oder sie fähig ist, eine Atmosphäre zu schaffen, in welcher Begegnung möglich ist. Das heißt unter anderem auch, wenn der Therapeut fähig ist, sich auch tiefster Hoffnungslosigkeit zu stellen, die der Klient spürt und zeigt, wenn er oder sie fähig ist, auch tiefste Verzweiflung und momentane Aussichtslosigkeit zu ertragen, zu tragen und dabei seine Klienten mitzunehmen.<sup>4</sup>

Ein männlicher Klient mittleren Alters: hoffnungslos bezüglich seiner aktuellen Lebenssituation. Er erwägt hinsichtlich seiner Lebensziele, was er bislang erreicht hat und was nicht; er findet sich wieder in einem Desaster, was die Entwicklung seiner privaten Beziehung betrifft. Therapeut\*innen glauben natürlich, ihm helfen zu können, einen Weg zurück zur Hoffnung zu ermöglichen, nicht zuletzt indem ihm in seiner Hoffnungslosigkeit begegnet werden kann, indem Momente ermöglicht werden, worin er sich nicht länger schrecklich davor fürchten muss, auf sich alleine gestellt tiefe Gefühle erleben zu müssen, ohne jemanden an seiner Seite zu haben, und dadurch Angst allein vor dem Gedanken an Veränderung zu erleben, was ihm die Aussicht auf neue Möglichkeiten versperrt. Er braucht jemanden, der erfahren darin ist und sogar erfahrener als er selbst und der diesem Klienten in spezifischen Momenten und in bekannter Art begegnen kann.

Ich werde im Folgenden einen Vorschlag machen, wie dieses Ereignis, das Begegnung genannt wird, in kurzer Form beschrieben und definiert werden kann.

### Eine Definition von „Begegnung“ als einem personenzentrierten Terminus

Es gibt im Personenzentrierten Ansatz die bekannten Thesen darüber, wann eine Beziehung hilfreich ist; das ist wohl auch das einigende Band in der personenzentrierten Community, die sich auf Carl Rogers (1957/1991) und seine sechs Bedingungen für eine hilfreiche Beziehung bezieht.

Ich möchte von diesen bekannten Bedingungen ausgehend eine kurze, prägnante Definition dafür vorschlagen, was in deutscher Sprache „Begegnung“ genannt wird – im Englischen gibt es dafür die Begriffe „encounter“ und auch „meeting“.

Ich definiere die hilfreichen Momente einer therapeutischen Beziehung, indem ich die Dialogische Philosophie Bubbers mit den sechs Bedingungen von Rogers verbinde und eine

siebte Bedingung, eine „siebte Tugend“ dazu füge (vgl. Kabelka, 2014):

**„Begegnung ist das momenthafte Ereignis in einer therapeutischen Beziehung, in welchem die Teilnehmer dieser Beziehung ihren Rollen entsprechend die Dimensionen Kongruenz, wertschätzende Beachtung und Empathie erfahren.“<sup>5</sup>**

Diese Definition weist den Begriff „Begegnung“ nun auch als personenzentrierten Fachterminus aus in Ergänzung zum alltäglichen Gebrauch des Wortes. Sie ist für mich zuerst einmal nützlich in meiner Arbeit als Therapeut.

Im Übrigen gilt für mich diese Definition sowohl für den Bereich der professionellen therapeutischen Beziehungen wie in ihrem Gehalt auch für alle anderen zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Bedeutung der Rolle ist im alltäglichen Bereich jedoch anders zu gewichten, sie obliegt hier keinen professionellen Anforderungen. In einer symmetrischen Beziehung – unter Erwachsenen – ist die Frage des Unterschieds von Rollen dann nebensächlich, wenn der Kontakt nicht in einem Kontext institutioneller Macht besteht.<sup>6</sup>

Ich beziehe mich im Folgenden vorwiegend auf die Bedeutung dieser Definition für die Arbeit und das Verständnis als Therapeutinnen und Therapeuten. Dazu gehört für mich wesentlich das ausdauernde präsent Sein im Bewusstsein einer Aufgabe und Rolle als Therapeut, aus welchem Momente, Ereignisse von Begegnung entstehen und sich ergeben.

Bedarf es denn einer Ergänzung der sechs von Rogers formulierten hinreichenden Bedingungen, wenn es um das Gelingen eines hilfreichen Beziehungsangebots geht? Fügt ein definierter Begegnungsbegriff etwas hinzu? Und muss auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, der in diesem Fall therapeutischen Rolle zu entsprechen und sich dieser bewusst zu sein?

Rogers hat 1957, wie erwähnt, sechs Bedingungen für persönliches Wachstum formuliert: ein psychologischer Kontakt; Inkongruenz und Verletzlichkeit auf Klientenseite; Kongruenz, bedingungsfreie Wertschätzung (positive Beachtung), empathisches Verstehen und dessen Ausdruck auf Therapeuten-seite; schließlich ein Minimum an Erreichbarkeit des Klienten für die Kommunikation von Empathie und Zuwendung (vgl. Rogers, 1957/1991).

Rogers hat damit das Fundament für den Ansatz geschaffen, der schließlich ein „personenzentrierter“ geworden ist. Mit dem Fokus auf die Person ist nicht zuletzt jene persönliche Unmittelbarkeit in der und in die psychotherapeutische Beziehung

<sup>4</sup> Die Begriffe aufnehmen, verdauen und wiedergeben aus dem Bereich des sogenannten Containings können hier problemlos und widerspruchsfrei hinzugefügt werden.

<sup>5</sup> Englisch hieß es: „Encounter (Begegnung) is the momentarily incident within a relationship, wherein according to their roles the participants of this relationship experience the dimensions congruence, positive regard and empathy.“ (Kabelka, 2018).

<sup>6</sup> Diese Kontexte sind gesellschaftlicher Konsens und keine beliebigen Zuschreibungen.

eingefordert worden, die heute alle Konflikt-, Übertragungs-, Symptom-, System- oder Ressourcenorientierung in sich aufnimmt in einem Anspruch, den hilfeschuchenden Menschen als diese alles umfassende, ganze Person anzusehen.

Eine dabei grundlegende Theorie des Personenzentrierten Ansatzes ist die Philosophie des Dialogs und der Begegnung von Martin Buber geworden, die als wesentliches Kernstück der therapeutischen Arbeit angesehen wird und nicht bloß als Vorbedingung dafür oder eine vorausgehende Gemeinsamkeit aller therapeutisch Arbeitenden, wenngleich immer mehr Theoretiker anderer Schulen Buber für sich entdeckten.<sup>7</sup>

Wie Bowlby in der Bindungstheorie den Menschen als sozial angewiesenes Wesen verortet und dadurch von mehreren therapeutischen Schulen rezipiert wird, so erfährt Buber (2006, S. 32) mit den philosophischen Überlegungen zum Werden des Ichs am Du ebenfalls breite Rezeption.

In Bubers Grundlegung wird Begegnung als jener Moment dargestellt, in welchem die personale Ich-Du-Beziehung sich ereignet, unterschieden von einer instrumentalisierenden Ich-Es-Beziehung. Rogers (1957, p. 3) selbst hatte auf diesen Unterschied Bezug genommen, indem er bei der Erörterung seiner Bedingung „unbedingte positive Beachtung“ auf John Deweys (1976) Begriff des „prizing“ verweist, den Dewey wiederum vom „appraising“ abgrenzt; einem Wertschätzen wird ein Abschätzen im Sinn des Messens und Einteilens gegenübergestellt (vgl. Anderson, 2019, 2.1 Valuing vs. Evaluation).

Die therapeutische Beziehung hat in personenzentriertem Verständnis diese Begegnungsereignisse zum Ziel, die in diesem Beitrag als Aufeinandertreffen von dialogischem Anspruch, psychologisch formulierten Bedingungen und einem Verständnis für die Besonderheit der professionellen therapeutischen Beziehung verstanden werden.

Warum nun betone ich in der vorgeschlagenen Definition die Entsprechung mit den jeweiligen Rollen als zusätzliche Bedingung oder Tugend?

Persönliche und professionelle Erfahrungen haben mich dazu gebracht, dass ich einerseits die sechs Bedingungen von Rogers mit eben jenem Konzept von Begegnung verbinden wollte, welches ich im Dialog von Person zu Person zu verstehen glaube. Andererseits fehlt mir eine Bedingung, welche die nötige Distanz bereitstellt, die notwendig ist, um beide Partner des Dialogs vor Phänomenen wie zum Beispiel symbiotischer Verschmelzung oder andererseits dem Missbrauch der im allgemeinen Diskurs vernachlässigten Machtposition zu schützen. Machtposition ist eine unleugbare Eigenschaft der Therapeutenposition und Therapeutenrolle.

Diese Machtposition begründe ich in meinen Lehrveranstaltungen zur Frage der Ethik in der Psychotherapie einerseits aus den Beziehungsqualitäten Vertrauen und Abhängigkeit, wie sie als solche auch im Berufsethischen Kodex in Österreich (BMSGPK, 2020) explizit genannt sind sowie andererseits aus der Institutionalisierung des Berufsstandes Anfang der 1990er Jahre, wobei Handlungsrechte und -pflichten und die damit einhergehende Macht von der Gesellschaft an eine definierte Berufsgruppe übertragen wurden.

Ich werde im Folgenden auf die spezifischen Eigenschaften einer Begegnung im dialogisch-therapeutischen Verständnis eingehen, die sie von dem unterscheiden, was in der Alltagssprache mit Begegnung bezeichnet wird, um die Kraft und die Kunst des Personenzentrierten Ansatzes zu unterstreichen und darüber hinaus noch die Machtposition des Therapeuten eingehender beleuchten.

## Unterschiede zwischen Therapeut und Klient

Zuerst möchte ich die Bedeutung der notwendigen Bewusstheit der jeweiligen Rollen und damit der Rollunterschiede herausstreichen, die ich in meiner Definition als siebte Tugend hinzugefügt habe.

Viel ist die Rede vom Dialog Ich–Du und der Gleichheit in einer Begegnung; erörtert wird weiters der grundlegende Unterschied zwischen dem „Ich“ und dem „Anderen“ in der Philosophie, wenn auch gerade in seiner dialektischen Form: Das Ich ist ein Anderer ...

Ich „begegne“ also an dieser Stelle zuerst Martin Buber, so wie dieser es möglicherweise im Dialog mit Carl Rogers tat (Rogers & Buber, 1957/1989). Sie diskutieren darin auch über gleiche oder unterschiedliche Positionen und Rollen von Therapeuten und Klienten.

Rogers fragt sich, ob in dem Moment, in dem wirkliche Veränderung stattfindet, die Beziehung

„(...) nicht wechselseitig sei in dem Sinne: Ich kann den Einzelnen so sehen, wie er in dem Moment gerade ist und er wiederum kann mein ihn Verstehen und meine Wertschätzung wahrnehmen“ (Rogers & Buber, 1957/1989, p. 55; Übersetzung durch den Autor).

Buber antwortet:

„Ich kann Ihnen nicht zustimmen, da ich auf die ganze Situation schauen muss, Ihre Erfahrung und seine. Sehen Sie, Sie geben ihm etwas, damit Sie ihn sich gleich machen. Sie beachten damit sein Bedürfnis in seiner Beziehung zu Ihnen. (...) Sie geben ihm, was er möchte, damit er auf einer Stufe mit Ihnen sein kann“ (ebd.).

Hier unterstreicht Buber meines Erachtens den Vorsprung und das Voraussein, das der Therapeut hat und haben sollte,

<sup>7</sup> So zum Beispiel Heinz von Foerster (1990, S. 443), Günther Schiepek (1999, S. 45), Kurt Ludewig (2005, S. 54) und Matthias Varga von Kibéd (1998, CD2/06) in der Systemischen Therapie.

wie es auch Rogers (1957/1991) selbst in seinen Bedingungen zwei und drei beschreibt: Der Klient ist im Zustand der Inkongruenz, der Therapeut im Zustand der Kongruenz.

Vernachlässigt Rogers hier etwas? Unterschätzt er dabei die sich reinszenierende, nicht vernachlässigbare Angewiesenheit des werdenden Ichs vom entwickelten Du?

Schmid (1994) setzt sich ausführlich mit der Frage der Begegnung und eines möglichen Unterschieds zwischen Rogers und Buber auseinander. Seine Folgerungen sind allerdings nur Andeutungen jener notwendigen Annahmen, die ich ihrer Un-erlässlichkeit wegen in meine Definition einbringe, womit aus einem Zufall Wahrscheinlichkeit wird. So kann vermieden werden, dass ein bloßer Appell an die Psychotherapeuten [„Sensibilität dem gegenüber, was der andere aushalten kann“ (ebd., S. 188)] unter dem narzisstischen Impuls des Therapeuten verhallt (vgl. dazu auch Schmidt-Lellek, 1995). Die sechs Bedingungen von Rogers würden genügen, wenn nicht ausreichend Situationen zu verzeichnen wären, in welchen ein Therapeut seine empathischen Fähigkeiten einem Bedürfnis nach Bemächtigung opfert, das er zudem vor sich selbst als kongruente Selbstwahrnehmung preist.

Kann bei bestehender Ungleichheit hinsichtlich der Verantwortung (für den Prozess, für die Beziehungsgestaltung) in einer psychotherapeutischen Beziehung denn Begegnung stattfinden?

Meine These: Das gleichzeitige ja und nein hinsichtlich der bestehenden und gleichzeitig nicht vorhandenen Wechselseitigkeit in der Beziehung Klient und Therapeut wird immer ein Paradox bleiben, das nicht endgültig aus der Welt geschafft oder vermieden werden kann.<sup>8</sup>

Es bleibt im psychotherapeutischen Kontext ein Unterschied auch im Moment einer personalen Begegnung bestehen, welcher beinhaltet, dass Verstehen etwas anderes meint als verstanden Werden, wenn von Empathie die Rede ist. Dieser Vorgang ist im therapeutischen Prozess nicht qualitativ mutuell, der Therapeut hat die Befriedigung des Verstandenseins in anderem Kontext zu erlangen. Freundschaft und Liebe kommen in anderem Kontext hinzu, für Klienten und Therapeuten. So einfach ist das? So einfach ist das! Oder so konsequent: Die Liebe zu Kindern ist eine andere als die unter Eltern. Das Inzestverbot bildet die Schranke, in ihm kulminieren Themen wie der anzuerkennende

Generationenunterschied, die Anerkennung von Machtpositionen, das sich Einfinden zwischen Allmacht und Ohnmacht, die geschlechtliche Identität mit ihren Möglichkeiten und Verantwortungen. Der gereifte erwachsenere Klient trennt sich vom Therapeuten, wenn er ausreichend mit diesen Gegebenheiten leben kann. Die Herausforderung und die Möglichkeiten des Therapeuten für Begegnung im psychotherapeutischen Kontext werde ich weiter unten noch ausführlicher beschreiben.

Ich gehe davon aus, dass die Unterschiede in Rolle und Position ein triftiger Grund für das Vertrauen und die Hoffnung sind, die der Klient oder die Klientin seinem oder ihrem Therapeuten gegenüber mitbringt oder entwickelt. Weiters glaube ich, dass der Unterschied es auch manchmal erst erträglich macht für den Klienten, die Hilfe des Therapeuten anzunehmen.

Der Vergleich dieses Unterschieds mit jenem zwischen Eltern und Kindern ist zulässig, ohne dass dadurch Klient\*innen aktiv zur Herausbildung einer Übertragungsbeziehung eingeladen werden; Therapeut\*innen folgen ihren Klient\*innen in ihren Projektionen und Phantasien, die durch die einfache Anwesenheit der Therapeut\*innen hervorgerufen werden und worin durchaus Erfahrungen in der aktuellen therapeutischen Beziehung mit jenen aus der Elternbeziehung korrespondieren.

Manchmal brauchen Klient oder Klientin eine nahezu kindliche Position der Hingabe, die nicht der Hingabe eines Verliebten entspricht. Das Eingeständnis einer Hilfsbedürftigkeit steht manchmal am Anfang eines therapeutischen Prozesses und ist nicht immer eine Selbstverständlichkeit.

Therapeutinnen treffen Klienten auch in ihrer Hoffnungslosigkeit an, in der sie eine Erfahrung des Gehaltenseins suchen, warum sollen sie nun nicht die Erfahrung machen können, wirklich Hilfe Suchende zu sein? Dem geht mitunter ein Ringen voraus mit der fixen Vorstellung, ohnehin allein zu sein mit einer überfordernden Situation. Noch gibt es nicht die neue Erfahrung, nicht mehr an Allmachtsphantasien und anderen Überlebensstrategien festhalten zu müssen, jemandem seine Überforderung anvertrauen zu können, das Unerträgliche nicht ausschließlich alleine schultern zu müssen.

Und andererseits: warum sollten Therapeut\*innen die Klienten nicht mit der immer bevorstehenden Trennung konfrontieren und der Limitiertheit der therapeutischen Beziehung, in einem existenziellen Sinn der Limitiertheit menschlichen Lebens und der Lebenszeit: Es geht nicht alles und nicht für alle Zeit. Aber erst der bei geminderter Angst erfahrene Schmerz über einen Verlust, eine Ablehnung, eine Unmöglichkeit lässt Limitiertheit oder momentane Hoffnungslosigkeit ertragen.

Im Moment des Verstandenwerdens muss dieser Moment der Begegnung erlebt und genossen werden können und nicht von der vermuteten Unmöglichkeit oder einer rational-pessimistischen Entwertung eines gegebenen und erfahrenen Trostes in seiner Bedeutung reduziert werden.

<sup>8</sup> Es sei denn, eine therapeutische Beziehung wird als dialektischer Prozess betrachtet, in dem im Moment der Synthese Begegnung stattfindet, wobei die Demut vor der Position des jeweils Anderen beide Seiten ergreift. These und Antithese sind in dieser Synthese einer Begegnung aufgehoben, der dialektische Prozess wird fortgesetzt, immer wieder wiederholt, Gleichheit und Unterschiedlichkeit in gleicher und neuer Form spürbar. Ein „Durcharbeiten“ im personenzentrierten Sinn wäre das, ähnlich dem Durcharbeiten der immer wieder sich wiederholenden Übertragung, die eine Beziehungswiederholung und ein Beziehungsangebot darstellt.

Es ist durchaus sinnvoll, Klientinnen und Klienten zu zeigen und klarzumachen, dass Therapeut\*innen weder ihr Vater noch ihre Mutter sind und auch nicht so tun, als wären sie das. Doch ist andererseits die Vernachlässigung jeglicher Differenz bezüglich Kongruenz und Machtposition der Beginn einer unempathischen und mitunter missbräuchlichen Haltung. Das mag jetzt so erscheinen, als ginge ich einen Schritt zurück hinter das, was gerne in Bezug auf Kongruenz erwähnt wird: Es soll ohne aufgesetzte Masken, nicht versteckt hinter Berufsrollen und ohne Attitüden gearbeitet werden. Aber bisweilen scheint das in eine Übertreibung und damit in ein Gegenteil umzuschlagen: so zu tun, als gäbe es keine professionellen Rollen und Unterschiede und die damit verbundenen berechtigten Erwartungshaltungen.

Personzentrierte Therapeuten neigen mitunter dazu, die Bedeutung ihrer Rollen als Experten für Kommunikation und Beziehungsgestaltung zu vernachlässigen und ihre Klienten als Experten wofür auch immer zu idealisieren und sie damit nicht in einer für sie hilfreichen Angewiesenheit anzuerkennen, was sie im Übrigen keinesfalls ihrer eigenen Machtpotenziale beraubt.

Lösung aus Abhängigkeiten geschieht nicht durch Erlösung durch den bewunderten Therapeuten, sondern durch die Anerkennung der Selbständigkeit durch diesen. Zur Selbständigkeit als Ressource gehören auch die irritierenden Phänomene Hoffnungslosigkeit, Ratlosigkeit, Verzweiflung und die Notwendigkeit, darin gesehen und gehalten zu sein – Phänomene, die auf ein notwendendes Du verweisen.

Kein Bergführer würde das gesicherte Seil losbinden, wenn seine Geführten gerade dabei sind, sowohl das Klettern als auch Seiltechniken zu üben und dabei auch Erfahrungen machen, ob ihr Lehrer vertrauenswürdig ist und sie auch bei ihren Ängsten begleiten und beruhigen kann. Die Transparenz bezüglich der Rollen als Therapierende, Eltern, Lehrende oder Fürsorgende verhindert Phantasien über eine vorhandene Gleichheit an Erfahrung und Einfluss, welche zu Überforderung führen. Die davon zu unterscheidende Gleichheit an Würde als Person nenne ich hier zum Schluss; diese ist kein Verhandlungsgegenstand einer therapeutischen Beziehung, auch wenn der Klient sie in Frage stellt.

### Macht und Machtmissbrauch in der Position des Therapeuten

Ich möchte im Folgenden noch einmal gründlicher auf den wesentlichen Unterschied hinsichtlich der Machtposition des Therapeuten eingehen, der darauf gründet, dass der Therapeut und die Therapeutin Repräsentanten der Psychotherapie als einer Institution sind und dadurch mit einer Macht ausgestattet, die die Gesellschaft dieser Institution übertragen hat. Therapie Ausübende sind daher mit Handlungsrechten, Pflichten und der

damit verbundenen Verantwortung ausgestattet, welche Klienten und Klientinnen an die entsprechende Kompetenz und Glaubwürdigkeit der Vertreterinnen dieser Institution glauben lässt! Dieser Unterschied, der aus den unterschiedlichen Rollen erwächst, muss beachtet werden.

Die von der Gesellschaft verliehene Macht schafft Voraussetzungen für die Ausübung des Berufes. Die individuelle notwendige Macht des Therapeuten, die auf fachlicher Kompetenz, persönlicher Authentizität und Reife gründet (gemeint als auch von Rogers postulierter Vorsprung bezüglich Kongruenz), schafft auch das nötige Vertrauen zum Therapeuten.

Vom Therapeuten nicht reflektierte Anteile dieser Machtposition, die schließlich auch aus dem von Klienten entgegengebrachten Vertrauen und einer potenziellen Neigung zu Bewunderung oder Abhängigkeit resultieren, können zum Missbrauch dieser Macht führen, mitunter sogar ohne eine Absicht oder ein Bewusstsein des Therapeuten, z. B. im Fall des sogenannten narzisstischen Missbrauchs, wenn der Therapeut die Bewunderung seiner Klienten braucht, um seinen eigenen brüchigen Selbstwert zu stabilisieren, wie es Schmidt-Lellek (1995, S. 172) beschrieben hat.

Unabhängig von dem bisher Angeführten sind das Psychotherapiegesetz und die darin festgelegten Berufspflichten sowie zu deren Konkretisierung der Berufsethische Kodex (BMSGKP, 2020) zu befolgen. Ich nehme an und weiß, dass diese Regelungen wiederum auf gleichen oder ähnlichen Überlegungen basieren, wie ich sie oben versucht habe vorzunehmen. An verschiedenen Stellen wird dort eingehend auf die asymmetrischen Aspekte dieser professionellen Beziehung eingegangen.

Hervorgehoben werden soll, dass „Begegnung“ im hier definierten Sinn der wiederkehrende hilfreiche Moment in einer therapeutischen Beziehung ist, der von beiden Seiten des Dialogs wahrgenommen wird. Dabei ist, wie erläutert, die Bewusstheit über die unterschiedlichen Rollen und Positionen eine weitere Bedingung einer momenthaften Begegnung, die bereichernd ist für den Klienten: zu erfahren, dass er oder sie einerseits als Person als gleich erachtet wird, dass er oder sie vom Therapeuten nicht als gänzlich hilflos angesehen wird und andererseits gleichzeitig als hilflos akzeptiert wird. Wenn in der Begrifflichkeit von Persönlichkeitsanteilen gesprochen wird: „Ich weiß als Therapeut immer, dass der Hilfesuchende nur ein Teil von Dir ist, auch wenn Du gerade annimmst, dass Du derzeit nur aus Hilflosigkeit bestehst und dies Dich völlig hoffnungslos fühlen lässt.“ Als so fühlend gesehen zu werden, erlaubt nun das Erfahren, das Erleben sehr tiefer Gefühle von Schmerz und Verzweiflung im Angesehenwerden als Person: Dies beinhaltet sowohl das Zutrauen, Schmerz ertragen zu können, wie auch die Möglichkeiten der Entfaltung, die nun freigelegt werden.

Jemanden als Person zu sehen und zu akzeptieren heißt auch immer schon, einen gesunden Anteil, das nicht in einer

Symptomatik gebundene Aktualisierungspotenzial und alle damit verbundenen Ressourcen wahrnehmen zu können, wie es dem Klienten selbst gerade oder auch über längere Zeit hindurch nicht gelungen ist. Und andererseits heißt es, das Angewiesensein eines Hilfesuchenden auch insofern anzuerkennen, dass er oder sie dadurch verwundbar, beeinflussbar und manipulierbar ist.

Klientinnen und Klienten in ihrer stagnierenden Entfaltung tendieren natürlich auch dazu, die weniger konstruktiven Beziehungserfahrungen zu wiederholen, indem sie Verhaltensweisen und nicht bewusste Erwartungen an ihre Therapeuten und Therapeutinnen richten. Diese Wiederholungen bieten gute Möglichkeiten, die Anfragen und Anliegen dahinter zu verstehen. Sie beinhalten andererseits auch die Gefahr, Wünsche von Klientinnen und Therapeuten einfach zu befriedigen, ohne die notwendige Arbeit an Frustrationen, Enttäuschen und Verzweiflung anzugehen.

### Das Phänomen der „Begegnung“ in Momenten tiefer Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit

Ein Klient spricht über verstörende Themen ohne wahrnehmen zu können, welche Angst oder Bedrohung damit verbunden ist: Er oder sie fühlt sich verunsichert am Beginn einer eben neu begonnenen Beziehung, er oder sie fühlt sich aus irgendeinem Grund verzweifelt, er oder sie fühlt sich irritiert durch gesellschaftliche Ereignisse, die sein oder ihr Konzept von Ordnung oder Chaos durcheinanderwirbeln. Der Therapeut wiederum kann diese Angst oder Bedrohung ohne Verdrängung oder Vernachlässigung wahrnehmen, er bildet Hypothesen über Gründe der Inkongruenz des Klienten, aber vor allem beantwortet er die immanente und wichtigste Frage, die der Klient stellt: „Kannst Du, Therapeut, die Angst aushalten, die möglicherweise unter meiner Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit verdeckt ist?“

In dieser Situation ist alle Kraft der Therapierenden gefragt sowie deren Wissen und Erfahrung bezüglich der Notwendigkeit, nun ausreichend achtsam zu sein, zu verstehen und jemanden halten zu können, Unverdauliches aufzunehmen und dem verzweifelt Umsichschlagenden des Klienten widerstehen zu können und schließlich zu wissen, dass der Klient sein tiefstes Anliegen oft nicht explizit vorbringen kann: gehalten und ausgehalten zu werden.

Der Therapeut drückt sein Verstehen in Worten und Haltungen aus. Seiner oder ihrer Tragfähigkeit, einem Haltenkönnen folgt ein Innehalten. Der Klient fühlt sich wirklich verstanden: Er oder sie ist persönlich gemeint, Hypothesen und Aufmerksamkeit gelten der konkreten, individuellen, hier anwesenden Person, dem Klienten unmittelbar und direkt vom Therapeuten mitgeteilt und ausgedrückt.

An dieser Stelle meiner Ausführungen treffen Psychologie und Philosophie auf einander und werden wohl nicht verschmelzen, weil der analysierende Blick nicht ein liebender ist und der Analysierende nur schwer eingestehen kann, dass er für einen Moment als mitfühlender Mensch gefragt ist und präsent werden soll: als begegnende Person.

Ich möchte diese komplexe Situation an einem Beispiel verdeutlichen.

Nach einigen Momenten der Begegnung mit seinem Therapeuten, in denen es um Vater-Sohn-Situationen ging, fühlt sich der Klient wohl.

Der Therapeut könnte gesagt haben: „Sie fühlen ein Bedauern über die Unterlassungen und Fehler zwischen Ihnen und Ihrem Vater. Sie sind traurig und gleichzeitig zornig auf ihn.“

In der Folge verspürt der Klient sowohl ein Bedauern darüber, dass der Therapeut nicht sein Vater ist als auch über den Umstand, dass sein Vater ihn nicht so verstehen konnte, wie der Therapeut es immer wieder tut. Dieses Bedauern enthält auch einen Ärger über den Vater wie auch den Therapeuten wegen des Umstands, dass der Therapeut nicht mehr ist als sein Therapeut.

Es könnte eine weitere Begegnung folgen, wenn der Therapeut meint:

„Sie fühlen sich auch enttäuscht von mir und verärgert mir gegenüber. Es gibt mehr als dieses Wohlbefinden, das sie gerade davor empfunden haben.“ Der Klient könnte antworten: „Ich bin sehr berührt und andererseits hasse ich Sie, weil Sie mich verstehen, dadurch fühle ich meinen Mangel und ich werde von hier gehen müssen. Ich bin dennoch dankbar. Verdammst, wann wird das enden.“<sup>9</sup>

Wie unangemessen würde es sein, an dieser Stelle dem Klienten zu sagen, dass ich nicht sein wirklicher Vater bin, nicht zuletzt weil davon ausgegangen werden kann, dass er das weiß. Wie unangemessen würde es ebenso sein zu verleugnen, als reale Person anwesend zu sein. Klienten können im Allgemeinen gut oszillieren zwischen Übertragung und einer realen Beziehung.

Kann ein Vorschlag angemessen sein, ohne gleich ein Ersatzvater zu werden? Ich habe mich im Zweifel dafür entschieden. Manchmal kann es hilfreich für den Klienten sein, wenn der Therapeut ihm vorschlägt, weiter zu klettern anstatt mit dem Seil rumzuspielen und sich dabei in einer Agonie zu verlieren, wenn der Therapeut seinerseits die Verwirrung auf Klientenseite wahrnehmen kann und seine eigene Möglichkeit, auch in einer aktiven, anregenden Rolle sein zu können. Manche Klienten wiederum warten darauf, den Therapeuten bloß sprechen zu hören, ungeachtet dessen, was dieser nun sagt. Momente des Abgleitens, der Konfusion oder großer Angst bedürfen unangefordert der Versicherung der Anwesenheit des Anderen.

<sup>9</sup> Eine Person in einem Prozess fortschreitender, aber nicht abgeschlossener Verinnerlichung neuer Erfahrungen.

Ein anderer Klient sagte einmal zu mir: „Können Sie das aushalten? Kann ich mich neben Sie auf den Boden setzen und meinen Kopf auf Ihr Knie legen?“ Meine Güte, dachte ich, ich bin kein Körpertherapeut, aber ich nickte und es geschah so und ich habe es ausgehalten.

Es gibt Momente, da gibt es keinen Fluchtweg für Therapeuten aus der Therapie! Sie können genutzt werden, sie ziehen vorbei, sie kommen wieder.

Das gilt insofern, als der Therapeut die Chance nicht vorübergehen lassen möchte, seiner Verantwortung als Vorausgehender gerecht zu werden, seinen Klienten als Nachkommenden zu akzeptieren und ihm die Würde des Wachsenden und sich Entwickelnden angedeihen zu lassen.

### Der Begriff „Begegnung“ in der personzentrierten Theorie

Es gibt Geschriebenes über die „Perspektiven der Philosophie der Begegnung“ und Literatur über die konstitutiven Merkmale personaler Begegnung. Am ehesten lässt sich meine Definition von „Begegnung“ mit dem Begriff der „Präsenz“ bei Rogers vergleichen, wie Schmid (1994) es beschreibt. Doch scheint es mir dort eher um eine individuelle Haltung als Grundlage für jene Begegnung zu gehen, die meiner Ansicht nach eine Folge dieser Haltung ist, als dass es sich um das Ereignis der Begegnung selbst handelt. Der Begriff der „Präsenz“ fokussiert ja auch eher auf den Therapeuten als Dialogpartner und die Anforderungen dafür. Präsenz ist die Grundlage, auf welcher Begegnung stattfinden kann.

Für mich ist meine Definition vor allem praktisch und hilfreich und enthält eine siebte „Tugend“ einer hilfreichen Beziehung, nämlich die Rollenentsprechung. Die Definition könnte auch für jemand anderen hilfreich sein, insofern sich ein Therapeut in jenen Momenten, in denen der therapeutische Prozess feststeckt oder sich nicht in Richtung Begegnung bewegt, jeweils fragen kann, was ein Hindernis auf dem Weg sein kann, die geforderten Haltungen Kongruenz, Wertschätzung und Empathie wahrnehmbar zu verwirklichen und so einen weiteren Moment der Begegnung zu realisieren und zu erleben.

### Ein erstaunlicher Vergleich mit einer anderen Theorie

Ich werde nun noch einen Vergleich mit einem ähnlichen Konzept vornehmen, der meines Erachtens das Verständnis von „Begegnung“ noch vertiefen kann. Die Idee von „Momenten der Begegnung“ (moments of meeting) der Boston Change Process Study Group, zu der auch Daniel Stern gehört, ist vermutlich

bekannt – jener Daniel Stern, der im Personzentrierten Ansatz auch wegen seiner Säuglingsforschung geschätzt wird.

Stern und die Boston Change Process Study Group veröffentlichten ihre Theorien 1998, wobei sie herausstreichen wollten, dass es mehr als Deutung in der Psychoanalyse geben müsse: ein „something More“.

Dabei verwenden die Autor\*innen zwei Begriffe, die von Interesse sind: „Now-moments“ [ursprünglich übersetzt als „plötzliche-Momente“ (Stern, 2002, S.989), treffender später von der gleichen Übersetzerin als „Gegenwartsmomente“ (Stern, 2005)] und dem folgend „Momente der Begegnung“ (moments of meeting).

Was über die „Now-moments“ gesagt wird, erscheint vertraut:

„Now-moments‘ [...] erfordern eine intensive Aufmerksamkeit und eine Art Entscheidung, ob man in gewohntem und etabliertem Rahmen bleiben möchte oder nicht. Und wenn nicht: was tun? Der Therapeut ist zu einer Art Aktivität gezwungen, sei es eine Deutung oder eine Antwort, die in ihrer Art neu ist gegenüber dem Gewohnten, oder sei es eine Stille. In diesem Sinne sind ‚Now-moments‘ wie das griechische Konzept des ‚Kairos‘: eines einzigartigen Moments einer Möglichkeit, die ergriffen werden muss, denn der Fortgang des Schicksals wird davon bestimmt, ob diese Gelegenheit beim Schopf gepackt wird und in welcher Art“ (Stern, 1998, S.911, Übersetzung durch den Autor).<sup>10</sup>

Und weiter:

„Dass Therapeut und Klient wissen, dass sie sich in einem ‚Now-moment‘ befinden und dass dieser Moment sich von den üblichen Gegenwartsmomenten unterscheidet, merken beide durch die Erfahrung, dass diese Momente ungewohnt, unerwartet in ihrer genauen Form und dem Zeitpunkt des Auftretens sind, dass sie sich beunruhigend oder gar seltsam anfühlen. Sie wirken oft verwirrend hinsichtlich dessen, was da geschieht oder was zu tun sei. Diese Momente sind voll mit einer Ungewissheit, die sich wie eine Sackgasse anfühlen kann oder aber wie eine Chance. Die Gegenwart wird subjektiv sehr dicht wahrgenommen, wie ein ‚Augenblick der Wahrheit‘. Diese ‚Now-moments‘ sind oft begleitet von Erwartung oder Angst, weil die Notwendigkeit einer Entscheidung Druck ausübt, aber es gibt keinen unmittelbar verfügbaren Plan bezüglich einer Handlung oder Erklärung. Die Anwendung gewohnter Vorgehensweisen genügt nicht. Der Analytiker erkennt intuitiv, dass sich eine Gelegenheit auftut, die zu einer hilfreichen

<sup>10</sup> Die Darstellungen des Kairos (zum Beispiel aus Trogir, Kroatien) zeigen eine Figur, deren Haarschopf gepackt werden kann, woher auch diese Redensart stammt. Das Hinterhaupt ist geschoren, die Gelegenheit geht schnell vorüber. Auch die Verwendung dieser Metapher ist eine verblüffende, im Endeffekt aber wenig überraschende Übereinstimmung mit Ausführungen zur personzentrierten Theorie.

Reorganisation oder einer Entgleisung führen kann, und der Patient kann vielleicht erkennen, dass er an einem Scheideweg in der therapeutischen Beziehung angelangt ist“ (Stern, 1998, S. 912, Übersetzung durch den Autor).

„Now-moments‘ können dann auftreten, wenn der traditionelle therapeutische Rahmen Gefahr läuft, zu zerbrechen, oder wenn er zerbrochen ist, oder wenn er aufgebrochen werden sollte“ (Stern, 2002, S. 991).

Vielleicht entsteht beim Lesen dieser Zitate der Eindruck, dass deren Inhalt die übliche Haltung von Experten, über jede Unwägbarkeit erhaben zu sein, in Frage stellt. An dieser Stelle sei an meine Schilderung erinnert, als mein Klient mich fragte, ob er sich auf den Boden an meine Seite setzen und seinen Kopf an mein Knie anlehnen könne.

### Der „Moment der Begegnung“

„Ein ‚Now-moment‘, der therapeutisch genutzt wird und wechselseitig erfahren wird, ist ein ‚Moment der Begegnung‘. Wie in der Eltern-Kind-Situation ist ein ‚Moment der Begegnung‘ sehr spezifisch: jeder der Partner in der Beziehung hat aktiv etwas Einzigartiges und Authentisches von sich selbst zur Gestaltung dieses ‚Moments der Begegnung‘ beigetragen (nicht einzigartig bezüglich der Theorie oder Technik der Therapie). *Wenn speziell der Therapeut, aber auch der Patient mit dem ‚Now-moment‘, diese spezifische Gelegenheit ergreift, sie erkundet und erlebt, dann kann daraus ein ‚Moment der Begegnung‘ werden. Es gibt grundlegende Bestandteile, die in die Gestaltung eines ‚Moments der Begegnung‘ einfließen.* Der Therapeut muss einen spezifischen Aspekt seiner Individualität einfließen lassen, der seine persönliche Handschrift trägt. Die beiden begegnen in diesem Moment einander als Personen, kaum versteckt hinter ihren Rollen“ (Stern, 2002, S. 992, Hervorhebung durch den Autor).

Das erstmalige Lesen dieser Zeilen kann schon von Überraschung begleitet sein: Wird hier der Personenzentrierte Ansatz für die psychoanalytische Arbeit, oder aus psychoanalytischer Praxis ausgehend, (noch einmal) erfunden? Oder erfährt die Philosophie des Dialogs eine weitere Grundlegung aus einem anderen Zugang?

Auf jeden Fall ist in diesen Zeilen das Ringen erkennbar um die Synthese von Unterschiedlichkeit und Wechselseitigkeit! Es scheint zuletzt doch entscheidend, dass beide Seiten in sich selbst und vom anderen eine Bereitschaft, eine Offenheit und ein Bemühen erfahren. Das wäre nun auch eine Gleichheit in der Haltung bei unterschiedlichem Inhalt und unterschiedlichen Rollen.

Ein letztes Zitat aus dem erwähnten Artikel, in welchem die Autoren den Begriff einer „gemeinsamen impliziten Beziehung“ (Stern, 2002, S. 993) verwenden, eine Art Ergänzung

zum herkömmlichen Verständnis der Übertragungsbeziehung sei noch beachtet:

„All diese Überlegungen bringen den ‚Moment der Begegnung‘ in einen Bereich, der über die ‚professionelle‘ Beziehung hinausgeht, sie aber nicht aufhebt und der teilweise frei ist von Obertönen einer Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung“ (Stern, 2002, S. 1001).

Ich bin der Ansicht, dass hier die Bedeutung dessen, was „Begegnung/Encounter“ meint, Einzug gehalten hat in den Bereich der Psychoanalyse. Ich weiß nicht, ob es dort einen freundlichen Empfang gegeben hat oder geschlossene Grenzen. Aber ich glaube zu wissen, dass die wechselseitige Grenzziehung zwischen Psychoanalyse und Personenzentrierter Psychotherapie mitunter auf Unwissenheit, Eitelkeit und dem Bedürfnis nach abgegrenzten Bereichen und Zugehörigkeit gründen. Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen näher zu untersuchen, das kommt seltener vor. Es mag wohl der „Narzissmus der kleinen Differenzen“ (Freud, 1930/1999, S. 474) eine Hürde sein.

### Über den Kontext der psychotherapeutischen Beziehung hinaus: Besteht ein Grund zur Hoffnung?

Diese Abhandlung fokussiert auf Begegnung im psychotherapeutischen Kontext. Es scheint mir notwendig zu erwähnen, dass ausreichende erfahrene Momente von Begegnung auch für die Therapeut\*innen selbst eine wesentliche Ressource darstellen und gerade diese Berufsgruppe aufgefordert ist, im eigenen privaten Leben entsprechende familiäre, freundschaftliche und kollegiale Kontakte zu pflegen und sonstige Formen empfundener Nähe, gelungenen Bewirkens und tragenden Sinns zu kultivieren.

Nicht unerwähnt soll schließlich bleiben, dass jeder Dialog, gleich in welchem Kontext, die minimale Bereitschaft der Dialogpartner als Grundlage braucht. Wo diese nicht gegeben ist, in kritischen Phasen aller Konflikte und Umbruchssituationen, beginnt der Bereich von notwendiger Positionierung, Abgrenzung, Stellungnahme und Engagement. Das sind jene Situationen, wo das Private immer schon politisch war.

Rogers erwähnt 1980, dass es einen Punkt gibt, an dem das Ziel persönlichen Wachstums mit jenem des Profitmachens in Konflikt gerät (1980/1981, S. 88). Ich denke, dass dies auch bezüglich der Frage zutrifft, wann Hoffnung durch Begegnung berechtigt ist. Ökonomisches, unkontrolliertes Wachstum gerät immer auch in Widerspruch zu persönlichem und sozialem Wachstum. Eine Karikatur bringt es treffend auf den Punkt. Donald Trump sagt: „I’m great.“ Ein junge Frau sagt: „I’m Greta.“<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Karikatur Joachim Niggemeyer, 1. 10. 2019, anlässlich der UN-Klimadebatte mit Greta Thunberg und Donald Trump. [www.joriniggemeyer.de](http://www.joriniggemeyer.de)

Diesen Bereich auszuführen würde das Thema dieser Abhandlung notwendig ergänzen, doch vermutlich auch überschreiten. Die Frage, in welchen gesellschaftlichen Rahmen das psychotherapeutische Tun eingebettet ist und welchen Engagements es über dieses Tun hinaus bedarf, ist zu erörtern.

### Schlussbemerkung

In meiner vorgeschlagenen Definition verbinde ich die bekannten Bedingungen von Rogers für Persönlichkeitsentwicklung in einer hilfreichen professionellen Beziehung mit den Ansätzen aus der Dialogischen Philosophie, ergänzt durch eine Bedingung hinsichtlich des notwendigen Reflektierens und Berücksichtigens der jeweiligen Rolle und Position.

Gelungene Begegnungen ermöglichen es in psychotherapeutischen Beziehungen, auch einer akuten oder lavierenden Hoffnungslosigkeit samt der darin meist verborgenen großen Angst vor Vernichtung oder Veränderung Raum zu geben.

Darüber hinaus machen sich Irritation, Resignation oder Hoffnungslosigkeit auch außerhalb des therapeutischen Feldes dort breit, wo eine konstruktive Perspektive vorerst nicht auszumachen ist, meist aus Mangel an zugänglichen notwendigen Ressourcen. Auch psychisch gesunde Bürger\*innen eines Wohlfahrtsstaates können angesichts eines Ausmaßes an Zerstörung, die möglicherweise die Selbstorganisationskräfte in Richtung konstruktiver ökologischer Entwicklung schädigt, in ein Ungleichgewicht, in Sorge, in Zweifel und Unmut geraten.

Psychotherapeuten und -therapeutinnen brauchen für sich selbst ausreichend gelungene Begegnungen, um ihrer Arbeit nachgehen zu können, um nicht ihre Klient\*innen auszunutzen und um darüber hinaus energisch oder bestimmt genug ihre Ansichten und Anliegen in ihrem persönlichem wie im gesellschaftlichen Bereich vertreten zu können.

Die Wechselseitigkeit in der Begegnung ist also im persönlichen Leben der Psychotherapeut\*innen angeraten, in der Rolle als Therapeut\*innen ist sie zu differenzieren und zu reflektieren, wie ich versucht habe zu erörtern.

Für alle Situationen persönlichen und globalen Geschehens, das Menschen an die Grenzen des hoffen Könnens bringt, bleibt die Hoffnung, die durch erfahrene Begegnung genährt wird, bleibt auch unerfülltes Begehren, und es bleibt die Möglichkeit, sich zu engagieren.

„Ich bin. Wir sind. Das ist genug. Nun haben wir zu beginnen. In unsere Hände ist das Leben gegeben“ (Bloch, 1923/1964, S. 11).<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Vgl. auch „Ernst Bloch – Das Prinzip Hoffnung“ von Detlef Berentzen im Kultursender Ö1 vom 11. 4. 2020.

### Literatur

- Anderson, E. (2019). Dewey's Moral Philosophy. In E. N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2019 Edition). Verfügbar unter: <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/dewey-moral/> [20. 07. 2020].
- Bloch, E. (1923/1964). *Der Geist der Utopie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Taschenbuchverlag.
- BMSGPK (2020). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Buber, M. (2006). *Das dialogische Prinzip* (10. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Dewey, J. (1976). The Logic of Judgments of Practice. In J. A. Boydston (Ed.), *The Middle Works of John Dewey, Volume 8, 1899–1924: Essays and Miscellany in the 1915 Period and German Philosophy and Politics and Schools of To-Morrow* (Volume 8) (Collected Works of John Dewey). Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Freud, S. (1930/1999). *Das Unbehagen in der Kultur*. GW XIV: S. 474. Frankfurt: Fischer.
- Kabelka, W. (2014). *Begegnung als personenzentrierter Begriff*. Manuskript.
- Kabelka, W. (2018). *Facilitating hopelessness*. Manuscript of the lecture at the 13<sup>th</sup> PCE conference 2018, Vienna.
- Ludewig, K. (2005). *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103 [deutsch 1991: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grunewald].
- Rogers, C. R. (1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. erschienen 1980: *A Way of Being*. Houghton and Mifflin Company: Boston).
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1989). Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. In H. Kirschenbaum & V. L. Henderson (Eds.), *The Carl Rogers Dialogues* (pp. 41–63). Boston: Houghton Mifflin. (The dialogue was held at Ann Arbor, organized by the University of Michigan on April 18, 1957) [deutsch 1984: Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft* (S. 52–72). Wien: Deuticke].
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Therapie. Praxis. Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie*. Köln: EHP.
- Schmidt-Lellek, C. (1995). Narzißtischer Machtmissbrauch in der Psychotherapie. In C. Schmidt-Lellek & B. Heimannsberg (Hrsg.), *Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie* (S. 171–194). Köln: Ed. Humanistische Psychologie.
- Stern, D. N. et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The „something More“ than interpretation. The Process of Change Study Group. *The International Journal of Psychoanalysis*, 79(5), 903–921.
- Stern, D. N. et al. (2002). Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 56(9–10), 974–1006.
- Stern, D. N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- von Foerster, H. (1990). Wahrnehmung wahrnehmen. In K. Barck et al. (Hrsg.), *Aisthesis. Wahrnehmung heute oder Perspektiven einer anderen Ästhetik* (S. 434–443). Leipzig: Reclam.
- von Kibéd, M. V. (1998). *Theoretische Grundlagen Systemischen Denkens* [Audio CD]. Schwarzach am Main: Auditorium Verlag.



