

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2020

24. Jahrgang

Herausgegeben von Michael Behr, Christine le Coutre und Christine Wakolbinger

FACHBEITRÄGE

- Michael Lux:* **Wirkfaktoren personzentrierter Beziehungsgestaltung aus neurowissenschaftlicher Sicht** 5
- Hans-Jürgen Luderer:* **Diagnosen stellen und dabei personzentriert sein** 16
- Margarethe Letzel:* **Das Bilderalphabet der Träume – Die Sprache der Träume übersetzen und sich selbst verstehen** 29
- Sabine Schlippe-Weinberger:* **Im Spiel „gesehen werden“: Das Spiel als Ausdruck der Aktualisierungstendenz im Alltag und in jeder Lebensstufe** 38
- Klaus Fröhlich-Gildhoff, Manuela Maiworm, Klaus Riedel und Hildegard Steinhauser:* **Die Aktivität der Therapeut*in in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Wann ist diese sinnvoll, nötig und „erlaubt“?** 46
- Steffi Jofer-Ernstberger:* **Von der Praxis, der Könnerschaft und der spieltherapeutischen Lehrkunst** 60

REZENSIONEN

71

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, Rothenbaumchaussee 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

pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

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

Michael Behr, Christine le Coutre und Christine Wakolbinger

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

Redaktion

Christiane Bahr, Michael Behr, Ulrike Diethardt, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Christian Korunka, Jana Lammers, Hans-Jürgen Luderer, Christine le Coutre, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Christian Metz, Aglaja Przyborski, Monika Tucza, Christine Wakolbinger

Redaktionssekretariat

Magdalena Kriesche, 1030 Wien, Rechte Bahngasse 14/8
E-Mail: magdalena.kriesche@teletronic.at

Mag. 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 Bischof, Jochen Ebert-Wittich, Sybille 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 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, Peter F. Schmid, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Ludwig Teusch, Helena Maria Topaloglou, Johannes Wiltschko, Andreas Wittrahm (Stand: Februar 2020)

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

PERSON

24. Jg. 2020, Heft 1

Herausgegeben von

Michael Behr, Christine le Coutre und Christine Wakolbinger

Inhalt

Editorial 3

FACHBEITRÄGE

Michael Lux

Wirkfaktoren personenzentrierter Beziehungsgestaltung aus neurowissenschaftlicher Sicht 5

Hans-Jürgen Luderer

Diagnosen stellen und dabei personenzentriert sein 16

Margarethe Letzel

Das Bilderalphabet der Träume – Die Sprache der Träume übersetzen und sich selbst verstehen 29

Sabine Schlippe-Weinberger

Im Spiel „gesehen werden“: Das Spiel als Ausdruck der Aktualisierungstendenz im Alltag und in jeder Lebensstufe 38

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Manuela Maiworm, Klaus Riedel und Hildegard Steinhauser

Die Aktivität der Therapeut*in in der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Wann ist diese sinnvoll, nötig und „erlaubt“? 46

Steffi Jofer-Ernstberger

Von der Praxis, der Könnerschaft und der spieltherapeutischen Lehrkunst 60

REZENSIONEN

Peter Frenzel

Harald Erik Tichy: Die Kunst präsent zu sein. Carl Rogers und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation 71

Christian Korunka

Topaloglou, H.M., Hammer, A., Finger-Ossinger, M., Hofer-Freundorfer, S., Pawlowsky, G. & Wakolbinger, Ch. (Hrsg.): Beziehung im Fokus. Aktuelle Beiträge der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie .. 73

Nachruf Charles O'Leary (1945–2019) 75

Veranstaltungskalender 2020 76

Editorial

Während der Vorbereitungen für dieses Heft erreichte uns die traurige Nachricht, dass Charles O’Leary plötzlich verstorben ist. So findet sich in der PERSON ein Nachruf von **Gerhard Stumm**, in dem er die charismatische Persönlichkeit und die Bedeutung von Charles O’Learys Werk für die personenzentrierte Community anspricht.

Obwohl dieses Heft der PERSON als „offenes Heft“ konzipiert wurde, hat sich mit drei von sechs Artikeln ein kleiner Schwerpunkt „Spielen“ ergeben. Dabei spannt die Betrachtung des Spiels einen weiten Bogen, beginnend vom Wert des Spielens für das eigene Leben, über den Beratungs- oder Spieltherapieprozess bis hin zur fundierten Ausbildung von Spieltherapeut*innen. Als weiteres Merkmal präsentiert das Heft Beiträge, die das personenzentrierte Konzept über klassische Auffassungen hinausführt, am deutlichsten bei Hans-Jürgen Luderer und bei Klaus Fröhlich-Gildhoff, Manuela Maiworm, Klaus Riedl und Hildegard Steinhauser.

Michael Lux setzt neurowissenschaftliche Befunde mit den theoretischen Positionen des Personenzentrierten Ansatzes auf sehr anschauliche Weise in Beziehung. Er stellt anhand von fünf Wirkfaktoren der personenzentrierten Beziehung (Sicherheit, Vertrauen, Interpersonelle Synchronisierung, Paraphrasierung des Erlebens und Dialogische Erkundung des Erlebens) dar, welche neurobiologischen Prozesse bei der Wirkung der personenzentrierten Beziehungsgestaltung auf das Gegenüber beteiligt sein können. Er betont die gegenseitige Resonanz in konstruktiven Beziehungen, die auch in neurobiologischen Prozessen ihren Niederschlag findet und schließt mit einem Plädoyer zur Verwirklichung der personenzentrierten Grundhaltungen.

Hans-Jürgen Luderer gibt in seinem Artikel „Diagnosen stellen und dabei personenzentriert sein“ einen grundlegenden Überblick über die Geschichte und Wandlungen der psychiatrischen Diagnostik und deren personenzentrierte Kritik. Er beleuchtet verschiedene Erweiterungen des ursprünglichen Inkongruenzkonzeptes von Rogers und kommt über diesen Weg zum Nutzen von Diagnosen für die personenzentrierte Beziehungsgestaltung. Luderer orientiert sich am Begriff der sekundären Inkongruenz von Bense (2003) und erweitert ihn zu einem Modell der störungsspezifischen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz. Damit kann nicht nur die betroffene Person, sondern auch ihre psychosoziale Situation und ihre psychische Störung verstanden werden. Prägnante Fallbeispiele

zur Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit und ADHS verdeutlichen seine Ausführungen.

Mit ihrem Artikel „Das Bilderalphabet der Träume“ gibt **Margarethe Letzel** praxisnahe Impulse für die Arbeit mit Träumen in Beratung und Psychotherapie. Träume versteht sie als eine Symbolisierungsmöglichkeit des Erlebens. Auf der Grundlage eigener Erfahrungen mit der Bearbeitung von Träumen im Beratungsprozess stellt sie eine personenzentrierte Landkarte als Orientierungshilfe zum besseren Verstehen von Träumen zur Verfügung.

Zum Spiel:

Sabine Schlippe-Weinberger zeigt in ihrem Artikel „Im Spiel gesehen werden. Das Spiel als Ausdruck der Aktualisierungstendenz im Alltag und in jeder Lebensphase“ auf, wie hochwirksam spielen in jeder Lebensphase für unsere Lebendigkeit und damit Persönlichkeitsentwicklung ist. Freiheit und Verbundenheit im Spiel zu erleben, ermöglicht es uns in jedem Alter, organismische Impulse korrekt zu symbolisieren und damit zu wachsen. Schlippe-Weinberger ermutigt uns, das Spiel mehr in unseren Alltag zu integrieren, um auf ganz einfache Weise geistig, körperlich und seelisch fit zu bleiben.

Mit der Sinnhaftigkeit, Notwendigkeit und der Erlaubnis zur „Aktivität der Therapeut*in in der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ setzen sich die Autor*innen **Klaus Fröhlich-Gildhoff**, **Manuela Maiworm**, **Klaus Riedl** und **Hildegard Steinhauser** auseinander. Auf empirischer Grundlage entwickeln sie eine Systematik für die Indikation prozessaktivierender Interventionen in der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Viele Fallbeispiele verdeutlichen die Sinnhaftigkeit dieser Interventionen. Gleichzeitig weisen die Autor*innen deutlich darauf hin, dass diese nur auf Basis eines fundierten Störungsverständnisses reflektiert und mit hoher Präsenz eingesetzt werden sollen.

Schließlich beschäftigt sich **Steffi Jofer-Ernstberger** mit der „spieltherapeutischen Lehrkunst“ und der „Könnerschaft“ in der Praxis der Personenzentrierten Spieltherapie. Ein Fallbeispiel zieht sich wie ein roter Faden durch den Artikel, an dem deutlich wird, dass Personenzentrierte Spieltherapie eine hoch-individuelle Entwicklungsförderung für das jeweilige Kind bedeutet. Dafür braucht es kompetente Spieltherapeut*innen. Auf der Grundlage einer Befragung erfahrener Ausbilder*innen in Personenzentrierter Spieltherapie entwickelt Jofer-Ernstberger eine

Systematik zur Reflexion des personenzentrierten Lehrens. Diese Systematik fasst erstmals die unterschiedlichen Anforderungen an eine spieltherapeutische Aus- und Weiterbildung als dialogische Lehr- und Lernsituation zusammen und beschreibt die damit verbundenen Anforderungen an die Ausbilder*innen.

Des Weiteren sei noch auf die beiden Rezensionen in diesem Heft hingewiesen. **Peter Frenzel** bespricht das 2018 erschienene Buch von *Harald Erik Tichy: Die Kunst präsent zu sein. Carl Rogers und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation*, das fast als ein Lebenswerk zu benennen ist, in dem der Personzentrierte Psychotherapeut und Psychotherapiewissenschaftler Tichy seine fast 20-jährige Beschäftigung mit Aspekten von Achtsamkeit zu Papier gebracht hat. Frenzel spricht von einem Glücksfall für die Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes, da der Autor in seinem Buch sehr differenziert herausarbeitet, wie schon Rogers durch seine tägliche disziplinierte Psychotherapiepraxis Achtsamkeit realisierte. **Christian Korunka** rezensiert den 2018 erschienenen Sammelband der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP), herausgegeben

von *Helena Maria Topaloglou, Andrea Hammer, Margit Finger-Ossinger, Sabine Hofer-Freundorfer, Gerhard Pawlowsky und Christine Wakolbinger: Beziehung im Fokus. Aktuelle Beiträge der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie*. Er empfiehlt das Buch all jenen Personen, die sich mit verschiedenen Aspekten der therapeutischen Beziehung näher auseinandersetzen wollen und die die spezifische Positionierung der VRP in der personenzentrierten Ausbildungslandschaft kennenlernen wollen.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass es in der Koordination der PERSON Redaktion zu einem Wechsel kommt. Georg Gartner übernimmt diese Funktion von Magdalena Kriesche. Wir danken Magdalena auf das herzlichste und freuen uns auf Georg mit allen guten Wünschen für unsere Zusammenarbeit.

Das nächste Heft der PERSON wird von Christian Korunka, Aglaja Przyborski und Monika Tuczai herausgegeben und ist als offenes Heft geplant.

Michael Behr, Christine le Coutre und Christine Wakolbinger

Wirkfaktoren personenzentrierter Beziehungsgestaltung aus neurowissenschaftlicher Sicht

Michael Lux

Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof Bad Wildbad

Dieser Artikel gibt einen Überblick über die mögliche Bedeutung neurobiologischer Prozesse bei der Entfaltung der konstruktiven Kraft personenzentrierter Beziehungsgestaltung. Dies geschieht anhand von fünf Wirkfaktoren: Sicherheit, Vertrauen, interpersonelle Synchronisierung, Paraphrasierung und dialogische Erkundung des Erlebens. Es wird gezeigt, wie diese Wirkfaktoren einen tiefgreifenden Einfluss auf das vegetative Nervensystem, chemische Botenstoffe wie Oxytozin, die neuronale Koppelung, emotionsregulierende Hirnstrukturen und den interhemisphärischen Informationstransfer haben können. Dabei wird angenommen, dass neurobiologische Prozesse in diesen Bereichen sowohl das interaktive Geschehen innerhalb der Beziehung als auch die langfristige Entwicklung der beteiligten Personen begleiten und unterstützen können.

Schlüsselwörter: Lateralisierung; Neuronale Koppelung; Oxytozin; Personenzentrierter Ansatz; Polyvagal-Theorie

Impact factors of person-centered relationships from the perspective of neuroscience. This article provides an overview on the possible significance of neurobiological processes for the unfolding of the constructive power of person-centered relationships. This is done by using five impact factors: security, trust, interpersonal synchrony, paraphrasing and dialogical exploration of experiences. It will be demonstrated how these impact factors have a profound influence on the vegetative nervous system, neurochemicals like Oxytocin, neural coupling, emotion regulating neural structures, and the interhemispheric information transfer. Hereby, it is assumed that neurobiological processes in these areas may accompany and facilitate the interaction within the relationship as well as long-term development of the involved persons.

Keywords: lateralization; neuronal coupling; oxytocin; person-centered approach; polyvagal theory

1. Einleitung

Die Neurowissenschaften sind ein sehr dynamisches Forschungsfeld, das durch einen schnellen Zuwachs an Erkenntnissen geprägt ist. Es besteht dabei eine hohe Kompatibilität neurowissenschaftlicher Theorien und Befunde mit den theoretischen Positionen des Personenzentrierten Ansatzes (PZA). Die Verbindungen zwischen den Neurowissenschaften und dem PZA reichen bis in die Anfangszeit des PZA zurück, wenn man daran denkt, dass sich Carl Rogers bei der Entwicklung des Konzepts der Aktualisierungstendenz auf Gedanken des Neurologen und Gestaltpsychologen Kurt Goldstein gestützt hat. Dabei findet Goldsteins Werk gerade in letzter Zeit in den Neurowissenschaften im Zusammenhang mit dem Aufkommen einer

systemorientierten Sichtweise verstärkte Beachtung (Frisch, 2014). Heute lassen sich weite Teile der Theorien des PZA mit neurowissenschaftlichen Konzepten in Beziehung setzen. Einen Vorschlag dazu wie dies geschehen kann wurde unter der Bezeichnung einer „neurowissenschaftlich fundierten personenzentrierten Psychotherapie“ vorgestellt (Lux, 2007; 2014). Dabei handelt es sich, wie bei den Theorien des PZA insgesamt, um eine offene Konzeption, die sich an neue wissenschaftliche Entwicklungen anpassen soll. Als eine Erweiterung dazu wurde das Modell des Kontakt-Kreises entwickelt, in dem das interaktive Geschehen im Rahmen der personenzentrierten Beziehungsgestaltung auf psycho-sozialer und neurobiologischer Ebene zusammengefasst wird (Lux, 2010; 2013; 2014). Betonen möchte ich an dieser Stelle, dass die grundlegenden Positionen des PZA mittlerweile durch Forschungen in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen eine weitgehende Bestätigung erfahren haben (für einen Überblick siehe Cornelius-White, Motschnig-Pitrik & Lux, 2013b).

Michael Lux, Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof Bad Wildbad, Sana Kliniken AG, 75323 Bad Wildbad, Kuranlagenallee 2
E-Mail: luxbw@yahoo.de

Im Folgenden werden Wirkfaktoren des durch die Grundhaltungen des einfühlenden Verstehens, der bedingungslosen positiven Beachtung und der Kongruenz gekennzeichneten personenzentrierten Beziehungsangebots thematisiert. Da die personenzentrierte Beziehungsgestaltung nicht nur für die Psychotherapie sondern für konstruktive Beziehungen in den verschiedensten Kontexten von Relevanz ist (vgl. Cornelius-White, Motschnig-Pitrik & Lux, 2013a), werden bei den weiteren Ausführungen deshalb nur dann die Begriffe Therapeut und Klient verwendet, wenn explizit auf die Psychotherapie Bezug genommen wird¹. Um die Bedeutung der Zusammenhänge über die Psychotherapie hinaus deutlich zu machen, wird stattdessen in der Regel von der helfenden Person und deren Gegenüber gesprochen. Es wird nachfolgend anhand von fünf Wirkfaktoren dargestellt, welche neurobiologischen Prozesse bei der Wirkung der personenzentrierten Beziehungsgestaltung auf das Gegenüber beteiligt sein können. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese neurobiologischen Prozesse sowohl kurzfristig die Kommunikation innerhalb der Beziehung als auch langfristig die Persönlichkeitsentwicklung der involvierten Personen beeinflussen können.

Die Wirkfaktoren lauten:

- Sicherheit
- Vertrauen
- Interpersonelle Synchronisierung
- Paraphrasierung des Erlebens
- Dialogische Erkundung des Erlebens.

Diese Wirkfaktoren wurden gewählt, weil sie einerseits in der Literatur zum PZA zu finden sind und sich andererseits neurowissenschaftlichen Theorien und Befunden zuordnen lassen. Werden die personenzentrierten Grundhaltungen in hohem Maß von der helfenden Person verwirklicht und wird dies vom Gegenüber wahrgenommen, dann ist zu erwarten, dass auch die eben postulierten Wirkfaktoren präsent sind. Ohne Zweifel wirkt die personenzentrierte Beziehungsgestaltung jedoch noch über Wege, die durch die genannten Wirkfaktoren nicht erfasst werden und die sich noch lange, vielleicht auch immer, einer naturwissenschaftlichen Betrachtung entziehen werden.

2. Wirkfaktor Sicherheit

Wenn einer anderen Person auf personenzentrierte Weise begegnet wird, dann wird dieser ermöglicht, dass sie sich sicher fühlen kann. Rogers (1951/2005) schreibt dazu: „In der emotionalen Wärme in der Beziehung mit dem Therapeuten erfährt der

Klient ein Gefühl der Sicherheit, wenn er merkt, dass jede von ihm ausgedrückte Einstellung fast auf die gleiche Weise verstanden wird, wie er sie wahrnimmt und gleichzeitig akzeptiert wird. Er ist dann zum Beispiel im Stande, ein vages Schuldgefühl, das er erfahren hat, zu erforschen.“ (S. 52).

In diesem Zusammenhang bieten sich Verbindungen zur Polyvagal-Theorie (Porges, 2007; 2018) an. Die Polyvagal-Theorie ist eine Theorie des vegetativen Nervensystems. Hier wird angenommen, dass das vegetative Nervensystem aus drei Subsystemen besteht, die hierarchisch miteinander verbunden sind: Dem dorsalen Vagus-Komplex, dem sympathischen Nervensystem und dem ventralen Vagus-Komplex. Außerdem wird davon ausgegangen, dass unser Gehirn ständig die Bedrohlichkeit der Situation bewertet, in der wir uns befinden. Dieser als Neurozeption bezeichnete Prozess arbeitet unbewusst, als eine „Form des Erfassens, bei der weder Gewahrsein noch Bewusstsein eine Rolle spielt“ (Porges, 2018, S. 40). Je nachdem welche Bewertung die Neurozeption liefert werden unterschiedliche Teile des vegetativen Nervensystems aktiviert.

Angenommen werden kann, dass die Neurozeption in enger Beziehung zu dem von Rogers (1959/1991) beschriebenen Prozess der Subzeption steht, der Fähigkeit „eine Erfahrung als bedrohlich zu erkennen, ohne dass die Bedrohung im Gewahrsein symbolisiert wurde“ (S. 26). Die Amygdala ist dabei eine beidseitig angelegte subkortikale Hirnstruktur, die für die Bewertung der Bedrohlichkeit von Reizen von Bedeutung ist und die im weiteren Verlauf wiederholt erwähnt werden wird. Dank einer direkten neuronalen Verbindungsbahn von den Sinnesorganen zur Amygdala ohne Einbezug des Kortex kann die Amygdala einen Reiz als bedrohlich bewerten und eine Abwehrreaktion auslösen, ohne dass dieser Reiz im Bewusstsein repräsentiert ist (LeDoux, 2002). Deshalb könnte sie eine wichtige Rolle bei der Neurozeption bzw. der Subzeption spielen.

Der dorsale Vagus-Komplex ist neben seiner Zuständigkeit für den Erhalt und den Aufbau von Energiereserven auch eine Art passives Verteidigungssystem. Er wird aktiviert, wenn die Neurozeption meldet, dass man hilflos einer (lebens-)bedrohlichen Situation ausgesetzt ist, aus der kein Entkommen möglich zu sein scheint. Wenn der dorsale Vagus-Komplex aktiviert wird, stellt man sich gewissermaßen tot, man erstarrt, wird immobil und es können Symptome der Dissoziation auftreten. Man fühlt sich ohnmächtig und kann, bedingt durch die damit einhergehenden physiologischen Veränderungen, auch tatsächlich ohnmächtig werden. Der dorsale Vagus-Komplex kann z. B. in traumatischen Situationen oder auch bei einer schweren Depression stark aktiviert sein.

Das sympathische Nervensystem kann dagegen als das aktive Verteidigungssystem des Organismus betrachtet werden. Es wird in Situationen aktiviert, die von der Neurozeption als bedrohlich bewertet werden und in denen Kampf oder Flucht

¹ Sollte von Therapeut und Klient gesprochen werden, sind damit sowohl Therapeutinnen und Therapeuten als auch Klientinnen und Klienten gemeint.

aussichtsreich erscheinen, um damit umzugehen. In solchen Situationen mobilisiert das sympathische Nervensystem durch die dann erfolgende Stressreaktion Energie, die helfen soll, die Situation unter Kontrolle zu bringen. Es ist allgemein bekannt, dass eine zu häufige und langanhaltende Aktivierung der Stressreaktion bei verschiedenen gesundheitlichen und sozialen Problemen in der modernen Welt beteiligt ist.

Der ventrale Vagus-Komplex, das System für soziales Engagement (SSE), wird aktiviert, wenn die Neurozeption eine Situation als sicher bewertet. Das hat gleichzeitig zur Folge, dass das sympathische Nervensystem deaktiviert wird, was mit einer inneren Beruhigung einhergeht. Das SSE steuert neben Organen oberhalb des Zwerchfells auch Muskelgruppen in Kopf-, Gesichts- und Halsbereich, die wichtig für die soziale Kontaktaufnahme sind. Es ermöglicht mittels dieser Muskelgruppen einerseits über die Mimik und die Stimme Emotionen zum Ausdruck zu bringen, andererseits ist es aber auch, z. B. über die Herstellung von Augenkontakt und die Identifikation menschlicher Sprache in Hintergrundlärm, für die soziale Wahrnehmung von großer Bedeutung.

Durch das personenzentrierte Beziehungsangebot wird dem Gegenüber signalisiert, dass es auf echte Weise verstanden und dabei bedingungslos akzeptiert wird. Wenn die andere Person dies wahrnimmt, gibt es für sie somit keine Bedrohung durch negative Bewertungen in dieser Situation. Vermittelt über die dadurch erfahrene Sicherheit kann es zu einer Aktivierung des SSE kommen. Ähnliche Überlegungen werden von Geller und Porges (2014) in ihrer Diskussion der Relevanz therapeutischer Präsenz für die Aktivierung des SSE geäußert.² Durch die mit der Aktivierung des SSE verbundene Deaktivierung des sympathischen Nervensystems werden Stress und Angst gemindert. Außerdem wird die emotionale Ausdrucksfähigkeit verbessert, was es der helfenden Person erleichtert, das Gegenüber einführend zu verstehen. Gleichzeitig kommt es auch zu einer Verbesserung der sozialen Wahrnehmung, wodurch die Empathie, bedingungslos positive Beachtung und Echtheit des Helfers besser wahrgenommen werden kann. Der psychologische Kontakt zwischen den beteiligten Personen sollte sich dadurch intensivieren.

Wir können also durch die Art wie wir mit anderen Personen umgehen dazu beitragen, dass bei ihnen das SSE aktiviert wird.

² Therapeutische Präsenz beinhaltet nach Geller und Greenberg (2002) eine sensible Empfänglichkeit des Therapeuten für die aktuellen Erfahrungen des Klienten und liegt der Verwirklichung der personenzentrierten Beziehungsgestaltung zugrunde: „We view therapeutic presence as the necessary foundation and precondition of the relationship conditions. Therapists’ presence can be viewed as the condition of being fully receptive in the moment, and in immediate contact with the other’s inner experience, which then allows the relationship conditions to emerge and be expressed.“ (p. 84).

Man kann dabei davon ausgehen, dass dies der helfenden Person besser gelingt, wenn das SSE auch bei ihr aktiviert ist, d. h. wenn sie sich sicher fühlt und ihr Stresslevel niedrig ist. Dadurch wird Kontaktbereitschaft nach außen signalisiert, was Einfluss auf die Kontaktbereitschaft des Gegenübers hat. Dazu passen Erfahrungen einer blinden Workshopteilnehmerin, die im Zusammenhang mit der Diskussion der Polyvagal-Theorie auf eine von ihr und anderen blinden Personen gemachte „Beobachtung“ aufmerksam machte: Danach steht die Hilfsbereitschaft anderer Personen in engem Zusammenhang mit ihrer eigenen psychischen Verfassung. Wenn es ihr psychisch besonders gut gehe, würden sich andere Personen ihr gegenüber hilfsbereiter verhalten als wenn sie sich psychisch belastet fühle. Psychisches Wohlbefinden geht dabei mit einer Aktivierung des SSE einher, sich belastet fühlen bedeutet dagegen, dass die Abwehrsysteme stärker aktiviert sind.

Eine Aktivierung des eigenen SSE erleichtert es also der helfenden Person ihr interaktives Potential optimal auszuschöpfen. Relevant erscheinen in diesem Zusammenhang von Geller und Greenberg (2002) dargestellte Möglichkeiten zur Unterstützung der Verwirklichung therapeutischer Präsenz, die im Alltag (z. B. regelmäßige Meditation) oder unmittelbar vor der Sitzung (z. B. Freiraum schaffen) durchgeführt werden können. Sich selbst vor einem Gespräch in eine Verfassung zu bringen, die die eigene Kontaktbereitschaft optimiert, war für Rogers von großer Bedeutung, worauf Tichy (2018) in einer tiefgründigen Darstellung dieser Zusammenhänge vor buddhistischem Hintergrund hinweist.

3. Wirkfaktor Vertrauen

Wenn wir anderen Personen auf personenzentrierte Weise begegnen, wird ein Beziehungskontext hergestellt, der nicht nur durch Sicherheit, sondern auch durch Vertrauen geprägt ist. Vertrauen ist nach Rogers (1986/1989) von zentraler Bedeutung im PZA: „Practice, Theory, and research make it clear that the person-centered approach is built on a basic trust in the person. This is perhaps its sharpest point of difference from most of the institutions in our culture.“ (p. 136). Die Signalisierung von Vertrauen ist der personenzentrierten Beziehungsgestaltung inhärent, weil auf die konstruktive Wirkung der Aktualisierungstendenz vertraut wird. Diese kann in jedem Menschen zur Entfaltung kommen und ihm helfen, die Schwierigkeiten des Lebens zu meistern. Rogers (1983, zitiert in O’Leary, 2006) hat hierbei die Beobachtung gemacht, dass Vertrauen in Beziehungen eine reziproke Wirkung besitzt: „If you treat people as if they can be trusted, they are trustworthy“ (p. 232).

An der reziproken Wirkung von Vertrauen kann Oxytozin beteiligt sein, ein Neuropeptid, das eine modulatorische

Wirkung im zentralen Nervensystem hat und auch für die Polyvagal-Theorie von Bedeutung ist (Porges, 2007). Um dessen Wirkung zu erforschen, wird es experimentell über ein Nasenspray verabreicht. Die folgende Auswahl an Befunden vermittelt ohne Anspruch auf Vollständigkeit einen Eindruck der Relevanz von Oxytozin. Zu beachten ist dabei, dass sowohl situative als auch persönlichkeitspezifische Einflüsse auf dessen Wirkung vorhanden sind (Bartz et al., 2011). Oxytozin erhöht das Vertrauen in andere Personen (Kosfeld et al., 2005), die Bereitschaft zur emotionalen Öffnung (Lane et al., 2012) und zur Mitteilung von Informationen, die wichtig für die Entscheidungsfindung in Gruppen sind (De Wilde et al., 2017). Außerdem verstärkt es sowohl die emotionale Ausdrucksfähigkeit (Spengler et al., 2017) als auch die Tendenz Augenkontakt aufzunehmen (Guastella, Mitchell & Dadds, 2008) und die emotionale Empathie (Hurlemann et al., 2010). Zudem vermindert es Stress (Heinrichs et al., 2003) und setzt die Aktivierbarkeit der Amygdala herab (Kirsch et al., 2005). Bei Bindungsunsicheren Personen kann es zudem eine Verbesserung der Bindungssicherheit bewirken (Buchheim et al., 2009).

Die Befunde weisen also darauf hin, dass Oxytozin das Vertrauen in andere Personen erhöht. Umgekehrt bewirkt die Signalisierung von Vertrauen auch, dass bei der vertrauenswürdig behandelten Person körpereigenes Oxytozin freigesetzt wird. Folgendes Experiment hat dies gezeigt (Zak, Kurzban & Matzner, 2005): Ein Investor gibt eine bestimmte Geldmenge an einen Verwalter, wobei dieser Betrag anschließend verdreifacht wird. Der Verwalter kann nun seinerseits nach Belieben Geld an den Investor zurückgeben. Die Menge an Geld, die der Investor an den Verwalter gibt, wird als ein Signal für Vertrauen in den Verwalter angesehen. In diesem Experiment zeigte sich nun, dass der Oxytozinspiegel des Verwalters von der Stärke dieses Vertrauenssignals abhing. Gab der Investor mehr Geld an den Verwalter, war der Oxytozinspiegel bei diesem höher. Interessanterweise war nicht die Geldmenge an sich von Relevanz, sondern die Geldmenge als Vertrauenssignal. Als nämlich ausgelöst wurde, wie viel Geld der Investor an den Verwalter geben soll, stand der Oxytozinspiegel des Verwalters nicht in Zusammenhang mit der erhaltenen Geldmenge. Im Übrigen gibt ein Verwalter dem mehr Vertrauen entgegengebracht wurde, bei dem der Oxytozinspiegel also höher war, auch mehr Geld an den Investor zurück und verhält sich gewissermaßen vertrauenswürdig – was Carl Rogers vielleicht nicht überrascht hätte.

Auch wenn wir als Helfer einer anderen Person mit Transparenz und Echtheit begegnen, wenn wir uns nicht hinter einer professionellen Fassade verstecken, kann dies ein Zeichen von Vertrauen sein und kann beim Gegenüber zu einer Freisetzung von Oxytozin führen. Damit in Einklang steht das Ergebnis eines Experiments von Kéri und Kiss (2008): Die Versuchspersonen verfassten hier einen Bericht über ein neutrales

Thema, der dem Untersuchungsleiter gegeben wird. Sie erhalten danach eine Antwort des Untersuchungsleiters ebenfalls zu einem neutralen Thema. In der Vertrauensbedingung schreiben die Versuchspersonen etwas zu einem persönlichen Geheimnis und erhalten vom Untersuchungsleiter eine Antwort, in der er sich ebenfalls zu einem Geheimnis äußert. Diese Art des gegenseitigen Austauschs führte nun im Gegensatz zur ersten Art des Austauschs zu einem Anstieg des Oxytozinspiegels bei den Versuchspersonen. Aus meiner Sicht weist dies darauf hin, dass die Selbst-Öffnung des Helfers, soweit es der Situation angemessen ist, bewirken kann, dass beim Gegenüber Oxytozin ausgeschüttet wird.

Ein Workshop-Teilnehmer berichtete von einer Vorgehensweise bei Vorstellungsgesprächen, die damit in Zusammenhang stehen könnte. Um das Bauen einer Brücke zum Bewerber zu erleichtern, haben in einem Vorstellungsgespräch anwesende Führungskräfte einen eigenen beruflichen Misserfolg erwähnt. Dies habe dazu geführt, dass sich eine veränderte Gesprächsatmosphäre ergeben habe, in der sich die Bewerber mit größerer Offenheit präsentieren konnten. Eine wissenschaftliche Evaluation dieser Vorgehensweise einschließlich der möglichen Bedeutung von Oxytozin wäre aus meiner Sicht interessant.

4. Wirkfaktor Interpersonelle Synchronisierung

Ein hohes Ausmaß an zwischenmenschlicher Verbundenheit geht in der Psychotherapie und in anderen Kontexten nach Ansicht von Rogers (1980/2003) mit Präsenz und deren heilsamer Wirkung auf das Gegenüber einher. Bereits bevor er den Begriff der Präsenz in seinen späteren Veröffentlichungen verwendet hat beschreibt er damit zusammenhängende Erfahrungen und bringt sie in Verbindung mit den „tiefsten Abschnitten der Therapie“: „Ich lasse mich ein in die Unmittelbarkeit der Beziehung; mein ganzer Organismus, nicht nur mein Bewusstsein, übernimmt die Beziehung und sensibilisiert sich darauf hin ... Das Wesen einiger der tiefsten Abschnitte der Therapie ist anscheinend eine Einheit des Erfahrens.“ (Rogers, 1961/2004, S. 199). Auch in Gesprächsgruppen machte Rogers (1980/2003) ähnliche, stark wachstumsfördernde Erfahrungen, die er durch einen Teilnehmer gut beschrieben sah: „Ich spürte die seelische Einheit unserer Gemeinschaft. Wir atmeten gemeinsam, fühlten gemeinsam, ja wir sprachen sogar füreinander.“ (S. 80). Psycho-physiologische Prozesse scheinen sich also in intensiven Momenten der Begegnung bei den beteiligten Personen zu synchronisieren.

Für solche Phänomene könnte die sogenannte neuronale Koppelung von Relevanz sein (für einen Überblick siehe Hasson & Frith, 2016). Neuronale Koppelung wird durch eine

Untersuchungsmethode unter Einsatz von funktionaler Kernspintomographie erforscht, die als „Inter-Subject Correlation Analysis“ bezeichnet wird. Hierbei wurde festgestellt, dass sich beim Hören einer Geschichte Aktivierungsmuster in weiten Teilen der Gehirne der zuhörenden Personen miteinander synchronisieren. Dies war jedoch nicht der Fall, wenn die Geschichte in einer für die Zuhörer unverständlichen Sprache präsentiert wurde. Das Phänomen der Synchronisierung der Aktivierungsmuster infolge des gemeinsamen Verstehens von Bedeutungszusammenhängen wird als neuronale Koppelung bezeichnet. Eine neuronale Koppelung tritt dabei auch dann auf, wenn eine Person einer anderen eine Geschichte erzählt (Stephens et al., 2010). Hier konnte man feststellen, dass Aktivierungsmuster im Gehirn des Zuhörenden mit kurzer Verzögerung synchron zu denen der erzählenden Person auftraten, manchmal fand dies jedoch auch zeitgleich und sogar antizipatorisch statt. Interessant ist dabei, dass bei einem höheren Ausmaß an neuronaler Koppelung die zuhörende Person die Geschichte besser verstanden hat, wie man bei einer nachträglichen Prüfung feststellen konnte.

Beim einführenden Verstehen sind Synchronisierungsphänomene hinsichtlich verschiedener biologischer Systeme nachgewiesen worden. Marci et al. (2007) zeigten, dass eine stärker ausgeprägte Synchronisierung der Hautleitfähigkeit von Therapeut und Klient damit einhergeht, dass sich der Klient besser vom Therapeuten verstanden fühlt. Im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie wiesen Marques-Teixeira, Antunes und Martins (2018) nach, dass genaues einführendes Verstehen des Klienten durch den Therapeuten mit einer Synchronisierung von EEG-Mustern der beteiligten Personen zusammenhängt. Zudem stellten Zhang et al. (2018) mittels Infrarotspektroskopie fest, dass sich ein Beratungsgespräch vom Plaudern darin unterscheidet, dass nur in der Beratung bei den Gesprächspartnern eine Synchronisierung im Bereich der rechtsseitigen tempero-parietalen Übergangsregion vorhanden ist. Gleichzeitig korrelierte diese Synchronisierung mit dem Ausmaß der emotionalen Bindung (Bond) als einem Aspekt der therapeutischen Allianz.³ Die Relevanz neuronaler Koppelung wurde zudem in einer Untersuchung deutlich, die zeigte, dass die schmerzlindernde Wirkung des Handhaltens sowohl mit der Empathie des handhaltenden Partners als auch mit der damit zusammenhängenden neuronalen Koppelung in Verbindung stand (Goldstein et al., 2018).

Die Bedeutung von Synchronisierungsprozessen für die Psychotherapie wurde im Interpersonal-Synchrony-Model (Koole & Tschacher, 2016) herausgearbeitet. Hier wird betont, dass

Therapeut und Klient nicht nur über Worte miteinander kommunizieren, sondern dass dies vor allem auch nonverbal geschieht. Eine Synchronisierung der Bewegungen der beteiligten Personen sowie eine neuronale Koppelung wirken sich danach günstig auf die therapeutische Allianz aus. Es werde dadurch die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache, eine gegenseitige Selbstöffnung sowie eine affektive Ko-Regulation begünstigt. Unter affektiver Ko-Regulation wird verstanden, dass die körperlich-emotionale Kommunikation des Therapeuten, vermittelt über Synchronisierungsprozesse, eine Minderung der physiologischen Erregung des Klienten in Richtung auf mehr Ausgeglichenheit bewirkt – jedenfalls wenn der Therapeut über eine ausreichend gute eigene Emotionsregulation verfügt. Über die therapeutische Allianz werde somit nicht nur die absichtliche, über Sprache vermittelte externe Emotionsregulation des Klienten gestärkt, sondern auch dessen Fähigkeit zur impliziten Emotionsregulation. Implizite Emotionsregulation bedeutet dabei im Interpersonal-Synchrony-Model, dass der Klient die in der therapeutischen Interaktion stattfindende affektive Ko-Regulation internalisiert und sie im Alltag zur Emotionsregulation einsetzen kann, ohne dass dazu eine bewusste Intention erforderlich ist.

Aus meiner Sicht sind Synchronisierungsprozesse im Zusammenhang mit neuronaler Koppelung jedoch nicht nur für die Emotionsregulation des Gegenübers von Bedeutung. Wenn ich eine andere Person verstehe, wird eine neuronale Koppelung mit ihr auftreten und Aktivitätsmuster in meinem Gehirn werden sich mit den Aktivitätsmustern in ihrem Gehirn synchronisieren. Wenn die andere Person aber auch mich versteht, dann können deren neuronale Aktivitätsmuster von mir beeinflusst werden. Wenn ich ihr das von mir einführend Verstandene mitteile und dabei bedingungsfree positive Beachtung und Echtheit zum Ausdruck bringe, dann sollten die Aktivitätsmuster im Gehirn dieser Person nicht nur durch ihr ursprüngliches Erleben, sondern auch durch meine Empathie, bedingungsfree positive Beachtung und Kongruenz beeinflusst werden. Die personenzentrierten Grundhaltungen können auf diese Weise auf das Gegenüber „abfärben“. Dies kann ein wichtiger Faktor für die heilsame Kraft der personenzentrierten Beziehungsgestaltung sein. Dazu Rogers (1980/2003): „Wie kommt es dazu, dass dieses Klima, das ich eben beschrieben habe, Veränderungen herbeiführt? In kurzen Worten, wenn Menschen akzeptiert und geschätzt werden tendieren sie dazu, eine fürsorgliche Haltung zu sich selbst zu entwickeln. Wenn Menschen einfühlsam gehört werden, wird es ihnen möglich ihren inneren Erlebnisstrom deutlicher wahrzunehmen ... Diese Tendenzen, Spiegelbilder der Einstellungen des Therapeuten, befähigen die betreffende Person, ihre eigene Entfaltung wirklicher zu fördern.“ (S. 68).

3 Mit dem Konzept der therapeutischen Allianz wird therapieschulenübergreifend die Relevanz der Beziehung für die Psychotherapie thematisiert und untersucht (vgl. Koole & Tschacher, 2016).

5. Wirkfaktor Paraphrasierung des Erlebens

Sowohl über die Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen als auch über Synchronisierungsprozesse kann personenzentrierte Beziehungsgestaltung die implizite Emotionsregulation des Gegenübers verbessern. Eine weitere Form der Emotionsregulation wird über die Sprache vermittelt, indem die helfende Person einführendes Verstehen zum Ausdruck bringt. Durch die Verbalisierung des Erlebens des Gegenübers wird dabei nach Tausch (2001) eine „Desensibilisierung negativer-bedrohlicher Emotionen und Kognitionen“ (S. 536) bewirkt. Von Relevanz sei hierbei, dass die Unterstützung erfahrende Person eigenes Erleben in Worte fasse, um es der helfenden Person verständlich zu machen. Zudem verbalisiere die helfende Person das von ihr einführend Verstandene, wodurch das Gegenüber eine distanzierte Konfrontation mit dem eigenen Erleben erfahre. Auch Watson (2007) weist auf das Potential von einführendem Verstehen für die Affektregulation des Klienten hin: „The capacity to resonate and experience another’s inner emotional world and reflect that understanding back provides a model of important affect regulating abilities and begins to assist clients in regulating their own affective experience.“ (p. 63).

Eine simple Form, in der einführendes Verstehen zum Ausdruck gebracht werden kann ist die Paraphrasierung, also das vom Gegenüber geäußerte Erleben in eigenen Worten zu wiederholen. Dies wird als „einführendes Wiederholen“ von Finke (1994) als erste von fünf Stufen einführenden Verstehens betrachtet. Seehausen et al. (2012) konnten zeigen, dass das Paraphrasieren bei der Schilderung eines sozialen Konflikts bewirkt, dass sich die dabei beteiligten Emotionen in eine positive Richtung verändern. In einer weiteren Untersuchung zeigte sich, dass durch Paraphrasieren ausgedrücktes empathisches Verständnis mit der Aktivierung eines frontoparietalen Netzwerks einherging, während beim Fehlen von Empathie die Aktivierung eines fronto-temporalen Netzwerkes einschließlich einer Beteiligung der Amygdala feststellbar war (Seehausen et al., 2014). Der Polyvagal-Theorie entsprechend würde die Neurozeption also bei fehlendem einführendem Verstehen aufgrund der Aktivierung der Amygdala eine Bedrohung melden, wodurch die Abwehrsysteme stärker aktiviert werden und die Kontaktbereitschaft gemindert wird. Zudem haben sich in dieser Untersuchung Versuchspersonen, die sich in höherem Ausmaß verstanden gefühlt haben, auch insgesamt besser gefühlt.⁴

4 Auf die wohltuende Wirkung der personenzentrierten Beziehungsgestaltung weist auch eine neurowissenschaftliche Untersuchung zu aktivem Zuhören hin (Kawamichi et al., 2015). Aktives Zuhören wurde hierbei über das Vorhandensein der personenzentrierten Grundhaltungen definiert, diese wurden allerdings methodisch in einer nur rudimentären Form umgesetzt. Eine Verbalisierung des Erlebens des

Einführendes Verstehen kann, durch die Rückmeldung dessen was vom Erleben der anderen Person verstanden wurde, dieser dabei helfen, eigene emotionale Erfahrungen zu benennen. Es gibt mittlerweile eine Reihe von Untersuchungen, die Hinweise darauf geben, welche psychischen und neuronalen Prozesse hierbei beteiligt sein können (Torre & Lieberman, 2018). Beispielsweise zeigten Lieberman et al. (2007) in einem Experiment Bilder von Gesichtern, die mimisch die Emotionen Furcht und Ärger zum Ausdruck gebracht haben. Man wusste aus vorangegangenen Untersuchungen, dass dies ausreicht, um die Amygdala zu aktivieren. Hier war es nun so, dass nur das sprachliche Benennen der mimisch ausgedrückten Emotion, nicht jedoch beispielsweise das Benennen des Geschlechts oder die Auswahl eines übereinstimmenden Gesichtsausdrucks, dazu führte, dass emotionsregulierende Hirnstrukturen aktiviert wurden. Nur das Benennen führte zu einer Aktivierung des rechtsseitigen ventrolateralen präfrontalen Kortex, was gleichzeitig mit einer Deaktivierung der Amygdala einherging. Wenn also durch die Verbalisierung des einführend Verstandenen einer anderen Person dabei geholfen wird eigene emotionale Erfahrungen zu benennen, können bei ihr emotionsregulierende Hirnstrukturen aktiviert werden und sie kann sich mit geringerer Amygdala-Aktivierung und damit weniger Stress und psychischer Belastung mit ihren Erfahrungen auseinandersetzen.

6. Wirkfaktor Dialogische Exploration des Erlebens

Die personenzentrierte Beziehungsgestaltung ermöglicht neben einer Unterstützung der Emotionsregulation vor allem auch eine Förderung der Selbstexploration und damit der Kongruenz. Hierbei spielt einführendes Verstehen eine wichtige Rolle: „Wenn Menschen einfühlsam gehört werden, wird es ihnen möglich, ihren inneren Erlebnisstrom deutlicher wahrzunehmen. Und wenn ein Mensch sich selbst versteht und schätzt, dann wird sein Selbst kongruenter mit seinen Erfahrungen (Rogers, 1980/2003, S. 68).

Zweifellos hat die damit einhergehende Verbesserung der Persönlichkeitsintegration ein neuronales Korrelat, wobei der interhemisphärische Informationsaustausch eine wichtige Rolle haben könnte. Um die Bedeutung der personenzentrierten

Gegenübers erfolgte beispielsweise nicht. Dennoch konnte festgestellt werden, dass „aktives Zuhören“ mit einer Aktivierung von neuronalen Belohnungszentren bei Versuchspersonen einherging, die ein emotionales Erlebnis geschildert haben. Gleichzeitig bewirkte es, dass die von den Versuchspersonen geschilderten emotionalen Episoden anschließend positiver gesehen wurden, als wenn kein „aktives Zuhören“ stattfand. Dies weist aus meiner Sicht auf das Stattfinden der von Tausch angenommenen Desensibilisierungsprozesse hin.

Beziehungsgestaltung hierfür zu verdeutlichen, möchte ich auf Befunde der Lateralisierungsforschung eingehen, die von McGilchrist (2010) in beeindruckend umfassender und tiefgründiger Weise dargestellt wurde. Beide Hemisphären wirken danach in praktisch allen komplexen Funktionen, wie z. B. Verstand, Gefühl, Sprache, Phantasie oder Empathie, zusammen. Der Unterschied zwischen den beiden Hemisphären liegt nicht darin, wie lange Zeit angenommen wurde, mit *was* sie sich beschäftigen, sondern *wie* sie es tun. Um ihre jeweiligen Stärken besonders gut einsetzen können, können sie auch relativ unabhängig voneinander operieren. Der Balken, ein neuronales Faserbündel das die beiden Hemisphären verbindet, hat deshalb nicht nur die Funktion Informationen zwischen diesen auszutauschen, sondern auch die gegenüberliegende Hemisphäre zu hemmen.

Zunächst soll, zugestandenermaßen unter Vernachlässigung wichtiger Bereiche, grob skizziert werden, wie sich die beiden Hemisphären in ihrer Funktionsweise unterscheiden. Auf die Zuordnung spezifischer Hirnregionen zu einzelnen Funktionen wird dabei verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, beziehe ich mich auf McGilchrist (2010). Die rechte Hemisphäre (RH) verarbeitet Informationen schneller als die linke Hemisphäre (LH). Der Prozess der Informationsverarbeitung beginnt deshalb mit dem Verarbeitungsmodus der RH. Sie hat einen weiten Aufmerksamkeitsmodus, der offen ist für alles was von Relevanz ist. Dabei eröffnet uns die RH die unmittelbare prä-reflexive Erfahrung, die noch nicht durch kognitive Konzepte gefiltert wurde. Dadurch kann, sozusagen mit Anfängergeist, die einzigartige Neuheit der Erfahrung im Hier und Jetzt erlebt werden. Die RH kann mehrere Dinge parallel verarbeiten und bietet deshalb einen Zugang zur vernetzten Komplexität der Wirklichkeit. Außerdem kann sie mit Mehrdeutigkeiten und Unklarheiten umgehen und sie liefert nach Rotenberg (2012) eine polysemantische Sichtweise, in der die scheinbare Widersprüchlichkeit der Erfahrung ihren Platz findet. Fähigkeiten der RH sind zudem das Erkennen von Mustern und Gemeinsamkeiten, Gestaltwahrnehmung sowie Intuition. Sie hat außerdem starke neuronale Verbindungen zu emotionalen Zentren und dem Körper. Die RH ist auch wichtig für die Impulskontrolle, für soziale Kompetenzen wie Kooperation, Empathie, Mitgefühl und die nonverbale Kommunikation.

Die RH scheint jedoch nicht in der Lage zu sein von der Erfahrung abstrahierend Ursache-Wirkung-Zusammenhänge zu erkennen und Geschehnisse zu erklären. Hierzu wird die LH benötigt. Im Gegensatz zum weiten und offenen Aufmerksamkeitsmodus der RH ist der Aufmerksamkeitsmodus der LH fokussiert, d. h. auf einen bestimmten Aspekt des Erlebens gerichtet. Selektion ist also ein wichtiges Prinzip der LH. Die LH nimmt einen Teil des Erlebens in den Fokus der Aufmerksamkeit und engt sie damit darauf ein. Die LH bringt zudem

konzeptgebundenes und analytisches Denken in die Informationsverarbeitung ein. Dank ihrer gelangt ein Teil der Erfahrungen in den Fokus der Aufmerksamkeit, kann verbalisiert und mit Hilfe der vorhandenen Konzepte interpretiert werden. Die Erfahrung wird nun in Form einer *Re-Präsentation* erfahren, wodurch eine virtuelle Welt entsteht. Diese Re-Präsentation der Erfahrung entspricht dem was üblicherweise unter Bewusstsein verstanden wird. Die LH ermöglicht die serielle Analyse von Abläufen und die sprachliche Bezeichnung von Erkenntnissen. Aber Sprache liefert nur grobe Kategorien und begünstigt nach Rotenberg (2012) ein monosemantisches Denken, ein Denken in Entweder-oder-Kategorien, in dem viele Nuancen der Erfahrung verloren gehen. Während die RH komplexe Mehrdeutigkeiten sieht und mit einem Sowohl-als-auch umgehen kann, ist der Modus der LH auf Eindeutigkeit ausgerichtet, in dem es nur richtig oder falsch, schwarz oder weiß gibt. Für die RH ist die Welt dagegen facettenreich und bunt. Die Konzepte der LH sind wichtig, weil sie Orientierung bieten und ein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit verschaffen. Daneben ist die LH auch für die Initiierung von Willenshandlungen, für lineares, zielorientiertes Denken sowie für sprachliche Kommunikation von Bedeutung.

Um die weitere Argumentation zu erleichtern und den Bezug zu Konzepten des PZA herzustellen, möchte ich zentrale Funktionen der beiden Hemisphären herausgreifen. Zunächst zur LH: Sie ist nach Gazzaniga (2011) der Sitz des linkshemisphärischen Interpretationsmoduls. Dieses linkshemisphärische Interpretationsmodul integriert die vielen parallel ablaufenden Prozesse innerhalb des Gehirns zu einer einheitlichen Geschichte, einer inneren Erzählung, über das was uns gerade passiert. Es sorgt dafür, dass wir trotz der Vielzahl an Prozessen, die ständig gleichzeitig in unserem Gehirn ablaufen immer das Gefühl haben, ein einziges und einheitliches Selbst zu besitzen. Um die Erzählung stimmig zu machen, neigt es aber auf Kosten der Genauigkeit zur Konfabulation, wählt Informationen aus, die zu der Geschichte passen, macht das passend was nicht passt und erfindet in der Wirklichkeit nicht vorhandene Ursache-Wirkung-Zusammenhänge. Es konstruiert also die Welt so, dass sie stimmig und verstehbar wird. Es entsteht dadurch die oben erwähnte virtuelle Welt, durch die Unsicherheit reduziert wird, in der jedoch viele Aspekte der von der RH erfahrenen Realität unberücksichtigt bleiben. Ich vermute, dass das Selbstkonzept und die daraus resultierende Symbolisierung der Erfahrung – mit den Worten von Rogers (1980/2003) „die winzige Spitze einer riesigen Pyramide nichtbewusster organischer Existenz“ (S. 78) – auf Funktionen der LH basieren.

Die RH ist demgegenüber wichtig für Kreativität und den Umgang mit den komplexen Problemen des wirklichen Lebens (Goel, 2014). In der Neuropsychologie wird ihr zudem die Funktion eines Anomaliedetektors zugeschrieben (Jänke,

2016). Dieser Anomaliedetektor weist uns darauf hin, dass irgendetwas an unseren Gedanken nicht stimmt, er nimmt hier gewissermaßen eine Plausibilitätsprüfung vor. Wenn dieser Anomaliedetektor in seiner Funktion beeinträchtigt ist, können erstaunliche Fehlleistungen auftreten. Diese äußern sich z. B. darin, dass rigide die Stimmigkeit von eigenen Überlegungen und Schlussfolgerungen mit dem „gesunden Menschenverstand“ ignoriert wird (Deglin & Kinsbourne, 1996). Die RH ist aus meiner Sicht von zentraler Bedeutung für den Zugang zu den gefühlten Bedeutungen bzw. dem Felt Sense (vgl. Kuhl, Quirin & Koole, 2015) und damit auch für den organismischen Bewertungsprozess.

