

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2|2018

22. Jahrgang

Schwerpunktheft Migration und Flucht

Herausgegeben von Ulrike Diethardt & Hans-Jürgen Luderer

FACHBEITRÄGE

- Matthias Barth:* Der Personzentrierte Ansatz im Bereich migrationstypischer Spannungsfelder 83
- Inge Pinzker:* Personzentriertes und Experienzielles Verständnis triadischer Psychotherapie – Die Rolle der Dolmetscher*in und Aspekte der Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in 89
- Hans-Jürgen Luderer, Alexandra Gutmann:* Erfahrungen psychischer und körperlicher Gewalt – Ein Schulungsprogramm für Personen, die schwer traumatisierte Opfer terroristischer Gewalt beraten und im Alltag betreuen 101
- Gerhard Lukits:* Gefangene des Selbst? Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers 114
- David Oberreiter:* Der Wahn und seine Behandlung zwischen Vanitas, Sensus communis und Paraposition 123

REZENSIONEN

136

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-1090 Wien, Liechtensteinstraße 129/3
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; Fax: +41 44 272 72 71; 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

Ulrike Diethardt, Hans-Jürgen Luderer

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, Matthias Barth, 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, Markus Steffen, Monika Tuczai, Christine Wakolbinger

Redaktionssekretariat

Magdalena Kriesche, 1030 Wien, Rechte Bahngasse 14/18
E-Mail: magdalena.kriesche@teletronic.at

Fachbeirat von PERSON

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardelt-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Matthias Barth, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Jeannette Bischkopf, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Jeffrey H. D. Cornelius-White, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehring, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Jobst Finck, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Susanne Gerckens, Walter Graf, Michael Gutberlet, Regula Haerberli, Mark Helle, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Dorothea Hüsson, Gabriele Isele, Dora Iseli Schudel, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Walter Joller, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Wolfgang W. Keil, Sonja Kingadner, Lore Korbei, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Jörg Merz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Sibylle Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner-Bindschedler, Judith Reimitz, Barbara Reisel, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Stefan Schmidtchen, Wolfgang Schulz, Klaus-Peter Seidler, Gert-Walter Speierer, Tobias Steiger, Norbert Stölzl, Gerhard Stumm, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Helena Topaloglou, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Helga Vogl, Robert Waldl, Johannes Wiltschko, Andreas Wittraum, Hans Wolschlagel, Carola von Zülw, Günther Zurhorst (Stand November 2018)

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

PERSON

22. Jg. 2018, Heft 2

Schwerpunktheft Migration und Flucht

Herausgegeben von

Ulrike Diethardt & Hans-Jürgen Luderer

Inhalt

Editorial 79

FACHBEITRÄGE

Matthias Barth

Der Personzentrierte Ansatz im Bereich migrationstypischer Spannungsfelder 83

Inge Pinzker

Personzentriertes und Experienzielles Verständnis triadischer Psychotherapie – Die Rolle der Dolmetscher*in und Aspekte der Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in 89

Hans-Jürgen Luderer, Alexandra Gutmann

Erfahrungen psychischer und körperlicher Gewalt – Ein Schulungsprogramm für Personen, die schwer traumatisierte Opfer terroristischer Gewalt beraten und im Alltag betreuen 101

Gerhard Lukits

Gefangene des Selbst? Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers 114

David Oberreiter

Der Wahn und seine Behandlung zwischen Vanitas, Sensus communis und Paraposition 123

REZENSIONEN

Silke Birgitta Gahleitner

Jürgen Kriz: Subjekt und Lebenswelt. Personzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching 136

Jürgen Kriz

Colin Lago & Divine Charura (Eds.): The Person-Centred Counselling and Psychotherapy Handbook: Origins, Developments and Contemporary Practice 138

Veranstaltungskalender 2019 140

Editorial

Migration und Flucht

Menschen, die sich dazu entschließen, ihr Land zu verlassen, werden als Migranten bezeichnet. Häufige Gründe für die Migration sind die Hoffnung auf bessere Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung, größere soziale Freiheiten, aber auch auf eine bessere Sicherung der Grundbedürfnisse nach ausreichender Nahrung, sauberem Wasser und einer menschenwürdigen Unterkunft. Die Migration ist insofern manchmal das Ergebnis einer freien Entscheidung nach reiflicher Überlegung. Meist spielt jedoch wirtschaftliche, soziale oder existenzielle Not eine entscheidende Rolle.

Flüchtlinge sind nach der Genfer Flüchtlingskonvention (UNHCR, 2015) diejenigen Migranten, die in ihrem Land wegen ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen, religiösen oder sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung verfolgt werden oder Verfolgung befürchten müssen.

Im Jahr 2015 flohen viele Menschen, v. a. aus Syrien, dem Irak, Afghanistan und zentralafrikanischen Staaten nach Europa. Die Frage des Umgangs mit den Geflüchteten führte bekanntlich zu kontroversen politischen Diskussionen zwischen den europäischen Staaten und innerhalb der einzelnen Staaten in Europa.

Unabhängig von diesen Auseinandersetzungen stellte sich in den Ländern, die Geflüchtete aufnahmen, die Frage, wie deren Integration in die Gesellschaft des jeweiligen Staates gefördert werden sollte und kann. Das Flüchtlingshilfswerk der UN formulierte diesbezüglich bereits 2013 Empfehlungen. Vor allem wiesen sie auf die Bedeutung einer sicheren und menschenwürdigen Unterkunft, des Erhalts der Familiengemeinschaft, des Erlernens der Sprache, der Kenntnis wichtiger Aspekte der Organisation des öffentlichen Lebens und des Aufbaus sozialer Beziehungen zu den seit langem im Land lebenden Menschen hin (UNHCR, 2013).

Traumata und Traumafolgen

In ihrem Herkunftsland und auf der Flucht waren viele Geflüchtete mit dem Erleben organisierter Gewalt konfrontiert: Sowohl die Art der Gewaltausübung als auch die Allgegenwart

und das Ausmaß der Gewalt sind für die meisten Europäer, die im 21. Jahrhundert leben, unvorstellbar. Die Betroffenen sehen sich massiver Gefahr für Leib und Leben gegenüber, erleben Verschleppung, Bedrohung, Ermordung von Angehörigen, Misshandlung und Vergewaltigung. Diese Ereignisse werden nach DSM-5, ICD-10 und der am 18. 6. 2018 von der WHO vorgestellten Version der ICD-11 (Kapitel 06)¹ als Traumata bezeichnet (APA, 2013, S. 271f.). Traumata in Zusammenhang mit Terror, Krieg und Vertreibung weisen im Vergleich zu Traumata in Friedenszeiten einige Besonderheiten auf (Hause & Griese, 2015):

- Die Gewalthandlungen treffen unbekannte Personen als Angehörige einer Nation, einer ethnischen oder einer religiösen Gruppe, die von den Tätern als minderwertig angesehen wird.
- Sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen wird häufig systematisch und mit unglaublicher Brutalität vollzogen und dient vor allem der gezielten Erniedrigung des Opfers und des gesamten zugehörigen sozialen Umfelds.
- Die Täter sehen die Gewalt als gerechtfertigt an.