# ‘The facts are always friendly’ Wirksamkeit Personzentriert-Experienzieller Psychotherapie und Beratung<sup>\*)</sup>

Michael Behr

Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung  
Stuttgart, Deutschland

Sowohl vergleichende Primärstudien als auch große Metaanalysen belegen, dass die großen Psychotherapieverfahren alle ähnlich wirksam sind. Insbesondere die Personzentriert-Experienzielle Psychotherapie (PZEP) schneidet ähnlich gut ab wie Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie (CBT), vor allem wenn die Studien die Forscher-Zugehörigkeit rechnerisch berücksichtigen. Dies zeigen auch viele Studien der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Personzentriert-Experienzielles Arbeiten schneidet im Vergleich zu klassisch klientenzentriertem noch etwas günstiger ab. Qualitative Studien bestätigen die personzentrierte Theorie über Klient\*innenprozesse und relativieren den ausschließlichen Blick auf Symptome. Gleichwohl gibt es inzwischen so viele störungsspezifische personzentrierte Wirksamkeitsstudien, dass auch Metaanalysen störungsspezifische Wirksamkeitsmaße angeben können. Auch in benachbarten Anwendungsfeldern wie der Filialtherapie, dem Motivational Interviewing, dem Gordon-Training und insgesamt im schulisch-erzieherischen Feld belegen Metaanalysen signifikante Wirksamkeit personzentrierten Vorgehens. Empirische Psychotherapieforschung ist schon historisch mit Rogers und dem personzentrierten Konzept untrennbar verbunden. Sein Bonmot „the facts are always friendly“ weist ihn als unbestechlichen Forscher aus. Freundlich sehen auch die meisten CBT-Forschenden PZEP. Limitierungen der metaanalytischen Methode, vor allem bei der Auswahl der eingeschlossenen Studien, führen in Einzelfällen aber zu fachlich unbegründeten Artefakten, eine Methode sei überlegen.

*Schlüsselwörter:* Wirksamkeit, Metaanalyse, Klientenzentrierte Psychotherapie, Forschung, Effektivität

**‘The facts are always friendly’ — Outcome of Person-centered and experiential Psychotherapy and Counseling.** Both comparative primary studies as well as large meta-analyses show that the major psychotherapy methods are all similarly effective. In particular, the person-centered-experiential psychotherapy (PCEP) is as effective as cognitive-behavioral psychotherapy (CBT), especially if the studies take into account the researcher allegiance. This is also demonstrated by many studies of child and adolescent psychotherapy. Person-centered-experiential work may be more effective compared to classically client-centered work. Qualitative studies confirm the person-centered theory of client processes and relativize the focus on symptoms. However, there are now so many disorder-specific person-centered outcome studies that meta-analyses can also indicate disorder-specific outcome measures. Meta-analysis also provide significant outcome scores of person-centered work in fields of application such as filial therapy, motivational interviewing, Gordon training and overall in the school-educational field. Empirical psychotherapy research is historically connected to Rogers and the person-centered concept. His bonmot “the facts are always friendly” identifies him as an incorruptible researcher. Most CBT researchers are favorable towards PCEP. Limitations of the metaanalytical method, especially when selecting the included studies, yield the artifact, one method would be superior.

*Keywords:* outcome, meta-analysis, client-centered psychotherapy, research, efficacy

---

**Michael Behr** ist seit 1984 praktisch tätig als personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder/Supervisor. Autor und Herausgeber diverser Bücher und Mit-Herausgeber der *PERSON*. Gastdozenturen an den Universitäten Wien, Antwerpen, Gent, Strathclyde University Glasgow und Stuttgart, Gastausbilder für Psychotherapieverbände im UK, Österreich, Belgien. Professor im Ruhestand, Forschungen zur Wirksamkeit, Beratung und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.  
Kontakt: michael.behr@igb-stuttgart.de

---

<sup>\*)</sup> Der Text ist die Überarbeitung eines Kapitels aus dem 2020 erschienenen Band 2 des Buches: Behr, M., Hüsson, D., Luderer H. J. & Vahrenkamp, S.: Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie. Weinheim: Beltz-Juventa. Quelle des Titelzitats „the facts are always friendly“: Rogers (1961, p. 25; dt.: 2009, S. 40f.) Ich danke den Herausgebern, drei anonymen Reviewern, Hans-Jürgen Luderer, Dorothea Hüsson und Michael Barg für hilfreiche Anmerkungen zu einer früheren Fassung.

Wie effektiv ist Personenzentriert-Experientielle (PZE) Beratung und Psychotherapie? Gleicht oder übertrifft sie andere Vorgehensweisen? Hilft sie bei allen psychosozialen Problemlagen und Störungen und bei allen Arten von Hilfesuchenden oder gibt es Unterschiede? Fragen wie diese muss jedes Therapie- oder Beratungsverfahren immer wieder von neuem beantworten. Dieser Text will personenzentrierten Fachkräften Argumente und Sicherheit geben, wie ihre Arbeit ausgesprochen wirksam ist (vgl. auch Cooper, Watson & Hölldampf, 2010). Er blickt vor allem auf Metaanalysen, die die Wirksamkeit der PZE-Arbeit, gerade auch im Vergleich zu anderen Verfahren, besonders eindrücklich berichten.

Um die Wirksamkeit von helfenden Interventionen (Therapien, Maßnahmen oder Förder-Programme usw.) zu belegen, führen Primärstudien meist Vorher-Nachher-Vergleiche bei einer Gruppe von Teilnehmenden durch. Die Vergleiche beruhen auf Testungen bzw. Zahlenwerten über wichtige Zielgrößen, z. B. der Selbstwert, Lebensqualität, Symptome, Verlaufscharakteristika oder psychosoziale Folgen. Die Vorher-Nachher Veränderung wird außerdem mit einer Kontrollgruppe verglichen, die entweder keine oder eine andere Intervention erhalten hat. Damit die jeweiligen Gruppen sich zu Beginn nicht systematisch unterscheiden, sollten die Teilnehmenden per Los zugewiesen werden. Diesen Vorgang nennt man Randomisierung.

In der medizinischen Forschung sind randomisierte kontrollierte Studien (*randomized controlled trials, RCTs*), auch Labor-Studien genannt, spätestens seit den 1980-er Jahren zum Standard geworden (Chambless & Hollon, 1998). Sie haben jedoch auch Nachteile. RCTs erfordern eine lange Vorbereitungszeit, sind teuer und erfassen durch viele Ein- und Ausschlusskriterien nur einen Teil der der Patienten, für die eine Behandlung gedacht ist, dies beschädigt ihre externe Validität. Wegen der meist kurzen Studiendauer lassen sich Langzeiteffekte nicht messen, und bei Langzeitverläufen nehmen auch andere Faktoren als die Behandlung Einfluss (Frieden, 2017). Diese Nachteile spielen in der Psychotherapieforschung eine noch größere Rolle (Wampold et al., 2017). Gefordert werden daher auch Wirksamkeitsstudien, die im natürlichen Umfeld und unter Alltagsbedingungen durchgeführt werden. Diese werden als *naturalistische Studien* bezeichnet.

**Fachlicher Hintergrund: Welche Maße für Effektivität gibt es und was bedeuten sie?**

Am gebräuchlichsten ist *Cohen's d*. Fast identisch sind *Hedge's g* und *Class' delta*. Das Prinzip: Die Vorher-Nachher-Differenz der Belastungs-Mittelwerte bei einer Störung wird durch die *Standardabweichung* dividiert. *Cohen's d* sagt, um welchen Bruchteil der *Standardabweichung* sich die Kennwerte der Störungsbelastung verändern.

**Beispiel:** Eine Gruppe depressiver Personen hat vor der Therapie im Mittel 18 Symptome, die Anzahl streut natürlich innerhalb der Gruppe, die *Standardabweichung sd* sei 6, d. h. zwei Drittel aller Teilnehmenden liegen im Intervall von  $\pm 6$  Symptomen um den Mittelwert herum, also zwischen 12 und 24 Symptomen. Nach der Therapie sei der Mittelwert der Symptome 13. Die Vorher-Nachher-Differenz ist 18 minus 13 = 5. Sie wird nun durch diese *Standardabweichung sd* dividiert: 5 durch 6 = 0,83. Dies ist Cohen's  $d = .83$

Eine Limitierung dabei ist die Standardabweichung: Als Nenner bzw. Divisor beeinflusst sie Cohen's  $d$  deutlich: Eine Klientengruppe mit ähnlich starken Störungsbelastungen, z. B. hoch-ängstliche Klienten in einer Klinik, ist sehr homogen und hat eine geringe Standardabweichung; eine Gruppe verschieden stark belasteter Klienten, z. B. aus Ambulanzen oder freien Praxen, hat eine hohe Standardabweichung. Cohen's  $d$  ist in diesem Fall dramatisch niedriger als bei der Klinikgruppe, selbst wenn die mittlere Veränderung gleich ist. Wer bei Rechtfertigungsforschung oder aus politischen Motiven hohe Effektstärken sucht, mag die Standardabweichung durch Auswahl homogener Klientengruppen „elegant“ klein halten.

Die Standardabweichung wird meist aus den Teilstichproben (vor-, nachher; Versuchs-, Kontrollgruppen) gemittelt und Korrekturformeln unterworfen, darin unterscheiden sich Cohen's  $d$ , Hedge's  $g$  und Class' delta geringfügig. Diese Korrekturformeln senken den Wirksamkeits-Kennwert bei größeren Unterschieden der Teilstichproben bzgl. Standardabweichung oder Klientenzahl.

**Werte um  $d = .20$  gelten als mitteilenswert, aber klein, um  $d = .50$  als mittelstark, und ab  $.80$  als hoch (Cohen, 1988).**

Eine der größten naturalistischen Psychotherapie-Wirksamkeitsstudien der Welt stammt von Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark, & Cooper (2006) bzw. Stiles, Barkham, Mellor-Clark und Connell (2007). Sie verglichen die Wirksamkeit Personenzentrierter, Kognitiv-Behavioraler und Psychodynamischer Therapien im britischen National Health Service bei mehreren tausend Klienten. Das Ergebnis ist so einfach wie verblüffend: *Alle Therapieformen sind gleich wirksam*. Wenige Studien dieser Welt sind so seriös, verlässlich, übertragbar und ein Abbild der tatsächlichen Behandlungsrealität (z. B. mehrere tausend Teilnehmende, Forscherzugehörigkeit zu den verschiedenen therapeutischen Paradigmen, Replikation, d. h. Wiederholung der Studie). Tabelle 1 berichtet die Kennwerte (scores), insbesondere Cohen's  $d$  je Therapieform, bei der Replikationsstudie. Die Unterschiede der Effektstärken je Behandlungsgruppe waren nicht signifikant.

**Tabelle 1:** Effektstärken nach Cohen's d bei 5613 Psychotherapien je nach Therapieform in der Studie von Stiles, Barkham, Mellor-Clark und Connell (2007, p.3). Die Symptombelastung wurde mit dem *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE-OM) gemessen.

Behandlungsgruppe	n	Pre/post Differenzen beim CORE-OM		Effektstärke
		Mittelwert	Standardabweichung	
Kognitiv-Behaviorale Therapie	1045	8.7	6.8	<b>1.38</b>
Personzentrierte Therapie	1709	8.8	7.0	<b>1.39</b>
Psychoanalytische Therapie	261	8.2	7.1	<b>1.29</b>
Kognitiv-Behaviorale Therapie +1	1035	8.9	6.2	<b>1.40</b>
Personzentrierte Therapie +1	1033	9.0	6.4	<b>1.43</b>
Psychoanalytische Therapie +1	530	9.0	6.2	<b>1.42</b>

Anmerkungen: CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation.

+1 = die Therapeuten gaben an, mit ihrer Grundorientierung noch ein weiteres Verfahren kombiniert zu haben.

Fast alle Psychotherapie-Wirksamkeitsstudien haben allerdings deutlich geringere Teilnehmezahlen. Für umfassende Aussagen wird eine Vielzahl von solchen *Primärstudien* in *Metaanalysen* zusammengefasst. Dies geschieht heute oft, und ihre Ergebnisse geben die klarsten und validesten Aussagen über eine Interventionsmethode, trotz ihrer Limitierungen (s. u.).

*Fachlicher Hintergrund: Die Metaanalyse und das Dodo-bird-verdict.*

Metaanalysen fassen Ergebnisse von Einzeluntersuchungen zusammen und drücken dies mit einer Zahl aus, der Effektstärke. Sie berichten Wirksamkeitswerte vieler Studien zu einem vom Forschungsteam definierten Interventionstyp, z. B. Personzentrierte Psychotherapie. Dazu müssen die Wirksamkeitswerte der Primärstudien so umgerechnet werden, dass alle vom selben Typ sind, meist Cohen's d oder Hedge's g. So werden sie vergleichbar. Es können dann mittlere Wirksamkeitswerte errechnet werden und diese auch für bestimmte Klientengruppen heruntergebrochen werden, z. B. nach Geschlecht oder Diagnose usw. Außerdem werden Korrekturformeln angewandt, um manchen Studien mehr Gewicht zu geben, z. B. bei größeren Teilnehmezahlen.

Glass (1976) führte die Methode ein. Seine ersten Analysen (Smith & Glass, 1977) belegten schon da die Gleichwertigkeit der etablierten Psychotherapieverfahren. Diese firmiert als **Dodo-bird-verdict** („Everybody has won and all must have prices“, Lewis Carroll: Alice im Wunderland) in der Psychotherapieforschung, seit Luborsky diese Metapher einführte (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause, 2002)

Die Wirksamkeit Personzentriert-Experienzieller Psychotherapie

Die größte Metaanalyse zur Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie stammt vom Forschungsteam um Elliott (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013, p. 499): **In dieser Metaanalyse wurden 181 Primärstudien untersucht und sie fand eine mittlere Effektstärke von  $g = .95$ .** Bei Follow-up-Untersuchungen steigt sie sogar noch auf  $g = 1.05$  (nach weniger als 1 Jahr, bei 77 Studien) und auf  $g = 1.11$  (über ein Jahr später, 52 Studien).

Für die **Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** stammen die jüngsten drei Metaanalysen von Lin und Bratton (2015), Jensen, Biesen und Graham (2017) und von Nuding (2018).

- Lin und Bratton (2015, p. 49) fanden bei **52 englischsprachigen Primärstudien eine mittlere Effektstärke von  $g = .47$ .**
- Jensen, Biesen und Graham (2017, p. 394) fanden bei **100 englischsprachigen Primärstudien eine mittlere Effektstärke von  $d = .44$ .**
- Nuding (2018, pp.108, 171) fand bei **78 englisch und deutschsprachigen Primärstudien eine mittlere Effektstärke von  $g = .51$ .**

Jensen, Biesen und Graham (2017) kamen somit zu einem fast gleichen Ergebnis. Dies ist bemerkenswert, da die Autoren Verhaltenstherapeuten sind und immer damit gerechnet werden muss, dass die Schulenzugehörigkeit der Forscher Einfluss auf die Methodik und damit auf das Ergebnis der Berechnungen nimmt (siehe Abschnitt unten).

*Auf den Punkt gebracht:*

Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie mit Erwachsenen erreicht hohe Effektstärke-Werte um die 1; Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mittlere Effektstärke-Werte um die .50. Verhaltenstherapeuten wie Jensen, Biesen und Graham (2017) kritisierten zwar die Methodik der Metaanalyse von Lin & Bratton (2015), kamen aber selbst zu sehr ähnlichen Ergebnissen.

bessere Ergebnisse als neutrale Personen. Diese Effekte müssen bei Metaanalysen kontrolliert und so gut wie möglich herausgerechnet werden. Wirksamkeitsforschung ist selten neutral, es sei denn die Forschungsteammitglieder sind keine Psychotherapeuten wie Beelmann und Schneider (2003; s. u.), oder sie gehören verschiedenen Verfahren an (Stiles et al., 2006; 2007; s. u.). Die Studie von Beelmann und Schneider (2003) ist insofern eine große Ausnahme. Sie fanden denn auch ebenfalls und ohne Korrekturformeln die Äquivalenz von PZEP und CBT.

### Die Wirksamkeit Personenzentriert-Experienzieller Psychotherapie im Vergleich zu anderen großen Verfahren

Die beiden naturalistischen Studien von Stiles et al. (2006; 2007; s. o.) belegen die Äquivalenz aller großen Verfahren, so wie die Arbeiten von Smith & Glass (1977), Luborsky, Singer & Luborsky (1975) und Luborsky, Rosenthal, Diguer, Andrusyna, Berman, Levitt, Seligman & Krause (2002). Die Metaanalyse von Elliott et al. (2013, p. 500; s. o.) kommt auch zu diesem Ergebnis. Bei einem Vergleich mit CBT fanden die Autoren 65 RCT-Studien, die PCE und CB-Therapien vergleichen: **Die Effektstärke-Differenz war bei CBT geringfügig besser ( $g = .14$ ).** Dieser Unterschied sinkt auf .02, wenn die Forscher-Zugehörigkeit kontrolliert wird. Gegenüber Nicht-CBT-Therapien kommt PZEP in 48 RCT-Vergleichsstudien zu geringfügig besseren Ergebnissen ( $g = .15$ ), nach Kontrolle der Forscherzugehörigkeit verschwand auch dieser Unterschied.

#### *Fachlicher Hintergrund: Die Forscherzugehörigkeit (researcher allegiance)*

Die psychotherapeutische Orientierung Forschender beeinflusst die Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien (Miller, Wampold & Vahely, 2008). Forschende, welche die Interventionsmethode beforschen, der sie sich selbst zugehörig fühlen oder die sie gar selbst mit entwickelt haben, erzielen

Für die Psychodynamische Psychotherapie und die Systemische Psychotherapie gibt es zwei jüngere Metaanalysen, die jedoch ihre Werte nicht mit anderen Therapieverfahren vergleichen, anders als Elliott et al. (2013).

Pinquart, Oslejsek und Teubert (2016) fanden für die **Systemische Therapie (ST) 37 RCT-Studien mit einer mittleren Effektstärke von .55 bei Langzeit- und .51 bei Kurzzeiththerapien.**

Leichsenring und Rabung (2008) fanden für die **Psychodynamische Therapie (PDT) bei allerdings nur 11 RCT-Studien eine mittlere Effektstärke von .94. Bei 12 weiteren nicht-RCT-Studien von .99.**

In der *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* gibt es weltweit fünf große, die Verfahren *vergleichende* Metaanalysen (Tabelle 2). Je nach researcher allegiance weisen die Kognitiv-Behaviorale (CBT) oder die Personenzentrierte Psychotherapie (PZE) gegenüber dem je anderen Verfahren höhere Werte auf, die researcher allegiance bleibt hier aber unberücksichtigt. Die Wirksamkeits-Werte der Psychodynamischen Psychotherapie (PDT) sind niedrig, die Systemische Therapie wurde bei keiner Studie eingeschlossen.

Für das *Motivational Interviewing* (Miller & Rollnik, 2015) kann nur ein Vergleich bei Suchtproblemen gezogen werden. Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson und Burke (2010) fanden bei 119 Studien den zwar kleinen mittleren Effekt von .22, der aber

**Tabelle 2: Effekte (Cohen's d bzw. Hedge's g) von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie differenziert nach Verfahren. In Klammern die Anzahl der berücksichtigten Studien.**

Studie	Psycho- dynamisch	Personen- zentriert- Experienziell	Kognitiv Behavioral	Eltern Training	Filial- Therapie
Casey & Berman (1985)	.21 (5)	.49 (20)	.91 (37)	—	—
Weisz et al. (1987)	.01 (3)	.56 (20)	.88 (126)	—	—
Weisz et al. (1995)	.31 (9)	.15 (6)	.76 (197)	—	—
Beelman & Schneider (2003)	—	.55 (7)	.55 (33)	.37 (4)	—
Bratton et al. (2005)	—	.92 (73)	.71 (12)	1.15 (22)	1.15 (22)

\*) Die Systemische Therapie wurde in keiner der Studien inkludiert.

dem anderer Behandlungsverfahren gleicht. Die Behandlung von Suchterkrankungen zeitigt über alle Verfahren hinweg keine besseren Ergebnisse.

**Auf den Punkt gebracht:**

Drei der großen vier Psychotherapieverfahren belegen eine ähnliche Wirksamkeit in naturalistischen Studien: Personzentriert-Experienzielle, Kognitiv-Behaviorale und mit Abstrichen auch Psychodynamische Psychotherapie. Die Systemische Therapie kann diesen Nachweis nur begrenzt erbringen. Bei einer einzigen, nur die Erwachsenentherapie betrachtenden Metaanalyse liegen die Wirksamkeitswerte nur knapp über .50, und es gibt keine Vergleichsstudien (Sydow, Beher, Retzlaff & Schweitzer, 2007).

Vergleiche zwischen Sub-Orientierungen der Personzentriert-Experienziellen Psychotherapie

Elliott et al. (2013, p. 502f.) fanden 9 Studien, die ein experienzielles prozess-leitendes Vorgehen (insbesondere Emotion-Focused Therapy) mit einem klassisch personzentrierten Vorgehen vergleichen. Die mittlere Effektstärke war beim experienziellen Vorgehen geringfügig, d. h. um .14 besser als beim klassischen.

Nuding (2018, p. 214f.) kommt zu ähnlichen Ergebnissen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, siehe Tabelle 3.

**Tabelle 3: Mittlere Effektstärken von Studien über PZE Suborientierungen nach Nuding (2018).**

Sub-Orientierung	Anzahl der Studien	Effektstärke
Klassisch nicht-direktiv, klientenzentriert	59	.42 ***
Humanistisch, mit direktiven Elementen	11	.67 ***
Personzentriert-Experienziell	3	.47 **
Focusing	1	.53 n.s.

Auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erscheinen Vorgehensweisen als geringfügig wirksamer, die das klassisch personzentrierte Vorgehen erweitern. Anders als bei den direkten Vergleichen von Elliott et al. (2013) wurden hier verschiedene Studien zu Gruppen zusammengefasst.

**Auf den Punkt gebracht:**

Bislang sieht jede empirische Wirksamkeitsforschung, die die klassische Form mit erweiterten Formen der Per-

sonzentrierten Psychotherapie vergleicht, letztere als geringfügig wirksamer. Dies ist aber nicht immer signifikant. Weitere Forschung ist nötig.

Qualitative Wirksamkeitsforschung

Im Vergleich zu *quantitativer* Wirksamkeitsforschung gibt es deutlich weniger *qualitative* Studien. State of the Art ist die Meta-Analyse von Timulak und Creaner (2010), die neun qualitative Studien zusammenfasst, in denen insgesamt 106 Klienten über das Ergebnis ihrer Personzentriert-Experienziellen Therapien interviewt wurden. Verkürzt gesagt ordnen qualitative Interview-Studien die einzelnen Angaben der Teilnehmenden in inhaltliche Kategorien. Die Meta-Analyse setzt dies fort: Sie verwendet die Kategorien der Primärstudien als Daten und schafft so wieder Kategorien auf höherer Ebene. Timulak und Creaner (2010, pp. 74–79) kommen so zu elf „Meta-Kategorien“, die sie nochmals auf drei Haupt-Meta-Kategorien aufteilen. Tabelle 4 berichtet daneben auch in Stichworten die Ergebnisse der Primärstudien, welche die Meta-Kategorien inhaltlich speisen, und so die Kategorien umschreiben (eigene Übersetzung mit freundlicher Genehmigung der Autoren).

**Auf den Punkt gebracht:**

Vor allem drei Dinge sind bemerkenswert:

1. Die Teilnehmenden schildern Veränderungen im Selbst-Erleben, wie sie von der personzentrierten Theorie als Ergebnis einer Psychotherapie vorhergesagt werden. Dies bestätigt das personzentrierte Konzept auch aus der Klienten-Perspektive eindrücklich.
2. Die Teilnehmenden schildern auch positive Veränderungen, die schwerpunktmäßig andere Psychotherapieverfahren anzielen: nämlich, dass Symptome beherrschbar werden (CBT) und hilfreiche Selbst-Einsicht (PDT). Dies unterstützt Sichtweisen wie die von Grawe (1998), dass verfahrenstreues Vorgehen weniger Bedeutung habe als generelle Wirkfaktoren von Psychotherapie (siehe auch weiter unten).
3. Die Teilnehmenden schätzen ein neues, tieferes Erleben ihre Verletzbarkeit als positives Therapieergebnis. Dies unterstreicht, wie komplex Therapiegeschehen und wie wenig eindimensional, z. B. als Symptom-Reduktion, es gesehen werden muss.

Eine frühere Meta-Synthese qualitativer Outcomestudien von Elliott (2002) sowie eine jüngere Analyse von Fallstudien (Stephen, Elliott & Macleod, 2011) kommen zu ähnlichen Ergebnissen.

Tabelle 4: Qualitative Outcomes/Effekte, die in den Primärstudien gefunden wurden.

Haupt Meta-Kategorien	Meta-Kategorien	Ergebnisse der Primärstudien
Selbsterfahrungen schätzen	Sanfteres und gesünderes emotionales Erleben	Hoffnungsvoll sein (Klein & Elliott, 2006), Frieden und Stabilität (Klein & Elliott, 2006), emotionales Wohlbefinden, mehr Gefühl für Energie (Klein & Elliott, 2006); ruhiger, friedvoller (Elliott, 2002a; Lipkin, 1954); bessere Stimmung, Optimismus (Elliott et al., 1990); generelle Offenheit für eigene Gefühle (Elliott et al., 1990); Fähigkeit, Gefühle ausdrücken und eindämmen zu können (Dale et al., 1998); sich freier und einfacher fühlen, leichter und lebendiger (Lipkin, 1954) (4/8; 3 aus 8 Studien über Einzeltherapie)
	Verletzbarkeit schätzen	Sich erlauben den Schmerz zu fühlen (Rodgers, 2002); Transparenz (Blockaden und Abwehr aufgeben (Rodgers, 2002); ehrlich mit sich selbst sein (Rodgers, 2002; Elliott, 2002a); offen für Veränderung (Elliott, 2002); Bewusstsein alt zu sein, Prozess des Trauerns, trauern verhindert problematischen Ärger/Trauer (Elliott, 2002); Selbst-Akzeptanz existenzieller Isolation (Dale et al., 1998); toleranter gegenüber Schwierigkeiten und Rückschlägen (Elliott et al., 2009) (4/8)
	Erleben von Selbst-Mitgefühl	Selbst-Wertschätzung, Selbst-Sorge (Klein & Elliott, 2006); verbesserte Selbst-Wertschätzung (Elliott et al., 1990); sich um sich selbst kümmern (sich von innen heraus unterstützt fühlen) (Rodgers, 2002); sich selbst schätzen (Dale et al., 1998) (4/8)
	Erleben von Resilienz	Sich restrukturieren (schlechte Dinge recyceln) (Rodgers, 2002); Einsicht erst schmerzhaft, dann sich besser fühlen (Lipkin, 1954) (2/8)
	Sich selbstwirksam fühlen	Selbstsicher, innere Stärke (Rodgers, 2002; Klein & Elliott, 2006; Lipkin, 1954); generelles Gefühl von Wohlbefinden: Gesundheit, Energie, Aktivitäten (Klein & Elliott, 2006); neue oder verbesserte Fähigkeiten zu handeln (Klein & Elliott, 2006); verbessertes Coping im Alltag (Dale et al., 1998); sich für Leistungen belohnen, neue Sachen probieren, lesen (Elliott, 2002); verbesserte Bewältigungsfähigkeiten (Elliott et al., 1990); sich darauf vorbereiten wie Probleme zu lösen sind (Elliott et al., 1990); spezifische Wünsche/Einstellungen bestärkt (Elliott et al., 1990); sich entscheiden können, Kontrolle über das Leben gewinnen (Timulak et al., 2009; Lipkin, 1954; Rodgers, 2002); für sich einstehen können, mehr Initiative statt Angst zu handeln (Lipkin, 1954) (7/8)
	Symptome beherrschen	Kann Brücken überqueren, kann fliegen (Elliott et al., 2009); Symptome besserten sich Stück für Stück, plötzliche Besserung (Lipkin, 1954) (2/8)
	Änderungen von Lebensumständen genießen	Verbesserte Lebensumstände unabhängig von Beziehungen oder der Therapie (Elliott et al., 1990; Elliott, 2002a) (2/8)
Selbsterfahrungen bei der Beziehung zu anderen schätzen	Sich unterstützt fühlen	Sich von den Kindern respektiert fühlen, eine Selbsthilfegruppe suchen (Klein & Elliott, 2006); andere sehen Veränderungen der eigenen Person (Elliott et al., 1990); Leute sagen mir, ich bin eine nettere Person (Elliott et al., 2009); in vielen Studien werden die Therapie/Therapeuten als unterstützend erlebt (3/8)
	Zwischenmenschliche Begegnungen genießen	Besseres interpersonelles Funktionieren (gesamt, romantisch, Familie) (Klein & Elliott, 2006); Beziehungen neu ordnen (Dale et al., 1998); mit den Reaktionen anderer umgehen können (Timulak et al., 2009); unabhängiger/durchsetzungsfähiger (Elliott et al., 1990); mehr positive Offenheit (Elliott et al., 1990); verbesserte Beziehungen (Elliott et al., 1990); bessere Beziehungen zu meiner Frau, toleranter (Elliott et al., 2009) (5/8)
Andere Sicht des Selbst/ von Anderen	Selbst-Einsicht und Selbst-Wahrnehmung	Die Bedeutung und das Verstehen von Missbrauch entwickeln, von der Therapie lernen (Dale et al., 1998; Lipkin, 1954); bewusster und ehrlicher mit mir selbst (Klein & Elliott, 2006); sich selbst realer sehen (Elliott et al., 1990); erleuchtet (die Probleme fügen sich wie in einen Handschuh ein), sich selbst besser verstehen (ich bin nicht im Dunkeln, ich kann etwas ändern), Muster sehen (Lipkin, 1954) (4/8)
	Veränderte Sicht Anderer	Andere Standpunkte sehen (Klein & Elliott, 2006); sich mehr für andere interessieren (Timulak et al., 2009); Änderungen in des Klienten Sicht und Haltungen zu anderen (Elliott et al., 1990); Fehler der Eltern akzeptieren (Timulak et al., 2009) (3/9) <sup>c</sup>

## Störungsspezifische Wirksamkeit

In den vergangenen Jahrzehnten wurde an Psychotherapieverfahren zunehmend die Forderung gestellt, ihre Wirksamkeit störungsspezifisch zu belegen und dafür unter anderem auch die Symptombelastung bzw. die Symptomkontrolle als Erfolgswert heranzuziehen. Obwohl dies schon 1966 vom Rogers-Mitarbeiter Kiesler eingebracht wurde, fordert es das traditionelle personenzentrierte Psychotherapieverständnis heraus, das sich auf die Gesamtheit der Person und nicht auf einzelne Symptome bezieht. Diese werden, ähnlich wie in den psychodynamischen und systemischen Ansätzen, als Folge innerer Konflikte gesehen (Rogers, 1959; Behr, Hüsson, Luderer & Vahrenkamp, 2017, S. 11–37). Indessen lassen sich viele Symptome nicht oder nicht ausschließlich als Folge innerer Konflikte erklären (Speierer, 1994). Sie können z. B. sowohl Ursache als auch Folge der Symptome sein.

Die personenzentrierte Wirksamkeitsforschung trägt dem Rechnung. Eine ganze Reihe von Primärstudien befasst sich mit spezifischen Störungsbildern entsprechend dem ICD bzw. DSM. Die jüngeren Meta-Analysen können so die Wirksamkeit der Personenzentriert-Experienziellen Therapie auch diagnose-spezifisch herunterbrechen und diskutieren (Elliott et al., 2013, pp. 503–510; Nuding, 2018, pp. 195–200).

## Benachbarte Arbeitsfelder

### *Filialtherapie/Eltern-Kind-Beziehungs-Therapie*

Eine Variante der Personenzentrierten Spieltherapie ist die Filialtherapie (Guernsey, 1964; van Fleet, 1994; Goetze, 2013) oder synonym Parent-Child-Relationship-Therapie (PCRT) Bratton, Landreth, Kellam, & Blackard (2006). Eltern erhalten ein Kurztraining in Spieltherapie, um mit dem eigenen Kind Spielstunden nach den Prinzipien der Personenzentrierten Spieltherapie durchzuführen. Dies wird eine Zeit lang mit Supervision unterstützt. Vor allem die Eltern-Kind-Beziehung soll sich so verbessern. Dies geschieht mit hoher Wirksamkeit, wie die Meta-Analyse von Bratton, Ray, Rhine & Jones (2005) mit einem Gesamtscore von Cohen's  $d = 1.15$  eindrücklich belegt. Dieses Ergebnis wurde allerdings nicht repliziert. Kaminski, Valle, Filene, & Boyle (2008) untersuchen in ihrer Metaanalyse 77 Elterntrainingsstudien mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen. Dabei ermitteln sie eine Gesamteffektstärke von .30 ( $n = 58$ ) auf kindbezogene (0–7-jährige Kinder) und eine Gesamteffektstärke von .43 ( $n = 54$ ) auf elternbezogene Outcomevariablen. Die Metaanalyse von Hölldampf, Crawford, Härtel & Behr (2012) klärt diese Diskrepanz zum Teil auf. Zum Sichern klinischer Relevanz begrenzt sie sich auf 14 Studien mit

*Risikokindern* nach den Kriterien von Rutter (1987; 1989). Je nach Behandlungsziel und Messinstrument zeigen sich nun vollkommen unterschiedliche Wirksamkeits-Werte. *Symptome* (mit dem CBCL gemessen) verbessern sich um Cohen's  $d = .43$ , das Selbstkonzept des Kindes (JPPST) um .89, elterliche *Empathie* (MEACI) um 2.56, elterliche Akzeptanz (PPAS) um 1.23 und elterlicher Stress (PSI) sinkt um .75. Diese Unterschiede zeigen, wie sehr das Therapieziel und entsprechende Messinstrumente die Werte beeinflussen. Die mittlere Gesamteffektstärke liegt bei .85.

### *Auf den Punkt gebracht:*

Filialtherapie wird im deutschen Sprachraum zu Unrecht ignoriert. Sie ist sehr ökonomisch (Gruppentraining der Eltern, ca. zehn Sitzungen, dann Supervision), verbessert die Eltern-Kind-Beziehung und vermindert die Symptombelastung der Kinder fast in gleichem Maße wie professionelle Therapien.

### *Schule und Bildung*

Bewirken Lehrkräfte günstigere Prozesse bei Kindern und Jugendlichen, wenn sie sich personenzentriert verhalten? Die Metaanalyse von Cornelius-White (2007; Cornelius-White & Motschnig-Pitrik, 2010; 2014) analysiert 119 Studien aus dem amerikanischen (oft von David Aspy und Flora Roebuck) und deutschen Sprachraum (oft von den Arbeitsgruppen um Reinhard Tausch). Sie beleuchten den Zusammenhang des personenzentrierten Beziehungsangebotes der Lehrkräfte (Empathie, Wertschätzung, Echtheit, Non-Direktivität) mit Schüler-Merkmalen, insbesondere deren sozial-emotionales Verhalten und deren Schulleistung. Die mittlere Gesamteffektstärke liegt bei .65. Sie ist bei sozial-emotionalen Variablen und der Leistungsmotivation etwas höher, bei kognitiven/leistungsbezogenen Merkmalen etwas niedriger, aber immer noch signifikant und mittelstark.

### *Das Gordon-Eltern-Training*

Strukturiert aufgebaute Elternkurse überführen das personenzentrierte Beziehungsangebot in ein Kommunikationstraining. Verkürzt gesagt schulen sie Eltern, empathische Reaktionen und selbstöffnende Statements zu formulieren und dann mit Kindern/Jugendlichen Familienkompromisse zu erzielen (Gordon, 1970; 1972). Zwei Metaanalysen zeigen positive aber inkonsistente, also zueinander nicht passende Ergebnisse. Cedar und Levant (1990) errechnen bei 26 Studien einen Effekt auf positives Elternverhalten von .33, bei Studien, die als methodisch besonders gut beurteilt wurden, von .45 – und bei publizierten

Studien von .81. Der Effekt auf die Kinder ist niedriger, aber follow-up Effekte höher als post-treatment Effekte. Müller, Hager & Heise (2001) errechneten aus 15 anderen, methodisch besseren, meist später und zum Teil in Deutsch erschienen Studien deutlich höhere Effektstärken: im Mittel 1.47, beim Follow-up 2.06. Übereinstimmend finden beide Metaanalysen: ältere Kinder profitieren mehr als jüngere, Follow-up-Effekte sind höher als post-treatment Effekte.

#### *Auf den Punkt gebracht:*

Lehrkräfte und Eltern fördern ihre Beziehung zu jungen Menschen und deren seelische Entwicklung signifikant, wenn sie ein personenzentriertes Beziehungsangebot machen können, das von Empathie, bedingungsfreier Wertschätzung und Echtsein geprägt ist. Die Wirksamkeit personenzentrierter Vorgehensweisen in Bezug auf die Förderung der psycho-sozialen Entwicklung ist sehr gut belegt.

### Limitierungen der Wirksamkeitsforschung

Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie sieht empirische Forschung, insbesondere auch Wirksamkeitsforschung, als positiv. Sie ist grundlegend mit empirischer Forschung verbunden. Rogers und sein Team waren die ersten in der Welt der Psychotherapie, die solche Forschung betrieben und nachwiesen, dass und wie ihre Therapie wirkte.

#### *Aus der Geschichte: Psychotherapieforschung in den frühen Jahren der Personenzentrierten Beratung und Psychotherapie*

Carl Rogers war der erste Psychotherapeut, der ein neues Verfahren entwickelte und dessen Wirksamkeit empirisch untersuchte. Er entwickelte zusammen mit seinen Mitarbeitern ab 1940 zunächst Messinstrumente, die das sprachliche Verhalten der beteiligten Personen erfassen. Der klassische Forschungsansatz im Rahmen der Personenzentrierten Therapie bestand darin, Audioaufnahmen therapeutischer Gespräche anzufertigen und von mehreren trainierten Beobachtern beurteilen zu lassen. Die erfassten Parameter wurden dann miteinander in Beziehung gesetzt. Am häufigsten wurde die Beziehung zwischen der therapeutischen Empathie und der Klienten-Selbstexploration untersucht. Ergänzt wurde dies durch die Ergebnisse von Persönlichkeitsfragebögen. Rogers & Dymond (1954), Truax & Carkhuff (1967) sowie Truax & Mitchell (1971) fanden bei insgesamt über 2000 Psychotherapieklienten Verbesserungen, wenn die behandelnden Personen ein hohes Ausmaß an

Empathie, positiver Wertschätzung und Echtsein verwirklichten.

Luborsky und Mitarbeiter (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Luborsky et al., 2002) zählten aus, in wie vielen methodisch befriedigenden Vergleichsstudien ein Therapieverfahren besser, gleich gut oder schlechter abgeschnitten hatte als ein anderes. Sie stellten fest, dass die Unterschiede zwischen den großen Verfahren gering waren und brachten dieses Ergebnis mit dem schon oben zitierten Dodo-Bird-Verdict auf den Punkt. Mit dieser Untersuchung schien die Frage der Wirksamkeit von Psychotherapien geklärt. Psychotherapien sind wirksam, und die verschiedenen großen Ansätze der Psychotherapie unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit kaum.

In den folgenden Jahren und bis heute gibt es allerdings immer wieder Metaanalysen, die eine leichte Überlegenheit der Verhaltenstherapie, vor allem bei Symptom-Maßen ausweisen. (z. B. Smith, Glass & Miller, 1980; Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Heute zeigen Belege, dass dies vor allem an unberücksichtigter researcher allegiance, am Focus auf Symptom-Maßen und an den Limitierungen der metaanalytischen Methodik liegt.

Offene Fragen waren für Carl Rogers immer eine Herausforderung. Er war ein leidenschaftlicher Psychotherapeut, aber auch ein leidenschaftlicher Forscher. Er glaubte an den wissenschaftlichen Fortschritt und vertrat die Auffassung, dass Erkenntnisgewinn der Suche nach der Wahrheit dient. Wenn Forschungsergebnisse die eigenen Theorien bestätigen, sind sie ein Ansporn, diese Forschung weiterzuführen. Wenn sie ihnen widersprechen, geben sie Anlass, die Theorien kritisch zu hinterfragen und sie zu modifizieren oder durch andere zu ersetzen. Diese Auffassung gipfelte in der häufig zitierten Aussage: „The facts are always friendly, every bit of evidence one can acquire, in any area, leads one much closer to what is true“ („Die Tatsachen sind immer freundlich, (...) jedes bisschen Beweismaterial, das man bekommen kann, führt einen um eben so viel näher an die Wahrheit heran.“) (Rogers, 1961, p. 25; dt.: 2009, S. 40f.).

Dies gilt bis heute. Ohne manifeste Belege der Wirksamkeit verschwindet ein Verfahren, und die Personenzentriert-Experienzielle Psychotherapie verdankt es allein ihrer lebendigen Forschung, dass sie nach wie vor zu den großen vier Verfahren dieser Welt zählt. Die folgenden Limitierungen kritisieren darum nicht die empirische Psychotherapieforschung oder Metaanalysen *an sich*, auch nicht das ‚Gros‘ der CBT-Forschung, deren Vertreter der Personenzentriert-Experienziellen Arbeit fast immer mit Wertschätzung gegenüber stehen. Sie plädieren aber für Wachsamkeit, Sorgfalt und wissenschaftliche Seriosität.



*Limitierung 1: diagnosespezifische Wirksamkeits-Scores*

Insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) vertritt die Position, zur Messung der Wirksamkeit vor allem Zahlenwerte über die Reduzierung von Symptomen zu nehmen, und nennt diese Primär-Maße (primary measures). Dies wird dem Klienten nicht voll gerecht und entspricht nur dem Therapieverständnis der CBT. Die anderen drei großen Therapieverfahren sehen in der Regel innere und soziale Konflikte als primäre Störungsquelle, Symptome entwachsen daraus sekundär. Neben Symptomen müssen auch Klientenziele, wie z. B. Selbstwert, Lebenszufriedenheit, innere Klarheit, Beziehungsfähigkeit oder Resilienz, als Wirksamkeitsmaße verwendet werden.

Diagnose-basierte Wirksamkeitsforschung muss berücksichtigen, dass Diagnosen eine schlechte Reliabilität haben, d. h. verschiedene Behandler kommen oft zu unterschiedlichen Diagnosen. Dies liegt auch an der Komorbidität seelischer Störungen: Die meisten Klienten haben Probleme aus mehreren Diagnosebereichen. Seit dem DSM III (American Psychiatric Association, 1980) ist es allerdings zur Regel geworden, Komorbiditäten zu erfassen und die Reliabilitäten wurden besser (Aboraya, Rankin, France, El-Missiry, & Collin (2006). Caspi, Houts, Belsky, Goldman-Mellor, Harrington, Israel & Mofflin (2014) vertreten gleichwohl, einen generellen Psychopathologiefaktor im Rahmen der Struktur psychiatrischer Störungen anzunehmen, den „p-factor“. Ihre Analysen plädieren für einen störungsunspezifischen Anteil beim Verstehen psychischer Belastungen.

*Auf den Punkt gebracht:*

Diagnosebasierte Wirksamkeitsforschung ist nur begrenzt valide. Sie bildet die Klientenrealität, die Forschungslage zur Komorbidität und die eingeschränkte Diagnose-Reliabilität nur unzureichend ab. Wenn sie sich auf Symptom-Maße begrenzt, benachteiligt sie gegenüber CBT alle anderen Therapieverfahren, die die Person des Klienten vollständiger sehen. Es ist bemerkenswert, dass PZE Therapie sich selbst in Vergleichsstudien, deren Forschungs-Standards CBT begünstigen, durchweg als gleich wirksam zeigt.

*Limitierung 2: manipulieren quantitativer empirischer Daten*

Die beliebtesten Methoden sind:

- *Manipulation der Statistik:* Indem die Forschenden die Teilnehmenden-Gruppe an einer Studie strickt homogen halten, halten sie die Standardabweichung der Störungsmaße künstlich klein, was Cohen's d aufbläst (vgl. Box 1 oben). Wie einzelne Metaanalysen triviale Unterschiede tendenziell interpretieren, zeigt die Analyse von Wampold et al. (2017) für drei aus CBT Perspektive erstellten vergleichenden Metaanalysen.

- *Eine Placebo-Behandlung als Therapieverfahren bezeichnen:* Forschende geben der Kontrollgruppe einer Vergleichsstudie eine „Intend-to-fail“/Placebo Behandlung, benennen dieses Placebo mit einem Verfahrensnamen und weisen es als „Behandlung“ aus. Die Wirksamkeit der eigenen favorisierten Behandlungsform, meist CBT, stellen sie anschließend als dem anderen Verfahren überlegen hin. So bei Weisz et al., die für Personzentrierte Therapie 1987 zunächst einen Effekt von .56 und 1995 nur noch einen Effekt von .15 (!) fanden. Der Grund: sie nahmen für die Studie in 1995 in die Kontrollgruppe sechs Quasi-Placebo Behandlungen, die sie „client-centered“ nannten.

- *In Meta-Analysen vornehmlich solche Primär-Studien inkludieren, die das gewünschte Ergebnis der Forschenden stützen:* Wampold et al. (2017) belegen detailliert, wie einige CBT-konforme Metaanalysen zum Teil methodisch indiskutable Studien aufnehmen und zugleich Studien unberücksichtigt bleiben, die Unerwünschtes belegen, hier dass CBT nicht überlegen ist. Auch die Personzentrierte Spieltherapie ist davon nicht frei. Lin und Bratton's Metaanalyse von 2015, nun als methodisch besonders unangreifbar ausgelegt, weist nur einen halb so großen Effektscore aus wie die Metaanalyse von Bratton et al. von 2005.

- *Studien ausschließen:* Für das Ausschließen von Studien als Belege hat der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der deutschen Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer (2010) etwas Besonderes gefunden. Anders als weltweit üblich betrachtet er nicht Effektstärken oder Metaanalysen, sondern nur methodische Merkmale von Studien – solange Signifikanz besteht. Für diese wurde ein Punktesystem mit seitenlangen, extrem kleinteiligen Kriterienlisten erdacht, über die Experten endlos argumentieren können und deren Anwendung Außenstehende, wie z. B. Gesundheitspolitiker, nicht mehr nachvollziehen können. Das scheinbar objektiv-quantitative kippt ins paradoxe Gegenteil. Es entzieht sich der Kontrolle von außen.