Menschen des westlichen Kulturkreises neigen nach McGilchrist (2010) tendenziell dazu, den Modus der LH stärker zu nutzen als die Fähigkeiten und Stärken der RH. Er nimmt an, dass eine Entwicklung in diese Richtung seit der Aufklärung begonnen hat. Daraus können verschiedene Probleme resultieren und wir sollten deshalb seiner Ansicht nach zum Wohle des Einzelnen und der Gesellschaft beginnen, einen besseren Zugang zu den Ressourcen der RH zu finden. Rogers (1980/2003) vertritt eine ähnliche Sichtweise: „Der Mensch verfügt über ein Potential an unerhört breit gefächerten intuitiven Kräften. Wir sind in der Tat weiser als unser Verstand. Dafür gibt es viele Beweise. Allmählich kommen wir darauf, wie jämmerlich wir die Fähigkeiten des nichtrationalen, kreativen, „in Metaphern sprechenden“, Geistes – der rechten Hälfte unseres Gehirns – vernachlässigt haben.“ (S. 49).

Personen mit geringer seelischer Gesundheit werden aus meiner Sicht vom Modus der LH dominiert und haben einen geringen Zugang zu den Kompetenzen der RH⁵. Ich gehe davon aus, dass bei Inkongruenz Prozesse der RH unzureichend in der LH abgebildet werden, weil diese mit den dort dominierenden Konzepten einschließlich des Selbst-Konzepts nicht vereinbar sind. Die folgenden Aussagen über Personen mit ausgeprägter Inkongruenz und damit eingeschränkter Selbstexploration sollen zur Illustration dafür herangezogen werden: Eine solche Person „sperrt sich stark gegen eine innere Kommunikation zwischen Selbst und Erfahrung“ (Rogers, 1961/2004, S. 137). Sie ist geprägt durch Rigidität und Strukturgebundenheit, einem Denken in „Schwarz-Weiß-Kategorien“, das „von den Realitäten der Gegenwart nicht angreifbar“ (Rogers, 1961/2004, S. 137) ist.

Bei der Fully Functioning Person, dem Ideal seelischer Gesundheit im PZA, könnte dagegen der Informationsaustausch zwischen den beiden Hirnhälften in optimaler Weise erfolgen,

wodurch ihre jeweiligen Stärken besonders gut zum Tragen kommen. Aus meiner Sicht weisen die folgenden Beschreibungen darauf hin: „Das Erfahren hat seine strukturgebundenen Aspekte fast gänzlich verloren und wird Prozeßerfahren; das heißt, die Situation wird in ihrer Neuheit und nicht aus der Vergangenheit heraus erfahren und gedeutet.“ (Rogers, 1961/2004, S. 156); „Man formuliert persönliche Konstrukte versuchsweise um, damit sie durch weitere Erfahrung bestätigt werden; auch dann behalten sie ihren lockeren Charakter.“ (Rogers, 1961/2004, S. 157) oder „Die innere Kommunikation zwischen verschiedenen Aspekten seines Selbst ist frei und unblockiert“ (Rogers, 1961/2004, S. 158).

McGilchrist (2010) beschreibt unter Bezugnahme auf die Dialektik Hegels wie aus der integrierten Zusammenarbeit der beiden Hemisphären in einem transformativen Prozess eine Synthese hervorgehen kann, die eine „höhere Wahrheit“ (p. 206, Hegel zitierend, eigene Übersetzung) zum Ausdruck bringt. Die LH „can render explicit what the right hemisphere has to leave implicit, leave folded in. Yet that is also its weakness. The clarifying explicitness needs to be integrated with the sense of the whole, the now unpacked or unfold whatever-it may-be being handed back to the domain of the right hemisphere, where it once more lives.“ (McGilchrist, 2010, p. 208). Parallelen zu Gendlins Experiencing-Konzept, das von Rogers (1980) übernommen wurde, sind frappierend, können an dieser Stelle allerdings nicht diskutiert werden.

Wie McGilchrist (2010) ausführlich darlegt, wird die Zusammenarbeit der beiden Hemisphären durch ein Machtgefälle zugunsten der LH erschwert: „there is an important opposing asymmetry of power, in favor of the left hemisphere“ (p. 219). Einführendes Verstehen könnte genau hier helfen, indem es als Kommunikationshilfe zwischen den beiden Hemisphären wirkt. Es wird im PZA als dialogischer Prozess betrachtet für den das Spüren des Erlebens der anderen Person unerlässlich ist: „It means being sensitive, moment to moment, to the changing felt meanings which flow in this other person ... sensing meanings of which he or she is scarcely aware“ (Rogers, 1980, p. 142). Die einführende Person erspürt unter Nutzung ihrer RH die gefühlten Bedeutungen im Erleben der anderen Person, die sich von Moment zu Moment ändern und denen sich die andere Person kaum bewusst ist. Tiefes einführendes Verstehen bedeutet also nicht nur auf die Worte des Gegenübers zu achten, sondern auch die gefühlten Bedeutungen zu erfassen, die am Rande des Bewusstseins der anderen Person mitschwingen – „implizit“ bzw. „eingefaltet“ in der RH, wie es McGilchrist nennt. Die helfende Person kommuniziert das auf diesem Weg Verstandene und hat es also zuvor unter Beteiligung ihrer LH in Sprache übersetzt: „By pointing to the possible meanings in the flow of another person’s experiencing you help the other

5 Eine unzureichende Nutzung rechtshemisphärischer Funktionen kann dabei auch mit einer Überaktivierung der RH einhergehen, wie dies von Rotenberg (2004) für die Depression aufgezeigt wurde.

to focus on this useful type of referent“ (Rogers, 1980, p.142). Wenn das Gegenüber so auf die mögliche Bedeutung im Fluss der Erfahrungen hingewiesen wird, wird es ihm erleichtert, unter Beteiligung der eigenen LH die gefühlte Bedeutung zu symbolisieren und sie damit mit Worten von McGilchrist zu „entpacken“. Entscheidend ist, dass die Genauigkeit der Symbolisierung anhand des „ongoing psycho-physiological flow“ (Rogers, 1980, p.141) im Erleben des Gegenübers geprüft wird und dass man sich von den dabei erhaltenen Rückmeldungen leiten lässt: „It means frequently checking with the person as to the accuracy of your sensings, and being guided by the responses you receive“ (Rogers, 1980, p.142). Ich vermute, dass über den „ongoing psycho-physiological flow“ ein Zugang zum Anomaliedetektor und den ganzheitlichen-integrativen Kompetenzen der RH gewonnen wird. Entsprechend der Terminologie McGilchrists wird die Symbolisierung dadurch der RH „zurückgegeben“ und kann dort „weiterleben“. Bedeutungen werden auf diese Weise vollständiger erfahren, wodurch der Prozess einer konstruktiven Persönlichkeitsentfaltung voran getrieben wird: „Der entscheidende Punkt ist, dass ein Mensch, der im vollen Sinne funktionsfähig ist, durch keine Schranken, keine Hemmungen gehindert wird, die organismischen Vorgänge voll zu erleben. Ein solcher Mensch bewegt sich in Richtung auf Ganzheit, Integration, ein alles in sich vereinigendes Leben.“ (Rogers, 1980/2003, S.79).

Einführendes Verstehen ist im PZA also als dialogischer Prozess zwischen zwei Personen konzeptualisiert. Aus neurowissenschaftlicher Sicht könnte in Anbetracht der obigen Ausführungen ergänzt werden, dass der Dialog nicht nur zwischen zwei Personen, sondern auch zwischen deren vier Gehirnhälften stattfindet. Wenn der Dialog gelingt, dann sollte ein besserer Informationsaustausch zwischen den beiden Hirnhälften des Gegenübers erfolgen. Dies scheint von großer Bedeutung für die seelische Gesundheit zu sein. In diesem Zusammenhang spricht Moss (2014) von hemisphärischer Kongruenz und er betont dabei die Bedeutung der personenzentrierten Beziehungsgestaltung für deren Förderung: „The process variables of warmth, genuineness, and empathy described by Rogers (1957) are important for the most effective therapy regardless of orientation ... In total, the presence of these process variables creates the security and hemispheric congruence in therapy allowing the client to most effectively address important issues.“ (p. 11).

7. Abschließende Bemerkungen

Die oben postulierten Wirkfaktoren verweisen darauf, dass in konstruktiven Beziehungen gegenseitige Resonanz auf verschiedenen Ebenen von zentraler Bedeutung ist. Sprachliche

Kommunikation ist hierbei wichtig, sie berührt jedoch nur einen Teil der relevanten Prozesse. Obwohl die begleitenden neurobiologischen Prozesse bislang nur teilweise erkundet sind, helfen die Neurowissenschaften bereits heute die verwandelnde Kraft zu verstehen, die der personenzentrierten Beziehungsgestaltung – als „optimal environment for neural change“ (Cozolino, 2010, p.38) – innewohnt.

So wie die Grundhaltungen personenzentrierter Beziehungsgestaltung nur als Einheit ihre volle Kraft entfalten, sind auch die dadurch beim Gegenüber hervorgerufenen neurobiologischen Prozesse eng miteinander verflochten. Hier bestehen an dieser Stelle nicht weiter ausführbare komplexe Wechselwirkungen, die die Kontaktfähigkeit des Gegenübers verbessern. Dies kann wiederum auf die helfende Person zurückwirken und auch bei ihr komplexe neurobiologische Prozesse aktivieren, wodurch der Kontaktkreis (Lux, 2010; 2013; 2014) geschlossen wird. Ich gehe dabei davon aus, dass solche intra- und interpsychischen Wechselwirkungen die Entstehung von konstruktiven Beziehungen als emergentes Phänomen ermöglicht – als „living process at a further level“ (Barrett-Lennard, 2009, p.82). Im PZA wurde die Gegenseitigkeit des Beziehungsgeschehens z. B. von Rogers (1959/1991) in einem „Gesetz der zwischenmenschlichen Beziehungen“ (S.64) beschrieben. Es ist auch von zentraler Bedeutung für das aktuelle Konzept der Beziehungstiefe (Relational Depth) (Mearns & Cooper, 2005). Die oben geschilderten Zusammenhänge sind darauf unmittelbar übertragbar und bieten vielfältige Ansätze für wissenschaftliche Untersuchungen. Anregungen dazu wurden bei Lux(2013) gegeben.

Als Menschen haben wir wunderbare Anlagen zur Verwirklichung der personenzentrierten Grundhaltungen (vgl. Lux, 2013; 2014; Silani, Zucconi & Lamm, 2013), leider tun wir es allzu oft nicht. Wird einführendes Verstehen, bedingungsfreie positive Beachtung oder Kongruenz nur unzureichend realisiert, ist davon auszugehen, dass der „lebendige Prozess“ einer konstruktiven Beziehung gestört wird. Werden die Grundhaltungen dagegen in hohem Maß gemeinsam verwirklicht und wird dies vom Gegenüber auch wahrgenommen, dann können dadurch vielfältige neurobiologische Prozesse angeregt werden, die sowohl das interaktive Geschehen innerhalb der entstehenden Beziehung als auch die langfristige Entwicklung der beteiligten Personen in konstruktiver Weise beeinflussen. Darüber hinaus lässt das Konzept der Ko-Aktualisierung (Motschnig, 2014) erwarten, dass dies auch günstige Wirkungen auf die Beziehungen und sozialen Systeme hat, in denen diese Personen leben. Mir helfen solche Überlegungen, trotz allem was sich Menschen gegenseitig antun, die Hoffnung zu behalten, dass Rogers (1980/2003) recht behält und ein von ihm beschriebenes „personenzentriertes Szenarium der Zukunft“ die Welt „in Richtung auf mehr Menschlichkeit“ (S.186) verändern wird.

8. Literatur

- Barrett-Lennard, G. T. (2009). From personality to relationship: Path of thought and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8, 2, 79–93.
- Bartz, J. A., Zaki, J., Bolger, N. & Ochsner, K. (2011). *Social effects of Oxytocin in humans: Context and person matter*. Trends in Cognitive Sciences, 15, 301–309.
- Buchheim, A., Heinrichs, M., George, C., Pokorny, D., Koops, E., Henningsen, P., O'Connor, M., & Gundel, H. (2009). Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1417–1422.
- Cornelius-White, J. H. D., Motschnig-Pitrik, R., & Lux, M. (2013a). *Interdisciplinary applications of the Person-Centered Approach*. New York: Springer.
- Cornelius-White, J. H. D., Motschnig-Pitrik, R., & Lux, M. (2013b). *Interdisciplinary handbook of the Person-Centered Approach: Research and theory*. New York: Springer.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy*. 2nd ed. New York: Norton.
- De Wilde, T. R., Ten Velden, F. S. & De Dreu, C. K. (2017). The neuropeptide oxytocin enhances information sharing and group decision making quality. *Scientific Reports*, 7:40622, doi: 10.1038/srep40622
- Deglin, V. L. & Kinsbourne, M. (1996). Divergent thinking styles of the hemispheres: How syllogisms are solved during transitory hemisphere suppression. *Brain and Cognition*, 31, 285–307.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion*. Stuttgart: Thieme.
- Frisch, S. (2014). Das Primat des Lebendigen: Kurt Goldsteins Konzept des Organismus und seine Implikationen für die heutige Neuropsychologie. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 25, 153–164.
- Gazzaniga, M. (2011). *Who's in charge? Free will and the science of the brain*. New York: Ecco.
- Goldstein, P., Weissman-Fogel, I., Dumas, G. & Shamay-Tsoory, S. G. (2018). Brain-to-brain coupling during handholding is associated with pain reduction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115, 2528–2537, doi.org/10.1073/pnas.1703643115.
- Geller, S. & Porges, S. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 178–192.
- Geller, S. & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 71–86.
- Goel, V. (2014). Creative brains: Designing in the real world. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1–14, doi.org/10.3389/fnhum.2014.00241.
- Guastella, A. J., Mitchell, P. B. & Dadds, M. R. (2008). Oxytocin increases gaze to the eye region of human faces. *Biological Psychology*, 63, 3–5.
- Hasson, U. & Frith, C. (2016). Mirroring and beyond: Coupled dynamics as a generalized framework for modelling social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 371: 20150366, 1–9, doi.org/10.1098/rstb.2015.0366.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54, 1389–1398.
- Hurlemann, R., Patin, A., Onur, O. A., Cohen, M. X., Baumgartner, T., Metzler, S., Dziobek, I., Gallinat, J., Wagner, M., Maier, W. & Kendrick, K. M. (2010). Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. *Journal of Neuroscience*, 30, 4999–5007.
- Jäncke, L. (2016). *Ist das Hirn vernünftig?* (2. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Kéri, S., Kiss, I. (2011). Oxytocin response in a trust game and habituation of arousal. *Physiology & Behavior*, 102, 221–224.
- Kawamichi, H., Yoshihara, K., Sasaki, A. T., Sugawara, S. K., Tanabe, H. C., Shinohara, R., Sugisawa, Y., Tokutake, K., Mochizuki, Y., Anme, T. & Sadato, N. (2015). Perceiving active listening activates the reward system and improves the impression of relevant experiences. *Social Neuroscience*, 10, 16–26.
- Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S. & Siddhanti, S. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *Journal of Neuroscience*, 25, 11489–11493.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U. & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435, 673–676.
- Koole, S. L. & Tschacher, (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in Psychology*, 7:862, 1–17, doi: 10.3389/fpsyg.2016.00862
- Kuhl, J., Quirin, M. & Koole, S. L. (2015). Being someone: The integrated self as a neuropsychological system. *Social and Personality Psychology Compass*, 9, 115–132.
- Lane, A., Luminet, O., Rimé, B., Gross, J. J., de Timary, P. & Mikolajczak, M. (2012). Oxytocin increases willingness to socially share one's emotions. *International Journal of Psychology*, 48, 676–681.
- LeDoux, J. (2002). *Synaptic Self*. New York: Penguin Putnam.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H. & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activation to affective stimuli. *Psychological Science*, 18, 421–428.
- Lux, M. (2007). *Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. München: Reinhardt.
- Lux, M. (2010). The magic of encounter: The Person-Centered Approach and the neurosciences. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9, 274–289.
- Lux, M. (2013). The circle of contact: A neuroscience view on the formation of relationships. In J. H. D. Cornelius-White, R. Motschnig-Pitrik, M. Lux (Eds.), *Interdisciplinary handbook of the Person-Centered Approach: Research and theory* (pp. 79–94). New York: Springer.
- Lux, M. (2014). Neurowissenschaftliche Grundlagen der Personzentrierten Psychotherapie. *Person*, 18, 176–186.
- Marques-Teixeira, J., Antunes, S. & Martins, M. (2018). *Client-centred psychotherapy — from brain to the clinic*. Vortrag gehalten am 10.7.2018 beim 13. Weltkongress der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie (PCE 2018) in Wien.
- McGilchrist, I. (2010). *The master and his emissary*. New Haven: Yale University Press.
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E. & Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 103–111.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counseling and psychotherapy*. London: Sage.
- Moss, R. A. (2014). Brain-based views on psychotherapy integration: Clinical biopsychology. *New Therapist*, 89, 6–15.
- Motschnig, R. (2014). Die Tendenz zur Co-Aktualisierung: Überlegungen zum Aktualisierungsprozess innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen. *Person*, 18, 163–175.
- O'Leary, C. O. (2006). Carl Rogers: Lessons for working at relational depth. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 229–239.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 116–143.
- Porges, S. W. (2018). *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit: Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung*. Lichtenau: Probst
- Rogers, C. R. (1951/2005). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (17. Aufl.). Frankfurt/M.: Fischer (Original erschienen 1951: Client-centered therapy. London: Constable).
- Rogers, C. R. (1959/1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (3. Aufl.). Köln: GwG. (Original erschienen 1959: *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*.)

- In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. 3: Formulations of the person and the social context (pp.184–256). New York: McGraw-Hill).
- Rogers, C. R. (1961/2004). *Die Entwicklung der Persönlichkeit* (15. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1961: *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980/2003). *Der neue Mensch*. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (umfassenderes Original erschienen 1980: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1986/1989). A client-centered/person-centered approach to therapy. In H. Kirschenbaum & V.L. Henderson (Eds.). *The Carl Rogers reader* (pp.135–156). Boston: Houghton Mifflin. (Original erschienen 1986: Kutash, I & A. Wolf (Eds.). *Psychotherapist's case book* (pp.197–208). San Francisco: Jossey-Bass).
- Rotenberg, V.S. (2004). The peculiarity of the right-hemisphere function in depression: Solving the paradoxes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 28, 1–13.
- Rotenberg, V.S. (2012). The two high-levels of self-identification in relationships to consciousness, social motives and brain laterality. *Acta Nervosa Superior*, 54, 77–83.
- Seehausen, M., Kazzer, P., Bajbouj, M. & Prehn, K. (2012). Effects of empathic paraphrasing – extrinsic emotion regulation in social conflict. *Frontiers in Psychology*, 3, doi: 10.3389/fpsyg.2012.00482.
- Seehausen, M., Kazzer, P., Bajbouj, M., Heekeren, H. R., Jacobs, A. M., Klann-Delius, G. Menninghaus, W. & Prehn, K. (2014). Talking about social conflict in the MRI scanner: Neural correlates of being empathized with. *Neuroimage*, 84, 951–961.
- Silani, G., Zucconi, A. & Lamm, C. (2013). Carl Rogers meets the neurosciences: Insights from social neuroscience for client-centered therapy. In J. H. D. Cornelius-White, R. Motschnig-Pitrik & M. Lux (Eds.), *Interdisciplinary handbook of the Person-Centered Approach: Research and theory* (pp. 63–78). New York: Springer.
- Spengler, F. B., Scheele, D., Marsh, N., Kofferath, C., Flach, A., Schwarz, S., Stoffel-Wagner, B., Maier, W. & Hurlmann, R. (2017) Oxytocin facilitates reciprocity in social communication. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12, 1325–1333, doi:10.1093/scan/nsx061.
- Stephens, G. J., Silbert, L. J., & Hasson, U. (2010). Speaker-listener neural coupling underlies successful communication. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107, 14425–14430, doi.org/10.1073/pnas.1008662107.
- Tausch, R. (2001). Wirkungsvorgänge in Patienten/Klienten bei der Minderung seelischer Beeinträchtigungen durch Gesprächstherapie – Eine empirisch begründete Theorie. In I. Langer (Hrsg.), *Menschlichkeit und Wissenschaft* (S. 523–548). Köln: GwG.
- Tichy, H. E. (2018): *Die Kunst präsent zu sein. Carl Rogers und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation*. Münster: Waxmann
- Torre, J. B. & Lieberman, M. D. (2018). Putting feelings into words: Affect labeling as implicit emotion regulation. *Emotion Review*, 10, 116–124.
- Watson, J. C. (2007). Facilitating empathy. *European Psychotherapy*, 7, 61–76.
- Zhang, Y., Meng, T., Hou, Y., Pan, Y. & Hu, Y. (2018). Interpersonal brain synchronization associated with working alliance during psychological counseling. *Psychiatry research: Neuroimaging*, 282, 103–109.
- Zak, P. J., Kurzban, R., & Matzner, W. T. (2005). Oxytocin is associated with human trustworthiness. H

Diagnosen stellen und dabei personzentriert sein

Hans-Jürgen Luderer

Stuttgart

Carl Rogers stand Fragen der Diagnostik in Beratung und Psychotherapie äußerst skeptisch gegenüber. Seine Argumente, die er 1951 ausführlich darlegte, bezogen sich dabei auf die Irrelevanz der Diagnostik für Beratung und Psychotherapie, auf die Intransparenz des diagnostischen Prozesses, auf die Gefahr der Manipulation Betroffener und auf die mit diagnostischen Feststellungen verbundene negative Bewertung der Betroffenen. Fragen der Klassifikation psychischer Störungen sprach er dabei nur in einer Fußnote an. In dieser schloss er die Anwendung psychiatrischer Diagnosen für die Zukunft nicht aus, wenn das Problem der niedrigen Reliabilität psychiatrischer Diagnosen gelöst sein sollte.

Die Kritik an jeglicher Form der Klassifikation psychischer Störungen begann später, hält aber bis heute an. Das zentrale Argument lautet: die wichtigen psychologischen Charakteristika einer Person sind individuell und können nicht angemessen durch diagnostische Kategorien erfasst werden.

In diesem Beitrag werden wir zeigen, wie es möglich ist, Diagnosen zu stellen bzw. nachzuvollziehen und dabei die gesamte Person im Blick zu behalten. Wir werden ein erweitertes Modell der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung sowie ein personzentriertes Modell der situations- und störungsspezifischen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz darstellen. Dabei werden wir aufzeigen, dass es hilfreich ist, nicht nur die betroffene Person, sondern auch ihre psychosoziale Situation und ihre psychischen Störungen zu verstehen. Dieses Verständnis erweitert unsere Möglichkeiten, empathisch, akzeptierend und kongruent zu sein.

Schlüsselwörter: Klassifikation psychischer Störungen, Inkongruenz, störungsspezifische Empathie

Psychiatric diagnoses in the person-centered framework. Carl Rogers was very skeptical about diagnoses in counseling and psychotherapy. The reasons for his skepticism published in 1951 refer to irrelevance of diagnostics for the therapeutic process, to a considerable lack of transparency of the diagnostic process, and to social devaluation. He mentioned problems of disorder classification in a footnote conceding the use of psychiatric diagnoses in the future, provided that the problem of low reliability will be solved.

Criticism of any kind of classification of mental disorders began later, and it continues to exist. The main argument against it is the complexity and individuality of human psyche that cannot be covered by a diagnostic label.

In this paper, we will show how to make or comprehend diagnoses of mental disorder without losing sight of the individual person. We will describe an extended model of incongruence between self and experience, and a person-centered model of empathy, acceptance and congruence with respect to psychosocial situations and mental disorders. From our point of view, it is important to understand not only the person, but also his or her social situation and mental disorder. This approach broadens our spectrum of being empathic, accepting, and congruent.

Keywords: Classification of mental disorders, incongruence, disorder-specific empathy

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

Anmerkung: Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Version des gleichnamigen Kapitels B.1 aus dem 2. Band des von unserer Arbeitsgruppe verfassten Lehrbuchs der personzentrierten Psychotherapie und Beratung (Behr, M; Hüsön, D.; Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S (2020): Gespräche

hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie. S. 146–172. Weinheim: Beltz-Juventa). Beitrag und Buch richten sich an alle psychosozialen Fachkräfte, die in der Versorgung psychisch kranker Menschen tätig sind, unabhängig von der Frage, ob sie nach den Vorgaben der einzelnen Staaten berechtigt sind, selbst Diagnosen zu stellen.

Dieses Lehrbuch entstand durch intensiven fachlichen Austausch zwischen allen an seiner Idee und Formulierung beteiligten Personen. Die fruchtbare Diskussion bei der Entstehung des Buchs hat auch diesen Beitrag entscheidend mitgeprägt.

1. Diagnosen im personzentrierten Ansatz

In der personzentrierten Arbeit verstehen wir Menschen aus ihrem Erleben und ihrer subjektiven Wirklichkeit, d. h. aus ihrem inneren Bezugsrahmen heraus („internal frame of reference“, Rogers, 1957, 1959). Wenn wir Symptome feststellen, Befunde erheben und Diagnosen stellen, betrachten wir Menschen jedoch auch von außen, d. h. aus einem externen Bezugsrahmen heraus (Behr et al. 2017, S. 101 ff.). Boy (1989), Mearns (1997), Brodley & Brody (1996) und andere vertreten die Auffassung, dass dies dem personzentrierten Verständnis des Menschen widerspricht. Andere Vertreter des personzentrierten Ansatzes (z. B. Swildens, 1991, Binder, 2011, Keil & Stumm, 2018 oder Finke, 2019) betrachten dagegen Diagnosen und Wissen über psychische Störungen als nützlich und durchaus vereinbar mit personzentriertem Denken.

Ziel dieses Beitrags ist es, eine personzentrierte Herangehensweise an Anamneseerhebung, Beziehungsaufbau und Umgang mit schweren psychischen Störungen vorzustellen. Nach einem Überblick über die Diagnosenkritik im personzentrierten Ansatz und die historische Entwicklung der Klassifikation psychischer Störungen werden wir auf personzentrierte Störungskonzepte, v. a. das Inkongruenzmodell nach Rogers (1959) und seine Erweiterung durch Speierer (1994) und Bensel (2003) eingehen. Im Praxisteil werden wir dann ein Modell der personzentrierten Kontaktaufnahme, der Anamneseerhebung und des Umgangs mit schweren psychischen Symptomen vorstellen.

Diagnosenkritik bei Rogers (1951): Rogers äußerte sich in seinem Buch „Client-Centered Therapy“ (1951, p. 219–231, deutsch 1972, S. 205–215) ausführlich zu diagnostischen Fragen.

Dabei ging er zunächst auf die Grundprinzipien des Diagnostizierens in der somatischen Medizin ein, die auf dem medizinischen Krankheitsmodell beruhe (Rogers, 1951, S. 220). Nach diesem Modell habe jeder körperliche Zustand („condition“) Ursachen. Wenn diese bekannt seien, gelinge die Kontrolle des Zustands besser. Die Suche nach den Ursachen sei ein naturwissenschaftliches Problem und solle von Personen vorgenommen werden, die mit diesen Problemen vertraut seien.

Das medizinische Modell in dieser Form sei auf psychologische Phänomene nicht anwendbar. Zwar sei auch die Art, wie Personen sich selbst sehen und wie sie sich verhalten, auf bestimmte Ursachen zurückzuführen. Diese lägen jedoch in der Art, wie sich die Betroffenen selbst wahrnehmen. Nur sie hätten die Möglichkeit, das, was sie denken und empfinden, vollständig zu erfassen.

In der personzentrierten Psychotherapie erlebten die Betroffenen, wie sich ihre Wahrnehmung der eigenen Person und der Umwelt verändere. Sie werde umfassender und genauer.

Psychotherapie sei in diesem Sinn auch ein diagnostischer Prozess. Dieser solle aber im Erleben des Klienten und nicht im Kopf des Therapeuten ablaufen.

Die Möglichkeiten der Medizin, körperliche Krankheiten durch Medikamente oder andere Mittel zu beeinflussen, hätten keine Entsprechung in der Psychotherapie. Diese Überlegungen führten zur Schlussfolgerung, dass eine „Diagnose der psychologischen Dynamik“ (Rogers, 1951, S. 223. Deutsch: 1972, S. 209) für den therapeutischen Prozess nicht erforderlich sei (Irrelevanz der durch psychologische Diagnostik gewonnenen Informationen).

Einen weiteren Kritikpunkt formuliert Rogers nur indirekt. In einer Fußnote (Rogers 1951, S. 225–226) erwähnt er ein Forschungsprojekt zur Psychotherapie, bei dem psychometrische Testverfahren eingesetzt werden. Die Betroffenen seien darauf hingewiesen worden, dass die Tests aus wissenschaftlichen und nicht aus therapeutischen Gründen eingesetzt werden, und dass die Therapeuten die Ergebnisse der Tests nicht erfahren werden. Wahrscheinlich wollte Rogers mit diesem Hinweis auf das Problem der Intransparenz psychologischer Testverfahren hinweisen: die Betroffenen wissen oft nicht, warum bestimmte Fragen in psychologischen Tests gestellt und welche Rückschlüsse aus ihren Antworten gezogen werden. Hier vertrat er die Auffassung, dass auf diese Art gewonnene Informationen in der Psychotherapie nicht genutzt werden sollten.

Ein dem medizinischen Modell entlehntes Denken und Handeln könne aus einem anderen Grund problematisch sein. Die Diagnose einer körperlichen Krankheit, wie z. B. einer Nierenentzündung, beinhalte kein soziales Urteil, und auch eine medikamentöse Behandlung sei eine sachlich-neutrale Handlung. Wenn psychosoziale Fachkräfte, vor allem solche mit hohem Sozialstatus, die beruflichen Ziele Betroffener, die Gestaltung ihrer Ehe oder deren religiöser Haltung als „unreif“ bezeichnen, sei diese Aussage eine soziale Abwertung. Wenn sich die betroffene, auf diese Weise negativ beurteilte Person in die erwünschte Richtung verändern solle, sei dies eine Manipulation. Ein solcher Umgang könne dazu führen, dass die Betroffenen nicht sich, sondern die Experten in der Verantwortung sehen, ihre Situation zu verstehen und zu verbessern, und dass die Experten eine Form sozialer Kontrolle ausüben.

Zusammenfassend ging es Rogers (1951) bei seiner Kritik der psychologischen Diagnostik um die Irrelevanz diagnostischer Einschätzungen, die Intransparenz der Informationsgewinnung, um (negativ) wertende Urteile über Lebenseinstellungen und Entscheidungen und um manipulative Beeinflussung bei Personen mit psychosozialen Problemen und Störungen.

Kritik an der sozialen Bewertung psychisch kranker Personen in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts: Das Problem der sozialen Bewertung psychisch Kranker wurde nicht nur

von Rogers, sondern auch von prominenten Psychiatern seiner Zeit gesehen.

Karl Jaspers schrieb hierzu in seinem Standardwerk „Allgemeine Psychopathologie“ (1946): „Die erste und für immer wichtigste Untersuchungsmethode ist die Unterhaltung mit dem Kranken ... Ein guter Frager ist nur, wer seine eigene Stellungnahme ... ausschaltet. Wer seine ‚Stellung‘, seine ‚ärztliche Autorität‘ wahren muss, gewinnt in vielen Fällen nicht die notwendige Sympathie ... Man wird die Gedankengänge und Urteile der Kranken einige Schritte mittun, unabhängig von eigenen Ansichten. Was die Kranken für wichtig halten, wird man nicht als bedeutungslos abweisen. Man wird eigene Wertung völlig zurückstellen.“ (S. 688). Damit betont Jaspers die negativen Auswirkungen von Bewertungen auf die Arzt-Patient-Beziehung. Eugen Bleuler (1969, S. 1) schließt sich dieser Argumentation an. Scharfetter formulierte seine Kritik am wertenden Aspekt von Diagnosen noch schärfer. Er schreibt: „Der wertende (sozial diskriminierende) Gebrauch dieser Begriffe ist dabei das Hauptunglück.“ (Scharfetter 1976, S. 5).

Rogers und die Klassifikation psychischer Störungen: In seiner Diagnosenkritik sprach Carl Rogers Fragen der Klassifikation psychischer Störungen nur in einer Fußnote an (Rogers 1951, S. 225 f.). In dieser referierte er eine Untersuchung zur Reliabilität psychiatrischer Diagnosen, bei der drei Psychiater eine Diagnose stellen sollten. Sie sollten dabei eine psychisch kranke Person untersuchen und sie dann einer von fünf großen Gruppen von Störungen zuordnen. Eine übereinstimmende Diagnose wurde nur bei 46 % der Betroffenen gestellt (Ash, 1949). Rogers erklärte hierzu, es sei nicht akzeptabel, dass sich eine Behandlung auf eine derart unsichere Grundlage stütze. Wenn es in der Zukunft gelänge, dieses Problem zu lösen, müsse die Situation neu bewertet werden. Insofern scheint Rogers die Arbeit mit psychiatrischen Diagnosen für die Zukunft nicht ausgeschlossen zu haben.

Andere personenzentrierte Autoren lehnten dagegen jegliche Form der Klassifikation psychischer Störungen ab. Die von ihnen vorgebrachten Argumente und die entsprechenden Gegenargumente sind nur verständlich, wenn man die historische Entwicklung der Klassifikation psychischer Störungen betrachtet.

Die historische Entwicklung der Klassifikation psychischer Störungen: Von den ersten Klassifikationsversuchen in der Antike bis zu den neuesten Versionen der beiden aktuellen Systeme musste ein langer, mühevoller Weg zurückgelegt werden.

Die krankhafte Schwermut wurde erstmals um 1600 v. Chr. im ägyptischen Papyrus Ebers erwähnt. Im Corpus hippocraticum (6. Jh. v. Chr. – 2. Jh. n. Chr.) wurde dieses Krankheitsbild „Melancholie“ genannt (Vié & Baruk, 2000). Dokumente aus

dem 1. und 2. Jahrhundert n. Chr. (Ackerknecht, 1985, S. 11 ff.), belegen, dass in der Antike bei den psychischen Krankheiten zwischen Melancholie, Manie und Phrenitis unterschieden wurde. Unter dem Begriff der Manie fasste man unruhige Formen der Geisteskrankheit ohne Fieber, unter dem der Melancholie ruhige Formen mit Niedergeschlagenheit und Todessehnsucht zusammen. Als Phrenitis wurden psychische Krankheiten bezeichnet, die mit Fieber einhergehen.

Konzepte psychischer Krankheiten, die von der Grundidee her heutigen Vorstellungen entsprechen, wurden erst in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entstanden diagnostische Systeme einzelner Autoren oder nationaler Arbeitsgruppen. Diese Systeme wurden in Lehrbüchern und Fachzeitschriften publiziert, bestanden jedoch häufig nebeneinander her. Nach dem 2. Weltkrieg begann die WHO mit der ICD (International Classification of Diseases) diagnostische Systeme zu entwickeln, die zunächst nur zur Erfassung von Todesursachen dienten. Die ersten Klassifikationen zur Erfassung von Krankheiten in der medizinischen Versorgung waren die ICD-6 (WHO, 1948) und die ICD-7 (WHO, 1955). Sie bestanden zunächst nur aus Diagnosenlisten ohne weitere Erläuterung. Die ersten Diagnostischen und Statistischen Manuale der American Psychiatric Association, DSM-I (APA, 1952) und DSM-II (APA, 1968) enthielten zwar Krankheitsdefinitionen, diese waren jedoch sehr kurz. Für das psychiatrische Kapitel V der ICD-8 (WHO, 1965) und der ICD-9 (WHO, 1978, dt. 1980) wurden Glossare mit ausführlicheren Beschreibungen der einzelnen Krankheitsbilder erstellt.

In den 1970-er Jahren entwickelten britische und US-amerikanische Arbeitsgruppen strukturierte Interviews für die Erfassung psychischer Symptome (Wing et al., 1974) und diagnostische Forschungskriterien (Spitzer et al., 1978). Zusätzlich zu den bisher üblichen Krankheitsbeschreibungen enthielten diese Systeme genaue Kriterien, anhand derer eine diagnostische Zuordnung getroffen wurde. Die Übereinstimmung zwischen den Diagnosen unterschiedlicher Untersucher war bei Nutzung dieser Systeme erheblich höher als bei der Verwendung einfacher Beschreibungen.

Diese Erkenntnisse führten zur Veröffentlichung von DSM-III (APA 1980) und zu einem einschneidenden Systemwechsel in der psychiatrischen Diagnostik. Die WHO folgte der durch DSM-III angestoßenen Entwicklung 1992 mit dem Kapitel F der ICD-10 (Dilling et al., 1991, 2015; Dilling & Freyberger, 2015). DSM-III-R wurde 1987, DSM-IV 1994 und DSM-IV-TR 2000 publiziert. Das DSM-5 erschien 2013, die ICD-11 wurde 2018 erstmals in elektronischer Form vorgestellt (WHO, 2018) und 2019 von der WHO verabschiedet. Voraussichtlich wird sie ab Januar 2022 offiziell gelten. Das ICD-System der WHO umfasst alle derzeit klassifizierten körperlichen und psychischen Krankheiten. Die psychischen Störungen sind im Kapitel F der ICD-10

bzw. im Kapitel 06 der ICD-11 (WHO 2018) zusammengefasst.

Die Basis der Diagnosestellung sind in allen Systemen Angaben der Betroffenen und Beobachtungen von Untersuchern zur psychosozialen Situation, zur medizinischen Vorgeschichte, zur zeitlichen Entwicklung von Problemen und Beschwerden, zur familiären Vorgeschichte, zur Biographie sowie zu psychischen und körperlichen Symptomen. Die Diagnosestellung selbst erfolgt durch Überprüfung von Kriterien, die zentraler Bestandteil der Diagnosesysteme sind.

Die in verschiedenen Ländern und Kontinenten gestellten Diagnosen sind seit 1980 vergleichbarer geworden. In Studien wurden für wichtige Diagnosen (Schizophrenie, schwere unipolare Depression, bipolare Störung, Alkoholabhängigkeit, Panikstörung) Übereinstimmungswerte gefunden, die mit denen wichtiger körperlicher Erkrankungen vergleichbar waren (Pies, 2007; Hervey et al., 2012, Aboraya et al., 2006). Problematisch bleibt die Verlässlichkeit der Diagnosen im Bereich der Routineversorgung, vor allem, wenn die Untersuchung der Betroffenen unter Zeitdruck erfolgt (Aboraya et al., 2006).

Kritik an der Klassifikation psychischer Störungen im personenzentrierten Ansatz: Als Rogers (1951) seine oben skizzierte Kritik am diagnostischen Vorgehen in der Psychotherapie veröffentlichte, gab es in den USA drei unterschiedliche und sich teilweise widersprechende Systeme zur Erfassung psychischer Krankheiten (Horwitz, 2014; Shorter, 2015; Cooper & Blashfield, 2016). DSM-I (APA 1952) wurde in der amerikanischen Psychiatrie akzeptiert, von Psychotherapeuten aber kaum zur Kenntnis genommen. Rogers hat DSM-I und die anderen Klassifikationssysteme seiner Zeit nie in seinen Publikationen erwähnt. Wahrscheinlich hat er sie gar nicht gekannt.

Die grundsätzliche Kritik personenzentrierter Autoren an der Klassifikation psychischer Störungen setzte später ein und bezog sich auf die Reliabilität psychiatrischer Diagnosen, auf die Verwendung von Krankheitsbezeichnungen als solche und auf den Umgang mit Diagnosen. Boy (1989) wies, wie viele andere, darauf hin, dass die psychologischen Charakteristika einer Person einzigartig und komplex seien, und dass sie nicht objektiv identifiziert, verstanden, beschrieben und mit einem diagnostischen Etikett versehen werden könnten.

Die Reduktion von Personen auf ihre Diagnosen wurde auch von Psychiatern früherer Generationen abgelehnt. Jaspers (1946, S. 1), Bleuler (1969, S. 1) und Scharfetter (1976, S. 2) meinten, es sei notwendig, sich den Betroffenen auf zwei Wegen zu nähern. Zum einen gehe es darum, Menschen in ihrer Einmaligkeit zu verstehen, zum anderen, Symptome zu erfassen und sie dann gegebenenfalls bestimmten Krankheitsbildern zuzuordnen.

Heute besteht ein breiter Konsens in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, dass Befunderhebung, Diagnose-

stellung, Beratung und Behandlung in größtmöglicher Transparenz und in Kooperation zwischen allen Beteiligten erfolgen sollte (Freyberger et al., 2012; Fährndrich & Stieglitz, 2018, S. 12, 49; AMDP, 2018, Finke 2019). Eine distanzierende oder gar wertende Haltung gegenüber den Betroffenen wird von allen in der Versorgung psychisch Kranker tätigen Fachkräften abgelehnt, ebenso eine Reduktion psychisch Kranker auf ihre Störung.

2. Das Inkongruenzkonzept nach Rogers (1959) und seine Erweiterungen durch spätere Autoren

Das Ziel aller Bemühungen zur Klassifikation psychischer Störungen ist es, die Vielfalt psychischer Störungen auf nachvollziehbare Weise zu ordnen. Die wichtigsten Ordnungsprinzipien der aktuellen diagnostischen Systeme sind dabei die Symptome und der Verlauf. Ursachen oder möglicher Ursachen haben sich als durchgehendes Ordnungsprinzip nicht bewährt. Die Frage nach den Ursachen psychischer Probleme und Störungen stellt sich trotzdem.

Rogers hat sich vor allem in einer Arbeit (Rogers, 1959) mit der Frage auseinandergesetzt, welchen Grundprinzipien die Entwicklung einer Person folgt und wie im Verlauf der Entwicklung psychische Probleme entstehen können.

Aktualisierende Tendenz, Bedürfnis nach bedingungsfreier Wertschätzung, organismische Erfahrungen und Inkongruenz:

Rogers (1959) geht bekanntlich von einem Grundmotiv menschlichen Handelns aus, der Tendenz, den eigenen Organismus zu erhalten und weiterzuentwickeln. Dieses Grundmotiv nannte er „aktualisierende Tendenz“. Die motivationale Kraft, die das Selbstbild erhalten möchte, bezeichnete Rogers als Selbstaktualisierungstendenz. Hier können Konflikte mit der Aktualisierungstendenz entstehen, wenn organismische Erfahrung und Selbstbild im Widerspruch stehen (Rogers, 1959; Behr et al., 2017, S. 28 ff.).

Neben diesem Grundmotiv besteht nach Rogers (1959) ein Grundbedürfnis, das Bedürfnis nach bedingungsfreier Wertschätzung („need of positive regard“). Wird dieses Grundbedürfnis erfüllt, bewertet eine Person ihr eigenes Erleben und Verhalten auf der Basis ihrer aktualisierenden Tendenz. Rogers spricht dann von einem organismischen Bewertungsprozess („organismic valuing process“, s. hierzu auch Behr et al., 2017, S. 50 ff.).

Organismische Erfahrungen sind körperliche Empfindungen, die uns sagen, ob etwas gut oder schlecht für uns ist. Das Selbstbild ist die Summe der Gedanken und Bewertungen, die wir von uns haben.“ (Behr et al., 2017, S. 12). Wenn eine Person in ihrem Leben, v. a. in Kindheit und Jugend, so akzeptiert wird, wie sie ist, sind organismische Erfahrungen und Selbstbild im Einklang.

Inkongruenzen entstehen, wenn eine Person nur akzeptiert wird, wenn sie so ist, wie es sich wichtige Bezugspersonen vorstellen. Diese geben der betroffenen Person zu verstehen: wir akzeptieren Dich nur unter bestimmten Bedingungen. Rogers (1959) nennt diese „conditions of worth“ (Wertbedingungen). Betroffene empfinden Eigenschaften, die von Bezugspersonen wenig wertgeschätzt wurden, selbst als weniger schätzenswert. Sie übernehmen Werturteile anderer Personen, obwohl diese nicht ihren organismischen Erfahrungen entsprechen. Dadurch entstehen Widersprüche zwischen organismischer Erfahrung und Selbstbild.

Diese Widersprüche werden oft nicht bewusst wahrgenommen, und dadurch gelingt die Auseinandersetzung mit ihnen nicht oder nur teilweise. Durch die bedingungsfreie Wertschätzung einer anderen Person, z. B. einer psychosozialen Fachkraft, kann die betroffene Person wieder Zugang zu ihrem organismischen Erleben gewinnen, Wertbedingungen wahrnehmen und Inkongruenzen auflösen (Behr et al. 2017, S. 11 ff.).

Finke (2019, S. 19 ff.) betont in diesem Zusammenhang den Unterschied zwischen Inkongruenz und Ambivalenz. Ambivalenz bedeutet das bewusste Erleben widersprüchlicher Gedanken, Impulse oder Gefühle. Inkongruenz wird von der betroffenen Person nur indirekt in Form von Symptomen wie Angst, körperlichem Unwohlsein oder innerer Spannung oder überhaupt nicht wahrgenommen. Speierer (1994) fasst dagegen auch bewusst erlebte innere Widersprüche unter dem Begriff der Inkongruenz zusammen. Finke sieht in dieser Definition eine Abkehr vom ursprünglichen Modell (Rogers 1959), das Inkongruenz vor allem als Beeinträchtigung der Symbolisierung sieht.

Finke (2019, S. 20 f.) erläutert den Unterschied zwischen Ambivalenz und Inkongruenz am Beispiel eines liebenden Mannes. Wenn er über seine Partnerin sage: „Einerseits liebe ich sie, andererseits habe ich aber oft auch Wut auf sie“, handle es sich um Ambivalenz. Inkongruenz liege dann vor, wenn er beteuert, dass er sie liebe, aus seinem Verhalten jedoch deutlich wird, dass negative Gefühle bestehen.

Das Inkongruenzmodell erweitern: Inkongruenzen als Folge von Wertbedingungen seitens wichtiger Bezugspersonen sind zweifellos eine wichtige Quelle psychischer Probleme und Störungen, aber nicht die einzige.

2.1. Speierer schlägt in seinen Arbeiten zum Differentiellen Inkongruenzmodell (Speierer, 1994, 2013) eine Erweiterung des Inkongruenzbegriffs vor, die ein besseres personenzentriertes Verständnis vieler Störungen erlaubt. Er unterscheidet drei Gruppen von Inkongruenzquellen:

- die **sozialkommunikative Inkongruenz** (das klassische Verständnis nach Rogers): Defizite an Wertschätzung, Empathie und Kongruenz in den persönlich bedeutsamen

Beziehungen entfremden das Selbstbild von der Erfahrung (Speierer, 1994, S. 58 f.) Diese Entfremdung entwickelt sich in der frühen Kindheit oder im späteren Leben durch nicht förderliche Beziehungserfahrungen zu Bezugspersonen.

Eine 24-jährige Bankkauffrau berichtete: „Jedes Mal, wenn mein Chef mich anspricht, werde ich rot. Es ist gar nicht schlimm, was er von mir will, aber ich denke immer, jetzt hast Du wieder etwas falsch gemacht. So geht es mir auch mit anderen Menschen. Immer denke ich, dass etwas nicht stimmt, mit meiner Kleidung, mit dem wie ich bin oder was ich sage.“ In einem späteren Gespräch erläutert sie: „Früher sind wir streng erzogen worden. Unsere Eltern waren nicht lieblos, und sie haben sich um uns gekümmert, aber wir mussten gehorchen. Wen mein Vater die Stirn gerunzelt hat, wusste ich schon: das war jetzt nicht richtig.“

In der Biographie dieser Frau spielen Wertbedingungen i. S. von Rogers (1959) eine entscheidende Rolle.

- Die **lebensereignisbedingte Inkongruenz** (bedrohlich erlebte schicksalhafte Lebensereignisse) (Speierer, 1994, S. 58 f.) entsteht durch schicksalhafte Veränderungen. Zu diesen gehören alle Schweregrade von Belastungen und Traumata, von Familienstreitigkeiten oder Arbeitsplatzverlust bis hin zum Erleben von sexuellem Missbrauch, Krieg, Terror und Folter.

Ein 29-jähriger Betriebswirt berichtete: „Seit meiner Jugend verbringe ich einen großen Teil meiner Freizeit in den Bergen. Mit meiner Freundin war ich oft klettern. Auch jetzt mussten wir bei der Besteigung eines Alpengipfels in einer Wand übernachten. Wir haben uns mit Seilen gesichert, alles war ganz normal. Am Morgen bin ich aufgewacht, ich rief nach meiner Freundin, aber sie antwortete nicht. Es war ein ganz unwirkliches Gefühl, aber dann wurde mir klar, dass sie nicht mehr lebt. Ich musste allein ins Tal zurück, sie wurde später geborgen. Das Bild, wie sie leblos in den Seilen hing, geht mir seitdem nicht mehr aus dem Kopf. Sie ist gestorben, ich habe es nicht verhindern können, und ich habe den wichtigsten Menschen in meinem Leben verloren.“

Bei diesem schicksalhaften Ereignis und dessen psychische Folgen spielten Wertbedingungen keine Rolle. Diagnostisch handelte es sich um eine posttraumatische Belastungsstörung (s. Behr et al., 2020, S. 276 ff.). Im Sinne von Rogers (1959) und nach dem Verständnis von Finke (2019) liegt keine Inkongruenz vor, da dem Betroffenen alle Erinnerungen, Gedanken und Gefühle bewusst waren. Auf der anderen Seite er litt massiv unter den sich aufdrängenden Bildern und unter dem plötzlichen Verlust seiner Partnerin. Er benötigte eine sofortige stationäre Krisenintervention und eine längerfristige psychotherapeutische Unterstützung.

- die **dispositionelle Inkongruenz** (Speierer, 1994, S. 59) bezeichnet innere Widersprüche als Folge einer biologisch vorgegebenen oder durch psychosoziale Einflüsse erworbenen Veranlagung für psychische Probleme und Störungen. Innere Widersprüche entstehen dabei nicht *durch* die Disposition allein, sondern durch das Zusammenspiel von Disposition und anderen biologischen und psychosozialen Faktoren.

Diese Form der Inkongruenz findet sich nach Speierer (1994, S. 54 ff.) bei zahlreichen psychischen Störungen mit genetischen Teilursachen. Inkongruenzen, d.h. innere Widersprüche zwischen Selbsterleben und Erfahrung entstehen bei diesen Personen in der Regel als Folge der psychischen Störungen.

2.2. Sekundäre Inkongruenz: Der Begriff der sekundären Inkongruenz wurde von Swildens (1993, S. 92) erstmals verwendet. Als primäre Inkongruenz bezeichnet er Zweifel an Selbstbewertungsprozessen, die in der Zeit der Entwicklung des Selbstkonzepts auftreten. Wenn ein bestehendes Selbstkonzept zu einem späteren Zeitpunkt, d.h. während des Schulalters, durch negative Erfahrungen erschüttert wird, spricht er von sekundärer Inkongruenz.

Bensel verwendet die Begriffe der primären und sekundären Inkongruenz in einem Beitrag zur personzentrierten Therapie der Alkoholabhängigkeit (Bensel, 2003) völlig anders. Innere Widersprüche, die als mögliche (Teil)ursachen des Trinkens in Frage kommen, bezeichnete er als primäre Inkongruenzen. Wenn diese als Folge des Konsums auftreten, spricht er von sekundären Inkongruenzen.

In diesem Beitrag soll der Begriff der sekundären Inkongruenz im Sinne der Definition von Bensel (2003) als Bezeichnung für Inkongruenzen verwendet werden, die als Folge psychischer Störungen auftreten.