Traumata können Traumafolgestörungen nach sich ziehen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person eine solche Störung entwickelt, hängt von Art und Schwere der traumatischen Ereignisse und von der betroffenen Person ab (Übersicht bei Steuwe, Driessen & Beblo, 2015; APA, 2013, S. 265, 271ff.; Hecker & Maercker, 2015).

Man unterscheidet spezifische Traumafolgestörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, englisch PTSD) und die unspezifischen traumaassoziierten Störungen. Von einer PTBS bzw. PTSD spricht man, wenn eine Person wenigstens ein traumatisches Ereignis erlebt hat und darauf mit intensivem Wiedererleben der Traumata in Alpträumen und Tagträumen (Intrusionen), Unruhe, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst (Hyperarousal), Erinnerungslücken in Bezug auf die Traumata sowie innere Abwesenheit und Taubheit (Dissoziation) reagiert. Die ICD-11 unterscheidet in der

¹ [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

im November 2018 vorliegenden Version zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (6B41). Diese ist durch schwere, wiederholte, absichtlich zugefügte Traumata gekennzeichnet. Zusätzlich zu den Symptomen der PTSD leiden die Betroffenen unter schweren Affektregulationsstörungen, ständigem Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und dauerhaften Schwierigkeiten, enge zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten (WHO, 2018).

Unspezifische Traumafolgestörungen sind Störungen, bei denen viele, aber nicht alle Betroffene Traumata erlebt haben. Zu ihnen rechnet man unter anderem dissoziative und somatoforme Störungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung, aber auch Angststörungen, Essstörungen, unipolare Depressionen, Suchterkrankungen und andere Persönlichkeitsstörungen.

Traumata und Belastungen

Unter den Traumabegriff nach DSM-5, ICD-10 und ICD-11 fallen auch andere Arten der Bedrohung von Leib und Leben wie z. B. das Erleben von Naturkatastrophen oder schweren Verkehrsunfällen. Ereignisse, die nicht mit dem Erleben akuter Bedrohung von Leib und Leben einhergehen, werden als Belastungen bezeichnet.

In der Umgangssprache werden auch Ereignisse, die im DSM oder in der ICD unter den Begriff der Belastung fallen, als „Trauma“ zusammengefasst. Zudem werden auch die Folgen traumatischer Ereignisse als „Trauma“ bezeichnet.

Konzepte zum Umgang mit traumatischen Erfahrungen in Psychotherapie und Beratung

Bei der Beratung und Behandlung spezifischer Traumafolgestörungen kann auf eine Vielzahl von Verfahren zurückgegriffen werden (u. a. EMDR, Systemische Ansätze, Körperorientierte Ansätze; Seidler, Freyberger & Maercker, 2015). Darüber hinaus kann man grob zwischen zwei Herangehensweisen unterscheiden, der psychodynamischen und der kognitiv-verhaltenstherapeutischen. Psychodynamische Verfahren sehen eine Gliederung der Behandlung in Stabilisierungs-, Konfrontations- und Integrationsphase vor (Lebowitz, Harvey & Herman, 1993). Vor allem bei schweren Traumatisierungen wird oft eine lange Stabilisierungsphase empfohlen, und die Konfrontation tritt in den Hintergrund. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren gliedern sich in Psychoedukation, Exposition und kognitive Umstrukturierung. Die Psychoedukation ist das Gegenstück zur psychodynamischen Stabilisierungsphase, ist aber wesentlich kürzer und dient der Hinführung auf die Konfrontation. Eine lange Stabilisierungsphase wird kritisch gesehen (Übersicht bei Steuwe, Driessen & Beblo, 2015).

Personzentrierte Modelle

Viele Vertreter des Personzentrierten Ansatzes greifen die tiefenpsychologische Dreiteilung der Traumatherapie in Stabilisierung, Konfrontation und Integration auf. Die verschiedenen Phasen werden dabei entlang der jeweiligen Indikation und Lebenssituation im Dialog entwickelt und gestaltet. Zentrales Element der Beratung und Therapie ist dabei die Begegnung und Beziehung als Möglichkeit, sich mit der Biografie und den Erinnerungen an die traumatischen Ereignissen auseinanderzusetzen (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2002; Claas, 2007; Barth, 2009; Biermann-Ratjen & Eckert, 2015; Gahlleitner, Zimmermann & Zito, 2017).

In diesem Heft wird das Schwerpunktthema in drei Beiträgen angesprochen.

Matthias Barth setzt sich in seinem Beitrag „Der Personzentrierte Ansatz im Bereich migrationstypischer Spannungsfelder“ mit dem empathischen Verstehen und Akzeptieren der Lebenswelt von Migranten auseinander. Er schildert anhand von Beispielen aus dem Alltag der Betroffenen, wie fremd für viele von ihnen die europäische Kultur ist. An vielen Beispielen macht er deutlich, dass die Integration nur gelingen kann, wenn Migranten und ursprüngliche Bevölkerung des Ankunftslands versuchen, einander zu verstehen und aufeinander zuzugehen.

Inge Pinzker geht in ihrem Beitrag „Personzentriertes und Experienzielles Verständnis triadischer Psychotherapie“ von der Tatsache aus, dass die Psychotherapie mit Flüchtlingen häufig an sprachliche Grenzen stößt. Wenn die Beteiligten sich nicht in einer gemeinsamen Sprache verständigen können, tritt zu der Dyade von betroffener und psychotherapeutisch tätiger Person eine sprachlich vermittelnde Person. Dadurch entsteht eine triadische Beziehung, die für beide Fachkräfte ungewohnt ist. Häufig kommt auf die sprachlich vermittelnde Person das Ansinnen eines „neutralen“ Dolmetschens, d. h. der Wunsch nach einer möglichst genauen Wiedergabe der Worte von betroffener und behandelnder Person zu. Sie belegt, dass dies weder möglich noch hilfreich ist. Dolmetschen bedeutet immer Interpretieren der Worte der Beteiligten. Sie legt dar, wie die Triade aus betroffener, dolmetschender und behandelnder Person in gegenseitigem Respekt und in gegenseitiger Anerkennung der unterschiedlichen Kompetenzen gelingen kann. **Hans-Jürgen Luderer und Alexandra Gutmann** stellen in ihrem Beitrag „Erfahrungen psychischer und körperlicher Gewalt“ ein Schulungsprogramm zur Vermittlung von Basiswissen über Traumata und ihre Folgen, Basiskompetenzen in Personzentrierter Gesprächsführung und in der Narrative Exposure Therapy vor.