*Limitierung 3: beliebige Verfahrensdefinitionen,*

z. B. Forschende ordnen einzelne therapeutische Vorgehensweisen nach Belieben einem Verfahren zu oder nicht, je nach gewünschtem Ergebnis, Wampold et al. (2017) belegen das im Einzelnen. Ein anderes Beispiel: Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer Deutschlands (2010) begreift CBT als ein Verfahren trotz der Vielzahl ausgesprochen heterogener Vorgehensweisen, die sich dazu zählen. Dem gegenüber sieht das Gremium die Vorgehensweisen der humanistischen Psychotherapien als zu heterogen um als ein Verfahren zu gelten, obwohl sie alle auf einem ähnlichen Menschenbild und Störungsverständnis beruhen.

### Fachlicher Hintergrund: Psychotherapeutische Wirkfaktoren anstelle von Psychotherapieverfahren

Grawe (1998) hielt aufgrund seiner Wirksamkeitsforschung das Denken in psychotherapeutischen Schulen für obsolet und sah die Wirkung von Psychotherapie durch fünf Wirkfaktoren bestimmt, ohne direkten Bezug zu therapeutischen Verfahren.

- Therapeutische Beziehung: Die Beziehungsqualität zwischen Fachkraft und Klient.
- Ressourcenaktivierung: Alle Klienten verfügen über Motivation, Interessen, Fähigkeiten, Persönlichkeit, die den Therapieerfolg stützen.
- Problemaktualisierung: Klienten erleben die mit ihren Anliegen verbundenen Gefühle und Motive unmittelbar in der Therapiesitzung, etwa durch empathische Gespräche, Rollenspiele, In-vivo-Expositionen, Entspannungs- und Imaginationsübungen.
- Motivationale Klärung: Klienten gewinnen Einsicht in innere Konflikte, Motive, Erleben, deren lebensgeschichtliche Zusammenhänge und aktuelle Einflüsse.
- Problembewältigung: Unterstützung der Klienten beim Finden und Umsetzen von Lösungen zur Bewältigung konkreter Probleme.

Messer und Wampold (2002) argumentieren aus amerikanischer Perspektive in gleicher Weise. Fröhlich-Gildhoff (2008) übertrug dies auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

### Auf den Punkt gebracht:

PZE Beratung und Therapie steht in direkter Tradition der empirischen Psychotherapieforschung, die Rogers mitbegründete. Sie ist unverzichtbar, wenn wir Wahrheiten darüber finden wollen, was Klienten hilft. PZE Therapie braucht empirische Psychotherapieforschung geradezu, denn „the facts are always friendly“, wie Rogers (1961, p. 25) betonte. Die PZE-Community muss seriös, kreativ und kompetent forschen, sie muss den politischen Verdrängungsversuchen die Fakten entgegenstellen.

### Fazit

Alle etablierten Psychotherapieverfahren sind im Mittel *gleich wirksam*. Das wissen wir seit den ersten Metaanalysen von Smith und Glass Ende der 1970er Jahre, und es wurde immer wieder bestätigt. Viel interessanter als die Wertigkeit von Verfahren sind Analysen von *Wirkfaktoren*, was vor allem von Grawe (1998) belegt wurde, interessanterweise ein CBT-affiner Forscher. Es ist ineffektiv und tragisch, wieviel Energie in

Rechtfertigungsforschung zum Stützen von Verfahren gegeben wird im Vergleich zum *Erforschen von Prozessen* in der Psychotherapie. Dies förderte die Qualität therapeutischer Prozesse und wäre viel mehr im Interesse der Klienten. Es ist ebenso fragwürdig, wie einzelne CBT-affin Forschende immer aufs neue und mit zweifelhaften Methoden versuchen, eine Überlegenheit zu konstruieren (Wampold et al., 2017).

Wenn wir uns aber im Rahmen der Wirksamkeitsforschung bewegen, benötigen die nicht-CBT-Verfahren andere, allen Verfahren gegenüber faire Standards – und diese müssen sie wahrscheinlich selbst entwickeln. Und auch eine andere Sprache, z. B. für „Gold-Standard“ (Chambless & Hollon, 1998) oder „Primär-Maße“. Der sogenannte „Gold-Standard“ ist ein Labor-Modell, das in psychotherapeutischer Praxis fast undurchführbar ist, allenfalls in Spezial-Kliniken. Also wäre es angebrachter, andere Begriffe zu benutzen, z. B. „Labor-Standard“. Sogenannte „Primär-Maße“, wenn schon ein solcher Begriff, sollten Maße sein, die im Zusammenhang mit inneren und sozialen Konflikten stehen, und andere Maße, die die Person in ihrer Gesamtheit ansprechen. Maße im Sinne von Folgeerscheinungen/Symptomen könnten eher als „Symptom-Maße“ bezeichnet werden. Tatsächlich gibt es bereits einen Vorschlag für einen optimierten Standard, ein generelles Forschungsprotokoll, dass allen Verfahren gerecht wird, und vor allem auch eine Vergleichbarkeit verschiedener Projekte begünstigt (Elliott & Zucconi, 2006). Könnte es zu einem generellen Forschungsstandard weiterentwickelt werden?

„The facts are always friendly“ – diesem Leitsatz von Rogers können alle PZE-Fachkräfte im therapeutisch-psycho-sozialen Feld vertrauen. Die empirische Forschung ist auf unserer Seite: die Person in ihrer Ganzheit sehen, ihr emotionales Erleben entfalten, die Beziehung zum Ausgangspunkt aller Hilfe machen; dies wirkt, immer, und mindestens so viel wie anderes.

### Literatur

- Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A. & Collin, J. (2006). The Reliability of Psychiatric Diagnosis Revisited. *Psychiatry* 23(1), 41–50.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D. C.: Author, 1980.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 129–143.
- Bratton, S., Landreth, G., Kellam, T., & Blackard, S. (2006). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT) Treatment Manual: A 10-Session Filial Therapy Model for Training Parents*. NY: Routledge Publishers of Taylor & Francis Publishing.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy with Children: A Meta-Analytic Review of Treatment

- Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376–390. DOI: 10.1037/0735-7028.36.4.376.
- Behr, M., Hüsson, D., Luderer H. J. & Vahrenkamp, S. (2017). *Gespräche hilfreich führen – Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie – personenzentriert – erlebnisaktivierend – dialogisch*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcomes of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388–400.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S. & Moffin, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137. doi:10.1177/2167702613497473.
- Cedar, B. & Levant, R. F. (1990). A meta-analysis of the effects of Parent Effectiveness Training. *American Journal of Family Therapy*, 18, 373–384.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd Edition). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. doi.org/10.1177/1049731509347850.
- Cooper, M., Watson, J. C. & Hölldampf, D. (2010). *Person-centered and Experiential Therapies Work. A Review of the Research on Counseling, psychotherapy and related practices*. Ross-on-Wye: PCCS-Books.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007). Learner-centered teacher-student relationships are effective: A meta-analysis. *Review of Educational Research*, 77, 113–143.
- Cornelius-White, J. H. D., Motschnig-Pitrik, R. (2010). Effectiveness beyond Psychotherapy: The person-centered, experiential paradigm in education, parenting, and management. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 65–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cornelius-White, J. H. D., Motschnig-Pitrik, R. (2014). Effektivität Personenzentrierter Förderung von Bildung, Bindung, Elternschaft und Entwicklung. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien – Personenzentrierte Beiträge aus 2 Jahrzehnten*. (S. 17–23). Wien: Facultas.
- Elliott, R. & Zucconi, A. (2006). Doing Research on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training: A person-centered/experiential perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(2), 81–100.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1–20.
- 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.
- Frieden, T. R. (2017). Evidence for Health Decision Making — Beyond Randomized, Controlled Trials. *New England Journal of Medicine*, 377(5), 465–475, DOI:10.1056/NEJMr1614394.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2008). Effective Factors in Child and Adolescent Therapy: Considerations for a meta-concept. In M. Behr & J. Cornelius-White (Eds.), *Facilitating Young People's Development: International perspectives on person-centred theory and practice* (pp. 25–39). Ross-on-Wye: PCCS-Books.
- Glass, G. V. (1976). Primary, Secondary and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher*, 5, 3–8.
- Goetze, H. (2013). *Familien spielend helfen*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training: The „no-lose“ program for raising responsible children*. New York: Peter H. Wyden.
- Gordon, T. (1972). *Familienkonferenz*. München: Heyne.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Guerney, B. G. (1964). Filial therapy: Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 376–390.
- Hölldampf, D., Crawford, I., Härtel, J. & Behr, M. (2012). Wirksamkeit Filialtherapeutischer Elterntrainings bei Eltern von Risikokindern. In S. Kägi & U. Stenger (Hrsg.), *Forschung in der Frühpädagogik – Grundlagen-, Professionalisierungs- und Evaluationsforschung* (S. 302–320). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- Jensen, S. A., Biesen, J. N. & Graham, E. R. (2017). A Meta-Analytic Review of Play Therapy with Emphasis on Outcome Measures. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(5), 390–400.
- Kaminski J. W., Valle L. A., Filene J. H., & Boyle C. L. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(4):567–589. doi:10.1007/s10802-007-9201-9.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65(2), 110–136. http://dx.doi.org/10.1037/h0022911.
- Landreth, G. L. & Bratton, S. C. (2006). *Child-Parent-Relationship (C-P-R) Therapy: A 10-session filial therapy model*. New York: Routledge.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy – A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300(13), 1551–1565.
- Lin, Y.-W. & Bratton, S. C. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45–58. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well — mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160.
- Messer, S. B. & Wampold, B. E. (2002). Let's Face Facts: Common Factors are More Potent than Specific Therapy Ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 18–22.
- Miller, R. M. & Rollnik, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Auflage). Freiburg: Lambertus.
- Miller, S., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1): 5–14. DOI: 10.1080/10503300701472131.
- Müller, T. C., Hager, W. & Heise, E. (2001). Zur Effektivität des Gordon-Eltern-Trainings (PET) – eine Meta-Evaluation. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 32 (3), 339–364.
- Nuding, D. (2018). *Effects of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People: Review and Meta-Analysis*. Köln: GwG-Verlag.
- Pinquart, M., Oslejsek, B. & Teubert, D. (2016). Efficacy of Systemic Therapy on Adults with Mental Disorders: A Meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241–257.
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The Study of a Science, Vol. 3 Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. NY: Houghton Mifflin. [Dt.: (2009) *Entwicklung der Persönlichkeit* (17. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta].

- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633–653.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Speierer, G. W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Heidelberg: Asanger.
- Stephen, S., Elliott, R. & Macleod, R. (2011). Person-centred therapy with a client experiencing social anxiety difficulties: A hermeneutic single case efficacy design. *Counselling & Psychotherapy Research*, 11, 55–66.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Connell, J. (2007). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 37, 1–12.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.
- Sydow, K. von, Behr, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- 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). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Truax, C. B., Mitchell, M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin, S. L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 299–344). New York: Wiley.
- Van Fleet, R. (1994). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Wampold, B. E., Flückiger, C., Del re, A. C., Yulish, N. E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardset, T. P., Laska, K. M. & Hilsen Roth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1–2), 14–32. doi.org /10.1080/10503307.2016.1249433.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542–549.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450–468.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. (2010). *Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf> [16. 4. 2014].

# Hängt das Selbsterleben von Patient\*innen in der Psychotherapiesunde mit ihrem Bindungsmuster zusammen?

## Ergebnisse einer Pilotstudie

Klaus-Peter Seidler  
Hannover, Deutschland

Diether Höger  
Freiburg, Deutschland

Von der Bindungstheorie werden unterschiedliche Strategien beschrieben, wie Menschen aufgrund früherer Bindungserfahrungen aktuelle Situationen von Bedrohung oder (innerer) Not emotional und interpersonell bewältigen. Dabei werden eine sichere, deaktivierende und hyperaktivierende Strategie und entsprechende Muster von sicherer, unsicher-vermeidender und unsicher-ambivalenter Bindung unterschieden. Die Studie geht der Frage nach, ob das Selbsterleben von Patient\*innen in der Therapiestunde in Abhängigkeit von ihrem Bindungsmuster unterschiedlich ausfällt. Es wird angenommen, dass dieses für Patient\*innen mit sicherem Bindungsmuster unproblematischer bzw. positiver als für Patient\*innen mit unsicherem Bindungsmuster ausfällt und bei den unsicheren Bindungsmustern durch unterschiedliche Merkmale gekennzeichnet ist. Zudem wird davon ausgegangen, dass sich die erwarteten Unterschiede insbesondere in der Therapieanfangsphase zeigen. Untersucht wurden die ersten 15 Therapiestunden von 55 Patient\*innen in Personenzentrierter Einzelpsychotherapie. Das Bindungsmuster wurde anhand des Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen (BFKE) und das stundenbezogene Selbsterleben anhand des Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB) erhoben. Die ersten fünf Stunden wurden als Therapieanfangsphase zusammengefasst und mit den folgenden Stunden verglichen. Die statistische „Analyse“ (H- und Wilcoxon-Test) bestätigen die Hypothesen weitgehend, wobei die Ergebnisse insbesondere aufgrund der kleinen Stichprobengröße als vorläufig zu betrachten sind. Es werden ausführliche Hinweise in Hinblick auf weiterführende Studien gegeben und Empfehlungen für die therapeutische Praxis ausgeführt.

*Schlüsselwörter:* Bindungsmuster, Patient\*in, Personenzentrierte Psychotherapie, Therapieprozess, Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE), Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB)

**Is there a relation between patients' attachment pattern and the way they experience themselves in psychotherapy sessions? Results of a pilot study.** Attachment theory describes different strategies of how people can handle current situations of threat or (inner) distress emotionally and interpersonally based on previous attachment experiences. A distinction is made between a secure, deactivating and hyperactivating strategy and corresponding patterns of secure, insecure-avoiding and insecure-ambivalent attachment. The study investigates whether the self-experience of patients in therapy varies depending on their pattern of attachment. It is assumed that the self-experience is less problematic or more positive for patients with a secure attachment pattern and shows different characteristics for the insecure attachment patterns. In addition, it is assumed that the expected differences are pronounced in the beginning of therapy. The first 15 therapy sessions of 55 patients in person-centered individual psychotherapy were examined. The pattern of attachment was assessed using the Bielefeld Clients' Expectations Questionnaire and the self-experience in therapy sessions with the Bielefeld Client Experience Questionnaire. The first five therapy sessions were combined as the initial phase of therapy and compared with the following hours. The statistical analyzes (H- and Wilcoxon-test) confirm the hypotheses to a large extent, although the results should be considered preliminary, in particular due to the small sample size. Detailed considerations are made with regard to further studies and recommendations for therapeutic practice are given.

*Keywords:* attachment pattern, client, person-centered therapy, therapy process, the Bielefeld Clients' Expectations Questionnaire, the Bielefeld Client Experience Questionnaire

---

**Klaus-Peter Seidler**, 1956, Dr., apl. Prof. an der Medizinischen Hochschule Hannover, Psychologischer Psychotherapeut, Ausbildungsbeauftragter und Ambulanzleiter am Institut für Psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung (IPAW), Ausbilder in Klientenzentrierter Psychotherapie (GwG). Forschungsschwerpunkte: Bindungsforschung und körperorientierte Psychotherapie. Kontakt: seidler.klaus-p@mh-hannover.de

---

**Diether Höger**, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Qualifikation als Ausbilder in Klientenzentrierter Psychotherapie (GwG). Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie. Kontakt: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

Wenn die Aussagen der Bindungstheorie auf die Psychotherapie angewendet werden (vgl. Höger, 2007; Höger & Müller, 2002), dann kann angenommen werden, dass sich Patient\*innen, die sich in Psychotherapie begeben, in aller Regel in einer Notlage befinden und dass deswegen ihr Bindungssystem aktiviert ist, sodass sie bei ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten Sicherheit suchen, d. h. zumindest zunächst vor allem Schutz und Hilfe. Weiterhin lässt sich annehmen, dass ihr Beziehungsangebot an die Therapeutin bzw. den Therapeuten bedeutsam durch ihr jeweiliges Bindungsmuster bestimmt wird.

Bindungsmuster gelten als adaptive Strategien einer Person, die sie aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen in bindungsrelevanten Situationen entwickelt hat, also solchen, in der sie der Nähe, des Schutzes und der Fürsorge durch andere bedurfte. Bindungsmuster spiegeln wider, was eine Person gelernt hat, mit welchen Verhaltensweisen und Formen der Erlebnisverarbeitung sie mit ihren Bindungsbedürfnissen am ehesten zurechtkam. Diese Lernerfahrungen sind in einem Repräsentationssystem, dem „internalen Arbeitsmodell“ („inner working model“ nach Bowlby, 1969; vgl. auch Main, Kaplan & Cassidy, 1985), gespeichert und steuern das Verhalten in bindungsrelevanten Situationen.

Main (1990) unterscheidet zusammenfassend drei grundlegende Strategien, nach denen interne Arbeitsmodelle organisiert sein können. Die erste, die *primäre Strategie* entspricht dem „sicheren“ Bindungsmuster. Sie entwickelt sich dann, wenn in der bisherigen Lebensgeschichte einer Person feinfühlig Bindungspersonen weitgehend zuverlässig die Bindungsbedürfnisse dieser Person nach Hilfe und/oder Zuwendung verstanden und befriedigt haben.

War dies nicht der Fall, entwickeln sich *sekundäre Strategien*. Sie entsprechen den „unsicheren“ Bindungsmustern und repräsentieren diejenigen Muster des Verhaltens und der Erlebnisverarbeitung, die es der Person ermöglichen, für ihre Bindungsbedürfnisse unter den gegebenen äußeren Bedingungen ein wenigstens relatives Optimum zu erreichen. Diese Strategien überlagern mehr oder weniger die primäre Strategie und können u. U. diese auch vollständig ersetzen. Entsprechend den grundlegenden Verhaltensweisen der Bindungspersonen werden von Main (1990) zwei sekundäre Strategien unterschieden.

Die *deaktivierende Strategie* entspricht dem „unsicher-vermeidenden“ Bindungsmuster und hat sich dann als zweckmäßig erwiesen, wenn die Bindungsbedürfnisse durch die Bindungsperson konstant frustriert worden sind. Sie besteht darin, dass die Person eigenes Bindungsverhalten mehr oder weniger unterdrückt, die zugehörigen Wünsche und Gefühle nicht oder verzerrt symbolisiert sowie Nähe in Beziehungen vermeidet.

Anders die dem „unsicher-ambivalenten“ Bindungsmuster entsprechende *hyperaktivierende Strategie*: Sie entwickelt sich dann, wenn die Befriedigung oder Frustration von

Bindungsbedürfnissen nicht vorhersehbar war, und gründet auf der ständigen Unsicherheit, ob Hilfe und Unterstützung erreichbar sind und auch bleiben. Die Folge ist, dass das Bindungssystem bzw. das Bindungsverhalten ständig und in erhöhtem Maße aktiviert ist. Damit verbunden sind Verlassensangst und Misstrauen, Anklammern und Einfordern von Zuwendung, zusammen mit Wut und Enttäuschung, wenn sie nicht hinreichend gewährt wird.

Bezogen auf Psychotherapie lässt sich somit folgende allgemeine Hypothese formulieren: Wenn in der Therapie das Bindungssystem bei Patient\*innen aktiviert ist und dies deren Verhalten und Erleben maßgeblich mitbestimmt, dann werden Patient\*innen ihre Psychotherapie in Abhängigkeit von ihrem Bindungsmuster unterschiedlich erleben.

In bisherigen Forschungen wurde dies vor allem in Hinblick darauf untersucht, wie das therapeutische Arbeitsbündnis von Patient\*innen erlebt wird (Smith, Msetfi & Golding, 2010). Etwas überraschend zeigen Meta-Analysen wohl signifikante aber vom Ausmaß her kleine Korrelationen zwischen dem Bindungsstil<sup>1</sup> von Patient\*innen in engen Beziehungen und ihrer Einschätzung des therapeutischen Arbeitsbündnisses auf. So schätzen Patient\*innen das therapeutische Arbeitsbündnis negativer ein, wenn bei ihnen ein ängstlicher Bindungsstil ( $r = -.12$ ) oder ein vermeidender Bindungsstil ( $r = -.14$ ) im Sinne einer hyperaktivierenden bzw. deaktivierenden Strategie vorliegt (Bernecker, Levy & Ellison, 2014), und positiver bei Vorliegen von Bindungssicherheit ( $r = .17$ ; Diener & Monroe, 2011). Wesentlich deutlichere Zusammenhänge finden sich hingegen, wenn nicht der allgemeine Bindungsstil in engen Beziehungen sondern der auf die jeweilige Person der Therapeutin bzw. des Therapeuten bezogene Bindungsstil herangezogen wird (Mallinckrodt & Jeong, 2015): Patient\*innen beurteilen das therapeutische Arbeitsbündnis positiver, wenn sie eine sichere Bindung zu ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten aufweisen ( $r = .76$ ) oder keine vermeidende Bindung zu ihr bzw. ihm beschreiben ( $r = -.63$ ). Hingegen weist eine präokkupierte Bindung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten im Sinne einer hyperaktivierenden Strategie keinen Zusammenhang zur erlebten Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses auf.

Unseres Wissens liegt bislang keine Studie vor, in der explizit das *Selbsterleben* von Patient\*innen in der Therapie in Abhängigkeit von deren Bindungsmuster untersucht wurde. Mit *Selbsterleben* soll hier nicht das Experiencing von Patient\*innen gemäß dem Konzept von Gendlin (Bommert & Dahlhoff, 1978) gemeint sein, sondern wie sich Patient\*innen selbst *in*

1 Es wird im Folgenden der Begriff *Bindungsstil* verwendet, wenn das Bindungsmuster anhand von Fragebögen zum bindungsbezogenem Erleben bzw. bindungsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen erfasst wurde.

der *Therapiesituation* erleben: Bereitet es ihnen z. B. Angst, über sich zu sprechen, können sie sich im Verlauf einer Therapie- stunde entspannen, fühlen sie sich im Kontakt mit der The- rapeutin bzw. dem Therapeuten wohl usw.? Für die Person- zentrierte Psychotherapie ist die Frage nach Unterschieden im Selbsterleben in Abhängigkeit vom Bindungsmuster von großer Relevanz. Wie Höger und Müller (2002) ausführen, kann ein besseres Verständnis und Wissen hierüber für Therapeut\*in- nen eine hilfreiche Grundlage für deren empathisches Ein- gehen auf den inneren Bezugsrahmen und entsprechender Be- ziehungsangebote der Patient\*innen darstellen. Die vorliegende Studie soll hierzu einen Beitrag liefern. Es wird dabei die An- nahme verfolgt, dass sich das Selbsterleben von Patient\*innen mit einer sicheren Bindung im Vergleich zu Patient\*innen mit einer unsicheren Bindung als positiver bzw. problemfreier dar- stellt. Zudem wird angenommen, dass das Selbsterleben in der Therapiestunde bei unsicher gebundenen Patient\*innen in Ab- hängigkeit davon, ob eine deaktivierende oder hyperaktivie- rende Bindungsstrategie vorliegt, durch unterschiedliche Merk- male gekennzeichnet ist. Es wird des Weiteren angenommen, dass sich die Bindungsbezogenen Unterschiede vor allem in der Therapieanfangsphase zeigen, in der Patient\*innen noch wenig Gelegenheit zu emotional korrigierenden Erfahrungen mit ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten haben.

## Methode

### Stichprobe

Die Stichprobe konstituierte sich aus 55 Patient\*innen (45 weib- lich) in erwachsenem Alter von 13 erfahrenen Gesprächspsy- chotherapeut\*innen<sup>2</sup> (7 weiblich) aus Deutschland und der Schweiz. Die Studie wurde als Pilotstudie mit dem Ziel kon- zipiert, die Untersuchung der oben aufgeführten Fragestellung im ambulanten Setting unter naturalistischen Bedingungen bei freipraktizierenden Psychotherapeut\*innen realisieren zu können. Dementsprechend sollte die forschungsbedingte Be- anspruchung von Patient\*innen und Therapeut\*innen mög- lichst gering gehalten werden, so dass darauf verzichtet wurde, soziodemographische Merkmale und die Diagnose der Pa- tient\*innen oder weitere Kovariablen, wie den Bindungsstil der Therapeut\*innen, zu erheben. Die mittlere Dauer der The- rapie betrug 48.46 Stunden ( $SD = 31.91$ ).

<sup>2</sup> Bei der Datenerhebung für diese Studie haben mitgewirkt: Raimund Dörr, Andrea Domnick, Ute Fiedler, Dirk Fiedler, Charlotte Groeflin- Buitink, Ernst Hemmert, Anita Holzer-Sonderegger, Hanne Hum- mel, Doris Müller, Sibylle Neidhart, Henriette Petersen, Serge Racine, Anette Schmoeckel und Patrik Zahno. Ihnen sowie ihren Patient\*in- nen sei dafür herzlich gedankt.

### Messinstrumente

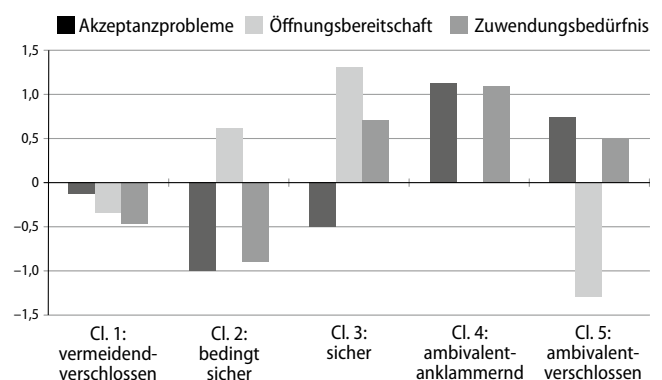
#### Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen

Die Bindungsmuster der Patient\*innen wurden mit dem Bie- lefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE; Höger, 1999) zu Beginn der Behandlung bestimmt. Dieser besteht aus folgenden drei faktorenanalytisch begründeten Skalen:

- (1) **Akzeptanzprobleme:** Die Patientin bzw. der Patient erwar- tet, von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten, so wie sie bzw. er ist, nicht akzeptiert werden zu können (z. B. „Ich befürchte, dass mein Therapeut/meine Therapeutin auf Dis- tanz zu mir gehen könnte, wenn er/sie wüsste, was wirk- lich in mir vorgeht.“).
- (2) **Öffnungsbereitschaft:** Die Patientin bzw. der Patient erwar- tet, sich gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten öffnen und Auskunft über ihr bzw. sein Erleben geben zu können (z. B. „Ich werde mit meinem Therapeuten / mei- ner Therapeutin recht leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren vorgeht.“).
- (3) **Zuwendungsbedürfnis:** Der *bewusste* Wunsch der Patien- tin bzw. des Patienten, dass sich die Therapeutin bzw. der Therapeut ihr bzw. ihm zuwenden und sich speziell um sie bzw. ihn kümmern möge (z. B. „Wenn sich mein Therapeut/ meine Therapeutin einmal nicht genug um mich kümmern sollte, würde mich das schon sehr entmutigen.“).

Die Skalen weisen eine gute interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha im Bereich von .83 bis .84). Anhand einer Normstich- probe wurden mittels dieser Skalen clusteranalytisch fünf Bin- dungsmuster identifiziert (Höger, 1999), wie sie in Abbildung 1 wiedergegeben sind.

**Abbildung 1: Konfiguration der mittleren Skalenwerte (z-Werte) für die fünf Cluster im BFKE (Höger, 1999).**



Ausgehend von Mains Strategiemodell (Main, 1990) sind Per- sonen, die dem mittleren Cluster 3 angehören, einer primä- ren Strategie des Bindungssystems, also einem sicheren Bin- dungsmuster, zuzuordnen: Die Öffnungsbereitschaft und das Zuwendungsbedürfnis sind erhöht, die Akzeptanzprobleme

vermindert. Bei den beiden Clustern rechts (4 und 5) ist demgegenüber eine ambivalente Erwartungshaltung mit einem erhöhten Zuwendungsbedürfnis einerseits und mit hohen Akzeptanzproblemen andererseits zu verzeichnen. Diese Kombination deutet auf eine misstrauische Ängstlichkeit (vgl. Höger & Buschkämper, 2002) und damit auf eine hyperaktivierende Strategie des Bindungssystems hin. Dabei repräsentieren die beiden Cluster eine wenig öffenungsbereite (verschlossene) und eine diesbezüglich neutrale (anklammernde) Variante der hyperaktivierenden Strategie.

Das Cluster 1 zeigt eher wenig ausgeprägte Skalenwerte. Die geringe Öffenungsbereitschaft und das verminderte Zuwendungsbedürfnis fallen komplementär zum „sicheren“ Cluster aus und weisen auf eine vermeidende und verschlossene Haltung hin, so dass bei diesem Cluster von einer deaktivierenden Bindungsstrategie auszugehen ist. Cluster 2 wurde bei den anderen üblichen Bindungsfragebögen bisher nicht identifiziert (vgl. Höger, 2002), erwies sich jedoch in dem parallelen Bindungsfragebogen, dem Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE; Höger & Buschkämper, 2002; Höger, Stöbel-Richter & Brähler, 2008), und bei unterschiedlichen Stichproben als hochgradig stabil. Mehrere Studien (Domscheit, 2007; Grau, Clashhausen & Höger, 2003; Höger & Buschkämper, 2002) haben ergeben, dass bei anderen Bindungsfragebögen die Personen dieses Clusters weitgehend mit denen von Cluster 3 gemeinsam als „sicher“ klassifiziert werden. Hingegen spricht das deutlich verminderte Zuwendungsbedürfnis gegen eine primäre Strategie des Bindungssystems bzw. ein sicheres Bindungsmuster und für eine sekundär deaktivierende Strategie, allerdings in deutlich anderer Form als bei Cluster 1. Validitätsstudien zum BFPE zeigen, dass Personen des Clusters 2 wohl ebenso wie sicher gebundene Personen des Cluster 3 erreichbar für bindungsrelevante Bedürfnisse und Gefühle sind, sich jedoch mit ihren eigenen Ansprüchen betont zurückhalten (Kuppardt, 1999). Zugleich schließen sie unangenehme Gedanken und damit zusammenhängende Gefühle aus ihrem Bewusstsein weitgehend aus (Clashhausen, 1999). Wegen der gewissen Ähnlichkeit mit Cluster 3 wird dieses Cluster als „bedingt sicher“ bezeichnet.

Die Bestimmung des Bindungsmusters der Patient\*innen in dieser Studie erfolgte gemäß dem von Höger (1999) beschriebenen Verfahren für den BFKE, wonach eine Cluster-Zuordnung über die Methode des kleinsten Abstandes zum Clusterzentroid erfolgt.

#### Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen

Um das Selbsterleben der Patient\*innen in der Therapie zu erfassen, wurde der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB; Höger & Eckert, 1997) verwendet, der von den Patient\*innen jeweils nach einer Therapiestunde ausgefüllt wurde.

Dieses Instrument besteht aus sechs faktorenanalytisch begründeten Skalen:

- (1) **Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin** (Beispiel-Item: „Heute fühlte ich mich bei meinem Therapeuten/meiner Therapeutin gut aufgehoben.“),
- (2) **Zurechtkommen mit sich selbst** (Beispiel-Item: „Es fiel mir heute leicht, mich selbst, meine Probleme und mein Erleben ins Auge zu fassen.“),
- (3) **Veränderungserleben** (Beispiel-Item: „Durch das heutige Gespräch bin ich zu einer anderen Sicht meiner Probleme gekommen.“),
- (4) **Erleben von Sicherheit und Zuversicht** (Beispiel-Item: „In diesem Gespräch habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen.“),
- (5) **Beruhigung** (Beispiel-Item: „Durch das heutige Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.“),
- (6) **körperliche Entspannung vs. Erschöpfung** (Beispiel-Item: „Nach dieser Stunde fühle ich mich körperlich erholt und entspannt.“).

Die Skalen reichen von *stimmt überhaupt nicht* (0) bis *stimmt genau* (5) und weisen eine akzeptable bis gute interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha im Bereich von .69 bis .87).

#### Statistische Analyse

Die vorliegende Studie beschränkt sich auf die Analyse der BIKEB-Werte der ersten 15 Therapiesitzungen. Da sich in einer früheren Untersuchung (Höger & Wissemann, 1999) ergeben hatte, dass sich das Patient\*innenerleben in der Anfangsphase einer Therapie (erste bis fünfte Stunde) von demjenigen in späteren Sitzungen unterscheidet, sollte erfasst werden, ob sich dies auch für die fünf Bindungsmuster des BFKE abbildet. Hierfür wurden jeweils für die Stunden 1 bis 5 und 6 bis 15 die mittleren Werte für die BIKEB-Skalen bestimmt.

Da Ausreißer in kleinen Stichproben, wie der hier vorliegenden, bei parametrischen statistischen Analyseverfahren zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen, wurden non-parametrische Verfahren (H-Test, Wilcoxon-Test) gewählt. Bei den nachfolgenden Paarvergleichen zum H-Test wurde eine Bonferroni-Adjustierung des Signifikanzniveaus vorgenommen. Um der geringen Test-Power bei dem vorliegenden kleinen Stichprobenumfang zu begegnen, sollten nicht nur Ergebnisse, die auf dem 5%-Niveau signifikant sind, bei der Ergebnisdarstellung und Interpretation berücksichtigt werden, sondern auch „tendenziell“ signifikante Ergebnisse auf dem 10%-Niveau. Die statistische Datenanalyse erfolgte mit SPSS<sup>®</sup>, Version 25.



**Tabelle 1: Mittelwerte (Standardabweichung in Klammern) der BIKEB-Skalen für die fünf BFKE-Bindungsmuster und die Therapiephasen**

BIKEB-Skalen	Therapiephase	BFKE-Cluster				
		1 (n = 12)	2 (n = 24)	3 (n = 10)	4 (n = 6)	5 (n = 3)
(1) Zurechtkommen mit d. Therapeuten	Std. 1–5	4.1 (0.4)	4.4 (0.4) <sup>4</sup>	4.5 (0.4) <sup>4</sup>	3.5 (0.5) <sup>2,3</sup>	3.9 (0.9)
	Std. 6–15	4.0 (0.6)	4.3 (0.4) <sup>4</sup>	4.5 (0.3) <sup>4</sup>	3.5 (0.5) <sup>2,3</sup>	4.0 (0.9)
(2) Zurechtkommen mit sich selbst	Std. 1–5	3.1 (0.7) <sup>2</sup>	3.9 (0.5) <sup>1,4</sup>	3.6 (0.7)	2.9 (0.6) <sup>2</sup>	3.1 (1.3)
	Std. 6–15	3.3 (0.8)	3.7 (0.6)	3.5 (0.7)	3.0 (0.5)	2.3 (1.2)
(3) Veränderungserleben	Std. 1–5	2.9 (0.6)	3.4 (0.6) <sup>5</sup>	3.1 (0.8)	2.3 (0.9)	1.7 (0.4) <sup>2</sup>
	Std. 6–15	3.2 (0.7)	3.4 (0.6)	3.3 (0.7)	2.8 (0.7)	2.6 (1.1)
(4) Erleben v. Sicherheit u. Zuversicht	Std. 1–5	2.6 (0.9)	2.8 (0.8)	3.0 (1.1)	1.9 (1.3)	1.8 (1.0)
	Std. 6–15	2.7 (0.9)	3.0 (0.9)	3.2 (0.8)	2.4 (1.0)	2.4 (1.0)
(5) Beruhigung	Std. 1–5	2.8 (0.6)	3.3 (0.5) <sup>5</sup>	3.0 (1.0)	2.8 (0.8)	1.8 (0.2) <sup>2</sup>
	Std. 6–15	2.9 (0.6)	3.1 (0.6)	3.0 (0.9)	3.0 (0.4)	2.5 (0.2)
(6) Körp. Entspannung vs. Erschöpfung	Std. 1–5	2.6 (0.8)	2.9 (0.7)	2.8 (0.9)	2.3 (0.8)	1.8 (1.3)
	Std. 6–15	2.6 (0.5)	2.9 (0.8)	2.8 (0.9)	2.8 (0.2)	2.0 (1.1)

**Anmerkungen:**

BIKEB-Skalenbereich: 0–5. BFKE-Cluster: Cluster 1: vermeidend-verschlossen, Cluster 2: bedingt sicher, Cluster 3: sicher, Cluster 4: ambivalent-anklammernd, Cluster 5: ambivalent-verschlossen. H-Test: Hochgesetzte Ziffern geben diejenigen Cluster wieder, zu denen signifikante Unterschiede (Bonferroni-adjustiertes  $p < .05$ ) bestehen. Tendenziell signifikante Unterschiede lagen nicht vor. Wilcoxon-Test: Kursiv gesetzte Mittelwerte zeigen einen tendenziell signifikanten Unterschied ( $p < .10$ ) zwischen den Therapiephasen an. Signifikante Unterschiede lagen nicht vor.

**Ergebnisse**

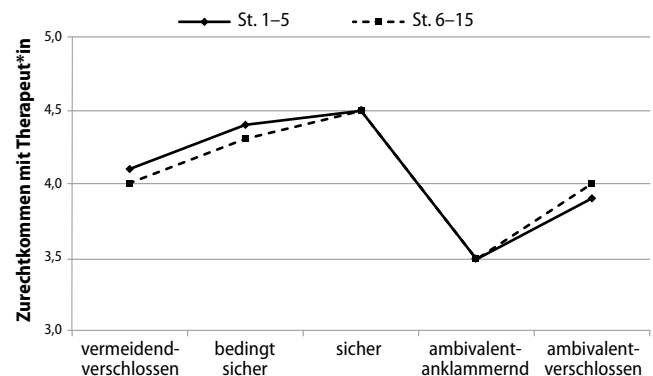
Es ergab sich folgende Verteilung der BFKE-Cluster (vgl. Tabelle 1): 22 % der Patient\*innen wiesen ein vermeidend-verschlossenes Bindungsmuster auf, 44 % ein bedingt sicheres, 18 % ein sicheres, 11 % ein ambivalent-anklammerndes und 5 % ein ambivalent-verschlossenes Bindungsmuster. Die Anzahl der Fälle für die beiden Cluster mit hyperaktivierender Bindungsstrategie fiel damit sehr niedrig aus. Auf eine Zusammenfassung beider Cluster wurde aber verzichtet, um im Sinne des Pilotstudiencharakters der Untersuchung Hinweise auf mögliche Unterschiede zwischen diesen beiden Clustern erfassen zu können, denen in nachfolgenden Studien nachzugehen wäre.

Die Ergebnisse zum Vergleich der Mittelwerte in den BIKEB-Skalen über die fünf BFKE-Cluster sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Die Werte der BIKEB-Skala „Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin“ fallen im Vergleich mit den übrigen Skalen recht hoch aus (vgl. Abbildung 2). Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Therapiephasen zu verzeichnen. Allenfalls zeichnet sich tendenziell für Patient\*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster ein niedrigerer Wert für die spätere Therapiephase (Wilcoxon-Test:  $p = .079$ ) ab, wobei die Mittelwertdifferenz numerisch gering ausfällt. Deutliche Differenzen bestehen hingegen zwischen den Bindungsmustern und zwar für beide Therapiephasen (H-Test:  $p = .007$  bzw.  $.015$ ). In beiden Therapiephasen kamen

die Patient\*innen mit den Bindungsmustern „bedingt sicher“ ( $p = .023$  bzw.  $.047$ ) und „sicher“ ( $p = .011$  bzw.  $.011$ ) mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten deutlich besser zurecht als die ambivalent-anklammernd gebundenen Patient\*innen.

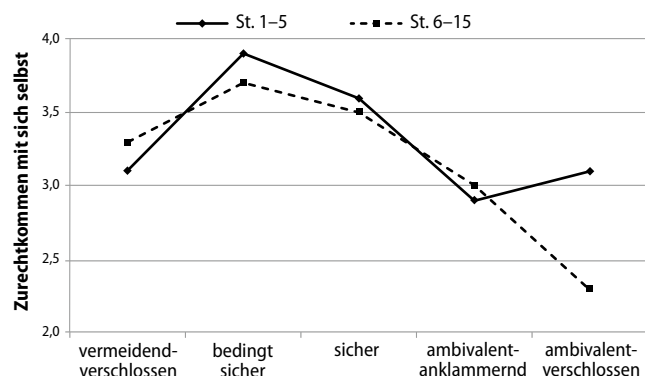
**Abbildung 2: Skalenmittelwerte der BIKEB-Skala „Zurechtkommen mit dem Therapeuten /der Therapeutin“ für die fünf BFKE-Bindungsmuster in den beiden Therapiephasen.**



Bei der BIKEB-Skala „Zurechtkommen mit sich selbst“ (vgl. Abbildung 3) ergibt sich ebenfalls für beide Therapiephasen ein signifikanter Effekt zwischen den Bindungsmustern (H-Test:  $p = .004$  bzw.  $.025$ ), wobei die Patient\*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster angaben, in der Stunde mit sich selber besser zurecht zu kommen als dies bei Patient\*innen mit „vermeidend-verschlossenem“ und ambivalent-anklammerndem Bindungsmustern der Fall war. Diese Paarvergleiche erreichen

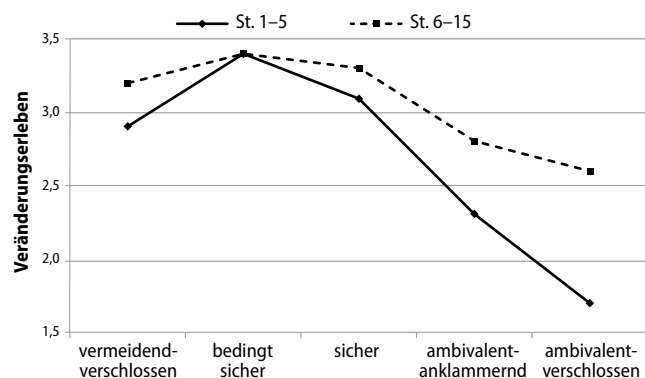
aber nur in der Therapieanfangsphase mit  $p = .017$  und  $p = .026$  statistische Signifikanz. Deskriptiv zeigt sich bei Patient\*innen mit ambivalent-verschlossenem Bindungsmuster, dass sich deren Angaben zum Zurechtkommen mit sich selbst, anders als bei den anderen Patient\*innen, im Therapieverlauf in stärkerem Ausmaß verschlechtern, wobei aufgrund der kleinen Fallzahl diesbezüglich keine statistische Signifikanz zu verzeichnen ist.

**Abbildung 3:** Skalenmittelwerte für die BIKEB-Skala „Zurechtkommen mit sich selbst“ für die fünf BFKE-Bindungsmuster in den beiden Therapiephasen.



Für die BIKEB-Skala „Veränderungserleben“ (vgl. Abbildung 4) besteht ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Bindungsmustern nur in der Therapieanfangsphase (H-Test:  $p = .003$ ): Patient\*innen mit ambivalent-verschlossenem Bindungsmuster erlebten zu Beginn der Therapie nur wenig Veränderung und unterscheiden sich damit statistisch signifikant von den Patient\*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster, deren Veränderungserleben am deutlichsten ausgeprägt war ( $p = .011$ ). Abgesehen von den Patient\*innen mit diesem Bindungsmuster ist für die Patient\*innen mit den anderen Bindungsmustern eine Verbesserung des Veränderungserlebens im weiteren Therapieverlauf zu verzeichnen, was sich aber aufgrund der geringen Fallzahlen nur für die Patient\*innen mit vermeidend-verschlossenem Bindungsmuster als statistischer Trend darstellt (Wilcoxon-Test:  $p = .075$ ).

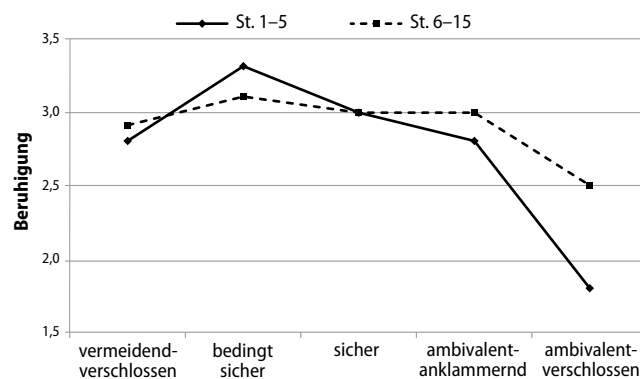
**Abbildung 4:** Skalenmittelwerte für die BIKEB-Skala „Veränderungserleben“ für die fünf BFKE-Bindungsmuster in den beiden Therapiephasen.



Bei der BIKEB-Skala „Erleben von Sicherheit und Zuversicht“ ergeben sich in beiden Therapiephasen zwischen den Bindungsmustern keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Ebenso zeigen die Patient\*innen der einzelnen Bindungsmuster keine statistisch bedeutsamen Veränderungen von der Therapieanfangsphase zur nachfolgenden Therapiephase auf, auch wenn sich insbesondere für die Patient\*innen der beiden ambivalenten Bindungsmuster eine Zunahme des Erlebens von Sicherheit und Zuversicht abzeichnet.

Für die BIKEB-Skala „Beruhigung“ (vgl. Abbildung 5) findet sich in der Therapieanfangsphase ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Bindungsmustern (H-Test:  $p = .011$ ) und zwar in der Form, dass Patient\*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster in stärkerem Ausmaß als Patient\*innen mit ambivalent-verschlossenem Bindungsmuster im Verlauf einer Therapiestunde Beruhigung erfuhren ( $p = .016$ ). Bei letzteren Patient\*innen zeigt sich, dass sie im weiteren Therapieverlauf in den Therapiestunden zu mehr Beruhigung fanden, wobei der Unterschied zwischen den beiden Therapiephasen aufgrund der geringen Fallzahl aber nicht signifikant ausfällt.

**Abbildung 5:** Skalenmittelwerte für die BIKEB-Skala „Beruhigung“ für die fünf BFKE-Bindungsmuster in den beiden Therapiephasen.



Bei der BIKEB-Skala „Körperliche Entspannung vs. Erschöpfung“ ergeben sich weder im Hinblick auf Unterschiede zwischen den Bindungsmustern noch für den Vergleich der beiden Therapiephasen signifikante Befunde.

## Diskussion

Die Ergebnisse dieser Pilotstudie bestätigen weitgehend die Annahme, dass Patient\*innen mit sicherem Bindungsmuster bzw. sicheren Bindungsanteilen, wie sie bei den Patient\*innen mit bedingt sicherer Bindung aufgrund geringer Akzeptanzprobleme und erhöhter Öffnungsbereitschaft vorliegen, ein problemfreieres bzw. positiveres Selbsterleben in den Therapiestunden aufweisen: Die Mittelwerte für diese beiden

Patient\*innen-Cluster fallen für die einzelnen BFKE-Skalen im Vergleich zu den anderen Patient\*innen-Cluster am höchsten aus, wobei statistisch signifikante Ergebnisse insbesondere für die bedingt sicher gebundenen Patient\*innen in der Therapieanfangsphase zu verzeichnen sind. Die Skalenmittelwerte der sicher und bedingt sicher gebundenen Patient\*innen unterscheiden sich hingegen nur geringfügig und statistisch insignifikant.