Fallbeispiel (Behr et al., 2020, Kapitel B.3): Eine 47-jährige, seit zwölf Jahren an einer Schizophrenie erkrankte und seit acht Jahren pensionierte Lehrerin blickt auf die Zeit seit Beginn ihrer Erkrankung zurück: „Lehrerin war immer mein Traumberuf. Mit jungen Leuten zusammen sein, ihnen etwas beibringen, das war meine Welt. Nach meiner ersten Erkrankung ging das anfangs noch recht gut, aber es war anstrengender als vorher. Ich habe gedacht, die Medikamente brauche ich nicht, und sie lähmen mich. Irgendwann habe ich sie weggelassen. Dann haben andere Leute wieder angefangen, mich so merkwürdig anzuschauen, die Autos auf der Straße haben mich ausspioniert, ich wurde unruhig, konnte nicht mehr schlafen und musste wieder in die Klinik. Das hat sich mehrfach wiederholt, und ich musste einsehen, dass ich die Arbeit nicht mehr schaffe, und dass ich ohne Medikamente immer wieder krank werde. Trotzdem habe ich auch nach der Pensionierung immer wieder versucht, sie wegzulassen, weil ich so zugenommen habe, weil ich gezittert habe, und weil ich so langsam war. Aber es ging nicht. Jetzt bin ich froh, dass ich meinen Haushalt schaffe, dass ich mich um meine Kinder kümmern kann, und dass mein Mann zu mir hält. Ein normales Leben ist das nicht, aber es war alles schon einmal schlimmer.“

Die Betroffene beschreibt ihr Leiden unter den Krankheitssymptomen und den Nebenwirkungen der Behandlung und den Versuch, diese inneren Widersprüche durch Ignorieren der Krankheit zu lösen. Nach einigen Jahren ist es gelungen, ihre als Folge ihrer psychischen Störung entstandene Inkongruenz durch Akzeptieren der Krankheit und der medikamentösen

Rezidivprophylaxe abzumildern. Sie ist jetzt mit sich und ihrer Krankheit im Reinen, leidet aber weiterhin an den störungsbedingten Einschränkungen.

2.3. Schwere psychische Symptome ohne Inkongruenz: Bei manchen psychischen Störungen können schwere psychische Symptome bestehen, ohne dass die betroffene Person irgendeine Form der Inkongruenz erlebt, wie das folgende Fallbeispiel zeigt:

Eine 24-jährige Grafikerin berichtete: „In den letzten vier Wochen war ich in einer psychiatrischen Klinik, ich habe eine Manie durchgemacht. Begonnen hat alles vor einem Vierteljahr. Zunächst war das alles ganz angenehm. Arbeiten konnte ich bis zum Umfallen, und ich hatte viele Ideen, und die sahen richtig gut aus. Meine Laune war bestens, und ich hatte richtig Lust, einzukaufen. Abends bin ich weggegangen, aber das geht auch ins Geld, wenn man gut essen geht und sich danach noch ein paar Cocktails gönnt. Geschlafen habe ich in der Zeit nur wenig, aber das hat mich nicht belastet. Irgendwann ist alles aus dem Ruder gelaufen, ein genaues Bild davon habe ich immer noch nicht. Meine Freundinnen haben mich jedenfalls in aller Deutlichkeit darauf hingewiesen, dass ich ständig rede, dass ich sie nicht mehr zu Wort kommen lasse, ständig auf Achse bin und viel zu viel Geld ausbebe, und dass irgendetwas mit mir nicht stimmt. Langsam wurde mir klar, dass sie Recht haben. Sie haben mich zum Arzt gebracht, der hat mich dann in die psychiatrische Klinik eingewiesen, und dort haben sie mich behandelt. Jetzt ist gesundheitlich soweit alles wieder in Ordnung, aber ich habe Schulden, irgendwo im unteren fünfstelligen Bereich. Das ist nicht katastrophal, aber auch nicht ganz wenig, und was mir meine Freundinnen über mein Benehmen erzählen, klingt ebenfalls nicht gut. So etwas habe ich noch nie erlebt. Bisher bin ich mit meinem Leben gut zurechtgekommen, habe eine schöne Kindheit und eine etwas wilde Jugend gehabt, aber in der Familie, in der Schule und später an der Hochschule oder bei der Arbeit hatte ich nie Probleme. Meine Hauptprobleme sind die Schulden, und dass mir alles so peinlich ist. Ich traue mich kaum, meinen Freundinnen unter die Augen zu treten, und wer weiß, was ich ansonsten noch angestellt habe.“

Wertbedingungen in nennenswertem Umfang waren weder in Kindheit noch in der Zeit vor Beginn der Manie festzustellen. Während der Manie litt die Betroffene zunächst nicht unter ihren Symptomen, sie war mit sich im Reinen, es bestand demnach keine Inkongruenz. Nach außen hin wurde sie jedoch zunehmend auffällig. Die Interventionen ihrer Freundinnen verdeutlichten ihr dann, dass irgendetwas nicht in Ordnung war. Erst danach setzte das Inkongruenzerleben ein.

Dieses Fallbeispiel zeigt, dass schwere psychische Symptome nicht immer mit Inkongruenzen und subjektivem Leiden einhergehen. Die Betroffene in diesem Fallbeispiel empfand sich nicht als psychisch beeinträchtigt, obwohl sie nach außen als verändert wahrgenommen wurde. In der deskriptiven Psychopathologie (AMDP, 2018) wird dies als Mangel an Krankheitsgefühl und Mangel an Krankheitseinsicht bezeichnet. Der erste Schritt der Therapie bei dieser Betroffenen war das Fördern von

Zweifeln an der eigenen psychischen Gesundheit, d. h. ein Fördern der Inkongruenz. Diese Aufgabe wurde von den Freundinnen der Betroffenen übernommen.

Zusammenfassend umfasst das hier vorgestellte erweiterte Inkongruenzverständnis innere Widersprüche, die durch biologische, psychische und soziale Faktoren entstehen, und die Ursachen oder Folgen psychischer Störungen sein können. Es ist kompatibel mit dem Vulnerabilitäts-Stress Modell (Zubin & Spring, 1977; Nuechterlein & Dawson, 1984).

Bei manchen psychischen Störungen können schwere psychische Symptome bestehen, ohne dass die betroffene Person diese bemerkt oder darunter leidet. Insofern ist das Inkongruenzkonzept kein allgemeingültiges Erklärungsmodell für die Entstehung psychischer Störungen, sondern ein Modell des subjektiven Leidens an psychischen Problemen und Störungen.

Durch diese weitere Inkongruenzdefinition ist es möglich, die Grundidee der personenzentrierten Beratung und Psychotherapie als Hilfe bei der Auseinandersetzung mit inkongruentem Erleben beizubehalten.

3. Störungsspezifische Empathie, Akzeptanz und Kongruenz

3.1. Störungsspezifische Empathie

3.1.1. Einfühlend auf betroffene Personen und deren psychische Störung reagieren:

Personenzentrierte Interventionen beziehen sich auf den inneren Bezugsrahmen der Patienten / Klienten. Der innere Bezugsrahmen (Internal frame of reference, Rogers, 1951) bezeichnet das gesamte subjektive Erleben, das dem Bewusstsein einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt zugänglich ist. Er wird nicht nur durch die Person bestimmt, sondern auch durch andere Faktoren, beispielsweise durch ihre körperliche Krankheiten oder psychischen Störungen. Bei Personen, die an der gleichen psychischen Störung leiden, stimmen bedeutsame Aspekte des inneren Bezugsrahmens überein. Psychiatrische Diagnosen können auf diesem Weg Hinweise auf den inneren Bezugsrahmen geben. Damit sind psychiatrische Diagnosen mögliche Empathiehilfen (Luderer, 2008a; Luderer, 2008b, Luderer 2010; Behr et al., 2020).

Wer die Symptome und Verlaufscharakteristika der jeweiligen psychischen Störung sowie deren Auswirkungen auf das Erleben der betroffenen Personen kennt, kann schneller und vor allem treffender auf Äußerungen der von der Störung unmittelbar Betroffenen reagieren.

Zu den betroffenen Personen gehören auch die Angehörigen. Auch ihr Leben ändert sich durch psychische Störungen ihrer

Familienmitglieder in charakteristischer Weise. Das gilt auch für eine oft vergessene Gruppe von Angehörigen, die Kinder psychisch Kranker (Riedel, 2008, Beeck & Roedenbeck, 2016).

Die Fähigkeit, störungsbezogene Anteile des Erlebens einer Person zu erkennen und in Worte zu fassen, bezeichnen wir als *störungsbezogene Empathie*. Eine gelungene störungsspezifische empathische Reaktion ist eine Äußerung, welche die Art und Weise, wie die Betroffenen ihre Störung erleben, widerspiegelt. Die Betroffenen sollten sich, wie bei allen empathischen Reaktionen, im Gesagten wiedererkennen, und zwar in erster Linie in Bezug auf ihre Störung.

Wenn wir die störungsbedingten Aspekte des inneren Bezugsrahmens erkennen, ansprechen und gemeinsam mit den Betroffenen oder den Angehörigen bearbeiten, dürfen wir Betroffene nicht auf ihre Störung und Angehörige auf ihre Angehörigenrolle reduzieren. Psychische Störungen dürfen nicht den Blick auf die einzelne Person verstellen (Keil & Stumm, 2018; Binder, 2011). Die nicht störungsbezogenen Aspekte des inneren Bezugsrahmens müssen selbstverständlich Inhalt von Beratung und Psychotherapie bei psychisch Kranken bleiben.

3.1.2. Gespräche über schwere psychische Symptome: Empathie bei fehlender Krankheitseinsicht:

In der deskriptiven Psychopathologie (AMDP 2018) unterscheidet man zwischen Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht und Ablehnung der Behandlung. Mangel an Krankheitsgefühl bedeutet: Das *Erleben* einer von einer psychischen Krankheit betroffenen Person und die Einschätzung anderer Personen hinsichtlich der Schwere der Symptome unterscheiden sich. Mangel an Krankheitseinsicht heißt dagegen: Das *Urteil* der betroffenen Person und die Einschätzung Anderer hinsichtlich Art und Schwere der Erkrankung stimmen nicht überein. Von Ablehnung der Behandlung spricht man, wenn die Notwendigkeit oder der Nutzen einer Behandlung von der betroffenen Person und psychosozialen Fachkräften unterschiedlich beurteilt wird. Alle drei Symptome bezeichnen zwei unterschiedliche Phänomene: das Nicht-Wahrhaben-Wollen und das Nicht-Wahrhaben-Können der eigenen Krankheit und des Sinns der Behandlung.

Das *Nicht-Wahrhaben-Wollen* im Sinn von Verdrängen oder Verleugnen eigener Krankheiten findet man z. B. bei Suchtkranken, bei Betroffenen mit anderen psychischen Störungen ohne psychotische Symptome und nicht selten auch bei körperlich Kranken. Auch Personen ohne psychische Störungen oder körperliche Krankheiten weichen einer Auseinandersetzung mit ihren Problemen oft aus. *Nicht-Wahrhaben-Können* bedeutet dagegen: die Krankheit selbst verhindert, dass eine betroffene Person sie erkennen kann. Dieses Symptom ist bei Demenzen, bei akuten Schizophrenien und anderen Störungen mit akuten psychotischen Symptomen sehr häufig.

Empathie bei Schizophrenien mit fehlender Krankheitseinsicht:

Fallbeispiel (Behr et al., 2020, Kapitel B.3): Ein 35-jähriger Kfz-Mechatroniker berichtet: „An meinem Arbeitsplatz wird über mich geredet. Vor sechs Wochen hat das alles angefangen. Man sagt mir nach, dass ich rechtsradikal sein soll. Wenn ich in die Nähe von Arbeitskollegen komme, stecken sie die Köpfe zusammen und tuscheln ganz leise. Dabei höre ich aber ganz genau, was sie sagen: Der ist auch einer von denen, der hätte am liebsten den Hitler wieder da. Bisher hatte ich mich mit ihnen wirklich gut verstanden, und ich weiß nicht, warum sie solche Behauptungen aufstellen. Ich bin nicht rechtsradikal, aber die ganze Stadt ist voll von diesen Leuten. Man sieht es ihnen an, obwohl sie sich gut tarnen. Sie schauen mich an, als ob ich einer von ihnen wäre. Manchmal fahren sie auch um meine Wohnung herum. Ich glaube, die beobachten mich, ich weiß nicht, was sie vorhaben.“

Der Mechatroniker litt subjektiv unter der Beeinträchtigung durch andere Personengruppen. Er hörte, wie über ihn gesprochen wurde, wobei die Arbeitskollegen tatsächlich über ihn geredet hatten, aber sich nachvollziehbarerweise über seine plötzliche Veränderung ausgetauscht hatten. Der Inhalt des Gesprächs – er sei rechtsradikal – war eine akustische Halluzination, eine Sinnestäuschung, für ihn aber eine reale Wahrnehmung, die er krankheitsbedingt nicht von einer Täuschung unterscheiden konnte. Zudem sah er sich selbst als Opfer von Machenschaften, gegen die er kaum etwas unternehmen kann (Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn). Reale Ereignisse (die Blicke anderer Menschen, das Umherfahren von Autos) interpretierte er im Sinne seines Wahns. Auch den Wahn konnte er krankheitsbedingt nicht als Täuschung erkennen.

Bei ihm wurde die Diagnose einer Schizophrenie gestellt.

Zur Störung: Schizophrenien treten überall auf der ganzen Welt und in allen sozialen Schichten etwa gleich häufig auf. Etwa 1 % aller Menschen erkranken im Verlauf ihres Lebens, Frauen und Männer etwa gleich häufig, **Männer aber im Durchschnitt mit 22 Jahren, etwa fünf Jahre früher als Frauen. Die Krankheitsfolgen sind oft gravierend. 10 % sterben innerhalb der ersten zehn Krankheitsjahre an Suizid. 80 % sind langfristig nicht in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein. Viele Betroffene, vor allem Männer, bleiben unverheiratet und leben auch nicht in einer Partnerschaft.**

Während der akuten Krankheit können sich die Betroffenen oft nicht auf ihre Wahrnehmung und ihr Urteil verlassen. Sie leiden unter Sinnestäuschungen und Wahnsymptomen, und sie haben ohne Hilfe von außen meist keine Chance, diese als Täuschungen und ihre Krankheit als Krankheit zu erkennen. Die erste und wichtigste Aufgabe in Beratung und Psychotherapie ist es, die Symptome ernst zu nehmen, die Krankheit zum Thema zu machen und sie für eine Behandlung zu gewinnen.

Basis der Behandlung ist die medikamentöse Therapie mit Antipsychotika. Wesentliches Ziel der Beratung und Psycho-

therapie ist es, die Betroffenen dafür zu gewinnen, medikamentöse, psychotherapeutische und soziale Hilfe anzunehmen.

Zum Fallbeispiel: Der Betroffene in diesem Fallbeispiel war zunächst, wie viele seiner Leidensgenossen, nicht bereit, sich behandeln zu lassen. Aus dem internen Bezugssystem des Betroffenen ist diese Entscheidung nachvollziehbar. Wieso sollte er Medikamente einnehmen, wenn das eigentliche Problem die Rechtsradikalen in der Stadt und seine Arbeitskollegen sind?

Es ist empfehlenswert, Gespräche mit Betroffenen, die ihre Störung und ihre Symptome nicht als Krankheit wahrnehmen können, zu strukturieren und eine feste Reihenfolge angesprochener Themen einzuhalten. Im Kapitel B.3 unseres Lehrbuchs (Behr et al., 2020) empfehlen wir folgendes Vorgehen:

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

(2) Die Eigentümlichkeit des Erlebens ansprechen:

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

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

(3) Wenn die betroffene Person einer solchen Aussage zustimmt, kann sich die Frage anschließen: „Können Sie sich vorstellen, dass diese eigentümlichen Erlebnisse etwas mit einer Krankheit zu tun haben?“

Wenn die betroffene Person die Möglichkeit einer Krankheit in Erwägung zieht, kann sich die Frage: „Sollen wir versuchen, etwas dagegen zu unternehmen?“ anschließen.

(4) Wenn sie die Symptome weiterhin nicht als Ausdruck einer Krankheit sieht, sollten psychosoziale Fachkräfte aber auf keinen Fall versuchen, Krankheitseinsicht zu erzwingen. Sie sollten die Sichtweise der Betroffenen zunächst akzeptieren, die Ablehnung zusammenzufassen und die grundsätzliche Frage nach dem Vertrauen zu stellen.

„Irgendwie können wir uns nicht einigen. Sie merken ja, dass wir der Meinung sind, dass Sie krank sind und dass wir Ihnen gerne helfen möchten. Aber Sie denken, dass wir das alles falsch sehen. Darf ich eine ganz grundsätzliche Frage stellen? Denken Sie, dass wir es eigentlich gut mit Ihnen meinen, oder denken Sie, dass wir Ihnen schaden möchten?“

Viele Betroffene gestehen den behandelnden Personen an diesem Punkt des Gesprächs zu, dass sie es gut mit ihnen meinen. Dann können sie die Frage anschließen:

„Wäre es für in Ordnung, wenn wir Sie behandeln, obwohl Sie eigentlich meinen, dass das Unsinn ist?“

Erfahrungsgemäß akzeptieren nicht wenige Betroffenen einen solchen Vorschlag.

Empathie bei einer schweren Alkoholkonsumstörung mit fehlender Krankheitseinsicht:

Fallbeispiel: Ein 45-jähriger Fliesenleger, der wegen einer Alkoholvergiftung eine Nacht im örtlichen Krankenhaus behandelt werden musste, erklärte am nächsten Tag (Behr et al., 2020, Kapitel B.10):

„Gut, ich gebe zu, gestern Abend war es zu viel. Aber das Gerede wegen dem Alkohol kann ich trotzdem nicht mehr hören. Mein Chef – eigentlich ist er ja ganz in Ordnung – hat mir auch schon gesagt, ich bin ein Alkoholiker und ich muss eine Therapie machen, ansonsten wirft er mich raus. Ich weiß nicht, ich halte das alles für völlig übertrieben. Gut, es stimmt, in letzter Zeit war es vielleicht insgesamt etwas viel, und ich zittere etwas am Morgen, aber das ist doch kein Drama. Wenn ich eine Flasche Bier trinke, bin ich wieder fit, und ich bin ein guter Arbeiter, das hat er auch gesagt. Meine Frau sagt zwar auch, dass ich zu viel trinke, aber die regt sich sowieso wegen jedem Dreck auf.“

Wie sind diese Worte zu verstehen? Der Fliesenleger wird von verschiedenen Personen darauf aufmerksam gemacht, dass er zu viel trinkt und sich helfen lassen sollte. Von alledem möchte er nichts hören. Er nimmt zwar körperliche Veränderungen bei sich wahr, die er aber sofort als belanglos abtut. Die Hinweise anderer versteht er als Anschuldigungen, gegen die er sich verteidigt. Seine zentrale Aussage ist: die Anderen übertreiben maßlos, eigentlich ist bei ihm doch alles noch in Ordnung.

Bei ihm wurde die **Diagnose einer schweren Alkoholkonsumstörung (Alkoholabhängigkeit) gestellt. Zu Störung:** Alkoholkonsumstörungen sind durch die Folgen des Konsums und nicht durch die möglichen Ursachen gekennzeichnet. Ohne Alkoholkonsum gibt es keine Alkoholkonsumstörungen. Hintergründe des übermäßigen Konsums können schwere Belastungen und Traumata in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter sein. Das ist aber nicht immer so. Menschen können auch in einen übermäßigen Konsum hineingeraten, wenn sie die Alkoholwirkung als angenehm empfinden, keine negativen Wirkungen spüren und das gute Gefühl immer wieder haben wollen. Betroffene verspüren den Wunsch oder Zwang, Alkohol oder andere psychotrope Substanzen zu konsumieren (craving, umgangssprachlich Suchtdruck) und sie können Beginn, Beendigung und Menge des Konsums nicht mehr steuern. Wenn sie weniger konsumieren oder den Konsum beenden, treten Entzugserscheinungen auf. Im Laufe der Zeit brauchen sie immer größere Mengen der Substanz, um die gleiche Wirkung zu erzielen (Toleranzentwicklung), vernachlässigen andere Interessen und Tätigkeiten zugunsten des Substanzkonsums und konsumieren trotz körperlicher, psychischer oder sozialer Folgen weiter.

Suchtdruck, ungenügende Fähigkeit, den Konsum zu steuern und Entzugserscheinungen sind, vor allem bei Betroffenen mit einer langen Leidensgeschichte, lebenslang bestehende Symptome. Eine Rückkehr zum mäßigen, nicht schädlichen Konsum ist in der Regel nicht möglich. Daraus leitet sich die Abstinenz als wichtiges Therapieziel ab. Die beiden wichtigsten Ziele sind jedoch Lebenserhaltung und Therapieteilnahme. Aufgabe psychosozialer Fachkräfte ist es deshalb vor allem, die Betroffenen im Beratungs- oder Therapieprozess zu halten.

Es dauert meist lange, bis sich Menschen mit Alkoholabhängigkeit ihrer Krankheit bewusst werden. Anfangs trinken sie ohne körperliche, psychische und soziale Nachteile. Irgendwann sehen sie sich aber mit den ersten negativen Folgen wie morgendlichem Kater oder kritischen Bemerkungen von Familienangehörigen und anderen Personen konfrontiert. Sie versuchen, diese Folgen irgendwie zu erklären und kritische Äußerungen als übertrieben abzutun. Dann bemühen sie sich, ihren Konsum zu reduzieren, was ihnen oft nicht gelingt. Schließlich versuchen sie, das Trinken zu verbergen oder ihr Scheitern zu rechtfertigen, um wenigstens nach außen hin ein positives Bild aufrechtzuerhalten. Die mangelnde Krankheitseinsicht bei Personen mit schwerer Alkoholkonsumstörung ist im Gegensatz zur Schizophrenie oder der Manie keine unmittelbare Folge der Störung (Nicht-Wahrhaben-Können der eigenen Krankheit), sondern ein Nicht-Wahrhaben-Wollen, d. h. der Versuch, die Augen vor der unangenehmen Wahrheit zu verschließen. Irgendwann stellt sich für die betroffenen die Frage, wie sie aus diesem Teufelskreis herauskommen können.

Im Kapitel B.10 unseres Lehrbuchs (Behr et al., 2020) empfehlen wir ein Vorgehen, das im Rahmen des Motivational Interviewing (Miller, Rose, 2009) entwickelt wurde.

- Empathie zeigen, vor allem für die Ambivalenz und die Tendenz zur Selbstrechtfertigung bei den Betroffenen.
- Diskrepanz ansprechen: Alkoholranke deuten innere Widersprüche, die im MI als Diskrepanzen bezeichnet werden, im Gespräch meist nur ganz kurz an. Aufgabe der psychosozialen Fachkraft ist es dann, diese Andeutungen aufzugreifen und weiterzuentwickeln, ohne die betroffene Person durch eine Art Beweisführung in die Enge zu treiben.
- Mit Widerstand flexibel umgehen: Psychosoziale Fachkräfte sollen Ambivalenz und Widerstand als Symptom der Erkrankung betrachten und diesen Verhaltensweisen empathisch begegnen.

Wie könnte das bei dem Betroffenen im Fallbeispiel aussehen?

- Empathie gegenüber der Ambivalenz:
Einstieg in das Gespräch: „Eigentlich verstehen Sie die ganze Aufregung nicht?“
Auf einzelne Äußerungen bezogene Empathische Reaktionen:
Betroffener: „... ich zittere etwas am Morgen, aber das ist

doch kein Drama. Wenn ich eine Flasche Bier trinke, bin ich wieder fit.“

Psychoziale Fachkraft: „Wenn Sie zittern, spüren Sie, dass etwas nicht stimmt, aber wenn Sie etwas getrunken haben, ist alles wieder in Ordnung?“

- Diskrepanz ansprechen:

Betroffener: „... Mein Chef – eigentlich ist er ja ganz in Ordnung – hat mir auch schon gesagt, ich bin ein Alkoholiker ...“

Psychoziale Fachkraft: „... und dass ein Mensch, den Sie schätzen, sich Sorgen um Sie macht, das gibt Ihnen manchmal doch ein wenig zu denken?“

- Mit Widerstand flexibel umgehen:

Betroffener: „Meine Frau sagt zwar auch, dass ich zu viel trinke, aber die regt sich sowieso wegen jedem Dreck auf.“

Psychoziale Fachkraft: „... und dann denken Sie sich: Seid doch alle einfach still. Ich mache das schon richtig. Aber die Mahnung Ihres Chefs sitzt Ihnen trotzdem im Nacken.“

In Gesprächen dieser Art ist es wichtig, mit der Ambivalenz mitzugehen und nicht zu versuchen, die betroffene Person durch eine Art Beweisführung zu überzeugen.

3.1.3. Die Grenzen des Verstehens einer Person aus ihrem subjektiven Erleben heraus:

Der Personzentrierte Ansatz geht von einem konstruktivistischen Realitätsverständnis aus (Behr et al. 2017, S. 26 ff.). Helfende Personen sollen Betroffene aus ihrem inneren Bezugsrahmen heraus verstehen. Neben dieser subjektiven Realität gibt es in einem streng konstruktivistischen Verständnis keine „objektive“ Realität.

Diese Sichtweise kommt, wie die Fallbeispiele im vorigen Abschnitt erläutern, an Grenzen. Diese Grenzen werden offensichtlich, wenn Betroffene die „objektive“ Realität, nicht wahrhaben wollen, besonders aber dann, wenn die Wahrnehmung und Beurteilung der Realität störungsbedingt beeinträchtigt oder aufgehoben ist. Wenn eine von einer Schizophrenie betroffene Person plötzlich überzeugt ist, dass Arbeitskollegen ihren Computer manipulieren, obwohl sie mit diesen über Jahre gut zusammengearbeitet hat, handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine krankheitsbedingte Fehlbeurteilung der Realität (Wahn). Ähnliches gilt, wenn eine körperlich völlig gesunde Person mit einer wahnhaften Depression sicher ist, bald an einer schweren Krankheit zu sterben. Wenn eine in einem Heim lebende Bewohnerin mit einer Demenz sich an einem ihr bekannten Urlaubsort zu befinden meint und in der Nacht ihre dortigen Nachbarn besuchen möchte, kann diese örtliche und situative Desorientierung (AMDP, 2018) für die Bewohnerin gefährlich werden. Die für Versorgung, Beratung und Behandlung zuständigen Fachkräfte müssen dann verhindern, dass sie sich verläuft und hilflos durch die Straßen irrt.

Wenn eine 1,68 große Person mit einer schweren Anorexie 34 kg wiegt und der Überzeugung ist, viel zu dick zu sein, handelt es sich nicht um eine persönliche Sichtweise der Realität, sondern um eine schwere, potentiell lebensbedrohliche Körperschemastörung.

In allen genannten Fällen macht es eine schwere psychische Störung den Betroffenen unmöglich, die Realität angemessen zu beurteilen, obwohl diese für andere Personen offensichtlich ist. Aufgabe der jeweils helfenden Person ist es auch dann, von der subjektiven Realität als Gesprächsgrundlage auszugehen, die „objektive“ Realität aber im Kopf zu behalten und den Widerspruch zwischen den beiden Realitäten gegebenenfalls zu einem geeigneten Zeitpunkt anzusprechen.

Die Empfehlung, bestimmte Wahrnehmungen und Gedanken gegenüber den Betroffenen zunächst nicht und dann mit großer Vorsicht zu erwähnen, ist im personzentrierten Handeln durchaus üblich. Rogers (1975) spricht dies in einem späten Betrag über Empathie in folgender Weise an: „Die als empathisch – einfühlend bezeichnete Möglichkeit, mit einem anderen Menschen zusammen zu sein ... bedeutet, die persönliche Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten, ... die Gefühlsbedeutungen, deren er/sie sich kaum bewusst ist, zu erfühlen, dabei aber nicht zu versuchen, Gefühle aufzudecken, deren sich der andere völlig unbewusst ist, denn das wäre zu bedrohlich.“

Damit drückt Rogers indirekt aus, dass helfende Personen manchmal durchaus über Erkenntnisse verfügen, die noch nicht Bestandteil des bewussten Erlebens der betroffenen Person sind. Diese Erkenntnisse sollen sie manchmal nicht sofort, sondern zu einem geeigneten Zeitpunkt und in geeigneter Weise ansprechen.

Bei schweren psychischen Störungen hängt die Entscheidung, wann der geeignete Zeitpunkt und was die geeignete Weise ist, den Widerspruch, d. h. die Inkongruenz zum Thema zu machen, oder ob es überhaupt hilfreich ist, von der Störung und von den Umständen ab.

3.1.4. Störungsspezifische Empathie bei anderen Gruppen Betroffener:

Zentrale Inhalte störungsspezifischer empathischer Interventionen sind zum einen Belastungen und Traumata vor Beginn der Störung und zum anderen die sekundären Inkongruenzen, d. h. das Leiden an den Folgen der jeweiligen Störung. Bei allen Störungen ist es deshalb wichtig, Biographien ernst zu nehmen, Symptome ernst zu nehmen, die Krankheit und gegebenenfalls die medikamentöse Behandlung zum Thema zu machen, und bei alledem die Angehörigen der Betroffenen nicht zu vergessen.

Diese Grundprinzipien wollen wir im Folgenden am Beispiel der ADHS erläutern.

Störungsspezifische Empathie bei ADHS: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine neurobiologische Entwicklungsstörung, die im Kindesalter beginnt und in mindestens 50 % der Fälle im Erwachsenenalter weiterbesteht. Genetische Faktoren sind für ihre Entstehung sehr bedeutsam. Die Betroffenen haben Probleme, ihre Aufmerksamkeit bestimmten Aufgaben zuzuwenden und aufrechtzuerhalten, sind innerlich unruhig, und vor allem Kindern fällt es schwer, still sitzenzubleiben. Manche von ihnen reagieren oft impulsiv und denken dabei nicht an die Konsequenzen ihres Handelns, selbst wenn diese leicht vorhersehbar sind (Behr et al., 2020, Kapitel B.2).

Fallbeispiel:

Eine 32-jährige, verheiratete Bürokauffrau: „Meine Kindheit war der Horror. Meine Eltern haben mich ständig kritisiert, mir gesagt, dass ich eine Versagerin bin. Im Kindergarten soll ich „bockig“ gewesen sein, ich habe oft Wutanfälle bekommen. Die fand ich damals berechtigt, denn die Erzieherinnen haben ständig mit mir geschimpft, und die anderen Kinder haben mich gehänselt und gemieden. Ich habe überhaupt nicht verstanden, warum.“

In der Schule habe ich die mittleren Reife gerade so geschafft, obwohl ich alles schnell begriffen habe. Die Hausaufgaben habe ich oft vergessen, und wegen der vielen Flüchtigkeitsfehler habe ich bei schriftlichen Arbeiten nie eine gute Note bekommen. Langeweile war schon immer furchtbar für mich. Wenn mir langweilig ist, mache ich irgendetwas, nur nicht das, was ich soll. Was ich verschieben kann, verschiebe ich. Natürlich holt mich das irgendwann ein, und dann fühle ich mich wieder als Versagerin.“

Was sollten helfende Personen über ADHS wissen? ADHS-Betroffene haben es als Kinder und als Erwachsene schwerer als ihre Altersgenossen. Es ist für sie mühevoller, sich zu konzentrieren, zu lernen, sie vergessen vieles, und ihnen unterlaufen viele Flüchtigkeitsfehler. Sie werden von Eltern und Lehrern kritisiert und beschimpft, geraten in Streit mit Gleichaltrigen und erregen den Unmut von Erwachsenen.

Von ADHS betroffene Personen leiden in allererster Linie an ihren Symptomen und vor allem an deren Folgen, denn das Leben mit ADHS ist anstrengend: Was für Andere selbstverständlich ist, ist bei ADHS-Betroffenen nur mit hohem Aufwand erreichbar. Das ist aber für die Betroffenen normal. Sie kennen sich nicht anders, aber sie stehen vor der Aufgabe, Unaufmerksamkeit, Unruhe, Impulsivität, Gefühlsschwankungen und andere Symptome bei sich zu erkennen und sich nicht von ihnen beherrschen zu lassen. Dabei benötigen sie Hilfe.

Wegen ihrer für andere Personen irritierenden Symptome erleben sie oft seit dem Kindesalter Ablehnung und Zurückweisung durch Eltern, Erwachsene und Gleichaltrige bis hin zur körperlichen oder sexuellen Gewalt. Es hilft ihnen, über ihre Erinnerungen zu sprechen.

Eine medikamentöse Behandlung ist nicht bei allen Betroffenen erforderlich. Sie ist aber die mit Abstand effektivste Möglichkeit, ADHS-Symptome zu reduzieren und damit psychosoziale Folgen und sekundäre Inkongruenz zu vermindern.

Eltern und Geschwister sowie (Ehe-)Partner sind ebenfalls von der Krankheit betroffen. Wenn sie in die Behandlung einbezogen werden, fällt es ihnen leichter, das Verhalten der Betroffenen nachzuvollziehen und gelassener damit umzugehen.

3.2. Störungsspezifische Akzeptanz und Kongruenz bei psychisch Kranken

Betroffene bedingungsfrei wertschätzen und ihnen gegenüber echt sein: Es ist nie ganz leicht, andere Menschen so zu nehmen, wie sie sind. Bei Personen mit psychischen Störungen bringen die Symptome dieser Störungen zusätzliche Probleme mit sich, akzeptierend und kongruent zu sein.

Viele Personen mit Angststörungen meiden Situationen, in denen Ängste auftreten und engen dadurch ihr Leben immer mehr ein. Manche Zwangskranke waschen sich ihre Hände so oft, dass sie ihre Haut massiv schädigen. Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen verletzen sich selbst, sodass die Unterarme immer mehr durch Narben verunstaltet werden. Alkoholkranke trinken trotz negativer Folgen weiter und zerstören dadurch ihr Leben, ihren Körper und bringen viel Leid über ihre Familie. Bei psychosozialen Fachkräften löst dies nicht selten Gedanken aus, die Betroffenen sollten doch einfach aufhören, sich zurückzuziehen, sich ständig zu waschen, sich zu verletzen oder zu trinken.

Diese Gedanken veranlassen viele Personen, Betroffene mit bestimmten psychischen Störungen als Personen abzulehnen. Psychosoziale Fachkräfte stehen aber vor der Aufgabe, das Leiden der Betroffenen an diesen Symptomen zu verstehen, d. h. einführend auf die betroffene Person und deren psychische Störung zu reagieren (störungsspezifische Empathie). Sie sollten zudem in der Lage sein, die betroffenen Personen in ihrer Krankheit anzunehmen und bedingungsfrei wertzuschätzen (störungsspezifische Akzeptanz). Schließlich sollten sie willens und in der Lage sein, ihnen gegenüber in Bezug auf ihre Person und ihre Krankheit echt zu sein. Sie sollten den Prozess der Diagnostik, der Beratung und der Therapie transparent gestalten, das störungsbezogene Wissen mit den Betroffenen teilen und die therapeutischen Entscheidungen soweit wie möglich gemeinsam treffen.

Empathie, Akzeptanz und Echtheit stehen in einem Spannungsfeld und widersprechen sich manchmal. Empathie und Akzeptanz ohne Echtheit sind verlogen. Echtheit ohne Empathie und Akzeptanz ist rücksichtslos. Das gilt auch bei der Kommunikation mit schwer psychisch Kranken. Hierzu zwei Beispiele:

Im Umgang mit Betroffenen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind und unter Halluzinationen und Wahnsymptomen leiden, sollen helfende Personen nicht so tun, als teilten sie den Wahn (Knieneder, 2014, S. 141 ff.), denn das wäre eine bewusste Lüge. Vor allem bei einem chronischen, seit langem bestehenden Wahn ist es aber oft problematisch, den Betroffenen ungefragt ins Gesicht zu sagen, dass wir ihren Wahn nicht teilen. Die Betroffenen wissen das ohnehin, denn die Situation in einer Beratungsstelle, Praxis oder Klinik erlaubt keinen anderen Schluss. Wenn Betroffene direkt fragen, ob wir ihrer wahnhaften Einschätzung der Realität folgen, sollten wir natürlich ehrlich antworten.

Bei *Demenzen* hat die Korrektur von Orientierungsstörungen oder Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen nur bei einer psychopathologischen Untersuchung Sinn, um der betroffenen Person die Gelegenheit zu geben, Irrtümer selbst zu korrigieren. Wenn das nicht mehr möglich ist, werden Korrekturen von außen zur Qual. Die Betroffenen registrieren ihr Scheitern zwar in irgendeiner Weise, können aber nichts mehr dagegen tun. Deshalb ist der Verzicht auf Sachdiskussionen und Korrekturen eine feste Regel im professionellen Umgang mit Demenzkranken.

Störungsspezifische Empathie, Kongruenz und Akzeptanz sind als Teil der allgemeinen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz zu verstehen. Im Kontakt mit psychisch Kranken sind sie von zentraler Bedeutung für den Aufbau und die Gestaltung der Beziehung zwischen psychosozialen Fachkräften und Betroffenen.

4. Fazit

Dieser Beitrag beinhaltet Vorschläge zum Umgang mit deskriptiven Diagnosen, zur Erweiterung des klassischen Inkongruenzmodells und zur Erweiterung des Spektrums empathischer Reaktionen.

Unserer Auffassung nach ist es möglich, Diagnosen zu stellen, die gesamte Person im Blick zu behalten und dadurch das in den vergangenen Jahrzehnten immer weiter angewachsene Wissen über psychische Störungen in das personenzentrierte Menschenbild zu integrieren.

Das von Speierer (1994) beschriebene erweiterte Modell der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung beschreibt die psychischen, sozialen und biologischen Faktoren, die eine Person in psychische Probleme und Störungen hineinführen (primäre Inkongruenzen). Das von Bensel (2003) für das Verständnis von Personen mit schweren Alkoholkonsumstörungen entwickelte Modell der sekundären Inkongruenz wurde von uns erweitert. Es beschreibt jetzt die inneren Widersprüche, die als Folgen psychischer Probleme und Störungen auftreten. Diese beiden Gruppen innerer Widersprüche – primäre und sekundäre Inkongruenzen – gilt es, gemeinsam mit den betroffenen Personen aufzufinden, anzusprechen und zu bearbeiten.

Das Modell der störungsspezifischen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz richtet den Blick auf typische Formen und Inhalte des Erlebens bei Personen, die von psychischen Störungen

betroffen sind. Dies macht es möglich, nicht nur die betroffene Person, sondern auch ihre psychosoziale Situation und ihre psychischen Störungen zu verstehen und das Verstandene mit den Mitteln des personenzentrierten Ansatzes zu kommunizieren.

Literatur

- Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A., & John, C. (2006). The Reliability of Psychiatric Diagnosis Revisited: The Clinician's Guide to Improve the Reliability of Psychiatric Diagnosis. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 3(1), 41–50.
- Ackerknecht, E. H. (1985). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, 3. Auflage. Stuttgart: Enke
- AMDP (Hrsg.) (2018). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychischer Befunde*. Göttingen: Hogrefe
- American Psychiatric Association (APA) (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-I)* (1st ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)* (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* (3rd ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Ash, P. (1949). The reliability of psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 44, 272–276.
- Beeck, K. & Roedenbeck, M. (Hrsg.) (2016). *Kindheit im Schatten-Wenn Eltern krank sind und Kinder stark sein müssen*. Berlin: Ch. Links Verlag.
- Behr, M.; Hüsson, D.; Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2017). *Gespräche hilfreich führen. Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Behr, M.; Hüsson, D.; Luderer, H. J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen. Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen*. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 34, 67–74.
- Binder, U. (2011). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. *Person* 15(1), 37–43.
- Bleuler, E. (1969). *Lehrbuch der Psychiatrie*, 11. Auflage. Neubearbeitet von M. Bleuler. Berlin: Springer.
- Boy, A. V. (1989). Psychodiagnosis: A person-centered perspective. *Person-Centered Review*, 4(2), 132–151.
- Brodley, B. T. & Brody, A. (1996). Can one use techniques and still be client-centered? In: Hutterer, R.; Pawlowsky, G.; Schmidt, P. F. & Stipits, R. (eds.). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion*. Frankfurt/M.: Peter Lang, S. 369–374.
- Cooper, R. & Blashfield, R. K. (2016). Re-evaluating DSM-I. *Psychological Medicine* 46(3), 449–456
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2015). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper*. 8. Überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H.; Mombour, M. & Schmidt, M. H. (1991, 2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*. Klinisch-

- diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern. 10. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fähndrich, E. & Stieglitz, R.D. (2018). *Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes*. Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (2019). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Störungstheorie-Beziehungskonzepte-Therapientechnik*. München: Reinhardt.
- Freyberger, H.J.; Ermer, A. & Stieglitz, R.D. (2012). Psychische Untersuchung und Befunderhebung. In: Freyberger, H.J.; Schneider, W. & Stieglitz, R.D. (2012). *Kompendium der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*. Bern: Huber.
- Harvey, P.D.; Heaton, R.K.; Carpenter Jr., W.T.; Green, M.F.; Gold, J.M. & Schoenbaum, M. (2012). Diagnosis of schizophrenia: Consistency across information sources and stability of the condition. *Schizophrenia Research* 140(1-3), 9-14.
- Horwitz, A.V. (2014). *DSM-I and DSM-II*. Wiley Online Library, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118625392.wbecp012>
- Jaspers, K. (1946). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York. 1. Auflage: Springer, Berlin 1913, 1920, 1923; 4., völlig neu bearbeitete Auflage: Berlin und Heidelberg 1946. Seitdem weitere unveränderte Auflagen.
- Keil, W.W. & Stumm, G. (2018). Diagnostik und Indikation. In: Stumm, G. & Keil, W.W.: *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Knienider, P. (2014). *Paranoia. Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Luderer, H.J. (2008a): Schizophrenie. In: Hermer, M, & Röhrle, B. (Hrsg.). *Handbuch der Therapeutischen Beziehung*. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 835-864.
- Luderer, H.J. (2008b). Empathie, accepziebereithed en congruentie in de omgang met psychisch zieke patienten: psycho-educatie met een persoonsgerichte orientering. *Tijdschrift Clientgerichte Psychotherapie* 36, 101-121.
- Luderer, H.J. (2008c). Gesprächspsychotherapeutische Aspekte der Psychoedukation. In: Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, S. 235-243.
- Luderer, H.J. (2010). Psychoedukation in personenzentrierter Orientierung: Empathie bei schweren psychischen Störungen. In: Speierer, G.W. & Barg, M.: *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung aktuell. 40 Jahre Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Mearns, D. (1997). *Person-centered counseling training*. London: Sage.
- Miller, W.R. & Rose, G.S. (2009). Toward a theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist* 64: 527-537.
- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin* 10(2), 300-312.
- Pies, R. (2007). How „objective“ are psychiatric diagnoses? (guess again). *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 4(10), 18-22.
- Riedel, K (2008). *Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern*. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin. Deutsch: Rogers, C.R. (1973). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationship as developed in the Client-Centered Framework. In: Koch, S. (ed.) *Psychology: A Study of a Science Vol. 3*. New York: Mc Graw-Hill, S.184-256. Deutsch: Rogers, C.R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*, Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C.R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist* 5, 2-10. Deutsch: Rogers, C.R. (1980). Empathie - eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers, C.R. & Rosenberg, R.L. (1980). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart, Klett Cotta, S.75-93.
- Scharfetter, C. (1976). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Shorter E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 59-67.
- Speierer, G.W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.W. (2013). Die Differenzierung der Inkongruenz als Ansatzpunkt von Beratung. In: Gahleitner, S.; Maurer, I.; Ploil, E. O. & Straumann, U. (Hrsg.)(2013). *Personenzentriert beraten: alles Rogers?* Weinheim: Beltz-Juventa.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry* 35(6), 773-782.
- Swidens, H. (1993). Primäre und sekundäre Inkongruenz in der Praxis. In: Eckert, J.; Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1*. Köln: GwG, 121-132.
- Vié, J.& Baruk H. (2000). Geschichte der Psychiatrie. In: Toellner R (Hrsg.): *Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 4*. Augsburg: Bechtermünz, S.1945-1985.
- WHO (ed.) (2018). ICD-11. *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. <https://icd.who.int/browse11/m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f334423054>
- WHO (Hrsg.)(1948, D: 1950). *ICD-6. Handbuch der internationalen statistischen Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/historie/icd-vorgaenger/icd-6/>
- Wing, J.K.; Cooper, J.E. & Sartorius, N. (1974). *The description and classification of psychiatric symptoms.: An instruction manual for the PSE and CATEGO system*. London: Cambridge University Press.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103-126.

Das Bilderalphabet der Träume

Die Sprache der Träume übersetzen und sich selbst verstehen

Margarethe Letzel

Luzern

Der Artikel stellt einen Zugang zum Verstehen von Träumen vor, der von folgender Arbeitshypothese ausgeht: Träume leisten einen wesentlichen Beitrag, um Erfahrungen in Sprache zu fassen und zu verstehen. Die konkrete – sogar wortwörtliche – Übersetzung der Traumbilder in Sprachbilder wird zum Schlüssel für das Verstehen. Die Autorin entwickelte dieses Vorgehen im Verlauf von über zwei Jahrzehnten ihrer schriftlichen Beratungstätigkeit sowie in ihrer psychotherapeutischen Arbeit: das Bilderalphabet der Träume. Zentral ist dabei das In-Worte-Fassen der Bildergeschichte aus dem Traum auf verschiedenen Abstraktionsebenen. Personzentrierte (PCA) Psychotherapie-Theorie verbindet sich dabei mit neurowissenschaftlichen Befunden aus der Traumforschung und evolutionspsychologischen Überlegungen zum Thema Sprachentwicklung. Fall-Beispiele illustrieren das Vorgehen.

Schlüsselwörter: Träume, Sprache der Träume, Traum-Texte, Versprachlichung von Erfahrung, Verbalisieren, Symbolisieren, Integration von Erleben, Abstraktionsebenen und Sprache

Finding words for our experiences—our dreams. On translating the language of dreams and understanding yourself. This article offers an approach for understanding dreams with the following hypothesis: Dreams are essentially important to the finding of words for experiences and for the understanding of what we have experienced. The actual—even literal—translation of dreams into verbal language is the key for understanding. The author developed this approach while she wrote as a counsellor for a magazine for more than two decades and in her own psychotherapeutic practice: the alphabet of images of our dreams. The core concept is the process of verbalizing the dream on the various levels of abstraction. The theory of the Person-centred Approach (PCA) is linked to results of neuroscientific research on dreams as well as evolutionary psychological thoughts on the development of language. Two examples illustrate the approach.

Keywords: Dreams, language of dreams, texts on dreams, finding words for experiences, verbalization, symbolization, integration of experience, levels of abstraction in language

Wie kann es sein, dass ein Brief, der einen belastenden, chronisch wiederkehrenden Traum bespricht, diesen Traum einfach zum Verschwinden bringt? Zu Beginn meiner Tätigkeit als Lebensberaterin bei einer wöchentlich erscheinenden Zeitung¹ hielt ich das für ausgeschlossen. Als sich solche Reaktionen im Lauf der Jahre häuften, beschloss ich, der Sache auf den Grund zu gehen. Mein Befund lautet: Es ist unmittelbar der Prozess der sowohl abstrahierenden als auch einführenden Versprachlichung der Traumabläufe selbst, der das Verstehen

auf die Hand legt. Verbindungen mit der Personzentrierten Psychotherapie-Theorie, den neurowissenschaftlichen Befunden der Traumforschung sowie zu evolutionspsychologischen Konzepten zur Entwicklung von Sprache unterstreichen diese Beobachtungen aus der Praxis.

PCA-Ausgangspunkt

Personen, die von ihren Träumen geplagt waren, hatten sich an mich gewandt – schriftlich, im Rahmen meines Beratungsmandats oder mündlich in therapeutischen Sitzungen in meiner Praxis. Sie hatten erlebt, dass nachts etwas in ihnen vorging,

Margarethe Letzel, 1957, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Supervisorin und Lehrtherapeutin pca.acp, Kursleiterin, Buchautorin zum Thema Träume „Was macht der Eisbär in meinem Bett?“, Assisting Editor bei Person-Centered & Experiential Psychotherapies sowie Beirätin bei PERSON, seit 1987 in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig. Adresse: CH-6004 Luzern, Hertensteinstrasse 29, letzel@praxiszumstein.ch

1 Coopzeitung. Lebensberatungskolumne Letzel. April 1993 bis August 2014

was im Wachzustand nicht zu verstehen war. Das nächtliche Geschehen war fremd, jagte oft Angst ein oder bedrückte tagsüber wie ein bleibender Schatten. In der PCA-Therapientheorie sprechen wir von einer Erfahrung der Inkongruenz: „Im Verlaufe der organismischen Erfahrung wird eine Erfahrung, die nicht in Übereinstimmung mit der Selbststruktur ist (und den darin enthaltenen Bewertungsbedingungen) unterschwellig als bedrohlich wahrgenommen“ (Rogers, 1959a/1987, S. 52). Das Träumen ist klassischerweise eine solche Erfahrung: Plötzlich taucht eine unverständliche, emotionsgeladene Bildergeschichte in mir auf, mir selbst zunächst nicht zugänglich. Für die PCA-Theorie formuliert das Finke (2003, S. 320) so: „Das Traumgeschehen und die einzelnen Traumbilder werden verstanden als Ausdruck der organismischen Bewertung, als die ganzheitlich-erlebnishaft Stellungnahme des Individuums. Seine Gefühle und Wünsche werden im Traum weniger stark verzerrt symbolisiert wie im Wacherleben, in welchem sie unter Umständen sogar ganz von der Symbolisierung ausgeschlossen sind. Im Traum zeigen sie sich, wenn auch in eigentümlicher Bildsprache.“ Der Traum konfrontiert die träumende Person mit einer Unstimmigkeit, was zur Quelle von Angst wird.

Die Träume erfuh ich tatsächlich vor allem dann, wenn sie Angst erregten. Meine Grundhaltung als Personzentrierte Psychotherapeutin zum Phänomen Traum war: Wenn der Traum für die betroffene Person ein solches Gewicht hat, dann ist dieser, wie jede andere Erfahrung auch, ernst zu nehmen. Gleichzeitig hatte ich nur ein sehr vages Konzept dazu, was Träume sind. Sie schienen eine Notwendigkeit des Organismus zu sein, ein (meist) bildhafter Ausdruck von Vorgängen, die oft für das Individuum selbst schwer zu entziffern waren. Die Beratungstätigkeit für die Zeitschrift zeigte mir, wie viele Menschen von besonders eindrücklichen oder chronisch wiederkehrenden Träumen betroffen sind. Die Frage, vor der ich stand, war also: Wie kann sich eine solche Person selbst helfen?

Selbstverständlich taten diese Menschen dies, indem sie *in Kontakt traten*, in diesem Fall schriftlich, per Brief oder Mail. Sie stellten also eine Beziehung her. Als Person, die helfen wollte, versuchte ich, der anfragenden Person wertschätzend und empathisch zu begegnen. Das heißt, ich versuchte, mich in das Traum-Erlebnis so hineinzusetzen, als ob ich selbst das Geschehen erlebt hätte. Gleichzeitig war ich die Beteiligte außen an der Seitenlinie und konnte einen Blick von außerhalb zur Verfügung stellen. Zum Auftakt deklarierte ich jeweils offen, dass ich auch nicht wisse, was der Traum bedeute. Ich versuchte, als Gegenüber einführend und kongruent präsent zu sein.

Da es sich oft um einen schriftlichen Kontakt handelte, stand mir ausschließlich die verbale Ebene zur Verfügung, um mein Verstehen und mein Einfühlen zum Ausdruck zu bringen. Das, was ich eingangs als Nachteil empfand, sollte sich als unerwartet ergiebig erweisen. Die Sprache wurde zum Schlüssel.

Zu den notwendigen Voraussetzungen beschäftigte mich auch die Frage, wie sich eine Angst verringemde Atmosphäre gestalten ließe. Das Angebot des Beratungsmandats beinhaltete eine schriftliche Antwort auf eine Anfrage; alles andere hätte dessen Rahmen gesprengt. Rogers (1961a/1998, S. 47) hatte diese Notwendigkeit von einem Angst reduzierenden Klima für einen förderlichen Prozess seinerzeit so formuliert: „Wenn ich eine gewisse Art der Beziehung herstellen kann, dann wird der andere die Fähigkeit in sich selbst entdecken, diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen, und Veränderung und persönliche Entwicklung finden statt.“

Im Umgang mit Träumen bekommt diese Erkenntnis eine besondere Facette, denn es geht auf eine besondere Art um die Beziehung zu sich selbst oder wie Schmid (1992, S. 395) es beschrieb: „Der Traum ist ein Encounter mit sich selbst.“ Was einmal mehr heißt: Es geht darum, (auch) sich selbst zuzuhören. Was meine ich selbst, die Träumerin, denn mit dem Geträumten? Deutungen von außen sind keine Antworten für die Fragen, vor die man sich durch den Traum gestellt sieht.