Das Programm wurde in den Jahren 2016 und 2017 entwickelt. Es erreichte über 50 Mitarbeitende im Sozialdienst der

Stadt und des Landkreises Heilbronn, etwa 30 Sprach- und Kulturmittler und weit über 100 ehrenamtlich Helfende. Hauptzielgruppe der Schulung waren die in der Stadt Heilbronn als Laiendolmetscher tätigen Sprach- und Kulturmittler. Diese gewannen durch die Schulung zum einen mehr Sicherheit beim Dolmetschen von Beratungs- und Therapiegesprächen. Zum anderen eröffneten sich für sie Möglichkeiten, informelle Alltagsgespräche über Traumata zu führen.

Zwei weitere Artikel setzen sich mit Fragen außerhalb des Schwerpunktthemas auseinander.

Gerhard Lukits diskutiert in seinem Beitrag „Gefangene des Selbst?“ die Rolle der Freiheit im Kontext der von Carl Rogers formulierten Persönlichkeitstheorie. Dabei geht er zunächst auf den Gegensatz zwischen den bewahrenden und den für Erfahrungen offenen Teilen des Selbst aus. Dabei zeigt er, dass es dem Menschen nur auf der Basis einer stabilen Selbststruktur möglich ist, seine persönlichen Erfahrungen genau wahrzunehmen und das Wahrgenommene zu akzeptieren. Der Autor vertritt die Auffassung, dass ein Mensch durch seine Vergangenheit geprägt, aber nicht in seinem Erleben und Verhalten festgelegt wird.

David Oberreiter geht in seinem Beitrag „Der Wahn und seine Behandlung“ zunächst auf die Geschichte des Wahnbegriffs ein und beschreibt dann die Versuche, Wahn von anderen Formen der Beeinträchtigung des Realitätsurteils abzugrenzen. Dabei geht er auf die Jaspers'schen Wahnkriterien (Jaspers, 1913) und auf Modelle zu hirnelektrischen Korrelaten des Wahns ein, wendet sich aber dann den möglichen psychologischen Mechanismen der Entstehung des Wahns zu. Er geht dabei davon aus, dass die Entstehung des Wahns in Zusammenhang mit einem Mangel an positiven Beziehungserfahrungen zu sehen ist. Diesen versteht er vor allem als gegenwärtiges soziales Defizit und nicht im Sinne eines Konzepts des Wahns als Folge negativer frühkindlicher Erfahrungen.

Aus diesen Überlegungen und aus den psychopathologischen Besonderheiten des Wahns, vor allem der subjektiven Gewissheit, leitet er ein personzentriertes Modell des Umgangs mit dem Wahn ab. Den von Wahn Betroffenen sollten Fachkräfte in Bezug auf die Inhalte des Wahns weder widersprechen noch zustimmen, sondern eine Paraposition übernehmen, den Wahn als solchen bezeichnen und in Bezug auf die affektiven Folgen des Wahns Empathie auszudrücken. So sei beispielsweise die Angst einer betroffenen Person, die sich vom Geheimdienst verfolgt sieht, ohne Vorbehalte nachvollziehbar, und dies solle die jeweils helfende Person auch zum Ausdruck bringen.

Hingewiesen sei außerdem auf die Rezensionen von **Silke Birgitta Gahleitner** über die von Jürgen Kriz vorgelegte Darstellung der Personzentrierte Systemtheorie und von **Jürgen Kriz**

über das Handbuch der Personzentrierten Beratung und Psychotherapie.

Vor einem Jahr, in der PERSON 2/2017, hatte die Redaktion die Freude, **Wolfgang W. Keil** zum 80. Geburtstag zu gratulieren und seine beruflichen Leistungen zu würdigen. In diesem Jahr hat er sich entschlossen, seine Mitarbeit in der Redaktion der PERSON nach 20 Jahren zu beenden. Die Redaktion dankt ihm von ganzem Herzen für zwei Jahrzehnte engagierter Arbeit und für vieles mehr. Seine fachliche Kompetenz, seine Unaufgeregtheit und sein feiner Humor werden uns in der Redaktionsarbeit fehlen. Wir wünschen ihm, wie schon vor einem Jahr, weiterhin ein fruchtbares Schaffen und noch viele genussreiche Lebensjahre.

Dagmar Nuding, Gerhard Pawlowsky und Matthias Barth haben nach mehrjähriger Mitarbeit ihre Tätigkeit in der Redaktion der PERSON beendet, und auch ihnen danken wir herzlich für ihre Mitarbeit.

Markus Steffen hat an Stelle von **Matthias Barth** seine Tätigkeit bei der Redaktion aufgenommen, und **Christine le Coutre** ist die Nachfolge von **Dagmar Nuding** angetreten. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit ihnen.

Ulrike Diethardt & Hans-Jürgen Luderer

Literatur

- American Psychiatric Association – APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington D. C.: American Psychiatric Publishing. (Deutsch: P. Falkai & H.-U. Wittchen (Hrsg.). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.)
- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person* 13(2), 148–154.
- Biermann-Ratjen, E. M. & Eckert, J. (2015). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (2015), *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine Personzentrierte Traumatherapie oder brauchen wir eine Personzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten? In GwG-Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Elliott, R.; Watson, J. C.; Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2002). *Learning emotion-focused therapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Gahleitner, S. B.; Zimmermann, D. & Zito, D. (2017). *Psychosoziale und traumapädagogische Arbeit mit geflüchteten Menschen* (Reihe: Flüchtlingsaspekte). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hause, M.; Griese, K (2015): Sexualisierte Gewalt gegen Frauen im Krieg: Hintergründe, Folgen und Unterstützungsansätze. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, A. Maercker, *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hecker, T.; Maercker, A. (2015): Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut* 60, 547–561.
- Lebowitz, L.; Harvey, M.R.; Herman, J.L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence* 8(3), 378–391.
- Seidler, G. H.; Freyberger, H. J. & Maercker, A. (2015): *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steuwe, C.; Driessen, M. & Beblo, T. (2015). Traumaorientierte Psychotherapie. Technik, Anwendungsmöglichkeiten und Ergebnisse. *Nervenarzt* 86, 1427–1437.
- UNHCR (Hrsg.) (2013). *A New Beginning. Refugee Integration in Europe. Outcome of an EU funded project on Refugee Integration Capacity and Evaluation (RICE)*. <http://www.unhcr.org/protection/operations/52403d389/new-beginning-refugee-integration-europe.html>.
- UNHCR (2015). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951* (In Kraft getreten am 22. April 1954) *Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967* (In Kraft getreten am 4. Oktober 1967). Stand: 12. 2. 2015. https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/shop/media/pdf/7b/8b/76/GFK_Pocket_2015.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2018): *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Psychische Störungen: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>