Bindungssicherheit bei Patient\*innen geht somit nicht nur, wie in der Einleitung erwähnt, mit einem positiveren therapeutischen Arbeitsbündnis einher, sondern auch mit einem besseren Selbsterleben in der Therapie(-anfangsphase). Da sich in zwei Studien (Seidler & Garlipp, 2011; Strauss et al., 2006) zur (teil-)stationären Psychotherapie zeigte, dass vor allem Patient\*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster Verbesserungen am Behandlungsende aufwiesen, lässt sich vermuten, dass dies mit dem positiven Selbsterleben dieser Patient\*innen bereits in der Anfangsphase des therapeutischen Kontakts zusammenhängt. Dementsprechend konnte anhand des Vorläufers des BIKEB, dem Klienten-Erfahrungsbogen (KEB), nachgewiesen werden, dass dem Selbsterleben der Patient\*innen in den initialen Therapiestunden eine prognostische Bedeutung für den Therapieerfolg zukommt (Eckert, Bolz & Pfuhlmann, 1979; Eckert, Schwartz & Tausch, 1977). Möglicherweise sprechen gerade die bedingt sicher gebundenen Patient\*innen so positiv auf Psychotherapie an und können davon profitieren, da sie dort die Erfahrung machen, Zuwendung zu erfahren, die zu erhalten sie sich als Wunsch aufgrund einer partiell vorliegenden deaktivierenden Bindungsstrategie gar nicht zugestehen können. Die vorhandenen sicheren Bindungsanteile ermöglichen es ihnen dann, das therapeutische Angebot für sich zu nutzen, indem sie sich zu öffnen wagen und dabei nicht in Sorge zu sein, auf Ablehnung bei der Therapeutin bzw. dem Therapeuten zu stoßen. Insofern machen die bedingt sicher gebundenen Patient\*innen möglicherweise eine korrigierende emotionale Erfahrung im Sinne von „hier darf es mal nur um mich gehen“. Ein entsprechender Befund findet sich in einer Studie zur tagesklinischen Behandlung (van der Heijden & Seidler, 2014). Die bedingt sicher gebundenen Patient\*innen zeigten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür, dass sie ihre Behandlung rückblickend so erlebten, Zuwendung von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten erhalten zu haben.

Wie die Ergebnisse zum bedingt sicheren Bindungsmuster des BIKEB zeigen, ist dieses Muster zu unterscheiden von dem *pseudo-sicheren* Bindungsmuster, das in jüngster Zeit im Zusammenhang mit Befunden zur Client Attachment to Therapist Scale (CATS) diskutiert wird (Mallinckrodt et al., 2017; Petrowski et al., 2019). Mit Letzterem ist gemeint, dass Patient\*innen eine sichere Bindung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten beschreiben, dies aber durch Idealisierung im Rahmen einer hyperaktivierenden (Mallinckrodt et al., 2017) oder

deaktivierenden (Petrowski et al., 2019) Bindungsstrategie geprägt ist. Das bedingt sichere Bindungsmuster des BIKEB konstituiert sich anhand der *Erwartungen* von Patient\*innen vor oder zu Beginn einer Therapie dazu, wie sie sich selbst gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten verhalten werden und wie dies umgekehrt diese bzw. dieser tun wird. Hingegen ergibt sich das pseudo-sichere Bindungsmuster im CATS anhand des *Erlebens* der Patient\*innen im Therapieverlauf dazu, wie sie sich selbst in der Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten verhalten und wie sie diese bzw. diesen im Verhalten ihnen gegenüber wahrnehmen. Wie sich in der vorliegenden Studie zeigt, erlebten sich die bedingt sicher gebundenen Patient\*innen in den Therapie(anfangs)stunden so, dass sie mehr als die Patient\*innen mit vermeidend-verschlossenem oder ambivalenten Bindungsmuster das Gefühl haben, mit sich selbst zurechtzukommen, so dass sie ihr eigenes Verhalten und Erleben explorieren können (BIKEB-Skala 2). Das Selbsterleben in den Therapiestunden war bei den bedingt sicher gebundenen Patient\*innen somit nicht durch hyperaktivierende oder deaktivierende Bindungsstrategien gekennzeichnet und fiel insofern anders aus, als bei Vorliegen eines pseudo-sicheren Bindungsmuster zu erwarten gewesen wäre. Dies dürfte auch erklären, weshalb sich wie oben erwähnt für das bedingt sichere Bindungsmuster Zusammenhänge zum Therapieerfolg nachweisen lassen, hingegen nicht für das pseudo-sichere Bindungsmuster (Mallinckrodt et al., 2017; Petrowski et al., 2019).

Die Hypothese dieser Studie, dass das Stundenerleben von Patient\*innen in Abhängigkeit davon, ob eine deaktivierende oder hyperaktivierende Bindungsstrategie vorliegt, durch unterschiedliche Merkmale gekennzeichnet ist, findet keine Bestätigung in Form von statistischen Unterschieden zwischen dem vermeidend-verschlossenen Bindungsmuster einerseits und dem ambivalent-anklammernden oder ambivalent-verschlossenen Bindungsmuster andererseits. Angesichts der sehr kleinen Stichprobengrößen für diese Bindungsmuster würden allerdings nur Unterschiede mit sehr großer Effektstärke eine statistische Signifikanz aufweisen. Es zeichnet sich aber eine Unterschiedlichkeit im Stundenerleben für die beiden Bindungsstrategien darin ab, für welche Merkmale des Stundenerlebens jeweils statistisch signifikante Unterschiede zu den Patient\*innen mit (bedingt) sicherer Bindung zu finden sind: Die vermeidend-verschlossen gebundenen Patient\*innen kamen in der Therapieanfangsphase wohl weniger gut (gemäß ihres Skalenmittelwerts aber noch recht gut) mit sich zurecht (BIKEB-Skala 2). Ansonsten unterschieden sie sich kaum von den (bedingt) sicher gebundenen Patient\*innen. Die ambivalent-anklammernd gebundenen Patient\*innen kamen ebenfalls in der Therapieanfangsphase weniger gut mit sich zurecht, erlebten aber zusätzlich anhaltende Probleme in der Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten. (BIKEB-Skala 1). Bei

den ambivalent-verschlossen gebundenen Patient\*innen zeigt sich hingegen, dass diese in der Therapieanfangsphase kaum eine Wirkung des therapeutischen Gesprächs für sich erleben, da sie eher verneinten, im Stundenverlauf ein Gefühl von Veränderung (BIKEB-Skala 3) und Beruhigung (BIKEB-Skala 5) erfahren zu haben.

Unter Annahme zugrundeliegender unterschiedlicher sekundärer Bindungsstrategien lassen sich diese Ergebnisse wie folgt interpretieren: Bei vermeidend-verschlossen gebundenen Patient\*innen wirkt sich die deaktivierende Bindungsstrategie in der Weise aus, dass keine besondere emotionale Anspannung und Beunruhigung (BIKEB-Skalen 4, 5, und 6) oder problematische Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten (BIKEB-Skala 1) erlebt werden. Negative emotionale Reaktionen auf die Therapiesituation sind insofern minimiert, so dass die eigene bindungsbezogene Bedürftigkeit in der therapeutischen Beziehung nicht erlebt werden muss. Dies würde dem entsprechen, was sich in den Narrativen von Patient\*innen mit unsicher-vermeidender Bindungsrepräsentanz<sup>3</sup> als thematisches Muster finden lässt (Seidler, 2003). Bei Patient\*innen mit ambivalentem Bindungsmuster führt die hyperaktivierende Bindungsstrategie entweder dazu, dass sie im Erleben der therapeutischen Beziehung leichter irritierbar (BIKEB-Skala 1 bei ambivalent-anklammerndem Bindungsmuster) oder (in der Therapieanfangsphase) verängstigt sind und das therapeutische Angebot als wenig hilfreich erleben (BIKEB-Skala 5 und 3 bei ambivalent-verschlossenem Bindungsmuster). Dies korrespondiert mit dem Befund zum thematischen Muster in den Narrativen der Patient\*innen mit unsicher-ambivalenter Bindungsrepräsentanz (Seidler, 2003): Diese befürchten zum einen, dass andere unempathisch auf sie reagieren, und fühlen sich zum anderen hilflos und absorbiert mit dem eigenen negativen Erleben.

Auch wenn sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Therapiephasen nachweisen lassen und hierzu auch nur zwei tendenziell signifikante Differenzen vorliegen, so deuten die weitgehend fehlenden signifikanten Unterschiede zwischen den Bindungsmustern in der späteren

Therapiephase darauf hin, dass dort das Bindungsmuster von Patient\*innen von geringerer Bedeutung für das Selbsterleben in der Therapiestunde ist. Möglicherweise hat dies damit zu tun, dass Patient\*innen unabhängig von ihrem Bindungsmuster im Verlauf die therapeutische Beziehung zunehmend als „sicheren Hafen“ erleben können, wo sie Trost und Akzeptanz finden (Rosenzweig, Farber & Geller, 1996), und wo bestehende Bindungsängste und -vermeidung z. B. durch nonverbales Attunement (Håvås, Svartberg & Ulvenes, 2015) oder Herstellung eines passenden therapeutischen Abstands (Mallinckrodt, Choi & Daly, 2015) von Seiten der Therapeutin bzw. des Therapeuten gemindert werden. Die anhaltende vergleichsweise stärkere Irritierbarkeit der ambivalent-anklammernd gebundenen Patient\*innen im Kontakt mit ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten (BIKEB-Skala 1) stellt diesbezüglich eine Ausnahme dar und korrespondiert mit dem Befund, dass auch Therapeut\*innen bereits in der Therapieanfangsphase bei Patient\*innen mit präokkupiertem Bindungsmuster, das dem ambivalent-anklammernden Bindungsmuster des BFKE entspricht, vermehrt Brüche im Therapieprozess wahrnehmen (Eames & Roth, 2000).

Insgesamt gesehen hat diese Studie eine Reihe interessanter Ergebnisse zum Zusammenhang von Bindungsmuster und Selbsterleben von Patient\*innen in der Therapiestunde erbracht. Als Pilot-Studie weist sie aber eine Reihe von Begrenzungen auf, denen in weiterführenden Untersuchungen begegnet werden sollte.

So sollte insbesondere eine deutlich größere Stichprobengröße als in dieser Studie angestrebt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass eine ausreichende Anzahl von Patient\*innen für die einzelnen Bindungsmuster vorliegt, um eine statistische Signifikanz für Unterschiede nicht nur von sehr großer Effektstärke, wie in der vorliegenden Studie<sup>4</sup>, sondern von zumindest mittlerer Effektstärke feststellen zu können. Möglicherweise lassen sich dann auch bindungsbezogene Unterschiede für die BIKEB-Skalen „Erleben von Sicherheit und Zuversicht“ und „Körperliche Entspannung vs. Erschöpfung“, wie z. B. im Hinblick auf die in dieser Studie vorliegenden vergleichsweise niedrigen Werte für die ambivalent-verschlossen gebundenen Patient\*innen, statistisch absichern.

Bei den Therapien der vorliegenden Studie ist unklar, welche Behandlungen einen positiven oder eher keinen Behandlungserfolg aufwiesen. Aufgrund der prognostischen Bedeutung des Stundenerlebens von Patient\*innen hinsichtlich des Therapieerfolgs, sollte überprüft werden, ob die hier gefundenen

3 Der Begriff *Bindungsrepräsentanz* meint im Unterschied zum Bindungsstil, dass das Bindungsmuster anhand der Qualität der Organisation mentaler Repräsentation von Bindungserfahrungen im Erwachsenenbindungsinterview (engl.: Adult Attachment Interview; Gloger-Tippelt, 2016) bestimmt wird. Diese begriffliche Unterscheidung ist notwendig, da sich gezeigt hat, dass Maße zur Bindungsrepräsentanz und zum Bindungsstil kaum korrelieren (Roisman et al., 2007). Demgemäß kann z. B. eine unsicher-ambivalente Bindungsrepräsentanz nicht mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsstil gleichgesetzt werden. Es gibt in der Bindungsforschung eine große Diskussion darüber, welche Konsequenzen hieraus für die Konzeptualisierung von Bindung gezogen werden sollten (Mikulincer & Shaver, 2016), auf die hier nur hingewiesen werden kann.

4 Eine Sensitivitätsanalyse mit dem Computerprogramm G\*Power, Version 3.1 (Faul et al., 2007) ergibt für die Post-hoc-Paarvergleiche bei den vorliegenden Stichprobengrößen für die Bindungsmuster einem nach Bonferroni adjustierten Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%/10 = 0,5\%$  (zweiseitige Fragestellung) und der Annahme einer Testpower von 80 % Effektgrößen im Bereich von 1,41 bis 3,79.

bindungsbezogenen Unterschiede im Selbsterleben bei erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien in gleicher Weise gelten.

Anders als in der vorliegenden Studie wären auch potentiell konfundierende Variablen wie Geschlecht, Diagnose oder Symptomschwere zu kontrollieren, indem entweder eine diesbezüglich homogene oder stratifizierte Stichprobe herangezogen wird oder diese Variablen statistisch kontrolliert werden. So fanden sich z. B. für den Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE), der parallel zu dem BFKE entwickelt wurde, bei einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe geschlechtsbezogene signifikante Unterschiede hinsichtlich der Verteilung auf die Bindungsmuster. Demnach wiesen Männer häufiger als Frauen ein vermeidend-verschlossenes Bindungsmuster auf, wohingegen ein sicheres Bindungsmuster mehr bei Frauen zu finden war (Höger, Stöbel-Richter & Brähler, 2008). Eine noch stärkere Ungleichverteilung der Bindungsmuster ist hinsichtlich von Diagnosen zu erwarten. Auch wenn die bindungsmusterbezogene Spezifität einzelner Diagnosen sowohl hinsichtlich der Bindungsrepräsentanz als auch des Bindungsstils insgesamt recht begrenzt ausfällt (Kobak & Bosmans, 2019), zeichnen sich dennoch gewisse Tendenzen ab. Während z. B. bei affektiven Störungen gleichermaßen eine unsicher-vermeidende als auch unsicher-ambivalente Bindungsrepräsentanz bzw. ein ängstlicher oder vermeidender Bindungsstil bei Patient\*innen vorzufinden sind, liegt bei Patient\*innen mit einer Borderline-Störung vor allem eine desorganisierte Bindungsrepräsentanz bzw. ein ängstlicher und furchtsam-vermeidender Bindungsstil vor (Mikulincer & Shaver, 2018; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2008). Speziell für den BFKE zeigte sich in einer Studie, dass Patient\*innen mit Agoraphobie vor allem ein ambivalent-verschlossenes Bindungsmuster aufwiesen, Patient\*innen mit spezifischer Phobie hingegen bedingt sicher oder vermeidend-verschlossen gebunden waren (Gieselmann, 1997). Hinsichtlich der Symptomschwere liegt für den BFKE der Befund vor, dass Patient\*innen mit ambivalentem Bindungsmuster gegenüber den Patient\*innen mit vermeidendem Bindungsmuster ein erhöhtes Maß an subjektiver Symptombelastung angeben (Kasten & Schauenburg, 1999). Demzufolge ist denkbar, dass das vergleichsweise geringe Veränderungserleben (BIKEB-Skala 2) der ambivalent-verschlossen gebundenen Patient\*innen in der vorliegenden Studie darauf zurückzuführen ist, dass diese sich aufgrund eines ausgeprägten Beschwerdeerlebens schwerer tun, das therapeutische Gespräch als hilfreich und entlastend zu erleben. So zeigt sich in einer aktuellen Meta-Analyse zum Zusammenhang von Therapieerfolg und Bindungsmuster auch, dass die diesbezüglichen Unterschiede zwischen dem sicheren Bindungsmuster einerseits und dem ängstlichen bzw. vermeidenden Bindungsmuster andererseits, nicht mehr nachweisbar waren, wenn das

Ausgangsniveau der Beschwerden berücksichtigt wurde (Levy et al., 2018): Ohne Berücksichtigung des Beschwerdeniveaus zu Behandlungsbeginn war eine sichere Bindung in gering-moderatem Ausmaß Prädiktor für ein positives Behandlungsergebnis, hingegen wies sowohl eine ängstliche als auch vermeidende Bindung einen negativen Zusammenhang in gering-moderatem Ausmaß zum Behandlungserfolg auf. Bei Berücksichtigung des Ausgangsniveaus der Beschwerden fand sich aber für alle drei Bindungsmuster kein Zusammenhang mehr zum Behandlungsergebnis.<sup>5</sup>

Weitere Begrenzungen in der vorliegenden Studie bestehen in der ausschließlichen Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten, der fehlenden Berücksichtigung dyadischer Interaktion im Sinne einer Zwei-Personen-Psychologie sowie die Nichtberücksichtigung des desorganisierten Bindungsmusters.

So wurde sowohl das Bindungsmuster als auch das Selbsterleben in der Therapiestunde mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen erhoben. Neben dem damit verbundenen Problem gemeinsamer Messmethoden-Varianz (Podsakoff, MacKenzie & Podsakoff, 2012) besteht in der Bindungsforschung eine kontroverse Diskussion darüber, inwieweit Selbstbeurteilungsfragebögen überhaupt geeignet sind, Bindung zu erfassen, da diese auch unbewusste Prozesse mit einschließt. Inzwischen herrscht ein weitgehender Konsens darüber, dass mit den verschiedenen Erhebungsmethoden jeweils unterschiedliche Aspekte des Bindungskonstrukts erfasst werden, so dass ein fragestellungsbezogenes Vorgehen, bei dem gegebenenfalls unterschiedliche Erhebungsmethoden parallel zur Anwendung kommen, empfohlen wird (Kirchmann, Singh & Strauß, 2017; Mikulincer & Shaver, 2016). Insofern dürfte es unter methodischen und inhaltlichen Gesichtspunkten aufschlussreich sein zu überprüfen, wie sich das Selbsterleben von Patient\*innen in der Therapiestunde darstellt, wenn deren Bindungsmuster anhand von Fremdbeurteilungsverfahren erhoben wird. Als therapiebezogene Verfahren kämen hierfür der Attachment Questionnaire (AQ; Laverdière et al., 2018) und das Patient Attachment Coding System (PACS; Talia, Miller-Bottomo & Daniel, 2017) infrage. Der AQ stellt einen Fragebogen dar, anhand dessen Therapeut\*innen das Bindungsmuster ihrer Patient\*innen einschätzen können. Hingegen handelt es sich beim PACS um ein inhaltsanalytisches Kodierungssystem, mit dem das Bindungsmuster von Patient\*innen auf der Grundlage des Transkriptes einer Therapiestunde festgestellt werden kann.

Untersuchungen zum Erleben des therapeutischen Arbeitsbündnisses zeigen, dass eine alleinige Berücksichtigung des

<sup>5</sup> Dieses Ergebnis kontrastiert bemerkenswerterweise mit dem Befund der beiden oben erwähnten Studien (Seidler & Garlipp, 2011; Strauss et al., 2006), wonach bei Berücksichtigung des Ausgangsniveaus der Beschwerden Patient\*innen mit bedingt sicherem Bindungsmuster im BFKE am meisten von Psychotherapie profitierten.

Bindungsmusters der Patient\*innen zu kurz greift: Wie Patient\*innen das therapeutische Arbeitsbündnis einschätzen, hängt nicht nur von ihrem eigenen Bindungsmuster ab sondern auch vom Bindungsmuster ihrer Therapeutin bzw. ihres Therapeuten (z. B. Dinger et al., 2009; Dunkle & Friedlander, 1996; Sauer et al., 2003) oder auch von der „Passung“ beider Bindungsmuster im Sinne eines Interaktionseffektes (z. B. Bucci et al., 2016; Marmarosh et al., 2014). Es gibt aber auch Studien ohne solche Ergebnisse, so dass insgesamt von einer inkonsistenten Ergebnislage zur Bedeutung des Bindungsmusters von Therapeut\*innen gesprochen wird (Degnan et al., 2016). Dennoch weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass es auch bei der Untersuchung des Selbsterlebens von Patient\*innen im Sinne einer Zwei-Personen-Psychologie sinnvoll sein dürfte, das Bindungsmuster von Therapeut\*innen mitzuberechnen. Dies sollte mit der parallelen Version zum BFKE, dem BFPE (Nord, Höger & Eckert, 2000), erfolgen, um eine gleiche konzeptuelle Basis bei der Bindungsdiagnostik zu haben.

Wie im Methodenteil dargestellt, werden die im BFKE identifizierten Cluster im Sinne von organisierten Strategien sicher und unsicherer Bindung interpretiert. Unberücksichtigt bleibt insofern die sogenannte desorganisierte Bindung (Buchheim, 2017). Diese wird sowohl für Kinder als auch Erwachsene beschrieben (Behringer, 2017; Spangler & Reiner, 2017), wobei bei letzteren insbesondere ein Zusammenhang mit unverarbeitungstrauatischen Erfahrungen besteht. In klinischen Stichproben von Erwachsenen findet sich ein desorganisiertes Bindungsmuster bei 43 % der Patienten (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009), so dass dessen Berücksichtigung in der Psychotherapieforschung unerlässlich erscheint. Dementsprechend wäre es erforderlich, zusätzlich zum BFKE ein Instrument einzusetzen, mit dem desorganisierte Bindung erfasst werden kann. Jüngst wurde hierzu ein Fragebogen vorgestellt (Paetzold, Rholes & Kohn, 2015), der eine ökonomischere Version als das Adult Attachment Interview oder das Adult Attachment Projective Picture System (Buchheim, 2017) darstellt, die ansonsten hierfür infrage kämen. Allerdings zielt dieser Fragebogen auf Partnerbeziehungen ab und liegt unseres Wissens bislang nicht in deutscher Übersetzung vor. Es besteht darüber hinaus eine kontroverse Diskussion, wie sich desorganisierte Bindung in denjenigen Bindungsfragebögen darstellt, die die Dimensionen Bindungsangst und Bindungsvermeidung zur Grundlage haben. Vielfach wird die Auffassung vertreten, dass sich in diesen Fragebögen desorganisierte Bindung in der Kombination von hoher Bindungsangst und -vermeidung widerspiegelt (Mikulincer & Shaver, 2016), was dem furchtsam-vermeidenden Bindungsstil gemäß der Typologie von Bartholomew (1990) entspricht. Für das Cluster 5 des BFKE bzw. BFPE, das als ambivalent-verschlossenes Bindungsmuster bezeichnet wird, lässt sich ebenfalls eine misstrauische

Bindungsangst mit ausgeprägter Akzeptanzproblematik und gleichzeitigem Zuwendungsbedürfnis sowie Bindungsvermeidung mit geringer Öffnungsbereitschaft konstatieren (s. Abb. 1). Dementsprechend liegen auch Befunde zu einer hohen Konkordanz von dem BFPE-Cluster 5 und dem furchtsam-vermeidenden Bindungsstil vor (Domscheit, 2007; Grau, Clashausen & Höger, 2003). Folgt man dieser Konzeptualisierung von Bindungsdesorganisation wäre das Cluster 5 im BFKE bzw. BFPE nicht im Sinne einer hyperaktivierenden sondern einer desorganisierten Bindungsstrategie zu interpretieren. Da sich in der faktorenanalytischen Überprüfung des Fragebogens von Paetzold und Kolleg\*innen (2015) zeigte, dass die Items der Skala zur desorganisierten Bindung substantielle Ladungen auf einem eigenständigen Faktor und nicht auf dem Bindungsangst- oder Bindungsvermeidungs-Faktor aufwiesen, bestehen derzeit offenbar konkurrierende Konzeptionen von desorganisierter Bindung. Es bedarf insofern weiterer Forschung zur Klärung, wie desorganisierte Bindung mit Fragebögen valide zu erfassen ist (Jacobvitz & Reisz, 2019) bzw. welche Facetten desorganisierte Bindung möglicherweise aufweist (Lyons-Ruth et al., 2005).

## Fazit für die Praxis

Von den Ergebnissen der vorliegenden Studie lassen sich – unter dem Vorbehalt, dass diese als vorläufig zu betrachten sind – einige Empfehlungen für die Praxis im Sinne einer bindungsinformierten Psychotherapie (Berry & Danquah, 2016) ableiten.

Patient\*innen mit sicherem oder bedingt sicherem Bindungsmuster erleben die Therapiestunde in einer positiven Weise, so dass sie sich diesbezüglich als „therapeutische Selbstläufer“ darstellen. Das therapeutische Beziehungsangebot der Personzentrierten Psychotherapie (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2016) kann von ihnen offenbar gut angenommen werden und wird als hilfreich erlebt. Therapeut\*innen sollten insofern überprüfen, ob bei diesen Patient\*innen ambitioniertere Therapieziele oder eine kürzere Behandlungsdauer angestrebt werden können.

Bei Patient\*innen mit vermeidend-verschlossenem Bindungsmuster dürfte es insbesondere in der Therapieanfangsphase hilfreich sein, wenn sich Therapeut\*innen aktiv daran interessiert zeigen, wie ihre Patientin bzw. ihr Patient sich selbst in der Therapie erlebt. Therapeut\*innen sollten dabei achtsam sein, ob sich Wünsche nach Autonomie und Autarkie, die bei diesen Patient\*innen zu erwarten sind, auch in impliziter Weise zeigen, z. B. in Form einer ausgeprägten Selbstgenügsamkeit (in der Therapie). Im Rahmen einer empathischen Beschäftigung mit diesen Wünschen gilt es, diese einerseits anzuerkennen, andererseits diese aber im Verlauf auch weiter zu explorieren, so dass die damit verbundenen (Bindungs-)Ängste

gemeinsam verstanden werden können. Zudem sollte im Behandlungsverlauf der konkrete Umgang mit diesen Wünschen und Ängsten im Hier und Jetzt der Therapie mit den Patient\*innen reflektiert werden. Auf dieser Weise könnte der Tendenz vermeidend-verschlossen gebundener Patient\*innen begegnet werden, ihre Therapeut\*innen auf Abstand zu halten (Mallinckrodt, Choi & Daly, 2015), indem sie z. B. kein Zuwendungsbedürfnis signalisieren.

Da ambivalent-anklammernd gebundene Patient\*innen anhaltend Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten erleben, sollten Therapeut\*innen Hinweise hierauf frühzeitig aufgreifen. Dies sollte in einer „wohlwollenden“ Weise erfolgen, da sonst zu erwarten ist, dass diese Patient\*innen aufgrund ihrer Akzeptanzprobleme dies als kritische Zurechtweisung erleben. Wichtig dürfte es dabei sein, sowohl das negative Selbstbild als auch das meist inadäquate Bild von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten zu explorieren, so dass sich die Patient\*innen in ihren bindungsbezogenen Wünschen und diesbezüglichen Ängsten besser verstehen können. Da sich diese Patient\*innen meist schwer tun, realistische bzw. positivere innere Repräsentationen von sich und anderen zu entwickeln, sollten Therapeut\*innen dies als Zielsetzung bei ihrem therapeutischen Vorgehen berücksichtigen (Geller & Farber, 2015). Dabei kann es darum gehen, diesen Patient\*innen zu helfen, Enttäuschungen im Kontakt mit anderen Menschen, zu denen auch die Therapeutin bzw. der Therapeut gehören, besser verarbeiten zu können, indem z. B. damit verbundene negative Emotionen besser regulierbar werden und sie sich ermutigt fühlen, auf eigene Bewältigungskompetenzen zu vertrauen bzw. diese zu entwickeln.

Ambivalent-verschlossen gebundene Patient\*innen erleben ihre Therapie zunächst als nicht hilfreich. Sie nehmen weder eine Veränderung noch eine emotionale Beruhigung bei sich durch das therapeutische Gespräch wahr. Zudem besteht bei ihnen wenig Bereitschaft sich gegenüber der Therapeutin bzw. dem Therapeuten zu öffnen. Therapeut\*innen sind hier gefordert, sich davon nicht abschrecken zu lassen. Vielmehr sollten sie ein geduldiges Interesse zeigen und signalisieren, dass sie Verständnis für die Schwierigkeiten ihrer Patientin bzw. ihres Patienten in der Therapie haben. Dabei könnten insbesondere mögliche ambivalente Gefühle zur Behandlung und damit verbundene Ängste thematisiert werden. So ist zu erwarten, dass diese Patient\*innen einerseits den Wunsch nach Aufmerksamkeit und Zuwendung von ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten haben, andererseits aber sehr ängstlich hinsichtlich deren bzw. dessen Reaktion sind, und sich deshalb verschließen. Da diese Patient\*innen möglicherweise Zeit brauchen, um Vertrauen in die Therapie und ihre Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten zu fassen, sollte eine längere Behandlungsdauer eingeplant werden.

## Literatur

- Bakermans-Kranenburg, M. J. & van Ijzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223–263.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178.
- Behringer, J. (2017). Das innere Arbeitsmodell von Bindung bei Erwachsenen. In B. Strauß & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 54–78). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bernecker, S., Levy, K. N. & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24(1), 12–24.
- Berry, K. & Danquah, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 15–32.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016). *Gesprächspsychotherapie. Veränderung durch Verstehen* (10., aktualisierte u. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bommert, H. & Dahlhoff, H.-D. (Hrsg.). (1978). *Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(2), 155–165.
- Buchheim, A. (2017). Bindungsdesorganisation. In B. Strauß & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 151–161). Stuttgart: Kohlhammer.
- Clashausen U. (1999). *Zur Validierung des „Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen“* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Bielefeld.
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A. & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(1), 47–65.
- Diener, M. J. & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237–248.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 227–290.
- Domscheit, I. (2007). *Bindungsstil und Emotionsregulation* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Hamburg.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counselling Psychology*, 43(4), 456–460.
- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421–434.
- Eckert, J., Bolz, W. & Pfuhlmann, K. (1979). Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten aufgrund der „Ansprechbarkeit“ des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und dynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8(3), 169–180.
- Eckert, J., Schwartz, H.-J. & Tausch, R. (1977). Klienten-Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 6(3), 177–184.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.

- Geller, J.D. & Farber, B.A. (2015). Attachment style, representations of psychotherapy, and clinical interventions with insecurely attached clients. *Journal of Clinical Psychology*, 71(5), 457–468.
- Gieselmann, S. (1997). *Bindungstheoretische Aspekte zur Agoraphobiege-nese – Eine empirische Studie* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Bielefeld.
- Gloger-Tippelt, G. (2016). *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Grau, L., Clashausen, U. & Höger, D. (2003). Der Bindungsfragebogen von Grau und der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen von Höger und Buschkämper im Vergleich. *Psychological Science*, 45 (Supplement III), 41–60.
- Håvås, E., Svartberg, M. & Ulvenes, P. (2015). Attuning to the unspoken: The relationship between therapist nonverbal attunement and attachment security in adult psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 32(2), 235–254.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). *Psychotherapeut*, 44(3), 159–166.
- Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S. 94–117). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D. (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Sluneccko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 64–78). Wien: Facultas.
- Höger, D. & Buschkämper, S. (2002). Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23(1), 83–98.
- Höger, D. & J. Eckert (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome“ bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26(2), 129–137.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6(2), 35–44.
- Höger, D., Stöbel-Richter Y. & Brähler, E. (2008). Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(7), 284–294.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47(4), 374–385.
- Jacobvitz, D. & Reisz, S. (2019). Disorganized and unresolved states in adulthood. *Current Opinion in Psychology*, 25, 172–176
- Kasten C. & Schauenburg, H. (1999). Bindungsstil und Symptombelastung bei Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47(2), 155–171.
- Kirchmann, H., Singh, S. & Strauß, B. (2017). Methoden zur Erfassung von Bindungsmerkmalen. In B. Strauß & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 101–121). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kobak, R. & Bosmans, G. (2019). Attachment and psychopathology: a dynamic model of the insecure cycle. *Current Opinion in Psychology*, 25, 76–80.
- Kuppardt A. (1999). *Bindungsmuster und soziale Unterstützung – Eine Validierungsstudie zum Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen* (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Bielefeld.
- Laverdière, O., Descôteaux, J., Beaulieu-Tremblay, T. & Simard, V. (2018). Attachment assessment in clinical practice: Factor structure of the attachment questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 546–561.
- Levy, K.N., Kivity, Y., Johnson, B.N. & Gooch, C.V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1996–2013.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17(1), 1–23.
- Main, M. (1990). Cross cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33(1), 48–61.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1–2), 66–104.
- Mallinckrodt, B., Anderson, M.Z., Choi, G., Levy, K.N., Petrowski, K., Sauer, E.M., Tishby, O. & Wiseman, H. (2017). Pseudosecure vs. individuated-secure client attachment to therapist: Implications for therapy process and outcome. *Psychotherapy Research*, 27(6), 677–691.
- Mallinckrodt, B., Choi, G. & Daly, K.D. (2015). Pilot test of a measure to assess therapeutic distance and its association with client attachment and corrective experience in therapy. *Psychotherapy Research*, 25(5), 505–517.
- Mallinckrodt, B. & Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1), 134–139.
- Marmarosh, C.L., Kivlighan, D.M. Jr., Bieri, K., LaFauci Schutt, J.M., Barone, C. & Choi, J. (2014). The insecure psychotherapy base: Using client and therapist attachment styles to understand the early alliance. *Psychotherapy*, 51(3), 404–412.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2016). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Nord, C., Höger, D. & Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 4(2), 76–86.
- Paetzold, R., Rholes, W. & Kohn, J. (2015). Disorganized attachment in adulthood: Theory, measurement, and implications for romantic relationships. *Review of General Psychology*, 19(2), 146–156.
- Petrowski, K., Berth, H., Schurig, S. & Probst, T. (2019). Suppressor effects in associations between patient attachment to therapist and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(1), 105–109.
- Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B. & Podsakoff, N. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 539–569.
- Roisman, G.I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R.C., Clausell, E. & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: an empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 678–697.
- Rosenzweig, D.L., Farber, B.A. & Geller, J.D. (1996). Clients' representations of their therapists over the course of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 197–207.
- Sauer, E.M., Lopez, F.G. & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment styles to the development of the early working alliance: A preliminary growth modelling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371–382.
- Seidler, K.-P. (2003). *Der Einfluss der Bindungsrepräsentation von Psychotherapiepatienten auf den Therapieprozess* (Unveröffentlichte Habilitationsschrift). Medizinische Hochschule Hannover.
- Seidler, K.-P. & Garlipp, P. (2011, June). *Attachment style of patients in a day hospital*. Vortrag auf der 42. internationalen Jahrestagung der Society of Psychotherapy Research (SPR), Bern.
- Smith, A.E.M., Msetfi, R.M. & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 326–337.
- Spangler, G. & Reiner, I. (2017). Bindungsentwicklung im Kindesalter. In B. Strauß & H. Schauenburg (Hrsg.), *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch* (S. 25–40). Stuttgart: Kohlhammer.



- Strauss, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Oberhofer, A., Papenhausen, R., Mosheim, R., Biebl, W., Liebler, A., Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Mestel, R., Daudert, E., Nickel, R., Schauenburg, H. & Höger, D. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multi-site study. *Psychotherapy Research*, 16(5), 579–594.
- Talia, A., Miller-Bottome, M. & Daniel, S.I.F. (2017). Assessing attachment in psychotherapy: Validation of the Patient Attachment Coding System (PACS). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 149–161.
- van der Heijden, M. & Seidler, K.-P. (2014, June). *Patients' attachment style and their experience of the therapeutic relationship*. Vortrag auf der 45. internationalen Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research (SPR), Copenhagen.
- van IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2008). The distribution of adult-attachment representations in clinical groups: A meta-analytic search for patterns of attachment in 105 AAI studies. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 69–96). New York: Guilford Press.

# Die Entdeckung des Ich

Gerhard Lukits

Linz

Welchen Schritt hat das Kind in seinem Bewusstsein vollzogen, wenn es mit ca. 2–3 Jahren erstmals „Ich“ sagt, und was symbolisiert es damit? Diese Frage untersucht der Autor anhand der These, dass sich das Kind mit dem ersten „Ich“ seines unmittelbaren Erlebens als einheitlicher Organismus gewahr geworden ist. Nachdem sich das Kleinkind bereits zuvor im Selbst-Bild als Einheit entdeckt hätte, habe es nun auch ein Bewusstsein für sein unmittelbares Dasein gewonnen, also eine „Theory of Organism“ hervorgebracht. Diese Sichtweise lässt die „Theory of Mind“, die das Kind laut aktueller Entwicklungspsychologie in diesem Alter gebildet hätte, in einem umfassenderen Licht erscheinen.

Von diesem entwicklungspsychologisch-phänomenologischen Ausgangspunkt her leitet der Autor einen Ich-Begriff für die personenzentrierte Theorie ab, den er vom Begriff des Selbstkonzepts absetzt: Auf der Ebene des Ich, das dem Organismus ent-spricht, redet demnach ein Mensch nicht *über* sich, sondern er spricht *aus sich* heraus. Die sich daraus ergebende Anforderung an die therapeutische Praxis, auch auf einen deutungs- bzw. bezeichnungsfreien Raum für den Ausdruck von Klientinnen zu achten, ist ein weiteres wichtiges Thema des Artikels.

*Schlüsselwörter:* Ich, Bewusstsein, kindliche Entwicklung, Organismus, Erleben, Selbst, Selbstbild, Spiegel(stadium), Selbstkonzept

**The discovery of the ‘I’.** What is the step in the consciousness of a child that leads to, at the age of two to three years, acknowledging the ‘I’ for the first time? The author will elaborate on this question, based on the theory that in saying ‘I’, the child has become aware of itself as a unified organism. Having discovered its uniform self, the child develops an awareness of its own being, a „Theory of Organism“. This perspective shines a broader, more comprehensive light on the „Theory of Mind“, which children develop at this age, according to recent developmental psychology. From this phenomenological angle of developmental psychology, the author derives a notion of the ‘I’ for the person-centered theory that diverges from the general self-concept—it is at this level of ‘I’, representing the actual organism, that persons no longer speak *about* themselves but *from within* themselves. The resulting challenge for therapeutic practice is to offer a nonobjectifying space for each client’s full expression—another important topic in this article.

*Keywords:* I, consciousness, symbolization, child development, organism, experience, self, self-image, mirror (stage), self-concept

Die meisten Menschen  
würden leichter dahin zu bringen sein,  
sich für ein Stück Lava im Monde  
als für ein Ich zu halten

(J. G. Fichte)

Dies ist das Entscheidende: das Nicht-Objekt sein.

(M. Buber)

Themenstellung: Das (un)ausgesprochene „Ich“

Nicht selten lernt ein Mensch erst in einer Psychotherapie „Ich“ zu sagen. Jeder, der über sich vorzugsweise als „man“ spricht, hat seine eigenen und genaueren Gründe dafür, immer dürfte es dabei aber auch um eine Hemmung gehen, sich als Subjekt zum Ausdruck zu bringen. Dem entspricht die Tendenz, sich und seine Gefühle als Objekte wahrzunehmen: „*Man beschreibt Gefühle, als ob man sie nicht selber habe, oder – manchmal – als wären es vergangene Objekte*“ (Rogers, 1961/1973, S. 138) stellt

---

**Mag. Gerhard Lukits**, geboren 1967 im oberösterreichischen Kremstal, ist von seiner Grundausbildung her Philologe. Er lebt und arbeitet (als Psychotherapeut in freier Praxis, als Lehrtherapeut und Ausbilder der ÖGWG) in Linz. Korrespondenzadresse: Mag. Gerhard Lukits, Bockgasse 21, 4020 Linz, Österreich. Kontakt: gerhard.lukits@liwest.at

---

1 Der Gendergerechtigkeit wegen werden in diesem Artikel abwechselnd weibliche und männliche Formen verwendet – in den meisten Fällen sind damit jeweils beide Geschlechter gemeint.

etwa Rogers für Klientinnen in der zweiten Prozessphase fest. Ab der sechsten Prozessphase *lebt* der Klient hingegen „als Subjekt eine Phase seines Problems. Er ist kein Objekt (...) Er nimmt sein Problem nicht wahr noch behandelt er es“ (Rogers, 1961/1973, S. 154). Die Entwicklung zum „voll sich entfaltenden Menschen“ (Finke, 2019, S. 18) besteht also nach Rogers nicht primär darin, dass er in seiner Wahrnehmung „sich selbst durchsichtig“ (ebd.) wird, sich also selbst vollständig in seinem Bewusstsein widerspiegelt. Vielmehr wird er „fähig, subjektiv in der Erfahrung zu leben, nicht so sehr Gefühle über sie zu haben“ (Rogers, 1961/1973, S. 150). Auf diesem Weg geht es nicht darum, die eigenen Empfindungen und Gefühle zu reflektieren, sondern sie am Leben teilnehmen und sich artikulieren zu lassen. So gewinnt eine Person die Freiheit, aus sich heraus zu leben und zu sprechen – als Ich<sup>2</sup> zu sprechen.

Rogers selbst hat sich auch in seinem Werk nicht davor geschaut, sich immer wieder als „Ich“ zu äußern – darin, das Ich auch in seine Persönlichkeitstheorie einzubringen, war er hingegen äußerst sparsam. Daraus könnte der Schluss gezogen werden, Personzentrierte Psychotherapeuten hätten sich nur mit objektivierbaren Persönlichkeitsaspekten von Klientinnen, etwa vorzugsweise mit ihren Selbstkonzepten zu befassen. Das wäre allerdings m. E. eine massive Verkehrung der Haltung, die hinter Rogers respektvollem Umgang mit dem Begriff Ich steht: Nicht nur die Aktualisierungstendenz stellt für ihn durchgängig einen positiven Orientierungspunkt dar, sondern auch das Erleben des Individuums in einer „Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es ist“ (Rogers, 1951/1983, S. 418), also das Erleben in seinem inneren Bezugsrahmen. Dieser ist „die subjektive Welt des Individuums (...). Auf der anderen Seite bedeutet dies, daß alles, was wir von einem äußeren Bezugsrahmen aus wahrnehmen, sei es ein lebloses Ding, ein Tier oder eine Person, zum Objekt wird“ (Rogers, 1959/1987, S. 37f.). Rogers geht es sogar in der Hauptsache um das Subjekt, aber weil nur das Subjekt selbst ein „Ich“ zum Ausdruck bringen kann, verwendet auch er dieses Wort (fast) nur aus sich selbst heraus – darin, es als Begriff in seiner Theorie einzusetzen, erkennt er immer die Gefahr, es zu objektivieren und damit grundlegend zu verfälschen.<sup>3</sup>

2 Das sprachlich geäußerte „Ich“ steht in diesem Artikel (im Text des Autors) unter Anführungszeichen. Ist das Ich als persönlichkeits-theoretischer Begriff gemeint, steht es ohne Anführungszeichen.

3 Wo Rogers das Ich dennoch objektiv-begrifflich verwendet, tut er dies mit hoher Sensibilität, die sich in manchen Übersetzungen leider nicht mehr wiederfindet: So unterscheidet er in seiner „Theorie der Psychotherapie“ zwischen Charakteristika und Beziehungen des „Ich‘ (I‘) oder ‚Mich‘ (me‘)“ (Rogers, 1959, S. 200, Übers. v. Höger, 2006, S. 65), während in der deutschen Gesamtübersetzung nur mehr vom „Ich“ die Rede ist (Übers. v. Höhner u. Brüseke: Rogers, 1959/1987, S. 26). Tatsächlich geht es Rogers m. E. um eine wichtige Relativierung des Einsatzes des Wortes: Sobald das „I“ begrifflich verwendet wird, ist es schon nicht mehr das „Ich“ des Subjekts, sondern bezeichnetes

Das Bewusstsein dafür, dass das „I“, wenn – vom Subjekt selbst – über es die Rede ist, schon nicht mehr ein „I“, sondern ein „me“ ist, ist bereits im Englischen angelegt. Wenn man etwa an die Ebenen von Organismus und Selbst denkt, lässt sich diese Differenzierung für den gesamten Personzentrierten Ansatz als grundlegend ansehen – das Anliegen, das Ich niemals zu objektivieren, ist m. E. jedenfalls ein zentrales Anliegen des Personzentrierten Ansatzes und auch Gendlins, der diesbezüglich ganz ähnlich wie Rogers zu denken scheint: „Das, was man mit dem Wort ‚Ich‘ bezeichnen könnte, kommt als Begriff in Eugene Gendlins Philosophie (...) nicht vor, obwohl es das ist, was deren eigentliches Zentrum bildet. Das liegt daran, dass Gendlin ‚ich‘ (oder ‚du‘) nicht als Objekt betrachten oder definieren will. (...) Würde man ‚ich‘ definieren, würde man es verlieren, zerstören“ (Wilttschko, 2003, S. 171). Dennoch: „In der Theoriebildung des Personzentrierten Ansatzes fehlt bislang eine Ausarbeitung dessen, was hier mit ‚Ich‘ gemeint ist“ (ebd.). Dieser „Ausarbeitung“ möchte ich mich, unter Berücksichtigung der genannten Bedenken Rogers‘ und Gendlins, im folgenden Artikel zuwenden.

### Thesenbildung und Vorgangsweise

Bei Freud, wegweisend nicht nur für die tiefenpsychologischen Richtungen, gibt es bereits einen ausgearbeiteten Begriff des Ich. Für ihn bezeichnet es „nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche“ (Freud, 1923/1992, S. 266). Denn „Ein Individuum ist nun für uns ein psychisches Es, unerkant und unbewußt, diesem sitzt das Ich oberflächlich auf (...) also etwa so, wie die Keimscheibe dem Ei aufsitzt“ (Freud, 1923/1992, S. 264). Das hat wenig mit dem gemeinsam, was ein Mensch meint, wenn er von sich als „Ich“ spricht. Vielmehr drückt sich darin ein bloß phantasierter Vorstellungskomplex aus (s. u.), nämlich das eng mit narzisstischen Vorstellungen verbundene Ich-Ideal (vgl. Aucter & Strauss, 2003, S. 84), zu dem auch die Illusion gehört, ein einheitliches, integriertes Wesen zu sein. Angesichts dessen steht das Ich in der Tiefenpsychologie in keiner Weise für ein bewusstes Subjekt. Vielmehr fungiert das Ich, aus dem Wahrnehmungssystem entwickelt (vgl. Freud, 1923/1992, S. 264), als „Steuerungs-, Regulations- und Kontrollorgan“ (Aucter & Strauss, 2003, S. 83). Die Fähigkeit, sich von der Umwelt zu unterscheiden, spielt dabei eine zentrale Rolle. Voraussetzung dafür ist, dass sich der eigene Körper mithilfe des Ich aus der Wahrnehmungswelt heraushebt (vgl. Freud, 1923/1992, S. 265f.). In ähnlicher Schärfe wie später

Objekt, also „me“ (vgl. dazu auch Höger, 2006, S. 65f.). Daher sehe ich für Rogers‘ Ausdrucksweise „I or me“ eher „Ich beziehungsweise mich“ als adäquate Übersetzung an.

Sartre (vgl. Sartre, 1943/1993) steht Freud damit in der Tradition der Ichphilosophie Fichtes, die auf der Unterscheidung zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“ aufbaut (vgl. Fichte, 1794/1971). Die Frage, *was* sich eigentlich unterscheidet, wird von der Psychoanalyse abschlägig beantwortet: Identität gibt es nur in der Differenz, also in der Funktion einer Unterscheidung vom (vermeintlich) Anderen. Diese Funktion existiert nach aktuellem entwicklungspsychologischen Stand spätestens im dritten Lebensmonat: „Verschiedene Befunde sprechen dafür, dass das Ich bereits in den ersten Lebenswochen vorhanden ist, sodass Kinder zwischen der eigenen Person und der Umwelt trennen können“ (Schneider & Lindenberger, 2018, S. 183f.). Der Ansatz Freuds, das Ich im Wesentlichen als Unterscheidungsfunktion anzusehen, findet also in der menschlichen Entwicklung sehr früh eine tatsächliche Entsprechung.