Der Personzentrierte Ansatz hat sich auf verschiedene Weise mit dem Verstehen von Träumen befasst. So unterstreicht Keil (2002, S. 430): „Wenn es das legitime und sogar notwendige Ziel Klientenzentrierter Psychotherapie ist, vermittelt der Grundhaltungen Inkongruenzen gewahrt werden zu lassen, oder implizit wirksames Erleben wiederherzustellen, dann gewinnt gerade auch der Traum eine besondere Rolle und Wichtigkeit für den therapeutischen Prozess. Nach unserem allgemeinen Verständnis nimmt ja der Traum eine Brückenstellung zwischen unbewusstem und bewusstem Erleben ein und er kann von daher ein wichtiges Hilfsmittel beim Erreichen der geschilderten Therapieziele sein.“

Schmid (1992, S. 395) betont: „Der Traum ist ein allnächtliches Encounter mit Anteilen der Person, das offene Möglichkeiten und Entwicklungschancen anzeigt. Einem Kunstwerk vergleichbar ist ein adäquates Verständnis des Traums nicht durch Deutung, sondern durch Empathie zu erreichen. Der Psychotherapeut bedarf daher statt besonderer Techniken des respektvollen Interesses am Träumer und seinem Erleben, will er personzentriert und nicht traumzentriert arbeiten.“

Die verschiedenen Vorgehensweisen, die sich auf dem Gebiet des PCA entwickelten, setzen verschiedene Schwerpunkte. Gendlin legt die Betonung auf den Felt Sense, ein aufmerksames Registrieren der körperlichen Reaktionen, die das Ganze meinen. „Man richtet seine Aufmerksamkeit auf etwas Unbestimmtes, etwas, das man normalerweise nicht wahrnimmt. Es ist zweifellos da, dieses eigenartige Gefühl in Ihrem Körper. Sie können aber nicht sagen, was es ist. Zuerst erscheint es als so etwas Vages, kaum Beachtenswertes. ‚Das ist nichts‘, werden Sie sagen. ‚Was könnte aus dem entstehen?‘ Aber genau so ‚hat

Ihr Körper den Traum. In diesem ‚Felt Sense‘ ist alles enthalten, was Ihr Organismus weiß. Und noch mehr. Er bestimmt auch, welchen Schritt Ihr Organismus als nächstes benötigt“ (Gendlin, 1986/2009, S. 19). Gendlins Zugang läuft über das Fokussieren auf die körperliche Wahrnehmung, wie Wiltschko (2003, S. 115ff) ausführt: „Ein Felt Sense ist also immer bezogen auf ein ‚Etwas‘, er ist das *Ganze* der impliziten Lebensaspekte, die der Körper in Bezug auf dieses Etwas ‚trägt‘; in ihm sind vergangene Erfahrungen und die gegenwärtige Situation implizit ‚enthalten‘ – nicht schon explizit geformt, sondern als vorbegriffliche, gespürte, ungeteilte Ganzheit – und er kann den nächsten Schritt implizieren, der den Lebensprozess fortsetzen wird.“ Vossen (1988, S. 30) entwickelte ein weiteres PCA-Vorgehen, das er den „Traum-Spaziergang“ nennt: „Entsprechend der Abfolge des Traums bleiben sie [der Klient und die Therapeutin, Anm. d. Red.] bei jedem Bild, bei jedem Detail stehen, betrachten es gemeinsam und teilen ihre Erfahrungen miteinander, um so die im Traum eingeschlossenen Erlebnis- und Bedeutungsgehalte zugänglich zu machen.“ Als wesentliche Vorgehensweise vonseiten der therapeutischen Fachperson beschreibt er das empathische Übersetzen und Paraphrasieren dessen, was ihm erzählt wird. Vossen definiert die Unterschiede zwischen seiner und Gendlins Vorgehensweise so: „Was Gendlin sieht – und er sieht vieles – transformiert er zur Frage oder zur Instruktion und lässt den Klienten darauf fokussieren. Aber er wagt sich nicht weiter, wahrt Abstand zum Klienten. Demgegenüber halte ich dauernd empathischen Kontakt, bleibe in partizipativer Verbundenheit mit dem Klienten und folge der Rogers’schen Linie“ (Vossen, S. 38). Vossen unterstreicht die Rolle der (empathischen) Sprache und des Übersetzens des Bildes in ein Sprachbild und er berichtet, wie es häufig jeweils gerade das Paraphrasieren ist, das das Besprechen des Traums zum berührenden Aha-Erlebnis macht, wenn diese Übersetzung das Gemeinte des Traums offensichtlich werden lässt. Diese Erfahrung (ohne dass ich Vossens Arbeit damals gekannt hätte) greift der Zugang vom Bilderalphabet ebenfalls auf, wie ich zeigen werde.

Finke (2013, S. 66) vertritt einen dialogisch-phänomenologischen Ansatz: „Auch ein personenzentriertes Arbeiten mit Träumen ist aber keinesfalls ein quasi rein monologisches Unternehmen des Klienten, bei dem der Therapeut sich darauf zu beschränken hätte, lediglich die Selbstdeutungen seines Klienten nachvollziehend zu bestätigen. Vielmehr sind in einem dialogischen Prozess zwischen Klient und Therapeut die verschiedenen Verstehensmöglichkeiten eines Traumes miteinander abzugleichen. Die Expertise des Therapeuten besteht dabei u. a. auch darin, die Mitteilungen seines eigenen Verstehens, also seine Verstehensangebote, so auf die Äußerungen des Klienten abzustimmen, dass dieser angeregt wird, seine

Selbstwahrnehmung ständig zu erweitern und seine Selbstexploration und Selbstreflexion zu vertiefen.“

Die neueren neurowissenschaftlichen Erkenntnisse zur Funktion unserer Träume, wie ich im nächsten Abschnitt ausführe, zeigen, dass sich diese drei Vorgehensweisen interessant ergänzen. Gendlin gewichtet die nicht-sprachlichen Reaktionen und nimmt diese als Leitfaden dafür, was für die träumende Person relevant ist. Vossen unterstreicht, wie wichtig es ist, den Traum insbesondere auch sprachlich zu fassen und Finke betont den vertiefenden Dialog, um den Traum zu verstehen. Diesen drei Aspekten füge ich hinzu: Die unmittelbare Reflexion der verwendeten verbalen Sprache – die Wörter und Sätze, die man braucht, um den Traum zu erzählen und seine Bilder in Sprache zu übersetzen – setzt den nächtlichen Denkprozess fort, den im Traum entstehenden Gedanken sprachlich zu fassen. Das vereinfacht es wesentlich, den Traum zu verstehen und legt den Sinn oft auf die Hand. Diesen Zugang nenne ich das Bilderalphabet der Träume.

Das Bilderalphabet der Träume vor dem Hintergrund neurowissenschaftlicher Befunde

Dem hier vorgestellten Ansatz liegt diese Annahme zugrunde: *Träume sind zentraler Teil des Prozesses zur Versprachlichung unserer Welterfahrung.* Es ist unter anderem dieser nächtliche Verbalisierungsprozess, der es uns erst ermöglicht, uns selbst und die Welt besser zu verstehen. Sowohl neurowissenschaftliche als auch experimentell-psychologische Forschungen sprechen dafür, dass der Traum vielfache Funktionen für das Wachleben erfüllt. Cartwright führt aus: „Wenn der Schlaf beginnt, [...] wird die kodierte Repräsentation dieser Erfahrung mit ähnlichen älteren Erinnerungen abgeglichen und diese Kombination wird als Traum sichtbar. Dies ist die Erklärung, wie normaler Schlaf basal ist sowohl für das ‚Lernen‘ als auch die Fortschritte über Nacht, was Stimmung und Leistungsfähigkeit angeht. Die Organisation neuer Erfahrung und deren Speicherung im Langzeitgedächtnis ermöglicht es dem Wachverhalten, anpassungsfähiger zu sein“ (übersetzt und zitiert nach Cartwright, 2008, S. 157).

Laut neurowissenschaftlichen Untersuchungen bringt der REM-Schlaf zweifachen Nutzen, was Walker so zusammenfasst: „Die erste Funktion beinhaltet die Pflege unserer emotionalen und geistigen Gesundheit [...] Die Zweite ist Problemlösen und Kreativität“ (übersetzt nach Walker, 2017, S. 207).

Abschließend lässt sich mit Walkers Worten die Funktion des Träumens aktuell so zusammenfassen:

„Wie eine einfühlsame Interviewerin verfolgt das Träumen die Spur, unsere kürzlich zurückliegende autobiografische Erfahrung zu befragen und sie geschickt innerhalb des Kontextes

vergangener Erfahrungen und Errungenschaften zu positionieren und formt so ein reiches Geflecht an Bedeutung: ‚Wie kann ich das, was ich neulich gelernt habe, verstehen und verbinden mit dem, was ich schon weiß und, indem ich das tue, bedeutungsvolle Verbindungen und Erkenntnisse entdecken?‘ Darüber hinaus: ‚Was habe ich in der Vergangenheit getan, das nützlich sein könnte, um möglicherweise dieses neu erprobte Problem in der Zukunft lösen zu können?‘ Im Unterschied zum Festigen von Erinnerungen, was, so wissen wir nun, die Arbeit des NREM-Schlafs ist, nimmt der REM-Schlaf und der Akt des Träumens das, was wir in einem Erfahrungsbereich gelernt haben und versucht, es auf andere anzuwenden, die in unserer Erinnerung aufbewahrt sind“ (übersetzt nach Walker, 2017, S. 231).

Das heißt, neue Eindrücke, die wir im Lauf des Tages gesammelt haben, werden mit unseren bisherigen Erlebnissen und Erkenntnissen verknüpft. Diese Phase des Abgleichens und Neu-Vernetzens ist uns manchmal beim Erwachen als „Traum“ in Erinnerung. Damit ist der Traum ein Auszug aus einem mentalen Verarbeitungs- und Lernprozess. Cartwright (2008) stellt im Weiteren fest: „Die Auswahl, welche Erfahrungen gespeichert werden sollen, steht in Bezug zu ihrer emotionalen Relevanz für das Selbst-System. Das nochmalige Durchspielen (replay) von diesen initiiert einen hippocampalen-neokortikalen Dialog, währenddessen negative Emotion, die herrührt aus der Reaktion auf Erfahrung, die das Selbstgefühl in Frage stellt, mit einem über die Nacht hinweg, sequentiellen Verarbeiten herunterreguliert wird“ (Cartwright, 2008, a. a. O.). Träumen hat damit emotionsregulierende Funktion. Die Selbstorganisationsprozesse unseres Organismus leisten ihren Beitrag für unsere Alltagsbewältigung.

Exkurs zur Rolle der Sprache

Eine zentrale Rolle für die Regulierung unserer Emotionen spielt auch die Entwicklung der Sprache. Dazu legten Greenspan und Shanker (2007) folgende These vor: „[...] indem wir im Zentrum des sprachlichen Entwicklungsprozesses die Emotionen lokalisieren. Das heißt, wir sind der Überzeugung, dass Emotionen nicht als motivationaler Faktor, sondern als der entscheidende Architekt der Sprachentwicklung dienen“ (Greenspan & Shanker, 2007, S. 211). Diese Annahme trifft sich mit dem neurowissenschaftlichen Befund, dass im Prozess des Träumens, dem Symbolisierungs- oder Versprachlichungsprozess unserer Welterfahrung, diejenigen Hirn-Regionen, die Emotionen verarbeiten, bis zu 30 % aktiver sind als die übrigen darin involvierten (Walker, 2017). Diese festgestellte höhere Aktivität der emotionalen Regionen des Gehirns während des Schlafs deckt sich

mit dem subjektiven Empfinden der Person, die einen Traum erinnert: Die Emotionen werden oft als auffallend intensiver als im Wachzustand erlebt und hinterlassen daher auch einen stärkeren Eindruck.

Greenspan und Shankers zentrale These lautet: Der evolutionäre Lernprozess brachte die Fähigkeit von Organismen hervor, Emotionen in interaktive Signale umzuwandeln. Das ermöglichte, Emotionen herunterzuregulieren und legte die Basis für die Ausdifferenzierung des reflexiven Denkens. „Regulierte Emotionen, die Teil nuancierter Interaktionsmuster sind, gehen generell mit integrierteren emotionalen Reaktionsmustern und höheren reflexiven Niveaus einher“ (Greenspan & Shanker, 2007, S. 250).

Das Verbalisieren der Erfahrungen ermöglicht das Regulieren von Emotionen. Auch der Vorgang des Träumens ermöglicht das Regulieren von Emotionen. Die Kombination dieser Befunde bietet eine Erklärung zur Erfahrung, warum es gerade das Versprachlichen der Traumbilder selbst ist, der oft zu einem entlastenden Aha-Effekt führt, wenn es darum geht, einen Traum zu verstehen.

Das Bilderalphabet der Träume – Entwicklung des Zugangs

Das Besondere an den Traum-Berichten, die ich jahrzehntelang erhielt, war: Es waren Träume, die die Personen selbst, die sie geträumt hatten, als so bemerkenswert einstufen, dass sie sich die Mühe machten, den Traum schriftlich festzuhalten. Die Träume wurden also nicht erinnert, weil die Leute zuvor einen entsprechenden Auftrag dazu erhalten hätten – etwa im Rahmen eines psychotherapeutischen Prozesses oder im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie. Jeden eingegangenen Traumbericht kennzeichnet es, dass ihn die Person von sich aus aufschreiben wollte. In diesen 21 Jahren meines Beratungsmandats teilte sich meine berufliche Tätigkeit (ausgehend von einem 100 %-Pensum) in 50 % für diese schriftliche Beratungsarbeit, die sich auf Lebensfragen insgesamt bezog, sowie den anderen 50 %, die aus meiner psychotherapeutischen Arbeit in meiner eigenen Praxis bestanden. Das bedeutet, ich hatte mit dem Phänomen Traum sowohl im Rahmen der schriftlichen Beratungstätigkeit als auch in der psychotherapeutischen Arbeit zu tun.

Aktiv nach Träumen frage ich in der therapeutischen Arbeit eher nicht. Ich gehe dann darauf ein, wenn die Klientin selbst die Rede darauf bringt. Oder ich biete das Gespräch darüber an, wenn ich höre, dass jemand immer wieder heftig träumt oder von Alpträumen geplagt ist. Was mir im Lauf der Zeit auffiel, war, dass Klienten in der Psychotherapie dieses Angebot eher zögerlich annahmen. Sie schienen sich eher befangen zu fühlen, mir als Psychotherapeutin einen solchen Traum zu erzählen. Es

war, als würden sie davon ausgehen, dass mein Fachwissen mir durch ihren Traum Dinge über sie verrät, von denen sie selbst keine Kenntnis haben und über die sie im Moment auch nichts Näheres wissen wollten. Finke (2003, S. 318f) führt zur vielfach vorhandenen Zurückhaltung in Sachen Traum im psychotherapeutischen Gespräch auch auf Seiten der PCA-Fachperson aus: „Da der Traum mit seiner oft rätselhaften Bildsprache dazu einzuladen scheint, gewissermaßen hinter dem Rücken des Klienten nach einem verborgenen Sinn zu suchen, spielte er zunächst in der Personzentrierten Psychotherapie kaum eine Rolle, weil ein solches Vorgehen den Prämissen dieses Verfahrens natürlich strikt widersprochen hätte.“

Umso überraschter war ich daher, als sich in meiner schriftlichen Beratungstätigkeit im Lauf der Jahre die Anfragen zu Träumen häuften. Ich selbst veröffentlichte in der wöchentlichen Kolumne, die der öffentlich sichtbare Teil meiner Tätigkeit war, zunächst nur sehr ungern eine Anfrage, die einen Traum zum Inhalt hatte. Denn ich befand mich auf sehr unsicherem Terrain, befürchtete, bei meiner Antwort vor allem ins Spekulieren zu geraten und dem wollte ich keinesfalls Vorschub leisten. Zeitweise eigneten sich aber die übrigen Anfragen nicht zur Veröffentlichung. Etwas widerwillig griff ich dann zu einem Traum-Text – um zu meinem großen Unbehagen festzustellen, dass daraufhin ein Schwall neuer Anfragen zu Träumen eintraf. Das große Interesse an der Thematik traf mich völlig unerwartet. Es packte mich die Neugier. Offenbar gab es ein großes Bedürfnis vieler, sich selbst mit dem Phänomen Traum besser zu verstehen.

In meiner schriftlichen Beratungsarbeit ging es zunächst darum, den landläufigen Irrtum über die alles über Traumsymbole wissende Psychotherapeutin auszuräumen und zu verdeutlichen, warum die Fachperson gar nicht mehr darüber wissen kann als die träumende Person selbst. Ich halte diese Erkenntnis an sich inzwischen für in den meisten Fällen bereits ausgesprochen Angst reduzierend. Ein weiterer Hinweis bei jeder Antwort zu einem Traum war: Träume weisen eine höhere Gefühlsintensität auf als das übliche Erleben im Wachen. Das ist ein Charakteristikum von Träumen und noch keine abschließende Aussage darüber, welche gefühlsmäßige Bedeutung oder welches Gewicht der Gesamtzusammenhang für die Person haben wird, wenn dieser erst einmal verstanden ist. Die Wucht des Gefühls ist kein Indikator für dräuendes Unheil hinter den Kulissen. Träume sind nächtliche Denkprozesse, vorwiegend in einer Bildersprache. Solche Bilder können sehr holzschnittartig und grob wirken. Es käme uns nicht in den Sinn, etwa das Totenkopf-Signet auf einer Pestizidflasche als Voraussage über unseren unmittelbar bevorstehenden Tod zu deuten, nur weil unser Blick darauf fiel. Trotzdem tun wir gut daran, dem Signet Beachtung zu schenken. Genauso gilt, dass komplexe Tageseindrücke bildlich nur schwer darstellbar sind.

Eine Bildergeschichte zum Tagesverlauf zeichnen zu müssen, wäre für die meisten von uns knifflig. Genau das aber tun wir Nacht für Nacht. Aus dem riesigen Fundus an Erfahrungen gruppieren die Aktivitäten unseres Gehirns die hereingekommenen neuen Informationen in Bildersequenzen. Diese höchst individuelle Bildersprache gilt es verbal-sprachlich zu fassen und damit zu übersetzen. Was die Fachperson tun kann, ist, ihre Offenheit anzubieten, gemeinsam darüber nachzudenken. Das Gespräch über einen Traum spielt sich dabei gleich ab wie sonst ein psychotherapeutisches Gespräch. Es geht darum, sich ins Erleben hineinzusetzen und die Person einführend zu verstehen. (Eine Themen-Landkarte kann dabei als Leitfaden dienen, um in den Einfällen der träumenden Person leichter zu navigieren; s. u., Letzel, 2018)

Das Bilderalphabet als Zugang

Zum Begriff Bilderalphabet: Der Traum ist ein Ausschnitt aus einem gedanklichen Prozess, der die tagsüber eingetroffenen Eindrücke ordnet. Die einzelnen Komponenten des Traums sind dabei Facetten von bereits vorhandenem und soeben neu gewonnenem Erfahrungswissen. Man kann diese Aspekte (Bilder, weitere Sinneseindrücke) wie Buchstaben eines Alphabets betrachten: Je nach Kontext ergeben sie einen anderen Bedeutungszusammenhang. Ein einzelnes Bild hat daher auch keine feste individuelle Bedeutung – im Sinne von dieses Bild hieße für die Person immer das –, sondern es repräsentiert jeweils einen höchst spezifischen Erlebenseausschnitt. Es ist der Kontext, der je nach Situation die je individuelle Bedeutung eines Bildes bestimmt. Die sprachliche Fassung nach dem Erwachen führt diesen bildhaften Denkprozess dann über Sprachbilder bis zum logischen Verstehen fort.

Während also das Träumen die Eindrücke des Tages mit dem Vorhandenen abgleicht, ordnet und vernetzt, werden wir uns – zunächst anhand der als Traum ablaufenden Bilder- und weiteren Sinneseindrücken – der Welt und dem eigenen Erleben darin bewusst. So betrachtet sind Träume nichts aktiv Verdrängtes, das nun erneut auftaucht, sondern sie sind die Arbeit des Organismus, Erlebtes einzuordnen und dessen Stellenwert zu erfassen.

Die Sprache des Traums ist dabei durch verschiedene Abstraktionsebenen charakterisiert. Diese sind, wie bereits ausgeführt, in unserem mentalen Entwicklungsprozess begründet, wie wir Konzepte über die Welt, das Leben und unsere eigene Person erstellen.

1. Eine Ebene ist die der Sinnesempfindungen, d. h. Repräsentationen unserer Sinneseindrücke (Geruch, Geschmack, Hören etc.); eine besondere Rolle spielen dabei die visuellen.

2. Daher wird die Bildersprache hier als eigene, zweite Ebene der Traum-Sprache erfasst. Denn meist werden Träume als eine Bildergeschichte oder eine Art Filmsequenz geschildert.
3. Die Ebene der verbalen Sprache, der Worte, der Dialoge, die im Traum selbst vorkamen.
4. Der Traumbericht nach dem Aufwachen: Die Person, die den Traum geträumt hat, schildert ihre Traumerlebnisse. Der Traumbericht ist eine nochmals abstrahierte, zusammengefasste verbale Schilderung des im Traum Erlebten. Der gedankliche Faden der Bildergeschichte des Traums wird mit der verbalen Schilderung nach dem Erwachen fortgeführt.

Vorgehen mit dem Bilderalphabet der Träume

Das Medium für das Verstehen ist die Sprache. Träume arbeiten mit einem Signalsystem an Bildern und Körpereindrücken. Entscheidend ist nun: Welche Wörter fallen der Person nach dem Erwachen spontan ein, um den Traum in Worte zu fassen? Die so entstandene Beschreibung des Traumablaufs mit Worten ist der Schlüssel, um zu verstehen, was die Bildersequenz des Traums ausdrückt. Was erzählt die Person? Welche Auffassung, welches Wissen über ihr Leben und die Welt drückt sie aus?

1. Ausgangspunkt: das genaue Zuhören und Quittieren, die sorgfältige Arbeit mit der Sprache.

Aus der Position der neutralen Beobachterin reformuliere ich den Ablauf, der sich mir mit der Traumgeschichte präsentiert. Was läuft wie erwartet? Was ist unerwartet? Welche Elemente stechen besonders ins Auge? Wie lässt sich das Befinden der Hauptperson des Traumes fassen?

2. Ausgangspunkt: der Übergang von Bildern zu Sprachbildern und Metaphern

Die Verwendung von Sprache, um die Bildsequenzen eines Traums zu beschreiben, macht aus der bildhaften Schilderung des Traums eine Erzählung mit Worten. Gleichzeitig bieten die Traumbilder an, den Blick besonders darauf zu richten, wo die Bildersprache in Sprachbilder übergeht. Wörter wie „aussteigen“, „einbrechen“, „sehen“ liefern Beispiele, wie sich Sprache auf verschiedenen Abstraktionsebenen abspielt: Der Reisende steigt aus – jemand steigt aus seiner Berufslaufbahn aus; eine Gestalt bricht ein – ein Ereignis bricht ins Leben ein. Zudem können einzelne Wörter durch ganz persönliche Lebenserfahrungen plötzlich doppelte Bedeutung erhalten.

3. Ausgangspunkt: der Blick auf traumspezifische Bildkompositionen

Typische Bildkompositionen, die für Träume charakteristisch

sind, werden mit dem Konzept der Selbstorganisationsprozesse (Kriz, 1999) verständlich: Es sind Erinnerungsaspekte, Teilaspekte unseres Wissens über die Welt, die unsere Traumphasen heranziehen, um einerseits unser Wissen über die Welt und uns selbst zu vertiefen, andererseits aber auch in größere Regelzusammenhänge, in Muster zusammenzufassen, um so die hereinkommenden Eindrücke zu ordnen und Übersicht zu gewinnen. Solche traumtypischen Phänomene sind: 1. Gleichzeitigkeit von Raum und Zeit – die träumende Person erlebt sich gleichzeitig an zwei Orten gegenwärtig. 2. Komposition von Personen – die träumende Person hat im Traum ein Gegenüber vor sich, das gleichzeitig aus zwei oder mehreren Personen besteht (z. B. Onkel Ferdi und unser Oberbürgermeister, Herr X. als eine miteinander kombinierte Person). 3. Verschmelzen von Vergangenheit und Gegenwart – die träumende Person sieht einen Ort gleichzeitig in seinem Zustand von früher und in seinem heutigen Zustand. 4. Personen als Zusammenfassung einer Lebenserfahrung oder eines Lebensabschnitts – eine einflussreiche Person aus der persönlichen Lebensgeschichte (wie etwa die erste große Liebe oder der Lehrer, der einen damals so gepiesackt hat) taucht plötzlich auf. Oft wird eine solche Person als sehr verstörend erlebt, weil die Person, die von einer solchen Figur träumt, häufig befürchtet, es könne sich um eine unerledigte Geschichte handeln – und dies, nachdem sie sich viele Jahre lang aktiv darum bemüht hat, diese tiefreichenden Lebenserfahrungen hinter sich zu lassen und sie auch als abgeschlossen erlebte. Als Element des persönlichen Bilderalphabets betrachtet, wird eine solche Traum-Figur zur Repräsentantin einer Lebenserfahrung. Interessant ist dann die Frage: Welche Erkenntnis hat mir diese Figur damals vermittelt – und welche heutige Lebenssituation weist Parallelen zu dieser damaligen Erfahrung auf?

4. Ausgangspunkt: Träumen als Ausdruck des organismischen Selbstorganisationsprozesses

Während des Schlafens und Träumens organisieren sich die Erfahrungen im Organismus ohne das bewusste Zutun der träumenden Person. Die neu eingetroffenen Aspekte von Wissen über sich selbst und die Welt werden mit den vorhandenen abgeglichen, Komplexität reduziert, Muster etabliert oder erweitert und vernetzt. Diese Prozesse der Selbstorganisation dienen der Aktualisierung des Selbst, sind also eine Selbst-Selbstorganisation (s. a. Kriz, 1999).

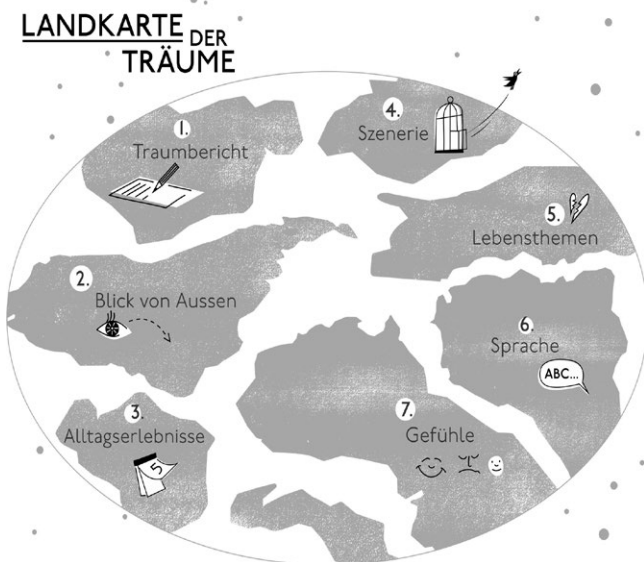
Dieser Prozess wird in unterschiedlichen Graden der Abstraktion in Sprache gefasst – sei es eine Sprache der Bilder, seien es weitere Aspekte von körperlichen Sinneseindrücken, sei es verbale Sprache, z. B. Dialoge im Traum. Auf welcher Ebene der Abstraktion sich der Symbolisierungsprozess befindet, ist für die träumende Person nach dem Erwachen meist nicht sofort erkennbar. Hilfreich ist nun eine offene Haltung dem eigenen

Traum gegenüber und Neugier, um sich von den eigenen Einfällen anmuten und weiterbringen zu lassen.

Der entscheidende Punkt ist: Sich selbst organisierende Prozesse brauchen keine ordnende Hand von außen. Das gilt auch für das Phänomen des Träumens als einer zentralen Ebene der Reizverarbeitung des Organismus. Das Nachdenken über einen Traum und damit das bewusste Eingreifen in diesen Selbstorganisationsprozess ist erst dann angezeigt, wenn der Prozess zur Störung wird und – etwa als sich wiederholender Traum oder als Albtraum – blockiert zu sein scheint. Indem man nun den Traum in Worte fasst und den Ablauf im übertragenen Sinn betrachtet, bringt man die Bildergeschichte mit ihrem Inhalt auf den Punkt. So gerät der nächtliche Denkprozess wieder in Fluss und man beginnt zu verstehen.

Exkurs: Landkarte mit 7 Orientierungspunkten

Im psychotherapeutischen Gespräch zu Träumen sind es die folgenden sieben Bereiche, die ein Gespräch über einen Traum erfahrungsgemäß berührt. Die Punkte sind Angebote und Anregungen, um völlig frei dort, wo die eigene Neugier besonders wach wird, anzudocken und sich von den Gedanken und Einfällen dazu weitertragen zu lassen.



Quelle: Letzel, 2018, S. 74f, graphische Gestaltung: Daniela Sonntag

1. Der Traumbericht: sich den eigenen Traum erzählen und die eigenen Einfälle dazu festhalten: Der Prozess der Versprachlichung des im Traum Erlebten bedeutet bereits eine Weitergestaltung des mentalen Verarbeitungsprozesses.
2. Der Blick von außen: bewusster Perspektivenwechsel vom Traumzustand in den Wachzustand, etwa durch Überprüfen,

was die Körpersinne melden; Entwickeln eines persönlichen Realitäts-Checks, um das wache Ich vom Traum-Ich zu unterscheiden (zentral im Umgang mit Albträumen!). In der Psychotherapie kommt die Außenperspektive natürlich auch durch das Gegenüber ins Spiel.

3. Aktuelle Alltagserlebnisse: Was ist gerade im eigenen Alltag besonders wichtig? Welche Vorfälle gab es in der Zeit unmittelbar vor dem Traum?
4. Die Szenerie des Traums: Wer oder was fällt im Traum besonders auf (Person, Tier, Gegenstand, Vorfall)? Welche Einschätzungen verbindet die träumende Person mit diesen Elementen? Gibt es Merkwürdiges, was erst nach dem Erwachen als speziell auffällt (z. B.: Warum bin ich panisch wegen einer kleinen Schildkröte)?
5. Gegenwärtige Lebensthemen: Welche grundlegenden Themen oder Fragen beschäftigen die träumende Person schon seit längerem? Stehen größere Entscheidungen an? Gab es große gewollte oder ungewollte Veränderungen, die viel Anpassung erfordern?
6. Spiel mit der Sprache: Welche Worte benutzt die Person, um ihr Traumerlebnis zu schildern? Welche verschiedenen Sprachebenen gibt es: das konkrete Traumbild, die Bedeutung im übertragenen Sinn? Liefern die Traumbilder Material für den Bau von Sprachbildern: z. B. den Honig um den Mund schmieren; auf Draht sein etc.? Gibt es Elemente des Traums, die sich für Doppelbedeutungen anbieten: z. B. da war ein Hund – ein armer Hund? Gibt es Redewendungen oder Sprichwörter, die der Traum in Bilder fasst? Tauchen Elemente von Privatsprache zwischen Partnern, Freunden oder im Familienkreis verwendete Kürzel als Traumelemente auf?
7. Gefühle: Gefühle im Traum, Gefühle beim Erwachen, Gefühle zu Erinnerungen, die der Traum wachgerufen hat, Gefühle zur jetzigen Lebenssituation: Was ist gleich, was ist neu, wo gibt es Verbindungen?

Und die große Überschrift zu dieser Vertiefung lautet: sich selbst Zeit geben, die Gefühle, Eindrücke, Erinnerungen, Wörter, Sätze und Gedanken hin und her wirbeln zu lassen – abwarten, welches Muster entsteht. Zentral ist dabei nochmals: Auch im psychotherapeutischen Gespräch ist die obige Landkarte nicht als hierarchisch abzuarbeitende Liste zu verstehen, sondern als spielerisches Angebot, irgendwo den Faden aufzunehmen und sich anmuten zu lassen. Es geht darum, sich (oder das Gegenüber) zu ermutigen, sich den eigenen Einfällen zu überlassen, wie der gedankliche Faden aus der Nacht nach dem Erwachen weiterzuspinnen wäre.

Traum-Beispiele

Zwei Kolumnen, die ich jeweils im Anschluss noch kurz kommentiere, sollen das sprachliche Vorgehen nochmals veranschaulichen.

„Seit vielen Jahren träume ich immer wieder das Gleiche. Mal öfter, mal weniger, zurzeit wieder jede Nacht: Ich will in die Ferien fahren oder fliegen oder nach Hause zurück. Dies klappt aber überhaupt nicht, weil ich vieles nicht finde, was ich mitnehmen muss, sei dies eine Socke, eine Person, oder es fährt der Bus respektive die Bahn ab. Ich erwache immer, bevor ich dort angekommen bin, wo ich hinwill. Da die Sache nicht geklärt ist, belasten mich diese Träume oft auch tagsüber.“

Das Bild vom Reisen steht in der Symbolsprache häufig für das Leben selbst. Sie könnten daher Folgendes überlegen: Gibt es Bereiche in Ihrem Alltag, bei denen es Ihrer Meinung nach, eine Veränderung bräuchte, aber seit längerem nicht so recht vorwärtsgeht? Bei was würden Sie gern loslegen, aber bisher hat das noch nicht so recht geklappt? Ihr Traum beschreibt die Thematik: Sie wollen unterwegs sein – sei das zur Erholung oder sei es, um nach Hause zurückzukehren. Das Zuhause ist symbolisch übrigens häufig gleichgesetzt mit ‚sich sicher fühlen‘, ‚geborgen sein‘. Dieses Unterwegssein dorthin wird irgendwie blockiert. Das, was Sie dazu brauchen – oder zumindest Teile davon – finden Sie nicht. Sie könnten also überlegen: Was hält Sie im Alltag davon ab, sich in die Richtung in Bewegung zu setzen, die mehr Entspannung, mehr Geborgenheit, mehr neue Eindrücke ermöglicht? In Ihren Träumen sind es oft Kleinigkeiten, wie etwa eine Socke. Suchen Sie bei Ihren Überlegungen also nicht zu weit, sondern achten Sie auf die kleinen Stolpersteine, die Sie von den Dingen abhalten, die Ihnen besonders viel bedeuten“ (Letzel, 12. Juli 2011, S. 85).

Zum Vorgehen: Ich fasse den Ablauf der Traumbilder abstrahierter zusammen: Reisen ist gleich Positionswechsel oder Orts-Veränderung. Dann lade ich zum Suchprozess ein: Wo im Alltag wünscht sich die Person eine solche Veränderung? Da der Traum angestrebte Reiseziele benennt, nämlich Ferien oder Zuhause, übersetze ich: Die Träumerin will Erholung erreichen oder – mit dem Bild vom Zuhause – Geborgenheit. An anderer Stelle bot ich für Zuhause auch „bei sich selbst“ an – was eine direkte, fast wortwörtliche Übersetzung bedeutet. Abschließend hätte man auch fragen können: Was hält Sie davon ab, sich zu erholen oder bei sich selbst anzukommen?

„Seit ein paar Jahren habe ich immer wieder ähnliche Träume: Immer muss ich zu einem Zug, Bus oder Flug eilen, weil ich sehr knapp dran bin. Ob es mir jeweils gelingt, rechtzeitig einzusteigen, weiß ich nicht. Der Traum hört vorher auf. Im realen Leben

bin ich nicht so: Ich bin meist zu früh als zu spät dran. Erstaunt bin ich über die Wiederholungen. Verpasse ich etwas in meinem realen Leben? Wo verpasse ich den Anschluss? Ich weiß es nicht. Ich weiß nur, dass ich beruflich und privat trotz meiner 42 Jahre nicht ‚angekommen‘ bin.“

In diesen Träumen zeigt sich vor allem die Befürchtung, ‚der Zug könnte schon abgefahren sein‘. Könnte dies derzeit ein wesentliches Lebensgefühl von Ihnen sein – die Sorge, etwas Wesentliches verpasst zu haben? Reisen bedeutet, von einem Ort zum anderen zu gelangen, vom Bekannten zum (manchmal) Unbekannten. Überlegen Sie, ob Sie sich von Ihren Sorgen bremsen lassen, Veränderungen anzupacken. Welche Zwischenschritte gäbe es, die Veränderungen, die Sie sich wünschen, leichter machen? Manchmal sind es ganz simple Abläufe, die einen für Veränderungen öffnen können: etwa, indem man die Gabel mal in die andere Hand nimmt. Hierbei geht es nicht um ein stures Training, sondern um kleine Experimente mit sich selbst. Wie wäre es, hier gedanklich und praktisch ein bisschen zu spielen? Gestatten Sie sich, mit ganz kleinen Dingen anzufangen“ (Letzel, 12. August 2008, S. 65).

Zusammengefasst lautet der Stress, den die Träumerin zu Beginn schildert: die Angst, der Zug könnte schon abgefahren sein. Daher biete ich die Frage an: Berührt dies ein solches Lebensgefühl? – Bei der Antwort an die Anfragende war mir entgangen, dass die Träumerin selbst mit der Traum-Erzählung das Problem regelrecht auf den Begriff bringt: Denn sie benennt ihre Sorge so: „Ob es mir jeweils gelingt, rechtzeitig einzusteigen, weiß ich nicht.“ Damit bietet dieses Sprachbild an auszuloten: Wo ist sie im Wachleben unsicher, ob sie (im Beruf?/im Privatleben?) einsteigen soll? – Die Träumerin selbst ist sich klar darüber, dass sie noch nicht richtig angekommen ist. Was zu weiteren Überlegungen führt: In welchem Bereich ihres Lebens würde sie gern (mehr) einsteigen? Was hindert sie bisher daran? Wie könnte sie mit kleinen Schritten experimentieren?

Die Beispiele zeigen: Belastender Traum ist nicht gleich belastender Traum, trotz gleichem Bildthema. Die Grundlinie beim Verstehen ist: Das Befinden der träumenden Person in Worte zu fassen und auf die abstraktere verbale Ebene zu übersetzen. Es geht darum, sich von den Traumbildern *sprachlich* anregen zu lassen, wo das Problem steckt und welche nächsten Schritte sich anbieten. Das Übersetzen der Bilder in Sprache lässt auch die mit dem Traum verbundenen Emotionen verständlicher werden: Indem klar wird, wie die Person das Problem definiert, welches der Traum bildhaft beschreibt, und wozu sie eine Lösung braucht, versteht sie sich selbst besser und belastende Träume lösen sich auf.

Die Bildersprache der Träume ist ein Zwischenschritt auf dem Weg, wie wir Erleben einordnen. Stört oder überwältigt ein Traum, dann geht es darum, die Traum-Geschichte auf der nächst-höheren Abstraktionsebene in Sprache zu fassen. Das verbale Verstehen des Traum-Ablaufs ermöglicht so, das eigene Erleben und insbesondere die eigenen Emotionen sowohl aus dem Traum als auch aus dem aktuellen Wachleben zu verstehen und zu integrieren.

Literatur

- Cartwright, R. (2008). The contribution of sleep and dreaming to understanding sleep-disordered patients. *Sleep Med Clin*, 3, 157–166.
- Finke, J. (2003). Traum, Traumarbeit. In G. Stumm, J. Witschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 318f). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Finke, J. (2013). *Träume, Märchen, Imagination. Personzentrierte Psychotherapie und Beratung mit Bildern und Symbolen*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Gendlin, E. T. (1986/2009). *Dein Körper, dein Traumdeuter. Innere Aufmerksamkeit: Mit Focusing Träume verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Greenspan, S. I. & Shanker, S. G. (2007). *Der erste Gedanke. Frühkindliche Kommunikation und die Evolution menschlichen Denkens*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Keil, W. W. (2002). Der Traum in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 430). Wein, New York: Springer.
- Kriz, J. (1999). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Letzel, M. (12. August 2008). „Ständig verpasse ich den Zug.“ *Coopzeitung*, 33, S. 65.
- Letzel, M. (12. Juli 2011). „Die Reisen klappen nie.“ *Coopzeitung*, 28, S. 85.
- Letzel, M. (2018). *Was macht der Eisbär in meinem Bett? Träume deuten und verstehen*. Stuttgart: Nymphenburger.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des Klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1961a/1987). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, P. F. (1992). „Die Traumkunst träumt, und alle Zeichen trügen...“ Der Traum als Encounter und Kunstwerk. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 395). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Vossen, T. (1988). Traumtherapie – personzentriert. *GwG Zeitschrift*, 72, 30–43.
- Walker, M. (2017). *Why we sleep. The new science of sleep and dreams*. UK: Penguin.
- Witschko, J. (2003). Felt Sense. In G. Stumm, J. Witschko, W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 115ff). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Im Spiel „gesehen werden“: Das Spiel als Ausdruck der Aktualisierungstendenz im Alltag und in jeder Lebensstufe

Sabine Schlippe-Weinberger

Praxis für Psychotherapie, Erbendorf, Deutschland

Das Spiel ist ein unmittelbarer Ausdruck der Aktualisierungstendenz im Alltag. In einem Spielraum kann die Person in jeder Lebensstufe wichtige, an ihrer Aktualisierungstendenz ausgerichtete Selbsterfahrungen machen. Sie kann so ihre Selbststruktur und Selbstbild flexibilisieren. Gleichzeitig kann sie Sicherheit und Verbundenheit erfahren, ein Erleben, das im Rahmen der Polyvagalthorie zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Schlüsselwörter: Aktualisierungstendenz, Polyvagalthorie, Selbstbild, Selbsterfahrung, Selbststruktur, Spiel, klientenzentriert.

Being seen in play: play as a sign of the actualizing tendency in everyday life and in all ages. Play is an impulsive expression of the actualizing tendency in everyday life. In play, a person of any age can undergo meaningful experiences attuned to the actualizing tendency. This can allow an individual's sense of self to become more flexible. At the same time he or she can feel safe and connected; the polyvagal theory claims this experience to be especially meaningful.

Keywords: actualizing tendency, polyvagal theory, self image, self experience, self structure, play, client-centered

1. Aktualisierungstendenz

Rogers bezeichnet die Aktualisierungstendenz, das grundlegende Axiom des Klienten- bzw. Personenzentrierten Ansatzes, als „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 1991, S. 21). Macht das Individuum Erfahrungen, die für den Organismus als Ganzes förderlich wären, aber dem sich entwickelnden Selbstkonzept, das sich in vielem nach den Vorstellungen der wichtigen Bezugspersonen ausrichtet, entgegenstehen, so wird der Erhaltung des Selbstkonzeptes oftmals Vorrang eingeräumt und es werden deshalb organismische Erfahrungen verleugnet oder verzerrt symbolisiert.

Sabine Weinberger, geb. 1951, Dipl.-Psych., Dr. phil., arbeitete bis 2016 als Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, sowie als Ausbilderin der GwG in freier Praxis in Erbendorf (Bayern). Bis heute ist sie als Supervisorin tätig. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Personenzentrierte Spielpsychotherapie.
Kontakt: S.Schlippe-Weinberger@t-online.de

Die Säuglingsforschung und die Bindungstheorie haben dafür eindrückliche Beweise geliefert (vgl. Bowlby (1975), Grossmann et al., 1989, Stern, 1992).

Schmid (2010, S. 148) betont, dass die Aktualisierung der uns innewohnenden Möglichkeiten nicht ohne „den Anderen“ vorstellbar ist. Für ihn ist die Aktualisierungstendenz deshalb nicht nur als innere Kraft des Individuums zu verstehen, sondern auch als beziehungsorientiertes, soziales Konstrukt, „als Axiom, das Unabhängigkeit (Autonomie) und wechselnde Abhängigkeit (Solidarität) miteinander verbindet“. Aus dieser systemtheoretischen Sichtweise auf die Aktualisierungstendenz folgt nach Schmid konsequenterweise die Beziehungsdimension in der Therapie, in der der Fokus darauf liegt, „das kreative Potential zu fördern und in diesem Sinne ‚zu werden, was man – gemeinsam mit anderen – sein kann“ (ebd.).

Schmid spricht daher auch von einer Personalisierungstendenz, d. h., in einem förderlichen Beziehungskontext kann sich das Personsein entwickeln. Und zu den identitätsbildenden Eigenschaften dieses personalen Aktualisierungsprozesses gehören Kreativität und Spontaneität (ebd., S. 148). Und hier kommt das Spiel „ins Spiel“.

2. Das Spiel im psychotherapeutischen Rahmen

Im Personenzentrierten Ansatz ist das Spiel in erster Linie durch die Spielpsychotherapie bekannt. Es ist das Medium, in dem das Kind sich vorwiegend ausdrückt und seine innere Wirklichkeit inszeniert. Durch die Aufforderung „Du kannst hier das spielen, was du möchtest“, wird die Aktualisierungstendenz im Kind angeregt, so werden die organismischen Selbstverwirklichungstendenzen aktualisiert, anstatt potentiell zu bleiben. Zurückgewiesene und nicht akzeptierte Aspekte der Persönlichkeit des Kindes können thematisiert und spielerisch integriert werden. Dem Kind stehen für diesen Selbstaussdruck die verschiedensten Medien und Materialien zur Verfügung: Mit allem kann gespielt werden und im Als-ob-Modus des Spiels ist alles möglich.

Während Axline, die Begründerin der ‚Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren‘, das Spiel eher verbal begleitete, erfolgten die Interventionen der Therapeutin im deutschsprachigen Raum von Anfang an auch auf der Spielebene, d. h., die Therapeutin antwortet, gibt Resonanz, durch die Art und Weise ihres Mitspielens (Schmidtchen, 1974, Boeck-Singelmann u. a., 2002, Behr/Hölldampf/Hüsson, 2009, Weinberger, 2015). Dieses Konzept wurde von Behr (2012) mit dem von ihm so genannten ‚interaktionellen Modus‘ noch weiter ausgebaut. Ausgehend von den Annahmen der Bindungstheorie und der Säuglingsforschung, dass sich das Selbst des Kindes als „ein Cluster von Beziehungserfahrungen“ (ebd., S. 95) bildet, geht es darum, neue, emotional korrigierende Beziehungserfahrungen zu vermitteln und damit das Selbst des Kindes zu modifizieren. Dazu stellt sich die Therapeutenperson dem Kind in den Spielinszenierungen im interaktionellen Modus auch als reales Gegenüber zur Verfügung. Die Betonung liegt hier auf „auch“, denn es geht immer darum, abhängig von der Selbststruktur des Kindes und vom psychotherapeutischen Prozess ein mehr oder weniger dieses „realen Zugewenseins“ der Psychotherapeutenperson anzubieten.

Der Erfolg der Personenzentrierten Spielpsychotherapie bei der Behandlung einer Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten konnte durch die empirische Forschung gut belegt werden (Hölldampf & Behr 2009). Weitere Ausführungen zum Spiel in der Personenzentrierten Spielpsychotherapie finden sich bei Weinberger (2015).

Auch in der psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen findet sich das Medium „Spiel“ wieder. So bildet es die Grundlage in dem von Moreno (1890–1974) entwickelten Psychodrama, wenn der Klient, genannt Protagonist, im Rollenspiel mit Hilfe von anderen Teilnehmern, denen verschiedene Rollen zugewiesen werden, seine Thematik darstellt und mit Unterstützung eines Spielleiters bearbeitet (Moreno 1959). Auch in der Gestalttherapie (Perls, Hefferline, Goodman, 1951/2019)

finden sich spielerische Elemente, zum Beispiel bei dem Spiel mit dem leeren Stuhl, der als Platzhalter für abwesende Bezugspersonen, Persönlichkeitsanteile oder auch Gefühle dient und mit dem der Klient dann in einen lebendigen Dialog gehen kann (Staemmler, 1995).

Natalie Rogers, die Tochter von Carl Rogers, zeigte mit ihrer Personenzentrierten Ausdruckstherapie am deutlichsten, wie sich auch in der psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen organismische Impulse als Ausdruck der Aktualisierungstendenz mit vielen Gestaltungsmöglichkeiten (Ton, Musikinstrumenten, Farben, Schreiben, Bewegung, Tanzen) symbolisieren können (Rogers, N., 1993, Schneider, 1997, Silverstone, 1997).

Nachfolgend soll aufgezeigt werden, wie das Spiel auch im Alltag in jeder Lebensstufe eine Chance darstellt, sich diesen ureigenen organismischen Impulsen anzunähern, sie zu spüren, zu symbolisieren und so neue Selbst-Erfahrungen möglich zu machen. Zuvor jedoch noch ein Blick auf die von Porges (2010, 2018) begründete Polyvagal-Theorie, die interessante Aspekte für die physiologischen Bausteine des Spiels anbietet.

3. Die Polyvagal-Theorie

Die Polyvagal-Theorie von Porges stellt ein neurobiologisches Narrativ zur Verfügung, das die Bedeutung von einerseits Sicherheit und andererseits Gefahr für „den physiologischen Zustand, das soziale Verhalten, das psychische Erleben und die Gesundheit erläutert“ (Porges, 2018, S. 23). Das zentrale Element in der Polyvagal-Theorie ist das Vegetative Nervensystem, auch Autonomes Nervensystem (ANS) genannt, das aus drei hierarchisch miteinander verbundenen Teilen besteht: dem dorsalen Vagus, dem evolutionsbiologisch ältestem Teil, der bei Gefahr eine Immobilisierung einleitet (Totstellreflex, Freeze), dem sympathischen Nervensystem, das bei Gefahr die Energie mobilisiert, die wir in bedrohlichen Situationen für Kampf oder Flucht brauchen und letztendlich dem stammesgeschichtlich neuestem Teil, dem ventralen Vagus, der soziale Aktivitäten fördert und verbindend wirkt, in dem er die Muskelgruppen im Kopf-, Gesichts- und Halsbereich steuert.

Porges zeigt auf, wie sich auf neuronaler Basis im Autonomem Nervensystem habituelle Reaktionsmuster entwickeln, die jenseits unseres Bewusstseins agieren und den Menschen daran hindern, schützende und nährnde Beziehungen aufzubauen und wie sich das Individuum durch eine Dysregulation der Schaltkreise im ANS immer mehr von Verbundenheit, von gutem Kontakt mit Anderen, entfernt. Nach der Polyvagal-Theorie ist es entscheidend, dass im psychotherapeutischen Kontext in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient eine Übermittlung der Signale der Sicherheit und damit einhergehend eine „Einladung“ zur Verbundenheit erfolgt. Damit

kann eine neue neuronale Plattform entstehen, die es uns ermöglicht, flexibel von den überlebenssichernden Reaktionen des Autonomen Nervensystems zu einem physiologischen Zustand zu wechseln, der sozialen Kontakt und Verbundenheit zulassen kann (Dana, 2018). So können durch eine Psychotherapie die Schaltkreise des Autonomen Nervensystems quasi nachjustiert werden (ebd. S. 29). Einige Erläuterungen zur Bedeutung der Polyvagaltheorie im Rahmen von Empathie und Personenzentrierter Psychotherapie finden sich bei Lux (2014).

Schaut man sich „das Spiel“ im Rahmen der Polyvagaltheorie an, so finden wir auch hier genau die Komponenten, die unterhalb der Bewusstseinsschwelle den Pfad des Autonomen Nervensystems aktivieren, der zu dem Empfinden von Gemeinschaft, Verbundenheit und Sicherheit führt bzw. dies Empfinden überhaupt erst möglich macht. Spielen ist ein selbstgewähltes Setting, in der uns keine Gefahr droht und in denen unser Autonomes Nervensystem keine überlebenssichernden Reaktionen aktivieren muss. Speziell die Personenzentrierte Spielpsychotherapie ist nach meiner Ansicht nach ein Paradebeispiel dafür, wie gerade durch das Spielen im geschützten Rahmen in Verbindung mit der darauf abgestimmten Begleitung der Psychotherapeutin die Regulation des ANS weg von den überlebenssichernden Reaktionen hin zur Unterstützung des Systems für Kommunikation und soziale Verbundenheit erfolgt. Dies wäre einer eingehenderen Betrachtung wert, die diesen Rahmen sprengen würde.

4. Das Spiel im Alltag

Der holländische Historiker und Kulturphilosoph Huizinga (2001) schreibt, dass wir alle ein Leben lang spielen und der Mensch seit den Anfängen der Menschheitsgeschichte gespielt hat. Denn das Spiel ist ein grundlegendes Element unserer Kultur, das andere kulturelle Leistungen, wie Dichtung, bildende Künste, Philosophie, ... überhaupt erst möglich gemacht hat. Er betont, dass das Spiel außerhalb der unmittelbaren Befriedigung von Notwendigkeiten und Begierden steht, ja diesen Prozess unterbricht: „Es befriedigt Ideale des Ausdrucks und des Zusammenlebens. Es hat seinen Platz in einer Sphäre, die über der des rein biologischen Prozesses des Sicherns, Sichpaarens, und Sichschützens liegt.“ (2001, S. 17). Durch räumliche und zeitliche Abgrenzung vom gewöhnlichen Leben schafft das Spiel Ordnung in einer oft verworrenen Welt (ebd., S. 19).