Der Personzentrierte Ansatz im Bereich migrationstypischer Spannungsfelder

Matthias Barth

Bern

Ausgangspunkt ist die Frage nach Ressourcen des Personzentrierten Ansatzes in der psychotherapeutischen Arbeit mit Klienten mit Migrationsbiographie. Zunächst werden für Betroffene häufig relevante Spannungsbereiche skizziert, wie beispielsweise Wertkonflikte oder Verunsicherungen im Identitätserleben zwischen unterschiedlichen Lebenswelten. Anhand theoretischer Reflexion und Praxisbezügen wird als besondere Stärke des PCA der durch Haltung und Beziehung gewährte unbedrohliche und vertrauensbildende Rahmen hervorgehoben, der Stabilität fördert und eine sichere Basis für integrative Erlebensverarbeitung schafft. Das empathische therapeutische Eingehen auf den durch unterschiedliche kulturelle Gegebenheiten geprägten inneren Bezugsrahmen der Klienten begünstigt adaptive Veränderungen von Einstellungen und Selbstkonzepten – nicht als bloße Anpassungsleistung, sondern im Sinne einer Erweiterung der Erlebens- und Handlungsspielräume. Im Weiteren wird auf einige praktisch-methodische Besonderheiten im diskutierten Arbeitsfeld Bezug genommen. Insgesamt wird der Personzentrierte Ansatz als sehr geeigneter Zugang zu migrationstypischen Spannungsfeldern beschrieben, unabhängig davon, ob diese im Zentrum der Therapie stehen oder ob sie bloß akzentuierend im Rahmen andersweitiger Problemstellungen auftauchen.

Schlüsselwörter: Migration, Integration, sichere Beziehung, Wertkonflikte, innerer Bezugsrahmen, Selbstkonzept, Persönlichkeitsanteile

The person-centred approach in the domain of frequent migration-related fields of tension. The leading question concerns resources of the person-centred approach in psychotherapeutic work with clients having a background of migration. First, some commonly relevant fields of tension are outlined, such as value conflicts or uncertainties of identity between diverging lifeworlds. Based on theoretical reflections and practical references it is emphasised that a special strength of the pca is its unthreatening and confidence-building attitude and relation, which encourages stability and provides a solid ground for an integrative processing of experience. The empathetic comprehension of the clients' frame of reference, being shaped by various cultural conditions, facilitates adjusting and modifying of attitudes and self-concepts — not simply as an adaptive performance, but in a sense of widening the latitude in experience and behaviour. Furthermore some practical-methodical issues in this domain of work are addressed. Overall the person-centred approach is described as very suitable for responding to migration related strains, regardless of whether those emerge in the centre of therapy or just as side issues within the context of other treatment areas.

Keywords: Migration, integration, safe relation, value conflicts, inner frame of reference, self-concept, parts of personality

Wir leben in einem Zeitalter der Migration. Menschen aus allen Erdteilen durchmischen sich in nie dagewesenem Ausmaß und trotz aller Mauern und Zäune (materieller oder immaterieller Art) ist dieser Prozess nicht aufzuhalten. Alle sind wir mit Fremdem konfrontiert, sowohl jene, die ihre Heimat – mit oder ohne Not – verlassen als auch jene, in deren Ländern sich die

Ankömmlinge niederlassen. Wer sich angesichts dieser Tatsache nicht einfach archaischen Abwehrreaktionen hingeben will, ist gefordert, sich damit auseinanderzusetzen. Die Integration von Fremden und Fremdem ist eine ausgesprochen vieldimensionale Herausforderung, sowohl auf allgemein gesellschaftlicher Ebene als auch im psychotherapeutischen Kontext.

Es soll hier der Frage nachgegangen werden, inwiefern auf dem Personzentrierten Ansatz basierende Zugangsweisen in diesem Feld hilfreich sein können, wobei der Fokus nicht auf eine spezielle Subgruppe – etwa traumatisierte Flüchtlinge – eingeschränkt wird. Vielmehr sollen in einem breiteren Sinne

Matthias Barth, geb. 1954, arbeitet als Personzentrierter Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis in Bern. Ein Schwerpunkt seiner früheren institutionellen Tätigkeit war die therapeutische Begleitung traumatisierter Flüchtlinge. Kontakt: mabarth@swissonline.ch

einige mit Migration einhergehende Besonderheiten betrachtet werden, ohne Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte¹ und selbstredend ohne jeglichen Anspruch auf Vollständigkeit.

In der therapeutischen Arbeit können wir migrationsbetonten Problemstellungen unterschiedlichster Art begegnen. Das Spektrum reicht von marginalen Problemen, etwa bei gesellschaftlich gut eingebundenen Einwanderern, bis hin zu massivsten Traumatisierungen bei gänzlich desintegrierten Menschen mit Fluchthintergrund. Bei ersteren mögen sich migrationsbezogene Aspekte erst nach und nach herauskristallisieren, bei letzteren überlagern sie oft alles andere. Trotz dieser wenig homogenen Ausgangslage lassen sich einige wohl für eine Mehrheit relevante **Spannungsfelder** benennen, so unter anderen diese:

- Offensichtliche oder subtile Formen der *Ausgrenzung und Diskriminierung* sind im Zusammenhang mit Migration omnipräsent. Sie können mit rechtlichen, sozialen oder gesellschaftlichen Nachteilen einhergehen und ebenso – meist aufgrund bestimmter Eigenschaften wie äußerer Erscheinung oder Sprache – die zwischenmenschliche Ebene betreffen (auf einer Mikroebene ist letzteres sogar für mich mit meinem Berner Dialekt im Nachbarkanton Wallis erlebbar).
- Unterschiedliche Lebensgeschichten prägen die *Narrationen und Denkinhalte*. Was dem Fremden wichtig ist, wird vom Hiesigen oft nicht verstanden und umgekehrt. Ganz besonders ausgeprägt ist dies bei Menschen mit Flucht-, Kriegs- oder gar Folterhintergrund.

Das Massaker, welches die Familie eines somalischen Klienten ausgelöscht hat, ist in seinem Denken stetig präsent. Seine Arbeitskollegen wissen nicht einmal, dass es stattgefunden hat. Sie fiebern gerade dem Eishockey-Saisonfinale entgegen.

- Große Unterschiedlichkeiten können bei *Werten und Wert-Hierarchien* vorkommen, keineswegs bloß in Bezug auf Offensichtliches wie Religionszugehörigkeiten, gesellschaftliche Normen oder Brauchtum. Lebensziele, Ideale und Denkweisen können betroffen sein, bis hin zu ästhetischen Wertungen oder der Art von Humor. Oft geht es um tief verinnerlichte „Selbstverständlichkeiten“, wie zum Beispiel die Wertepriorität zwischen Ehre und Aufrichtigkeit oder die Bedeutung der Meinung der Eltern. Nicht selten gehen innere Wertkonflikte auch mit äußeren Loyalitätskonflikten einher.

Ein junger Marokkaner sagt mir, dass sein Vater nicht wissen darf, dass er Zigaretten raucht. Ob denn der Vater nicht rauche, frage ich ihn. „Doch, doch“, antwortet er, „aber nicht, wenn ich es sehe ...!“

- Eng mit obigem verknüpft sind Unsicherheiten in Bezug auf *Selbstbild und Identität*. Wer bin ich in der Herkunftsgesellschaft, wer in der hiesigen? Wie kann mit Divergenzen und Unverträglichkeiten umgegangen werden?