Ausgangspunkt für meine Überlegungen zu einem Ichbegriff im humanistisch-personenzentrierten Kontext ist dagegen keine funktionale Eigenschaft, sondern das Motiv der unteilbaren Einheit eines subjekthaften Ich. Bei Kant findet sich dieses explizit: „Ich bin einfach‘ bedeutet aber nichts mehr, als daß diese Vorstellung ‚Ich‘ nicht die mindeste Mannigfaltigkeit in sich fasse, und daß sie absolute Einheit sei (...) so kann doch das subjektive Ich nicht geteilt und verteilt werden, und dieses setzen wir doch bei allem Denken voraus“ (Kant, 1781/1990, A 354). Das Element der Einheit des „Ich“ bei Kant kommt aus der christlichen Tradition. In dieser steht auch die humanistische Überzeugung, dass jeder Mensch tatsächlich als integrierte personale Einheit, eben als „In-dividuum“ („Ungeteiltes“) verstanden werden kann (dazu und v. a. zum Begriff „Person“ vgl. Schmid, 1998, S. 35–122).

Auch Husserl, der Begründer der für den Personzentrierten Ansatz wegweisenden Phänomenologie, geht dieser Überzeugung nach. Das Ich ist für ihn in seinen Logischen Untersuchungen „der verschwiegene Beziehungspunkt, das heißt das entsprechende Ganze, die reelle Bewusstseinsseinheit“ (Husserl, 1901/2010, LU V, §3). Dieses Ich-Verständnis könnte in der kindlichen Entwicklung phänomenologisch im dritten Lebensjahr mit dem ersten Aussprechen eines „Ich“ zum Ausdruck kommen (vgl. Schneider & Lindenberger, 2018, S. 184). Mit ihm wird das Kind imstande, die Bedeutung der ersten Personalform zu begreifen und sich darin zu artikulieren. Während also die Unterscheidung zwischen Ich und Umwelt (tiefenpsychologische Definition des Ich) bald nach der Geburt einsetzt, erfasst das Kind die inhaltliche Bedeutung des Wortes Ich erst viel später: Nun kann ein „Ich“ zum Ausdruck dafür werden, dass sich ein Individuum seiner selbst als integrierte Einheit gewahr geworden ist, nämlich als ein Ich, das Beziehungspunkt aller Wahrnehmungen in seinem phänomenalen Feld ist.

Meines Wissens gibt es dennoch keine humanistische Persönlichkeitstheorie, die das Ich in eine dementsprechende

Perspektive setzt. Das drängt sich aber angesichts Rogers‘ Theorie der Persönlichkeit, in der er das Individuum als Mittelpunkt eines organismisch wahrgenommenen Erfahrungsfeldes beschreibt (vgl. Rogers, 1951/1983, S. 418–422), für den personzentrierten Kontext geradezu auf. Dieser Idee möchte ich vor allem anhand von entwicklungspsychologischen Beobachtungen und Überlegungen folgen<sup>4</sup>. Der Kristallisationspunkt des Projekts, eine *personzentrierte „Ausarbeitung“* im Sinne Wiltshkos (2003, S. 171) zu leisten, liegt für mich in der phänomenologisch orientierten Frage, was ein Kleinkind eigentlich begriffen hat, wenn es „Ich“ zu sagen beginnt. Die dem zugrundeliegende menschheitsgeschichtliche Bewusstseinsrevolution vollzieht sich bei jedem Kind ganz konkret und führt sich mit jedem geäußerten „Ich“ fort – dem soll hier Schritt für Schritt nachgegangen werden.

## These

Entsprechend unseren Vorüberlegungen, so nun die These, wäre das erste „Ich“ des Kindes Ausdruck eines soeben erwachenden Ich-Bewusstseins. Das hieße, dass ein Mensch darüber hinaus, sich in einer objektivierenden Vorstellung von sich selbst wahrzunehmen, sich als aus sich heraus lebendiger, unmittelbar gegenwärtiger Organismus *zu begreifen vermag*. Ein Mensch wäre also etwa ab dem ersten „Ich“ imstande, sich seiner als integrierte Einheit und darin seines unmittelbaren Erlebens gewahr zu sein. Er sieht sich dann nicht mehr nur als Gegenstand von Wahrnehmungen über ihn, die durch andere Bezugspersonen und durch ihn selbst gemacht werden, sondern als Beziehungs- und Ausgangspunkt aller Wahrnehmungen, die in seinem phänomenalen Feld existieren. Er ist nicht mehr nur ein (z. B. mit einem Namen) Bezeichneter und Sich-Bezeichnender, sondern kann sich auch aus seinem eigenen Bezugsrahmen heraus als „Ich“ artikulieren.

Daraus würden sich folgende Konsequenzen bzw. Bestärkungen für die therapeutische Praxis ableiten: Ein „Arbeiten am Selbstkonzept“ könnte Tendenzen auf Seite von Klientinnen fördern, sich als Gegenstand der eigenen Vorstellungen zu definieren und sich so in einer Grundhaltung der

4 Dabei geht es mir nicht darum, aus der einzigen theorierelevanten Verwendung des Begriffes „Ich bzw. Mich“ durch Rogers (s. Fußnote 3), die im Wesentlichen ein Verweis auf die pragmatistischen Ich-Definitionen von Mead und James ist (vgl. Höger, 2006, S. 65), analytisch auf einen personzentrierten Ich-Begriff zu schließen. Dies haben Höger (ebd., S. 65f.) und Schmid (2016, S. 113) in nur wenigen Sätzen versucht, wobei Höger im Ich das „Selbst als Subjekt“ (der Wahrnehmung) sieht, während Schmid im Ich das sieht, was das Selbst wahrnimmt und gleichzeitig sein Bezugspunkt ist – darin sehe ich eher Deutungsversuche des „I or Me“ in seinem pragmatistischen Hintergrund und weniger in seiner personzentrierten Perspektive.

Selbst-Objektivierung zu fixieren. Vielmehr wäre es in der Regel die wesentliche therapeutische Aufgabe, ihrem unmittelbaren Dasein als Organismus sowie dem „Ich“, in dem sich dieser sprachlich artikuliert, einen geeigneten Beziehungsraum zu geben, sich *aus sich heraus* zu entfalten. „Das hieße ferner, daß es dem Therapeuten leichtfiele, sich in diese Beziehung voll einzulassen, ohne kognitiv zu wissen, wohin sie führen wird; er wäre damit zufrieden, wenn er ein Klima schaffte, das dem Klienten die äußerste Freiheit ermöglichte, er selbst zu werden“ (Rogers, 1961/1973, S. 184) – nicht, indem er sich selbst zu durchschauen lernt, sondern als lebendiges, schöpferisches Ich.

Probeweise möchte ich versuchen, den entsprechenden Begriff des Ich in die personzentrierte Persönlichkeitstheorie zu integrieren. Da es sich in erster Linie als Sprachakt ausdrückt, ist der vorliegende Artikel nicht zuletzt eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Sprechens: Gibt es vielleicht zwei verschiedene Arten des Sprechens, eines, das primär dem Ich *ent-spricht*, und eines, das eher dem Selbstkonzept *entspricht*?

### Das Selbst im Spiegel

Mit der Publikation einer bemerkenswerten Studie (Kohda, Hotta, Takeyama et al., 2019) hat vor Kurzem die biologische Fachzeitschrift PLoS Biology breite Aufmerksamkeit erregt: Nicht nur können, wie bisher schon bekannt, Schimpansen, Delfine, Krähen und Elstern den „Spiegeltest“ erfolgreich bestehen – auch Putzerlippfische versuchen, sich an ihrem Körper angebrachter Markierungen zu entledigen, nachdem sie diese im Spiegel gesichtet haben<sup>5</sup>. Heißt dies also, dass gewisse Fische bereits Selbst-Bewusstsein haben können? Mit dieser Frage gehen die Autoren der Studie am Ende zurückhaltend um: „Finally, while we make no claims that our study proves fish are self-aware, we do hope our results ignite further discussion“ (ebd., S. 17). Erwiesen bleibt, dass einige Tierspezies im Spiegel körperliche Eigenheiten als zu ihrem eigenen Körper zugehörig wahrnehmen können, dass sie also über ein zusammenhängendes Körperschema verfügen und es identifizieren können.

Der beschriebene Test in dieser spezifischen Form eines „Markierungstests“ geht auf Gallup (1970) zurück, der ihn auf

Schimpansen anwandte, und auf Amsterdam (1972), die ihn unabhängig davon für Kleinkinder entwickelte. Allgemeiner begann erstmals im Jahr 1931 H. Wallon ein hohes wissenschaftliches Augenmerk auf eine „Erprobung durch den Spiegel“ zu legen, die für ihn auf diverse Stadien der kleinkindlichen Wahrnehmung schließen ließ. Auf ihn (vgl. Jalley, 1998) bezog sich 1936 Lacan in einem Vortrag in Marienbad, der später auch verschriftlicht wurde (Lacan, 1966/2016).

In seiner „Theorie des Spiegelstadiums“ geht Lacan davon aus, dass Säuglinge bereits mit sechs Monaten beginnen, im Spiegel das Bild ihres Körpers zu erkennen, ein Prozess, der nach den Kriterien des „Markierungstest“ in der Regel im Alter von ca. 18–24 Monaten erfolgreich abgeschlossen ist (vgl. Nielsen, Suddendorf & Slaughter, 2006, S. 182–183; Bauer, 2019, S. 14). Diese Entwicklung findet also in einer Lebensphase statt, in der das Baby seinen real vorhandenen Körper noch nicht als integrierte Einheit versteht. Als solche lernt sich das Kind *vorerst im Spiegel* zu begreifen. Es lernt seinen Körper *als* zusammenhängendes Objekt im Spiegel als „Bild“ kennen – unmittelbar sieht es ja fast nur seine voneinander getrennten Extremitäten. Ein Bewusstsein von seinem Körper, das sich *direkt* auf diesen bezieht, wird es erst gewinnen können, wenn es kognitiv imstande sein wird, vom Spiegelbild auf den „realen Körper gegenüber“ zu schließen. Demnach kennt sich das Kind beträchtliche Zeit als unterscheidbare Einheit nur in Form einer „imaginären“ Gestalt. Diese hat es mithilfe des Spiegels und anderer Wege der Reflexion von außen, etwa mithilfe von Blicken und Reaktionen auf es, entwickelt. Informationen über sich selbst *als zusammenhängendes Objekt* bezieht es in diesem Stadium immer von einem Gegenüber, für das der Spiegel bei Lacan auch metaphorisch steht. Soweit beruht sein Selbstverständnis ausschließlich darauf, was ihm über sich widergespiegelt wird: „Was der Säugling, viele Male am Tag, über viele Wochen und Monate hinweg im Kontext von Spiegelungserfahrungen erlebt, verändert ihn und wird zum Kern seines Selbst. Die den Säugling adressierenden Resonanzen entstammen dem Selbst seiner Bezugspersonen, die dem Säugling bis dahin zunächst als ‚Extended Mind‘ (als externer Träger von Geist) bzw. als ‚Extended Self‘ (als externes Selbst) dienen“ (Bauer, 2019, S. 26). Während das Kleinkind zwar vom Beginn seines Lebens an schon ein Individuum ist, sich aber noch lange nicht als solches wahrnehmen kann, entwickelt es sich *vorerst* vom Gegenüber, von außen her zum Objekt seines eigenen Bewusstseins. Das schlägt sich in einer bildlichen Vorstellungsgestalt nieder, in die sich dann auch Spracherfahrungen und das Sprachliche insgesamt einfügen – etwa in Form der Beurteilungen des märchenhaften „Spiegleins an der Wand“, der sich auch sprachlich ausdrückt (Rölleke, 1985, KHM 53).

Eine Identität, die auf Identifizierungen mit einem Bild und daran anknüpfenden „Sätzen“ beruht, kann freilich nur eine

5 „Here, we show that a fish, the cleaner wrasse *Labroides dimidiatus*, shows behaviour that may reasonably be interpreted as passing through all phases of the mark test: (i) social reactions towards the reflection, (ii) repeated idiosyncratic behaviours towards the mirror, and (iii) frequent observation of their reflection. When subsequently provided with a coloured tag in a modified mark test, fish attempt to remove the mark by scraping their body in the presence of a mirror (...) do we accept that these behavioural responses, which are taken as evidence of self-recognition in other species during the mark test, lead to the conclusion that fish are self-aware?“ (ebd., S. 1).

Vorstufe von Ich-Bewusstsein darstellen. Dieses wird sich dadurch auszeichnen, dass es sich von einem vermittelten Selbstbild zu emanzipieren vermag, indem gewahrt wird, dass es ein Ich gibt, das diese Bilder *hat*. Dies bedeutet, zumindest ansatzweise zwischen den vermittelten Vorstellungen von sich und der unmittelbaren Realität des erlebenden Organismus unterscheiden zu können: Das „Ich“ als Ausdruck eines Individuums für das Bewusstsein seiner selbst ist im Wesentlichen *de-identifiziert* von den bildlichen wie auch von den sprachlich strukturierten Vorstellungen, die mit dem Spiegelstadium verknüpft sind.

Demnach haben uns die jüngsten Markierungstests an Lippischen und die Spiegeltheorie Lacans, bestens vereinbar mit dem personenzentrierten Konzept vom Selbst, lediglich zu einer Vorstufe des Ich geführt.

### Ein personenzentrierter Weg zum Ich

Während Kohda et al. (2019) keinen Anspruch erheben, weitergehende Schlussfolgerungen aus ihren Spiegelexperimenten zu ziehen, versucht Lacan seine Spiegeltheorie in Freuds Modell zu integrieren und bleibt dabei dessen Grundannahmen treu. Dazu gehört die Annahme, dass sich die psychische Dynamik des Subjekts von Beginn an aus seiner Gespaltenheit heraus entwickelt. Ihr zufolge gewinnt das Kind in seinem Spiegelbild einen Halt, der es vor dem drohenden Auseinanderbrechen schützt: „Das Erkennen des eigenen Körperbildes im Spiegel markiert einen Fortschritt in der kindlichen Wahrnehmung. Das ursprüngliche Chaos, wo Arme und Beine das darstellen, was später als Bilder des *zerstückelten Körpers* die Ganzheit der Gestalt bedrohen, ist zugunsten dieser Vereinheitlichung verschwunden“ (Widmer, 2016, S. 29; vgl. auch Lacan, 1966/2016, S. 114). Diese Vereinheitlichung ist für den Psychoanalytiker Lacan freilich Illusion. Die Integrität, die das Kleinkind mit „einer von Jubel begleiteten Geschäftigkeit“ (Lacan, 1966/2016, S. 110) in seinem Spiegelbild zu finden meint, schlägt sich in der nur trügerischen Idee von einem Ich nieder – dieses wird für immer „in einer Fiktionslinie situiert“ (ebd., S. 111) stehen.

Ob nun das Individuum als einheitlich oder als gespalten anzusehen ist, ist eine philosophische Frage, an der sich psychoanalytisch und humanistisch orientierte Geister grundsätzlich scheiden. Dass sich aber das Kind in einer natürlichen Entwicklung je als uneinheitlich und zerstückelt *empfindet*, dürfte durch empirische Studien weitgehend widerlegt sein. So fasst etwa Dornes in „Der kompetente Säugling“ zusammen: „Im Gegensatz zu dieser Theorie machen es die von mir dargestellten Untersuchungen wahrscheinlich, dass das Gefühl vom Selbst und die Wahrnehmung vom Objekt von Anfang

an wesentlich einheitlicher, integrierter und kohärenter ist, als bisher angenommen wurde. Schon im Alter von drei bis vier Monaten fanden sich viele Hinweise auf entsprechende Fähigkeiten“ (Dornes, 2015, S. 97; vgl. auch Biermann-Ratjen, 2006, S. 78). In dieser Schlussfolgerung aus dem Kapitel „Kritik der Spaltung“ beruft sich Dornes ebenso wie Biermann Ratjen maßgeblich auf Stern, der trotz seines psychoanalytischen Hintergrunds eine einheitsstiftende Funktion der frühkindlichen Wahrnehmung auch jenseits des Spiegelmotivs festgestellt hat. Neben einer solchen Kritik steht außerdem der logische Einwand, dass hinter der Wahrnehmung, zerstückelt zu sein, ja bereits eine Vorstellung von Ganzheit und Einheit stehen *muss*.

Aus der Sicht von Rogers ist der Schritt des Kindes, sich als Einheit zu setzen, prinzipiell realitätsgerecht: „Die hervorsteckende Tatsache, die theoretisch in Betracht gezogen werden muß, ist, daß der Organismus zu allen Zeiten ein total organisiertes System ist, in dem Veränderung irgendeines Teils zu Veränderungen bei anderen Teilen führen kann. Unsere Untersuchung solcher Teilphänomene muß bei der zentralen Tatsache des konsistenten, zielgerichteten Organismus einsetzen“ (Rogers, 1951/1983, S. 422). – Wenn Rogers definitiv von einem total organisierten, in seiner Konsistenz „in-dividuellen“ („unteilbaren“), also einheitlichen Organismus ausgeht, ist bei ihm allerdings die Frage offen geblieben, ob und wann Menschen sich dieser Einheit auch gewahr werden können.

Auf diese Frage eröffnet die Spiegeltheorie dem Personenzentrierten Ansatz folgende Sichtweise: An der Schwelle zum Kleinkindalter entdeckt der Säugling im gegenständlichen Spiegel (vgl. Biermann-Ratjen, 2006, S. 81), in der Reflexion und in den Augen anderer Menschen sich selbst. Dabei lernt er sich als einheitliche, zu einer Ganzheit koordinierte Gestalt wahrnehmen zu können, vorerst aber nicht „im Original“, sondern in Form eines Bildes, das er sich von sich selbst macht. Dieses „imaginäre Selbst“ ist die Voraussetzung für die Phase der Entwicklung eines „verbalen Selbst“ (vgl. ebd., S. 81), z. B. indem das Selbstbild mit einem Eigennamen versehen wird, oder indem Körperteile mit Begriffen bezeichnet werden. Schrittweise wird das Kleinkind aber auch Beziehungserfahrungen, die es macht, seine Schlüsse daraus und auch Zuschreibungen, die es erfährt, daran anknüpfen. Aus dem „Selbstbild“ wird zunehmend ein sprachlich strukturiertes Selbstkonzept, das man sich weitgehend als eine kontextuelle Gestalt vorstellen kann, die sich ins jeweilige Spiegel-Bild verwebt und darin seine erneute Einheit findet: Noch ein erwachsener Mensch, der sich im Spiegel betrachtet, vergewissert sich demnach nicht zuletzt der Einheit, die seinem Selbstkonzept zugrunde liegt.

Aus der Perspektive von Rogers hat das Kind in seinem Spiegelbild, wenn auch aufs erste nur mittelbar, seine tatsächlich vorhandene Einheit entdeckt, in der psychoanalytischen Sicht nur eine scheinbare. So führt bei Lacan kein Weg weiter zu

einem Ich, das sich seiner gewahr werden könnte und *sich in diesem Bewusstsein erleben* könnte. Dieser Weg steht im Personenzentrierten Ansatz weit offen.

### Vom Bild zum Ich

Im Spiegelstadium begreift sich das Kind bildlich als eigene Einheit, indem es sein Körperschema gesondert von seiner Mitwelt wahrnimmt. Darauf „projiziert“ es in der Folge, nun vorwiegend in sprachlicher Form, erlebte Zuschreibungen und Schlüsse aus wichtigen Beziehungserfahrungen: Es entsteht ein Selbst in der Gestalt eines komplexen Textes vor dem Hintergrund eines Bildes. Das Selbstkonzept bleibt dabei aber immer auf das Bildliche bezogen und steht in dessen Dienst. Diese Art von Selbstdefinition hat insgesamt den Charakter einer „Bezeichnung“: Auch indem eine Person das Bild, das sie von sich gezeichnet hat, mit sprachlichen „Zeichen“ versieht, charakterisiert sie sich selbst weiterhin wie ein Gegenstand. Daran wird erklärlich, dass auch Erwachsene, wenn sie sich (fast) ausschließlich über ihr Selbstkonzept begreifen, in der Rede über sich statt eines „Ich“ vorzugsweise ein verallgemeinerndes „Man“ verwenden – in dieser Perspektive lassen sie sich als ein Objekt unter vielen erscheinen.

Ein Kleinkind zwischen ein und zwei Jahren kann hingegen aufgrund seines *natürlichen* Entwicklungsstandes das Wort „Ich“ noch nicht einsetzen. Dabei verfügt es in diesem Alter bereits über einen Wortschatz von bis zu 50 Wörtern: Die Entdeckung, dass es ein Ich gibt, das sich aus sich und seinem eigenen organismischen Beziehungserleben heraus gestaltet, hat es noch nicht gemacht. Und sogar wenn der Prozess des Aufbaus einer bildlichen Selbstrepräsentanz im Alter von ca. 18–24 Monaten schon erfolgreich abgeschlossen ist (vgl. Nielsen et al., 2006, S. 182–183; Schneider & Lindenberger, 2018, S. 184), sind Kleinkinder in aller Regel noch einige Zeit nicht imstande, das Wort „Ich“ zu gebrauchen. Dieser weitere entscheidende Schritt geschieht erst ab dem 36. Monat, also deutlich später (vgl. Schneider & Lindenberger, 2018, S. 184). Das Verstreichen einer derartigen Zeitspanne spricht wohl dafür, dass sich darin eine nicht zu unterschätzende Bewusstseinsleistung vollziehen muss – und auch eine starke Emanzipationsleistung gegenüber dem Selbstbild.

Die erste Artikulation des Wortes „Ich“ weist m. E. eindeutig darauf hin, dass damit die Wahrnehmung, eine eigenständige Person zu sein, zu einem entscheidenden Durchbruch kommt. Welcher Art ist nun die zusätzliche Dynamik, die so entsteht, und das Potenzial, das sich damit auftut? Stellen wir also nun dem „Selbst-Bewusstsein“, das auf Spiegel-Reflexionen beruht, das Ich-Bewusstsein entsprechend der vorliegenden These gegenüber: Dem Spiegel-Selbst stehen das Kind und

später der Erwachsene in Identifikation *gegenüber* – es wird nicht erlebt, sondern „vor-gestellt“ (vgl. Lukits, 2016, S. 64–66). Mit der ersten Artikulation des „Ich“ hat dagegen, so meine These, das Kind zumindest ansatzweise durchschaut, dass das Spiegelbild bloß eine *Erscheinung* ist, und dass es eine *Realität* gibt, die dieser Erscheinung zugrunde liegt. Wo es sich vorher mit der Erscheinung seines Körpers im Spiegel identifiziert hat und so von sich ein bildliches Körperschema aufbauen konnte, entdeckt es nun seinen Körper unmittelbar. Zuvor hat es ihn reflexiv nur im Außen wahrgenommen, nun ist ihm gewahr geworden, dass sein „Aus-sehen“ nur die bildliche Dimension widerspiegelt, neben der viele weitere *Eigenschaften* erlebbar, „innerlich“, „wirklich“ zu ihm gehören: Der Leib und die Sinne selbst, die Koordinationsleistungen seiner Gliedmaßen, die Kognitionen, Affekte, Gefühle u. v. m. können nun in ihrer unmittelbaren Gegebenheit *bewusst* erfahren und damit Teil einer umfassenderen Selbstwahrnehmung des Kindes werden. In dieser neuen Perspektive könnten wohl entwicklungs-geschichtlich die Wahrnehmungspolaritäten von Außen und Innen, von Erscheinung und Wirklichkeit, von Schein und Sein angelegt sein, aber auch die Möglichkeit der Unterscheidung zwischen Selbstbild bzw. Selbstkonzept und dem Organismischen. Denn das Kind entdeckt nicht nur seine Physis, sondern die *gesamte* Realität, die seinem Selbstbild zugrunde liegt, in ihrem unmittelbaren Dasein: Es beginnt sich als eigener Organismus zu entdecken, in dem sich alle Gegebenheiten, Wahrnehmungen und Vorgänge – im Hier und Jetzt – zu einer unmittelbar vorhandenen, integrierten Einheit fügen. Die Einheit, die es aufs erste nur als Erscheinung im Spiegelbild vorgefunden hat, findet es nun in seinem Erleben wieder, *aus ihm heraus* kann es erstmals „Ich“ sagen und sich als Subjekt verstehen. So hat es auch damit angefangen, sich bewusst als *wahrnehmend* zu begreifen, nicht mehr nur als das, was an ihm (auch von ihm selbst) *wahrgenommen wird*: Dieses „Me“ wird als Vorstellung erkannt, die es hervorgebracht hat, indem es sich in einer bestimmten Weise vor dem Spiegel positioniert hat und dabei „hineinschaute“ – das, was als Subjekt u. a. diese Situation immer wieder hervorbringt und sie wahrnimmt, äußert sich als „Ich“, das erstmals auf sich schließt und sich damit erschließt. So findet der Organismus im „Ich“ zum Ausdruck seiner Unmittelbarkeit. Das Kleinkind kann dieses oft von anderen gehörte, bisher unbegreifliche Wort nun ansatzweise begreifen und sich darin als leiblich *vor-handene* Person (*vor* allen Konstrukten über es) symbolisieren: Eine klare Andeutung von etwas, das dann einer umfassenden Verwirklichung entgegen gehen möchte.

Diskussion:  
Das Ich-Bewusstsein als „Theory of Organism“

Das 2–3-jährige Kind wird sich mit seinem ersten „Ich“ seiner selbst als Organismus (in seiner Einheitlichkeit und Unmittelbarkeit, die ihn nach Rogers charakterisieren) gewahr. Freilich kann sich sein neues Bewusstsein, dem vor allem die Selbstdefinition durch das Selbstkonzept weiterhin gegenübersteht, bei weitem nicht in alle Richtungen durchsetzen. – Diese These soll nun auch in Hinblick auf den gesamten Entwicklungszusammenhang der betreffenden Altersstufe betrachtet werden. Dafür scheinen mir vor allem die Theorien bzw. Beobachtungen von Piaget, aber auch von Freud interessant zu sein: In Freuds Entwicklungslehre fällt die erste Äußerung des Wortes „Ich“ genau in die „anale Phase“. Dass diese Phase *zentral* mit analer Erotik zu tun hat, kann so von einer humanistischen Auffassung nicht geteilt werden, wohl aber, dass sich die großen Themen dieser Entwicklungsstufe natürlich auch auf der körperlich-psychosexuellen Ebene widerspiegeln. Wenn wir also hier den größeren Kontext sehen, geht es in dieser Phase um eine „wachsende Möglichkeit zur Kontrolle über die Körperfunktionen“, um die „Funktionen des Ausstoßens und Zurückhaltens“ sowie um „das Festhalten und Loslassen“ (Auchter & Strauss, 2003, S. 38f.). Diese Motive entsprechen m. E. gut der oben dargestellten Überlegung, dass das Kleinkind im Zusammenhang mit seiner Ich-Bewusstwerdung vor allem seine Innenwelt in einem Spannungsfeld zum bisher einzig wichtigen „Außen“ entdeckt: Bisher hat das Kleinkind sich ausschließlich in Vorstellungen vorgefunden, die ihm andere kommuniziert haben, und daraus sein Selbst(bild und -konzept) gewonnen. Jetzt erkennt es sich aber in seiner unmittelbaren Körperlichkeit wie in seinen inneren Vorgängen auch als eigenständiger Organismus. Aus dieser Perspektive *muss* es in dieser Phase zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den Polaritäten Abhängigkeit – Selbstbehauptung und Innen – Außen kommen, mit Themen also, die sich hervorragend auch im Kot symbolisieren: Die „anal“ Themen von Kontrolle, Zurückhalten, Festhalten, Verweigern und andererseits von Ausstoßen, Loslassen und Hergeben passen exakt zu einem Zusammenhang, der in der hier vertretenen Sichtweise seinen Ursprung in der Entwicklung eines Ich-Bewusstseins hat. In der „anal Erotik“ fände sich dementsprechend nur *eine* Auswirkung davon.

In der mittlerweile ebenso klassisch gewordenen Theorie der Denkentwicklung von Piaget fällt das erste „Ich“ in den Anfang des „Präoperationalen Stadiums“, das von 2 bis 7 Jahren andauert (vgl. Schneider & Lindenberger, 2018, S. 396). Dieses „ist gekennzeichnet durch die Bildung stabiler mentaler Repräsentationen“ (ebd., S. 398), darunter wohl auch eine des Ich, worauf zumindest die erstmalige adäquate Verwendung des Wortes „Ich“ hinweist. Dass im präoperationalen Denken

einige logische Operationen noch fehlen, scheint für unseren Zusammenhang wenig bedeutsam, wohl aber ein von Piaget angenommener „Egozentrismus“ in dieser Phase – damit „ist die Unfähigkeit gemeint, eine von der eigenen Perspektive abweichende Perspektive einer anderen Person einzunehmen“ (ebd., S. 399). Dies setzt natürlich voraus, dass das Kleinkind bereits eine eigene Perspektive hat. Aber kann es sich ihrer auch bewusst sein, wenn es sie nicht von der Perspektive anderer unterscheiden kann? Dieses Argument scheint dagegen zu sprechen, dass mit dem ersten „Ich“ im Kern auch schon ein Ich-Bewusstsein entstanden ist. Mittlerweile ist jedoch gerade die angesprochene Egozentrismus-These Piagets durch neuere Untersuchungen klar revidiert: Bald nach dem ersten „Ich“, also „im Alter von etwa drei Jahren erwerben Kinder auch sogenannte ‚mentale Verben‘, können also verstehen, was mit Begriffen wie etwa ‚wissen‘, ‚denken‘, ‚erinnern‘ oder ‚glauben‘ gemeint ist. Ab diesem Zeitraum finden sich auch Belege dafür, dass Vorschulkinder das Denken selbst zum Gegenstand ihres Denkens machen können. Mit ‚Theory of Mind‘ sind alltagspsychologische Konzepte gemeint, die es den Kindern erlauben, sich selbst und anderen mentale Zustände zuzuschreiben. (...) Die Kinder erkennen, dass andere Personen nicht die gleiche Weltansicht haben müssen“ (ebd., S. 201), eine Reflexionsleistung, die bei Tieren noch nicht vorgefunden wurde (vgl. Prior, 2008, S. 109). „Einfachere Aufgaben zur Perspektivenübernahme konnten schon von Kindern unter 3 Jahren gelöst werden“ (Schneider & Lindenberger, 2018, S. 402). Schon in diesem Alter „verstehen das Kind, dass ein anderer etwas sehen kann, was es selbst nicht sieht, und umgekehrt; dieses Niveau erreichen Kinder schon mit 2½ Jahren“ (ebd.). Diese neueren Erkenntnisse passen, auch was die Altersangaben betrifft, genau zur Annahme, dass das Kind mit 2½ Jahren nicht nur „Ich“ sagen kann, sondern sich auch als Ich zu sehen gelernt hat: Die Entdeckung einer eigenen Perspektive, die den Perspektiven der anderen gegenübersteht, legt nahe, dass es sich mittlerweile als eigenständiger Organismus begreifen kann, was beides zusammen genommen im ersten „Ich“ einen stimmigen Ausdruck finden dürfte. In diesen Überlegungen erweitert sich nun die angeführte „Theory of Mind“ zu einer weniger kognitiv orientierten, humanistisch-personenzentrierten „Theory of Organism“: Demnach entdeckt das Kleinkind mit 2½ Jahren nicht nur seine mentalen Prozesse, nämlich derart, dass sie eine eigene Perspektive bilden („Theory of Mind“). Vielmehr entdeckt es sich, wie das erste „Ich“ zeigt, als Organismus, der *in seinem gesamten Erleben*, also z. B. auch in seinem unmittelbaren Körpererleben, eine einheitliche, eigenständige Perspektive bildet: „Dazu gehören das Erkennen von Belebtheit, das Verfolgen von Blickbewegungen, das Verstehen von visueller Perspektive, das Erkennen von Intentionen und das Verstehen von mentalen Inhalten“ (Prior, 2008, S. 108). So wird mit diesem



Alter auch das Thema der Autonomie wichtig, aber nicht nur auf der mentalen Ebene, wie sich in der „analen“ Thematik zeigt. Einer Fokussierung auf das Sexuelle in der Psychoanalyse und einer psychologischen Reduktion auf das Kognitive stellt der Schluss auf eine „Theory of Organism“, die demnach das Kind mit 2½ Jahren entwickelt und in seinem ersten „Ich“ äußert, eine umfassendere Sicht entgegen.

### Das Ich im personenzentrierten Kontext: Ich und wahres Selbst

In den vielen Aspekten der Entwicklung des 2–3-jährigen Kleinkindes hat sich deutlich gezeigt: Das erste „Ich“ des Kindes könnte tatsächlich Ausdruck eines erwachenden Ich-Bewusstseins sein, da es sich nun seiner als unmittelbar vorhandener, einheitlicher, wahrnehmender Organismus gewahr geworden ist und sich darin als „Ich“ symbolisieren kann. Dieses Ich-Bewusstsein ist klar von der „Empfindung eines subjektiven Selbst“ zu unterscheiden, deren Herausbildung Biermann-Ratjen in Anlehnung an Stern zwischen dem 7. und 15. Monat ansetzt (vgl. Biermann-Ratjen, 2006, S. 80), also genau im „Spiegelstadium“. Diese Empfindung „beginnt damit, dass die Kinder der Blicklinie der Mutter folgen. Sie drehen den Kopf dahin, wohin ihn die Mutter dreht (...). Dann schauen sie zur Mutter zurück, um sich zu vergewissern („social referencing“), dass sie auch das gesehen haben, was die Mutter meinte (...). Und die Kinder schauen zur Mutter, wenn sie wissen wollen, ob ihr Affekt angemessen ist. In der Zeit der Entdeckung des subjektiven Selbst ändern die Mütter ihren Umgang mit den Kindern. Sie zeigen ‚affect-attunement‘, indem sie nicht mehr den Gefühlsausdruck des Kindes (...) imitieren, sondern sie spiegeln dem Kind seinen Affekt in einer anderen Modalität“ (ebd.). An dieser Passage zeigt sich gut, wie sehr es in der „Empfindung eines subjektiven Selbst“, im Gegensatz zur Entstehung des Ich-Bewusstseins, noch um eine Spiegel-Resonanz mit den nächsten Bezugspersonen geht, in der das Kleinkind sein noch junges Selbst**ild** entwickelt. Im Sinn einer solchen Unterscheidung wird Stern von Biermann-Ratjen auch so referiert, der „sense of self“, als Prozess der Selbsterfahrung, existiere schon, bevor die Fähigkeit, ihn zu reflektieren und sich seiner Inhalte bewusst zu werden, entwickelt bzw. gereift sei“ (ebd., S. 78). Dies gilt auch dann, wenn sich das Kind auf der Ebene des Selbst „als einen einzelnen, abgegrenzten, integrierten Körper“ (ebd.) kennenlernt, wie dies sogar manche Tiere können (s. o.): nicht unmittelbar, sondern vermittelt über Spiegelungen und Resonanzen, die sich als „Repräsentanzen von Interaktionserfahrungen“ (ebd., S. 79) in einem Selbstbild bzw. in einem Selbstkonzept niederschlagen. Denn „beim frühen Selbstempfinden gibt es noch kein Bewusstsein des ‚Ich bin es‘, der diese

Empfindungen und Wahrnehmungen hat“, womit Dornes (2015, S. 88) den entscheidenden Schritt markiert, der dabei für die Entstehung eines Ich-Bewusstseins noch aussteht: Erst indem das Kind bemerkt, dass sein Spiegel- bzw. Selbstbild nur ein Objekt seiner Wahrnehmung ist, kann ihm gewahr werden, dass diesem Bild ein „Original“, ein Organismus, ein Ich entspricht, das dieses Bild nicht ist, sondern es *hat* – das Selbst(bild) wird als Vorstellungskomplex erkannt, mit dem das Ich nicht identisch ist. Vielmehr drückt sich, wenn wir diesem Gedankengang folgen, im „Ich“ das erwachende Bewusstsein eines Menschen davon aus, dass er nicht aus seinen Wahrnehmungen, Bildern und Vorstellungen von sich besteht, sondern vielmehr als unmittelbar gegenwärtiger Organismus. Dass er sich als einheitlichen Zusammenhang *sieht*, geschieht schon auf der Ebene der Selbstwahrnehmung im Spiegelstadium – dass er sich als solchen auch (bewusst) *erlebt*, drückt sich im „Ich“ aus.

So würde in einem sich durchsetzenden Ich-Bewusstsein, das nicht wie üblich vom Selbstkonzept überlagert bleibt und nur immer wieder kurz aufflackert, das „wahre Selbst“ (vgl. Rogers, 1961/1973, S. 164) eines Menschen erscheinen. Im therapeutischen Kontext würde es sich besonders in der sechsten Prozessphase durchsetzen, die eine „sehr ausgeprägte und oft dramatische Phase“ (ebd., S. 149) ist: „*Ein präsenten Gefühl wird unmittelbar und reichhaltig erlebt. Diese Unmittelbarkeit des Erfahrens und das Gefühl, das seinen Inhalt ausmacht, werden akzeptiert*“ (ebd.) „*Das Selbst als Objekt verschwindet mehr und mehr. Das Selbst in diesem Moment ist dieses Gefühl (...). Das Selbst ist, subjektiv, in dem Moment der Existenz. Es ist nicht etwas, das man wahrnimmt*“ (ebd., S. 151; Hervorhebungen im Originaltext). So besteht das wahre Selbst, das sich nun Bahn bricht, nicht mehr aus den vielen Konstrukten von Selbstbild und Selbstkonzept, sondern hat sich in seiner „Originalität“ als einheitlicher, unmittelbar erlebend-erlebter Organismus erkannt: Das Selbst<sup>6</sup> hat zu einer bewussten, vollen Identität mit ihm gefunden, eine unmittelbare Identität, die sich im „Ich“ des dritten Lebensjahres angedeutet hat: „Der entscheidende Augenblick ist ein Augenblick der Integration; Kommunikation zwischen verschiedenen inneren Zentren ist nicht länger notwendig, da sie eins geworden sind (...). *Das betreffende persönliche Konstrukt löst sich in diesem Moment des Erfahrens auf,*

6 In diesem Kontext wird deutlich, wie sich bei Rogers die Begriffe „Selbst“ und „Selbstkonzept“ zueinander verhalten: „Selbst“ bezeichnet das Selbstverständnis eines Menschen. Grundet dieses ausschließlich im Selbstkonzept, sind „Selbst“ und „Selbstkonzept“ faktisch deckungsgleich. Ein Bedeutungsunterschied ergibt sich, wenn eine Person sich als über das Selbstkonzept hinausgehender lebendiger Organismus begriffen hat, der sie ja tatsächlich *ist*, während sie ein Selbstkonzept ja nur *hat*. Entsprechend dieser Realität verwendet Rogers den Begriff „Selbst“ ganz folgerichtig oft auch für das „Selbst, das man in Wahrheit ist“, also für ein Selbstverständnis seiner selbst als Organismus und für ein Ich im Sinne des vorliegenden Artikels.

und der Klient fühlt sich aus seinem bisherigen haltgebenden Rahmen losgeschnitten (...). Während sich in diesem Moment seine Art der Selbstdeutung auflöst, fühlt er sich losgeschnitten von seiner bisherigen Welt – ein Gefühl, das wunderbar, aber auch beängstigend ist. *Der Moment des vollständigen Erfahrens wird zu einem klaren und definitiven Bezugspunkt*“ (ebd., S. 152f.; Hervorhebungen im Originaltext). In diesen Zusammenhang gesetzt bedeutet umfassendes Ich-Bewusstsein das „ganze Selbst“ (ebd., S. 173; Hervorhebung im Originaltext), also ein Selbst, das nicht mehr aus Partial-Vorstellungen eines Menschen über sich zusammengesetzt wird, sondern primär aus dem bewussten Erleben seiner selbst als eines unmittelbar vorhandenen Organismus besteht: Dieser bildet *einen einzigen Gesamtzusammenhang*, den das Kleinkind das erste Mal mit 2–3 Jahren entdeckt hat. Im Selbstverständnis bleibt diese Entdeckung aber überlagert von den vielen Vorstellungen, die es bereits von sich entwickelt hat und mithilfe seiner Bezugspersonen ständig weiterentwickeln wird. Zum Durchbruch zu einem „wahren Selbst“ („Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“, ebd., S. 164) kann das Ich-Bewusstsein erst in einem sehr reifen Zustand kommen, welcher der sechsten Phase im Prozesskontinuum einer gelingenden Psychotherapie entspricht.

### Das sprechende Ich: Schlussfolgerungen

Die These, ein Mensch wäre etwa ab der ersten Äußerung eines „Ich“ im dritten Lebensjahr imstande, sich seiner als unmittelbar vorhandener, einheitlicher Organismus gewahr zu sein, und darin liege das Ich-Bewusstsein, hat sich im vorliegenden Artikel zumindest als gut begründbar und haltbar erwiesen.

Zwar kann sich demnach eine Person auch in Selbstbild und -konzept als einheitliches Individuum begreifen, – dabei bezieht sie sich im Grunde aber nur auf eine Körperoberfläche, die ursprünglich im Spiegel als einheitlicher Zusammenhang erschienen ist, und auf andere Spiegelungsphänomene, die sich daran anschließen. Sofern ein Mensch sich, wie zumindest in unserem Kulturkreis üblich, vorwiegend über sein Selbstkonzept definiert, wird er demzufolge dazu neigen, sich (und andere) zu vergegenständlichen und von einer Außenperspektive her zu betrachten. Er wird dazu neigen, sich (und andere) zu partialisieren: Selbst-„Bezeichnungen“ gelten nicht dem gesamten Organismus, sondern nur bestimmten Charakteristika, die in einem Zusammenhang gesehen werden können oder auch nicht. Er macht Erfahrungen kaum aus seinem Erleben heraus, sondern bringt sie in seinen Vorstellungen, letztlich in seinem Spiegelbild unter.

Im Gegensatz dazu symbolisiert sich demnach ein Mensch im „Ich“ als unmittelbar erlebender, zusammenhängender Organismus und findet darin seine Einheit. Sofern eine Person

ihre Identität im Ich-Bewusstsein gründet, da sie von ihrem Selbstkonzept auch absehen kann („Ich habe dieses Konzept von mir, aber es definiert mich nicht“), nimmt sie demzufolge sich (und andere) nicht primär in verschiedenen Eigenschaften, sondern als Gesamtheit wahr. Sie versteht sich aus ihrem Erleben heraus, nicht durch die Brille ihrer Vorstellungen über sich und andere. Beziehungserfahrungen wären dann für sie weniger Spiegelerfahrungen als Erfahrungen des erlebten Kontakts, also Erfahrungen, in denen das Du (und jeder andere Aspekt der Wirklichkeit) vom eigenen unmittelbaren Erleben nicht getrennt ist. Grundsätzlich hat gemäß der vorliegenden These diese Art der Wahrnehmung im ersten und in jedem weiteren „Ich“ ihren Anwalt – sie bleibt aber in der Regel, auch kulturell bedingt, stark überlagert von der Orientierung an erwarteten Spiegelungseffekten und am Selbstkonzept, das auf ihnen gründet.

Wie demnach das Selbstkonzept in seinem Ursprung eng mit dem Bildlichen verknüpft ist, so ist die Entstehung des Ich-Bewusstseins eng mit dem Sprechen des ersten „Ich“ assoziiert. Das Erlernen und der Gebrauch der Sprache im Allgemeinen beginnen aber schon deutlich früher, sodass diese offenbar nicht an ein Ich-Bewusstsein gebunden ist: Es gibt ein Sprechen jenseits des „Ich“, sogar wenn Menschen in einer Psychotherapie über sich reden. Dieses Sprechen verwendet oft ein „Man“, manchmal sogar ein „Du“ anstelle eines „Ich“, oder auch ein „Ich“ im Sinn des englischen „Me“. Es bezieht sich, gemäß den vorliegenden Überlegungen, nicht auf ein Ich, es vollzieht sich also nicht im Gewahrsein des unmittelbaren, einheitlichen Vorhandenseins als Organismus, sondern in Vorstellungen über sich und die Welt, wie sie sich in Selbstbild und -konzept finden. Spürbar redet eine Person in diesem Sprechmodus nicht aus sich heraus, sondern gleichsam von einer Außenwarte her über sich, ganz so wie Rogers es für die ersten beiden Prozessphasen beschreibt: *„Probleme werden wahrgenommen, als ob sie außerhalb des Selbst lägen. (...) Beispiel: ‚Immer wieder taucht in meinem Leben Zerrüttung auf.‘ Man beschreibt Gefühle, als ob man sie nicht selber habe, oder – manchmal – als wären es vergangene Objekte. (...) Klientin: ‚Das Symptom war – es war – einfach eine ziemlich starke Depression.‘ Hier ist ein ausgezeichnetes Beispiel für die Art, innere Probleme als vollkommen äußerliche wahrzunehmen und mitzuteilen. Sie sagt nicht: ‚Ich bin deprimiert‘ und nicht einmal ‚ich war deprimiert‘. Ihr Gefühl wird als fernliegendes, nicht selbst erlebtes Objekt behandelt“* (Rogers, 1961/1973, S. 138; Hervorhebungen im Originaltext). Folgen wir der vorliegenden These über das Ich-Bewusstsein, müssten wir diese Aussage von Rogers sogar noch erweitern: Nicht nur die Gefühle werden von der Klientin als etwas Fernliegendes behandelt, sondern sie bespricht sich hier *in ihrer gesamten Person* als außerhalb von sich selbst liegendes Objekt. Sie sieht sich wohl als das Bild, das sich ihr in

den Spiegelungen ihrer selbst gezeigt hat, und identifiziert sich voll mit ihrem Selbstkonzept, zu dem dieses Bild sich sprachlich weitergeformt hat. Die frühkindliche Entwicklung eines „Ich“ ist wieder durch Selbst-Bezeichnungen verdeckt worden. – Es ist zu vermuten, dass sich die Klientin als Kind nicht als Ich, nicht als Individuum in ihrem unmittelbar vorhandenen Erleben anerkannt und geliebt fühlen konnte, sondern eher in der von den Eltern erwünschten Entwicklung eines Verhaltens, das auf deren Vorstellungen und Werten beruhte. So hat die Klientin gelernt, „an ihren Einstellungen zu arbeiten“, sich über sie zu definieren und sich über sie steuern zu wollen. Dieses wahrscheinliche Versagen der Eltern und diese offensichtliche Not der Klientin darf in einer Psychotherapie keine Fortsetzung finden. Natürlich geht es in jeder Psychotherapie immer auch um Selbstkonzepte, aber im günstigen Fall niemals wesentlich: Ein Psychotherapeut sollte nicht den Eindruck entstehen lassen, dass seine Anerkennung, seine Empathie und eigene Bewusstheit ihnen oder gar dem Reflektieren darüber gelten. Dies würde die Gefahr einer Beziehungserfahrung in sich bergen, die darin bestärkt, sich in einer Grundannahme nicht als erlebendes Ich, sondern über seine Vorstellungen über sich und somit als Objekt zu definieren. Einer solchen Einengung, als deren entwicklungsgeschichtlicher Ursprung die nicht gelöste Fixierung auf das eigene Spiegelbild herausgestellt worden ist, steht hier das Ich-Bewusstsein gegenüber, das dem Organismus als lebendiger, unmittelbar vorhandener Einheit und Gesamtheit gilt. Ein adäquates, klares, stabiles Selbstkonzept ist die Grundbedingung der psychischen Gesundheit eines Menschen, was aber nicht einschließt, dass er sich voll mit ihm zu identifizieren hat. Im Gegenteil, sobald ihm in einer psychotherapeutischen Beziehung aufgrund der Haltung der Psychotherapeutin immer wieder gewahrt wird, dass er ein *Selbstkonzept hat*, aber *Person ist*, hat sich sein Selbst schon entscheidend gelockert: Erweiterung des Selbst bedeutet in diesem Kontext eine Erweiterung auf das Ich hin.