Hüther und Quarch (2016) fordern dazu auf, dem Ernst des Lebens spielerisch zu begegnen. Sie zeigen auf, dass wir alle ständig spielen, denn auch Erwachsene sind eingebunden in ihre Gedankenspiele. Wir haben lediglich unsere Spielweise verändert. Sie sagen, dass das spielerische Erproben dessen, was alles geht, in unserem Gehirn als Potential angelegt ist. Es

hat uns den Weg von unseren äffischen Vorfahren zur Menschwerdung ermöglicht. Auch Tiere spielen, je lernfähiger sie sind, je weniger festgelegt durch ein genetisch verankertes Instinktprogramm, umso häufiger und intensiver spielen sie. Das Spiel ermöglicht dem Tier- oder Menschenkind das Ausprobieren all dessen, was möglich ist. Hüther und Quarch (2016) betonen, dass es ohne die Möglichkeit des spielerischen Ausprobierens keine Kreativität gibt und führen aus: „Maler spielen mit ihren Farben, Musiker spielen mit ihren Instrumenten, Dichter mit Worten, Tänzer mit Bewegungen, Bildhauer mit Holz und Stein etc.“ (ebd. S. 13).

Die Autoren nennen drei Wesensmerkmale, durch die das Spiel gekennzeichnet ist:

- Das Spiel ist immer Miteinander, immer Begegnung. Das kann ein echter Mitspieler sein, aber auch eine Spielfigur, ein Spielzeug oder die Begegnung von Darsteller–Zuschauer.
- Das Spiel ist Freiheit, denn das Spiel ist zweckfrei und öffnet daher Freiräume. Es folgt einzig der inneren Spiellogik.
- Das Spiel ist Darstellung, denn der Spielende stellt sich im Spiel immer irgendwie dar.

Als wesentliche Merkmale des Spiels nennen Hüther und Quarch die Angstfreiheit und die Erfahrung von Freiheit und Verbundenheit. Im Spiel wird unser Angsterleben „heruntergefahren“, gleichzeitig kommt es zu einer verstärkten Aktivierung der neuronalen Netzwerke, die gebraucht werden, um den Herausforderungen des jeweiligen Spiels zu begegnen. Dadurch kommt es zu neuen Verknüpfungen, der in diesen regionalen Netzwerken verankerten Wissensinhalte, was dann neue kreative Einfälle und Ideen möglich macht. Hinzu kommt, dass unser Belohnungszentrum im Gehirn aktiviert wird und wir das als Freude und Lust empfinden, so dass Spielen die Lebensfreude stärkt.

Das Spiel ist aber nur dann ein Spiel, wenn man sich innerhalb der Spielregeln frei fühlen kann, d. h., die Spielregeln, die das Spiel möglich machen, gründen auf gemeinsamem Konsens, jeder kann sich jederzeit mit Vorschlägen einbringen. Gleichzeitig wird die Verbundenheit mit anderen erlebt. „Diese beiden Erfahrungen – Freiheit und Autonomie einerseits und Verbundenheit und Gemeinschaft andererseits – sind neben der Angstfreiheit die entscheidenden Gründe dafür, weshalb wir Menschen so gerne spielen.“ (ebd., S. 22).

Die von Hüther und Quarch genannte Angstfreiheit soll hier etwas spezifiziert werden, denn Angst fasziniert auch und zu vielen Spielen gehört die Auseinandersetzung mit der Angst durchaus dazu. Wichtig ist, das Angsterleben als ein Kontinuum zu sehen, mit dem im Spiel gespielt werden kann. Bei Kindern können wir sehr gut sehen, wie fasziniert sie sind, wenn sie sich der Angst, z. B. im Rollenspiel, quasi in verschiedenen Abstufungen aussetzen, immer in dem Bewusstsein, das Spiel jederzeit stoppen zu können. Auch bei Erwachsenen ist dieses Spiel

mit der Angst ein wichtiger Faktor (beim Paintballspiel genauso wie beim Filmeanschauen). Die Betonung liegt dabei auf *Spiel* mit der Angst, denn die Charakteristik des Spiels, jederzeit die Spielregeln ändern zu können, sorgt dafür, dass das Angsterleben nie als wirklich bedrohlich erfahren wird und damit die Angstfreiheit gewährleistet ist. In diesem Spielraum, in dem das Angsterleben ausgelotet werden kann, können auf diese Weise neue Selbsterfahrungen gesammelt werden.

Zu betonen ist auch, dass die Autoren mit den Merkmalen „Freiheit und Verbundenheit“ einen Beziehungsraum beschreiben, der unabdingbar zum Spiel dazugehört. Ohne diesen Beziehungsraum gibt es kein Spiel. Gerade dieser Beziehungsraum stellt eine Chance dar, auch im Alltag den in der Polyvagalthorie beschriebenen ventralen Vagus zu aktivieren, was uns durch das damit einhergehende Sicherheitsgefühl ermöglicht, der Aktualisierungstendenz in uns Raum zu geben.

Ich folge dem Gedankengang, das Spiel begrifflich sehr weit zu fassen und Gestaltungsmedien aller Art mit einzubeziehen. Als Grundelement hat das Spiel jedoch immer gewisse Regeln, eine gewisse Form. Kinder sind sich dieser Regeln auf eine ganz natürliche Art und Weise bewusst.

Unter „spielerisch“ verstehe ich dagegen, kreativ zu sein, Grenzen zu sprengen, mit einer Situation, einem Gegenstand ganz anders umzugehen: Alles ist möglich! Aus dieser spielerischen Haltung heraus kann etwas ganz Neues entstehen, sei es ein Spiel, ein Kunstwerk, eine Idee, eine Geschichte. Das „Spiel“ und „spielerisch“ sind daher von der Begrifflichkeit her zu unterscheiden, in der Handhabung, d. h. beim Spielen als gemeinsamer Oberbegriff, können sie ineinander übergehen.

Beispiel: Im Schachclub spielt Leopold W., ein älterer, erfahrener Spieler mit dem 10-jährigen Elias, der dem Club gerade erst beigetreten ist. Anfangs spielen sie gegeneinander, wobei Herr W. von vorneherein ohne Dame und ohne Türme spielt. Elias verliert einmal und gewinnt einmal. Danach schlägt er dem älteren Mitspieler vor, die Figuren kreuz und quer auf das Spielfeld zu setzen, einfach so, ganz durcheinander. Dann wird losgespielt, einzige Regel, die Figuren werden so gezogen, wie es das Schachspiel vorsieht. Mit zunehmender Faszination wird gezogen und immer wieder gelacht, weil es so ein großes Durcheinander ist und alles so „verquer“ ist. Im Laufe des Spiels löst sich das Chaos dann auf, es ist zu Ende, als einer von beiden keine Figuren mehr auf dem Spielfeld hat. Herr W. lässt sich von Elias' Faszination anstecken und so wird dieses Spiel noch zweimal wiederholt.

Hier stand am Anfang die spielerische Haltung, die dann zu einem konkreten, neuen Spiel geführt hat. Wenn wir spielen, fühlen wir uns lebendig, wir erleben Verbundenheit, probieren uns aus und können so das in uns liegende Potenzial entfalten. Deshalb gibt es bei Kindern keinen Unterschied zwischen Lernen und Spielen. Bei jeder Spieltätigkeit lernen sie und sie

erleben Verbundenheit – sei es mit dem Spielgegenstand (der Puppe, dem gebauten Turm oder der Spielfigur) oder sei es mit einem Mitspieler.

Hüther & Quarch (2016, S. 17) betonen: „Wenn wir zu spielen aufhören, hören wir auf, das Leben in all seinen Möglichkeiten zu erkunden. Und damit verspielen wir die Potentiale, die in uns stecken. Wer dem Leben nicht spielerisch begegnet, den erstickt es mit seinem Ernst. Das Leben ist kein Spiel, aber wenn wir nicht mehr spielen können, dann können wir auch nicht mehr leben“.

Das ist sehr drastisch formuliert, trifft aber genau den Kern. Das Spiel ist eine Möglichkeit in einem ausgewählten, förderlichen Beziehungsraum sich auszuprobieren, neue Facetten an sich zu entdecken, aber auch zu lernen, auf Veränderungen zu reagieren und mit Niederlagen umzugehen. Dadurch, dass dies immer in einem Spielkontext passiert, ist es so viel leichter auszuhalten und in das Selbstbild zu integrieren als in irgendeinem beruflichen Kontext. Denn es ist ja „nur ein Spiel“ und es gibt immer wieder einen Neuanfang: noch ein Spiel.

So gesehen, kann die Aktualisierungstendenz im Spiel unmittelbar erfahren werden: Ich kann mich im Spiel zeigen und fühle mich gesehen, mit Seiten meiner Persönlichkeit, die ich z. B. in einem beruflichen Kontext aus Angst vor Ablehnung oder Abwertung niemals zeigen würde. Durch diese andere Erlebnisdimension, die auch zu anderen Interaktionserfahrungen führt, kann meine Selbststruktur im Laufe der Zeit im Spielkontext flexibler werden und mehr als „fließende Gestalt“ (Rogers, 1959/1991, S. 58) erlebt werden.

Gefahren beim Spiel

Bevor die Bedeutung des Spiels in den verschiedenen Altersstufen dargestellt wird, sollen die Gefahren des Spiels nicht unerwähnt bleiben. Da ist zum Beispiel die nicht zu unterschätzende Suchtgefahr bei Computerspielen, die dazu geführt hat, dass in der neuen Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) Online-Spielsucht erstmals als Krankheit aufgeführt wird.

Zum anderen weisen Hüther und Quarch darauf hin, dass zunehmend Spielmonokulturen entstehen, die einseitig bestimmte Fertigkeiten, wie kognitives Wissen, abfragen. Das hat nach Meinung der Autoren nichts mehr mit „menschlicher Potentialentfaltung“ zu tun. Das Spiel wird immer mehr auf ökonomischen Interessen hin ausgerichtet, es geht bei den Spielshows, die nur im Hinblick auf die Quoten hin konzipiert werden, noch mehr als beim Fußball, nur ums Geschäft. Mit anderen Worten: der *homo ludens* wird durch den *homo oeconomicus* immer mehr verdrängt. Dagegen sind die Spiele, zu denen man sich mit anderen trifft, sei es zum Kartenspielen oder Fußballspielen noch echte Spiele, denn hier geht es nicht

darum, Gewinn zu machen, sondern zu gewinnen. Man strengt sich an, gibt sein Bestes, es geht um das Spiel an sich, nicht so sehr um das Ergebnis (ebd., S. 96).

5. Das Spiel in den verschiedenen Altersstufen¹

Kinder und Spiel

Mit jeder spielerischen Tätigkeit verfolgt das Kind eine natürliche innere Absicht, z. B. sich zu erproben, zu üben, sich zu entspannen oder sich herauszufordern. In diesem selbstbestimmten Prozess setzen sich Kinder ständig mit sich und ihrer Umwelt auseinander. Sehr deutlich ist das z. B. beim „Vater-Mutter-Kind-Spiel“, „Räuber und Polizist-Spiel“ oder beim „Schule-Spiel“ zu beobachten. Es findet also wie von selbst *Identitätsentwicklung* statt, und gleichzeitig kann das Kind verändernd auf seine Umwelt einwirken, indem es sich durch sein Spiel mitteilt.

So beschreibt Mogel (2001) das Spielen als die zentrale Tätigkeitsform des kindlichen Lebens. „Keine andere Verhaltensweise zieht so viel kindliche Aufmerksamkeit in ihren Bann, und nirgendwo strengen sich Kinder mehr und ausdauernder an, um ein eigenes Ziel zu erreichen, als das beim freien Spiel der Fall ist.“ (2001, S. 10)

Kang (2016) setzt deshalb auch Spielentzug mit Schlafentzug gleich. Beides ist auch für Erwachsene schädlich, aber es kann eine Zeit lang toleriert werden, weil das Gehirn größtenteils schon ausgereift ist. Für Kinder und Jugendliche kann Schlaf- und Spielentzug in der Phase der schnellsten Gehirnentwicklung verheerend sein. Noch pointierter bringt es die Pädagogin und Kindertherapeutin Gabriele Pohl (2014) zur Sprache. Ausgehend von der zunehmenden Anzahl der Kinder, die unter einer Aufmerksamkeitsstörung leiden, unter Hyperaktivität und mangelnder Impulskontrolle, schreibt sie, „dass die Kinder vielmehr unter einem Naturdefizitsyndrom, unter einem Sozialdefizitsyndrom und unter einem Spieldefizitsyndrom leiden, anstatt unter dem bei nahezu jeder sogenannten Auffälligkeit bemühten ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung)“ (ebd., S. 32).

Nachfolgend ein typisches Spiel unter Kindern. Es zeigt, welche Freiheiten ein Spiel bietet: Es können Regeln ausgehandelt und Abmachungen getroffen werden, die Kinder können sich streiten und wieder versöhnen; es sind Freiheiten, die Kindern heute immer mehr entzogen werden.

Am Nachmittag spielt Jannik (9 J.) mit Freunden und seinem zwei Jahre jüngeren Bruder Jonathan Fußball zu Hause im Garten. Das Feld ist hier nicht ein klar umrissenes Gebiet, sondern ein kleiner dafür frei gegebener Gartenbereich, der durch ein Fußballtor, das Jannik zum Geburtstag geschenkt bekommen hat, und zwei größeren Sträuchern eingegrenzt ist. Bei jedem Spiel wird neu ausgehandelt, wer ist im Tor, wann ist der Ball im Aus, war das jetzt ein Tor oder nicht, ist der Tritt gegen den Unterschenkel versehentlich passiert oder absichtlich. Die Jungen, in diesem Fall sind es alle Jungen, kämpfen mit Feuereifer, es gibt Streit über dies oder jenes, es droht der Spielabbruch, es kommt zur Versöhnung, weil alle doch weiterspielen wollen und Spaß am Spiel haben. Es wird diskutiert, welche Position jetzt der eine oder andere einnimmt, ob das eine Tor evtl. noch etwas weiter versetzt werden soll, wann eine kurze Pause gemacht wird und inwieweit der Nachteil, den der jüngere Jonathan gegenüber dem älteren Jannik und dessen Freunden hat, ausgeglichen werden kann. Die Regeln werden immer wieder neu ausgehandelt. Manchmal kommt es trotz gegenseitiger Bemühungen doch zu einem Spielabbruch, weil eine Einigung über dies oder jenes nicht gelingt. Dann wird erst am nächsten Tag weitergespielt, als wäre nichts gewesen. Dieses freie Spielen fördert vielleicht nicht so sehr die Ball- und Passtechniken, aber umso mehr die Fähigkeiten zu Kreativität, Kommunikation und Kooperation. Das was Kang (2016) „die Schlüsselqualifikationen für das 21. Jahrhundert“ nennt.

Spiel im Jugendalter

Der junge Mensch steht entwicklungspsychologisch gesehen in einem Spannungsfeld zwischen inneren Veränderungsprozessen und einem Anpassungsprozess an die normativen Beschränkungen von außen. Dies führt zu einem Gefühl, ständig „dazwischen“ zu stehen, manchmal auch zu einer inneren Zerrissenheit zwischen Anpassung und Rebellion und kostet den Jugendlichen (aber auch die Erziehungspersonen) viel Energie (Langer / Langer, 2005). Das Spielen kann in dieser Altersstufe als „Katalysator“ zur Bewältigung dieser inneren Spannungszustände dienen und findet meist in Zwischenräumen statt, in Spielräumen, in denen keine Beobachtung oder Kontrolle von Erziehungspersonen stattfindet. Das ist wichtig, denn hier muss sich der Jugendliche – in direktem Kontakt zu anderen – bewähren und seinen Selbstwert überprüfen, ohne dass er von außen unterstützt oder protegirt wird.

Mit anderen Worten: Er lernt sich und seine Fähigkeiten neu kennen. Körperliche Kraft und Kraftdosierung können nur im Kontakt mit Gleichaltrigen gespürt werden, Angst und Stress können nur in den Situationen bewältigt werden, in denen wir sie erleben. Soziales Miteinander und Konfliktlösung können nur in sozialen Gruppen erlernt werden und durch positive

¹ Der folgende Text enthält Auszüge aus: Weinberger, S./Lindner, H. (2019): *Faszination im Spiel neu entdecken*. Berlin: Springer-Verlag, im Druck.

Erfahrungen zu innerem Wachstum führen usw. Das gemeinsame Spiel im Rahmen neuer Interaktionserfahrungen bietet hier unzählige Möglichkeiten der Selbsterfahrung und Selbstmodifikation. Die Spielräume in der Jugendzeit sind gleichermaßen aber auch Schonräume für Intimität, innere Ablösung und Anders-Sein-Wollen.

Ein ganz spezielles Feld sind die digitalen Spiele, denn Spiele auf dem Handy, am PC oder an der Spielekonsole sind in dieser Altersgruppe nicht mehr wegzudenken. 93 Prozent der 10- bis 18-Jährigen spielen laut einer Studie des IT-Branchenverbandes Bitkom aus dem Jahre 2015 regelmäßig Computer- und Videospiele – im Schnitt 104 Minuten pro Tag. Hier identifizieren sie sich, ähnlich wie jüngere Kinder im „Als ob“-Spiel mit den Figuren und lassen diese in der virtuellen Welt Abenteuer erleben und bestehen. Dieses große Feld der Freizeitbeschäftigung der Jugendlichen darf nicht alleine den Spieleentwicklern digitaler Spiele überlassen werden. Es ist die Verantwortung der Erwachsenen, die Spiel- und Entwicklungsbedürfnisse des Heranwachsenden als wichtigen Bestandteil seiner Entwicklung zu verstehen und verantwortlich zu begleiten.

Ein Beispiel für das faszinierende Zusammenspiel von Selbstbestimmung auf der einen und Zugehörigkeit auf der anderen Seite schildert die 17-jährige Michelle. Sie lebt seit einigen Jahren in einer Einrichtung für Mädchen mit Gewalterfahrungen und trifft sich einmal in der Woche mit ihren Freundinnen zum gemeinsamen Spieleabend. Heute hat Silvie einen Zeitungsartikel von ihrer Lehrerin mitgebracht:

„Zum fünften Mal treffen sich am 14. Februar weltweit junge Mädchen und Frauen, um tanzend, singend und trommelnd ihrem Zorn Ausdruck zu verleihen. ‚One Billion Rising‘ – eine Milliarde, die für eine Welt aufstehen, in der Frauen nicht länger degradiert, verletzt und damit ein Leben lang gezeichnet sind.“ Sofort beginnen die jungen Frauen, sich auf diesen Tag vorzubereiten, und sie werden von der Hauptschule des Ortes eingeladen, zusammen mit den Schülerinnen zu tanzen.

Junge Erwachsene und Spiel

Das junge Erwachsenenalter stellt den Menschen vor persönliche Herausforderungen, da er jetzt als eigenständige Person seiner Lebensbezüge angesehen wird und die Verantwortung spürt, dass er seine Beziehungen mitsteuern kann und muss. Er muss jetzt eine Balance finden zwischen seinen individuellen Lebensvorstellungen und den Erwartungen und Normen, die seine Umgebung an ihn stellt. Auch ist er in Bezug auf die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft/Gesellschaft nun in der Pflicht, diese zu vertreten, wenn er als erwachsene Person wahrgenommen werden will. Er kann eigene Bedürfnisse auch zurückstellen, entscheidet und wägt ab, was für ihn wichtig ist und inwieweit er sich anpassen muss (Mönks / Knoers 1996).

Es geht dabei immer darum, dass der Mensch eine größtmögliche Übereinstimmung zwischen seinen eigenen Werten und den Normen der Gesellschaft in Verbindung mit seinen Bedürfnissen findet. Die spielerischen Fähigkeiten im Sinne von Hin-und-her-bewegt-Werden, von Stimulation und Finden einer inneren Balance, werden also in diesem Lebensabschnitt als faszinierende Bestandteile wieder verstärkt aufgerufen. Sie ermöglichen eine aktive Suche nach dem Platz in der Gesellschaft, aber auch einen Platz als erwachsener Mensch im Familiensystem. Je besser der junge Erwachsene sich auf diesem Entwicklungsweg kennen und verstehen lernt, je flexibler und differenzierter er alle Vor- und Nachteile für sich und sein Leben abwägen kann, umso leichter wird es ihm gelingen, seine Interessen und Haltungen zu vertreten und durchzusetzen.

Ein Beispiel für das „Sich-zeigen-Können“: Die 22-jährige Steffi berichtet von einer schwierigen Jugend. Sie habe sich immer ausgegrenzt gefühlt, obwohl sie mehrmals versucht habe, sich einem Verein oder einer Jugendgruppe anzuschließen. Eigentlich habe sie Erzieherin werden wollen, dazu hätten die schulischen Leistungen aber nicht gereicht. Ihre spielerische Phantasie könne sie in ihrer heutigen Arbeit leider nicht zeigen. Seit einigen Monaten nun leitet sie die Freizeitgruppe der evangelischen Gemeinde, organisiert Ferienfreizeiten und Spielernachmittage für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren. Hier findet sie die Anerkennung und Zugehörigkeit, die sie sich immer gewünscht hatte: „Mich im gemeinsamen Tun und Spielen mit anderen zu verbinden, meine eigenen Stärken spüren und zeigen zu können – das hab’ ich mir immer gewünscht.“ So findet Steffi wie viele andere junge Menschen, die Vereinen angehören, einen Ausgleich zum beruflichen Alltag. Sie fühlt sich gleichzeitig in einer Gemeinschaft aufgenommen, in der sie Verantwortung übernehmen kann.

Spiel im mittleren Erwachsenenalter

Mit dieser Überschrift soll die Lebenswirklichkeit vieler Menschen im mittleren Alter (gedacht ist an die Altersgruppe 30+) umschrieben werden. Der Alltag mit Familie und Beruf, aber auch der vieler Singles, ist nun durchgetaktet und lässt oft keine Zeit für die spielerischen und spontanen Momente des Lebens zu. Uns läuft regelrecht die Zeit davon, um jene Dinge zu tun, von denen wir eigentlich wissen, dass sie uns guttun. Insbesondere die faszinierenden Augenblicke des *Gesehen-Werdens* im Kontakt mit anderen Menschen scheinen in der anstrengenden Bewältigung des Alltags oft verloren gegangen zu sein. Übrig bleiben nicht selten Frust, Erschöpfung und das Gefühl, dass das doch nicht alles gewesen sein kann.

Kinder nehmen sich ihren *Spielraum* noch ganz selbstverständlich und Jugendliche erkämpfen sich den *Raum der Möglichkeiten* manchmal ganz eigensinnig; in beiden Lebensphasen

werden dem Menschen die spielerischen Anteile auch von außen noch zugestanden. Im mittleren Alter finden viele Menschen diese gesunde Balance zwischen täglichen Anforderungen und ausgleichenden erholsamen Phasen nicht mehr, was sich in der steigenden Anzahl psychischer Erkrankungen, speziell auch dem „Burn-out“, dem „Ausgebrannt-Sein“, widerspiegelt.

So schreibt der langjährige Leiter einer psychosomatischen Klinik:

„Erst wenn der physische und psychische Zusammenbruch erfolgt, werden die Menschen (kurzfristig) wach. Ich frage meine Patienten dann gern: Wann haben Sie zum letzten Mal etwas Schönes gemacht? Wann sind Sie an einem Fluss entlanggewandert? Wann haben Sie bewusst Vögel zwitschern gehört? Wann haben Sie das letzte Mal ein wirklich offenes und inniges Gespräch geführt? Nicht selten werde ich mit großen Augen angeschaut. Oder wenn ich frage: ‚Was tun Sie in Ihrem Leben damit es Ihnen gut geht?‘ Auch da ist die Antwort oft ein beklemmendes Schweigen.“ (Dogs 2017, S. 102)

Das Spielen in seinen Qualitäten der Lebenskunst und der Potentialentfaltung wieder zu entdecken, ist daher ein ganz wichtiger Baustein für diese Altersgruppe, um gesund zu bleiben.

Ein Beispiel, das C. G. Jung schildert: Mit 37 Jahren, als er Privatdozent an der Universität in Zürich war, hatte er das Gefühl, festzustecken, nicht lebendig zu sein. Auf einmal fiel ihm ein, wie er als Junge mit ca. 11 Jahren leidenschaftlich gerne mit Bausteinen gespielt hatte und alle möglichen Bauten entwarf. Da war die Lebendigkeit, nach der er suchte! Und was machte Jung? Er fing wieder an zu spielen. Er beschreibt dies als Wendepunkt in seinem Leben – trotz der anfänglichen Demütigung, die es für ihn bedeutete, sich als erwachsene Person wieder dem Spielen zuzuwenden. Nach dem Mittagessen, bis die ersten Patienten kamen und nach dem Abendessen, wenn er keine weiteren Termine hatte, ging er täglich an das Ufer des naheliegenden Sees und spielte und baute selbstvergessen mit den dort herumliegenden Steinen. Er schreibt: „Dabei klärten sich meine Gedanken und ich konnte die Phantasien fassen, die ich ahnungsweise in mir fühlte“ (Jaffé 1986, S. 177).

Weitere Beispiele

Spiele, um Gemeinschaft zu erleben:

Herr und Frau W., Mitte 30, mit kleineren Kindern, treffen sich seit einiger Zeit alle 14 Tage mit einem 10 Jahre älteren Ehepaar aus der Nachbarschaft um gemeinsam Doppelkopf zu spielen. Es wird gespielt, geredet, gelacht und es werden auch Erfahrungen über Kindererziehung ausgetauscht, da das ältere Ehepaar schon „große Kinder“ hat. Da sich die Lebenswelten sonst kaum überschneiden ist im Alltag meist nur Zeit, sich kurz zuzunicken. Das „Ritual“ des Kartenspielens schafft zu diesen Nachbarn eine Verbindung, die von beiden Seiten sehr geschätzt wird.

Gerade Brett- oder Kartenspiele mit Freunden können gut in den Alltag integriert werden, um sich zusammen eine Auszeit zu gönnen. Gemeinsame Radausflüge oder Besuche von Sportveranstaltungen gehören auch hierhin.

Aber Gemeinschaft kann auch ganz anders erlebt werden:

Herr S. fährt jedes 2. Wochenende mit seiner Frau in den Geschichtspark Bärnau-Tachov in der Oberpfalz/Bayern, um dort, gekleidet in einer mittelalterlichen Tracht, das Wochenende in einem mit Freunden gebauten Haus aus dem Hochmittelalter zu verbringen. Das Interesse für Geschichte sorgt dafür, dass alles absolut authentisch ist – die Kleidung wird selbst genäht, das Feuer mit Zunderschwamm und Kohlepäckchen entfacht. Und es geht darum, sich auszuprobieren und Neues zu entdecken, aber eben auch um Gemeinschaft. So wird in der Gemeinschaft das getauscht, was einem fehlt.

Spiele, um mit allen Sinnen Erfahrungen zu machen:

Sehen, hören, fühlen, schmecken, riechen:

Für einen gemeinsamen Nachmittag von Ehrenamtlichen in der Behindertenhilfe hatte die Leitung das Motto: ‚Modenschau mit Naturmaterialien‘ vorgeschlagen. Es war ein sonniger Herbsttag, die Gruppe fuhr in den Wald und jeder suchte sich dort sein „Kleidungsstück“ zusammen. Intensiv wurde geschaut: Welche Farben sind da, was passt zu wem? Dann wurde gerochen: Ist das jetzt zu modrig oder ist es einfach nur würzig? Anschließend wurde gefühlt: Wie klebrig, bemoost, fragil ist das Stück, das ich gerade in der Hand habe? Und ebenso wurde geschmeckt, da noch vereinzelt Brombeeren entdeckt wurden. In ausgelassener Stimmung ging dann die Modenschau mit viel Lachen „über die Bühne“. Ein Picknick rundete diese Freizeit ab. Mit Lebendigkeit „aufgetankt“ fuhren die Teilnehmer nach Hause.

Senioren und Spiel

Das Spielen ist in diesem Altersbereich noch einmal eine ganz große Chance, sein Leben zu bereichern und auf die geistige, körperliche und seelische Gesundheit einzuwirken. Ich muss nichts mehr, keine Selbstoptimierung, keine zeitliche Taktung, die meinen Lebensrhythmus bestimmt. Sondern ich habe die Freiheit auszuwählen, was mir guttut und ich kann mit allem spielen. Denn ob etwas ein Spiel ist oder nicht, entscheidet nicht der Gegenstand oder das Medium, sondern die Art und Weise, wie ich dem begegne. Ich kann jederzeit aufhören, ich kann die Regeln ändern, ich bringe mich ganz ein, das Ergebnis ist offen, ich bin in Resonanz mit dem Gegenüber. Jetzt ist das Spiel ein großes Übungsfeld, sich noch einmal den organismischen Impulsen zuzuwenden, sich im Spiel als lebendig zu erleben und dem Leben so einen Zuwachs an Zufriedenheit und Qualität zu ermöglichen.

Ein Beispiel für das innere und äußere Bewegt-Sein: Eine 82-jährige Seniorin, die seit einigen Jahren an Parkinson leidet und an einem T'ai-Chi-Chuan-Kurs an der VHS teilnimmt (T'ai Chi Chuan ist eine aus dem asiatischen Kulturraum stammende meditative Kampfkunst) sagt dazu; „T'ai Chi ist etwas, das habe ich schon vor Jahren gelernt und zum Glück kann ich es immer noch. Ich mache es jeden Tag. Diese langsamen, fließenden Bewegungen tun mir so gut, sie erden mich, ich bin dann ganz bei mir. Ich muss nichts mehr richtig machen, für mich ist es wie ein sanftes Tanzen geworden, das Geist, Seele und Körper bewegt. Danach fühle ich mich immer wie neu-geboren.“

6. Fazit

Es ging darum, aufzuzeigen, wie das Spiel im Alltag dem Einzelnen helfen kann, jenseits von Leistungsstress und starren Rollenvorgaben, seinen „persönlichen Spielraum“ wieder zu entdecken und zu erweitern. Die Freiheit und die Verbundenheit, die im Spiel erlebt werden können, stellen eine Chance dar, auch im Alltag den in der Polyvagalthorie beschriebenen ventralen Vagus zu aktivieren. Das damit verbundene Sicherheitsgefühl ermöglicht uns, der Aktualisierungstendenz in uns Raum zu geben, so dass organismische Impulse, die im Rahmen der Selbststrukturbildung keine Chance hatten, gespürt, geschweige denn korrekt symbolisiert zu werden, hervortreten und als uns zugehörig erlebt werden können. Es ist eine Chance, das Selbstbild flexibler zu gestalten und damit, um mit den bereits zitierten Worten von Peter F. Schmid zu schließen, etwas mehr ‚zu werden, was man – gemeinsam mit anderen – sein kann‘.

Literatur

Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.

Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (Hrsg.) (2009). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.

Bitcom-Studie 2015: www.bitkom.org (aufgerufen am 1.3.2019).

Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, Th., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, Ch. (Hrsg.) (2002). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1, 2, 3. Göttingen: Hogrefe.

Bowlby, J. (1975, orig. 1951): *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.

Dana, D. (2018): *Die Polyvagal-Theorie in der Therapie. Den Rhythmus der Regulation nutzen*. Lichtenau: Probst.

Dogs, C. P. (2017): *Gefühle sind keine Krankheit: Warum wir sie brauchen und wie sie uns zufrieden machen*. Berlin: Ullstein.

Grossmann, K. E., August, P., Fremmer-Bombik, E., Friedl, A., Grossmann, K., Scheuerer-Englisch, H., Spangler, G., Stephan, C. & Suess, G. (1989): Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 31–56). Berlin: Springer.

Hölldampf, D., Behr, M. (2009). Wirksamkeit personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 319–339). Göttingen: Hogrefe.

Huizinga, J. (2001). *Homo ludens*. 18. Auflage. Reinbek: Rowohlt.

Hüther, G., Quarch, Ch. (2016). *Rettet das Spiel! Weil Leben mehr als funktionieren ist*. München: Hanser.

Jaffé, A. (1986): *Erinnerungen, Träume, Gedanken von C. G. Jung*. Aufgezeichnet und herausgegeben von Aniela Jaffé. 4. Auflage. Olten: Walter.

Kang, Shimi (2016). *Das Delfin-Prinzip: Glückliche Kinder sind im Leben erfolgreicher als Eiserschüler*. München: Goldmann.

Langer, I., Langer, S. (2005). *Jugendliche begleiten und beraten*. München: Ernst Reinhard.

Lux, M. (2014): *Neurowissenschaftliche Grundlagen Personenzentrierter Psychotherapie*. PERSON, 2, 1–11. Wien: Facultas.

Mogel, H. (1994). *Psychologie des Kinderspiels*. 3. aktual. und erweiterte Auflage 2008. Berlin: Springer Verlag.

Mönks, F., Knoers, A. (1996). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. München: Reinhardt Verlag.

Moreno, J. L. (1959): *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart: Thieme.

Moreno, J. L. (1974): *Psychodrama: Theorie und Praxis*. Berlin: Springer.

Perls, F. S., Hefferline, R. F., Goodman, P. (1951/1919). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung*. 7. neu übersetzte Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Pohl, Gabriele (2014). *Kindheit – aufs Spiel gesetzt. Vom Wert des Spielens für die Entwicklung des Kindes*. 4. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.

Porges, S. W. (2018). *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit*. 2. Auflage. Lichtenau: Probst Verlag.

Porges, S. W. (2010). *Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie*. Paderborn: Junfermann.

Rogers, C. R. (1959 / dt. 1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG / München: Reinhardt (2009).

Rogers, N. (1993). *The Creative Connection. Expressive Arts as Healing*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Schmid, P. F. (2010). Ein Prozess der Personalisierung – Zum dialektisch-dialogischen Verständnis der Aktualisierungstendenz. PERSON 14(2), 147–149.

Schmidtchen, S. (1974). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. Weinheim: Beltz.

Schneider, I. (1997). *Begegnung mit Natalie Rogers Personenzentrierte Ausdrucks- und Drucktherapie* (12.–14. Sept. 97). Weggis, Schweiz. PERSON, 2, 138–143.

Silverstone, L. (1997). *Art Therapy. The Person-Centred Way*. (2nd ed.). London: Jessica Kingsley.

Stammmler, F.-M. (1995): *Der ‚leere Stuhl‘. Ein Beitrag zur Geschichte der Gestalttherapie*. Stuttgart: Pfeiffer.

Stern, D. (1992, orig. 1985): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen – Einführung in die Personenzentrierte Spieltherapie*. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Die Aktivität der Therapeut*in in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Wann ist diese sinnvoll, nötig und „erlaubt“?

Klaus Fröhlich-Gildhoff
Evangelische Hochschule
Freiburg i. Br., Deutschland

Manuela Maiworm
Freie Praxis
Wetter b. Marburg, Deutschland

Klaus Riedel
Freie Praxis
Bielefeld, Deutschland

Hildegard Steinhauser
Freie Praxis
Augsburg, Deutschland

Seit der Publikation der non-direktiven Spieltherapie nach Axline (1947) hat sich die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im deutschsprachigen Raum deutlich weiter entwickelt: Auf der Grundlage eines Beziehungsangebots, das von bedingungsloser Akzeptanz und Wertschätzung, von Empathie und Kongruenz geprägt ist, bereichern zunehmend weitere Interventionen den therapeutischen Prozess, die passgenau am Kind/Jugendlichen und seinen spezifischen Entwicklungsbedürfnissen orientiert sind. Der vorliegende Beitrag gibt dem aktiveren Handeln der Therapeut*in ein Konzept. Fallvignetten verdeutlichen dies.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; therapeutische Interventionen; Therapieprozess, klientenzentriert

Therapist activity within person-centered Therapy with young people — when does this make sense or is necessary? Since the publication of Axline's concept of non-directive play therapy different developments esp. in the German speaking countries took place. Based on a therapeutic relationship coined by unconditional regard, empathy and congruence several interventions enrich the therapeutic process. These interventions shall attune to the child/adolescent and his or her specific needs. The paper offers a concept for the more active therapist interventions. Examples of therapeutic situations illustrate this.

Keywords: person-centered psychotherapy with children and adolescents, therapeutic intervention, psychotherapy process, client-centered

1. Einleitung

Kinder und Therapeut*innen agieren miteinander in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – unabhängig von der theoretischen Grundorientierung. Ein Spezifikum des Personzentrierten Ansatzes ist die Achtung der individuellen Entwicklungswege, die Orientierung an den Selbstentfaltungskräften

und der „Aktualisierungstendenz“ des Gegenübers. Aus diesem grundlegenden Paradigma entwickelte Axline (1947) für die Kinderpsychotherapie das Prinzip der „Non-Direktivität“, das über viele Jahre als Kernbestandteil der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (PTKJ) Gültigkeit hatte – und das für viele Kinder und Jugendlichen nach wie vor ein hilfreiches Begegnungskonzept darstellt.

Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Professor für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG). E-Mail: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

Manuela Maiworm arbeitet in freier Praxis in Wetter b. Marburg, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, u. a. Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG).

Dr. Klaus Riedel arbeitet in freier Praxis in Bielefeld, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personzentrierter Psychotherapie

mit Kindern und Jugendlichen (GwG).

Hildegard Steinhauser arbeitet in freier Praxis in Augsburg, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Ausbilderin in Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG).

Danksagung

Ein Dank geht an die Kolleg*innen im Praxisforschungsprojekt „Wirkfaktoren in der (Personzentrierten) Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie“: Georg Derx, Katharina Heinen, Klaus Horstkötter, Jutta Hoßfeld, Gerhard Hufnagel, Stephan Jürgens-Jahnert, Franziska Jahnert, Manuela Maiworm, Sandra Mielau, Klaus Riedel, Wolfgang Seidenbiedel, Hildegard Steinhauser.

Die Fortentwicklungen der PTKJ – der stärkere Blick auf das Beziehungsgeschehen, die Berücksichtigung moderner entwicklungspsychologischer Erkenntnisse, die Integration sowie die Entwicklung störungsbezogener Handlungsleitlinien – stellen zumindest im deutschsprachigen Raum dieses Prinzip einer puristischen Non-Direktivität sehr infrage; es kommt zu Diskussionen darüber in der PTKJ-Community, ein Beispiel ist die Tagung des Verbandes Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (VPKJ) 2018 in Freiburg (Fröhlich-Gildhoff, 2018). Zudem wächst eine interaktionelle Betrachtung des therapeutischen Geschehens: PKJT ist viel mehr als „dem Kind folgen“ – Therapeut*innen treffen in jeder Minute des Therapieprozesses Entscheidungen, ob und wie sehr sie aktiv handeln, eine Äußerung machen oder nicht, eine Spielhandlung aufnehmen oder nicht, dem Kind auf Spielebene antworten oder das Wahrgenommene mit Worten spiegeln etc.

Allerdings ist die Aktivität der Therapeut*in jenseits der Non-Direktivität bisher nur selten – wie z. B. in Behrs (2012) Konzept der „Interaktionsresonanz“ oder in den „Interaktionskompetenzen“ von Hockel (2011) – systematisch betrachtet worden. Es erscheint sinnvoll, theoretisch wie empirisch klar abgeleitete Kriterien zu entwickeln, wann, warum und wie aktiv(er)e, prozessaktualisierende Interventionen der Therapeut*in in der je spezifischen Person-zu-Person-Begegnung erfolgen soll(t)en.

Der vorliegende Beitrag greift diese Thematik auf und versucht, einige praxisorientierende Hinweise zu geben. Dazu wird zunächst kurz noch einmal die Entwicklung der PTKJ – v. a. im deutschsprachigen Raum – dargestellt, bevor grundlegend die verschiedenen Interventionsebenen und die damit verbundenen Entscheidungsmöglichkeiten in der (personenzentrierten) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dargelegt werden. Darauf aufbauend werden Kriterien zum aktive(re)n, prozessaktualisierenden Handeln der Therapeut*in vorgestellt, die auf Erkenntnissen aus dem Praxisforschungsprojekt „Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ basieren.

2. „Geschichte“ der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (im deutschsprachigen Raum)

Die Wurzeln des Therapieverfahrens gehen bekanntermaßen auf Axline (1947), eine Schülerin von Carl Rogers, zurück, die das Konzept der „Nondirektiven Spieltherapie“ begründete und praktisch beschrieb. Das Grundprinzip beruhte darauf, dass die Therapeut*in dem Kind einen möglichst weiten, anregenden Entwicklungsraum zur Verfügung stellen soll, indem es seine Selbstaktualisierungskräfte freisetzen kann. Das Spiel wird schon sehr früh als „Sprache des Kindes“ (Zulliger, 1979)

verstanden (vgl. auch: Mogel, 2002) und die Aufgabe der Therapeut*in besteht nach Axline im Wesentlichen darin, dass Kind empathisch zu begleiten und ihm zu folgen.

Behr & Hölldampf (2014, S. 48) weisen zu Recht daraufhin, dass sich international noch einmal starke Unterschiede des Ansatzes beobachten lassen; so ist bspw. der gut untersuchte Ansatz von Landreth (2002) „eine orthodoxe Weiterführung des Modells von Axline“ (Behr & Hölldampf, 2014, S. 50) zu nennen. Insbesondere in den USA, wo die „Child-Centered Play Therapy“ (Cochran, Nordling & Cochran, 2010) eine weite Verbreitung hat, erfolgen bspw. *keine* Differenzierungen des strikt non-direktiven Ansatzes nach Symptomen oder spezifischen Verhaltensweisen des Kindes: „The child-centered play therapist does not assume he or she knows about and should, therefore, direct the therapeutic process. The content and direction of the child’s play is determined by the child. (Sweeney & Landreth, 2009; S. 123). Auf diese internationalen Differenzierungen kann allerdings an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden (Überblick z. B. Behr & Cornelius-White, 2008).

Das Konzept der „nichtdirektiven Spieltherapie“ wurde in Deutschland zunächst von Tausch & Tausch (1956) aufgegriffen und dann in den 1970er Jahren und zu Beginn der 1980er Jahre theoretisch weiterentwickelt (vgl. z. B. Goetze & Jaede, 1974), wobei ein Schwerpunkt darin bestand, empirische Erkenntnisse aus der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie – und hier insbesondere die Realisierung der Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz – auf die Kindertherapie zu übertragen.

Die theoretische Diskussion wurde in den 1990er Jahren auf breiterer Ebene belebt. Die wesentlichen Weiterentwicklungen lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen:

- Es werden Bezüge hergestellt zu neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, insbesondere der empirischen Säuglingsforschung und auch zur Bindungsforschung (vgl. z. B. Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2015; Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002; Behr, 2012).
- Die therapeutische Beziehung wird klar als wesentliche Wirkvariable beschrieben. Das Beziehungsgeschehen zwischen Kind und Therapeut*in wird allerdings wesentlich differenzierter und über die Realisierung der drei Basisvariablen hinausgehend betrachtet (vgl. z. B. Behrs Konzept der „Interaktionsresonanz“ [2012]; das Prinzip der „prozessleitenden Hilfen“ nach Schmidtchen, [2001]; die Unterscheidung von verschiedenen Therapiephasen [Goetze, 2002; Jaede, 2002; Riedel, 2002]).
- Spezielle Aspekte der Diagnostik im Rahmen Personenzentrierter Arbeit werden differenziert beschrieben (vgl. Jürgens-Jahnert, 1997; Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2015).
- Das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wird in der Therapie berücksichtigt und einbezogen (Konzeptionen

finden sich z. B. bei Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2001; Jaede, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003).

- Die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird nicht mehr nur als Breitbandverfahren angesehen, sondern es existieren Konzeptionen eines störungsspezifischen Handelns (vgl. die Darstellungen bei Schmidtchen, 2001; Weinberger 2015 sowie Goetze 2002). Ausführlichere Beschreibungen eines störungsspezifischen Vorgehens finden sich dann in den Bänden von Boeck-Singelmann et al. (2002a, 2002b, 2003); später wurden „Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ auf personenzentriertem Hintergrund (Behr, Hölldampf und Steiger, 2014, S. 56) für verschiedene Störungsbilder formuliert (Füßner et al., 2012, zu „Angststörungen“; Jürgens-Jahnert et al., 2012, zu „Depression“; Hüsson, Döring & Riedel, 2012, zu „Traumafolgestörungen“; Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012, zu „Störungen des Sozialverhaltens“; Jürgens-Jahnert, Hollick & Fröhlich-Gildhoff, 2015, zu „Kindern mit ADHS-Symptomen“).
- Es werden Bezüge hergestellt zu Ansätzen, die eine therapie-schulenübergreifende „Allgemeine Psychotherapie“ (Grawe, 1994, 1998) konzipieren (etwa von Schmidtchen, 2001, oder Fröhlich-Gildhoff et al., 2004). Ebenso wurden Verknüpfungen zu anderen empirischen Ansätzen, z. B. zur Resilienzforschung (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015) oder zum entwicklungspsychologisch fundierten Konzept der Mentalisierung (Fröhlich-Gildhoff & Jürgens-Jahnert, 2017) geschaffen.

Allen diesen verschiedenen Entwicklungen bzw. Ausdifferenzierungen ist allerdings gemeinsam, dass die Beziehung zwischen Kind und Therapeut*in als *die* entscheidende Variable im therapeutischen Prozess angesehen wird. Exemplarisch seien hier vier – leicht unterschiedliche – Positionen aus dem Spektrum der PTKJ-Therapeut*innen aufgeführt:

- Reisel (2014) hat einen frühen Aufsatz von Rogers (1939) übersetzt und interpretiert, in dem der Begründer des PZA erste Überlegungen zu einer Kinderpsychotherapie in Abgrenzung zum damals allein vorherrschenden psychoanalytischen Ansatz machte. Reisel (2014, S. 46) stellt zusammenfassend fest, dass Rogers „erstmal ... öffentlich [formuliert], was seiner Erfahrung nach das Wesentliche in der therapeutischen Arbeit zu sein scheint: Die emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut, eine ganz besondere Art von Beziehungsgestaltung, bei der es darum geht, dem Kind maximale Freiheit zur Wahrnehmung seiner selbst und zum eigenen Wachstum zu geben, mit dem Ziel, es dadurch so bald wie möglich in die Lage zu versetzen, seine Probleme selbst lösen zu und die therapeutische Beziehung nicht mehr zu benötigen“. In dieser Beschreibung wird die große Bedeutung der Selbstaktualisierung

deutlich – und die Wurzeln für die eher zurückhaltende, non-direktive Haltung der Therapeut*in.

- Nach Behr (2012, S. 13) werden „dem Kind zwei Entwicklungsmöglichkeiten angeboten: Es kann im selbstgesteuerten Spiel seine Erfahrungen organisieren und es kann neue Beziehungserfahrungen mit der Therapeutenperson erleben“. Diese *neuen* Beziehungserfahrungen sind einerseits durch die wertschätzende, empathische Begleitung des Kindes durch die Therapeut*in gekennzeichnet; dabei „weist [das Kind] den Weg“ (ebd., S. 20). Die Therapeut*in „facilitiert“ (ebd.) die inneren Prozesse des Kindes, sie können so symbolisiert und der Bearbeitung bzw. Integration zugänglich gemacht werden. Zum anderen zeigt die Therapeut*in „Interaktionsresonanz“: Diese Interaktionsresonanz „lenkt das Spiel nicht, macht aber die Therapeutenperson als voll präsente, konturierte und reale Person für das Kind erfahrbar“ (ebd., S. 17). Dadurch erlebt „der junge Klient ... in der Beziehung zur interaktionellen Therapeutenperson eine Beziehung in einer noch nie erlebten Qualität ... Die Erfahrung einer solchen anderen Beziehungsqualität verändert die Interaktionsschemata, welche die Herkunftsfamilie im jungen Menschen aufgebaut hat“ (ebd.). Behr ist damit sehr nahe am Konzept der „korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung“, die Cremerius (1979) als Kern der psychotherapeutischen Behandlung bezeichnet hat. Die Gestaltung neuer Beziehungserfahrungen für das Kind erfordert eine hochreflexive Haltung – und bewusst steuerndes Handeln – der Therapeut*in.
- Auch Weinberger (2014, S. 261) beschreibt, dass „in der Personzentrierten Kinderpsychotherapie ... das Kind tiefgreifende neue Erfahrungen [macht] und zwar sowohl auf der Ebene der Beziehung ... als auch auf der Handlungsebene“. ‚Zusätzlich‘ wird eine Erweiterung beschrieben (Weinberger 2015, S. 43): „Im Kontext des personenzentrierten Beziehungsangebots können auch differenzielle Vorgehensweisen zur Anwendung kommen, z. B. ein eingeschränktes Spielangebot ... oder die Einbeziehung prozessaktivierender Medien, wie Sandspiel, Märchen und Geschichten, körperbezogene Arbeit, die den Selbstexplorationsprozess des Kindes anregen“. Weinberger (2015) arbeitet in Anlehnung an Höger (2006) sehr präzise „Differenzierungsebenen im Personzentrierten Konzept“ (Weinberger, 2015, S. 81) heraus, in denen explizit aktive Handlungsweisen und Interventionen der Therapeut*in – wie: „Nähe und Distanz regulieren, Entwicklungsschritte aufzeigen, Loben und Anerkennen ... Selbsteinbringen“ (S. 82) – sowie das Anbieten „differenzieller Spielangebote“ benannt und systematisiert sind (ebd.).
- Hockel (2011, S. 13) versteht das „Therapeutenverhalten als Partitur“: Jede Äußerung der Therapeut*in entspricht einer „Interventionskompetenz“, die sich vor allem darin

ausdrückt, dass die Therapeut*in „in jedem Moment sich fallbezogen Rechenschaft darüber ablegt, welche ‚Taste des Interventionsklaviers‘ sie anschlägt“ (ebd.). Aus der Analyse von videografierten personenzentrierten Kinderpsychotherapien extrahiert Hockel eine Vielzahl von – fallbezogen sinnhaften – Handlungsmöglichkeiten, die durchaus prozessaktivierenden oder -aktualisierenden Charakter haben, wie „Insistieren“, „Entscheidungen anregen“, „Wiedergabe von Verhalten“, „Fragen stellen“, „Anregen zum Differenzieren“, „Loben“, „Gestaltung von Nähe“ oder auch „Konfrontieren“ (S. 16ff).

Die Zusammenstellung verdeutlicht zum einen, dass es im therapeutischen Prozess zunächst primär um die reflektierte Gestaltung bzw. Ermöglichung *neuer*, (selbst)entwicklungsförderlicher Beziehungserfahrungen geht. Zum anderen wird deutlich, dass das Beziehungsangebot über die ursprünglichen Kernvariablen des PZA hinaus differentielle, von der Therapeut*in aktiv gestaltete Interventions-Elemente beinhaltet/beinhalten sollte. Offen bleibt allerdings, *wann*, in welchem „Ausmaß“ das aktive oder prozessaktualisierende Handeln der Therapeut*in angemessen und notwendig ist. Diese Thematik wurde im nun vorgestellten Praxisforschungsprojekt untersucht.

3. Empirischer Ansatz des Projekts „Wirkfaktoren in der (personenzentrierten) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Im Rahmen eines Praxisforschungsprojekts zu „Wirkfaktoren in der (personenzentrierten) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ treffen sich seit 18 Jahren regelmäßig zweimal im Jahr acht bis zehn Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen mit PTKJ-Ausbildung und darüber hinaus weiteren Therapieaus-/Weiterbildungen. Ausgangspunkt war die Frage, ob und wie sich die von Grawe (1994, 1998, Grawe, Donati & Bernauer, 2001) extrahierten „Therapieschulenübergreifenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie“ auch in Personenzentrierten Kinderpsychotherapien identifizieren lassen.

Methodisch wurde dabei bewusst ein zunächst hermeneutisches Herangehen realisiert, also nicht bedingungsvariierend vorzugehen, um den Therapieprozess ganzheitlich zu betrachten und nicht experimentell zu zerlegen. Insgesamt wurden dabei bisher ca. 2000 Therapiestunden einer (Video)Analyse – mit später dann variierenden Fragestellungen – unterzogen. Dieser Prozess war und ist für die Beteiligten einerseits anregend, aber auch sehr anstrengend, weil es für ein solches Vorgehen nur wenige Vorbilder gibt, es ein hohes Maß an Konzentration erfordert, im Prozess immer wieder neue Forschungsfragen auftauchen, die dann systematisch weiter bearbeitet werden müssen – manchmal dauert die Analyse einer fünfminütigen

Sequenz in der Gruppe bis zu drei Stunden. Zentraler Kern des empirischen Vorgehens sind also Analysen von Videobändern aus Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien. In dem hermeneutischen, hypothesenbildenden Analyseprozess werden zunächst die Beobachtungen ausgetauscht und erste Hypothesen über das Beobachtete und die damit verbundenen bzw. ‚dahinter liegenden‘ Prozesse gebildet. In einem zweiten Schritt werden Bezüge zu theoretischen Konzepten hergestellt, bevor dann eine systematische, kategoriengeleitete Analyse erfolgt (analog dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse z. B. nach Mayring, 2015). In dieser Analyse wird immer wieder darauf geachtet, eine Interraterreliabilität herzustellen. Auf der Basis der vorgenommenen Operationalisierungen kann das Material dann einer quantitativen statistischen Analyse unterzogen werden. Bei diesem Vorgehen ergeben sich wiederum neue Fragen und im Sinne eines Kreislaufprozesses wird die Arbeit fortgesetzt. Die Methode ist im folgenden Schaubild dargestellt.