Eine bosnische Klientin verbringt ihre Freizeit meist mit Jugendlichen ihres Herkunftslandes. Als einzige dieser Gruppe geht sie aufs Gymnasium, in eine Klasse, in der es sonst ausschließlich Schweizerinnen und Schweizer gibt. Sie fühlt sich beiderseits nicht richtig zugehörig.

Damit seien – ohne den Aspekt eines impliziten Verlustes von vertrauten Strukturen und Beziehungsnetzen speziell zu erwähnen – ein paar wichtige Themenbereiche umrissen, die in Therapien mit Klienten mit Migrationshintergrund manchmal ganz zentral und prägend, manchmal aber auch bloß als Randthemen, auftauchen können.

Welche Art von Ressourcen bietet nun aber der Personenzentrierte Ansatz, wenn derartige Problemfelder als Therapieinhalte in Erscheinung treten? Nähern wir uns der Frage durch Vergegenwärtigung einiger allgemeiner Gesichtspunkte zur personenzentrierten Arbeitsweise an.

Zunächst sei hier ganz grundsätzlich festgestellt, dass der durch nicht-wertende Achtsamkeit, Empathie und Kongruenz geprägte personenzentrierte Zugang per se mit allen ausgrenzenden oder rassistischen Tendenzen nicht vereinbar ist. Die tiefe Verankerung des Ansatzes im humanistischen Gedankengut impliziert dies.

Die **personenzentrierte Haltung** ist ihrem Wesen nach daraufhin ausgerichtet, einen unbedrohlichen, vertrauensfördernden Begegnungsrahmen zu schaffen, in welchem anfänglich Fremdes, Unvertrautes verstanden und eingebunden werden kann. Diese Unbedrohlichkeit ist die Grundlage für eine Auseinandersetzung mit relevanten Erlebensinhalten. Die personenzentrierte Arbeitsweise gewährt eine Art „weichen Boden“, auf welchem Belastendes angstfrei ausgelegt werden kann. Damit soll keineswegs eine oberflächlich-wohlwollende Verleugnung von Konflikthaftem begünstigt werden. Vielmehr erlaubt dies ein unbedrohtes Erkennen, Benennen (vgl. Gröflin, 2000) und Anerkennen von Differenzen und Dissonanzen. Spannungsfelder wie die oben umrissenen können als solche explizit gemacht und Konfliktbereiche müssen nicht beschönigt werden. Ziel ist es, belastendes Erleben der Symbolisierung, Reflexion und konstruktiven Bearbeitung zugänglich zu machen.

In der Praxis gilt es zu beachten, dass die Rolle und Funktion eines Therapeuten für Menschen aus anderen Kulturen oft nicht von Anfang an klar ist. Nicht selten wird von Klienten eine beherrschende Autoritätsperson erwartet, welche primär Ratschläge erteilt (mitunter in der Art eines heimischen Priesters, Arztes oder Lehrers). Einer wohlwollenden und authentisch

¹ Ein reichhaltiger Fundus an Beiträgen zu transkultureller Beratung und Psychotherapie, insbesondere auch zu kulturspezifischen Gesichtspunkten, findet sich bei Colin Lago (2011).

anteilnehmenden, aber dennoch professionell abgegrenzten Begleitperson gegenüberzusitzen, mag für viele als Erfahrung neu sein. Mitunter müssen zudem mit Hilfe von Übersetzern sprachliche Barrieren überwunden werden, was die Aufgabe komplizieren (jedoch auch bereichern) kann. Ganz besonders erschwerend und zuweilen auch emotional äußerst fordernd können aufenthaltsrechtliche Implikationen sein, zum Beispiel in der Arbeit mit von Abschiebung bedrohten traumatisierten Asylbewerbern. Stets muss klar sein, dass die Psychotherapie als Teil der Gesundheitsversorgung nichts anderem als dem Wohl des Klienten verpflichtet ist und dass sie sich weder von gesellschaftlichem Druck oder irgendwelchen Instanzen noch durch allfällige klientenseitige Begehrlichkeiten instrumentalisieren lassen darf.

Die personenzentrierte Art eines vorurteilslosen und empathischen Zuhörens ist wohl in etwa das diametrale Gegenteil einer kritischen Befragung durch die Migrationsbehörde (die ja auch, namentlich bei der Abklärung asylrechtlicher Belange, gänzlich andere Ziele verfolgt). Durch die personenzentrierte Haltung wird ein Raum geschaffen, in dem sich das subjektive Erleben des Einzelnen artikulieren kann und in dem Dinge nach je eigenen Gesichtspunkten und Prioritäten dargestellt und geordnet werden können. Wo nichts erreicht oder bewiesen werden muss, erübrigen sich abwehrende Haltungen und Defensivität. Die personenzentrierten Interaktionsbedingungen fördern das explorative Erkennen und den Zugang zu unaufgelösten Spannungsfeldern.

Dies mag unspektakulär und selbstverständlich erscheinen, ist es aber angesichts einer verbreiteten Tendenz zu übereifriger Beratschlagung keineswegs. Carl R. Rogers' Credo, offen zuzuhören und zu versuchen, die Welt des Klienten zu verstehen, beinhaltet eine Absage an invasives Therapeutenverhalten (Rogers, 1951a/1972). Ein geschützter Explorationsraum soll dem Klienten erlauben, sich in seinem eigenen Tempo den für ihn relevanten Themen anzunähern und sich vertiefend mit diesen auseinanderzusetzen.

Ganz besonders im Umgang mit vor Gewalt Geflüchteten ist eine nicht-invasive, von Interesse und zwischenmenschlichem Respekt geprägte personenzentrierte Haltung von überragendem Wert. Viele dieser Menschen haben unzählige Arten von Traumatisierungen durchlebt, zu welchen auch fortgesetzte Erniedrigungen durch hiesige Behörden gezählt werden müssen (Kielsson, 1979). Die im traumatherapeutischen Kontext allgemein als Grundlage aller Verarbeitungserfolge geforderte Stabilisierung (z. B. Biermann-Ratjen, 2003; Herman, 1994) kann sich nicht unabhängig von einer **als sicher erlebten Beziehungssituation** einstellen. Nur eine zu einem gewissen Grade ruhige, konzentrierte innere Sammlung ermöglicht eine erfolgversprechende Auseinandersetzung mit gedanklichen und emotionalen Inhalten (Barth, 2009).

Manche Erlebnisse, namentlich Erfahrungen sexueller Gewalt, sind in vielen Regionen der Welt dermaßen mit Scham und Angst vor Ächtung besetzt, dass darüber auch im engsten Kreis nicht gesprochen wird. Nicht selten ist es für die Betroffenen einfacher, sich einer nicht dem eigenen Umfeld und der eigenen Kultur angehörigen Person gegenüber zu öffnen und die erdrückende Sprachlosigkeit zumindest ansatzweise abzulegen. Selbstredend ist auch hier das Gefühl der Sicherheit in der therapeutischen Beziehung der entscheidende Faktor.