Wenn Klientinnen eine Psychotherapie beginnen, erwarten sie nicht selten, dass sie *über* ihre Geschichte und *über* ihre „Muster“ berichten, damit diese Berichte wiederum Gegenstand der Reflexion in der Sitzung werden. In ihrer Erwartung machen sie damit sich selbst zum Objekt ihres Sprechens und auch ihr Sprechen zum Objekt der Reflexion durch sich selbst und den Psychotherapeuten. Diese Erwartung kann durchkreuzt werden, indem die Psychotherapeutin sich in ihrem positiven Beziehungsangebot und ihrer Resonanz deutlich auf die gesamte leibliche Präsenz ihres Gegenüber bezieht. Dadurch, dass ein Klient nicht vornehmlich in seinen Aussagen fokussiert, analysiert und besprochen wird, entsteht ein Freiraum sowohl für ihn persönlich als auch für sein Sprechen. Auch dieses dient nicht primär als *Gegenstand* einer Auseinandersetzung, sondern kann von ihm als lebendiger *Ausdruck* seines Ich, als

unmittelbare Artikulation des Organismus wiederentdeckt werden und wieder Anschluss an das „Ich“ finden. Denn, wie Buber es ausdrückt, „wir dürfen zwischen zwei Arten menschlichen Daseins unterscheiden. Die eine mag als Leben vom Wesen aus, als Leben bestimmt von dem, was einer ist, die andre als Leben bestimmt vom Bilde aus, als Leben bestimmt von dem wie einer erscheinen will, bezeichnet werden. (...) Stellen wir uns nun zwei Bildmenschen vor, die beieinander sitzen und miteinander reden: Zwei lebende Wesen und sechs gespenstische Scheingestalten<sup>7</sup>, die sich in das Gespräch der beiden mannigfaltig mischen! (...) Stellen wir uns einen Peter und einen Paul vor, die es anzuwidern beginnt, die es immer heftiger anwidert, durch Gespenster vertreten zu werden. In jedem von beiden erwacht, erstarkt der Wille, als dieser Seiende und nicht anders bestätigt zu werden (...), bis der Schein hier und hier zerrinnt und die Abgründe des Personseins einander anrufen“ (Buber, 1962/1997, S. 177–181).

## Literatur

- Amsterdam, B. (1972). Mirror self-image reactions before age two. *Developmental Psychobiology*, 5(4), 297–305.
- Auchter, T. & Strauss L. V. (2003). *Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bauer, J. (2019). *Wie wir werden, wer wir sind. Die Entstehung des menschlichen Selbst durch Resonanz*. München: Karl Blessing Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–91). Heidelberg: Springer.
- Buber, M. (1962/1997). Elemente des Zwischenmenschlichen. In M. Buber: *Das dialogische Prinzip* (S. 170–197). Heidelberg: Verlag Lambert Schneider.
- Dornes, M. (2015). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Fichte, I. H. (Hrsg.) (1794/1971). *Fichtes Werke. 11 Bände*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Finke, J. (2019). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie – Beziehungskonzepte – Therapietechnik*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Freud, S. (1923/1992). *Das Ich und das Es. Metapsychologische Schriften*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Gallup, G. (1970). Chimpanzees: Self-Recognition. *Science*, 167, 86–87.
- 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.
- Husserl, E. (1901/2010). *Logische Untersuchungen*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Jalley, E. (1998). *Freud, Wallon, Lacan. L'enfant au miroir*. Paris: EPEL.
- Kant, I. (1781/1990). *Kritik der reinen Vernunft*. Hamburg: Felix Meiner Verlag.

<sup>7</sup> Gemeint sind die (insgesamt sechs) Bilder, die jeder von beiden von sich hat, die er von sich haben möchte, und die er vermitteln möchte

- Kohda M., Hotta T., Takeyama T., Awata S., Tanaka H. & al. (2019). If a fish can pass the mark test, what are the implications for consciousness and self-awareness testing in animals? *PLoS Biol*, 17(2).
- Lacan, J. (1966/2016). Das Spiegelstadium als Gestalter der Funktion des Ichs, so wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung offenbart wird. Vorgetragen am 17.7.1949 auf dem XVI. Internationalen Kongress für Psychoanalyse in Zürich. In J. Lacan, *Schriften I* (S.109–117). Wien: TURIA + KANT. (Orig. ersch. 1966: *Ecrits 1*. Paris: EDITIONS DU SEUIL).
- Lukits, G. (2016). Empathie und Empirie: Rogers' Verstehenszugänge und ihre Voraussetzungen in der Erkenntnistheorie Schopenhauers. Ein philosophischer Anstoß. *Person*, 20(1), 63–71.
- Nielsen, M., Suddendorf, T. & Slaughter, V. (2006). Mirror Self-Recognition Beyond the Face. *Child Development*, 77(1), 176–185.
- Prior, H. (2008). Vergleichende Kognitionsforschung. In J. Bengel et al. (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie*, Band 8: S. Gauggel & M. Herrmann (Hrsg.), *Handbuch der Neuro- und Biopsychologie* (S.103–112). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag (Orig. ersch. 1959: siehe folgende Literaturangabe).
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp.184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rölleke, H. (Hrsg.) (1985). *Kinder- und Hausmärchen gesammelt durch die Brüder Grimm*. Frankfurt: Deutscher Klassiker Verlag.
- Sartre, J.-P. (1943/1993). *Das Sein und das Nichts*. Hamburg: Rowohlt.
- Schmid, P. F. (2016). Personzentrierte Anmerkungen. Zum Personbegriff anlässlich des Artikels von Alfried Längle: Person-Zentriert: Zur Personierung der Existenz – eine ‚Außensicht‘. *Person*, 20(2), 111–114.
- Schmid, P. F. (1998). Souveränität und Engagement. Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S.15–164). Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Schneider, W. & Lindenberger, U. (Hrsg.) (2018). *Entwicklungspsychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Widmer, P. (2016). *Subversion des Begehrens. Eine Einführung in Jacques Lacans Werk*. Wien: TURIA + KANT.
- Wiltshko, J. (2003). Ich. In G. Stumm, J. Wiltshko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S.171–173). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

# Resilienz und posttraumatisches Wachstum im personzentrierten Fokus

Neena Kurl  
Wien

Es werden das Resilienzkonzept sowie das Konzept des Posttraumatischen Wachstums begrifflich erörtert und der jeweilige aktuelle Forschungsstand dazu vorgestellt. Diskutiert werden Vereinbarkeiten mit und Unterschiede zu personzentrierten Konzepten. Dabei ergeben sich vor allem in Hinblick auf die erhaltende und entfaltende Komponente der Aktualisierungstendenz sowie die Bedeutung von spezifischen Beziehungserfahrungen Parallelen. Ein Fallbeispiel aus der Praxis verdeutlicht Aspekte posttraumatischen Wachstums. Bezüge zur therapeutischen Praxis, insbesondere zur Förderung von posttraumatischem Wachstum, kritische Schlussfolgerungen sowie der Aufweis offener Forschungsfragen runden die Abhandlung ab.

*Schlüsselwörter:* Resilienz, Aktualisierungstendenz, posttraumatisches Wachstum, Trauma, fully functioning person, Personzentrierte Psychotherapie

**Resilience and posttraumatic growth from a personcentred perspective.** The concept of resilience and the concept of post traumatic growth are described and the current research status is presented. Compatibilities and differences with the person-centered approach are discussed. In view of the maintaining and enhancing components of the actualizing tendency and the meaning of specific relationship experiences parallels arise. A case example clarifies aspects of post traumatic growth. References to the therapeutic practice, especially the facilitation of post traumatic growth, critical conclusions and open questions in research complete the essay.

*Keywords:* resilience, actualizing tendency, post traumatic growth, trauma, fully functioning person, person-centered psychotherapy

„Bewahre mich vor dem naiven Glauben,  
es müsste im Leben alles gelingen.  
Schenke mir die nüchterne Erkenntnis,  
dass Schwierigkeiten, Niederlagen, Misserfolge,  
Rückschläge eine selbstverständliche Zugabe zum Leben sind,  
durch die wir wachsen und reifen.“

*Antoine de Saint-Exupéry*

Die Bewältigung eines Traumas geht mit einer Vielzahl von Herausforderungen und so manchen Folgeerscheinungen einher. Gefordert sind Anpassungsleistungen psychischer, physischer sowie sozialer Natur. Dennoch kann es möglich sein, trotz erlebter, schwieriger Lebensumstände weiter zu gedeihen. Resilienz, d. h. die psychische Widerstandsfähigkeit von Menschen,

die schweren Belastungen ausgesetzt waren, hat mich immer wieder berührt, beeindruckt und vor allem neugierig gemacht. Im letzten Jahrzehnt hat die Resilienzforschung einen Boom erlebt. In immer mehr Bereichen (Psychologie, Pädagogik, Wirtschaft, Coaching) wird auf dieses Konzept zurückgegriffen. Die Onlinerecherche zum Thema „Resilienz“ ergibt gut vermarktete Trainingsprogramme, die einen raschen Zuwachs der eigenen Resilienz versprechen, auch Seminare (z. B. mit dem Titel „Resilienz – ihr persönliches Schutzschild gegen Stress und Burnout“) werden angeboten. Es könnte der Eindruck entstehen, bei Resilienz handle es sich um eine Superheld\*innenkraft, die jeder in Kürze (und mit dem notwendigen Taschengeld) erlernen kann. Immer verwaschener erscheint das Begriffsverständnis von Resilienz.

Das Konzept des posttraumatischen Wachstums ist wesentlich jünger als das der Resilienz, hat aber trotzdem in kürzester Zeit immer mehr an gesellschaftlichem sowie wissenschaftlichem Interesse dazugewonnen. Kann es sein, dass Menschen trotz Widrigkeiten Traumata nicht nur überstehen, sondern an diesen sogar wachsen? Ist dies ein idealistischer Zugang oder bietet dieses Konzept eine realistische Betrachtungsweise

**Mag.<sup>a</sup> Neena Kurl**, geb. 1981; Personzentrierte Psychotherapeutin, Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in freier Praxis Wien, Weiterbildnerin Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Psychotherapieausbilderin im FORUM, langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien in unterschiedlichen Institutionen. Kontakt: info@praxis-kurl.at

in Bezug auf mögliche Traumafolgen? Wie sieht der aktuelle Forschungsstand aus?

Was bedeuten Resilienz und posttraumatisches Wachstum genau? Wie lassen sich diese Konzepte mit dem Personenzentrierten Ansatz in Verbindung bringen? Gibt es in der personenzentrierten Theorie Analogien zu diesen Konzepten? Gibt es eine Möglichkeit diese zu fördern? Wie können Personenzentrierte Psychotherapeut\*innen mit posttraumatischem Wachstum in den Therapien umgehen? All diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden.

### Resilienz – Begriffsklärung und Forschungsstand

Der Begriff der Resilienz leitet sich aus dem lateinischen Wort *resiliere* ab und bedeutet Belastbarkeit, Widerstandsfähigkeit und Elastizität. Damit ist die Fähigkeit eines Individuums gemeint, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Stressfolgen umzugehen. Synonym werden häufig die Begriffe „Stressresistenz“, „psychische Robustheit“ oder „psychische Elastizität“ verwendet. Es geht um den Erwerb bzw. Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen und

die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben (Wustmann, 2004).

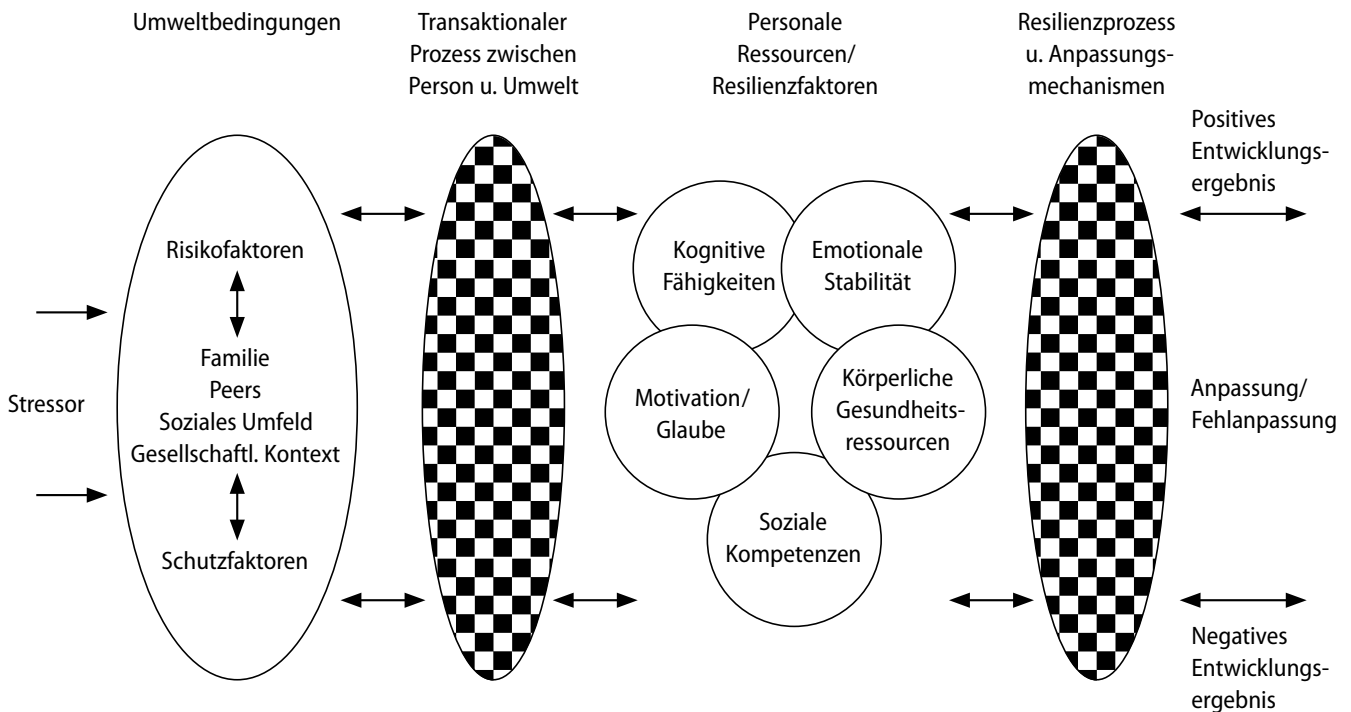
Resilienz ist keine Persönlichkeitseigenschaft, sondern immer an zwei Bedingungen geknüpft (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009):

- Es besteht eine Risikosituation.
- Das Individuum bewältigt diese positiv.

Lanfranchi (2006) bringt den Begriff des Traumas in die Resilienzdefinition ein: „Resilienz als relationales Konstrukt ist die Aufrechterhaltung der biopsychosozialen Gesundheit trotz hoher Störungsrisiken, die Entwicklung von Kompetenz unter aktueller Belastung, die Fähigkeit, sich von Traumata zu erholen und sich trotz Stress erfolgreich in die Gesellschaft zu integrieren“ (S.134). Resilienz wird als stärkender Schutzfaktor bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, Krisen und Belastungen verstanden. Sie ist keine konstant gegebene, ererbte Eigenschaft, sondern ist als variable Größe anzusehen, die hervorgebracht und gefördert werden kann.

Die nachfolgende Abbildung (Abb. 1, Wustmann, 2004) illustriert wesentliche Faktoren des Resilienzprozesses:

Abbildung 1: Rahmenmodell der Resilienz (Wustmann, 2004, S. 65)



Eine genaue Betrachtung des Resilienzkonzeptes zeigt, dass Risikofaktoren einen wichtigen Bestandteil darstellen. Hier einige der Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren nach Wustmann (2004):

*Vulnerabilitätsfaktoren:*

- prä-, peri- und postnatale Faktoren
- neuropsychologische Defizite
- genetische Faktoren
- chronische Erkrankungen
- geringe kognitive Fähigkeiten
- unsichere Bindungsorganisation
- geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung

*Risikofaktoren:*

- chronische Armut
- elterliche Trennung und Scheidung
- Alkohol-/ Drogenmissbrauch der Eltern
- chronische familiäre Disharmonie
- psychische Störungen oder Erkrankungen eines bzw. beider Elternteile
- Erziehungsdefizite
- Migrationshintergrund in Verbindung mit niedrigem sozio-ökonomischen Status
- soziale Isolation der Familie
- Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung
- mehr als vier Geschwister
- außerfamiliäre Unterbringung

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass nicht jeder Risikofaktor automatisch eine Entwicklungsgefährdung darstellt – gravierend ist vielmehr die Häufung von Belastungen (Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004).

Eine der wichtigsten Untersuchungen die Resilienzforschung betreffend war die von Werner und Smith (1989), bei der die Autorinnen über 40 Jahre lang eine Kohorte von 689 Kindern des Jahrgangs 1955 auf der hawaiischen Insel Kauai beobachteten. Knapp 30 % der untersuchten Proband\*innen, die ihre schwierigen Lebensumstände gut überstanden, waren in Armut geboren und aufgewachsen; bei ihnen waren vor oder während der Geburt Komplikationen aufgetreten; sie lebten in Familien, in denen chronischer Unfriede, Scheidung oder elterliche Psychopathologie drohten; und sie wurden von Müttern großgezogen, die weniger als acht Jahre zur Schule gegangen waren. Zwei Drittel der Kinder, die bis zum Alter von zwei Jahren vier oder mehr solcher Risikofaktoren ausgesetzt waren, entwickelten bis zum Alter von zehn Jahren Lern- oder Verhaltensprobleme bzw. wurden bis zum Alter von 18 Jahren straffällig und/oder

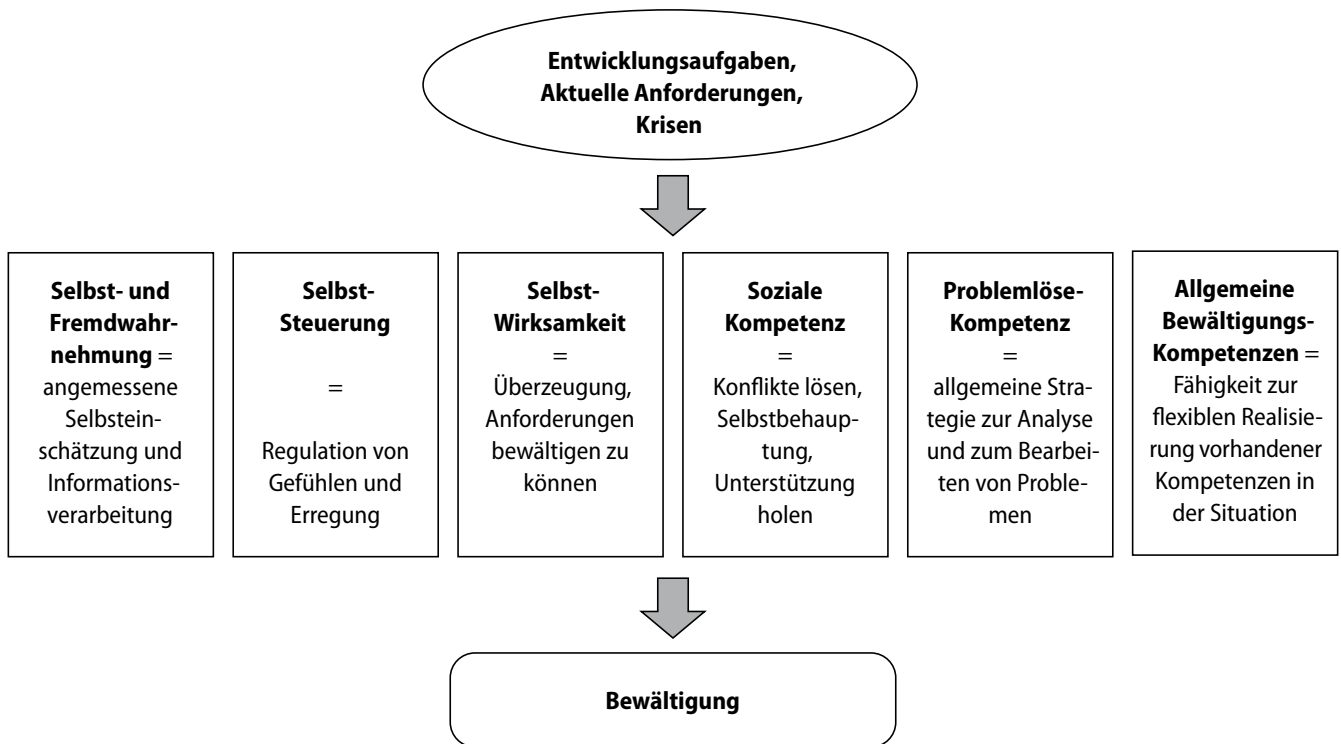
psychisch krank. Doch ein Drittel dieser Kinder entwickelte sich zu kompetenten, selbstbewussten und fürsorglichen Erwachsenen. In ihrer Kindheit bzw. im Jugendalter zeigten sie keine Verhaltensprobleme oder Lernschwierigkeiten. Sie absolvierten erfolgreich die Schule, kamen im privaten und gesellschaftlichen Leben gut zurecht, und ihre schulischen und beruflichen Ziele und Erwartungen waren realistisch. Im Alter von 40 Jahren war keine dieser Personen arbeitslos, keine mit dem Gesetz in Konflikt gekommen und keine auf staatliche Fürsorge angewiesen. Scheidungsrate, Sterblichkeitsrate und die Anzahl chronischer Gesundheitsprobleme lagen bei diesen Personen im mittleren Lebensalter signifikant niedriger als bei den gleichaltrigen Personen gleichen Geschlechts. Ihre schulischen und beruflichen Leistungen waren mit den Leistungen jener Individuen vergleichbar, oder jenen sogar überlegen, die in einem ökonomisch sicheren und stabileren häuslichen Umfeld aufgewachsen waren.

Die grundlegende Erkenntnis aus dieser Studie ist, dass ungünstige (Start-) Voraussetzungen nicht zwingend zu Elend und Misserfolg führen müssen. Resiliente Kinder, aber auch Erwachsene, verfügen über bestimmte Eigenschaften und Strategien, die es ihnen ermöglichen, nicht an widrigen Umständen zu zerbrechen. Diese Studie zeigt einen Perspektivenwechsel auf, nämlich dass unter bestimmten Bedingungen trotz Widrigkeiten eine positive Entwicklung verzeichnet werden kann.

Aus einer Studie von Werner (2011) kristallisierten sich folgende *Schutzfaktoren* heraus:

1. *Schützende Faktoren im Kind:* Schon im Säuglingsalter zeigten die resilienten Kinder Temperamenteigenschaften, die bei Sorge- und Erziehungspersonen positive Reaktionen hervorriefen. Kinder mit diesen Eigenschaften wurden schon im Babyalter als aktiv, gutmütig und liebevoll wahrgenommen. Als Kleinkinder hatten sie ein hohes Antriebsniveau, waren gesellig und gut ausgeglichen. Im Vorschulalter waren sie schon sehr unabhängig, aber sie hatten auch die Fähigkeit, Hilfe zu erbitten, wenn dies erforderlich war. Mit dem 10. Lebensjahr erzielten jene Kinder, die sich gegen ihre schwierigen Lebensumstände behaupteten, bessere Testergebnisse bei der Lösung praktischer Probleme und hatten eine höhere Lesekompetenz als die, welche Verhaltens- oder Lernprobleme entwickelten. Sie besaßen dazu ein besonderes Talent, das ihnen ein Gefühl von Stolz gab, und sie unterstützten andere gerne, die Hilfe benötigten. Im späteren Jugendalter hatten sie Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten gewonnen sowie die Überzeugung, dass die Probleme, die sie angingen, durch ihre eigenen Handlungen überwunden werden könnten.
2. *Schützende Faktoren in der Familie:* Kinder, die sich trotz widriger Bedingungen behaupten konnten, erhielten schon früh die Chance, eine enge Bindung zu einer kompetenten,

Abbildung 2: Resilienzfaktoren (Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönnau-Böse, 2015, S.107)



- emotional stabilen Person zu entwickeln, die für ihre Bedürfnisse aufgeschlossen war. In der erwähnten Untersuchung zeigten sich auch Geschlechterunterschiede: Resiliente Buben kamen aus Haushalten mit Struktur, Regeln und einer männlichen Identifikationsfigur. Resiliente Mädchen hingegen kamen aus Haushalten, in denen die Betonung von Unabhängigkeit im Zusammenwirken mit Unterstützung durch eine weibliche Bezugsperson vorherrschte.
3. *Schützende Faktoren im sozialen Umfeld*: Resiliente Jugendliche verließen sich gewöhnlich auf Ältere und auf Gleichaltrige in ihren Gemeinwesen, wenn sie emotionale Hilfe benötigten, und suchten sie als Ratgeber in Krisenzeiten auf. Als positives Rollenmodell dienten oft Lieblingslehrer\*innen, aber auch fürsorgliche Nachbar\*innen, ältere Mentor\*innen, die Eltern von Freund\*innen, Leiter\*innen von Jugendgruppen, Mitglieder von religiösen Gruppen.

Die Befunde dieser Langzeitstudie zum Thema Resilienz zeigen, dass diese Schutzfaktoren einen größeren Einfluss auf den Lebensweg der Kinder ausüben als Risikofaktoren oder stresserzeugende Lebensereignisse. Herrscht eine Balance zwischen den Widrigkeiten im Leben der Kinder und den schützenden Faktoren, werden Kinder leichter Hürden und Schwierigkeiten bewältigen und resilientes Verhalten zeigen können.

Schutzfaktoren werden auch als entwicklungsfördernde, protektive oder risikomildernde Faktoren bezeichnet. Dabei

wird unterschieden zwischen den eigentlichen Schutzfaktoren und förderlichen Bedingungen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009).

Die Schutzfaktoren einer Person werden in personale und soziale Ressourcen unterteilt. Zu den personalen Ressourcen werden neben den kind- und umweltbezogenen Faktoren die sogenannten Resilienzfaktoren gezählt. Nach Wustmann (2004, S. 46) sind das Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit seiner Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Lebensverlauf erwirbt; diese Faktoren, z. B. ein positives Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und aktives Bewältigungsverhalten haben bei der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen eine besondere Rolle.

Als Selbstwirksamkeitsüberzeugung beschreibt die Autorin die subjektive Überzeugung, bei schwierigen Aufgaben tatsächlich etwas bewirken zu können („Sich-als-wirksam-Erleben“) (ebd., S. 101). Übergreifend ergeben sich sechs Faktoren, die die Resilienz einer Person unterstützen (siehe Abb. 2) (nach Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2015):

Einige der angeführten *Resilienzfaktoren* seien nachfolgend erläutert:

Für die Selbstwahrnehmung der Kinder ist es essenziell, dass schon früh ihre Gefühle gespiegelt werden. Sie lernen ihre Gefühle zu differenzieren und in das Verhältnis zu anderen



Menschen zu setzen<sup>1</sup>. Von Bedeutung ist auch die Schulung der Selbstaufmerksamkeit, d. h. Sensibilität für Wahrnehmungsinformationen zu entwickeln, wie z. B. Wahrnehmungen über den eigenen Körper oder körperliche Zustände.

Zur Förderung der Selbstreflexivität ist es wichtig, die verschiedenen Gefühle und Gefühlsqualitäten unterscheiden zu lernen. Kinder brauchen hier die Unterstützung von Erwachsenen vor allem auch darin, die Wahrnehmungen sprachlich ausdrücken zu können und sich dabei selbst zu reflektieren.

Resiliente Kinder kennen die verschiedenen Gefühle und können sie adäquat ausdrücken (mimisch und sprachlich); sie können Stimmungen bei sich und anderen erkennen und einordnen; sie können ihre Gefühle und Gedanken reflektieren und interaktionell einordnen.

Resilienz stellt nach Fookon (2009) keine stabile Persönlichkeitseigenschaft dar, sondern verweist auf dynamische, kontextspezifische, differenzielle, inter- und intraindividuell variierend verlaufende positive Adaptationsprozesse während oder nach dem Ausgeliefertsein gegenüber Widrigkeiten, die den Entwicklungsverlauf potenziell behindern und schädigen können. Resilienz kann nicht direkt gemessen werden, sondern wird erschlossen aus den beiden Konstrukten Risiko und positive Anpassung bzw. aus dem Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren. Das bedeutet, dass Resilienz auch nicht auf jeden Lebensbereich übertragbar ist. Somit ist Resilienz als multidimensionaler Faktor zu betrachten. Das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren muss dabei insgesamt als ein integrierter, komplexer Prozess verstanden werden (Lenz, 2005).

## Resilienz und der Personzentrierte Ansatz

### *Die Aktualisierungstendenz*

Die Aktualisierungstendenz (AT) ist das grundlegende Axiom des Personzentrierten Ansatzes. Durch das personzentrierte Beziehungsangebot soll diese jedem Menschen innewohnende Kraft unterstützt werden (vgl. Rogers, 1951/2005; 1963). Nach Weinberger (2010, S. 26ff.) geht es um weit mehr als das Vorhandensein von Selbstheilungskräften oder der Darstellung eines Motivationskonzepts. Die AT beinhaltet zwei Aspekte, nämlich die Erhaltung und die Entfaltung des Organismus. Höger (2006) erläutert dies wie folgt: „Der Aspekt der Erhaltung besteht in der Aktivierung all jener Möglichkeiten (Fertigkeiten, Mechanismen, Potenziale usw.), über die ein Organismus verfügt, um sich selbst auch unter widrigen Gegebenheiten zu bewahren und die eigene Existenz zu sichern“ (S. 42). Und weiter

präzisierend: „(...) dabei begrenzt sich ‚Erhaltung‘ nicht nur auf seine physische Existenz, sondern sie bezieht sich weit darüber hinaus auf all das, was seine Identität ausmacht, d. h. seine persönliche Art zu leben, zu denken, zu fühlen, zu handeln, sich im inneren Gleichgewicht zu halten usw.“ (ebd.).

Der Personzentrierte Ansatz hebt die Aktualisierungstendenz und das Bestreben der Person nach Entwicklung sowie Wachstum hervor. Schmid (2001) betont, „dass es sich bei der Aktualisierungstendenz um eine zuverlässige Tendenz handelt, die sich durchsetzt, auch wenn Schmerzen und Widerstände zu überwinden sind“ (S. 65). Die Aktualisierungstendenz hat auch Bestand, wenn Krisen zu bewältigen sind.

Beim Vergleich des entfaltenden Aspekts der Aktualisierungstendenz mit dem Konzept der Resilienz zeichnen sich Überschneidungen ab. Beide gehen von einer fortschreitenden Richtung aus, die sich trotz mancher Hindernisse durchsetzt (durchsetzen kann). Doch wie könnte man verstehende Vergleiche ziehen, wenn man Menschen mit weniger resilienten Anteilen betrachtet? Wie sieht es mit deren Aktualisierungstendenz aus? Hier erscheint mir der erhaltende Aspekt der Aktualisierungstendenz als essenziell. Brodley (1999) führt dazu aus: „The AT is a constructively directional motivation, but it does not necessarily result in constructive outcomes“ (p. 117). Darüber hinaus ergänzt sie: „Actualization theory views people as functioning as well as they can, given their circumstances at a particular time“ (p. 118). Der Mensch aktualisiert sich so gut er kann, abhängig von den jeweiligen Bedingungen und Möglichkeiten. Eine Ähnlichkeit des Konzepts der AT im Vergleich zum Resilienzmodell verdeutlicht Brodley (1999): „Favorable circumstances promote specific survival, integrative and developmental processes and socially valued outcomes in behavior. Unfavorable circumstances limit the processes and limit the results of the AT in organismic and personal life“ (p. 119). Es könnte also davon ausgegangen werden, dass in jeder Person das Potenzial zur Resilienz gesehen werden kann. Die Aktualisierungstendenz kann als entwicklungstheoretisches Axiom des Personzentrierten Ansatzes angenommen werden, die Resilienz als komplexes, multidimensionales Modell, das den transaktionellen Prozess zwischen äußeren und inneren Faktoren differenziert beschreibt.

Das Konzept der Resilienz bietet ein detailliertes Rahmenmodell, welches unterschiedliche Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen heranzieht. Vorsichtig kann zusammengefasst werden, dass die Aktualisierungstendenz sowie das Resilienzmodell Überlappungen aufweisen, wenn wir sowohl die fortschreitende Richtung als auch den Aspekt der Erhaltung betrachten. Das Resilienzmodell weist darüber hinaus unter Betrachtung von internen und externen Faktoren und deren unterschiedlich möglichen transaktionellen Prozessen eine größere Komplexität auf (Abb. 1).

<sup>1</sup> Hier zeigt sich die Bedeutung der Bindung für die Resilienzentscheidung (vgl. z. B. Laucht, 2009).

## *Resilienz und Beziehung*

Aus der Kauai-Studie von Werner und Smith (1989) konnten zwei wichtige Faktoren abgeleitet werden, die für die Entwicklung von Resilienz eine wichtige Bedeutung haben: 1. Erfahrungen gelungener Bewältigung: Ein Kind, das sich einer Belastung gewachsen zeigt, kann aus dieser Erfahrung gestärkt hervorgehen und damit günstige Voraussetzungen schaffen, künftige Anforderungen erfolgreich zu bestehen; und 2. positive Bindungsbeziehungen: Die Qualität der emotionalen Bindung des Kindes an seine Bezugspersonen ist eng verknüpft mit seinem Selbstbild, was ihnen in ihrer späteren Entwicklung verstärkt die Möglichkeit bietet ebenfalls enge Beziehungen zu anderen Personen einzugehen und sich eigenständig Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zu verschaffen (vgl. Wustmann, 2004; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009).

Carl Rogers (vgl. 1951/2005; 1957/1997; 1959/2009; 1977/2012) hat in seiner personenzentrierten Theorie die Person in den Mittelpunkt gestellt und wichtige Aspekte einer hilfreichen und positiv gestalteten Beziehung herausgearbeitet. Die Beziehungsqualität ist ein grundlegender Baustein der Therapietheorie, der sich auch in der Resilienzforschung widerspiegelt: „(...)als stabilster Prädiktor für eine resiliente Entwicklung wird eine unterstützende und zugewandte Beziehung identifiziert“ (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2017, S. 64). Vor allem wird in der Personzentrierten Psychotherapie davon ausgegangen, dass die Begegnung und die unmittelbare Beziehung von Person zu Person das Eigentliche der Therapie ausmachen.

Persönlichkeitsentwicklung wird als Prozess des Selbstständig-Werdens und des Gestaltens der Beziehung gesehen. Im Personzentrierten Ansatz (wie auch beim Resilienzparadigma) steht in der Arbeit mit Kindern wie auch mit Erwachsenen die Aktivierung von Ressourcen im Vordergrund. Hier wird die Beziehung nicht als Mittel zum Zweck gesehen. Die Beziehung *ist* die Therapie (Kormann, 2009). Mit anderen Worten bedeutet dies, dass eine bestimmte Qualität des therapeutischen Beziehungsangebotes vom\* von der Klient\*in auch empfangen und für die persönliche Entwicklung genutzt werden kann.

Zahlreiche empirische Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Liewelyn, Macdonald & Aafjes-van, 2016).

Auch in der Resilienzforschung wurde die positive Wirkung einer emotional stabilen Beziehung erwiesen. Durch das einzigartige und besondere Beziehungsangebot, welches die Personzentrierte Psychotherapie bieten kann, kann eine Beziehungsqualität entstehen, die als grundlegender schützender Faktor nachgewiesen werden konnte (vgl. Lösel & Bender, 1999; Skala & Bruckner, 2014; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2018).

Diese trägt wesentlich dazu bei, dass Entwicklungspotenziale des Individuums genutzt und Resilienz im Allgemeinen und resilientes Verhalten im Speziellen gefördert werden können.

Anders gesagt, bietet die Personzentrierte Psychotherapie jene Bedingungen, die in der Resilienzforschung als wesentlich für die Förderung von Resilienz angesehen werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2018). Der Personzentrierte Ansatz sieht die Person grundsätzlich als aktiv und selbstbestimmt an. Dass dies seinen Niederschlag findet, braucht es entsprechende Beziehungserfahrungen. Erst dadurch kann die Person ihre Potenziale in konstruktiver Weise ausschöpfen. Auf die Resilienz bezogen mag dies bedeuten, dass die Person sich in einer selbstbestärkenden und einer nicht schädigenden Weise aktualisiert. Dadurch wird es dem Individuum ermöglicht, leichter durch die schwierigen Aufgaben im Leben zu kommen. Das Konzept der Resilienz ist kompatibel mit den Grundannahmen und Erkenntnissen des Personzentrierten Ansatzes (vgl. ebd.).

## *Zur Förderung von Resilienz*

In den Resilienzstudien konnte aufgezeigt werden, dass soziale Unterstützungssysteme einen wichtigen Aspekt bei der Hervorbringung und Förderung von Resilienz darstellen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2018). Dies beinhaltet eine große Chance innerhalb der Pädagogik in der frühen Kindheit und der Frühförderung, aber auch der Kinderpsychotherapie, ressourcen- und bewältigungsorientierte Kompetenzen bei Kindern frühzeitig und gezielt zu unterstützen und die Ergebnisse der Resilienzforschung zu nutzen. Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2018) regen dazu an, im therapeutischen Prozess eine Resilienzperspektive einzunehmen, bei der der Resilienzansatz als „Hintergrundfolie“ fungiert, durch die die psychotherapeutische Begegnung und psychotherapeutisches Handeln reflektiert werden können, um anschließend in bestimmten Therapiephasen Ansatzpunkte zur gezielten Entwicklungsförderung zu bieten. Besonders im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird dieses Potenzial, nämlich resilienzfördernd zu wirken, gesehen. Das Anlegen einer „Resilienzbrille“ kann die therapeutische Perspektive erweitern. Jedoch merken die Autor\*innen an, dass darauf zu achten ist, nicht die Resilienzfaktoren „abzuarbeiten“, sondern prozessorientiert anzupassen (ebd.).

## *Kritische Betrachtungen zum Konzept der Resilienz*

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Resilienz“ gestaltet sich teilweise als herausfordernd, da meiner Meinung nach damit eine gewisse „Wertung“ und somit eine Kategorisierung verbunden ist. Resiliente Kinder „schaffen“ etwas. Und was ist

mit den nicht resilienten Kindern? Haben die es etwa nicht geschafft? Womit will man messen, was sie geschafft haben und was nicht? Was sind hierfür aussagekräftige und messbare Parameter? Die Gefahr könnte darin bestehen, dass das Thema Resilienz eine Leistung des Einzelnen werden muss, wie es derzeit zum Teil für das Thema Gesundheit gilt – jeder ist seines Glückes Schmied, man muss sich nur genügend anstrengen.

Ein weiterer Aspekt, der mir vor allem im täglichen Sprachgebrauch häufig auffällt, ist, wie unterschiedlich der Begriff Resilienz verwendet wird. Manchmal entsteht der Eindruck, Resilienz wird auf eine individuelle Bewältigungskompetenz reduziert. Die eigentliche Idee, dass mit Resilienz ein spezifischer Schutzfaktor unter der Bedingung von Risikoanlagen, Schädigung und Traumata gemeint ist, kommt somit tendenziell abhanden, wenn Resilienz nur noch als ein Synonym für allgemeine positive Förder-, Erziehungs- und Empowerment-Ziele fungiert. Es entsteht immer wieder der Eindruck, Resilienz sei eine Art immunisierende Persönlichkeitseigenschaft, die es lediglich zu wecken oder zu trainieren gilt. Wichtig wäre es hier, den Blick auf die komplexe Interaktion von Mensch und Umwelt nicht zu verlieren (siehe Abb. 1).

Kritisch zu betrachten ist es, wenn Ressourcen auf personale Eigenschaften reduziert werden, während andere, externe Kraftquellen, die Menschen für die positive Entwicklung gleichermaßen benötigen, mehr und mehr aus dem Blick geraten – z. B. ein angemessenes Bildungssystem oder soziale Gleichheit. Damit entsteht die Gefahr, dass die soziale Verantwortung vernachlässigt wird.

Aus dem Gewaltschutzbereich kommend sehe ich ein Risiko darin, Resilienzförderung forciert einzusetzen. Meines Erachtens wäre es wichtig, die gesellschaftliche Verantwortung wahrzunehmen und den Fokus vor allem auf die Präventionsarbeit zu legen.

### Posttraumatisches Wachstum

Die philosophische Auffassung, wonach Belastungen und Leiden potenzielle Quellen von persönlichem Wachstum sein können, ist Tausende von Jahren alt. Auch im 20. Jahrhundert haben verschiedene psychologische Theoretiker und Kliniker (Frankl, 1992; Yalom, 1980) auf das Phänomen hingewiesen. In den 1990er Jahren fand das Interesse an positiven Trauma-Folgen verstärkt Eingang in die akademische Traumaforschung (Tedeschi & Calhoun, 1996). Unter posttraumatischem Wachstum werden positive psychologische Veränderungen verstanden, die von Betroffenen als Ergebnis oder Folge des Bewältigungsprozesses von extrem belastenden Lebensereignissen berichtet werden.

Unterschiedlich große Lebensherausforderungen fungieren als Katalysatoren für posttraumatisches Wachstum (PTW). Das Konzept des posttraumatischen Wachstums betont, dass Betroffene sich nicht nur von einem Trauma erholen, sondern dieses für persönliche Entwicklung nutzen können. Es geht hier nicht nur darum, dass das Individuum traumatische Erfahrungen unbeschadet überlebt, sondern dass darüber hinaus der Prozess des PTW aus qualitativen Veränderungen besteht, die auf einen persönlichen Entwicklungsprozess verweisen. Es handelt sich dabei um eine bedeutsame, positive Veränderung in den kognitiven und emotionalen Fähigkeiten. Darüber hinaus ist auch eine Verhaltensänderung erkennbar. Auf diese Veränderungen gehe ich unter dem Punkt „Dimensionen des PTW“ ein.

Bei genauerer Betrachtung des Prozesses des posttraumatischen Wachstums zeigen sich nach Tedeschi und Calhoun (2004) folgende Abschnitte: Zunächst kommt es zum Erleben eines Traumas, einer Krise oder eines „highly stressful event“ (S. 2); hierauf folgt eine Zerrüttung der dadurch ausgelösten Lebenslage. Diese mündet in eine vertikalen Lebensveränderung.

Posttraumatisches Wachstum wird als Folge der Veränderung und als fortlaufender Prozess gesehen, weniger als Bewältigungsmechanismus. Oder anders gesagt: Bei einer traumatischen Erfahrung, bei der das schwerwiegende Ereignis die bisherigen Kontrollüberzeugungen und vorhandenen Bewältigungskompetenzen der Person zunächst übersteigt, ist die in weiterer Folge doch gelingende Verarbeitung Voraussetzung dafür, dass ein persönlicher Wachstumsprozess initiiert werden und stattfinden kann.

PTW tritt begleitend zum Versuch auf, mit den negativen traumaassoziierten Umständen zurechtzukommen. Tedeschi und Calhoun (2004) merken an, dass die weit verbreitete Annahme, dass Trauma in eine Erkrankung münden muss, hier nicht von der Annahme abgelöst werden soll, dass das Wachstum eine zwangsläufige Folge des Traumas ist. Hingegen können nach einem Trauma persönliches Leid und PTW oft nebeneinander koexistieren. Wichtig ist, dass das PTW nicht als „wieder einsteigen beim ehemaligen Status quo“ (S. 4) verstanden wird, sondern als mögliche Weiterentwicklung, die für manche Personen von großer Bedeutung sein kann.

Negative Reaktionen auf belastende Lebensereignisse können, wie die Autoren es bezeichnen, leidvolle Gefühle wie z. B. (spezifische) Ängste, Traurigkeit, Depression, Schuldgefühle oder auch Reizbarkeit hervorrufen. Manche kritische Lebensereignisse sind plötzliche, unerwartete Ereignisse, die Fassungslosigkeit auslösen, begleitet von emotionaler Taubheit. Darüber hinaus können Traumata physiologische Reaktionen mit sich bringen wie z. B. Erschöpfung, Muskelanspannung, Muskelschmerzen, Magenschmerzen oder generell körperliches Unbehagen.

PTW ist eine Transformation, eine grundlegende Veränderung im weiteren Leben bzw. Erleben. Mit PTW bringen Tedeschi und Calhoun (2004) auch das Konzept der Resilienz in Verbindung, wobei sie Resilienz in Abgrenzung zu PTW als *Fähigkeit* sehen, ein beschwerliches Leben weiter zu führen.

### *Dimensionen des posttraumatischen Wachstums*

Tedeschi und Calhoun (1996) haben den Fragebogen ‚The post-traumatic growth inventory‘ entwickelt, mit dem sie Antworten zu folgenden Dimensionen erhoben haben:

- a. Veränderung der Lebensphilosophie: verstärkte Dankbarkeit; die kleinen Freuden im Leben bekommen eine wichtige Rolle.
- b. Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehungen: Diese werden als enger, intimer und bedeutsamer erlebt. Andererseits ist es auch möglich, dass es zu einer Distanzierung und Abwendung von früheren Beziehungen kommt, ganz nach dem Motto: „Nur wahre Freunde halten in schwierigen Situationen zu dir“ (Tedeschi & Calhoun, 2004, S. 6). Außerdem wird nicht selten von Betroffenen berichtet, dass sie ein erhöhtes Mitgefühl für andere Menschen und vor allem für Leidende entwickelt haben.
- c. Veränderung der Selbstwahrnehmung: Erleben der eigenen psychischen Stärke; gleichzeitiges Erleben von Verletzlichkeit.
- d. Veränderung im Wahrnehmen von Lebenschancen: Neue Möglichkeiten oder andere Wege werden im Leben eingeschlagen (z. B. Ergreifen eines anderen Berufes oder vermehrtes soziales Engagement).
- e. Veränderung im spirituellen Erleben: Intensivierung eines spirituellen Bewusstseins; dies kann auch auf Menschen zutreffen, die zuvor eine atheistische Weltansicht vertreten haben.

Trotz der ressourcenorientierten Sichtweise soll hier nicht der Eindruck entstehen, dass PTW automatisch das Ende des Leids oder des Schmerzes bedeutet. Wie bereits erwähnt, können Leid und posttraumatisches Wachstum nebeneinander koexistieren.