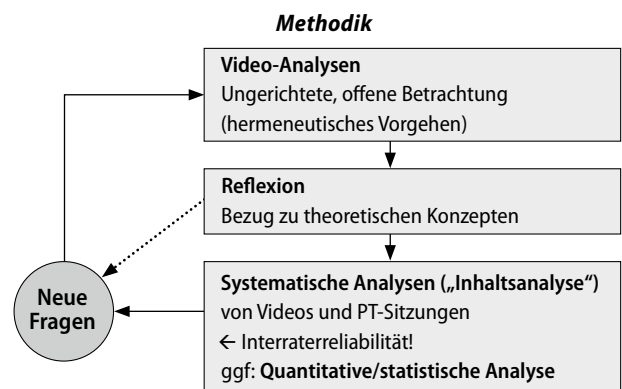


Abbildung 1: Methodik des Praxisforschungsprojekts „Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

Die Ergebnisse wurden zur ersten Validierung auf verschiedenen Fachtagungen, Kongressen und Fortbildungen erfahrenen Psychotherapeut*innen vorgestellt. Diese Fachpersonen wurden in die Denkweise des Konzeptes der jeweiligen Fragestellungen – also bspw. die „Allgemeinen Wirkfaktoren“ nach Grawe (1994) oder das Resilienzkonzept – eingeführt und hatten dann die Aufgabe, prototypische Videoausschnitte ihrerseits einzuschätzen. Es ergab sich jeweils eine hohe Übereinstimmung der Einschätzungen dieser externen Psychotherapeut*innen mit den Operationalisierungen und Konstrukten des Konzeptes, wie sie die Projektgruppe vorgenommen hatte. Aus dieser Arbeit resultierten verschiedene Publikationen, so zu den „Allgemeinen Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (Fröhlich-Gildhoff, Hufnagel & Jürgens-Jahnert, 2004; Fröhlich-Gildhoff, 2007), zur Verbindung von Resilienzkonzept und (personenzentrierter) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015) sowie zur Verbindung des Mentalisierungskonzeptes mit dem Personenzentrierten Ansatz (Fröhlich-Gildhoff & Jürgens-Jahnert, 2017).

Das gleiche empirische Vorgehen wurde zur Untersuchung der Fragestellungen verwandt,

- wann Aktivität(en) der Therapeut*in in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Therapieprozess sichtbar werden?
- warum/auf welchem Hintergrund diese von der Therapeut*in realisiert werden?
- welche Kriterien zur aktiven Interventionsentscheidung genutzt werden?
- wann aktives Handeln besonders notwendig ist?
- und welche „Risiken“ mit der Aktivität der Therapeut*in verbunden sind?

Zur Untersuchung dieser Fragestellungen reichte allein das Betrachten der Videoaufzeichnungen von Therapiesequenzen nicht aus – es war gleichfalls nötig, die beteiligten Therapeut*innen zu befragen, warum sie in der spezifischen Sequenz in spezifischer Weise aus sich heraus aktiv geworden sind (oder eben nicht). Dadurch konnten immer detailliertere Zusammenhänge zwischen den Momenten einer aktiven Interaktionsgestaltung im therapeutischen Prozess und deren Hintergründen – auf Therapeut*in und auf Kind-Ebene – herausgearbeitet werden. Dies geschah zunächst auf Einzelfallebene; durch das systematische Zusammenführen der Einzelfälle – über das Herausfiltern von Gemeinsamkeiten und Kontrastierungen – konnten dann allgemeinere Schlussfolgerungen gezogen werden.

Im vorliegenden Beitrag werden die Erkenntnisse der inhaltsanalytischen Auswertung referiert; eine weitere quantitative Analyse steht noch aus.

4. Hintergründe/Bezugspunkte der konkreten Intervention der Therapeut*in

4.1. Allgemeiner Bezugspunkt: Interventionsebenen

Die konkrete Intervention der Therapeut*in – die auch durch Nicht-Handeln bzw. Nichtaktivität oder -Direktivität gekennzeichnet sein kann – hat verschiedene Bezugspunkte, die in der jeweiligen Situation handlungsleitend sind und bei der Interventionsplanung oder zumindest bei der Reflexion im Nachhinein berücksichtigt werden sollten (Fröhlich-Gildhoff, 2006; 2007): Dies ist zum einen die jeweilige aktuelle Situation („Hier und Jetzt“) und zum anderen die Lebensthematik (die Inkongruenzen bzw. intrapsychischen Konflikte, die bisherigen zentralen Beziehungserfahrungen, die Ressourcen und Bewältigungsformen usw.) des Kindes. Die Therapeut*in hat die Möglichkeit, auf vier Ebenen zu intervenieren – die folgende Differenzierung hat analytischen Charakter; nicht in jeder Intervention sind diese Ebenen trennscharf zu unterscheiden:

- Auf der *Handlungsebene* wird das Beobachtete von der Therapeut*in verbal beschrieben – hier gibt es eine Vielzahl von

Möglichkeiten, Akzente zu setzen (und z. B. spezifisch ressourcenorientiert zu intervenieren). Die Verbalisierungen des aktuellen Geschehens auf der Handlungsebene machen einen großen Teil der Interventionen aus. Sie sind für die Kinder hilfreich, weil sie erleben, dass ein Erwachsener sich für sie interessiert und sie begleitet. Sie stehen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und werden gespiegelt; damit wird an frühe positive Interaktionserfahrungen angeknüpft oder es werden neue Beziehungserfahrungen ermöglicht. Außer den Verbalisierungen ist auf dieser Ebene auch das körperliche Mitgehen, Mitschwingen als Ausdruck der unbedingten Präsenz für das Kind – auch im Sinne der Interaktionsresonanz – wesentlich. So setzt sich der Therapeut mit auf den Boden, wenn sich das Kind setzt, bleibt in seiner Nähe, wenn es den Raum exploriert etc.

- Auf der *emotionalen Ebene* werden die – vielleicht auch nur latent – gezeigten Emotionen verbalisiert (hier wird auf die klassische klientenzentrierte Methode des „Verbalisierens emotionaler Erlebnisinhalte“ zurückgegriffen). Auch auf dieser Ebene hat das Spiegeln an sich eine große Bedeutung. Ebenso wichtig ist, dass durch die Verbalisierung die Emotionen auf einer bewussten Ebene verdeutlicht werden; das Kind kann sich jetzt damit auseinandersetzen.
- *Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur*: Hier kann – wenn die Therapeut*in dazu klare Hypothesen hat – der Bezug zum Lebensthema bzw. den „handlungsleitenden Kognitionen“ (Kognitive Verhaltenstherapie) oder dem „internal working model“ (Bindungstheorie) – hergestellt werden. Es kann „Klärung“ i. S. des Grawe'schen Wirkfaktors (Grawe 1994, 1998) stattfinden. Solche Interventionen setzen präzise Kenntnisse der Biografie des Kindes und seiner Lebensbewegungen voraus. Kinder gehen zumeist auf ein derartiges Angebot nicht direkt ein, aber auch auf dieser Ebene kann bisher Unbewusstes auf die Bewusstseins-ebene gehoben werden.
- *Beziehungsebene*: Interventionen auf dieser Ebene setzen gewachsenes Vertrauen zwischen Therapeut*in und Kind voraus. Es wäre auf der Ebene der Realbeziehung bspw. möglich, einem Kind vorsichtig Hilfe anzubieten („Du hast das bisher ganz alleine gemacht und es klappt nicht. Wenn du möchtest, kann ich dir ein wenig helfen“). – das Kind könnte Erfolge erzielen, seine Selbstwirksamkeit erhöhen und zugleich die Beziehungs-Erfahrung der hilfreichen Unterstützung durch einen Erwachsenen machen. Möglicherweise reproduziert das Kind zugleich eine „alte“ Beziehungserfahrung („Ich muss allein da durch, es gibt niemand, der mir hilft – und: ich scheitere sowieso“). Diese Erfahrung wird in der therapeutischen Situation reinszeniert; die Wiederholung kann angesprochen werden („Du willst das ganz alleine machen, weil du die Erfahrung gemacht hast, dass immer keiner da ist, der dir hilft“).

Interventionsebenen

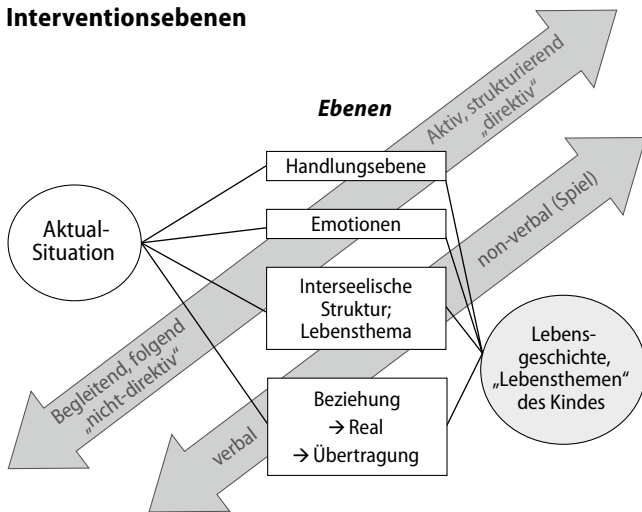


Abbildung 2: Interventionsebenen in der Kinderpsychotherapie (Erweiterung des Modells von Fröhlich-Gildhoff, 2006)

Bei der ‚Auswahl‘ einer Interventionsebene ist auch der bisherige therapeutische Prozess zu berücksichtigen: Zu Beginn der Therapie, wenn sich Therapeut*in und Kind noch nicht gut kennen und Vertrauen wachsen muss, werden Interventionen auf der Handlungs- und der Emotionsebene häufiger sein. Unabhängig davon werden in den Interventionen immer die bisherigen Erfahrungen im wechselseitigen Prozess Berücksichtigung finden.

Die hier differenzierten oder ähnliche Interventionsebenen lassen sich überwiegend auch in der Jugendlichen – und Erwachsenentherapie beschreiben – in der Kindertherapie werden sie jedoch nicht nur auf verbaler, sondern ebenso auf symbolischer, also auf der Spielebene realisiert. Hierdurch ergibt sich zugleich die Möglichkeit – und Notwendigkeit – zu entscheiden, ob dem Kind eine Antwort auf verbaler und/oder Spielebene gegeben wird.

Eine weitere Entscheidung muss getroffen werden, ob und wie deutlich die Therapeut*in dem Kind in seinen ‚Bewegungen‘ folgt, sich also eher klassisch non-direktiv verhält – oder ob sie gut begründet und reflektiert aktive, strukturierende Impulse gibt, also direktiv(er) handelt. Bereits Weinberger (2014, S. 10) macht deutlich: „Auch wenn das Kind die Spielführung innehat, kann die Therapeutenperson differenzielle Spielangebote machen, um dem Kind weitere Ausdrucksmöglichkeiten anzubieten und/oder ein bestimmtes Thema zu vertiefen.“

Es wird insgesamt deutlich, dass es *die* richtige bzw. in ihrer Absolutheit perfekte Intervention nicht gibt. Das Handeln der Therapeut*in ist immer auf das jeweilige Kind bezogen, eben auf die *Person* zentriert. Auf welcher Ebene die Intervention erfolgt, ist vor allem vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes und vom Stand des therapeutischen Prozesses abhängig. Dabei ist grundlegend noch einmal darauf hinzuweisen, dass

alle Interventionen auf der Basis der personzentrierten Grundhaltung, der auf bedingungsloser Akzeptanz und Wertschätzung beruhenden, von Empathie und Kongruenz getragenen Begegnung erfolgen. Die in allen folgenden Fallbeispielen beschriebenen Interventionen fokussieren in besonderer Weise das aktiv(er)e Handeln der Therapeut*in, weil dieses im vorliegenden Beitrag genauer untersucht wird.

Im folgenden Beispiel eines bei Behandlungsbeginn 9-jährigen Jungen mit massiven Trennungängsten bei wochenlang verweigerndem Schulbesuch sollen die verschiedenen Interventionsebenen noch einmal verdeutlicht werden:

K. sei, so die Angaben aus der Vorgeschichte, „immer schon trennungängstlich gewesen“, habe im Kindergarten und in der erstbesuchten Grundschule Erfahrungen mit Mobbing und Ausgrenzung gemacht. Zugespitzt hätten sich die Ängste nach sehr schwieriger Trennung der Eltern und „dekompensiert“ sei er nach der Diagnostik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz. Dort seien ihm in der ersten Stunde Fragen nach Ängsten bzgl. Tod von Mutter und Vater gestellt worden, auch sei er gefragt worden, ob er Drogen nehme oder Selbstmord machen wolle. Diese Fragen hätten solche zusätzlichen Ängste in ihm ausgelöst, dass er eine Weile nicht mehr zur Schule hätte gehen können, bei Behandlungsbeginn nur an manchen Tagen gemeinsam mit der Mutter über die gesamte schulische Anwesenheit. Wenn er von der Mutter zum Vater solle, aber auch umgekehrt, gerade er „in ein stundenlanges Hin-und-her, wo er nun sein will, teils auch mit Drohungen wegzulaufen, wenn er nicht sofort wieder zum verlassenen Elternteil zurückgefahren wird“. Zudem habe K. oft massive psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen, die er auch als Grund anführt, nicht zur Schule gehen zu können.

- Auf der *Handlungsebene* ergeben sich Interventionsmöglichkeiten bzgl. des Spielverhaltens des Jungen: er exploriert anfangs kaum den Raum, findet ein Spiel („Bohnsackwerfen“), an dem er sich dann stundenlang „festhält“, Auf- und Abbau überlässt er der Therapeutin (Th.). Die Th. verbalisiert das Handeln: „Du beschäftigst dich erst einmal immer mit dem selben Spiel“. Erste Veränderungen zeigt er nach einigen Stunden zum Ende: er beginnt von sich aus, die Einzelteile in den Karton zu packen – was die Th. mit Sätzen wie „Du sorgst mit dafür, dass eingeräumt ist“ kommentiert. Auch in den kommenden Stunden greift er zwischendurch auf das erstgewählte Spiel zurück, erfindet aber hierbei „sportlichere Varianten“ wie das „unter den Beinen durchwerfen“, was mit „du bist jetzt ganz einfallsreich – darauf ist hier noch niemand gekommen“ rückgemeldet wird, worauf er sehr freudig und stolz reagiert. Parallel dazu berichtet die

Mutter, dass er zuhause wieder mehr Freude an Bewegung zeige, gerne wieder Rad fahre, raus möchte. Zum anderen erfolgen auf dieser Ebene auch in der Therapiestunde erste Anregungen zum Einüben „mutigeren Verhaltens“ bzgl. Schulbesuch, erste gemeinsame Überlegungen, wie ein Aufenthalt ohne Mutter im Klassenraum aussehen könnte („Welche Zeit kann ich mir vorstellen, die meine Mutter nicht mit mir im Klassenraum sein muss?“, „Wie schaffe ich es, mich bei zunehmender Abwesenheit der Mutter nicht zwischendurch immer ihrer Anwesenheit in der Schulbibliothek zu versichern?“) und anschließender Durchführung desselben (Die Mutter ging anfangs eine Schulstunde aus dem Klassenraum, er konnte sie danach kurz sehen – dann traute er sich, die Abwesenheit der Mutter immer weiter auszudehnen bis es ihm möglich war, über mehrere Schulstunden hinweg ohne Anwesenheit der Mutter zu bleiben, ohne sich zwischendurch rückversichern zu müssen).

- Auf der *emotionalen Ebene* verbalisiert die Th. in den zu jedem Stundenbeginn kurz stattfindenden Auseinandersetzungen mit den Ängsten (z. B. auf die Trennungssängste bezogen: die Mama könnte nach Trennungen von ihr nicht wiederkommen, wenn sie das Schulgebäude verlässt, könnte ihr etwas passieren) und erfragt Veränderungen, geht auf die mit den Ängsten verbundene Hilflosigkeit und Verzweiflung ausführlich ein und zeigt ihre Wertschätzung bzgl. jeden kleinen Veränderungsschrittes, auf den der Junge sich einlässt und stärkt seine Ressourcen (Bsp.: „trotz aller Schwierigkeiten gehst du eigentlich noch gerne in die Schule, der Unterricht selbst macht dir Spaß, wenn du dort bist“). Die Verbalisierung von Emotionen bezieht sich auch auf die konkreten Spielsituationen. So spiegelt die Th., z. B., als er sein Spielrepertoire erweitert: „Du bist jetzt hier mit allem vertrauter, das macht dir Mut, mehr auszuprobieren“. Auf der *Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur* ist der Focus der Th. auf die Klärung der hinter den Ängsten stehenden Motivationen, Schemata, Kognitionen etc. gerichtet. So werden dem Kind z. B. Hypothesen zu der gezeigten Zerrissenheit zwischen den Eltern mit Sätzen wie: „Du wünschst dir nach wie vor, dass ihr wieder eine Familie seid“, „Du hast irgendwie die Idee, dass deine Eltern sich miteinander um dich sorgen müssen, wenn du so dolles Bauchweh hast oder nicht in die Schule kannst – evtl. denkst du, dass sie die Sorge um dich wieder zusammenschweiß“, „Du denkst auch, dass du alles tun musst, sie wieder zusammen zu bringen“, „Du machst dir auch vielleicht manchmal Sorgen, dass Papa oder Mama traurig sind, wenn du bei dem anderen bist? Dass er oder sie sich dann ganz alleine fühlt?“. K. kann dieses hypothesengeleitete, eher fragende und doch „wissende“ Vorgehen annehmen, zeigt sich erleichtert darüber, so gut verstanden zu werden.

Zugleich kann er die Stellungnahmen der Th. dazu (in Sätzen wie „Kinder sind nicht verantwortlich für ihre Eltern“, „Es ist nicht dein Job, dafür zu sorgen, dass sich Papa und Mama gut fühlen“ etc.) als entlastend und hilfreich empfinden, was durch seine verbalen und nonverbalen Rückmeldungen deutlich wird.

- *Beziehungsebene*: Auf dieser Ebene ist es für K. sehr wichtig, in der Th. eine mit seinen enormen Ängsten erfahrene Vertrauensperson zu haben, die nicht betroffen auf die mit seiner Symptomatik einhergehenden Erschwernisse, Anforderungen etc. reagiert. Für K. ist es äußerst wichtig, dass beide Eltern zur Th. ebenfalls Vertrauen haben, er macht die Erfahrung, dass sie eine Art „Vermittlerin“ zwischen ihnen ist, damit sie die Elternschaft für K. in einem konstruktiven Miteinander gestalten können – gleichzeitig kann er bei der Th. seine Traurigkeit über das Scheitern der Familie ausdrücken und annehmen, dass er das Ende der Beziehung der Eltern akzeptieren lernen muss. Das zur Th. gewonnene Vertrauen führt auch dazu, dass er seit einigen Stunden von sich aus über die für ihn so prägenden und entwicklungshemmenden Ausgrenzungserfahrungen im Kindergarten berichtet – die damals empfundene Verletzung und Hilflosigkeit hat ihn tief geprägt, zugleich erkennt er jedoch zunehmend, dass er heute nicht mehr ein hilfloser kleiner Junge ist und durchaus über soziale Kompetenzen verfügt. So berichtet er, dass er sich nun Gemeinheiten nicht mehr gefallen lässt, sich nicht ausnutzen lassen möchte, sich seine Freunde selber aussucht, etc.

Die auf den vier Ebenen geschilderten Interventionen sind in dem Fallbeispiel strukturierender und lenkender als in anderen Fällen – dies ist auf dem Hintergrund zu sehen, dass der Junge von sich aus wenig explorativ ist und seine Spielauswahl auf Regelspiele richtet. Es kommt nicht zu Rollenspielen, in denen er von sich aus mehr erlebnisnahe Inhalte wie Ängste, Konflikte etc. symbolisieren könnte und somit ähnliche durch die stattfindenden Interventionen ermöglichte Prozesse eher auf der Metaebene oder Ebene der 2. Realität an der „Grenze der Gewährwehderung“ erfolgen könnten

Die diese Ebenen berücksichtigenden verschiedenen Interventionen haben dazu geführt, dass Bauch- und Kopfschmerzen deutlich reduziert sind, K. insgesamt selbständiger geworden ist, seine Freundschaften aktiver gestaltet, nun ohne Schwierigkeiten bei jeweils einem Elternteil sein kann, den Großteil des Morgens alleine im Klassenraum ist und in der letzten Stunde von sich aus sagte: „Ach, ich bin jetzt doch auch mal bald aus dem Alter raus, immer die Mama zu brauchen. Mit 9 war das was anderes – aber jetzt bin ich 10. Und weißt du was? Diese Woche versuche ich, morgens alleine in die Schule zu gehen – die Mama soll mal ruhig im Auto bleiben“. Hier

zeigen sich sowohl die Aktivierung seiner Aktualisierungstendenzen, als auch eine Veränderung seines Selbstbildes als hilfloser, schwacher Junge und seines Selbstkonzeptes bzgl. neu erworbener Kompetenzen.

4.2 Bedeutung des aktiv(er)en Handelns im Prozess der therapeutischen Beziehungsgestaltung

Ein aktive(re)s Handeln der Therapeut*in – so zeigen die Projektergebnisse – ist in der therapeutischen Beziehungsgestaltung vor allem unter drei Gesichtspunkten besonders bedeutsam:

1) Bei der Gestaltung korrigierender (feinfühlig)er Beziehungserfahrungen:

Bei Kindern, die sehr schüchtern oder unsicher sind oder im Kontakt mit anderen Menschen Ohnmachtserfahrungen gemacht haben kann eine sehr große Vorsicht oder ein erlebter Stillstand in der Interaktion erfolgen. Diese Kinder dürfen nicht allein gelassen werden und benötigen klare Anzeichen der Therapeut*in, dass diese auf das Kind und seine innere Situation bezogen ist.

Die achtjährige L., ein Kind mit elektivem Mutismus, verweigerte in den ersten Stunden der Therapie jegliche sprachliche und auch mimische Kommunikation. Sie kam zwar mit in das Spieltherapiezimmer, blieb dort jedoch wie angewurzelt stehen. Anamnestisch war dem Th. bekannt, dass sie als Säugling ein „Schreibaby“ gewesen sei, der Vater die Woche über im Außendienst tätig war und die Mutter phasenweise mit ihr überfordert gewesen sei. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse von ihrer primären Bezugsperson nicht wahrgenommen wurden. Weder durch nonverbale Signale (Mimik, Gestik, Körperhaltung) noch durch verbales auf sich aufmerksam machen, bis hin zu lautem Schreien, gelang es ihr, eine frühe Bindung zu ihrer Mutter aufzubauen, geschweige denn diese zu halten. Die Mutter ihrerseits hat aus der erlebten Überforderung heraus selbst laut und unbeherrscht reagiert, um ihre Tochter zur Ruhe zu bringen. Sozialkontakte hätten aufgrund der zurückgezogenen Lebensweise der Familie kaum stattgefunden, erst ein Jahr vor der Einschulung besuchte L. einen Kindergarten, in dem sie sich ebenfalls sozial zurückgezogen und sowohl mit Kindern als auch Erwachsenen Kontakte und Interaktionen vermieden hätte. Die meisten Kinder im Kindergarten hätten sie in Ruhe gelassen, einige wenige hätten sie bedrängt und bisweilen aggressiv „attackiert“. Durch die lange aufrecht erhaltene pathologische Bindung innerhalb der Kernfamilie und den späten Kontakt L.'s zu anderen Kindern manifestierten sich ihre symbolisierten Erfahrungen sowie ihr rigides Selbstkonzept dahin gehend, dass sie auch hier stumm blieb und an ihrer Erstarrung festhielt. Die

entwicklungspsychologisch notwendigen und gleichsam fehlenden Interaktionserfahrungen mit Gleichaltrigen Kindern verunsicherten und verängstigten sie zusätzlich, sodass sie auch hier keine neuen Erfahrungen am Rande der Gewährwerdung zulassen konnte.

Aktuell besucht L. als Integrationskind mit sonderpädagogischer Förderung die zweite Klasse einer Regelschule. Auch dort würde sie oftmals wie versteinert wirken, weder mit Kindern noch mit Erwachsenen sprechen.

Der Beginn der Therapie gestaltete sich ähnlich. Auf anfängliche Versuche, ihr im Spieltherapiezimmer klassisch „non-direktiv“ zu begegnen, reagierte sie in keinsten Weise. Der Th. hatte vielmehr den Eindruck, dass ihre innere Anspannung zunahm und sie zunehmend weiter erstarrte (versteinerte). Auch hier war die vermeintliche Sicherheit der (non-)verbalen Erstarrung größer als die Bereitschaft, sich auf neue Erfahrungen einzulassen. Selbst behutsame Verbalisierungen oder nonverbale Spiegelungen des Th. blieben ohne sichtbare Reaktionen. So entschied sich der Th., zu den Handpuppen zu gehen, einen Hund zu nehmen (er wusste von der Mutter, dass sie Kuschtiere und Hunde mag) und mit dem Hund einen Dialog über die aktuelle Situation zu beginnen. Der Th. sprach mit dem Hund: „Weißt du noch, wie es war, als du das erste Mal zu mir gekommen bist?“ „Da warst du doch auch ein wenig unsicher und ängstlich, was man hier darf, was nicht und was du hier überhaupt sollst, oder?“ Er ließ den Hund nicken. Nach einer Zeit des Dialoges zwischen dem Hund und dem Th. (mit der Intention, dem Kind Sicherheit zu vermitteln und Ängste zu reduzieren) fragte er den Hund, ob er sich vorstellen könne, dass L. auch Hunde mag. Er ließ den Hund in Richtung L. blicken und wartete gespannt, ob L. reagieren würde. Erleichtert und mit Freude nahm der Th. wahr, dass sie leicht mit dem Kopf nickte und damit erstmals im Spieltherapieraum eine eigenständige mimische Reaktion zeigte.

Es dauerte noch etliche Stunden, bis sie sich weiter aus ihrer Erstarrung (versteinerten Haltung) löste und mimische Reaktionen zeigte. Die Rigidität ihres Selbstkonzeptes wurde deutlich und es brauchte weitere prozessaktivierende Anregungen und Impulse seitens des Th., um ihre Entwicklung und Entfaltung anzuregen. Der Th. hat seine aktivere therapeutische Haltung als Angebot an das Kind verstanden, welches es ebenso hätte ablehnen oder verweigern können. In der eigenen Resonanz des Th. hat sich aber der deutliche Eindruck abgebildet, dass L. diese aktiveren Anteile als sehr wohltuend und unterstützend empfunden hat. Ohne diese Anregungen und Impulse wäre der therapeutische Prozess längst nicht da, wo er sich aktuell befindet. Im Rahmen korrigierender Beziehungserfahrungen ist es ihr gelungen, sowohl ihre Erstarrung als auch Inkongruenzen zu lösen sowie ihr Selbstkonzept etwas flexibler werden zu lassen.

Kinder mit verunsichernden Beziehungserfahrungen benötigen die Erfahrung eines realen und sehr präsenten Gegenübers, das auch eigene Gefühle offenbart – um dem Kind in der realen Begegnung neue Erfahrungen im Miteinander zu ermöglichen und ‚bekannte‘ Erfahrungen von Beziehungsabbruch zu vermeiden:

F., ein siebenjähriger, wenig emotional schwingungsfähiger und intellektualisierender Erstklässler hatte sich schon sehr auf seine Einschulung gefreut und auf neue Freundschaften gehofft, zumal er im Kindergarten durch seine besserwisserische Art und Weise nur wenige und nicht von Dauer geprägte Freunde finden konnte. Seine Therapie begann während der letzten Monate seiner Kindergartenzeit. Nach einigen Monaten Grundschule beklagte er sich, dass die anderen Jungen aus seiner Klasse gemein seien und keiner etwas mit ihm zu tun haben wolle.

Bereits während des ersten halben Jahres der Therapie hatte der Th. oft das Gefühl, dass es schwer fiel, mit F. in einen authentischen (emotional spürbaren / verbindenden) Kontakt zu kommen, wenn er zu Beginn der Therapiestunde berichtete, was er die Woche seit der letzten Therapiesitzung erlebt hatte. Seine Erzählungen waren von permanenten Tendenzen, Faktenwissen zu präsentieren, sich selbst aufzuwerten und zu überhöhen geprägt. So erzählte er von dem größten Bulldozer, den es in Deutschland gibt, der neben seinem Zuhause ein anderes Haus in weniger als vier Stunden dem Erdboden gleichmachte. Er ergänzte die genaue PS-Stärke des Bulldozers und beschrieb, wie hoch die Temperatur des Straßenbelages der Teermaschine war. Ähnliche Angaben folgten über den grandiosen Ausbau des Bullis des Großvaters oder die Lichtstärke der Videokamera des Patienten.

Während der Therapiestunden setzte sich dieses Verhalten fort – ‚ewig‘ wusste er alles besser, korrigierte den Th. und ließ nicht locker, bis er aufgab und F. das ‚letzte Wort‘ hatte. Nach einigen Stunden mit gleichbleibenden Themen und wenig Veränderungen in seinem Verhalten sagte der Th., dass wir ja schon des Öfteren in unseren Stunden thematisiert hätten, dass er ab und zu die Lust zum Weiterspielen verlieren würde und auch manchmal genervt sei, wenn F. darauf beharren würde, das ‚letzte Wort‘ zu haben und recht zu behalten. Der Th. ergänzte, dass F. dann zwar von sich behaupten könne, „den Kampf habe ich gewonnen“, andererseits aber auch sehen müsse, dass er den Kontakt zum Th. dessen Interesse am gemeinsamen Spielen, verloren hätte. Der Th. denkt laut nach / mentalisiert: „Ich überlege mir, ob es vielleicht sein kann, dass es deinen Mitschülern ähnlich geht. Sie würden vielleicht auch gerne mehr mit dir spielen, erleben aber, dass du alles besser zu wissen scheinst, immer das letzte Wort haben willst und gehen erst einmal auf Abstand zu dir. Was würde wohl geschehen, wenn

du beim nächsten Mal auf dem Schulhof etwas weniger an deiner Überzeugung festhalten und den anderen etwas mehr Raum geben würdest?“ F. sah den Th. nachdenklich an, es wirkte, als hätte dieser den Jungen in dessen Thema erreicht.

Im darauffolgenden Elterngespräch berichtete seine Mutter, dass F. freudiger von der Schule käme, weniger von Auseinandersetzungen berichten würde und er seit kurzem auch neue Schulfreunde nach Hause einladen würde. Während dieser Spielnachmittage mit seinen Freunden würde es deutlich ruhiger und einvernehmlicher zugehen als früher. F. beginnt scheinbar, die in der Therapie erlebte und reflektierte Erfahrung (und Anregung), die er mit dem Th. in der dyadischen Beziehung gemacht hat, auf seine Peergruppe zu übertragen und einen wichtigen Entwicklungsschritt zu machen.

Bei Kindern, die oft Grenzen überschreiten, die z. B. Probleme mit der Setzung des Stundenendes oder auf der ersten Realitätsebene (Analogebene) haben, d. h. gegenüber dem Therapeuten aggressives Verhalten zeigen, kann es nötig sein, sehr aktiv Grenzen zu setzen – dies ermöglicht dem Kind die Erfahrung von Sicherheit und Halt; die Grenze kann aber auch nötig sein zum Schutz des Kindes und der therapeutischen Beziehung.

So zeigen einige Kinder „automatisierte“ Kampfhandlungen, z. B. in Form von Schwertfechten oder Boxen, weil ihr Selbstbild durch Kämpfen-Müssen, Stark-sein-Müssen geprägt ist und dadurch ihr Handlungsrepertoire ‚eingengt‘ ist. Hier müssen zum einen Regeln zum Schutz der Beteiligten vereinbart werden – und deren Überschreitung muss deutlich angesprochen und begrenzt werden, ohne die grundlegende Beziehung infrage zu stellen („Du hast mich jetzt getroffen, das hat mir wehgetan. Ich möchte, dass du vorsichtiger bist. Wenn es noch einmal vorkommt, müssen wir *dieses* Spiel beenden und wir können dann ein anderes beginnen“). Zum anderen kann es auch sinnvoll sein, zeitliche Begrenzungen für die Kampfhandlungen einzuführen („Wir machen das immer 10 Minuten und schauen dann, was wir danach machen könnten“), um weitere Explorations- und Handlungsalternativen zu ermöglichen.

2) Beim *Ermöglichen neuer Erfahrungen mit sich, Ermöglichen der Veränderung des Selbstkonzepts*

Es gibt Situationen, da kann es hilfreich sein, dem Kind „Anstöße“ zur Selbstexploration zu geben, es zu ermutigen, im sicheren therapeutischen Rahmen neue Erfahrungen zu machen und besonders sein Selbstwirksamkeitserleben positiv zu stärken. Dazu gehört bspw., dass die Therapeut*in sehr einfühlsam in der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotsky, 1987) des Kindes diesem gezielte Anregungen zum Handeln gibt.

Die bei Behandlungsbeginn 17-jährige S. kommt nach einer mit Chemo- und Erhaltungstherapie behandelten Krebserkrankung aufgrund ihrer Ängste vor Neuerkrankung und Depressionen und aufgrund von Ängsten um ihre Mutter in Behandlung. Letztere basierten auf einem vor einigen Monaten bestehenden Krebsverdacht bei der Mutter, der sich drei Wochen nach geäußelter Diagnose als nicht zutreffend erwies. Seit dem Diagnoseverdacht bei der Mutter sei S. in einer „sehr schlechten psychischen Verfassung“ (nach Aussage der Mutter und selbst berichtet). Sie käme zwar noch ihrer Tätigkeit als FSJ-Kraft in einer medizinischen Einrichtung nach, falle jedoch abends nach Dienstschluss immer in eine „tiefe Traurigkeit“, ihre Gedanken würden permanent um die eigene Erkrankung, eine mögliche Neuerkrankung, ihre Selbstwertproblematik („ich mag meinen Körper nicht“; „ich traue mir nichts zu“) sowie um den Krebsverdacht bei der Mutter kreisen, sie höre dann oft auch traurige Musik, um noch länger weinen zu können, da sie das Weinen als erleichternd erlebe. Zudem brauche sie jeden Abend lange Gespräche mit der Mutter über ihre Sorgen und Ängste, die diesem Bedürfnis auch nachkäme. S. habe kein Interesse an Gleichaltrigen, keine Freundschaften. Sie mache keinen Sport, gehe nicht ohne ein Familienmitglied irgendwohin. Zu ihrer FSJ-Tätigkeit werde sie gefahren bzw. vom auch dort arbeitenden Vater mitgenommen. Vor der Leukämieerkrankung habe S. Freunde und auch Freude an Bewegung gehabt, insbesondere am Tanzen. Sie sei jedoch von einer Freundin in der Erkrankung sehr alleine gelassen worden, auch die Mitschüler hätten sie nicht unterstützt. Sie hätte dann auch nicht mehr zur Schule gehen wollen, sei bis zum Realschulabschluss zuhause unterrichtet worden. Sie wolle zum einen nicht wieder enttäuscht werden, zum anderen empfinde sie sich als ernsthafter als Gleichaltrige, habe andere Themen als diese und brauche aber auch keine anderen Menschen außerhalb der Familie.

Die massive Verunsicherung des Mädchens durch die existentielle eigene Erkrankung, die Sorge um die Krebserkrankung der Mutter und die damit verbundenen Hilflosigkeits- und Ohnmachtserfahrungen standen im ersten Behandlungsabschnitt im Focus der personzentrierten Interventionen: S. wurde deutlich vermittelt, dass ihre Reaktionen keine „unnormale“ sind, sondern absolut nachvollziehbare, normale auf ein für ihr Alter ungewöhnliches Erleben von Bedrohung an Leib und Seele. Sie konnte durch die gemeinsame Betrachtung ihrer Erfahrungen verstehen, dass die Krankheit ihr unerwartet ihre kindliche Unbefangenheit und die Selbstverständlichkeit zu sein genommen hat und ihr dieses einschneidende Lebensereignis und die dann durchlebte Angst um die Mutter ihre grundsätzliche Zuversicht, ihr Urvertrauen in das Leben genommen hat und sie seither Schwierigkeiten hat, sich dem Leben mit allen Risiken wieder zuzuwenden. S. äußerte den Wunsch nach Unterstützung, um wieder lebensfroher, fröhlicher werden zu

können – die Th. spürte, dass S. sich jedoch noch nicht wagt, „in die Zone der nächsten Entwicklung“, die auch mit mehr Unabhängigkeit von der Familie, eigenen Interessen etc. verbunden wäre, einzutreten. Orientiert an dem Wunsch von S. nach mehr Bewegung, aber auch Entspannung und „Loslassen können von den mich niederziehenden Gedanken, Ängsten und Sorgen“ bot die Th. dem Mädchen konkrete Vorschläge zum Einüben „neuer Schritte“ an und verhalf ihm so zu mehr Mut in die eigene Entwicklung. S. sagte, dass sie sich gerne auf die Angebote der gezielten kognitiven Auseinandersetzung mit ihren Grübeleien einlassen wolle.

So ergänzte die Th. das personzentrierte Arbeiten durch direktivere Anleitung zur Erarbeitung hilfreicher Gedanken; diese werden auf Karteikarten notiert, die S. abends für sich zuhause nochmals durchlesen kann. Zudem erhielt sie die Aufgabe, jeden Abend vor dem Einschlafen zu überlegen, was ihr an dem Tag gut gelungen ist bzw. welche schöne Erfahrung sie gemacht hat und für jedes dieser beiden ggf. eine Murmel in ein Glas zu tun und dieses mit in die Sitzungen zu bringen – diese Interventionen waren bereits hilfreich, jedoch nahm die Th. wahr, dass S. weiterhin sehr gedankenfokussiert und angespannt wirkte.

Da die Th. das regelmäßige Durchführen von Yogaübungen als sehr stressreduzierend und bereichernd erlebt und empirische Befunde auf die Möglichkeit, Depressionen und Ängste durch Yoga zu lindern, hinweisen (z. B. Mander et al., 2018; Plinz, 2009; Streeter, 2017), bietet sie S. an, jeweils zum Stundende speziell für die Reduktion von Ängsten und Depressionen geeignete Yogaübungen zu machen. Diese werden jeweils mit dem Verankern eines „inneren sicheren Ortes“ abgeschlossen.

Diese Interventionen sollen S. zum einen neue Erfahrungen mit ihrem Körper ermöglichen und zu einer verbesserten Körperwahrnehmung verhelfen, zum anderen ihren Fokus mehr auf die Gegenwart lenken und ihr einen Weg zeigen, auch alleine aus den angstbezogenen Grübelschleifen zu kommen. S. berichtet, dass sie erstmals seit der Erkrankung wieder einen besseren Bezug zu ihrem Körper bekommt und auch Entspannung erlebt („mir tut das sehr gut“, „ich freue mich, zu merken, dass ich doch gelenkig bin“ etc.). Bereits nach den ersten gemeinsam durchgeführten Übungen wiederholte sie diese alleine abends vor dem Einschlafen und berichtete der Th. die wohltuenden Effekte.

Bzgl. des stundenlangen Weinens und dem allabendlichen langen Berichten ihrer Sorgen bei der Mutter validierte die Th. die Bedürfnisse des Mädchens, regte S. jedoch dazu an, einmal auszuprobieren, ob es für sie hilfreich sein kann, nach ca. einer halben Stunde zu versuchen, etwas anderes zu tun als Weinen und Sprechen und diese „Begrenzung“ auch mit der Mutter zu besprechen – beide berichteten dann, dass dies gut

funktioniert habe. Sie hätten sich darauf geeinigt, nach einer ca. halben Stunde miteinander ein Spiel zu machen, zu kochen etc... Wichtig war auch hierbei, dass S. selber ja nach einer Begrenzung ihres Weinens und Sprechens mit der Mutter suchte und die Dauer des Ausprobierens mit einem anderen Umgang selbst bestimmte und so durchaus selbstwirksame Erfahrungen machte.

Die Anregungen zum Einüben hilfreicher Gedanken und zur körperlichen Aktivierung auf der einen Seite und zur Begrenzung des exzessiven Weinens und Sorgen-und-Ängste-Besprechens andererseits haben für S. eine wohltuende Wirkung und ermöglichen ihr einen neuen, konstruktiveren Umgang mit ihrer Problematik und auch eine erste Selbstwertstärkung. Ihr Selbstkonzept hat sich aktuell dahingehend verändert, dass es weniger durch Hilflosigkeits- und Ohnmachtserleben als durch Zutrauen in eigene Fähigkeiten und Zuversicht bestimmt wird. Inzwischen hat S. ihre theoretische Führerscheinprüfung gemacht und eine Ausbildung zur Krankenschwester begonnen – auch dies gibt ihr Selbstvertrauen und Zukunftsperspektive. Auf der Grundlage des bisher Erreichten wird für die weitere psychotherapeutische Arbeit mit S. auch die Veränderung ihres sozialen Rückzugs, die weitere Autonomieentwicklung sowie vor allem die Weiterentwicklung des grundsätzlichen Zutrauens in den eigenen Lebensweg des Mädchens erwartet. Wichtig ist dabei ein sehr behutsames, stets auf die besonderen Erfahrungen des Mädchens und an ihrem eigenen Entwicklungstempo orientiertem bedachtes Vorgehen – ihre Lebensgeschichte ist immer bzgl. allem weiteren Vorgehen einzubeziehen. Insbesondere ist auch ihre große Tapferkeit während der Chemo- und Strahlenbehandlungen zu würdigen und als Ressource zurückzumelden und auch ihr Recht auf besondere Vorsicht im Umgang mit anderen Menschen, um sich vor Verletzungen, von denen sie auf allen Ebenen schon mehr als genug hatte, zu berücksichtigen.

3) Im Zeigen von *Bezogenheit und Präsenz – als Gegenüber*

Das Kind braucht für seine Entwicklung die Therapeut*in als hoch präsente Beziehungsperson. Dies bedeutet generell eine hohe Aufmerksamkeit, aber auch das Spiegeln und ‚Markieren‘ von Gefühlen, das Ansprechen von Mentalisierungsprozessen, von Ressourcen, aber auch zunehmend der „Lebensthemen“ des Kindes oder Jugendlichen.

Der 7½-jährige N. wächst seit seinem 4. Lebensmonat mit kurzen Unterbrechungen, während derer er wiederholt bei seinen leiblichen Eltern lebte, bei seinen Großeltern mütterlicherseits auf. In den kurzen Phasen bei seinen Eltern erlebte er massive gewalttätige Übergriffe seines Vaters auf seine Mutter sowie die Inhaftierung seines Vaters wegen Gewalttätigkeit, Besitz und Handel von Drogen. Seine Mutter fühlte sich nicht in der

Lage, ihren Sohn zu versorgen und übergab ihn ihren Eltern, die ihren Enkel seither im Status einer Pflegefamilie aufgenommen und ihren Alltag entsprechend organisiert haben. Seiner Mutter gelingt es nur selten, ihre versprochenen Besuche wahrzumachen und sich ihm dann auch zuzuwenden und mit ihm Zeit zu verbringen. Der Junge freut sich nach wie vor sehr auf die angekündigten Besuche und ist dann sehr enttäuscht, wenn seine Mutter ohne Nachricht nicht kommt. Tage später meldet sie sich, entschuldigt sich manchmal, dass sie so müde gewesen sei oder noch arbeiten müssen. Der Junge zeigt dann Verständnis und nimmt seine Mutter gegenüber seinen auch ärgerlichen und enttäuschten Großeltern in Schutz. Er kotet nach einer kurzen Phase der gelungenen Sauberkeitserziehung und einer 1-jährigen Pause nach einer zwischen seinem 5. und 6. Lebensjahr erfolgten Spieltherapie erneut mehrmals täglich ein. Die wiederholt gründliche kinderärztliche und gastrologische Abklärung ergab keinen Befund.

Der motorisch sehr geschickte Junge genießt es, während der Spieltherapiestunde mit Hilfe des großen Gymnastikballes, dem Trampolin und den Federballschlägern verschiedene Kunststücke auszuprobieren und einen immer ausgeklügelteren Parcours zu erfinden. Ganz wichtig ist ihm dabei, dass die Th. jedes Kunststück genau beobachtet und er fordert die Th. auf, dass sie etwa wie ein Sportreporter genau formuliere, was sie sieht. Die Th. beschreibt einerseits seine herausragende Fähigkeit, über seinen Körper bestimmen zu können und mit dem vorher geplanten Salto mit Absprung vom Trampolin genau auf der Mitte des Polsters zu landen, andererseits formuliert sie, wie sehr er sich über seinen Sprung freut und stolz ist auf seine punktgenaue Landung. So vermittelt ihm die Th. als präsente Parcours- und Spielbegleiterin, wie gut er über seinen Körper bestimmen kann, welche neue Fähigkeiten er entdeckt und welche emotionalen Qualitäten er dabei erlebt. So erwähnt sie auch wie nebenbei, dass er, so wie er immer neue Kunststücke mit seinem Körper ausprobiert, er sicher auch bald wieder über seinen Schließmuskel bestimmen können wird. Erleichtert und offen nimmt er kurz Blickkontakt zur Th. auf, nickt ein klein wenig mit seinem Kopf, äußert „mhm“. Sogleich verändert er sein Spiel und lädt die Th. zu einem Rollenspiel über den Parcours hinweg ein, in dem er der Hase ist, der erfolgreich vor ihr (sie sollte der Fuchs sein, der ihn fressen will) davonläuft. Es wird ersichtlich, dass die Th. als Fuchs den Hasen auf keinen Fall erwischen sollte; dies kommentiert die Th. entsprechend – dass der Hase so geschickt ist und dem alten Fuchs mit Leichtigkeit davonlaufen und sich retten kann. Wieder formuliert die Th. die körperliche Geschicklichkeit und die Schnelligkeit des Hasen, auf die er sich verlassen kann. Nach der ersten Runde verändert N. die Rollen, der Hase wird zum Babyhasen, der Fuchs zum Mutterhasen. Der Th. wird deutlich, dass sich N. im Spiel sein immer wieder kehrendes Erleben des aussichtslosen

„Nachlaufens“ nach seiner Mutter anschaut, die er nie erwischen kann, die keine Zeit für ihn hat. Dabei vertauscht er die Rollen, indem er der Th. die Rolle der „Nachläuferin“, der „Sehnsüchtigen“, der „Ohnmächtigen“ zuweist und als Babyhase das Weglaufen übernimmt. Nachdem die Th. als Mutterhase nach seinen Anweisungen einige Minuten hinter dem Babyhasen her raste und die Enttäuschung, die Ohnmacht, die Sehnsucht nach Kontakt in Worte fasste, wagt sie sein Empfinden in seiner vielen Jahren bestehenden Lebenswirklichkeit anzusprechen: „Ich vermute, so wie ich jetzt als Mama-Hase hinter dem Babyhasen her renne, damit ich ihn endlich in meine Arme schließen kann, so wünschst du dir, dass du deine Mama in die Arme schließen kannst, sie für dich haben kannst, ihr miteinander Zeit habt und miteinander spielen könnt“.

5. Kriterien für das aktive Handeln der Therapeut*in

Die Entscheidung für ein aktive(re)s Handeln der Therapeut*in darf nicht willkürlich erfolgen, sondern sollte kriteriengeleitet sein. Aus den Analysen im Projekt „Wirkfaktoren ...“ (s. o.) ließen sich folgende Kriterien fallübergreifend identifizieren:

- *Momentane Lebenssituation/-themen des Kindes*

Kinder zeigen – oft indirekt oder symbolisiert im Spiel – aktuelle Konflikte in der Familie oder Schule, mit Freunden oder in der Freizeit. Dies können beispielsweise Erfahrungen des Ausgrenzt-Werdens sein, das Erleben der Geburt von Geschwistern oder vom Tod des Haustieres oder wichtiger Menschen, aber auch eigenes „Fehl“verhalten (Stehlen), natürlich gleichfalls positive Erlebnisse. Oft können Kinder diese Themen und inneren Konflikte nicht direkt ansprechen, im Besonderen nicht die damit verbundenen tiefergehenden Gefühle – z. B. die Wut darüber, dass das neue Geschwisterkind Zuwendung der Eltern „raubt“. Es ist sinnvoll, diese Themen und wahrgenommenen Gefühle direkt(er) anzusprechen, ihnen damit Gültigkeit zu geben und dem Kind einen Raum für Gewährwerdung und Klarifizierung zu geben.

- *Lebensgeschichte des Kindes/ Jugendlichen; biografisch bedingte Themen (Lebensthemen)*

Besondere Themen/Erlebnisse (Verlust, Abwertung, Versagen, ...) oder Grunderfahrungen (Unzuverlässigkeit, Nicht-Gehaltenwerden ...) oder existentielle Bedürfnisse (z. B. nach [Bindungs-] Sicherheit) und Erfahrungen (bspw. Vernachlässigung oder Verlassensein) aus der eigenen Lebensgeschichte werden durch das Kind/ die Jugendliche gezeigt oder im Spiel re-inszeniert, manchmal in Wiederholungsschleifen. Weinberger (2014, S. 260) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese

„Wiederholungen“ Anzeichen für „posttraumatisches Spiel [sein können], bei dem sich die Inszenierungen immer wiederholen, ohne dass etwas durchgearbeitet und bewältigt werden kann – es entsteht nichts Neues“. Dann können „strukturbildende Maßnahmen nötig sein, um Retraumatisierungen zu vermeiden und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass diese Kinder über die Symbolisierung im Spiel gute innere Instanzen aufbauen können. Dazu gehört, dass ich [die Th.] ausgewählte Angebote mache ...“ (ebd., S. 263). Es kann sinnvoll sein, diese Aspekte – angemessen zum Alter und Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen – direkt anzusprechen.

- *Der bisherige therapeutische Prozess*

Ein weiteres Kriterium ist der Verlauf des Therapieprozesses und der damit einhergehenden Beziehungsentwicklung; dabei sind folgende Faktoren relevant:

- Das Interaktionsgeschehen
- Der Beziehungsprozess (Vertrauen, erlebte Sicherheit, Halt, Zumutbarkeit)
- Das Wiederholen/Festhängen in Themen („Stillstand“)
- Die Notwendigkeit, Chaos aufzulösen; Ohnmachtserleben zu stoppen; haltgebende Grenzen zu setzen, ...

- *Das Generelle Störungsverständnis*

Beim Abwägen einer aktive(re)n Intervention müssen wissenschaftliche Erkenntnisse zu den jeweiligen Störungsbildern und Symptomkomplexen Berücksichtigung finden, wie sie z. B. in Handlungs-Leitlinien (s. Abschnitt 2) oder wissenschaftlich fundierten Lehrbüchern – auch außerhalb des Personzentrierten Ansatzes (z. B. Petermann, 2015; Hopf & Windaus, 2007) – formuliert sind. Dies betrifft beispielsweise die therapeutische Begegnung mit Kindern, die unter Traumafolgestörungen leiden oder Symptome von Ess-Störungen zeigen.

- *Risiken*

Das aktiv(er)e Handeln der Therapeut*in kann allerdings auch mit Risiken verbunden sein: So besteht die Gefahr, über den Stand des Kindes/Jugendlichen hinauszugehen, z. B. das Kind zu einem Entwicklungsschritt pushen, für den es noch nicht bereit ist. Diese Gefahr ist besonders dann sehr stark, wenn ein hoher Druck von außen, z. B. durch Eltern oder Schule besteht (s. o., K., der die Abwesenheit der Mutter in der Schule in seinem Tempo eintrainieren muss und lernen soll, Impulse zu mehr Autonomie wahrzunehmen und damit vorwärts zu kommen – in diesem Fall gibt es viel Unterstützung durch Mutter und Lehrpersonal, nicht immer reagiert die Schule so geduldig auf protrahierte Autonomieprozesse) – oder wenn die Therapeut*in eine neue Behandlungstechnik erlernt hat, die sie gerne anwenden möchte.