Die Frage nach der konkreten Auseinandersetzung mit den skizzierten Spannungsfeldern führt uns zur Kerndimension der Personenzentrierten Psychotherapie, der Förderung des Bewusstwerdens von impliziten inneren Bewertungen, sodass diese adaptiven Veränderungen zugänglich gemacht werden können. Therapeutisches Agens ist dabei das **empathische Verstehen**, das den **inneren Bezugsrahmen** des Patienten möglichst genau wahrzunehmen versucht (Höger, 2006, S. 125ff). Dies kann in der Arbeit mit Menschen aus andern Kulturen zuweilen sehr anspruchsvoll sein, und Therapeuten müssen die Bereitschaft aufbringen, die Komfortzone vertrauten empathischen Begleitens zu verlassen und sich auf Neuland einzulassen. Nebst emotionaler Offenheit – die eine achtsame Selbstwahrnehmung und als kontinuierliche Herausforderung eine unbeschönigende Auseinandersetzung mit der eigenen Abwehr von Fremdem impliziert – ist hier auch ein gedankliches Eintauchen in die Kultur und Lebenswelt des Gegenübers erforderlich. „Verstehen des andern beinhaltet als Bedeutungs- und Sinngestalt auch eine kognitive Komponente“, schreiben Stumm und Keil (2014, S. 26), es geht dabei „... um ein Sich-Hineinversetzen in die Erlebenswelt des Klienten (Gefühls-, Bilder-, Körper- und Gedankenwelt) und um den Versuch, dessen Erleben und damit einhergehende Verhaltensweisen zu verstehen.“

Fernab von schematisierten Vorgehensweisen oder gar irgendwelchen Manualen nähern sich Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin gemeinsam jenen Brennpunkten an, die im konkreten Fall Bedeutung haben. Jeder derartige Prozess ist einzigartig. Die hier zur Diskussion stehende Klientengruppe ist ja viel zu heterogen, als dass es sinnvoll wäre, spezifische Ausrichtungen der therapeutischen Empathie zu favorisieren. Vielmehr besteht die therapeutische Kunst darin, „hellhörig“ darauf zu sein, „was es bei der Klientin zu verstehen gibt“ (Gröflin, 1994, S. 45). Tief erschütternde Lebenserfahrungen können dabei ebenso im Fokus stehen wie unscheinbares Alltagsleben, etwa Kränkungen durch Ausgrenzung oder das Betroffensein von subtilen fremdenfeindlichen Bemerkungen.

Natürlich können nicht stets alle zur Sprache gebrachten Aspekte umfassend einführend nachvollzogen werden, weil dem Therapeuten gewisse Erlebensbereiche (wie etwa Kriegsängste) aus eigener Erfahrung nicht zugänglich sind (vgl. Lottaz, 1999).

Im seit Jahren wiederkehrenden Altraum eines ehemaligen Peschmerga-Kämpfers erlebt sich dieser im Gebirge vom Feind umzingelt und seine Munition ist ausgegangen. Als Therapeut habe ich keine vergleichbaren Erfahrungen – seine Todesangst, sein Entsetzen und seine Ohnmacht lassen sich bloß errahnen.

Kann der Betroffene eine kongruente therapeutische Resonanz wahrnehmen, wird er sich mit seinem Erleben trotz unterschiedlichem Erfahrungshintergrund verstanden fühlen. Ausschlaggebend ist es letztlich, sich der „aktuellen inneren Situation des Patienten“ (Höger, 2006, S. 127) soweit als möglich empathisch anzunähern – seinem heutigen Erleben also, einschließlich seinem aktuellen Bezug zu früheren Erfahrungen. Brennpunkt eines integrativen empathischen Verstehens ist stets das Erleben des Klienten im direkten Kontakt hier und heute.

Insbesondere mit Bezug auf Spannungsfelder im Bereich von **Werten und Werthierarchien** muss berücksichtigt werden, dass die inneren Bezugskordinaten oft unter gänzlich anderen Bedingungen entstanden sind und in ihrem ursprünglichen Umfeld durchaus passend gewesen sein mögen. Verinnerlichte Werte und Normen haben sich in Abhängigkeit zu früheren Gegebenheiten etabliert, sind jedoch im neuen Umfeld oft dysfunktional (vergleichbar mit jemandem, der sich auf dem europäischen Festland an den Rechtsvortritt gewöhnt hat und nun im englischen Straßenverkehr unterwegs ist). Ein dissonantes Verhältnis zwischen dem Selbstverständnis der Person und ihrer aktuellen Lebenswelt – als Form von Inkongruenz aufgrund veränderter Lebensverhältnisse verstehbar (vgl. Speierer, 1997) – kann unter Umständen mit einem erheblichem Spannungs- und Belastungspotenzial einhergehen.

Zum Umgang mit solchen Dissonanzen schreibt Marlis Pörtner (1997, S. 67): „Für ... (Menschen aus anderen Kulturkreisen) ... geht es oftmals darum, ihren Platz zu finden zwischen den überlieferten Werten ihrer angestammten Kultur und denen, die sie in ihrem jetzigen Umfeld erleben. Der Therapeut ist dann hilfreich, wenn er die Klientin in diesem Hin- und-hergerissen-Sein zwischen den Kulturen einführend begleitet, ihr das Abwägen der unterschiedlichen Risiken und Konsequenzen ermöglichen und sie ihren eigenen Weg finden lassen kann, ohne sie nach der einen oder andern Seite zu beeinflussen. Das wird ihm desto besser gelingen, je klarer er sich seiner eigenen Werte bewusst ist und sie beiseite stellen kann, um offen zu bleiben für das Erleben der Klientin.“

Im Verlauf eines durch Empathie getragenen Explorationsprozesses können zuweilen auch anfänglich starre Einstellungen und Selbstbilder revidiert und Erlebnisinhalte neu bewertet werden. Oft sind dies langwierige und zähe Prozesse, denn das Sich-Einlassen auf Neues und Unbekanntes kann als sehr bedrohlich erlebt werden. Insofern sollten keine unrealistischen Erwartungen bezüglich des Ausmaßes an Veränderung gehegt

werden. Es gilt zu verstehen, dass mitgebrachte Werte und Konzepte oft ein Stück innere Heimat, Halt und Sicherheit bedeuten und jemand sie deshalb nicht ohne weiteres über Bord werfen kann oder will. Ziel ist nicht eine Anpassung an hiesige Werte, sondern eine Erweiterung des Erlebens- und Handlungsspielraumes mit weniger konflikthaften Lösungen, im Sinne einer Selbstaktualisierung in einem neuen Umfeld (vgl. z. B. Biermann-Ratjen, 2006, S. 75).