### *Posttraumatisches Wachstum und der Personzentrierte Ansatz*

Wie lässt sich posttraumatisches Wachstum aus personenzentrierter Sicht verstehen? Welche Ansatzpunkte gibt es? Ein Vorschlag hierfür kommt von Joseph (2004), der, beginnend beim traumatischen Ereignis, eine mögliche personenzentrierte Prozessbeschreibung knapp skizziert:

Nach dem traumatischen Ereignis kommt es zur Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung. Dies zeigt sich u. a. durch Intrusionen und Vermeidungsverhalten. Die

Personzentrierte Psychotherapie hat zum Ziel, diese traumatische Erfahrung nach Möglichkeit vollständig zu symbolisieren und in das Selbstkonzept zu integrieren. „The task of the client-centered therapist is therefore to help the client rebuild his or her self-structure by reintegrating self with experience. As we have seen, person-centered theory suggests that as the client comes to develop self-structure that is more congruent between self and experience, he or she should also become more fully functioning, and that such movement toward becoming fully functioning in traumatized clients might be described in current terminology as ‚post-traumatic growth‘“ (Joseph, 2004, S. 110). Als wirksames Entwicklungsprinzip für diese Reintegration kann die Aktualisierungstendenz herangezogen werden. Die Person bewegt sich in Richtung von PTW und damit mehr in Richtung von fully functioning. Joseph (2004) spricht wichtige Aspekte bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen an: „(...) what client-centred therapy can offer to traumatized clients is an unconditionally accepting relationship in which the client does not feel pushed to move in any direction other than his or her own“ (p. 111).

Eine Studie, die die Affinität eines Kernkonzepts des PZA sowie von PTW unterstreicht, wurde von Murphy, Demitriou & Joseph (2015) durchgeführt. Hier konnte gezeigt werden, dass *unbedingt positive Selbstbeachtung* signifikant mit posttraumatischem Wachstum korrelierte und dass diese Verbindung zwischen unbedingt positiver Selbstbeachtung und posttraumatischem Wachstum teilweise erfolgreich durch intrinsische Bestrebungen vermittelt wurde. Erklärt wurde dies wie folgt: „(...) when self-experiences are discriminated, and the person has less need for positive regard from significant social others, and has greater unconditionality in self-regard, then more experiences can be symbolized in awareness without the need for denial or distortion“ (ebd., S. 204). Die Unterstützung der Reintegration traumarelevanter Erfahrungen (bedingt durch die personenzentrierte Haltung, welche die unbedingt positive Selbstbeachtung fördert) kann zu einer revidierten Selbststruktur und darüber hinaus zur Entwicklung von posttraumatischem Wachstum führen.

Für die Entwicklung von posttraumatischem Wachstum spricht darüber hinaus die Sensibilität aufseiten der Therapeut\*in gegenüber den Wachstumspotenzialen und Ressourcen der Betroffenen. Die therapeutische Haltung sollte durch eine Entwicklungsperspektive und eine grundsätzliche Akzeptanz und „Achtsamkeit“ gekennzeichnet sein (Maercker & Rosner, 2006). Im Personzentrierten Ansatz wird dies vor allem mit dem Respekt vor der Selbstbestimmung der Klient\*innen unterstrichen. Der\*die Therapeut\*in begleitet den\*die Klient\*in dabei, die eigene Richtung im persönlichen Prozess zu finden. „(...) the task

of the therapist is to be attuned to the client's direction rather than to impose the direction they think the client needs to go in" (Joseph, 2015, S. 186). Auch Biermann-Ratjen, Eckert und Gahleitner (2019) weisen bei den Behandlungsregeln von Traumata aus personenzentrierter Sicht auf das unvoreingenommene, verstehende Interesse des Therapeuten die Erfahrungswelten des Klienten betreffend hin. Dies stellt bei der Entstehung von posttraumatischem Wachstum eine förderliche Haltung dar: „It is fundamental to the client-centred approach that the therapist goes with the client at his or her pace and in his or her direction. Person-centred theory suggests that there is no need to further intervene in the client's process. The client will express his or her thoughts and feelings in his or her time and in his or her own way“ (Joseph, 2004, S. 111).

#### *Posttraumatisches Wachstum aus therapiepraktischer Sicht – „Das veränderte Leben danach ...“*

Anhand des folgenden Fallbeispiels soll das mögliche posttraumatische Wachstum veranschaulicht werden.

*Vor mehreren Jahren kam eine junge Frau zu mir in die Praxis. Zwei Monate zuvor war ihr Sohn plötzlich verstorben. Sie stand unter Schock, konnte nur sehr schwer über diesen Verlust sprechen. Die Klientin sprach selbst von einer „emotionalen Taubheit“. Ich hatte das Gefühl, dass es während der ersten Therapiehälfte wichtig war, die Klientin in ihrem Tempo von diesem einschneidenden Erlebnis in ihrem Leben berichten zu lassen. Wir waren die meiste Zeit in Kontakt miteinander, aber es gab mehrmals Sequenzen, bei denen ich das Gefühl hatte, sie sei innerlich nicht zugänglich. Sie berichtete von einem dunklen Ort, in dem sie sich immer wieder befand. Es fühlte sich abgekapselt an. Wiederholt erzählte die Klientin von Intrusionen. Sie hatte das Gefühl, diese schmerzliche Erfahrung hatte sie aus dem Leben „ausgeholt“. Mit der steigenden Anzahl der Therapieeinheiten wurde es möglich über den Tod des Sohnes zu sprechen, wie es passiert war bzw. wie sie sich von ihm verabschieden konnte/musste. Sie wollte wieder die Kontrolle über ihre Gefühle gewinnen, da sie den Eindruck hatte, die Gefühle würden mit ihr Schlitten fahren. Sie berichtete, dass die Traurigkeit in Wellen auf sie zukam. Der Aufbau einer tragfähigen, belastbaren und vor allem sicheren Beziehung mit mir ermöglichte ihr, sich der Bearbeitung des Traumas zu stellen. In einer fortgeschrittenen Therapieeinheit wandte sich die Klientin ihrem aktuellen, inneren Erleben zu. Sie berichtete: „... Ich habe mich verändert, nach dem Motto ‚was mich nicht umbringt, macht mich stärker.‘ Meine Stärke ist jetzt, dass ich mir anschaue, was ich jetzt in meinem Leben verändern kann und will. Ich glaube, ich möchte meinen Beruf wechseln. Es fühlt sich an wie ein Wendepunkt. Der Schmerz um meinen Sohn wird immer irgendwie in meinem Leben bleiben. Ich würde diese Stärke sofort wieder zurückgeben und eintauschen, wenn ich meinen*

*Sohn wieder zurückhaben könnte. Aber das geht nicht. Das ist das Leben.“*

Diese für mich sehr berührende Erfahrung zeigt neben den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung sehr deutlich zahlreiche Aspekte des posttraumatischen Wachstums. Durch die therapeutische Beziehung, die vor allem geprägt war durch die unbedingt positive Beachtung, Vertrauen in den Prozess sowie einer geduldigen Haltung, wurde es der Klientin möglich, ihr Erleben des traumatischen Ereignisses in ihr Selbstkonzept zu integrieren; darüber hinaus konnte die Klientin dabei begleitet werden, einen teilweise „neuen“ Weg im Leben einzuschlagen. Dieser neue Weg war zwar weiterhin vom schmerzvollen Verlust des Sohnes geprägt, wurde aber von der Klientin gleichzeitig als Weiterentwicklung bzw. Veränderung der Selbstwahrnehmung gesehen.

Tedeschi und Calhoun (1996) betonen, dass Psychotherapeut\*innen die Idee des posttraumatischen Wachstums im therapeutischen Prozess nicht antreiben sollen, weil dies zu Druck bzw. Ängsten seitens der Klient\*innen bzw. zu Enttäuschung über das nicht zu erlebende posttraumatische Wachstum führen kann.

Wenn die Grade des posttraumatischen Stresses hinreichend vermindert sind und das traumatische Ereignis ausreichend verstanden wurde, ist es für Klient\*innen leichter möglich sich mit der Bedeutsamkeit ihrer Erfahrung aktiv auseinanderzusetzen. Ein\*e Personzentrierte Psychotherapeut\*in, die achtsam und genau dem Tempo und der Richtung ihrer Klient\*innen folgt, kann ihnen auf bedeutsame Art begegnen.

Eine spannende Fragestellung ist, ob sich durch Wissen über das posttraumatische Wachstum etwas für die tägliche Arbeit mit den Klient\*innen in der Praxis verändert. Hier muss aus meiner praktischen Erfahrung mit einem klaren „jein“ geantwortet werden. Das Wissen über PTW ändert zwar nicht aktiv meine therapeutische Haltung. Dennoch kann das Wissen über PTW eine große Bereicherung für die Umsetzung der therapeutischen Haltungen bedeuten, die auch bewegt. Trotz der innerlichen und äußerlichen Zerrüttung, die das Leben mit sich bringen kann, kann die Person dennoch weiter wachsen – in eine Richtung, die das Vorhergehende nicht auslöscht oder überlagert, aber es ist eine fortschreitende Richtung.

In Bezug auf PTW und deren Implikationen für die Personzentrierte Psychotherapie können ähnliche Schlüsse wie die von Joseph (2015) gezogen werden. Meine Empfehlung lautet, PTW im Blick zu haben, jedoch nicht die Therapiehaltung zu verändern. Psychotherapeut\*innen sollen sich des Potenzials für positive Veränderung nach einem Trauma bei ihren Klient\*innen bewusst sein. „Psychotherapy constitutes a good context to explore positive changes in the aftermath of trauma. The

simultaneous acknowledgment of patients' suffering enables them – on the basis of a trustful and intimate therapeutic relationship – to explore positive changes as result of their coping process as well“ (Zoellner & Maercker, 2006).

PTW kann eine Erscheinungsform des Aktualisierungsprozesses sein. Es sollte jedoch keine Intention dahinterstecken, Klient\*innen in Richtung PTW zu bewegen. Erlebtes Leid führt nicht bei jeder Person zu einer positiven Veränderung.

Wichtig erscheint es mir noch einmal zu betonen, dass das erlebte Leid in der Psychotherapie auf keinen Fall kleingeredet oder verharmlost werden darf – nach dem Motto „Wer weiß, wozu es gut war.“ Therapeut\*innen sollten darauf achten, nicht zu vermitteln, dass die Person in irgendeiner Art und Weise versagt hat, weil sie nicht mehr aus ihren Erfahrungen gemacht hat, oder dass grundsätzlich irgendetwas Positives in der traumatischen Erfahrung der Person stecke.

Das Wissen über posttraumatisches Wachstum ist meines Erachtens eine hilfreiche und hoffnungsvolle Perspektiven-erweiterung, die (nicht nur) Personenzentrierte Psychotherapeut\*innen in ihrer psychotherapeutischen Arbeit begleiten sollte.

## Fazit

Traumata können unterschiedliche Folgen haben, nicht alle sind ausschließlich negativ. Manche Menschen gedeihen trotz widriger Umstände, manche gehen gestärkt aus einer Lebenskrise hervor. Posttraumatisches Wachstum sowie Resilienz sind zwei ressourcenorientierte Konzepte, die unterschiedliche Aspekte betonen. Resilienz wurde zunächst im entwicklungspsychologischen Bereich erforscht. Im Fokus standen kindliche Entwicklungsverläufe, bei denen es trotz stark beeinträchtigender Lebensbedingungen zu erstaunlich positiven bzw. sozial auffälligen Entwicklungsergebnissen kam.

Resilienz, die Stärkung der seelischen Widerstandskraft, gewinnt in der Forschung und Praxis an Bedeutung. In der Psychologie und Pädagogik wird das Konzept der Resilienz weiterentwickelt (siehe auch Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Bose, 2018).

Im Forschungsfokus des posttraumatischen Wachstums steht die klinische Praxis mit traumatisierten Personen (Linley & Joseph, 2004; Joseph & Linley, 2005). Bei der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen wird deutlich, dass manche Menschen die mit dem Ereignis zusammenhängenden persönlichen Veränderungen im Nachhinein als eine besondere Erfahrung seelischer Reifung einschätzen.

PTW und Resilienz sind weder universell noch selbstverständlich: Es gibt zwar viele Menschen, die in teilweise sehr unterschiedlichen Verlaufs- und Erscheinungsformen mit massiven Herausforderungen und existenziellen Bedrohungen

konfrontiert sind, sie mehr oder weniger gut bewältigen und dies längerfristig subjektiv als Weiterentwicklung und Reifung erleben. Es gibt gleichzeitig aber auch viele andere, die (manchmal trotz großer Anstrengung) wenig oder gar kein persönliches Wachstum erleben, sondern nur Sinn- und Ausweglosigkeit bzw. Benachteiligung und Einschränkung. Seitens der sozialen Umwelt gilt es, dies zu respektieren, um Leid zu lindern und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität und Unterstützung der Betroffenen zur Verfügung zu stellen. Dabei darf es in keinem Falle darum gehen Trauma-Überlebenden ein bestimmtes, richtiges Verhalten vorzuschreiben bzw. normativ Wachstumsprozesse von ihnen zu erwarten und einzufordern (Fookan, 2009).

## *Unterschiede von PTW und Resilienz*

Das Konzept vom posttraumatischen Wachstum unterscheidet sich vom Konzept der Resilienz darin, dass letzteres jeweils bestimmte persönliche Charakteristika beschreibt, die es Menschen ermöglicht, schwere oder traumatische Lebensereignisse gut zu bewältigen, ohne großen seelischen Schaden zu erleiden. Es wird angenommen, dass Menschen mit diesen Persönlichkeitseigenschaften besser mit solchen Erlebnissen umgehen können, als Personen, die diese Eigenschaften nicht besitzen.

Im Vergleich dazu bezieht sich das PTW auf transformative Veränderungen, die den prätraumatischen Entwicklungsgrad psychischer Funktionsfähigkeit übersteigen. In beiden Fällen wird eine kompetenz- und ressourcenfokussierende Perspektive eingenommen.

## *Resilienz und PTW aus personenzentrierter Sicht*

Beide Konzepte lassen sich in mehreren Punkten mit dem Personenzentrierten Ansatz und dessen Grundannahmen verbinden. Die personenzentrierte Therapietheorie stellt zentrale Elemente in den Vordergrund, die auch in der Resilienzforschung ihre vielfältige Bestätigung finden. Resilienz bedeutet die Fähigkeit, die Kongruenz aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen. Die Aktualisierungstendenz zeichnet sich durch das Streben der Person nach Entwicklung und Wachstum aus.

Eine weitere Parallele zum Personenzentrierten Ansatz lässt sich beim Aspekt der Beziehung wiedererkennen. Für Rogers' Therapietheorie (vgl. 1959/2009; 1957/1997) ist die Gestaltung der Beziehung bzw. das Beziehungsangebot essenziell. Positive Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen – so die Ergebnisse aller Resilienzstudien – tragen zentral dazu bei, dass Kinder in Hinblick auf zukünftige Belastungssituationen gestärkt werden. Eine stabile, emotionale Beziehung kann somit als einer der wichtigsten Schutzfaktoren, der viele Risiken ausgleichen

oder zumindest mildern kann, gesehen werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). Das Gedeihen trotz widriger Umstände kann in unterschiedlicher Art und Weise durch das personenzentrierte Beziehungsangebot unterstützt bzw. gefördert werden. Die Beziehung hilft die Entwicklungspotenziale des Individuums zu nutzen und resistentes Verhalten hervorzubringen sowie korrigierende und wachstumsorientierte Erfahrungen zu machen. Resilienz ist lernbar, wieder verlernbar und neu erlernbar. Im Bereich der Kinder- und Jugendlichkeitstherapie lassen sich u. a. bei der Spieltherapie konkrete Hinweise auf die Förderung von Resilienzfaktoren finden (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2017). Wichtig ist es hier, dieses Wissen im Hintergrund „bereit“ zu haben und situativ einzubringen und nicht wie ein Manual abzuarbeiten.

Das posttraumatische Wachstum kann meiner Meinung nach als ein Aktualisierungsprozess im Anschluss an das Trauma verstanden werden. Es ist möglich, die Erfahrung, sich weiterzuentwickeln und innerlich zu wachsen, in einer Therapie zu begleiten. Die Richtung, in die es im Vergleich zum PTW geht, ist die der *fully functioning person*. Es gilt besonders achtsam zu sein und nicht eine Veränderung zu erzwingen. Posttraumatisches Wachstum ist eine Möglichkeit, aber keine zwingende Folge eines Traumas.

Der Personenzentrierte Ansatz bietet nicht nur die Möglichkeit, Trauma und deren Folgen zu verstehen, es sind darüber hinaus auch Parallelen im Hinblick auf PTW erkennbar (Fooken, 2009; Joseph, 2015; Murphy et al., 2015).

Das Wissen sowie die Auseinandersetzung mit beiden Konzepten kann Personenzentrierte Psychotherapie bereichern. Wichtig erscheint es, nichts zu forcieren oder eindimensional zu betrachten bzw. keine kausalen Schlüsse zu ziehen.

### Ausblick

Aufgrund der hohen Komplexität und der Bedeutung von biologischen, psychologischen und psychosozialen Einflussfaktoren (siehe Abb. 1 oben) ist der Forschungsgegenstand der Resilienz stets unter einem multidimensionalen Blickwinkel zu betrachten (vgl. Fooken, 2009). Dieses Konzept stellt mit seiner Komplexität und den verschiedensten Forschungsmethoden und Herangehensweisen noch einen problematischen Ansatz dar (vgl. Wustmann, 2004; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). Die Resilienzforschung stößt bei der Messbarkeit auf Schwierigkeiten, da ein Mangel an Operationalisierung und Messmethoden festzustellen ist, was dazu beiträgt, dass Resilienz schwer zu fassen ist.

Den Grundstein der Forschung zum Thema PTW stellt ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung dar (vgl. Tedeschi &

Calhoun, 1996). Hier wären weitere Forschungsergebnisse sehr erfreulich, um eine differenziertere Grundlage in diesem Bereich zur Verfügung zu haben. Offen bleibt für mich auch der Prozess des PTW; hier wäre es wünschenswert näher zu erforschen, ab welchem Messzeitpunkt (wie lange nach dem Trauma) von PTW gesprochen werden kann.

Eine mögliche weitere Fragestellung bezüglich einer Verbindung der beiden Konzepte könnte lauten: Erleben resistenterer Personen eher posttraumatisches Wachstum?

Trotz der ausbaufähigen wissenschaftlichen Forschungslage kann die Vertiefung in die Konzepte von Resilienz und PTW als ressourcenorientierte Ansätze eine zuversichtliche Haltung bestärken, die insbesondere beim Begleiten von Personen, die traumatische Erschütterungen erlebt haben, hilfreich sein kann.

### Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Gahleitner, S.B. (2019). Die gesprächstherapeutische Behandlung. In G. Seidler, H. Freyberger, H. Glaesmer & S.B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 859–875). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brodley, B. (1999). The Actualizing tendency concept in client-centered theory. *The person-centered Journal*, 6(2), 108–120.
- Frankl, V. (1992). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. München: Piper TB.
- Fooken, I. (2009). Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 65–85). Heidelberg: Springer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2009). *Resilienz*. München: Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2015). Resilienz fokussierte Kinderpsychotherapie. *Person*, 19(2), 104–116.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2017). Die Verbindung von Resilienzperspektive und (personenzentrierter) Kinderpsychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 22(3), 63–75.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2018). Resilienz, Resilienzförderung und Personenzentrierter Ansatz. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 49(2), 62–68.
- 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.
- Joseph, S. (2004). Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 101–119.
- Joseph, S. (2015). A person-centered perspective on working with people who have experienced psychological trauma and helping them move forward to posttraumatic growth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 178–190.
- Joseph, S. & Linley, A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280.
- Kormann, G. (2009). Resilienz. Was Kinder und Erwachsene stärkt und in ihrer Entwicklung unterstützt. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 40(4), 188–197.

- Lanfranchi, A. (2006). Resilienzförderung von Kindern bei Migration und Flucht. In B. Hildenbrand & R. Welter-Enderlin (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (S. 119–138). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Laucht, M. (2009). Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In K. J. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 53–71). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Liewelyn, S., Macdonald, J. & Aafjes-van Doorn, K. (2016). Process-outcome studies. In J. C. Norcross, G. R. Vandenbos, D. K. Freedheim & B. O. Olatunji (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: theory and research* (pp. 451–463). Washington: American Psychological Association.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- Lösel, F. & Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differenziellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.): *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 37–58). München: Reinhardt.
- Maercker, A. & Rosner, R. (2006). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart: Thieme.
- Murphy, D., Demetriou, E. & Joseph, S. (2015). A cross sectional study to explore the mediating effect of intrinsic aspiration on the association between unconditional positive self-regard and post traumatic growth. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 14(3), 201–213.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 307–389). New York, NY: Wiley.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004) *Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Rogers, C.R. (2005). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer (Orig. erschienen 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1997). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung. *Psychotherapie Forum*, 5(3), 177–185 (Orig. erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103).
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG [Orig. erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: Mc Graw Hill].
- Rogers, C. R. (1963). The actualizing tendency in relation to 'motives' and to consciousness. In M. R. Jones Marshall (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 1–24). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Rogers, C. R. (2012). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer (Orig. erschienen 1977. München: Kindler).
- Schmid, P. F. (2001). Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stözl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 57–95). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Skala, K. & Bruckner, T. (2014). Beating the odds: an approach to the topic of resilience in children and adolescents. *Neuropsychiatrie*, 28(4), 208–217.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L. & Calhoun, L. G. (Eds.) (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- Weinberger, S. (2010). *Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Juventa.
- Werner, E. & Smith, R. (1989). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, Cox.
- Werner, E. (2011). Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 32–46). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim: Beltz.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic books.
- Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component mode. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653.



## Diskurs

### zum Artikel „Gefangene des Selbst? Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers“ in PERSON 2/2018

Sehr geehrter, lieber Herr Lukits,

wir haben Ihren Artikel in PERSON 2/2018, „Gefangene des Selbst? Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers“, mit Interesse gelesen und waren beide beeindruckt von Ihren differenzierten Ausführungen zu einem anspruchsvollen Thema. Sie versuchen nicht nur C. Rogers' Ringen mit dem Thema menschlicher Freiheit nachzuvollziehen, sondern auch sein Verständnis um anthropologische Überlegungen zur Phylogenese des Selbst zu ergänzen. Das Ergebnis ist berückend und fast anrührend: Der ewige Antagonismus von Organismus und Selbst löst sich auf. Zwar hat das Selbst einen „relativ eigenen Spielraum“, vergleichbar einem wichtigen anderen Körperorgan, aber es ist, als phylogenetisch späte Errungenschaft, fragil und schutzbedürftig, ein „sensibles Projekt der Aktualisierungstendenz“ (a. a. O., S. 121), und diese quasi mütterlich-elterliche Fürsorge übernimmt der Organismus, der dieses Selbst ja auch hervorgebracht hat. Über die dem Organismus eigene Fähigkeit der Subzeption schützt er sogar die Selbststruktur vor bewussten Wahrnehmungen, die für sie bedrohlich sein könnten. Die menschliche Freiheit kommt allerdings da in den Blick, wo das Bewusstsein hinzukommt: „Erst durch das menschliche Spezifikum des Bewusstseins kann aus solch *unbewusster Autonomie* (Hervorhebung von uns) echte Freiheit werden, indem ein Individuum seine Erfahrungen in seinen Symbolisierungen akzeptierend mitvollzieht, dabei aber auch in letzter Konsequenz bewusst und verantwortlich an den Entscheidungsprozessen des Organismus teilnimmt“ (a. a. O., S. 121). Dieser ist durch und durch

---

Dipl.-Soz. Gabriele Isele, geb. 1948, lebt und arbeitet in Hamburg (freiberuflich in eigener Praxis, als Ausbilderin für personenzentrierte Beratung in der GwG und als Lehrberaterin). Sie ist Mitglied im Ethikrat der GwG. Korrespondenzadresse: Gabriele Isele, Osterstr. 16, 20259 Hamburg, Deutschland; Kontakt: Gabriele.Isele@t-online.de

Dipl.-Psych. Dr. Hans Stauß, geb. 1945, lebt und arbeitet in Tübingen (als Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis, als Ausbilder für personenzentrierte Beratung in der GwG und Lehrberater) und ist Mitglied im Ethikrat der GwG. Korrespondenzadresse: Hans Stauß, Jasminweg 17, 72076 Tübingen, Deutschland; Kontakt: hansstauss@web.de

vertrauenswürdig, ist er doch getragen von einer positiv gerichteten Aktualisierungstendenz i. S. des Strebens nach Erhaltung und Entfaltung des individuellen Lebens der Person.

Als Verfasser eines früheren Artikels zum Thema Aktualisierungstendenz und Destruktivität in PERSON 2/2016 haben wir uns mit dem Menschenbild von Rogers intensiv, aber auch durchaus kritisch auseinandergesetzt. Von daher stellten sich bei uns spätestens beim zweiten Lesen kritische Fragen ein, und wir hatten das Bedürfnis, sie zu formulieren und Ihnen zur Verfügung zu stellen:

- Wie ist es möglich, dass das Selbst mit seinem „relativ eigenen Spielraum“ sich nicht nur im Dienst des Ganzen „eigen“ verhalten, sondern sich auch gegen alle Erhaltung und Entfaltung stellen kann? Wie kann vom Rogersschen Denken her das Destruktive überhaupt verstanden werden?
- Auch wenn das Selbst eine phylogenetisch späte Entwicklung darstellt, ist es ontogenetisch doch das, was den Menschen zum Menschen macht. Es ist ein Ergebnis seiner Fähigkeit zur Selbstreflexion: Nur der Mensch kann sich selbst zum Objekt seiner Wahrnehmung, seines Denkens machen, lebt aus und mit seiner Vergangenheit, nimmt in seinen Vorstellungen die Zukunft vorweg, lebt nicht mehr nur im Hier-und-Jetzt, nicht mehr in der Sicherheit einer Instinktgebundenheit, sondern ist ein weltoffenes Wesen. Er ist aus der Einheit mit der „Natur“ herausgefallen und muss sein Leben gestalten. Helmuth Plessner beschreibt das in seiner philosophischen Anthropologie als „exzentrische Positionalität“. Sie stellt einen qualitativen Sprung in der Entwicklung zum Menschen dar und befähigt ihn sowohl zu unglaublich produktiven, kreativen Leistungen als auch zu einer unvergleichlichen Destruktivität, die so nur dem Menschen möglich ist.

Ihr eigenes Thema ist ja das Verständnis der individuellen Freiheit im Rahmen der Persönlichkeitstheorie von Rogers. Sie teilen dessen Auffassung, zeichnen sie differenziert nach und geraten u. E. in die gleichen Aporien:

- „Das Selbst tut nichts“ – der Organismus alles? Wie leicht landen Sie da doch bei einem biologischen – oder noch

schlimmer quasi mystischen – Determinismus, der die „Weisheit des Körpers“ über alles setzt.

- Die Freiheit des Individuums besteht in der Befreiung von (externer und internalisierter) sozialer und gesellschaftlicher Fremdbestimmung hin zur Öffnung für das organismische Erleben, gleichzusetzen mit der „Entdeckung seiner persönlichen sinnvollen Hingabe an das Leben aus der Ganzheit seines Wesens“ (Rogers, 1983/1984, S. 230) oder – mit Lukits – die menschliche Freiheit liegt in der „Teilnahme am Prozess der organismischen Erfahrung, eine Teilnahme also, die eine vertrauensvolle, bejahende Haltung zu dem erfordert, was gerade geschehen möchte, in der Therapie wie im Leben“ (Lukits, 2018, S. 121). Rogers beschreibt die „fully functioning person“ pointiert folgendermaßen: „Der voll handlungsfähige Mensch ... erlebt nicht nur absolute Freiheit, sondern gebraucht sie, wenn er sich spontan und freiwillig für das entschließt und entscheidet, was vollkommen determiniert ist.“ (Rogers, 1969/1974, S. 285). – Aber besteht die Freiheit nicht wesentlich auch in der Möglichkeit der Verneinung? Die Freiheit des Neinsagenkönnens ist nach Steinvorth (1990, S. 121) eine „notwendige Bedingung für die vernünftige oder spezifisch menschliche Art, auf Reize nicht determiniert zu reagieren.“ Und ist Freiheit nicht vielmehr das immer vorläufige Ergebnis eines dialektischen Prozesses, der erst durch Widersprüche in Gang gesetzt wird und in dessen Verlauf das bewertende und handelnde Ich seine Wirkung erfährt und entfaltet?
- Zur Freiheit der Person gehört die Bewusstheit. Aber gerät die von Ihnen vertretene Vorstellung von Freiheit, die im „achtsamen Lassen“ und im „akzeptierenden Mitvollzug“ besteht, nicht ganz in die Nähe der „unbewussten Autonomie“ (Lukits, 2018, S. 121), die Sie auch Tieren und Pflanzen zuerkennen? „Echte Freiheit“ ist dann nur noch die bewusste Teilnahme an der „autopoietischen“ Autonomie allen organischen Lebens.
- Was bei Rogers fehlt und bei Ihnen ebenfalls nicht vorkommt, ist eine vom Selbst unterschiedene Ich-Instanz, die dem Organismus wie auch dem Selbst gegenübersteht. Folgerichtig werden auch Begriffe wie „Wille“, „Willensfreiheit“, „Entscheidung“, „Verantwortung“ vermieden oder nur ganz beiläufig (a. a. O., S. 121) erwähnt. – Anders etwa bei P. Bieri (2001, S. 381ff.): Auch er betont zwar das Prozesshafte, ganz nah bei Rogers. Den freien Willen gibt es nie absolut, sondern immer nur als ein Mehr oder Weniger. Er ist das Ergebnis eines „Aneignungsprozesses“ (im Unterschied zu der „bewussten, akzeptierenden Teilnahme am Prozess“ bei Lukits, 2018, S. 121), zu dem erstens die Artikulation und zweitens das Verstehen gehören, beides Akte der Bewusstmachung durch Symbolisieren, ganz im Sinn von Rogers. Aber dann muss auch die eigene Bewertung, das Ich, die Perspektive der Ersten Person hinzukommen, um von Willensfreiheit sprechen zu können, – und nicht nur der Einklang.

Lieber Herr Lukits, wir hatten, angeregt durch Ihren Beitrag, Lust auf eine hoffentlich weiterführende Auseinandersetzung und würden uns über eine Antwort von Ihnen freuen.

Mit freundlichen Grüßen,  
Hans Stauff und Gabriele Isele

Sehr geehrte Frau Isele und Herr Stauff,

danke für Ihre wohlwollende und qualitätsvolle Rückmeldung! Ich freue mich sehr über Ihr Interesse an meinem Artikel und seiner Thematik. In meiner Sichtweise darauf fühle ich mich bis auf einen Punkt (s. u.) vollständig verstanden. Die Zusammenfassung, die Sie dazu gegeben haben, könnte m. E. kaum gelungener sein. Gerne gehe ich aber auch auf Ihre kritischen Fragen an mich ein, die ich für sehr weiterführend halte – das zeigt sich nicht zuletzt im Artikel zur „Entdeckung des Ich“, der in dieser PERSON-Ausgabe (2/2020) vorliegt.

In meiner Antwort beginnen möchte ich bei Ihrer grundlegenden Frage bzw. Kritik: „*Das Selbst tut nichts*“, – *der Organismus alles? Wie leicht landen Sie da doch bei einem biologischen – oder noch schlimmer quasi mystischen – Determinismus, der die „Weisheit des Körpers“ über alles setzt.*

Der „Organismus“ ist meines Erachtens im Personenzentrierten Ansatz nicht rein biologisch zu sehen, nicht als „der Körper“ und sicher nicht als „mystische“ Instanz. Rogers beschreibt den Begriff „Organismus“ in seinen für mich maßgeblichen Thesen zur „Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens“ immer wieder als „organisiertes Ganzes“ (1951/1983, S. 421). Ich glaube, dass er damit den Gesamtzusammenhang des Daseins eines Individuums meint, ein Zusammenhang, der nicht an den Grenzen des Körpers endet. Zwar bildet demnach das Organische die materielle Basis des Organismus und gehört zentral zu ihm; aber auch die Wahrnehmung, das Psychische, das Geistige, die Beziehungen, in denen ein Individuum steht, seine Geschichte und nicht zuletzt sein Selbst sind seine integrierten Bestandteile: Der Organismus ist dann das lebendige Gesamte einer Person, in dem alles miteinander verbunden ist.

Dies hieße u. a., dass der Organismus nicht nur in jedem Moment *als Gesamter* agiert und reagiert (in „totalen, organisierten, zielgerichteten Reaktionen“, ebd., S. 412), sondern auch als Gesamter entscheidet. Dabei ist alles miteinbezogen, z. B. auch der Verstand, dessen Illusion es freilich sein mag, dass er der alleinige Entscheider sei (ganz abgesehen von der möglichen Illusion, dass er separiert von den „anderen Teilen“ des

Organismus existiere) – inwiefern dieses Miteinbezogen sein m. E. auch für das Selbst zutrifft, habe ich ja im gegenständlichen Artikel genauer ausgeführt.

Sie fragen dazu nach, warum bzw. wie sich denn das Selbst in seinem „relativ eigenen Spielraum“ gegen alle Erhaltung und Entfaltung stellen könne. Meiner Ansicht nach tut das Selbst dies niemals, wie es nach Rogers ja überhaupt „nichts tut“ (1959/2009, S. 27). Das Selbst verhält sich nicht destruktiv, es *ist* einfach die Struktur des Selbstverständnisses eines Menschen, auf die der Organismus Rücksicht nimmt.

Das Selbst(konzept) ist gebildet aus den Schlüssen eines Menschen, die er aus seinen bisherigen Beziehungserfahrungen gezogen hat. Diese können tatsächlich destruktiv gewesen sein, und dann nähme der Organismus Rücksicht auch auf destruktive, falsche Antworten, die ein Mensch auf die Frage „Wer bin ich?“ bekommen hat – sonst könnte seine fragile Identität leiden oder sogar zerbrechen (mit allen negativen Implikationen, z. B. einer Psychose). Je inadäquater das Selbstkonzept ist, umso brüchiger ist es auch, und umso mehr muss es vom Organismus geschützt werden (vgl. Rogers, 1959/2009, S. 36f.), obwohl das zu beinahe allen Schwierigkeiten der Welt führt.

Reflexionsfähigkeit, Bewusstsein und Verstand würde ich überhaupt nicht exklusiv dem Selbst zuordnen: Dieses besteht für mich aus zumeist unbewussten Identifikationen (vgl. auch meinen in dieser Ausgabe vorliegenden Artikel „Die Entdeckung des Ich“). Die Kämpfe und Krämpfe des Menschen gehen also m. E. nicht aus seiner Bewusstseinsfähigkeit hervor, sondern aus seinem in der Regel verkehrten (weil negativen) Selbstverständnis, dem er dann in irgendeiner Weise entsprechen *muss*. Dem wirkt Rogers ganz eindeutig entgegen, indem er durchgängig die Konstruktivität, die im Wesen des Menschen liegt, hervorhebt. Natürlich hat er auch thematisiert, wie destruktiv der Mensch sein kann – aber meinem Verständnis nach in dem Sinn, dass er *so wird, wenn er (zu Unrecht) glaubt, dass er so ist*.

Ich stimme voll mit Ihnen überein, dass es den freien Willen nie absolut gibt, sondern immer nur in einem Mehr oder Weniger. Reflexion und Bewusstsein, die untrennbar zum Organismus gehören (s. o.), haben aus meiner Sicht einen Einfluss auf seine Entscheidungen, wenn auch nur einen beschränkten und nicht vom Organismus abgehobenen. Demnach kann sich dieser, je weniger die Notwendigkeit besteht, das Selbstkonzept zu schützen, umso freier bewegen und seinen besten Kräften Raum geben – zu ihnen gehören die geistigen Fähigkeiten, vor allem aber die Fähigkeit, tief zu empfinden, mitzufühlen und zu akzeptieren, die fernab jeder Destruktivität liegt. Das kann in einer ungünstigen Dynamik ein kongruentes Nein bedeuten, und ebenso ein bewusstes Ja, weil jemand verstehen und vergeben kann.

Diese Überlegungen sind eine Antwort nicht nur auf Ihre kritischen Fragen an mich, sondern auch auf Ihren Artikel zur „Kritik der anthropologischen Grundannahmen im Personenzentrierten Ansatz“ (PERSON 2/2016), dessen Lektüre als gewichtige „Antithese“ zu meiner Rogers-Exegese ich hier nur bestens empfehlen kann.

Ihre abschließende Anregung, für eine echte Willensfreiheit bräuchte es doch ein Ich (das es doch in der Theorie des Personenzentrierten Ansatzes kaum gibt), hat mich ziemlich erstaunt und geradezu berührt, weil daran ersichtlich wird, wie tiefgehend und mir voraus Sie meinen Artikel in seiner Thematik verstanden haben: Kurz nach der Veröffentlichung des gegenständlichen „Freiheitartikels“ (PERSON 2/2018) habe ich mich daran gemacht, meinen Artikel zur „Entdeckung des Ich“ (PERSON 2/2020) zu verfassen, ohne die beiden bewusst miteinander in Verbindung zu bringen. Wie eng sie zusammenhängen, ist mir durch Sie aufgegangen. Auch dies zeigt, dass der „totale Organismus oft klüger als das Bewusstsein ist“ (vgl. Rogers, 1961/1973, S. 191), und dass zu dieser Gesamtheit des Organismus auch Menschen gehören, die (in diesem Fall gedanklich) mit uns gehen.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre klärenden Fragen, Ihre Kritik und Ihre weiterführenden Anregungen!

Gerhard Lukits

Lieber Herr Lukits,

vielen Dank für Ihre engagierte, differenzierte Auseinandersetzung mit unserer Kritik. Besonders gefallen hat uns, dass Sie Rogers nicht nur nachvollziehen, sondern auch – in seinem Sinn – weiterdenken wollen und dabei auf ein neues Thema gestoßen sind, das auch uns seit längerem beschäftigt: die bei Rogers fehlende Ich-Selbst-Differenzierung.

Unser weiterhin bestehender Dissens bezieht sich auf den Organismus-Begriff sowie die anthropologische Annahme einer im Kern positiv ausgerichteten Aktualisierungstendenz, an der Sie im Gefolge von C. Rogers festhalten, und schließlich Ihr Verständnis dessen, was den „freien Willen“ bzw. die Selbstbestimmung des Menschen ausmacht.

- Der „Organismus“ ist bei Rogers ein schillernder Begriff (siehe dazu Wunderlich, 2011). Sie verwenden ihn so weit gefasst („... das lebendige Gesamte einer Person, in dem alles miteinander verbunden ist“), dass Sie davon sprechen können, dass der Organismus „auch als Gesamter entscheidet“. Das tut er auch bei Pflanzen und Tieren. Wie aber lässt sich davon eine nicht durch Natur und Instinkt determinierte Entscheidungsfähigkeit

ableiten? Plessner entwickelt in „Die Stufen des Organischen und der Mensch“ (1928/1981) die fortschreitende Entwicklung und Ausdifferenzierung von der Pflanze über das Tier bis zum Menschen. Er nennt als unterscheidende Kategorie dabei die jeweilige „Positionalität“. Und hier wird mit dem Übergang vom Tier zum Menschen, von der „zentrischen“ zur „exzentrischen Positionalität“, genau diese Veränderung erfasst. Der Mensch als exzentrisch positioniertes Wesen lebt nicht nur aus seiner Mitte, wie es das Tier tut, sondern kann sich auf diese Mitte auch reflexiv beziehen.

- Sie beschreiben das Selbst als die Struktur des Selbstverständnisses eines Menschen, auf die der Organismus Rücksicht nimmt, somit als Objekt von Erfahrung und Wahrnehmung des Organismus. Was aber ist dabei das wahrnehmende Subjekt? Bei Ihnen wird der „totale Organismus“ zur Letztinstanz und zum Subjekt von Entscheidungen. Das ist vergleichbar der zentrischen Positionalität nach Plessner, die der Mensch mit dem Tier gemeinsam hat. Im Unterschied dazu „ist“ der Mensch nicht nur Organismus, sondern „hat ihn“ auch (im Sinne eines selbstreflexiven Bezugs). Er kann sich ihm gegenüberstellen. Plessner nennt das die Doppelaspektivität des Menschen. Der mit dieser Selbstreflexivität verbundene „Spielraum der Subjektivität“ ermöglicht u.E. menschliche Entscheidungen, fordert sie heraus, ja macht sie letztlich unvermeidbar.

- Sie sprechen davon, dass zwar der Verstand mit einbezogen sei, aber in der Illusion gefangen, dass er „der alleinige Entscheider sei (ganz abgesehen von der möglichen Illusion, dass er separiert von den ‚anderen Teilen‘ des Organismus existiere)“. Damit spielen Sie darauf an, dass nur ein kleiner Teil unserer geistigen Tätigkeiten unserem Bewusstsein zugänglich ist. Das zu leugnen wäre naiv. Entscheidungen sind das Ergebnis eines oft längeren und immer hoch komplexen Beeinflussungs- und Abwägungsprozesses, nicht einfach eine Entscheidung des Verstandes. P. Bieri (2001) und andere sprechen von „Aneignungsprozess“, der ein Mehr oder Weniger an Selbstbestimmung ermöglicht. In unserem Verständnis können wir von (selbstbestimmter) Entscheidung aber erst im Zusammenhang mit der Selbstreflexivität sprechen, die sich aus der exzentrischen Positionalität ergibt (s. o.), und das damit erlebte subjektive Freiheitsbewusstsein ist u. E. keine Illusion.

- Sie gehen davon aus, dass der Organismus *die* vertrauenswürdige, richtungsweisende Letztinstanz sei. Der Organismus schütze das fragile, ja sogar das destruktive Selbst vor der Dekompensation. Destruktiv werde der Mensch nur „aus seinem in der Regel verkehrten (weil negativen) Selbstverständnis, dem er dann in irgendeiner Weise entsprechen muss“. Nach Plessner ist die Doppelaspektivität, die mit der exzentrischen Position gegeben ist, ein „Bruch mit der Natur“. Der Mensch lebt einerseits gebunden im Körper und in der Seele,

und andererseits kann er sich von dieser Gebundenheit reflexiv lösen. Ein so dreifach bestimmtes Wesen (ein Körper sein, im Körper sein als Innenleben und außer dem Körper sein als Blickpunkt) nennt Plessner „Person“. Die Person stellt eine Einheit dar, hat aber den Bruch in sich. Aufgrund seiner „gebrochenen Einheit“ ist der Mensch sowohl zum Guten wie zum Bösen unendlich viel fähiger als jedes Tier (vgl. Plessner, 2019, S. 218ff.). U. E. gilt es, die ambivalenten Möglichkeiten, die dem Menschen aufgrund seiner „exzentrischen“ Struktur eigen sind, wahrzunehmen und sie als Gefahr wie auch als Chance und deshalb als eine nicht endende Herausforderung zu begreifen. Die Rede vom „freien Willen“ beschreibt in diesem dialektischen Prozess denjenigen mehr oder weniger großen Spielraum, den jede einzelne Person dank ihrer Fähigkeit, sich selbst ein Gegenüber zu sein, zum jeweiligen Zeitpunkt angeeignet hat.

Lieber Herr Lukits, wir hoffen, dass damit unsere Antithese deutlicher geworden ist, von der wir uns, auf andere Weise als Sie, eine fruchtbare Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes versprechen.

Mit herzlichen Grüßen,

*Hans Stauss und Gabriele Isele*

Liebe Frau Isele und Herr Stauss,

danke für Ihr Eingehen auf meine Antwort, aber auch für Ihre eigene Positionierung, in der die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in unseren Auffassungen zum Thema nochmals klar hervortreten:

Ich teile mit Plessner und Ihnen vollkommen die Ansicht, dass es eine nicht durch Natur und Instinkt determinierte Entscheidungsfähigkeit des Menschen gibt, die mit seiner Reflexionsfähigkeit (bzw. Exzentrizität nach Plessner) zusammenhängt. Meiner Ansicht nach bleibt alles, was zur menschlichen Reflexivität gehört, letztlich integrierter Teil des Organismus, der dann ein ganzheitlicher, alles abwägender Entscheider ist und im Bewusstsein seiner selbst zum (freien) Subjekt wird. Sie scheinen mir es eher so zu verstehen, dass in der Exzentrizität so etwas wie ein „sich selbst Gegenüber“ (s. o.) entsteht, und damit eine Doppelaspektivität zwischen der Einheit des Organismus und seiner reflexiven Gebrochenheit (die seine Einheit aber nicht aufhebt) – eine Doppelaspektivität, die auch Entscheidungsfreiheit ermöglicht. Wieder bin ich beeindruckt, wie Sie mit Ihren Überlegungen Fragestellungen, die im gegenständlichen „Freiheits-Artikel“ implizit und noch gar nicht

bewusst mitgeschwungen sind, auf Ihre Weise gleichzeitig mit mir weiterführen: Denn eine gewisse Form von „Doppelaspektivität“ des Menschen ist ebenso wie das „Ich“ ein zentrales Thema meines Artikels, der in dieser Ausgabe von PERSON (2/2020) vorliegt. Gerade weil wir wohl auch dazu verschiedene Zugänge haben werden, würde ich mich auf einen weiteren persönlichen Diskurs auf dieser neuen Basis freuen.

Ich bin Ihnen sehr verbunden und danke Ihnen für unseren Dialog!

Mit herzlichen Grüßen,

Gerhard Lukits

### Literatur

- Bieri, P. (2001). *Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens*. München: Carl Hanser.
- Isele, G. & Stauß, H. (2016). Aktualisierungstendenz und Destruktivität. Zur Kritik der anthropologischen Grundannahmen im Personenzentrierten Ansatz. *Person*, 20(2), 118–130.
- Lukits, G. (2016). Empathie und Empirie: Rogers' Verstehenszugänge und ihre Voraussetzungen in der Erkenntnistheorie Schopenhauers. Ein philosophischer Anstoß. *Person*, 20(1), 63–71.
- Lukits, G. (2018). Gefangene des Selbst? Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers. *Person*, 22(2), 114–122.
- Plessner, H. (1928/1981). Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einführung in die philosophische Anthropologie. In G. Dux, O. Marquard & E. (Hrsg.), *Gesammelte Schriften IV*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Plessner, H. (2019). *Philosophische Anthropologie*. Berlin: Suhrkamp.
- Rogers, C. R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer (Orig. ersch. 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag. (Orig. ersch. 1959: siehe folgende Literaturangabe).
- Rogers, C. R. (1959): A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.): *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp.184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1969/1974). Das Ziel: Die sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit. In *Lernen in Freiheit. Zur inneren Reform von Schule und Universität* (S.268–286). Frankfurt/M.: Fischer (Orig. ersch. 1969: *Freedom to learn: A view of what education might become*. Columbus, OH: Charles E. Merrill).
- Rogers, C. R. (1983/1984). *Freiheit und Engagement: Personenzentriertes Lernen und Lehren*. München: Kösel (Orig. ersch. 1983: *Freedom to learn for the 80's* (revised.). Columbus, OH: Charles E. Merrill).
- Steinvorth, U. (1990). *Klassische und moderne Ethik*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Wunderlich, K. (2011). Der Organismus. Materialien und Überlegungen zu einem vielschichtigen Begriff und seiner Bedeutung im Personenzentrierten Ansatz. *Person*, 15(1), 5–16.