Eine andere Gefahr besteht darin, dass die Therapeut*in ihre Bedürfnisse – z. B. aus einem Gefühl von Langeweile

heraus – zum Kriterium für die Intervention macht (s. obiges Beispiel „nicht endender Kampfhandlungen“ – hier sollte die Therapeut*in genau prüfen, ob ihr das zu langweilig, zu anstrengend wird, es tatsächlich keine neue Entwicklungsmöglichkeit in der Kampfhandlung gibt, sie alle Aspekte dessen, was das Kind zeigen möchte, wie z.B. die Demonstration innerer Ohnmacht/Hilflosigkeit, auch tatsächlich hinreichend wahrgenommen hat. Es ist manchmal sehr schwer, ein Kind/Jugendlichen wirklich präsent zu begleiten, wenn die Entwicklungsschritte klein sind und vielleicht nicht dem Tempo der Therapeut*in entsprechen.

Hier ist – neben der selbstverständlichen kontinuierlichen Reflexion – darauf zu achten, dass der Anstoß zur Aktivität jeweils von der differenzierten Betrachtung des Therapieprozesses unter Berücksichtigung der Lebenssituation und der Lebens Themen des Kindes/Jugendlichen) ausgehen muss. Das Kriterium für die Sinnhaftigkeit einer Intervention ist die Reaktion des Kindes/Jugendlichen. Wenn es sich weigert, sich wehrt, zurückzieht o.ä. ist es unbedingt notwendig, diesen Schutzversuch des Kindes/Jugendlichen gegen die Aktivität der Therapeut*in zu achten und ggfs. einen Schritt zurück zu machen.

6. Fazit

Die lange Zeit im Feld der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie heiß diskutierte Frage, ob und wie therapeutisches Handeln „jenseits der Non-Direktivität“ zulässig und kompatibel mit dem Ansatz ist, scheint zumindest im deutschsprachigen Raum beantwortet werden zu können: Aktives, direktes, strukturierendes, prozessaktualisierendes Handeln der Therapeut*in ist im Rahmen personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie möglich, manchmal sogar nötig. Allerdings bedarf dies einer hohen Reflexionsfähigkeit und Präsenz der Therapeut*in; hilfreich ist sicherlich auch hier die Reflexion im Rahmen von Supervision. Auf empirischer Ebene konnten erste Kriterien – aber auch mögliche Risiken – herausgearbeitet werden, wann aktiv(er)e Interventionen sinnvoll sind; die wichtigsten seien nochmals zusammengefasst: Der Impuls zum aktiven Handeln muss sich aus dem Therapieprozess unter Beachtung der momentanen Lebenssituation und der Lebensgeschichte des Kindes sowie einem fundierten Störungsverständnis ergeben und muss jeweils bewusst reflektiert werden. Besonders wichtig ist, den „Widerstand“ des Kindes gegen die Intervention unbedingt zu akzeptieren und entsprechend zu integrieren. Die empirischen Analysen haben erste Orientierungen gegeben – die Erkenntnisse müssen weiter verifiziert und auf Fachkongressen und in anderen Foren vertiefend diskutiert werden.

Literatur

- Axline, V.M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin.
- Behr, M. & Hölldampf, D. (2014). Die Geschichte der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S.48–55). Wien: Facultas.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Steiger, T. (2014). Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine Herausforderung für ganzheitlich und störungsbezogene Verfahren. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S.56–63). Wien: Facultas.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. & Cornelius-White, J.H.D. (2008). Relationship an Development: Concept, practice and research in person-centred work with children, adolescents and parents. In M. Behr & J.H.D. White (Ed.), *Facilitating Young Peoples Development. International Perspectives on person-centred theory and practice* (S.1–24). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002a). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. überarb. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002b). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (2. überarb. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2003). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Cochran, N.H., Nordling, W.J. & Cochran, J.L. (2010). *Child-Centered Play Therapy: A Practical Guide to Developing Therapeutic Relationships with Children*. New York: Wiley.
- Cremerius, J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33, 577–599.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2018). „Aktiv, direktiv, strukturierend – (wie) geht das in der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“. Bericht über die 7. Internationale Tagung für Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 49(4), 224–225.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Jürgens-Jahnert, S. (2017). Mentalisieren und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen? *PERSON*, 17(1), 23–33.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), 46–58.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Darstellung eines langfristigen Forschungsprojekts. In J. Hein & K.-O. Hentze (Hrsg.): *Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur*. Bonn: Dt. Psychologen Verlag. S.219–231.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Die Kraft des Spiel(en)s – Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, H1, 7. Jg. S.42–49.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2004). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In: Dittrich, R. & Michels P. (Hrsg.): *Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Tübingen: DGVV-Verlag, S.161–194.

- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt, (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 239–326.
- Fußner, M., Döring, E., Steinhauser, H. & von Zülow, C. (2012). Angststörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), 13–31.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*. München: Kindler.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 26(3), 357–370.
- Hockel, C.M. (2011). *Personenzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Hopf, E. & Windaus, E. (Hrsg.) (2007). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 5, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Hüsson, D., Döring, E. & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), 59–70.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1*; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 35–80.
- Jaede, W. (2002). Der entwicklungsökologische Ansatz in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 123–150.
- Jürgens-Jahnert, S., Hollick, U. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 19(2), 81–103.
- Jürgens-Jahnert, S., Boeck-Singelmann, C., Monden-Engelhardt, C. & Zebiri, K. (2012). Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *PERSON*, 16(1), S. 32–45.
- Jürgens-Jahnert, S. (1997). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2*. (S. 225–252). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd edition). New York: Brunner-Routledge.
- Mander, J., Gschwendt, M., Schildmann, T., Blanck, P., Vonderlin, E. & Bents, H. (2018). Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 2/2018, 10–113.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mogel, H. (2002). Spiel – ein fundamentales Lebenssystem des Kindes. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1*, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe; S. 237–258.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2015). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Plinz, N. (2009). *Yoga bei Erschöpfung, Burnout und Depression*. Köln: Balance.
- Reisel, B. (2014). The Clinical Treatment of the Problem Child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 35–47). Wien: Facultas.
- Riedel, K. (2002). Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Mißhandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2* (S. 185–209). Göttingen: Hogrefe.
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Resilienz fokussierte Kinderpsychotherapie. *PERSON*, 19(2), 104–116.
- Rogers, C.R. (1939). *The Clinical Treatment of the Problem Child*. Boston: Houghton Mifflin.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Streeter, C., Gerbarg, P.L., Whitfield, T., Owen, L. (2017). Treatment of Major Depressive Disorder with Iyengar Yoga and Coherent Breathing: A Randomized Controlled Dosing Study. *The Journal of alternative and complementary Medicine, Volume 23*, Number 3, 2017, pp. 201–207
- Sweeney, D.S., & Landreth, G.L. (2009). Child-centered play therapy. In K.J. O'Connor & L.D. Braverman, *Play therapy theory and practice: Comparing theories and techniques* (pp. 123–162). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nichtdirektiven Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen- Einführung in die Personenzentrierte Spielpsychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Weinberger, S. (2014). Kindern spielend helfen – spielend leicht? Der Therapeut mit der Pappnase. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 258–265). Wien: Facultas.
- Wygotski, L.S. (1987). *Ausgewählte Schriften. Band 2: Arbeiten zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit*. Köln: Pahl-Rugenstein.
- Zulliger, H. (1979). *Heilende Kräfte im kindlichen Spiel*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Von der Praxis, der Könnerschaft und der spieltherapeutischen Lehrkunst

Steffi Jofer-Ernstberger

Vor dem Hintergrund eines steigenden Optimierungsdrucks und der Tendenz zur Standardisierung im pädagogisch-therapeutischen Kontext wird die Bedeutung der Personenzentrierten Spieltherapie als hochindividuelle Entwicklungsförderung dargestellt. Das Handlungskonzept ist vom Wissen, vom Können, vom Verstehen und damit von der Person der Spieltherapeutin und ihren Kompetenzen abhängig. Die Herausforderungen der Personenzentrierten Spieltherapie in ihrem prozessorientierten Vorgehen werden im Fallbeispiel ‚Silvio‘ deutlich. Damit stellen sich die Fragen, wie die spezifischen Kompetenzen in der Weiterbildung zur Personenzentrierten Spieltherapeutin bzw. Spieltherapeut¹ entwickelt werden können und welche unterschiedlichen Anforderungen sich an eine spieltherapeutische Weiterbildung als dialogische Lehr-Lernsituation und damit an die Person der Ausbilderin und des Ausbilders stellen.

Schlüsselwörter: Personenzentrierte Spieltherapie, Entwicklungsförderung, Kompetenzen der Spieltherapeutin, Merkmale spieltherapeutischer Weiterbildung

On practice, the profound expertise and the didactic art of person-centered therapy. Considering the growing pressure of optimizing pedagogical concepts and the tendency of introducing standards in pedagogical work, play therapy is regarded as a highly individualized way of childhood development. This means that the work of a play therapist can only be as good as his level of knowledge, his understanding and his skills and moreover is dependent on the therapist's personality. The challenges of a play therapy and its course of action will be shown by the example of "Silvio". On this basis several questions rise. First of all how can specific skills in the education of play therapists be passed on and secondly how can we meet the different requirements of the therapist's training that is very often based on a teaching and learning situation which depends on a lively exchange between the trainee and his teacher and therefore demands a lot from the tutor and his personality.

Keywords: person-centred play therapy, stimulation of development, competencies of a play therapist, key features of a play therapy training

Als Personenzentrierte Spieltherapeutin begegne ich täglich Kindern mit ihren „*unerhörten Möglichkeiten*“ (Rogers 1980a/2007, S. 66). Sind Kinder auf der einen Seite „*Potentialbomben*“ (Stern 2016, S. 39), die sich an viele Bedingungen lebenskünstlerisch anpassen, so habe ich auf der anderen Seite insbesondere mit Kindern zu tun, deren Lebensmodus immer wieder von Leid, Nicht-Anerkennung und Dauer-Überforderung durchdrungen ist und ihnen „*Lebensbewältigungskompetenz*“ (Miller 2006, S. 2) abverlangt. „*Eine Entwicklung zu machen setzt voraus, sich*

aus etwas heraus-zu-entwickeln, um sich in etwas Neues hinein-zu-entwickeln.“ (ebd.). Die Personenzentrierte Spieltherapie ist aus meiner Sicht der Königsweg, den Entwicklungsweg der beschriebenen Kinder zu begleiten: Die Spieltherapeutin gestaltet einen Schutzraum als „*schützende Inselerfahrung*“ (Gahleitner 2009, S. 154) durch die gleichbleibenden, zuverlässigen und vorhersehbaren Beziehungs- und Spielbedingungen. Das Kind ist in diesem Entwicklungsraum Akteur und ‚Bestimmer‘ des eigenen Tempos, des Ausdrucks und der (kleinen) Entwicklungsschritte. Gemeinsam beschreiten das Kind und die Spieltherapeutin den Möglichkeitsraum als Neulandentdeckungreise, indem die Lust am Spielen, am sinnhaften Erforschen,

Steffi Jofer-Ernstberger (geb. 1973) ist Heilpädagogin (B. A. & staatlich anerkannt), Erwachsenenbildnerin (M. A.) und Ausbilderin für personenzentrierte Beratung mit Kindern in der GwG. Sie arbeitet hauptamtlich in der Weiterbildung von Heilpädagoginnen und Heilpädagogen an der Akademie Schönbrunn bei München, freiberuflich in eigener spieltherapeutischer Praxis, lehrt an der Evangelischen Hochschule Nürnberg sowie an der Europäischen Akademie für Heilpädagogik.

Kontakt: 85304 Ilmmünster, Am Milchwerk 4. steffi.jofer@freenet.de

1 Als Oberbegriff habe ich den Begriff ‚Spieltherapeutin‘ gewählt, auch wenn die Hilfe im Rahmen heilpädagogischer Begleitung bzw. Personenzentrierter Beratung stattfindet. Die Personenbegriffe weisen alle Geschlechter aus.

am Kind-Sein, an der intersubjektiven Welterschließung im Vordergrund stehen und in dem innerhalb der Prozessdynamik Klärendes vollzogen wird. Es ist der Ort an dem eine Instabilität möglich wird, d.h. das Kind darf eigene Grenzen kennenlernen und die der Spieltherapeutin als Sicherheit gebende Anker erleben. Es entsteht ein Probe-Raum als Potential aktivierendes Milieu: Das Kind wagt ein Probe-Denken, Probe-Fühlen, Probe-Sprechen und Probe-Handeln. Es dekonstruiert starre (z. T. behindernd erlebte) Denk-, Fühl-, Sprech- und Handlungsmuster. Das wiederholte Erproben – das Einleben in diese neuen Möglichkeiten – mündet schließlich in Routinen des Alltags. Verankert bleiben die Erfahrungen der Anerkennung der eigenen Person, der Lebensdramaturgie und der Problemlösefähigkeiten, die Auseinandersetzung mit der persönlichen Lebenssituation, dem Erleben und Verhalten im Sinne einer Klärung und Bewusstseinsbildung sowie das Wissen um hilfreiche Unterstützungspersonen.

Die beschriebenen Gedanken werden im nachfolgenden Text durch einen Einblick in die personenzentrierte, spieltherapeutische Arbeit im Kontext heilpädagogischer Entwicklungsbegleitung dargestellt. Das Beispiel ‚Silvio‘ verdeutlicht das Charakteristikum der Personenzentrierten Spieltherapie modellhaft. In einem nächsten Schritt werden die Erfordernisse der spieltherapeutischen Könnerschaft mit dem Fokus der Emergenzbedingungen² herausgearbeitet. Der abschließende Teil forciert die spieltherapeutische Lehrkunst als Denkfigur eines personenzentrierten Lehr-Lernverständnisses innerhalb von Weiterbildungen bzw. Erwachsenenbildung im Personenzentrierten Ansatz.

Stellen wir nun ‚Silvio‘ in den Mittelpunkt. Aufgabe und Anforderung an eine professionelle Entwicklungsbegleitung ist es, das Kind mit seinem Erleben und in seiner Lebenswelt zu verstehen. Rogers (1939) fasste zusammen: *„Die einzige Absicht, die wir bei der Beachtung des kindlichen Verhaltens verfolgen, ist, einen Verstehensprozess für dieses Verhalten in Gang zu bringen.“* (zit. n. Reisel 2001, S. 58)

Silvio, oder: Was will verstanden werden?

Silvio³ ist fünf Jahre alt, als er zum ersten Mal mit seiner Mutter mein Spielzimmer betritt. Er hält sich leicht hinter seiner

2 Der Begriff der Emergenz wird in Anlehnung an Krohn und Küppers (1992, S. 389) als die nicht-planbare bzw. steuerbare Herausbildung neuer Seinsschichten eines Systems verstanden. Die Darlegung von Emergenzbedingungen in diesem Beitrag fasst somit den Versuch, ‚Ermöglichkeiten‘ zu bestimmen, damit sich neue, komplexere Qualitäten infolge eines veränderten Zusammenspiels von Eigenschaften in der Person der Spieltherapeutin bzw. des Spieltherapeuten als Könnerschaft entwickeln.

3 Die Daten des Kindes sind soweit verändert, dass die Anonymität gewahrt bleibt.

Mutter versteckt und meidet den Blickkontakt zu mir. In der Situation des ‚Nebenbei‘ des Erstkontaktes zeige ich Silvio die Räume und einzelne Spielmaterialien. Ich versuche, feinspürig seine Interessen, Bedürfnisse und Wünsche aufzunehmen und ihnen durch meine warm-wertschätzende Versprachlichungen Bedeutung zu geben. Ich bin dabei auf seine Blickrichtung, seine Zugewandtheit sowie auf seine Körperhaltung angewiesen, denn Silvio spricht kein Wort. Er wagt es nicht, Dinge in die Hand zu nehmen oder gar zu spielen. Als Personenzentrierte Spieltherapeutin ist mir diese Bewältigungsstrategie des Lieber-noch-nicht-Sprechens und des Prüfens einer unvertrauten Person vertraut: Spielen setzt Vertrauen voraus und ist ein Wagnis, sich zu zeigen und zu sich selbst zu kommen. Manchmal ist es dabei sicherer, nicht zu spielen und nichts zu sagen.

Silvio ist ein Kind, welches ich von Anfang an ins Herz schließe: Ich mag ihn sehr.

Nach und nach erfahre ich mehr aus dem Leben des Buben:

Silvio lebt bei seiner alleinerziehenden Mutter und seinem jüngeren Bruder. Seinen Vater sieht er kaum. Die Eltern haben sich im Sommer vor einem Jahr getrennt. Silvio hatte einen älteren Bruder, der im Sommer vor zwei Jahren bei einem Unfall in der Wohnung der Familie ums Leben kam. Seit dem tödlichen Unfall lebt Silvios Mutter in einem *„Ausnahmезustand“* (Zitat/Mutter). Sie berichtet, dass sie sich in ständiger Alarmbereitschaft befinde, dass sie Hubschrauber und Notarztsignale kaum ertrage und dass sie versuche, ihre lebenden Kinder durch viele Freizeitaktionen auf andere Gedanken zu bringen. Zwar habe sie die komplette Wohnung umgestaltet, jedoch gebe sie sich selbst kaum die Erlaubnis zu erinnern. *„Ich brauche alle Energie, um den Alltag zu meistern“* (Zitat/Mutter). Silvio reflektiert in einer Spieltherapiestunde als in einem Moment die Sonnenstrahlen durch das Fenster brechen: *„Ich mag den Sommer nicht. Er tut so freundlich. Ist es aber nicht.“* In den Zitaten klingt das Unabänderliche durch, welches der Tod eines geliebten Menschen bedeutet, und dessen Wirkung auf die An- und Zugehörigen, welche als Leiderfahrung zusammenfasst werden kann. Ein Zugangsweg ist es, die reversiblen Dimensionen auf der individuell-subjektiven Ebene (z. B. Silvios Erlebenswelt) und der system-ökologischen Ebene (z. B. leidmindernde Aspekte innerhalb seines Bezugssystems) in den Blick zu nehmen sowie Zeuge zu sein für die irreversible Dimension dieses Schicksals. Köhn und Wintgen (1992, S. 119) beschreiben die Indikation heilpädagogischer Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe durch folgende Besonderheit, die den Ausgangspunkt der Personenzentrierten Spieltherapie mit Silvio zusammenfasst: *„Heilpädagogen begegnen häufig Kindern, die etwas nicht gefunden oder etwas verloren haben auf ihrem Lebensweg.“*

Silvio begreift sich selbst als „Verlierer“: Er vermisst und trauert um seinen älteren Bruder, den er bei der Visualisierung

der Familienmitglieder als seinen „besten Kumpel“ bezeichnet. Er vermisst die Sorglosigkeit in seiner Familie und sehnt sich nach seinen Eltern, die sich – jedes Elternteil auf seine Weise – aus der Familie ‚geschlichen‘ haben. Seine wichtigsten Bezugspersonen stehen durch ihre eigene komplizierte, verzögerte, versteckte, nicht-erlaubte Trauer und durch die Trennung nicht (mehr) verlässlich zur Verfügung. Silvio traut seinem familiären Alltag nicht mehr, denn er spürt die Veränderungen in seiner Familie, auch wenn seine Mutter davon überzeugt ist, (sich und) ihn gut abzulenken. In der spieltherapeutischen Begleitung tauchen Aussagen und Spielsituationen auf, die deutlich machen, dass Silvio manchmal auch das Vertrauen in sich selbst verloren hat, in dem er sein organismisches Erleben nicht (mehr) vollständig wahr- und annehmen kann.

Der Verlust eines Menschen lässt uns Menschen, so auch Silvio, trauern. Trauer wird begleitet von Gefühlen der Wut, der Traurigkeit, der Angst (vor dem eigenen und einem weiteren Tod), der Erleichterung, der Schuld, der Reue und vielen weiteren. Diese Gefühlskaskaden sind verbunden mit Fragen (Warum? Warum ich nicht? Warum ist das geschehen?), die sich nach einem authentischen, sicheren, verstehenden Gegenüber sehnen. Als sicht- und spürbare Reaktionen des Organismus sind Veränderungen im Schlafverhalten, im Energiehaushalt, im Appetit, in der Motivation und in der Konzentration (etc.) zu regulieren (vgl. Senf & Eggert 2014, S. 17ff). Beschriebene Trauerreaktionen sind in Silvios Zuhause bedrohlich und erhalten unausgesprochen eine begrenzte Erlaubnis: Die Eltern und Großeltern forcieren einen Alltag für ihre Kinder und Enkelkinder als wäre nichts passiert. Die anhaltende emotionale Aufgewühltheit der Trauer, wie sie beispielsweise Herbert Grönemeyer in seinem Lied ‚Der Weg‘ beschreibt („*Ich kann nicht mehr seh'n, trau nicht mehr meinen Augen, kann kaum noch glauben, Gefühle haben sich gedreht.*“), findet in Silvios Familie noch keinen Platz. Auch erfolgte die externe Anpassung der Familie auf den Tod des Sohnes/Bruders und den Auszug des Vaters gründlich, sodass es kaum mehr Gegenstände bzw. Erzählungen gibt, die im Alltag an beide erinnern. Silvio äußert in einer Spielstunde seine Irritation darüber, indem er einen kleinen Dachs in den Sand gräbt und ein Kreuz darauflegt: „*Wenn jemand beerdigt ist, dann wissen die anderen gar nicht, ob er überhaupt gelebt hat.*“ Silvios Ausweg ist es, zu erstarren, unbeteiligt zu sein, sich ‚cool‘ zu geben und damit sein organismisches Erleben zu verzerren. Bestimmte Gefühle sollen nicht mehr gespürt und gezeigt werden. Die Inkongruenz zwischen seinem Selbstkonzept („Ich funktioniere, ich bin cool“) und seinem organismischen Erleben („Ich bin traurig, einsam, verzweifelt, brauche Trost und Klärung“) wirkt als Spannungs- und Angstpotential. Bewältigt er bisher seinen familiären Alltag, wird er im Kontext des Kindergartens mehr und mehr als auffällig und sozial nicht akzeptierbar beschrieben.

Laut den Pädagoginnen könne sich Silvio kaum mehr vertieft einem Spiel oder einer Aufgabe widmen. Auch wüssten sie nicht, welche Interessen der Bub wirklich habe. Er verschließe sich, lache kaum, wirke wie eingemauert, sei kein Kind mehr und isoliere sich zunehmend vom Gruppengeschehen. Aktuell sei es auch zu mehreren „aggressiven Vorfällen“ (Zitat/Erzieherin) gekommen: Silvio schlage ohne ersichtlichen Grund um sich und verletze dabei andere Kinder. Manche hätten mittlerweile Angst vor Silvio, weil er unberechenbar erscheine. „*Sprechen wir mit Silvio über sein Verhalten, wendet er sich ab, nickt und wirkt teilnahmslos*“, so die Erzieherin. Ein Trainingsprogramm zur Förderung der sozial-emotionalen Kompetenzen im Vorschulalter habe sich laut den Pädagoginnen als nicht hilfreich erwiesen, da Silvio die aktive Teilnahme verweigert und jegliches eigene Fehlverhalten verneint.

Mittlerweile sei das Zuschlagen nun auch zuhause gegenüber dem jüngeren Bruder aufgetreten, so die Mutter: „*Als ich ihn geschimpft und auf sein Zimmer geschickt habe, weinte er verzweifelt und ist davongelaufen. Er ist irgendwie völlig aus der Bahn geworfen.*“ (Zitat/Mutter).

Kinder haben die Fähigkeit, durch ihr Entwicklungsstreben und ihren Lebenswillen, sich an viele schwere Situationen anzupassen. Auch Silvio hat aktive Handlungsformen gefunden, um sich mit einer problembeladenen, bedrückenden Lebenssituation auseinanderzusetzen. Von seiner sozialen Umwelt werden seine Anpassungsversuche als Fehlanpassung bzw. als Verhaltensstörungen benannt. Verhaltensauffälligkeiten von Kindern können als frühe Überforderung definiert werden, die sich aus krisenhaften und alltäglichen Ereignissen ergeben, welche stetig wirksam die kindlichen Bedürfnisse und Gefühle verkennen (vgl. Weinberger 2015, S. 225ff). Meist sind sie verbunden mit wiederholten überschießenden Interaktionen zwischen dem Kind und seinen wichtigen Bezugspersonen, in denen eine Passung zwischen kindlichem Bedürfnis bzw. kindlicher Wirklichkeit und elterlichem Handeln (bzw. anderer Bezugspersonen) nicht ausreichend hergestellt werden kann. Es ist die Wirkung aus wiederholtem Missverstehen, täglichen Unachtsamkeiten, chronischer Anerkennungsverweigerung und dem Nicht-angemessen-aufeinander-reagieren-Können.

Wie kann nun ein Setting geschaffen werden, welches Silvios Ressourcen aktiviert, ihm Zugang zu seinen eigenen und fremden Gefühlslagen, Vorstellungen, Körperempfindungen, Wünschen (etc.) eröffnet, ihm aktive Hilfe zur Problembewältigung bietet, ein inneres Klären ermöglicht und durch eine prozessuale Aktivierung seine Möglichkeiten des Selbstverstehens, des Selbstaustauschs und des Handelns erweitert?

Backhaus (2013, S. 189) empfiehlt: „*Aus meiner Sicht gibt es keinen besseren Ansatz für die Trauerbegleitung als den personenzentrierten. Wenn wir Menschen in dieser Extremsituation*

begleiten, die letztendlich ja eine Lebenskrise ist und keinen Krankheitscharakter hat, geht es im Wortsinne um Begleiten, um Den-Weg-mit-Gehen, Da-Sein, Mit-Aushalten. Als Begleiter können wir den Verlust nicht ungeschehen machen, müssen wir nicht lenken, können in den meisten Fällen auf die Selbstheilungskräfte des Trauernden vertrauen.“

Beschriebene Qualitäten der Trauerbegleitung sind Grundprinzipien der Personzentrierten Spieltherapie, die dem Kind so viel (Spiel-)Raum und (Spiel-)Zeit gibt, wie es für seinen spezifischen, vielschichtigen Entwicklungsprozess braucht (vgl. Weinberger 2015, S. 42). Dieses auf die Person zentrierte Vorgehen steht entgegen eines zu beobachtenden Trends im Bereich der Entwicklungsförderung und -begleitung von Kindern, sie durch universelle Trainingsprogramme zu unterstützen. Diese sind in der Regel modularisiert und konkret zeitlich konzipiert, weisen eine hohe Arbeitsblatt-Dichte auf und können personunabhängig durchgeführt werden. Die Formalisierung und Generalisierung mit ihren gleichförmigen Handlungsweisen und den transparenten Bausteinen machen Förderprogramme berechenbar. Reckwitz (2017, S. 36) spricht im Hinblick auf die Tendenz der Universalisierung von einem „*Fluchtpunkt*“ mit dem Zweck, durch die distanzierte Regelbefolgung das Emotionale und Subjektive zu reduzieren. Weinberger (2015, S. 248) weist darauf hin, dass ein Kind zuerst seine eigenen Bedürfnisse spüren und äußern, sich selbst besser verstehen und annehmen lernen muss, um von einem Trainingsprogramm profitieren zu können. Auch hier wird die Personzentrierte Spieltherapie als bestens geeignetes Interventionskonzept zur Erlebnisverarbeitung und zur Selbstexploration von Kindern deutlich.

Bei Silvio ist ein hoch-individuelles, intersubjektives Handeln angeraten – weg vom universellen Förderprogramm, hin zum Handlungskonzept der Personzentrierten Spieltherapie. Es bezieht intensiv die Vorerfahrungen, die Lebenswelt und damit die subjektive Erlebens- und Erfahrungswelt des Kindes ein und greift die existenziellen Bedürfnisse des Kindes auf: Die „*Beziehungs- und Spiellust*“ (Binder 2011, S. 38) des Kindes findet in der tragfähigen Beziehung zur Spieltherapeutin, im Spiel und in der schöpferisch-kreativen Gestaltung seine Anerkennung. Orientierungspunkte für das komplexe spieltherapeutische Interaktionsgeschehen sind die Angemessenheit des Verhaltens der Spieltherapeutin – erstens hinsichtlich der konstruktiven Wirkung für den Entwicklungsprozess des Kindes, zweitens hinsichtlich der Umsetzung der Prinzipien des Personzentrierten Ansatzes. „*Kriterium ist die Fruchtbarkeit für den anderen*“ (Hockel 2011, S. 160), d. h. die Interventionsgestaltung leitet sich aus den Erkenntnissen der Spieltherapeutin hinsichtlich der biografischen Erfahrungen des Kindes sowie den spezifischen Mikrozielen ab. Im spieltherapeutischen Geschehen erfolgt ein beständiges Rückkoppeln zwischen dem Kind und

der Spieltherapeutin. Das Gegenwärtig-Sein im Augenblick verdeutlicht die personale Verantwortung der Spieltherapeutin mit dem Ziel, eine Atmosphäre der Akzeptanz, der Sicherheit und der Angstfreiheit zu erzeugen (vgl. Rogers 1939, S. 197f; Übersetzung in Reisel 2001, S. 2).

Im Folgenden wird die Besonderheit des spieltherapeutischen Handelns als ein flexibles Einlassen auf den Einzelfall skizziert, welche die Relevanz einer individuellen, spieltherapeutischen Könnerschaft⁴ der Spieltherapeutin klärt.

Silvio spielt, oder: Wie sieht spieltherapeutisches Handeln mit einem Kind in der Praxis aus?

Das Ziel der Personzentrierten Spieltherapeutin ist es, eine „*hilfreiche, beratende Atmosphäre*“ (Rogers 1942a/1972, S. 84) zu schaffen, indem sie den „*versperrten und verzerrten Symbolisierungen*“ (Heinerth 2007, S. 120) als emotional geronnene Verankerungen des Kindes eine entwicklungsförderliche, heilsame Atmosphäre entgegensetzt (vgl. Jofer-Ernstberger 2018, S. 35ff). Das spieltherapeutische Vorgehen will dem Kind das „*Best-Verfügbare anbieten*“ (Behr et al. 2017, S. 76) ohne beliebig, willkürlich und regellos zu sein. Hockel (2011, S. 13 & 154) sieht darin die Kunst, sich in jedem Moment des Interaktionsgeschehens innerhalb des Spielstroms angemessen sowie konstruktiv für das Kind zu verhalten: „*Spieltherapie ist professionelle Spielzeit zwischen dem Kind/Jugendlichen, dessen Entwicklung gefördert, dessen Not behoben werden soll, und einem dafür ausgebildeten, hoch spezialisierten Psychotherapeuten. (...) Spieltherapie ist keine unspezifische Entwicklungsförderung, sondern eine jeweils gezielt heilungswirksame Erfahrung herbeiführende Interventionsart.*“ (ebd., S. 77)

Die Frage, was eine gute Spieltherapeutin können muss, beantwortet Pelinka (2014, S. 245) folgendermaßen: „*(...) in der Kindertherapie [ist] eine besondere Qualifikation notwendig, um mit dieser sehr speziellen und äußerst komplexen Situation zurecht zu kommen. Dazu gehört ein klares Bild von Persönlichkeit und deren Entwicklung, sowie Klarheit darüber, wie Beziehung entsteht und welche Rolle sie in der Therapie hat. Nur diese Sicherheit und Klarheit schützt uns davor unsicher zu werden, wenn wir*

4 Neuweg (2015, S. 36) verwendet den Begriff der ‚Könnerschaft‘, indem er ihn den gesellschaftlichen Tendenzen der Effizienzerwartung und der Dequalifizierung entgegenstellt: Der Mensch ist nicht als Maschine zu konfigurieren, d. h. Beziehungsarbeit ist von einem individuellen Können abhängig. Neuweg verdeutlicht dies mit einem Beispiel: „*McDonald's kann überaus rasch wachsen, weil die an den einzelnen Standorten gelebte Praxis raum-zeit-unabhängig beliebig oft replizierbar ist; der Hamburger ist ebenso standardisiert wie das Lächeln der ihn überreichenden Mitarbeiterin; die Organisation ist von der individuellen Könnerschaft einzelner Mitarbeiter gänzlich unabhängig.*“ (ebd.; Hervorhebung durch die Autorin)

mit den Kindern ‚nur spielen‘ und dabei auch noch Spaß haben.“

In der Gestaltung der spieltherapeutischen Atmosphäre und in dem spieltherapeutischen Strom obliegt der Spieltherapeutin ein kontinuierlicher, innerer Entscheidungsprozess, der mit der Frage verbunden ist, welche Akzentuierung in welcher Situation und in welcher Phase des Spiel- und Interaktionsgeschehens zu wählen ist (vgl. Jofer-Ernstberger 2018, S. 33). Die Wahl trifft sie nicht durch Recherche in einem spieltherapeutischen Lehrbuch und nicht durch den inneren Zuruf eines Experten, sondern sie ist in diesem Gestaltungsprozess als Akteurin umfassend auf ihr spieltherapeutisches Können angewiesen. Die Spieltherapeutin entscheidet „blitzartig, schnell und doch oft flüchtig“ (Groddeck 2014, S. 161), wie sie auf das Handeln und den Ausdruck des Kindes im Spiel- und Beziehungsgeschehen Antwort gibt.

Im Fall Silvio kann dies durch folgenden Einblick in die spieltherapeutische Praxis verdeutlicht werden:

In der 3. Spieltherapieeinheit bleibt Silvio zum ersten Mal alleine (ohne seine Mutter). Er setzt sich an die Türschwelle des Spielzimmers, blickt in die Richtung der Spielmaterialien, spricht nicht und nimmt keinen direkten Blickkontakt zu mir auf, lugt jedoch immer wieder zu mir hinüber. Ich sitze im Sinne eines haltgebenden Daseins und einer Situation des Gehaltenseins in Distanz neben ihm auf dem Boden. Ich bin zentriert auf den Moment, d. h. eigene Gefühle, Gedanken, Absichten und Bewertungen sind mir auf der Ebene der Selbstbewusstheit gewahr. Nun könnte ich auf der Realebene antworten, indem ich Silvio anerkennend beachte und ruhig, zuversichtlich, warmwertschätzend, etwas flüsternd ein ‚Fragezeichen in die Luft spreche: „Du sitzt hier (Atmungspause) und schaust dir ganz vorsichtig (Atmungspause) alles genau an?“ Diese Intervention würde Silvio einen versprachlichten Zugang zu seinem eigenen Handeln eröffnen, ihm meine Aufmerksamkeit versichern und sein Abwarten und seine Vorsicht ernstnehmen. Silvio würde bedingungsfreie Wertschätzung und Akzeptanz seines Da-Seins bzw. So-Seins erfahren. Durch die Formulierung als Frage ließe ich ihm die Freiheit, ob diese Resonanz auch für ihn stimmig ist und initiiere im besten Fall bei ihm einen inneren Suchprozess. Ich könnte jedoch auch auf der Spielebene antworten und aus dem versteckten Blick des Buben ein vorsichtiges Guck-guck-Spiel entwickeln. Diese Gestaltungsmöglichkeit im Spiel wäre Träger eines Geschehens, in welchem die vorsichtige Kommunikation und Interaktion ohne Sprache erlebt werden kann. Im Spielzimmer hat das Guck-guck-Spiel häufig die Funktionen des Beziehungs- und Vertrauensaufbaus: ‚Ich will dich (immer wieder) sehen, ‚Ich bin (immer noch) da‘. Das kurze Wegsehen geschieht mit dem Wissen und dem Vertrauen, dass schnell ein zuverlässiges Hinsehen erfolgt.

Diese beiden dargestellten Interventionen verdeutlichen beispielhaft die Abstimmungsprozesse zwischen dem Kind und der Spieltherapeutin auf der Spiel- und Realebene.

Die Qualifikation ‚Personzentrierte(r) Spieltherapeutin bzw. Spieltherapeut‘ verhilft, in diesem komplexen Gefüge und in den vielfältigen Interventionsmöglichkeiten auf die „professionelle Intuition“ (Fröhlich-Gildhoff 2006, S.1) zurückzugreifen und spieltherapeutische Könnerschaft entfalten zu können.

Spieltherapeutische Könnerschaft, oder: Wie sind und werden wir ‚gut‘ oder, ‚angemessen und konstruktiv‘ verfügbar?

Neuweg (2015, S. 26) stellt als zentrales Merkmal von ‚Könnern‘ heraus, dass sie mit „konzentrierter Leichtigkeit“ (ebd.) agieren. Er vergleicht dieses intuitiv-improvisierende Handeln mit den Herausforderungen eines Wildwasserpaddlers: Dieser plant, bevor er sich in die Stromschnellen begibt, sein Handeln. In dem Moment, in welchem er sich jedoch in die Fluten wagt, muss er sich – weg vom „Regelanwendungsautomaten“ (ebd.) – auf die Situation einlassen, die ihm im Augenblick begegnet. Dieses Sich-Einlassen bringt eine Unsicherheit als Wagnis mit, von der Besonderheit der jeweiligen Situation durchdrungen zu werden und nicht starr regelgeleitet zu handeln.

Die Parallele zur Personzentrierten Spieltherapie ist offensichtlich: Im Spiel- und Interaktionsstrom mit dem Kind betreibt die Spieltherapeutin keine trainierte Technik, sondern setzt den Personzentrierten Ansatz im Handeln mit dem Kind praktisch um. Spieltherapeutische Könnerschaft ist weder eine Alltagshandlung noch eine automatenhafte Handlung, die sich „als liebevolle Zwischenmenschlichkeit“ (Hockel 2011, S. 155) oder als beliebiger Einfall im Kontext des Miteinander-Spielens ergibt, sondern ein professionell-intuitiver Entscheidungsvorgang, der auf „gesättigter Kompetenz“ (ebd., S. 156) und auf der Grundlage feinsten Falldifferenzierungen beruht.

Der Katalog an fachlicher Kompetenz verlangt nach einer reifen Persönlichkeit, wie es Axline (1947/2002, S. 63) als wichtiges Merkmal beschrieben hat. Diese spieltherapeutische Könnerschaft zeigt sich durch einen subjektorientierten Einsatz spieltherapeutischer Interventionen.

Für die Arbeit mit Silvio (bzw. mit Kindern) sind folgende professionelle Kompetenzen erforderlich:

- Beziehungskompetenz: Die Spieltherapeutin gestaltet eine hilfreiche, entwicklungsförderliche, tragfähige professionelle Beziehung zu Silvio, die auf achtungsvoller Kindzentrierung basiert.
- Indem Silvio die Spielgestaltung bestimmt, wird die Spieltherapeutin zur Bündnispartnerin für den Selbstaussdruck, für die Selbstdeutung, das Selbsterleben und die Selbstgestaltung des Buben.

- Interventions- und Prozesskompetenz: Die Spieltherapeutin greift auf die Vielfalt ihres professionellen Verhaltensrepertoires zurück und übernimmt durch ihr Interventionspektrum Verantwortung hinsichtlich der Entwicklungsdynamik, der Ziel- und Aufgabenstellung des spieltherapeutischen Prozesses mit Silvio.
- Spielkompetenz: Die Spieltherapeutin erweist sich in der Spielbegleitung bzw. im Spielen mit Silvio als Spielversteherin und als professionelle Spielspezialistin, die an eine „Vielfalt denkmöglicher und realer Kinderspiele reichhaltig und differenziert“ (Hockel 2011, S. 133) aktiv und strukturgebend anknüpfen kann.

Hockel (ebd., S. 156) beschreibt die Kunstfertigkeit im spieltherapeutischen Geschehen als Flow-Erlebnis oder als Partitur, in der Tasten des Interventionsklaviers angeschlagen werden. Auch Neuweg (2015, S. 51) benutzt in Anlehnung an Polanyi die Metapher des Klavierspiels: „Der Klavierspieler, der angestrengt bei der Sache war, wird auf die Frage, welche Gedanken er dabei gehabt habe, antworten: Keine. Ich hatte überhaupt keine Zeit dazu. Ich war mit Klavierspielen beschäftigt, nicht damit, mir selbst Vorträge über die beste Spielmethode zu halten.“

Dieses „Im-Rhythmus-der-Dinge-Sein“ (Volpert 1992, S. 54) konzentriert die feinen Nuancen des Spiel- und Interaktionsgeschehens und kennzeichnet das spieltherapeutische Handeln.

Beschriebene Könnerschaft entfaltet sich nach Neuweg aus vier Elementen, die im Folgenden erläutert werden. Begleitet wird diese Darlegung durch ausgewählte Passagen aus Interviews, die ich im Rahmen meiner Masterarbeit mit Sabine Schlippe-Weinberger, Curd Michael Hockel, Franz Kemper und Stefan Schmidtchen führte und die einen ersten Blick auf die Bedeutsamkeit der lehrenden Person als Ausbilder bzw. Ausbilderin werfen (vgl. Jofer-Ernstberger 2018, S. 58ff):

1) Spieltherapeutische Könnerschaft durch konkrete Praxiserfahrungen

Die Entfaltung von Könnerschaft bedeutet, „vom regelgeleiteten Know-that zum erfahrungsbasierten Know-how“ (Dreyfus & Dreyfus 1987, S. 41) zu gelangen. Dies fordert von Spieltherapeutinnen eine Kontextualisierungskompetenz, da sie sich nicht auf die Anwendung eines Regelwerkes verlassen können. Neuweg (2015, S. 63) hebt erstens den Wert einer Übung hervor, in welcher die angehende Spieltherapeutin mit praktischen Aufgaben in realen Praxissituationen konfrontiert wird und sich im sensiblen Einlassen auf situative, wechselnde Umstände in dynamischen Handlungsfeldern bewähren muss.

Zweitens müssen Praxissituationen in Übungssituationen „zurechttrivialisieren“ (Neuweg 2005, S. 207) werden, um im Sinne einer Komplexitätsreduktion „übbar“ (ebd.) zu werden.

Curd Michael Hockel stellt seine Erfahrung hinsichtlich des Ausbildungsgeschehens zur Verfügung: „Es ist beispielsweise eine delikate und doch wichtige Erfahrung, wenn die Teilnehmer in einem Rollenspiel ein stotterndes Kind spielen oder die Frage klären ‚Was mache ich, wenn ein Kind in der Spieltherapie in die Hose scheidet?‘ Das sind nachdenklichkeitsfördernde Impulse, die immer die eigene Person ansprechen.“ (zit. n. Jofer-Ernstberger 2018, S. 107)

Drittens hat die Beobachtung des intuitiven Könnens bei anderen im Sinne einer modellhaften Impulsgebung Bedeutung: Könnerschaft entwickelt sich in einer Expertenkultur, die der Meister-Lehrling-Beziehung entwachsen ist: In der „Begegnung mit Könnern“ (Neuweg 2004: 378), die den „Charakter einer vorläufigen Starthilfe für den Lernprozess, Stützrädern am Fahrrad gleich“ (Neuweg 2005, S. 211) in sich tragen.

Franz Kemper reflektiert: „Meine Ausbildungskandidaten durften mir genau auf die Finger sehen und dabei forschend neue Gedanken- und Handlungswege gehen, d.h. sich die Erlaubnis geben, eingefahrene Gewohnheiten zu verlassen.“ (zit. n. Jofer-Ernstberger 2018, S. 118)

Die Sozialisation in einer Expertenkultur, die Modelle und Praktiker-Gemeinschaften zur Verfügung stellt, ist Wegbereiter für die spieltherapeutische Könnerschaft.

2) Spieltherapeutische Könnerschaft durch ein vertieftes Wissen

Theorien stellen Deutungssysteme für die Praxis zur Verfügung. Die Praxis wird durch die Theorie unterbrochen, durch die theoretischen Fragestellungen überprüft und der praktisch Tätige wird aufgefordert, sein Handeln bezogen auf die Theorie zu interpretieren: „Der Professionelle [muss] doch durchgängig rechtfertigen können, was er tut. Man kann das in der Formel ausdrücken, dass Professionelle nicht einfach auch schon tun können, was sie wissen, dass sie aber immer wissen müssen, was sie tun.“ (Neuweg 2015, S. 39)

Die Auseinandersetzung mit fachspezifischen Theorien geht mit der Wirkung einher, dass die Person zu einer erweiterten Denkbereitschaft und Denkfähigkeit sowie zu einer Haltung des Neugierig-Seins gelangt. Die Auseinandersetzung mit den theoretischen Denkfiguren des Personenzentrierten Ansatzes, den Entwicklungs- und Lebensweltphänomenen von Kindern sowie den allgemeinen Kernbestimmungen spieltherapeutischen Handelns sind grundlegend.

Franz Kemper fordert: „Die Teilnehmer sollen sich Informationen zur Personenzentrierten Spieltherapie aneignen: Wie ist

die geschichtliche Entwicklung der Spieltherapie? In welchen theoretischen Grundlagen ist die Personzentrierte Spieltherapie verankert? Welche Prinzipien leiten die Personzentrierte Spieltherapie? ... und, und, und. (...) Der Ausbilder [hat] die Aufgabe, die Teilnehmer neugierig zu machen, den einen oder anderen Impuls, wie ‚Du könntest das Buch lesen,‘ zu geben. Manchmal muss man den Teilnehmern auch zumuten, sich mit einem Thema zu beschäftigen.“ (zit. n. Jofer-Ernstberger 2018, S. 118)

Angestrebt wird ein theoretisches Gesamtbild, das die spieltherapeutische Haltung und Arbeit prägt. Dies summiert sich im Sinne der spieltherapeutischen Könnerschaft in einem reflexiven Habitus der Handlungsvorbereitung, der Handlungsbegründung, der Handlungsprüfung und der daraus folgenden Perspektivenerweiterung.

3) *Spieltherapeutische Könnerschaft durch die Reflexion eigener Wirklichkeitskonstruktionen*

Alles Beobachtete ist ein Konstrukt, das von den Wirklichkeitskonstruktionen und Deutungsmustern des Beobachters abhängig ist. Rogers (1961a/2009, S. 37) schrieb: *„Jeder Mensch ist in einem sehr realen Sinn eine Insel für sich (...)“* Im Wechselspiel des Einlassens auf die persönlichen Wirklichkeits- und Erfahrungskonstruktionen und der analytisch-theoretischen Prüfung der Praxiserfahrung wird eine Brücke gebaut zur Bewusstwerdung und zur Reflexion im Sinne einer Rückübersetzung in ein neues Bewerten, Denken, Entscheiden, Antizipieren und Handeln. Das Selbstverständliche des immer gleichen Abspulens von emotionalen und kognitiven Schleifen wird durch ein neues Deutungsspektrum in der konzentrierten Reflexion in Frage gestellt. Lieb gewonnene Interpretationen des Denkens, Fühlens und Handelns werden zugunsten neuer Wirklichkeitskonstruktionen aufgeweicht.

Sabine Schlippe-Weinberger äußert hierzu: *„Mir war wichtig, folgende Fragen im Ausbildungsprozess aufzugreifen: Wie geht es mir gerade? Wie geht es mir bauchmäßig, ohne viel nachzudenken? Welche Gefühle sind da, wenn ich an mich, an die Ausbildung, an das Kind, welches ich spieltherapeutisch begleite, denke?“*

Dieses innere Wissen, diese Intuition wollte ich in die Ausbildungsgruppen bringen. Für mich hat das mit der Kunst des Fühlens zu tun. Ausbildung in Personzentrierter Spieltherapie bedeutet: Fühlen lernen.“ (zit. n. Jofer-Ernstberger 2018, S. 126)

Die biografische Selbstreflexion und die Selbstbeobachtung, die Arnold (2016, S. 84) mit der Metapher der „Selbstarchäologie“

als tiefergehenden, essentiellen und transformativen Lernprozess mit dem Ziel der reflexiven Identität beschreibt, klärt das persönliche Muster des In-der-Welt-Fühlens.

4) *Spieltherapeutische Könnerschaft durch Persönlichkeitsentwicklung und innerer Sicherheit*

Tauxsch und Tausch (1956, S. 125f) arbeiteten das Prinzip der inneren Sicherheit als Haltung der Spieltherapeutin heraus, welches als Persönlichkeitsmerkmal benannt wird. Damit beschrieben sie eine innere, klare Geordnetheit – entgegen der Unruhe, Unsicherheit und der geringen Ordnung in seelischen Abläufen. Mayr und Brandstätter (1998, zit. n. Neuweg 2004, S. 20) identifizierten auf empirischer Grundlage als Risikofaktoren entgegen einer gelingenden Lehrerschaft, welche auch für die Denkfigur „Persönlichkeit Spieltherapeut*in“ bedeutsam ist, eine geringe emotionale Stabilität, niedrige Selbstkontrolle sowie eine niedrige Kontaktbereitschaft. Spieltherapeutische Könnerschaft basiert demnach auf persönlichkeitsreflexiven Bausteinen, die sich an den personzentrierten Grundhaltungen orientieren. Innere Sicherheit kann man *„nicht heucheln“* (Axline 1947/2002, S. 64), sondern sie muss zum *„wesenseigenen“* (ebd.) Bestandteil der Persönlichkeit werden.

Stefan Schmidtchen offenbart hierzu seine eigene Geschichte: *„Personzentrierte Ausbildung heißt in einem ersten Schritt, sich auf sich selbst zu konzentrieren (...). Ich selbst z. B. habe gelernt, mich selbst zu lieben, indem ich in meiner Ausbildung mit Kindern gespielt und geübt habe, mit ihnen umzugehen. (...) Ich war am Anfang meines kinderpsychotherapeutischen Weges sehr empathiefähig Kindern und auch Eltern gegenüber, aber wenig für mich selbst. Ich habe im Grunde genommen nie geweint – erstmalig in meiner eigenen Ausbildung (...). Die Vertiefung des personzentrierten Ansatzes auf theoretischer und praktischer Ebene habe ich genutzt, selbst heil zu werden. Ich habe selbst meine innere Kraft erfahren, zu reifen, mich zu entwickeln und aus dem Elend meiner Biografie herauszukommen. (...) Dieses Defizit habe ich begriffen und konnte mir selbst in liebevoller Selbstachtung helfen. Diese Sensibilität und die selektive Selbstoffenbarung des Ausbilders sind Wegbereiter für eine hilfreiche Ausbildungsunterstützung. Das Erlernen der Selbstachtung braucht persönliche Begegnungssituationen – Selbstliebe kann ich nur von Person zu Person lernen.“ (zit. n. Jofer-Ernstberger 2018, S. 130)*

Wegweisend für die Entwicklung der Persönlichkeit ‚Spieltherapeutin‘ bzw. ‚Spieltherapeut‘ sind Erfahrungen der Selbsterkennung, Selbstprüfung und Selbsterfahrung, welche die eigene Persönlichkeitsarchitektur (ggf. in ihren Einseitigkeiten) erkennen lassen. *„Nicht alles, was man weiß, vermag man kraft*

seiner Persönlichkeit auch zu leben, und schon gar nicht kann man jedes Können, das man kraft seiner Persönlichkeit verausgabt, in Form handlungsleitender Theorien berichten“ (Neuweg 2005, S. 20).

Personzentrierte Erwachsenenbildung, oder: Habe Mut, (dich) zu bilden.

Im bisher Dargelegten standen die Charakteristika, die spieltherapeutische Könnerschaft sowie deren Emergenzbedingungen im Mittelpunkt und damit auch die Anforderungen an die entsprechenden Weiter-Bildungsangebote⁵. Um eine Ausgangsbasis für wegweisende Gedanken hinsichtlich einer spieltherapeutischen Lehre zu schaffen, ist eine Annäherung an die Haltung und das Handeln des Ermöglichen, des didaktischen Dialogs und des Intersubjektivismus als zentrale Begriffe der Erwachsenenbildung notwendig (vgl. Jofer-Ernstberger 2018, S. 62ff):

- Weiterbildung im Sinne des Personzentrierten Ansatzes als **Ermöglichen von Selbst-Bildung**: Das didaktische Paradigma des Ermöglichen basiert auf einem Lernverständnis, welches Kompetenzentwicklung als Ergebnis einer Suchbewegung der lernenden Person konzeptualisiert. Diese gelingt, wenn „die didaktischen Inszenierungen diese Aneignung anregen – ermöglichen – sowie Erleben und Handeln unterstützen“ (Arnold 2013, S. 93). Damit vertraut die Perspektive des Ermöglichen auf die „innere, subjektive, existenzielle Freiheit“ wie sie Rogers (1983a/1984a, S. 222) als Tendenz zur Selbstaktualisierung und als „Freiheit, den eigenen Weg selbst zu entscheiden“ (ebd.) oder als „natürliches Potential zum Lernen“ (Rogers 1969a/1979, S. 156) differenziert. Das Paradigma des Ermöglichen stellt die „sakrale Überhöhung“ (Arnold 2016, S. 201) der Lehrperson und die frontalunterrichtliche Wissenspräsentation infrage.
- Weiterbildung im Sinne des Personzentrierten Ansatzes vollzieht sich als **didaktischer Dialog**, d. h. eine erfahrene Person mit entsprechender Expertise tritt einer lernenden Person modellhaft als „zulassender Bekenner“ (Müller-Commichau 2007, S. 6) gegenüber. Müller-Commichau (2012) verweist auf die Kunst einer zulassenden Lehre, die von einem aufmerksam wahrnehmenden Zuhören, einem achtungsvollen Beobachten, dem Versprachlichen der Wahrnehmung zwischen dem andern und sich selbst sowie durch das Begleiten als das Einpendeln zwischen Nähe und Distanz, zwischen

monologischer und dialogischer Didaktik gefärbt wird (ebd., S. 31ff). In Anlehnung an Ricoers (2006, S. 282) gleicht es einer Gabe mit den Gesten des erwartungslosen Gebens, des beschenkenden Empfangens und des anerkennenden Erwiderns. Dies bezieht sich auf eine Gegenseitigkeit der Wechselseitigkeit und schließt eine Unpersönlichkeit aus. Das Gelingen des dialogischen Lehr-Lerngeschehens ist folglich abhängig von der Bereitschaft, den Haltungen und Einstellungen aller Beteiligten.