Wie sich solche innere Bewegungen manifestieren können, soll das folgende Beispiel aus einem verbreiteten und oft mit viel Leid verbundenen familiären Konfliktbereich zeigen:

Die 17-jährige Tochter eines in der Schweiz lebenden Kurden hat seit kurzem einen gleichaltrigen hiesigen Freund. Der Vater, obwohl in manchen andern Bereichen recht weltoffen –, tut sich enorm schwer damit. In der (bereits seit einiger Zeit laufenden) Gesprächspsychotherapie äußert er anfangs große Wut und möchte der Sache gleich ein Ende machen. Es folgt eine Phase, die von empörter Klage geprägt ist, dass hier gar nichts gelte, was in seiner Kultur von Bedeutung sei. In der vertieften Auseinandersetzung mit seiner Empörung wird mitunter deutlich, dass er mit seiner eigenen Ehe nicht zufrieden ist, und so fällt für ihn nach und nach etliches vom Glanz der traditionellen Paarung und Vermählung ab. Gleichzeitig kann er wahrnehmen, dass seine Tochter, die ihm viel bedeutet, mit ihrem Freund eine glückliche Zeit zu erleben scheint. Obwohl eine gewisse Wehmut gegenüber der verlorenen Tradition bleibt, legt er seine Abwehrhaltung schrittweise ab und arrangiert sich mit der Situation.

Gerade in der Arbeit mit Menschen anderer Kulturen können sich durch empathische Erschließung neue Denk- und Lebensräume öffnen, die sich nicht selten in ungewöhnlichen und kreativen Bildern und Metaphern widerspiegeln. Einer derartigen Begleitung kommt mitunter eine Brückenfunktion zu, die idealerweise zu einer Art „Heimat im Verstandenwerden“ führt und damit auch zu einem besseren Selbst-Verständnis des Klienten in seiner vielleicht noch wenig vertrauten neuen Umgebung. Eine angemessene therapeutische Selbsteinbringung sowie bei Bedarf das Vermitteln kontextuell relevanter Informationen über Aspekte der neuen Lebenswelt dürften diese Art von Integrationsprozessen begünstigen. (Um die oben angeführte Metapher aufzunehmen: Der gewohnte Rechtsfahrer muss ja in seiner neuen Umgebung auch die Besonderheiten des Linksverkehrs verstehen lernen.)

Therapieprozesse können tiefe emotionale und existentiell bedeutsame Dimensionen betreffen, jedoch auch ganz profane, für den Alltag hilfreiche Einsichten fördern. Ein Beispiel:

Ein Mann aus dem Maghreb, der sich in einer desolaten Situation der Ausnützung durch seinen hiesigen Arbeitgeber befand, schaffte es trotz vielfacher Aufforderungen aus seinem Umfeld nicht, sich an die Gewerkschaft zu wenden. Im Gesprächsprozess stellte sich heraus, dass er – aufgewachsen unter einem totalitären diktatorischen Regime – sich ganz einfach nicht vorstellen konnte, dass zwei aus seiner Sicht Macht repräsentierende Instanzen, die Gewerkschaft und

der Arbeitgeber, nicht miteinander verhandelt sein könnten. Durch Erkennen dieses ihn einschränkenden Denkmusters konnte er seine Hemmung überwinden.

In der Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen ist ein offenes und flexibles Verständnis des personenzentrierten Zugangs unabdingbar. Es versteht sich von selbst, dass dogmatisch begründete Limitierungen, wie beispielsweise ein sich primär auf die Verbalisierung emotionaler Inhalte beschränkendes Vorgehen, hier zu kurz greifen würden. Therapie geschieht im Dialog, nicht im therapeutisch gestützten Monolog (vgl. Buber, 1961). Der therapeutische Rahmen soll eine lebendige und kreative Auseinandersetzung mit kulturellen Unterschiedlichkeiten unterstützen.

Nicht selten betreffen migrationsverbundene Konfliktlagen mehr als bloß bestimmte Einstellungen und Werthaltungen, sondern in einem umfassenderen Sinne das eigentliche **Selbstverständnis und Identitätsgefühl** einer Person. Oft sind dabei überfordernde Veränderungen von Bedeutung, welche die soziale Rolle und den Status der Person betreffen. Wenn zum Beispiel der in seiner Herkunftskultur hoch angesehene Familienvater sich im Migrationsland plötzlich bloß noch als Bittsteller beim Sozialamt erleben muss, kann dies mit unerträglicher Kränkung und psychisch schwer abschätzbaren Folgen einhergehen. Neben offen aggressiven oder depressiven Reaktionen werden hier nicht selten psychosomatische Manifestationen mit unterschiedlichsten Symptomen auftauchen (Reisch, 1994). Mitunter mag sich ein Stück Selbstachtung dadurch zu erhalten versuchen, dass jemand in einer neuen Identität als Kranker Zuflucht sucht (was immerhin eine zu einem gewissen Grad sozial anerkannte Rolle schafft). Solch unheilsamen Entwicklungen entgegenzuwirken, ist keine einfache Herausforderung für die Psychotherapie, um so mehr als Patienten in solchen Fällen oft erst zur Therapie überwiesen werden, wenn sich bereits Chronifizierungen abzeichnen.

Zu erwähnen gilt es hier auch eine gar nicht selten anzutreffende Überanpassung von Menschen mit Migrationsbiographie. Anpassungsleistungen können bis zur schieren Verleugnung persönlicher Bedürfnisse und Besonderheiten gehen. Im Migrationsland um keinen Preis aufzufallen oder anzuecken wird dabei zur Lebensmaxime, ohne Rücksicht auf die eigene Lebensqualität und individuelle Potentiale.

Dem gegenüber gibt es Menschen, die höchst bemerkenswerte Integrationsleistungen vollbringen, indem sie als zu sich gehörig erlebte Aspekte unterschiedlicher Kulturen konstruktiv einzubinden vermögen. Ganz besonders von Migranten der zweiten Generation („Secondos“) gibt es hier oft etwas zu lernen. Manche von ihnen fühlen sich sowohl am traditionellen Familientreffen im Rahmen der Kultur ihrer Eltern als auch unter ihren hiesigen Kollegen zugehörig und heimisch.

Wo solche Integrationssschritte der Unterstützung bedürfen, hat der Personenzentrierte Ansatz durchaus nennenswerte Werkzeuge anzubieten. Stumm & Keil (2014b) beschreiben, unter anderem mit Bezugnahme auf Mearns & Thorne (2000), die Therapiearbeit mit „Konfigurationen des Selbst“, d. h. unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen, die in mehr oder weniger ausgeprägt konstruktivem oder konflikthaftem Verhältnis zueinander stehen. Im Therapierahmen können solche Erlebens- und Verhaltensanteile herausgearbeitet und – mitunter durch rollenspielartige Personifizierungen verdeutlicht – in ihrem Bezug untereinander besser verstanden werden.