## Rezensionen\*

Nils Gerke

### Christiane Burbach (Hrsg.): Handbuch Personzentrierte Seelsorge und Beratung

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2019, 500 Seiten, ISBN 978-3-525-61627-7. EUR (D) 40,00 / EUR (A) 42,00 / CHF 52,90.

Das von Christiane Burbach herausgegebene Buch umfasst in fünf thematischen Blöcken mit dem einführenden Vorwort 40 Beiträge, die die Herausgeberin differenziert und abwechslungsreich zusammengestellt hat.

Im Teil I wird der Personzentrierte Ansatz (PZA) für die Seelsorge in seinen Grundlagen erläutert, begründet und in der Auseinandersetzung oder Berührung mit anderen Ansätzen deutlich gemacht, z. B. in der Neurowissenschaft, der Verhaltenstherapie oder der systemischen Psychotherapie.

Im Teil II geht es um den PZA in der katholischen und evangelischen Kirche, sowie im pädagogischen Bereich.

Im Teil III wird in 13 Beiträgen der PZA mit verschiedenen Arbeitsfeldern in Verbindung gebracht, z. B. Notfallseelsorge, Psychiatrie, Schule, Genderthema, „Seelenfinsternis“ (Depression) (S. 282f.).

Im Teil IV werden vier Anwendungsbereiche mit dem PZA verknüpft: Coaching, Supervision, Organisationsentwicklung und geistliche Begleitung.

Im Teil V geht es in fünf Beiträgen um Weiterbildung, dann um Ausbildung in der katholischen und evangelischen Kirche, sowie um Coaching- und Supervisions-Ausbildung. Im 6. Beitrag dieses Teils ist das Thema der „spirituelle Habitus“ (S. 444f.) und im 7. Beitrag wird Missbrauch in der Beratung thematisiert.

Im Folgenden werden ausgewählte Beiträge näher vorgestellt.

#### *Der PZA und andere Ansätze*

Hier wird eine breite Vielfalt aufgefächert. Sarah Magdalena Kingreen greift u. a. das Menschenbild von J.J. Rousseau auf, seine Vorstellung vom „reinen Naturzustand“ (S. 134; Teil I, 2) des Menschen, der eine unmittelbare Übereinstimmung des Menschen mit sich selbst ausdrückt. Die Entwicklung dahin setzt sie in Bezug zu Akzeptanz, Wertschätzung und Empathie im PZA.

In ihrem Beitrag „Das Selbst und seine Entwicklung, tiefenpsychologische Konzepte in Resonanz mit dem Personzentrierten Ansatz“ (Teil I, 8.1) referiert Anne Steinmeier den amerikanischen Psychoanalytiker Daniel Stern. Für dieses Handbuch stellt sie relativ ausführlich Sterns Überlegungen zur Entwicklung des Säuglings dar. Ebenso geht sie auf den Schweizer Psychoanalytiker Benedetti ein. Letzterer hat eine kunsttherapeutische Behandlungsmethode entwickelt. In ihr kommt es z. B. zu einem Dialog zwischen Bildern, die zwei Personen malen. Dieses Vorgehen könnte auch für Seelsorge und Beratung entdeckt werden.

Martin Moser geht in seinem Beitrag (Teil I, 8.2) vom topographischen Personenmodell der Jungschen Schule aus, also von verschiedenen Orten, in denen sich Inhalte des Bewusstseins befinden und Prozesse stattfinden. Er stellt den Verlauf eines Kurses „Traumarbeit als Seelsorge“ dar, sehr praxisorientiert und nachvollziehbar. Dann entwickelt er mit schöner Verständlichkeit das personzentrierte Vorgehen im seelsorgerischen Umgang mit Träumen. Dabei geht es darum, transzendentes Erleben zu würdigen und so eine Symbolisierung zu ermöglichen. Der gesamte Beitrag ist für Praktiker\*innen sehr zugänglich und anregend.

Ernst Kern beginnt in seinem Beitrag „Personzentrierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie, Konvergenzen und Divergenzen“ (Teil I, 8.3) mit einer einladenden, persönlichen Einleitung. Er geht in aller gebotenen Kürze auf die Unterschiede ein und macht das am Menschenbild deutlich.

#### *Anwendungsbereiche*

Unter der Überschrift „Personzentrierte Haltung in Unterricht und Schulentwicklung“ stellt Joachim Schmidt in Teil II, 3 die Einführung des PZA in ca. 90 Schulen der Stiftung „Freie Schulen in der Diözese Rottenburg-Stuttgart“ dar. Er sieht enge

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

Nils Gerke, Evang. Pastor/Pfarrer (bis 2009 an der Hauptkirche St. Petri in Hamburg), Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor, Gesprächspsychotherapeut.

Beziehungen zu den von Peter F. Schmid herausgearbeiteten Kategorien des PZA:

- der Mensch in seiner unverlierbaren Würde
- der Mensch in der Erfahrung von Freiheit und Verantwortung
- der Mensch in seinem Angewiesensein auf Begegnung und Beheimatung
- der Mensch als Mitgestalter der Welt
- der Mensch vor der Erfahrung von Scheitern
- der Mensch auf der Suche nach Hoffnung und Sinn.

Der PZA wird auch auf die Maßnahmen zur Persönlichkeitsentwicklung angewandt, ebenso in Kursen für Lehrkräfte und pädagogische Mitarbeiter\*innen. Es geht um Veränderung der Beziehung zwischen den Schüler\*innen, Veränderung der eigenen Haltung, des eigenen Verhaltens, Sicherheit im Handeln als Lehrkraft, Veränderung der Beziehung zwischen Kolleg\*innen.

Im Teil III werden 13 weitere Arbeitsfelder vorgestellt, in denen der PZA zum Tragen kommt oder kommen kann. Dabei lassen sich grob zwei Gruppen von Arbeitsfeldern unterscheiden. In der einen Gruppe sind Haltung, Gesprächsverhalten und Beziehung durch den PZA im Vordergrund: Exemplarisch bei Depression im weiteren Sinne, in den Arbeitsbereichen z. B. einer Kirchengemeinde, im Krankenhaus, in der Psychiatrie.

In anderen Arbeitsbereichen treten die Bedingungen und speziellen Besonderheiten der Arbeitsfelder stärker zum PZA hinzu. Das gilt für interkulturelle Arbeit, für Arbeit mit Blick auf Genderaspekte, in der sozialen Arbeit, dazu auch bei der Beratung von Menschen aus anderen religiösen Gruppierungen.

#### *Die Anwendung des PZA in Aus- und Weiterbildung*

Vogt und Schubert betonen in Teil V, 1, dass in der Weiterbildung Personzentrierte Seelsorge und Beratung deutlich an die Erfahrungen der Teilnehmenden angeknüpft sind. Die therapeutische Grundhaltung des PZA wird durch Einschätzskalen von Tausch und Pfeiffer verdeutlicht, das Gesprächsverhalten der Teilnehmenden anhand von Tonaufnahmen reflektiert. Die Ausbildung ist Herzensbildung. Dazu kann auch gehören, die spirituellen Kräfte wahrzunehmen.

In der Ausbildung zum Priester fällt auf, dass der Bezug zu den Mitbrüdern klar als Teil der Ausbildung benannt wird.

Im Vikariat einer evangelischen Kirche geht es um die Entfaltung der Persönlichkeit. Drei Richtungen fließen in die Inhalte ein: Personzentrierte Seelsorge, eine analytische Orientierung, Teile der klinischen Seelsorgeausbildung.

Unbedingt beachtenswert ist im Teil V, 7 die Aufnahme des Themas Missbrauch in der Beratung und Seelsorge: Christiane Burbach und Joachim Schlor stellen zunächst klar, dass in einem Beratungsgespräch eine Asymmetrie besteht. Dazu gehört: Eine Person erzählt von sich, die andere hört zu, geht darauf ein, aber erzählt nicht von sich. Das kann zu Abhängigkeit führen für die Zeit der Beratung. Schleichend kann hinzukommen, dass die ratsuchende Person für die Bedürfnisse der Seelsorgerin, des Beraters da ist. Die erforderliche Grenze muss immer wieder neu in der Selbstklärung gefunden werden. Genau werden die rechtlichen Seiten des Problems dargestellt. Zum Thema Grenzen werden als Beispiel die ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Pastoralpsychologie zitiert. Noch einmal deutlich wird das Abstinenzgebot benannt. Rogers äußert sich nicht dazu. Es ergibt sich jedoch aus der ständigen Selbstreflexion und Selbstklärung des Seelsorgers und der Beraterin. Die verschärfte Problematik des sexuellen Missbrauchs in Beratung und Seelsorge wird nicht benannt.

Zum Schluss: Mit seinen 40 Beiträgen handelt es sich um ein vielseitiges Handbuch. Durch ganz unterschiedliche Themen, die nicht für jeden Seelsorger und jede Beraterin Aktualität haben können, gehört dieses Buch auf jeden Fall in jede entsprechende Bibliothek. Bemerkenswert ist, in wie viele Arbeitsbereiche der PZA eingefügt ist und angewandt werden kann. Spannend wäre noch, die Bedeutung des Stichworts „spirituell“ bei Rogers an anderer Stelle genauer zu erfassen – und zwar als Ausdruck seiner Religiosität.

Insgesamt ein sehr empfehlenswertes Buch.

Erik Petter

## Ulrike Hollick, Maria Lieb, Andreas Renger & Torsten Ziebertz: Personzentrierte Familientherapie und -beratung

München: Ernst Reinhardt, 2018, 183 Seiten, ISBN: 978-3-497-02788-0. EUR (D) 24,90 / EUR (A) 25,60 / CHF 35,90.

Mit diesem Buch beanspruchen die vier Autor\*innen, allesamt Ausbilder\*innen in der von der GwG neu eingerichteten Weiterbildung in „Personzentrierter Familientherapie und -beratung“, eine Lücke zu schließen. So hätten befragte Praktiker\*innen einen Mangel an personzentrierten Konzepten hinsichtlich der Arbeit mit Familien konstatiert und in der Folge regelmäßig auf andere Therapieansätze zurückgegriffen (S. 12). Dem begegnen die Autor\*innen durch die Konzeptionierung einer *Personzentrierten Familientherapie (PZFT)*, worunter sie „die Anwendung der Personzentrierten Psychotherapie nach Carl R. Rogers auf Familien“ verstehen, „die durch Inkongruenzen (...) auf der Ebene des Selbst und der Ebene der Beziehung belastet sind“ (S. 15). Dabei unterscheiden die Autor\*innen zwar definitorisch zwischen Familientherapie und -beratung, subsumieren jedoch beides unter ihr Konzept der PZFT (S. 14f.) und machen bei der Entwicklung ihres Gedankenganges hier auch keine relevanten Unterscheidungen.

Nach der Klärung von Anliegen und Gegenstand des Buches in den ersten beiden Kapiteln porträtieren die Autor\*innen die Arbeiten von ausgewählten Wegbereiter\*innen der PZFT (Kapitel 3). Neben Carl Rogers und Virginia Satir sind das Stefan Schmidtchen, Ned Gaylin und Charles O’Leary (der dem Buch auch ein Geleitwort vorangestellt hat). Diese Porträts dienen dabei vor allem der Bereitstellung von theoretischen Konzepten, auf die sich die Autor\*innen im Weiteren beziehen.

Auf diesen Konzepten aufbauend entwickeln die Autor\*innen in Kapitel 4 ihre Sicht auf eine „Theorie der PZFT“. Dabei übertragen sie Konzepte, die sich in der personzentrierten Theorie auf das Individuum beziehen, auf die Familie als Ganzes. Beispielsweise führen sie das Konzept einer *Familienaktualisierungstendenz* ein und verstehen darunter „die jeder Familie innewohnende“ Tendenz, „hin zu Wachstum, Öffnung und Entfaltung“ (S. 53). Unter dem *individuellen Familienkonzept* verstehen die Autor\*innen den Teil des Selbstkonzeptes eines Familienmitgliedes, der sich auf „die bewussten Wertgehalte, Vorstellungen, Regeln, Glaubenssätze und Ideale (...) über familiäre Kommunikation und Interaktion“ bezieht (S. 48). Die Teile der individuellen Familienkonzepte, in denen die Familienmitglieder übereinstimmen, bilden das *gemeinsame Familienkonzept* der Familie. Aus den Widersprüchen zwischen

den davon ausgeschlossen Teilen entsteht eine *familiäre Inkongruenz*, die von den Autor\*innen als Ursache für die Entwicklung von Störungen in der Familie angenommen werden (S. 59f.). In ihrem „familiären Rückkopplungsmodell“ (S. 46ff.) machen die Autor\*innen deutlich, dass stets eine Interaktion zwischen den verschiedenen individuellen und dem gemeinsamen Familienkonzept stattfindet, so dass Veränderungen an einer Stelle (z. B. als Folge von neuen Erfahrungen eines oder mehrerer Familienmitglieder) notwendiger Weise auch nach Veränderungen an allen anderen Stellen der Familienstruktur verlangen, was u. U. zu neuen familiären Inkongruenzen führen kann. Abgerundet wird dieses Kapitel durch die Darstellung einer Reihe von theoretischen Konzepten, die nicht (nur) aus der personzentrierten Theorieentwicklung stammen, jedoch aus Sicht der Autor\*innen eine wichtige Rolle bei der Arbeit mit Familien spielen (S. 63), nämlich Bindung, Resilienz, Mentalisieren und personzentrierte Systemtheorie.

Die Darstellung der familientherapeutischen Praxis erfolgt im fünften Kapitel. Hier gehen die Autor\*innen zunächst auf unterschiedliche Settings ein und betonen dabei die Notwendigkeit, die Entscheidung über den an der Therapie zu beteiligenden Personenkreis von der jeweiligen Fragestellung abhängig zu machen und die Anzahl der beteiligten Personen ggf. auch über den Therapieprozess hinweg zu variieren (S. 94). Bei der Darstellung einer spezifischen familientherapeutischen Methodik beschreiben sie das Intervenieren der Psychotherapeut\*in als ein ständiges Hin- und Herpendeln zwischen der „intrapersonellen Ebene“, in der sich der Fokus auf das innere Erleben einer der beteiligten Personen richtet (wodurch diese Therapiephasen der Personzentrierten Psychotherapie im dyadischen Setting ähneln) und der „interpersonellen Ebene“, in der die familiäre Interaktion als Ganzes im Fokus steht und für die teilweise auch spezifische Interventionsformen entwickelt werden (S. 98).

In Kapitel 6 wird auf spezifische Fragestellungen eingegangen, die sich aus der Arbeit mit unterschiedlichen Klient\*innen-Gruppen ergeben (Paare, Eltern, Familien mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen). Mehrfach wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, mit den beteiligten Kindern und Jugendlichen auf altersangemessene Weise in Beziehung zu treten. Dabei verweisen die Autor\*innen auch auf Methoden der Personzentrierten Spieltherapie (S. 134f.) und stellen eine Reihe von Modellen zur Integration von spiel- und gesprächspsychotherapeutischen Sequenzen in einen gemeinsamen Prozess vor (S. 145ff.).

**Erik Petter**, geb. 1970, Dipl.-Psych., Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Mitarbeiter im psychologischen Fachdienst einer Jugendhilfeeinrichtung in Erlangen.



Den Autor\*innen ist sicher zuzustimmen, dass im familien-therapeutischen Setting immer wieder spezifische Konstellationen auftreten, die einer besonderen Reflexion hinsichtlich Theorie und Praxis bedürfen. Insofern kommt ihnen uneingeschränkt das Verdienst zu, umfangreiches Material zu dieser Thematik gesammelt und weiterentwickelt zu haben. Allein das rechtfertigt die Empfehlung der Lektüre für alle Personenzentrierten Psychotherapeut\*innen und Berater\*innen, die (auch) im Familiensetting tätig sind. Allerdings möchte ich auch einige kritische Anmerkungen ausführen:

Aus meiner Sicht lassen sich durchaus Zweifel an der durchgängigen Eignung der von den Autor\*innen vorgeschlagenen theoretischen Konzepte zur Abbildung der in einer PZFT relevanten Prozesse ausmachen: Erstens scheint mir die dargestellte Übertragung der ursprünglich individuumsbezogenen Konstrukte auf die Familie doch auf einer oberflächlichen Ebene zu verbleiben. Beispielsweise geht nach personenzentrierter Lesart psychisches Leiden bekanntlich auf Widersprüchlichkeiten zwischen der Erfahrung eines Menschen einerseits und deren Symbolisierung andererseits („Inkongruenz“ im herkömmliche Sinne) zurück. Im dargestellten Konzept der „familiären Inkongruenz“ beziehen sich die bestehenden Widersprüchlichkeiten hingegen ausschließlich auf Symbolisierungen (und zwar letztlich durch unterschiedliche Personen). Zweitens erscheinen mir zahlreiche der von den Autor\*innen vorgeschlagenen praktischen therapeutischen Handlungshinweise überhaupt nicht aus diesen Konstrukten abgeleitet (sondern z. B. aus den Spezifika der gleichzeitigen Arbeit mit Klient\*innen unterschiedlichen Alters), so dass zumindest Zweifel daran angebracht sind, ob die dargestellte Theoriebildung ausreichend für die familientherapeutische Arbeit ist. Und drittens räumen die Autor\*innen durchaus ein, dass es Konstellationen gibt, in denen die Problemdefinitionen der Familienmitglieder nicht im Zusammenhang mit widersprüchlichen Familienkonzepten stehen (S. 61). Zumindest in solchen Fällen würde ein Verbleiben im dargestellten theoretischen Rahmen die Psychotherapeut\*in dazu anleiten, den Bezugsrahmen der Klient\*innen

bei der Fallkonzeption zu verlassen, was aus personenzentrierter Perspektive problematisch ist.

Etwa die Hälfte des Buches widmen die Autor\*innen der Praxis der PZFT. Trotzdem ist es mir nur unzureichend gelungen, mir ein Bild von konkreten Therapieprozessen einer der Autor\*innen zu machen. Unter den zahlreichen optisch vom Resttext abgehobenen Beispielen befindet sich z. B. lediglich ein einziges, das eine wörtliche Rede der Psychotherapeut\*in enthält. Viele der dargestellten Ideen bleiben für mich damit auf einer recht abstrakten Ebene. Hier wäre eine Illustration des Dargestellten mit Gesprächssequenzen aus realen Therapiesituationen sicherlich hilf- und aufschlussreich gewesen.

Insgesamt weist das Buch sowohl hinsichtlich seiner theoretischen Aussagen als auch seiner praktischen Empfehlungen zahlreiche Widersprüchlichkeiten auf. Entsteht eine „familiäre Inkongruenz“ etwa alleine dadurch, dass die Widersprüche zwischen den einzelnen individuellen Familienkonzepten „zu groß“ werden (S. 49) oder ist dieses gerade nicht hinreichend, sondern zusätzlich eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls der Beteiligten notwendig (S. 57)? Sollte es zum Ende des Erstgespräches gelingen, ein gemeinsames Therapieziel zu definieren (S. 101) oder ist die Erarbeitung eines gemeinsamen Auftrages unrealistisch, weil insbesondere zu Beginn einer Therapie von unvereinbaren Problemdefinitionen auszugehen ist (S. 61f.)? Darin zeigen sich vermutlich die unterschiedlichen Sichtweisen der beteiligten Autor\*innen (die individuelle Autor\*innenschaft wird für jeden einzelnen Textteil gesondert angegeben und wechselt meistens schon nach wenigen Seiten). Anstatt diese Differenzen jedoch voneinander isoliert in unterschiedlichen Teilen des Buches zu platzieren, wäre (auch im Interesse einer besseren Nachvollziehbarkeit) eine vergleichende Diskussion der unterschiedlichen Positionierungen wünschenswert gewesen.

Zusammenfassend ist deswegen dem Fazit der Autor\*innen im letzten Kapitel 7 zuzustimmen, dass der gegenwärtige Stand hinsichtlich der Konzeptionalisierung einer PZFT „nicht am Ende angelangt ist, sondern vielmehr (...) einlädt, weitere Schritte zu tun“ (S. 164).

## Gerhard Stumm zum 70sten Geburtstag

Gerhard Stumm wurde im August 70. Dies ist auch für das personenzentrierte Konzept ein Festereignis. Gerhard veröffentlichte bis heute 15 Bücher, oft als Herausgeber, sowie unzählige Fachbeiträge. Er nahm an Forschungsprojekten teil und engagierte sich berufspolitisch. Er praktiziert extensiv Psychotherapie seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts, also seit ca. 40 Jahren, bis heute in seiner Wiener Praxis. Er begründete das Ausbildungsinstitut APG-FORUM mit zunächst wenigen Getreuen und führte es zu beeindruckender Blüte. Er wirkte 15 Jahre in der Redaktion der PERSON. Er verfügt über exzellente Sprachkenntnisse und hat weitläufige internationale Kontakte; er ist einer der wichtigsten Verbinder der deutschsprachigen mit der internationalen personenzentrierten Welt, und er ist Stammgast auf den Weltkongressen.

Da sticht jedes für sich schon hervor, doch das Zugleich all dieser fachlichen Meriten erlebe ich als schier einmalig. Da ist jemand, der auf fachlich-theoretisch-konzeptioneller Ebene zu den führenden Persönlichkeiten unseres Konzeptes weltweit gehört, und der zugleich extensiv, jeden Tag, Psychotherapien praktiziert, und auch noch ein hoch anerkannter Ausbilder und Supervisor dafür ist. Wenn Gerhard Stumm einen Satz über Psychotherapie sagt oder schreibt, dann weiß er in jedem Moment, was dies im Alltag und der Face-to-Face-Situation der beraterisch-psychotherapeutischen Praxis bedeutet. Ich wage zu sagen, dass es nicht viele „big wigs“ in unserem Feld gibt, die solches so vereinen.

Was ist die Botschaft von Gerhards fachlichem Wirken? Seine vielen Sammelbände, Lehrbücher, Lexika, Übersichtsarbeiten, seine so klaren Heuristiken unseres Konzeptes und

seine Verbindungen zum existentialistischen Denken... Sie ist implizit: Es ist die profunde wertschätzende Offenheit für alle seriösen Vorgehensweisen, die unser personenzentriertes und experienzielles Denken zum Leuchten bringen. Einen solchen Schatz von Erfahrung und Wissen kann nur ein gestandener Praktiker so glaubwürdig und undogmatisch vertreten. Ich kenne – ehrlich – niemanden, mich eingeschlossen, der so viel über unser Konzept weiß.



Gerhard lebt seriös, authentisch, sozial engagiert, den Menschen zugewandt, ein wunderbarer Familiemensch und Vater. Aber nicht als konturloser Alles-Versteher. Er ist auch klar, dezidiert, abgrenzungsfähig, kann um Fachpolitisches ringen – und so streitbar er auch ist, ist es auch sein Bemühen um Konsensfindung oder zumindest sein Respekt vor dem Disens. Er lebt, im Professionellen und im Persönlichen, die Qualität von Beziehung, die unser Konzept beschreibt.

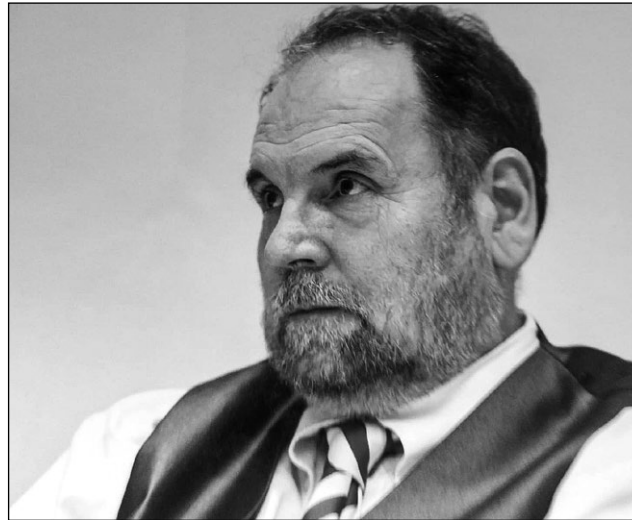
Wirklich große Psychotherapeuten sind im Grunde und im besten Sinne bescheidene Menschen; unprätentiös *und* klug, einfühlsam *und* widerständig, theoretisch *und* praktisch kompetent. Gerhard fordert solche Dinge nie dogmatisch, er lebt sie einfach vor, und, ich sage es im Bewusstsein der Tragweite, er *lebt* personenzentriert, er *ist* personenzentriert.

Lieber Gerhard, mit 70 hat man den Ruhestand allerspätestens verdient. Doch möge Deine Expertise, Deine Genauigkeit, Dein Takt und Deine Authentizität der personenzentrierten Welt noch weiter in angemessenem Maße zur Verfügung stehen; und mögest Du zugleich Dein Erleben der Welt und Deiner selbst so bunt, fröhlich und offen weiterführen wie es eben möglich ist.

*Michael Behr*

## Peter F. Schmid (1950–2020)

### Nachruf auf Peter F. Schmid – von Peter Frenzel



Unser Kollege Peter F. Schmid ist nicht mehr unter uns, er verstarb am 15. September 2020 an den Folgen eines schweren Autounfalls.

In tiefer Trauer will ich hier eine Würdigung versuchen, – die nicht einfach ist. Bestimmt nicht, weil es wenig zu sagen gäbe, auch nicht nur deshalb, weil es schwierig scheint, Peters weitläufig bedeutsam gewordenes Lebenswerk sowohl in der beeindruckenden Breite wie auch Tiefe auszuloten; nein, auch deshalb, weil ich mir sicher bin – und das ist schon meine erste ehrende Verneigung vor einem unbestreitbar Großen des PCA –, dass eine nur lobpreisende Huldigung seinen eigenen Ansprüchen nach durchgängig kritischer Weltbetrachtung nicht gerecht werden könnte.

Besonders stolz war Peter Schmid darauf, dass er schon 1969 einer der zweifelsfrei maßgeblichen Personen war, die auf dem in dieser Hinsicht sicherlich steinigen Boden der österreichischen Psychotherapieszene, die Orientierung an der Person erfolgreich und mittlerweile unverzichtbar einpflanzte. Dieses Engagement fand seit 1973 sichtbaren Ausdruck in einer beeindruckenden Fülle von Publikationen, die uns Inspirationen in 20 Büchern bieten; in zahlreichen Beiträgen und Vortragsunterlagen, die als Gesamtwerk inhaltlich einen so breiten Themenhorizont eröffnen, dass es – will man über den Personzentrierten Ansatz etwas erfahren oder dazu arbeiten – immer lohnend ist, in seinen Publikationen zu recherchieren.

Seine profunden Überlegungen zu grundsätzlichen Aspekten von Psychotherapie, Seelsorge, Philosophie, Theologie und Politik fanden zunehmend auch internationale Beachtung. Mittlerweile lassen sich in verschiedenen Sprachen in 15 Ländern seine pointierten Plädoyers nachvollziehen, die den Personzentrierten Ansatz als eine Praxis propagieren, die aus einer sozialetischen Verantwortung ihr begegnungsorientiertes Engagement entwickelt. Inhaltlich verdanken wir ihm dabei insbesondere die originäre Begründung und Weiterentwicklung einer spezifischen Auffassung des Personzentrierten Ansatzes durch die Verknüpfung mit und Fundierung durch abendländisches Gedankengut auf Basis seiner Habilitation im Kontext begegnungsphilosophischer Positionen. In schulenübergreifenden Diskursen war dabei ein zentraler Gedanke, dass die allzu leichtfertigen Vereinnahmungen personzentrierter „Basisvariablen hilfreicher Gesprächsführung“, wie sie von Rogers empirisch entwickelt wurden, die im tiefsten Sinne „radikale“ Akzentsetzung personzentrierter 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. Ausgehend vom Begriff der „Person“ hat Peter F. Schmid unter anderem die

philosophisch-anthropologischen, erkenntnistheoretischen, ethischen, politischen, psychopathologischen und therapeutisch-praktischen Konsequenzen einer personenzentriert verfassten Begegnungskunst in vielerlei Facetten nach und nach entfaltet und damit ein genuines Alleinstellungsmerkmal unseres Ansatzes klar benannt.

Die Qualität seiner wissenschaftlichen Arbeit blieb dabei auch im Geburtsland des Schulengründers nicht unbemerkt, und so wurde Peter Schmid als erstem europäischen Vertreter unseres Ansatzes 2009 der „Carl Rogers Award“ der „American Psychological Association (APA)“ für „hervorragende Beiträge zur Theorie und Praxis der Humanistischen Psychologie“ verliehen.

Als stets politisch Denkendem war Peter völlig klar, dass man nachhaltige Wirksamkeit, gerade wenn man einen Ansatz verfolgt, der nach wie vor dem fachlichen Mainstream quer zu liegen scheint, nur erzielen kann, wenn man auch Strukturen schafft, die nachfolgenden Generationen den nötigen institutionellen Rückhalt zur Verfügung stellen. So initiierte und gründete er trotz erheblicher Mühen gemeinsam mit anderen den Weltverband für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie (WAPCEPC) und das Europäische Netzwerk Personenzentrierter und Experienzieller Vereinigungen (PCE-Europe), er war auch Mitbegründer und Mitherausgeber der internationalen und der deutschsprachigen Fachzeitschrift.

Eine besondere Leidenschaft entwickelte er zeitlebens noch zusätzlich als talentierter Dramatiker. Uns immer wieder begeisternd und inspirierend ließ sich dieses kreative Potential in bemerkenswerten Veröffentlichungen und Aufführungen (zuletzt „Faust III“) erkennen.

Es kann nicht verwundern, dass eine solche Initiativkraft, auch zu manchen Irrwegen, zu Konflikten und wohl auch zu manchen persönlichen Verletzungen führen musste. Dem Begründer unseres Ansatzes ähnlich, scheint eine solche Berufsbiografie, die auch öffentlich-politische Wirkungen nicht scheut, eben nur dann möglich, wenn, in deutlicher Abgrenzung gegenüber dogmatischen Missverständnissen, eine konsequente Beharrlichkeit gepaart mit couragierter Selbstbestimmung entwickelt wird, um solcherart die eigene Power auch gegen Widerstände einzusetzen. Allerdings propagierte Peter dabei keineswegs eine „stille“ Revolution. Wenn das auch, wie hier angedeutet, mitunter für die unmittelbare Umgebung äußerst herausfordernd sein konnte und häufig

ernsthaften Streit bis zu leider irreparablen Zerwürfnissen mit sich brachte, inhaltlich ergab die akribische Entfaltung im tiefsten Sinne „radikaler“ Positionen sicher bleibende Verdienste in Form eines klaren Maßstabs für die begegnungsphilosophische Akzentsetzung personenzentrierter Theorie und Praxis. Vor dem Hintergrund etymologischer Recherchen – ein intellektuelles Steckenpferd von Peter Schmid – wurde so sein gelehrter Hinweis, dass „be-gegen-en“ als eine Verbalisierung der Präposition „gegen“ zu verstehen sei, in seinem von nicht wenigen Konflikten begleiteten Alltag, als authentischer Anspruch eingelöst, das jeweilige Gegenüber und sich selbst ernst zu nehmen.

Wiederholt habe ich mich staunend gefragt, welcher Quelle all dieses Engagement entspringt? Nach den vielen Jahren bin ich mir heute sicher, dass sein zentrales Anliegen immer war, dem Fortschritt der Humanität zu dienen. Ein solches Vorbild hilft sicher nicht nur mir, an dieser so herausfordernden Mission zeitlebens dranzubleiben.

Es ist noch immer bestürzend, dass ein so erstaunlicher Schaffensdrang, ein jähes Ende finden musste, obwohl – da bin ich sicher – noch so manches Projekt in Planung war. Was mir persönlich fehlen wird, ist seine Freundschaft, und damit seine Ermutigungen, sein zugleich bebendes und stilles Lachen, seine trockenen Bemerkungen, seine sprachliche Treffsicherheit, die Nachdenklichkeit und seine manchmal so unerwarteten herzlichen Zuwendungen.

Enorm betroffen und tieftraurig gilt mein Mitgefühl besonders seiner ihm so zentral wichtigen Familie, die mit Sicherheit seine Erfolge mitverantwortet und auch in schwierigen Zeiten stets zu ihm stand. Ihr möchte ich an dieser Stelle versichern, dass Peter nicht nur in seinen beiden Kindern weiterleben wird. Wie mir die zahlreichen Reaktionen der letzten Tage zeigen, gilt nicht nur für mich, dass er in meinem Denken, damit in meinem Tun und ganz sicher auch in meinem Herzen hoch bedeutsam bleiben wird; es tröstet mich ein wenig, dass solcherart auch ich ein Teil seines Jenseits werden kann. Es erfasst mich tiefe Dankbarkeit, dass mir die gebotenen Gelegenheiten zur Begegnung nun so vielfältig ermöglichen, ein Rätsel wachzuhalten.

Lieber Peter, der unvermeidliche Abschied ist im Moment noch unbegreiflich, Dein letzter Weg ins Unbetretene hat viel zu früh begonnen, er sei Dir leicht.

## Veranstaltungskalender 2020/21

### **Focusing im Umgang mit inneren Kritiker\*innen Ein Seminar mit Florian Christensen**

**Zeit:** 29./30. Jänner 2021

**Ort:** Winterthur

**Info und Anmeldung:** info@pcainstitut.ch bzw.  
www.pcainstitut.ch

### **Wirkfaktor Beziehung bei Kindern und Jugendlichen**

#### **Fortbildung Personzentrierte Kinder- und Jugendlichen- therapie**

**Modul 1: Mit Kindern spielend kreativ**

**Zeit:** 5./6. März und 28./29. Mai 2021,  
jeweils 9:00–17:00 Uhr

**Modul 2: Das Kind als Teil des Dorfes: seine wechselnde  
Position in Beziehungen**

**Zeit:** 18./19. Juni und 17./18. September 2021,  
jeweils 9:00–17:00 Uhr

**Modul 3: Dein Blick zurück nach vorn: mit Jugendlichen  
und Adoleszenten arbeiten**

**Zeit:** 22./23. Oktober und 26./27. November 2021  
**Ort:** Zürich und Winterthur

Die Module können auch einzeln besucht werden.

**Info und Anmeldung:** info@pcainstitut.ch bzw.  
www.pcainstitut.ch

### **DPGG – Forum Gesprächspsychotherapie Gesprächspsychotherapie – aktueller denn je?**

**Zeit:** 10. April 2021

**Ort:** Hamburg, Deutschland

**Hauptvortrag:** Prof. Dr. Mark Helle, Hochschule Magde-  
burg-Stendal

**Info:** ab Herbst 2020 unter www.dpgg.de.

### **DAS AUSTRIA PROGRAMM, 35. Internationaler Personzentrierter Workshop**

**Einwöchige Encounter-Gruppe in der Tradition des  
La Jolla Programms**

**Zeit:** 2. Juni 2021 – 9. Juni 2021

**Ort:** Schloss Zeillern, Österreich

**Info:** <http://www.apg-ips.at>

### **Focusing-orientiertes systemisches Arbeiten mit Paaren**

**Workshop mit Dipl.-Päd. Silvia Bickel-Renn**

**Zeit:** 4. Juni 2021, 16.30–21.00 Uhr / 5. Juni 2021, 10.00–18.30 Uhr

**Ort:** 1140 Wien, Griesingergasse 26/12, Österreich

**Info:** buero@forum-personenzentriert.at bzw.  
www.forum-personenzentriert.at

### **PCE Europe – Symposium**

**Zeit:** 4.–6. Juni 2021

**Ort:** Bukarest, Rumänien

**Info:** [www.pce-europe.org](http://www.pce-europe.org)

### **Psychotherapie.begegnet.Zukunft.begegnet.Psycho- therapie.**

**SYMPOSIUM anlässlich 25 Jahre FORUM**

**Zeit:** 18. Juni 2021, 14:30–18:30 Uhr / 19. Juni 2021, 9:30–18:30  
Uhr

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

**Info:** buero@forum-personenzentriert.at bzw.  
www.forum-personenzentriert.at

### **PCE2020 – 14. PCE Weltkongress**

**Zeit:** voraussichtlich Juli 2021

**Ort:** Auckland, Neuseeland

**Info:** [www.pce.2020.com](http://www.pce.2020.com)

### **The Person-Centered Experience**

**Einwöchige Encountergruppe**

**Zeit:** 23.–29. Oktober 2021

**Ort:** Schloss Zeillern, Österreich

**Info:** buero@forum-personenzentriert.at bzw.  
www.forum-personenzentriert.at

# Forum<sup>o</sup>

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

## 2021 FORTBILDUNG: VORTRÄGE

### **In-Beziehung-Stellen – Personenzentrierte Aufstellung in Theorie und Praxis**

DSA<sup>in</sup> Sabine Schiefermüller  
Donnerstag, 18.2.2021, 18.00 – 20.00 Uhr  
**Anmeldung unter:** [schiefermueller.sabine@gmx.at](mailto:schiefermueller.sabine@gmx.at)

### **Hochsensibilität**

Mag. Dr. med. univ. Robert Wechsberg  
Montag, 8.3.2021, 18.00 – 20.00 Uhr  
**Anmeldung bei Markus Pilz:** [psychotherapie@praxis-pilz.at](mailto:psychotherapie@praxis-pilz.at)

### **Inklusion und Psychotherapie für Menschen mit Behinderung**

Dipl. Päd. Markus Pilz, BEd  
Montag, 10.5.2021, 18.30 – 20.30 Uhr  
**Anmeldung unter:** [psychotherapie@praxis-pilz.at](mailto:psychotherapie@praxis-pilz.at)

## 2021 FORTBILDUNG: WORKSHOP

### **Focusing-orientiertes systemisches Arbeiten mit Paaren**

Dipl.-Päd.<sup>in</sup> 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-personenzentriert.at](mailto:buero@forum-personenzentriert.at)

## 2021 THERAPEUT\*INNEN- FRÜHSTÜCK: DISKUSSIONSFORUM UND MITEINANDER

### **Autistische Welten – Zum Kontakt und zur therapeutischen Arbeit mit Menschen im Autismusspektrum**

Mag.<sup>a</sup> 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](mailto:psychotherapie@praxis-pilz.at)

## SYMPOSIUM ANLÄSSLICH 25 JAHRE FORUM

### **Psychotherapie.begegnet.Zukunft.begegnet.Psychotherapie.**

Freitag, 18.6.2021, 14.30 – 18.30 Uhr und  
Samstag, 19.6.2021, 9.30 – 18.30 Uhr  
**Ort:** Kardinal König Haus: 1130 Wien, Kardinal-König-Platz 3  
**Anmeldung im Büro des FORUM:** [buero@forum-personenzentriert.at](mailto:buero@forum-personenzentriert.at)

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

Forum<sup>o</sup>



# 50 Jahre GwG

Jubiläumskongress am 18./19. Juni 2021 in Mainz

## 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:

Podiumsdiskussion, Barcamp und Workshops zu unterschiedlichen PZA-Themen.

Zum Abschluss der Veranstaltung laden wir zum großen Jubiläumsfest ein.

### Veranstaltungsort:

Erbacher Hof  
Greibenstr. 24-26  
55116 Mainz  
Tel.: 06131-2570

Die Anmeldung erfolgt schriftlich per Post oder Mail an die  
GwG e. V.  
Melatengürtel 127, 50825 Köln  
Tel.: + 49 (0) 221 925908-1  
barg@gwg-ev.org

Informationen und Programm finden Sie online unter  
[www.gwg-ev.org](http://www.gwg-ev.org)

### Teilnahmegebühren (inkl. Tagungsgetränke u. -verpflegung )

325,00 € (GwG-Mitglieder: 275,00 €)  
Tageskarte 18.06.2021: 175,00 € (GwG-Mitglieder: 140,00)  
Tageskarte 19.06.2021: 200,00 € (GwG-Mitglieder: 180,00)

Jubiläumssfeier: 70,00 Euro

Die Veranstaltung wird bei der Psychotherapeutenkammer  
Rheinland-Pfalz akkreditiert.



# IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung - Stuttgart

[www.igb-stuttgart.de](http://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)

- 20.11.2020 - 15.00 bis 21.00 Uhr **Personzentrierte Trennungs- und Scheidungsberatung – Andreas Ritzenhoff**  
21.11.2020 - 9.30 bis 18.00 Uhr Tagungsort: Ev. Kirchengemeinde Ludwigs Raiser Saal, D – 70372 Stuttgart Bad-Cannstatt
- 19.03.2021 – 15.00 bis 21.00 Uhr **Erotik und Sexualität aus personzentrierter Sicht – Christine Wakolbinger, Wien**  
20.03.2021 - 9.30 bis 18.00 Uhr Tagungsort: Jugendherberge Stuttgart International – Haußmannstraße 27, D - 70188 Stuttgart

**Teilnahmegebühr:** Jeweils 180 €

Anmeldeprozedere und Rücktrittsregelungen finden Sie auf der IGB website: [www.igb-stuttgart.de](http://www.igb-stuttgart.de)

## Beginn Personzentrierter Weiterbildungen (jeweils GwG anerkannt):

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

Modul 1: Dezember2020/Januar 2021 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: [dorothea.huesson@igb-stuttgart.de](mailto:dorothea.huesson@igb-stuttgart.de)

### Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Modul 1: Dezember2020/Januar 2021 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: [christine.lecoutre@igb-stuttgart.de](mailto:christine.lecoutre@igb-stuttgart.de)

### Focusing-orientierte Prozessbegleitung, Teil 1: Focusing zur Selbsterfahrung

Dezember2020/Januar 2021, alle weiteren Teile fortlaufend nach Vereinbarung.

Kontakt: [christine.lecoutre@igb-stuttgart.de](mailto:christine.lecoutre@igb-stuttgart.de)

### Personzentrierte Psychotherapie

Modul 1: Dezember2020/Januar 2021 – alle weiteren Module fortlaufend nach Vereinbarung

Kontakt: [hj.luderer@gmx.de](mailto: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. (2020). *Gespräche hilfreich führen – Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie - personzentriert - erlebnisaktivierend - dialogisch*. (2. Auflage). Weinheim: Beltz-Juventa. (226 S., € 16,95)

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

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

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

Schon länger beliebt:

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





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**

- Einwöchige Encounter-Gruppe in der Tradition des La Jolla Programms
- Personzentrierte Wochenend-Gruppen (Selbsterfahrung, Supervision, Theoriereflexion)
- Groß-, Klein- und Intergruppenerfahrung

Organisationsteam 2021: Mag. Peter Frenzel und Renata Fuchs; MAS

Ort: Schloss Zeillern, 3311 Zeillern

Nähere Informationen und Anmeldungen: [www.apg-ips.at](http://www.apg-ips.at)

---

## **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](mailto:lsb@apg-ips.at), 0650 741 83 24



**pcaInstitut**

## **KURSPROGRAMM 2020**

### **WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG - KURSE**

#### **Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers, pcaSuisse**

Eidgenössisch akkreditierte Weiterbildung für Psycholog\*innen und Ärzt\*innen.

Die Weiterbildung wird in Zusammenarbeit mit der Universität Basel als «Master of Advanced Studies in Personenzentrierter Psychotherapie» durchgeführt; [www.mas-pca.unibas.ch](http://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.

#### **Fortbildungsveranstaltungen für Psychotherapeut\*innen und Berater\*innen**

Focusing, Selbsterfahrung und Encounter, Kinder und Jugendliche, Gesundheit und Prävention, Erziehung und Bildung, Wirtschaft und Organisationen.

#### **Kurse zum Kennenlernen des Personenzentrierten Ansatzes**

Einführung in die Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung nach Carl Rogers

Detaillierte Kursausschreibungen und Anmeldemöglichkeit auf unserer Website: [www.pcainstitut.ch](http://www.pcainstitut.ch)

pcaInstitut · Josefstrasse 79 · CH-8005 Zürich · +41 44 271 71 70 · [info@pcainstitut.ch](mailto:info@pcainstitut.ch) · [pcainstitut.ch](http://pcainstitut.ch)

Institut für Weiterbildung und Fortbildung in Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung · Institut der pcaSuisse



# Personzentrierte Psychotherapie

## MA – Master of Arts (Psychotherapie)

### Inhalte und Ziele:

Das Ziel des Universitätslehrgangs besteht in der forschungsgeliteten Vermittlung wissenschaftlicher Forschungsmethoden, psychotherapeutischer Kenntnisse sowie Kompetenzen auf dem Gebiet der Personzentrierten Psychotherapie aufbauend auf der humanistischen Grundorientierung. Die Absolvent\*innen des Universitätslehrgangs „Personzentrierte Psychotherapie“ verfügen über wissenschaftlich fundierte Kenntnisse im Bereich der Personzentrierten Psychotherapie und sind dazu befähigt, vorliegende Wissensbestände im Bereich der Psychotherapie insbesondere auf dem Gebiet der Personzentrierten Psychotherapie unter Verwendung wissenschaftlicher Methoden weiterzuentwickeln und zu beforschen.

### Zielgruppen:

Der Universitätslehrgang richtet sich an Personen, die an der humanistischen Psychotherapie unter dem Gesichtspunkt der personenzentrierten Fachrichtung interessiert sind und in diesem Bereich arbeiten oder forschen wollen.

## ZK – Zertifikatskurs

Der Zertifikatskurs besteht aus der zukünftig gemeinsam angebotenen Wahlpflichtausbildung der drei Vereine. Die Kandidat\*Innen der Vereine haben so eine noch bessere Möglichkeit, ihre theoretische Ausbildung nach persönlichen Schwerpunkten zu vertiefen. Er ist Teil der zukünftigen fachspezifischen Ausbildung der drei Vereine.

### Weitere Informationen:

[www.postgraduatecenter.at/pz-fachspezifikum](http://www.postgraduatecenter.at/pz-fachspezifikum)

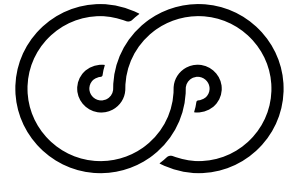
## Upgrade-Möglichkeit für Psychotherapeut\*innen

---

Ihre Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung und Qualifizierung speziell im Bereich der Psychotherapiewissenschaft. Ein Studium

- **schafft eine wesentliche Basis für die Tätigkeit als Lehrtherapeut\*in und**
- **eröffnet zusätzliche Berufsfelder in der Forschung.**

Jetzt  
informieren!  
[suttneruni.at/angebot](http://suttneruni.at/angebot)



**Bertha von Suttner**  
Privatuniversität St. Pölten

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Personenzentrierte Studien: Arbeitsgemeinschaft für Psychotherapie, Beratung, Supervision und Gruppenarbeit (APG-IPS) und der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP).

# 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 Autorinnen und Autoren“ (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. Autorinnen und Autoren, 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 bzw. Autorin, 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 Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (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](http://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 verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

- Mag.<sup>a</sup> Monika Tuczai, Wien, E-Mail: [monika.tuczai@gmx.at](mailto:monika.tuczai@gmx.at)
- Dipl.-Psych. Jana Lammers, Hamburg, E-Mail: [jana.lammers@me.com](mailto: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 Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

## Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, 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 Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