- Bildung im Sinne der Subjektentwicklung gelingt innerhalb von **Begegnungsmomenten**: Selbstentwicklung versteht Meueler (2001, S. 6) als Selbstbildung – als „*eignes Werk* (...) *weil ich es will*“, wie Fichte (1800/2000, S. 95) den Aspekt der Freiwilligkeit hervorhebt. Das Lehr-Lerngeschehen wird in diesem Sinne als die Zeit und die Gelegenheit begriffen, in der Menschen innehalten und sich in ihrer Subjekthaftigkeit begegnen. Müller-Commichau (2014, S. 51) konzipiert das Konzept des Intersubjektivismus: „*Menschen brauchen ein Gegenüber, um Subjektwerdung und Subjektpflege zu betreiben*.“ Rogers (1960/1984b, S. 55ff) beschrieb im Gespräch mit Buber seine Erfahrung: „*Ich fühlte, daß ich nicht das Recht hatte, einen anderen zu ändern, wenn ich nicht selbst offen dafür war, von ihm geändert zu werden. (...) Ich [trete] in eine Beziehung als subjektiv eingestellte Person ein, nicht als Untersuchender, nicht als Wissenschaftler (...) ohne jedoch meine eigne Persönlichkeit oder Besonderheit diesbezüglich zu verlieren*.“

Das Lehr-Lerngeschehen hin zur Qualifikation ‚Personzentrierte(r) Spieltherapeutin bzw. Spieltherapeut‘ versteht sich als emotionale Begegnungsreise zwischen den beteiligten Personen. In dem Lehr-Lernprozess zeigt sich die lehrende Person als erkennbares Gegenüber und gibt ihm seine eigene Prägung. Es geht um ein Real-Sein des Lernbegleiters und verwehrt sich einer Selbstverleugnung der eigenen (lehrenden) Person bzw. die Flucht in die Rolle des Lehrers als unterweisende Person. Die spieltherapeutische Weiterbildung konzentriert sich in ihrer vertieften Lernzeit auf das Kind innerhalb einer Expertenkultur, gerahmt durch eine Personzentrierte Lernatmosphäre und ein verlässliches Lernarrangement (vgl. Kunze-Pletat 2019). Die Frage der Passung begleitet die ersten Seminareinheiten auf der Seite der Lehrenden und Lernenden mit der Freiheit, das Lehr-Lernangebot anzunehmen bzw. es abzulehnen.

Zusammenfassend kann die dargelegte Qualität der (personzentrierten) Lehre mit dem Begriff der ‚Lehrkunst‘ verdeutlicht werden: ‚Lehre‘ als die Praxis des dialogischen Lehr-Lernhandelns und ‚Kunst‘ als ein nie auslernendes, schöpferisches Phänomen. Nachfolgend werden in einem ‚Wegweiser‘ Hilfen für einen begleitenden Prozess der Selbstevaluation und Entwicklung für lehrende Personen zur Verfügung gestellt.

5 In Deutschland wird die Personzentrierte Spieltherapie als Beratungsausbildung für Kinder, Jugendliche und deren Bezugspersonen (GwG e.V.) angeboten. Sie dauert mindestens 3 Jahre und umfasst mindestens 655 Seminarstunden.

Merkmal	ICH als Ausbilder*in	DU als Teilnehmer*in	WIR als Lernatmosphäre und Lernarrangement	ES als Thema PzS/PzA
A Bejahende Anerkennung	Kann ich mich selbst achten, anerkennen und annehmen? Begegne ich mir selbst in einer personzentrierten Haltung?	Wird jede(r) in seiner Eigenart bejahend anerkannt? Kann sich jede(r) willkommen fühlen? Freue ich mich auf jede(n)?	Wird für ein (ästhetisches) Wohlbefinden gesorgt? Werden die Lernzeiten auf die Vielfalt der TN hin geplant?	Wird den Kindern, ihrem Spiel und ihrem Erleben, ihren Bezugspersonen anerkennend begegnet?
B Selbstklärung ,Ich als AB'	Inwiefern bin ich ausreichend gut als AB? Inwieweit erwarte ich von den TN Lob? Wie wird mein Bedürfnis nach Anerkennung gestillt? Inwieweit reflektiere ich die Grenzen des Zugriffs auf das Lernen der TN?	Reflektiere ich meine Art der Begegnung mit den TN ausreichend? Erkenne ich die Themen ,Macht über andere, Ohnmacht durch andere'? Berate und begleite ich die TN?	Wird Zeit, Raum, Gelegenheit eingebracht, um miteinander die Lernatmosphäre zu beachten bzw. zu gestalten? Wird ein anregendes Lernarrangement (mit ,übbarer' Schritten) ermöglicht?	Kann ich mich für das Thema engagieren, um dessen Bedeutung zu leben? Kann ich mich distanzieren, um damit das Thema zu ,ent-leidenschaftlichen'?
C Ein erkennbares Gegenüber sein	Bemühe ich mich, authentisch zu sein? Kann ich mich vorsichtig selbst offenbaren mit meiner eigenen Geschichte, meinen Erfahrungen, meinem Wissen und Nichtwissen? Werde ich als Gegenüber in meinen Haltungen, Einstellungen und in meinem Handeln erlebbar?	Haben die TN die Möglichkeit, sich in ihrem Tempo freiwillig und ohne Zwang zu zeigen? Lernen die Beteiligten voneinander? Wird die Gelegenheit gegeben, damit sich die TN gegenseitig in ihrer Kundigkeit und Könnerschaft bereichern? Können, dürfen und sollen die TN eigene Gedanken entwickeln?	Wird ein Klima initiiert, in welchem das Selbstdenken und Selbsthandeln selbstverständlich ist? Wird Raum geschaffen für ein ,Ich-denke-fühle-handle-anders-als-du'? Werden Diskussionen und Differenzen zugemutet? Wird Raum gegeben, damit TN in ihrem Tempo und auf ihre Weise erwidern können?	Vertrete ich den PzA in seinem Menschenbild, in seinen Kernpunkten und in seinen Prinzipien hinsichtlich der Begleitung von Kindern und seinen Bezugspersonen sichtbar? Bin ich als AB in meinen personzentrierten Haltungen erlebbar und nachvollziehbar?
D Ernstnehmen und vertrauen	Nehme ich mich selbst in meiner Aufgabe als AB ernst? Begreife ich mich selbst als lernfähig, kundig und lernfähig? Kann ich schweigen, nichts tun, zulassen, konfrontieren, fordern? Kümmere ich mich um meine Lebenskunst?	Traue ich dem anderen Entwicklungsschritte zu? Nehme ich die TN in ihren Suchbewegungen mit ihren individuellen Entwicklungsschritten wahr? Betrachte ich die TN in ihren Stärken und Potentialen?	Werden Lernzeiten gestaltet, die ein Aneignen, Erfahren, Erkennen und damit Lernen ermöglichen? Wird die Bedeutung von vielfältigen Hilfsmitteln beachtet, die individuelle Such-, Spür- und Ausdrucksprozesse ermöglichen?	Begreife ich den PzA in seiner Bedeutung für das Miteinander in unserer Gesellschaft in seiner menschenfreundlichen Perspektive?
E Verstehen suchen	Lasse ich mich immer wieder von mir selbst überraschen und versuche ich, meine ,Themen hinter den Themen' feinspürig zu verstehen? Nutze ich Hilfsquellen, um mein eigenes Verstehen zu vertiefen?	Bin ich neugierig auf das Gegenüber und versuche, mich dem Verstehen und Erleben feinspürig anzunähern und mich in den subjektiven Lernvorgang jedes TN hinein zu versetzen?	Werden kleine und feinspürige Schritte bedeutsam? Wird dem eigenen Verstehen Zeit und Raum geschenkt? Erhält das Sein Bedeutung durch wortschöpferischen Ausdruck?	Begreife und reflektiere ich das Konzept der PzAs und der PzS auf dem Hintergrund meines eigenen Geworden-Seins und Daseins? Bin ich offen für die Weiterentwicklungen im PzA? Kann ich diesen offen und kritisch begegnen und in meine Praxis aufnehmen?
G Grenzsetzung	Distanziere ich mich als verantwortliche Person von einer Selbstaufgabe? Beachte ich mein eigenes Wohlbefinden? Erkenne ich meine Belastungsgrenzen und handle selbstentlastend?	Kann ich Disziplin auf der Basis des gegenseitigen Respekts einfordern? Mute ich den TN Versagung, Arbeitsdisziplin und Herausforderungen zu? Kann ich Verantwortung delegieren?	Distanziere ich mich von umfassenden Versorgungsansprüchen und Verantwortungszuweisungen? Tragen alle zum Gelingen einer lernfreundlichen Atmosphäre bei? Können Konflikte gelebt und ausgetragen werden?	Bin ich bereit, Geplantes den TN zuzumuten? Verleugne ich Themen nicht? Reflektiere ich die Tendenz des missionarischen Weltverbesserns? Kann ich bei meinen Aufgaben, Aufträgen und bei meinem Fachgebiet bleiben?
H Fragend vorangehen	Schenke ich meiner eigenen Lernlust als lebenslanges Lernen Bedeutung? Habe ich Freude am Fragen und Ehrfurcht vor der Fragewürdigkeit von Wahrheiten? Kann ich mein eigenes Sicherheitsbedürfnis an die Seite stellen und mich für Neues öffnen?	Lasse ich mich von anderen Menschen und ihren Themen immer wieder inspirieren? Gebe ich anderen Personen die Möglichkeit, an meinen Fragen und Erkenntnissen teilzuhaben? Hat mein Gegenüber ausreichend Möglichkeit, eigene Fragestellungen zu finden und zu stellen?	Werden ein Klima und ein Arrangement ermöglicht, in welchem mit Wahrheiten und praktischen Anforderungen experimentiert wird? Dürfen Fragen offenbleiben und darf in die Antworten ,hineingelebt' werden? Wird eine methodische Phantasie gelebt?	Entdecke ich den PzA und die PzS immer wieder neu und bin ich bereit, mich von Themen anregen zu lassen? Trage ich das Thema in andere Bereiche weiter? Versuche ich die Menschlichkeit des PzAs in die Gesellschaft zu bringen?

Wegweiser einer spieltherapeutischen Lehrkunst

Die spieltherapeutische Weiterbildung als dialogisches Lehr-Lerngeschehen kann als Entwicklungsweg oder (Selbst-)Entdeckungsreise metaphorisch beschrieben werden. Der folgende ‚Wegweiser‘ als das Destillat ‚Spieltherapeutische Lehrkunst‘ gibt der lehrenden Person Orientierung und bezieht sich auf vier Ebenen: ICH als Ausbilderin (AB), DU als Teilnehmerin (TN), WIR als die Gestalterinnen der Lernatmosphäre und des Lernarrangements, ES als das Thema ‚Personenzentrierte Spieltherapie (PzS) und Personenzentrierter Ansatz (PzA)‘. Die Fragen definieren die Bedeutung des Merkmals und laden dazu ein, Facetten im Detail selbstprüfend zu untersuchen.

Fazit, oder: Was noch wichtig ist

Personenzentrierte Spieltherapeutin zu sein ist eine komplexe und herausfordernde Tätigkeit, die es erfordert, heimisch zu werden in der Erfahrung, im Tun, im eigenen Selbstverstehen und in der Einübung eines frischen Blickes sowie dem geistigen Durchdringen der Theorie – ein hochgradig individueller Lernprozess, der an personenzentriert ausgerichteten beziehungsweise heilpädagogischen Fort- und Weiterbildungsstätten ermöglicht wird. Personenzentrierte Spieltherapeutin zu sein ist die Verpflichtung, sich der Funktionalisierung, der Ökonomisierung, der Verzweckung von Kindheit, wie sie Hüther und Quarch (2016) in ihrem Buch ‚Rettet das Spiel‘ beschreiben, zu widersetzen und sich für das Lebensphänomen des Spielens als Kultur der Lebenskunst professionell deutlich einzusetzen. Abschließen möchte ich in diesem Sinne mit einem Zitat von Thomas von Stosch (2018), das ich einem Brief an mich entnehme und welches mir sehr wichtig geworden ist: „*Das Spiel entsteht in der Begegnung, wie von selbst, mal still und leise, mal wild und rau, mal körperlich, mal phantastisch im Geist, mal mit Spielzeug und mal ohne. Im Spiel ist das Kind sicher, vor Demütigung, vor Gewalt, vor Bloßstellung. Es hat eine große Kraft, die Kinder in ihrer Entwicklung fördert.*“

Damit schließe ich auch mit dem Fallbeispiel ‚Silvio‘, der wöchentlich zu mir in die spieltherapeutische Praxis kommt und gerade entdeckt, wie es ist, wütend zu werden und diese Wut ohne ein Zuschlagen und Um-sich-Schlagen auszudrücken.

Literatur

- Arnold, R. (2013). *Selbstbildung. Oder: Wer kann ich werden und wenn ja wie?* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Arnold, R. (2016). *Wie man wird, wer man sein kann. 29 Regeln zur Persönlichkeitsbildung.* Heidelberg: Carl-Auer.
- Axline, V. (1947/2002). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren.* München: Ernst Reinhardt. (Org. ersch. 1947: *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood.* Boston: Houghton Mifflin.)
- Backhaus, U. (2013). Trauer ist Leben – Leben ist (auch) Trauer. Ein Überblick über aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis der Trauerbegleitung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 4/2013, 184–191.
- Behr, M., Finke, J., & Gahleitner, S. B. (2017). Personenzentriert-Sein gehört in die psycho-sozialen Hilfesysteme und nicht ins Museum. Antworten an Mark Galliker, Margot Klein & Peter Schmid. *Person* 1/2017, 76–77.
- Binder, U. (2011). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. *Person* 1/2011. 15. Jahrgang, S. 37–43.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1987). *Künstliche Intelligenz. Von den Grenzen der Denkmaschine und dem Wert der Intuition.* Reinbek: Rowohlt.
- Fichte, J. G. (1800/2000). *Die Bestimmung des Menschen.* Hamburg: Felix Meiner.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). *Interventionsebenen im Psychotherapieprozess. Protokoll des Treffens im Mai 2006 im Rahmen des Praxisforschungsprojekts „Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“.* Freiburg: Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg.
- Gahleitner, S. B. (2009). Persönliche Beziehungen aus bindungstheoretischer Sicht. In K. Lenz, & F. Nestmann, *Handbuch Persönliche Beziehungen* (S. 145–170). Weinheim und München: Juventa.
- Groddeck, N. (2014). Kreativität und körperliches Ahnungswissen. Die Bedeutung der Intuition in der klient-zentrierten Kunsttherapie. *Person* 2/2014, 152–162.
- Heinerth, K. (2007). Differentielles Verstehen bei verzerrter und versperonter Symbolisierung. In Kriz & Sluneko, *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 269–285). Wien: Facultas.
- Hockel, C. M. (2011). *Personenzentrierte Kinderpsychotherapie.* München und Basel: Ernst Reinhardt.
- Hüther, G., & Quarch, C. (2016). *Rettet das Spiel! Weil Leben mehr als Funktionieren ist.* München: Carl Hanser.
- Jofer-Ernstberger, S. (2018). *Personenzentrierte Spieltherapie lehren – Zugänge zu einer spieltherapeutischen Lehrkunst.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Köhn, W., & Wintgen, I. (1992). Lebensweg und Menschenbild im heilpädagogischen Dialog. In W. Köhn, *Auf der Suche nach dem Verbindenden in der Heilpädagogik. Studententexte Heilpädagogik. Band 3* (S. 115–146). Köln: Katholische Fachhochschule NW.
- Krohn, W., & Küppers, G. (1992). *Emergenz: Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kunze-Pletat, D. (2019). *Personenzentrierte Erwachsenenpädagogik: Die pädagogische Beziehung als Mittelpunkt im Lehr-Lern-Prozess.* Wiesbaden: Springer VS.
- Meueler, E. (2001). *Lob des Scheiterns. Methoden- und Geschichtenbuch zur Erwachsenenbildung an der Universität.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Miller, T. (2006). *Dramaturgie von Entwicklungsprozessen.* Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Müller-Commichau, W. (2007). *Lebenskunst lernen. Annäherung an eine Pädagogik des Zulassens.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Müller-Commichau, W. (2012). *Intellektuelle als Pädagogen – Pädagogen als Intellektuelle. Die Kunst der zulassenden Lehre.* Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Müller-Commichau, W. (2014). *Anerkennung in der Pädagogik*. Baltmannsweiler: Scheider Verlag Hohengehren.
- Neuweg, G. H. (2004). *Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lern-theoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Münster: Waxmann.
- Neuweg, G. H. (2005). Emergenzbedingungen pädagogischer Könnerschaft. In Heid, & Harteis, *Verwertbarkeit. Ein Qualitätskriterium (erziehungs-)wissenschaftlichen Wissens?* (S. 205–228). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Neuweg, G. H. (2015). *Das Schweigen der Könner. Gesammelte Schriften zum impliziten Wissen*. Münster und New York: Waxmann.
- Pelinka, B. (2014). Klientenzentrierte Kindertherapie – Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers. In Behr, Hüsson, Nuding & Wakolbinger, *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten* (S. 238–246). Wien: Facultas.
- Reckwitz, A. (2017). *Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne*. Berlin: Suhrkamp.
- Reisel, B. (2001). The Clinical Treatment of the Problem Child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. *Person 2/2001*, 55–67.
- Ricœur, P. (2006). *Wege der Anerkennung. Erkennen, Wiedererkennen, Anerkanntsein*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Die nicht-direktive Beratung – Counseling and Psychotherapy*. München: Kindler. (Org. ersch. 1942: *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1961a/2009). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Org. ersch. 1961: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1969a/1979). *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. München: Kösel. (Org. ersch. 1969: *Freedom to learn. A view of what education might become*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.)
- Rogers, C. R. (1980a/2007). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Org. ersch. 1980: *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1983a/1984a). *Freiheit und Engagement. Personzentriertes Lehren und Lernen*. München: Kösel. (Org. ersch. 1983: *Freedom to learn for the 80's*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.)
- Rogers, C. R. (1960/1984b). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In APG, *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft. Herausgegeben von der ‚Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung‘ (APG)* (S. 52–72). Wien: Österreichischer Bundesverlag.
- Senf, B., & Eggert, L. (2014). Entwicklungspsychologische Aspekte in der Arbeit mit trauernden Kindern und Jugendlichen. In Röseberg & Müller, *Handbuch Kindertrauer. Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und Familien* (S. 17–24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stern, A. (2016). *Spielen, um zu fühlen, zu lernen und zu leben*. München: Elisabeth Sandmann.
- Tausch, A.-M., & Tausch, R. (1956). *Kinderpsychotherapie in nicht-direktivem Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Volpert, W. (1992). *Wie wir handeln – was wir können. Ein Disput als Einführung in die Handlungspsychologie*. Heidelberg: Roland Asanger.
- Weinberger, S. (2015). *Kindern spielend helfen – Einführung in die Personzentrierte Spielpsychotherapie*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Rezensionen*

Peter Frenzel

Harald Erik Tichy: Die Kunst präsent zu sein. Carl Rogers und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation.

Münster: Waxmann, 2018, 294 Seiten, ISBN 978-3-8309-3827-9. EUR (D) 34,90 / EUR (A) 35,90 / CHF 45,90.

Der Personzentrierte Psychotherapeut und Psychotherapiewissenschaftler Harald Tichy hat die Ergebnisse seiner beinahe 20-jährigen Beschäftigung mit Aspekten von Achtsamkeit nunmehr als Buch veröffentlicht, ein Umstand, das sei vorneweg festgehalten, der sich als seltener Glücksfall für die Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes darstellt. Hier wird nicht nur Altbekanntes theoretisch umformuliert, oder – ebenso wenig riskant – von weiteren Belegen für die Wirksamkeit personenzentrierter Therapiepraxis berichtet; – die Überlegungen und Erkenntnisse des Autors führen uns vielmehr in gedankliche Bereiche, die nicht wenig umstritten sind. Wird in dieser Publikation doch einer Erfahrungswelt des Schulbegründers nachgegangen, für die er selbst keine passenden Worte zu finden schien. Es wird ein Terrain betreten, das für einen Ansatz, der mit tiefer Berechtigung sich als evidenzbasiert, damit empirisch-wissenschaftlich entwickelt und also seriös kennzeichnet, kaum riskanter sein könnte. Die vorliegende Untersuchung adressiert (Selbst-)Beobachtungen von offenkundig therapeutisch höchst wirksamen Bewusstseinszuständen, die Rogers ein wenig hilflos an manchen Stellen als „mystisch“ oder gar „außerirdisch“ bezeichnete.

Das sind hochriskante Begrifflichkeiten, nicht unbedingt leicht anschlussfähig an eine sich als „aufgeklärt“ verstehende Scientific Community. Mit der beeindruckenden Erfahrungstiefe eines jahrelang praktizierenden buddhistisch orientierten Achtsamkeitslehrers, erkennt Tichy in diesen mehrfach erwähnten Erfahrungsberichten von Rogers verblüffend klare Belege für Fähigkeiten, die auf Effekte jahrelanger Meditationspraxis hinweisen. Überzeugend wird vor dem Hintergrund einer sorgfältig beschriebenen Differenzierung zwischen momenthaften Präsenzerfahrungen und einer anhaltenden präsenten Seinserfahrung – Letztere scheint nur durch jahrelange Übung erreichbar – eine faszinierende These formuliert: Es

finden sich Belege, dass die tägliche personenzentrierte Therapiepraxis von Rogers gewissermaßen implizit eine jahrelang betriebene Form von Meditation ergab. Die daraus entwickelten Fähigkeiten, Präsenz in hohem Maße zu entwickeln und zu halten, könnten eine wesentliche Bedingung sein, um im Zusammenspiel mit den bekannten therapeutisch wirksamen Grundeinstellungen eine optimale Entfaltung persönlicher Potentiale der Klient*innen anzugehen.

In diesem Zusammenhang wählt der Autor als einen Ausgangspunkt eine wahrhaft grundlegende Frage, die Rogers selbst gegen Ende seines Forscherlebens in typisch schonungsloser Offenheit sinngemäß wie folgt formulierte: „Habe ich womöglich“, so der konsequent an der Erfahrung orientierte Zweifel, „das Wichtigste bei der versuchten Manifestierung der drei basalen Therapeuteneinstellungen übersehen?“

Vor dem Hintergrund eigener Wahrnehmungen, als Therapeut, als Forscher wie auch als jahrelang Meditierender, werden zur Klärung dieser Vermutung verschiedene Fragen von Tichy formuliert und aus den Überlegungen weiterführende Thesen entwickelt. Wer jetzt vermutet, dass damit eine weitere Publikation vorliegt, die einem nicht mehr zu übersehenden Trend folgt, sog. „Mindfulness-Based-Interventions (MBI)“, wie sie mittlerweile sogar im Kontext der Verhaltenstherapie zu finden sind, nunmehr auch im Personzentrierten Ansatz „anzuwenden“, würde die außergewöhnliche Fundiertheit des Buches übersehen. Es finden sich im Gegenteil wesentliche Kritikpunkte an der „Achtsamkeitsmode“. Kritikpunkte, die sich aus einer Rückwendung auf die ursprünglichen Wurzeln der jahrtausendealten frühbuddhistischen Tradition ergeben. Mir wurde als in dieser Hinsicht unbedarftem Leser verständlich vor Augen geführt, welche substantiellen Wesensmerkmale aus verschiedenen, historisch nachvollziehbaren Gründen in den meisten heute propagierten Praktiken verloren gegangen sind. Das gilt insbesondere für eine Geisteseseigenschaft, die im Buch als „Herzenseinigung“ (ursprünglich „samādhi“) übersetzt wird, eine Fähigkeit, die nicht nur momenthafte Präsenzerfahrungen ermöglicht, sondern einen tatsächlich

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

von Rogers selbst so benannten „veränderten Bewusstseinszustand“, der sich beim Versuch sozialtechnologischer orientierter „Anwendung“ für therapeutische Zwecke sicher nicht einstellen kann.

Ein weiteres außergewöhnliches Merkmal dieser Publikation findet sich in dem Verfahren, das angewandt wurde, um so grundverschiedene Weltzugänge wie ein im westlichen Kulturkreis entwickeltes Psychotherapieverfahren und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation gegenüber zu stellen. Erneut geht ein womöglich naheliegender Verdacht ins Leere: Hier wird keineswegs, wie in zahlreichen anderen Publikationen, kurzerhand die eine oder andere Analogie konstruiert, oder Ähnlichkeit oberflächlich festgestellt, sondern ein mittlerweile bewährtes Verfahren des „Therapieschulendialogs“ nach Kurt Greiner¹ realisiert. So lernt man als Leser*in die theorieanalytische „Technik der Experimentellen Trans-Kontextualisation“ durch praktische Anwendung kennen. Zusätzlich war dafür noch so manche Modifikation vonnöten; wird doch im vorliegenden Buch kein „Schulendialog“ zwischen modernen Therapieansätzen versucht, sondern die Gegenüberstellung mit einem Entwicklungskonzept, das einem uralten spirituell/religiösen Kontext entstammt.

Die solcherart geförderten Befunde und Erkenntnisse sind reichhaltig, anregend und an vielen Stellen in hohem Maße sowohl theorie- wie auch praxisrelevant.

Hier nachfolgend einige Beispiele: Wie bekannt finden sich immer wieder Andeutungen in der personenzentrierten Literatur, dass man den Personenzentrierten Ansatz „irgendwie“ in einer Nähe zu fernöstlichen Weisheitslehren verorten könnte; – diese Publikation bestätigt differenziert diese naive Vermutung und stellt dabei klar, dass wohl kein anderer Ansatz im Kontext der Psychotherapie schon in seinen Grundprämissen die zur Zeit so vielfältig entdeckten Vorzüge von „Achtsamkeit“ implizit aufweist. Ein radikal „personenzentriertes“ Verständnis von Psychotherapie benötigt keine „Ergänzung“ durch MBI-Techniken, vielmehr ergibt eine disziplinierte Praxis, wie sie der Schulbegründer vorlebte, eine wesentliche Realisierung von Achtsamkeit. Diese inhärenten Potentiale ans Licht gebracht zu haben, ist neben der Verknüpfung des Ansatzes mit uralten fernöstlichen Weisheitslehren, ein besonderer Verdienst des vorliegenden Buches. Sehr grundsätzlich wird uns, in einer Zeit zunehmender und aus meiner Sicht äußerst problematischer Medikalisierung der Psychotherapie, in Erinnerung gerufen, dass der Personenzentrierte Ansatz wesentlich mehr ist, als nur eine Therapiemethodik. Bei entsprechender Lesart, wird der Ansatz als ein radikaler Vorschlag für ein neues, potentiell

rettendes Verhältnis der Person zu sich selbst, zu ihrer intersubjektiven Lebenswelt sowie zur Natur erkennbar. Nicht mehr nur Beherrschen und Verfügen wird als Modus der Weltbegegnung propagiert, vielmehr kann Hören und Antworten vermehrt in den Vordergrund treten.

Ich verdanke der Lektüre eine für die Praxis hochrelevante Erweiterung sprachlichen Vermögens, differenziert verschiedene Geistes- und Gefühlszustände begrifflich zu erfassen: Man wird durch die an vielen Stellen versuchten Übertragungen frühbuddhistischer Begrifflichkeiten in unsere Sprache mit ungewöhnlichen Begriffskombinationen und Wortschöpfungen vertraut gemacht, wie bspw. „Hellblick“, „würdigende Freude“, „kultiviertes Ungenügen“ oder eben „Herzenseinigung“.

Die umfangreiche Beantwortung der zentralen Frage, wie Rogers zu diesem hier behandelten Erfahrungshintergrund kam und wie sich sein Verständnis und Verhältnis zu Präsenz entwickelte, ergibt durch die so sorgfältige Recherche zudem eine äußerst wertvolle Sammlung von zum Teil noch relativ unbekanntem Textstellen, die bewusst unübersetzt bleiben und damit im Original verfügbar werden. Kritisch sind aus meiner Sicht zwei Aspekte anzumerken: Geradezu erstaunlich scheint mir, dass sich in einer Untersuchung, die sich zentral den Momenten widmet, in denen sich durch eine bestimmte innere Zuwendungspraxis zu eigenen Erlebnisinhalten, signifikante Entwicklungen ergeben, an keiner Stelle eine Bezugnahme zu Gendlin finden lässt. Wird doch auch bei Focusingprozessen eine desidentifizierende und zugleich tief bewusste Beziehungsqualität zu eigenen Gedanken, Gefühlen, Empfindungen, Vorstellungen usw. intendiert, die im Falle ihres Gelingens zu erstaunlichen und verhaltensrelevanten Einsichten führt. Diese Leerstelle ist bedauerlich. Man darf vermuten, dass eine zusätzliche Rezeption von Gendlin's Einsichten weitere Vertiefungen erbracht hätte.

Der zweite Kritikpunkt betrifft ein Grundmanko personenzentrierter Theorieentwicklungen, das sich häufig finden lässt. Man sollte bei einer Abhandlung, die zumindest implizit sich mit den vielfältigen und unentrinnbaren Konsequenzen einer entfremdeten Lebenspraxis beschäftigt, nicht an den gesellschaftspolitischen Bedingungen vorbeigehen, die diejenige grundlegende Sozialpathologie bewirken, die erst ein Unternehmen wie die Psychotherapie als Bedarf ergeben. Ich hätte mir an manchen Stellen eine diesbezügliche Kontextualisierung gewünscht, könnte sie doch helfen, Erklärungen darüber zu finden, was einer gelingenden „Herzenseinigung“ in breitem Ausmaß so übermächtig im Wege steht.

Das sollte aber keineswegs übersehen lassen, dass hier eine Veröffentlichung vorliegt, deren Lektüre einem dafür aufgeschlossenen Leser*innenkreis ein enormes Erkenntnispotential eröffnen kann. Wird doch dabei potentiell nicht weniger ermöglicht, als völlig neue Sichtweisen auf so zentrale

1 Greiner, Kurt (2012): Standardisierter Therapieschulendialog (TSD). Therapieschulen-interdisziplinäre Grundlagenforschung an der S.-Freud Privatuniversität Wien Paris. Wien (S.-Freud-Universitätsverlag)

Begrifflichkeiten einnehmen zu können wie bspw.: „Prozesskontinuum“, „fully functioning person“, „Kongruenz“, „bedingungsfreie positive Beachtung“, „Unmittelbarkeit“, ... oder eben auch „Präsenz“, die vor dem Hintergrund der vorliegenden Überlegungen gewissermaßen zur Königsdisziplin erhoben wird. Mir ist nachvollziehbar, dass Achtsamkeit (oder „Herzenseinigung“), eine Form disziplinierter Bemühung, deren Gelingen sich durch ihr Verschwinden zeigt, in dialektischer Verwobenheit sowohl eine tatsächlich „übersehene“ Vorbedingung für die Verwirklichung der personzentrierten Einstellungen darstellt, wie auch eine Wirkung der täglichen personzentrierten Praxis.

Christian Korunka

Topaloglou, H.M., Hammer, A., Finger-Ossinger, M., Hofer-Freundorfer, S., Pawlowsky, G. & Wakolbinger, Ch. (Hrsg.): Beziehung im Fokus. Aktuelle Beiträge der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie.

Wien: Facultas, 2018, 356 Seiten, ISBN 978-37-0891-828-0. EUR (D) 24,20/ EUR (A) 24,90/ CHF 35,90.

Der Band „Beziehung im Fokus“ ist eine sehr lesenswerte Sammlung von Einzelbeiträgen, die von Ausbilder*innen bzw. Absolvent*innen der Vereinigung für Rogerianische Psychotherapie (VRP) in Wien stammen. Thematisch und auch dem Titel entsprechend werden unterschiedliche Aspekte der therapeutischen Beziehung beleuchtet. Konzeptionell richtet sich der Band mit einigen Überblicksartikeln vor allem an Ausbildungsteilnehmer*innen im Sinne einer Darstellung des Selbstverständnisses der Vereinigung Rogerianischer Psychotherapie. Einige spezifische Beiträge sind aber auch als Fachartikel mit wissenschaftlichem Innovationsanspruch zu lesen.

Bandbreite und Zielsetzung der einzelnen Beiträge sind dabei recht groß. Einige kürzere Aufsätze stellen beispielsweise Überlegungen zur Weiterentwicklung oder Vertiefung der personzentrierten Beziehungstheorie an. Andere Beiträge sind ausgezeichnete Überblickstexte zu spezifischen Aspekten des Ansatzes. Eine dritte Gruppe thematisiert die Rolle der therapeutischen Beziehung im Zusammenhang mit konkreten Themenstellungen oder Klient*innen. Aufgrund des begrenzten Rezensionsplatzes und der Fülle der interessanten Einzelbeiträge möchte ich insbesondere auf Überblicksbeiträge und die vorgestellten Überlegungen zur Weiterentwicklung eingehen.

So geben Helena Maria Topaloglou und ihre Ko-Autorinnen in ihrem Beitrag einen gut lesbaren und fundierten Überblick über die einschlägige empirische Forschung zum Thema

Mein Resümee: Das Buch hat mein Verständnis bedeutend differenziert, was der zweite Teil des Begriffs personZENTRIERT in vielschichtiger Weise tatsächlich beschreiben kann und wie essentiell eine andauernde „Zentriertheit“ als Bewusstseinszustand für die Unterstützung von Persönlichkeitsentwicklung ist. Prinzipiell neu war mir das zwar aus meiner praktischen Erfahrung nicht, die Tiefe der Bedeutung und die vielfältigen praktischen Konsequenzen sind allerdings überraschend. Um es abschließend und abwandelnd mit T.S. Eliot zu sagen: Und am Ende all dieser Überlegungen sind wir am Ausgangspunkt zurück und werden diesen Ort ein weiteres Mal umfassender verstehen.

der therapeutischen Beziehung im Personzentrierten Ansatz. Dabei wird nicht nur ein historischer Überblick gegeben, sondern es werden auch wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Verankerung einer eigenständigen Psychotherapiewissenschaft angestellt. Auch qualitative Forschung kommt im Beitrag nicht zu kurz. Die Leser*innen bekommen einen guten ersten Überblick über wichtige empirische Bestätigungen des Personzentrierten Ansatzes. Der Artikel ist mit seiner historischen Schwerpunktsetzung besonders für die psychotherapeutische Ausbildung geeignet.

Einige Beiträge analysieren die Rolle der Therapeut*in innerhalb der therapeutischen Beziehung. Beispielsweise geht Gerhard Pawlowsky in seinem Plädoyer für einen „Paradigmenwechsel in der Personzentrierten Psychotherapie“ der interessanten Frage nach, inwieweit die Therapeut*in mit ihrem subjektiven Verstehen und ihrem spezifischem Beziehungsangebot den Therapieprozess beeinflusst und auch langfristig mitgestaltet. Die Persönlichkeit der Therapeut*in wird dabei als eine notwendige, aber bisher nur wenig beachtete Größe im Therapieprozess erkannt. Inwieweit dieser „Paradigmenwechsel“ durch die Vertreter*innen eines dialogischen Verständnisses des Personzentrierten Ansatzes bereits umgesetzt wird, bleibt wohl der Bewertung der Leser*innen vorbehalten.

Eine verwandte Thematik beschreibt Magdalena Kriesche, indem sie durch eine Annäherung über den Adaptionsbegriff

der Frage nachgeht, inwieweit sich Therapeut*innen auf ihre Klient*innen einstellen (eine frühere Version ihres Beitrages ist bereits 2016 in der PERSON erschienen).

Einen ähnlichen Brückenschlag versuchen Andrea Hammer und Nina Ruiz in ihrem Beitrag „Die Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die Psychotherapie“. Der Artikel liefert einerseits eine knappe Einführung in die Konzepte der Bindungstheorie und stellt andererseits Brücken zum Personzentrierten Ansatz her. Speziell für die fachspezifische Ausbildung erscheinen solche Beiträge besonders wichtig, da sie eine Bezugsetzung unseres Ansatzes zu Nachbarwissenschaften thematisieren und dadurch die wissenschaftliche Anschlussfähigkeit vermitteln.

Zwei weitere Beiträge zeichnen sich durch eine Bezugnahme auf philosophische Hintergründe aus. So stellt Anton Wambach die philosophischen Grundlagen der Beziehung in der aristotelischen Philosophie dar und spannt damit einen für unseren Ansatz eher ungewöhnlich weiten Bogen. Besonders hervorheben möchte ich die reflektierte Auseinandersetzung von Nikolas Hochstöger und Helena Maria Topaloglou zur Thematik der Nicht-Direktivität. Hier wird das Konzept der Nicht-Direktivität im Personzentrierten Ansatz nicht nur historisch – im Sinne einer frühen Fassung der Grundannahmen des Ansatzes – dargestellt, sondern auch eine philosophische Verankerung des Konzepts erarbeitet. Auch in diesem Beitrag wird die Rolle der Persönlichkeit der Therapeut*in thematisiert, was erneut ein Spezifikum im Selbstverständnis der Ausbildungseinrichtung VRP vermuten lässt.

Thomas Sonnenberg geht der Frage nach, welche Formen der Selbsteinbringung der Therapeut*in im Rahmen einer Personzentrierten Psychotherapie angebracht sind. Der Beitrag geht dabei deutlich über die in diesem Zusammenhang naheliegende Bezugsetzung zur therapeutischen Kongruenz hinaus, indem er sehr praxisnah verschiedene Informations- und Passungsaspekte therapeutischer Selbsteinbringung reflektiert.

Die weiteren Beiträge des Buches behandeln therapiespezifische Themenstellungen, wie die Therapie mit Krebspatient*innen, Psychotherapie mit Traumata, der Missbrauchsthematik, der Zwangstherapie und der Prätherapie, wobei der gemeinsame Fokus dieser Beiträge auch hier die therapeutische Beziehung darstellt. Ein abschließender Beitrag widmet sich pädagogischen Fragen.

Das Buch bietet insgesamt eine empfehlenswerte und anregende Lektüre über verschiedene Aspekte der therapeutischen Beziehung und richtet sich damit sowohl an Praktiker*innen als auch an Kandidat*innen einer personzentrierten Ausbildung. Nachdem alle Beiträge von Autor*innen der Vereinigung Rogerianischer Psychotherapie stammen, stellt sich auch die Frage, inwieweit hier eine spezifische Positionierung einer personzentrierten Ausbildungseinrichtung erkennbar ist. Neben der Fokussierung der therapeutischen Beziehung (die sich ja in allen personzentrierten Ausprägungen finden lässt) scheint es hier die stärkere Thematisierung der Person der Psychotherapeut*in zu sein, die neben einer dialogischen Orientierung eine spezifische personzentrierte Schwerpunktsetzung darstellen könnte.

Nachruf Charles O’Leary (1945–2019)

Gerhard Stumm

Am 21. Oktober 2019 ist Charlie, ein Urgestein der personenzentrierten Community, unerwartet verstorben. Er war bereits in den frühen 1970er Jahren am „Center for Studies of the Person“ in direktem Kontakt mit Carl Rogers. Er spezialisierte sich im Laufe der Zeit auf Paar- und Familientherapie und war zuletzt beheimatet in Denver (Colorado), wo er auch in privater Praxis tätig war. In diesem Feld hat sich Charlie auch als international begehrter Workshopleiter, u. a. in den deutschsprachigen Ländern, einen Ruf erworben. So waren für 2020 bereits weitere Seminare von ihm in Europa geplant. Er genoss diese Arbeit. Er war auch regelmäßiger Teilnehmer an den Konferenzen des Personenzentrierten und Experienziellen Weltverbandes, zuletzt 2018 in Wien.

Unter anderem war er Mitglied der „American Association of Marriage and Family Therapists“, Ausbilder und Dozent für den Personenzentrierten Ansatz an der „American Academy on Communication in Health Care“, an der National University, an der San Diego State University und an der Regis University in Denver.

Wer ihn kannte, war beeindruckt von seiner Fähigkeit im Erkennen von Familien- und Paardynamiken, ganz besonders

aber von seinem Humor, seiner Wachheit sowie seinem großen Interesse an anderen und seinem Respekt für andere, fern jeglicher Dogmatik. Im privaten Kreis war es oft nur eine Frage von wenigen Minuten, bis er mit seinem charismatischen Wesen, seiner Heiterkeit und feinen, nie verletzenden, Ironie zu einer ausgelassenen Stimmung beitrug. Ich und andere werden ihn vermissen. Er hinterlässt eine Lücke in der personenzentrierten Welt.

Hier noch ein Auszug aus seinen einschlägigen Publikationen:

- (1989). The person-centered approach and family therapy. *Person-Centered Review*, 4, 308–323.
- (1999). *Counselling couples and families. A person-centred approach*. London: Sage.
- (2012). *The practice of person-centred couple and family therapy*. London: Palgrave Macmillan.
- (2014). Paar- und Familientherapie. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 201–212). Wien: Springer.
- (2018). Enchantment, trouble, and learning: reflections of a couple and family counselor participating in person-centered large group encounters. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 18(3), 274–285.

Veranstaltungskalender 2020

Fachtag „ECC-Erlebensbezogenes Konzept-coaching“

Für Sich und Miteinander: Erlebensbezogenes Denken, Schreiben und Arbeiten

Zeit: 18.–19. Juni 2020

Ort: Köln, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Jubiläumskongress 50 Jahre GwG

„Die personale Begegnung als Wirkfaktor – Der Person-zentrierte Ansatz heute“

Keynotes von Mick Cooper, Jürgen Kriz und Ariadne von Schirach

Zeit: 19.–20. Juni 2020

Ort: Köln, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

PCE2020 – 14. PCE Weltkongress

Zeit: 1.–5. Juli 2020

Ort: Auckland, Neuseeland

Info: www.pce.2020.com

Focusing Wochen Achberg

Zeit: 6.–12. August 2020

Ort: Essersweiler (Nähe Bodensee), Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Symposium anlässlich 25 Jahre FORUM

Zeit: Freitag, 18. Juni 2021 und Samstag, 19. Juni 2021

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



Personzentrierte Psychotherapie

MA – Master of Arts (Psychotherapie)

Inhalte und Ziele:

Das Ziel des Universitätslehrgangs besteht in der forschungsgeleiteten 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.

Short Facts:

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Abschluss: Master of Arts (Psychotherapie), Dauer: 6 Semester, Umfang: 46 ECTS, Sprache: Deutsch, Kosten: € 7.400,-

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.

Short Facts:

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Abschluss: Zertifikat der Universität Wien, Dauer: 8 Semester, Umfang: 22 ECTS, Sprache: Deutsch, Kosten: € 3.300,- (nicht inbegriffen: Kosten für fachspezifische Ausbildungseinrichtung)

Weitere Informationen:

www.postgraduatecenter.at/pz-fachspezifikum



Deutsche Psychologische Gesellschaft
für Gesprächspsychotherapie e.V.

Einladung zum Forum Gesprächspsychotherapie
der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
am Freitag, 25.04.2020 in Hamburg

Gesprächspsychotherapie – aktueller denn je?

Programm:

Beginn 10:50 Uhr

Begrüßung

Dr. Dorothee Wienand-Kranz

Plenum

**Vortrag: Gesprächspsychotherapie –
aktueller denn je?**

Prof. Dr. Mark Helle Hochschule Magdeburg-Stendal

Diskussion des Vortrags

Workshops zum Thema

Workshop I mit **Dipl.-Psych. Kathleen Raasch**
(Hamburg) Falldarstellung einer Gesprächspsychotherapie

Workshop II mit **Dipl.-Psych. Julia Spreitz**
(Hamburg) Falldarstellung einer Gesprächspsychotherapie

Plenum

Vorstellung der **Workshopergebnisse**

Abschlussbesprechung

Anregungen für das Forum 2021

Ende 17.30 Uhr

Tagungsort: Rudolf-Steiner-Haus, Mittelweg 11-12, 20148 Hamburg

Teilnahmegebühr: Mitglieder 59,-, Nicht-Mitglieder 79,-, PiA(P) 20,-, Studierende 0,-

Für mehr Informationen: Siehe www.dpgg.de - bei Interesse an einem Mittagessen vor Ort, bitte bei Anmeldung angeben.

Anmeldung: Dr. Dorothee Wienand-Kranz E-Mail: info@dpgg.de



50 Jahre GwG

Jubiläumskongress am 19./20. Juni 2020 in Köln

Die personale Begegnung als Wirkfaktor – der Personzentrierte Ansatz heute

Mit Vorträgen von

Ariadne von Schirach, Autorin und Philosophin
Mick Cooper, University of Roehampton, GB
Jürgen Kriz, Prof. (emer.) Universität Osnabrück

Außerdem im Programm:

Podiumsdiskussion, Barcamp und Workshops der GwG-Fachausschüsse zu unterschiedlichen PZA-Themen.

Zum Abschluss der Veranstaltung laden wir zum großen Jubiläumsfest ins Kölner Schokoladenmuseum.

Veranstaltungsort:
Steigenberger Hotel Köln, Habsburger Ring 9-13
50674 Köln
Tel.: 0221 228-0

Die Anmeldung erfolgt schriftlich per Post oder Mail an die
GwG e. V.
Melatengürtel 127, 50825 Köln
Tel.: + 49 (0) 221 925908-18
kodja@gwg-ev.org

Informationen und Programm finden Sie online unter
www.gwg-ev.org

**Teilnahmegebühren (inkl. Tagungsgetränke u. -verpflegung
und Ticket der Kölner Verkehrsbetriebe):**

325,00 € (GwG-Mitglieder: 275,00 €)
Tageskarte 19.06.2020: 175,00 € (GwG-Mitglieder: 140,00)
Tageskarte 20.06.2020: 200,00 € (GwG-Mitglieder: 180,00)

Jubiläumsfeier im Schokoladenmuseum Köln: 70,00 Euro

Die Veranstaltung wird bei der Psychotherapeutenkammer
Nordrhein-Westfalen akkreditiert.

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

2020 FORTBILDUNG: WORKSHOPS

Go with the Flow – Personenzentrierte Expressive Arts Selbsterfahrung mit Theorieanteil

Mag.^a Marianne Wewalka und Sylvia Gaul

Samstag, 18.04.2020, 09.30 – 18.30 Uhr

Ort: Therapiezentrum Gersthof, 1180 Wien, Klostersgasse 31-33

Focusing-orientiertes systemisches Arbeiten mit Paaren

Dipl.-Päd.ⁱⁿ Silvia Bickel-Renn

Freitag, 05.06.2020, 16.30 – 21.00 Uhr und

Samstag, 06.06.2020, 10.00 – 18.30 Uhr

Ort: Raum Wien

2020 THERAPEUT*INNEN- FRÜHSTÜCK: DISKUSSIONSFORUM UND MITEINANDER

The Way We Were –

Dr. Nora Nemeskeri und Dr. Gerhard Stumm im Gespräch

Moderation: Matthias Witting-Schön, BA

Samstag, 25.04.2020, 10.00 – 12.00 Uhr

Ort: Café Museum: 1010 Wien, Operngasse 7

Keine Anmeldung erforderlich,
die Veranstaltung ist auch für Interessierte offen

2021 SAVE THE DATE: 25 JAHRE-JUBILÄUM

Symposium anlässlich 25 Jahre FORUM

Freitag, 18.06.2021 und Samstag, 19.06.2021

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

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

Forum^o

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

AUSBILDUNG PERSONZENTRIERTE LEBENS- & SOZIALBERATUNG

Ziel der Ausbildung ist die Entwicklung der Fähigkeit, KlientInnen 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 findet ab 2020 statt und dauert 5 Semester.

Unterrichtseinheiten zur Erlangung des Gewerbescheins:

mind. 584 Methodik, Selbsterfahrung und Supervision + mind. 750 Praktikum

Zertifiziert durch das APG•IPS

AUSBILDUNG PERSONZENTRIERTE BERATUNGS- & GESPRÄCHSFÜHRUNG

Im Rahmen dieser Ausbildung wird erlernt, Gespräche und Beratungssitzungen konstruktiv zu führen und Souveränität im Umgang mit Gruppen zu gewinnen. Dieses Angebot wird im Rahmen des Lehrgangs Lebens- und Sozialberatung stattfinden. Die Seminare können auch einzeln gebucht werden.

Unterrichtseinheiten zur Erlangung des Zertifikats:

385 Selbsterfahrung, Supervision/Praxisbegleitung und Theorie

Zertifiziert durch das APG•IPS

Für weitere Informationen zu den Lehrgängen schreiben Sie uns oder rufen Sie an:

Karin Schwarz, Ausbildungsleiterin, lsb@apg-ips.at, 0650 741 83 24



IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung - Stuttgart

www.igb-stuttgart.de

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart veranstaltet regelmäßige Fort- und Weiterbildungen. Es befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept. Das IGB ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON.

Zweitägige Kurse (offen für alle personzentrierten Fachkräfte)

24.4.2020 15.00-21.00 Uhr und Umgang mit traumatisierten Menschen – **Hans-Jürgen Luderer**

25.4.2020 9.30-18.00 Uhr Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, Stuttgart Bad-Cannstatt

20.11.2020 15.00-21.00 Uhr und Personzentrierte Trennungs- und Scheidungsberatung – **Andreas Ritzenhoff**

21.11.2020 9.30-18.00 Uhr Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, Stuttgart Bad-Cannstatt

Teilnahmegebühr: Jeweils 180€

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

Beginn Personzentrierter Weiterbildungen (jeweils GwG anerkannt):

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

Modul 1: 10./11.10.2020 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Modul 1: 10./11.10.2020 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Psychotherapie

Modul 1: 10./11.10.2020 – alle weiteren Module fortlaufend nach Vereinbarung

Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Neue Bücher von Lehrenden aus dem IGB:

druckfrisch:

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)



KURSPROGRAMM 2020 WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

Eidgenössisch definitiv akkreditierte Weiterbildung für PsychologInnen und ÄrztInnen.

Die Weiterbildung wird in Zusammenarbeit mit der Universität Basel als „Master of Advanced Studies in Personzentrierter Psychotherapie“ durchgeführt; www.mas-pca.unibas.ch.

Weiterbildung in Personzentrierter Beratung nach Carl Rogers

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 «BeraterIn im psychosozialen Bereich» mit eidg. Diplom.

Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und BeraterInnen

Focusing, Encounter, Gruppenpsychotherapie, Personzentrierter Zugang zum Kind, Gesprächsführung, Krisenintervention, etc.

Kurse zum Kennenlernen des Personzentrierten Ansatzes

Einführung in die Personzentrierte Psychotherapie und Beratung nach Carl Rogers

Detaillierte Kursausschreibungen und Anmelde-möglichkeit auf unserer Website: www.pca-acp.ch

pca.acp, Josefstrasse 79, 8005 Zürich, T 044 271 71 70, info@pca-acp.ch

Jahrestagung der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

18. September 2020, 9 – 16 Uhr

Rahmenthema:

**„Das fragile Selbst – Personzentrierte Beratung
und Therapie bei schweren psychischen Störungen“**

Vorträge:

David Oberreiter: Selbstgrenzen-Störung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie

Annette Jessinghaus: Personzentrierte Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Dion van Werde: Beziehungsaufnahme und –gestaltung mit der Prätherapie nach Prouty

Norbert Scherbaum: Selbststeuerung und Kontrollverlust bei Substanz-bezogenen Erkrankungen

Workshops:

D. Oberreiter: Psychotherapeutische Strategien bei schizophrenen Klienten mit Wahnsymptomatik

D. van Werde: Praxis der Prätherapie

Vortragsgebühren 30 €, Workshop-Gebühren 30 €

Programme, Anmeldung und Information

Sekretariat Frau Lührmann

Telefon: 02305/102-2858, Fax: 02305/102-2860

Email: g.ott@evk-castrop-rauxel.de

IBAN DE94 4307 0061 0609 1086 01, BIC DEUTDEDE430

Kennwort: Psychotherapie-Tagung in Castrop-Rauxel am 18.09.2020
Teilnahmegebühr Vorträge bzw. Vorträge + Workshop

Tagungsort

Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

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

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

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

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

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den 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.