Im hier diskutierten Kontext können divergierende oder ambivalente Erlebenskonfigurationen bezüglich Herkunfts- und aktueller Lebenswelt auf diese Weise explizit gemacht und dadurch für Veränderungen zugänglich werden, oder es lässt sich, wie im folgenden Beispiel, für bestimmte Persönlichkeitsaspekte eine bessere Einbindung finden:

Ein junger, sehr zuvorkommender und pflichtbewusster Verwaltungsangestellter italienischer Herkunft stößt im Rahmen seiner Auseinandersetzung mit sporadischen Ängsten auf die Erkenntnis, dass der einzige Ort, wo er intensive Gefühle erleben und ungefilterte, heftige Reaktionen zeigen kann, das gelegentliche Fußballspiel mit Kollegen ist. Sein „Fußball-Selbst“, welches er mit seinen italienischen Wurzeln in Verbindung bringt, wird in der Folge zu einem wichtigen Bezugspunkt in der Therapie. Mit der Zeit kann er merklich mehr von seiner „Italianità“ in seinen Schweizer Alltag integrieren.

Oft stehen, wie gerade dieses Beispiel zeigt, Migrationsaspekte nicht im Zentrum der Therapie, sondern haben eher akzentuierenden Charakter im Rahmen anderer Problemstellungen. Nichtsdestoweniger kann eine Sensibilisierung für diese Dimension und ihr Einbezug in die therapeutische Arbeit eine entscheidende Erweiterung darstellen und dazu beitragen, der Erlebenswelt des Klienten besser gerecht zu werden.

Nebst den genannten Gesichtspunkten gilt es einen weiteren, dem Personenzentrierten Ansatz impliziten Aspekt hervorzuheben: Im Zusammenhang mit Migration wird der Blick in der Regel primär auf die Verschiedenartigkeit des „Fremden“ gerichtet, und in der Tat bestehen oft Differenzen in allen möglichen Aspekten des Lebens. Allzu leicht wird aber ausgeblendet, dass sich ein weitaus größerer Teil von Dingen, die unser Leben ausmachen, bei den allermeisten Menschen nicht grundsätzlich unterscheiden. Weit über physiologische Gegebenheiten hinaus gibt es vieles, was uns allen gemeinsam ist. Im hiesigen Zusammenhang relevant ist dabei ein allen Individuen **gemeinsames Bedürfnis** nach Wertschätzung, angenommen sein und verstanden werden. Rogers – dessen Lebenswerk als Suche nach einer integrationsfördernden Haltung begriffen werden kann – hat immer wieder auf die überkulturelle Bedeutung dieser Gemeinsamkeit hingewiesen und hat mitunter auf

dieser Basis seine Encounter-Gruppen konzipiert, in denen er viel Potential für Konfliktschlichtung sah, namentlich auch in Bezug auf die Beziehungen zwischen Ethnien oder internationale Spannungen (Rogers, 1970a/1974).

Diese Orientierung am übergeordneten Gemeinsamen relativiert kulturelle Unterschiede und hat als Sichtweise etwas stark Verbindendes. So mag sich beispielsweise die argentinische Liebe in Ausdrucksformen und gesellschaftlichen Implikationen von der chinesischen unterscheiden, doch im Kern geht es um das Gleiche. Solch eine erweiterte Perspektive ist mehr als eine gedankliche Spielerei. Sie beinhaltet gleichsam einen Schritt auf eine existentielle Ebene, auf welcher heimisch und fremd an Bedeutung verlieren. Von dieser Warte aus begegnen uns im Therapieraum ungeachtet der Herkunft unserer Klienten vertraute allgemein menschliche Themen wie das Erleben von Ausgrenzung und Zugehörigkeit, Angst, Vertrauen, Trauer, Schmerz und Freude.

Literatur

- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person*, 2, 148–154.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 2, 128–134.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*, (73–91). Heidelberg: Springer.
- Buber, M. (1973). *Das dialogische Prinzip*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Gröflin, Ch. (2000). Theorie und Praxis – ihre fruchtbare Wechselwirkung in der Personzentrierten Psychotherapie. *Brennpunkt*, 82, 11–27.
- Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*, (117–138). Heidelberg: Springer.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Lago, C. (Ed.) (2011). *The Handbook of Transcultural Counselling & Psychotherapy*. Maidenhead (Engl.): Open University Press.
- Lottaz, A. (1999). Vom äußeren zum inneren Bezugsrahmen. Von den Schwierigkeiten, gefolterte und kriegstraumatisierte Menschen zu verstehen. *Brennpunkt*, 80, 31–39.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-Centred Therapy today. New frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Pörtner, M. (1997). Wider die Beliebigkeit – spezifische Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1, 66–71.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbar Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer.
- Rogers, C. R. (1951a/1972). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1951: *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1970a/1974). *Encounter-Gruppen*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1970: *On encounter groups*. New York: Harper and Row).
- Speierer, G. (1997). Personzentrierte Krisenintervention. *Person*, 1, 62–65.
- Stumm, G. & Keil, W. (2014). Therapietheorie. In G. Stumm, W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*, (15–31). Wien: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. (2014b). Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen. In G. Stumm, W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*, (93–107). Wien: Springer.

Personzentriertes und Experienzielles Verständnis triadischer Psychotherapie

Die Rolle der Dolmetscher*in und Aspekte der Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in

Inge Pinzker

Wien

Immer mehr Psychotherapeut*innen und Dolmetscher*innen finden sich in einem triadischen Setting wieder, auf welches sie in ihren Regelausbildungen kaum vorbereitet wurden. In diesem Artikel werden ein personzentriertes und experienzielles Verständnis der Rolle der Dolmetscher*in sowie erste Überlegungen zu einem entsprechenden Umgang mit dem triadischen Setting vorgestellt. Das Setting wird als eigenständig definiert und nicht mit der gewohnten Dyade verglichen, wie es in Theorie und Praxis immer noch überwiegend geschieht. Es wird ein interdisziplinärer Zugang vertreten, der Erkenntnisse der Translationswissenschaft mit personzentrierten und experienziellen Haltungen verknüpft.

Schlüsselwörter: Einsatz von Dolmetscher*innen, triadisches Setting, Personzentrierter Ansatz, Experienzieller Ansatz, Translationswissenschaft

Person-centered and experiential approach to triadic psychotherapy. The role of the interpreter and aspects of the psychotherapist-interpreter-relationship. Psychotherapists and interpreters increasingly find themselves in a triadic setting, without having been sufficiently prepared for it in their standard curricula. This paper introduces a person-centered and experiential understanding of the interpreter's role as well as initial reflections on how to deal with the triadic setting. The triad is being defined as a distinct setting, instead of being compared with the usual dyad, as is usually still the case in theory and practice. The approach is interdisciplinary, linking insights of translation studies with person-centered and experiential attitudes.

Keywords: use of interpreters' services, triadic setting, person-centered approach, experiential approach, translation studies

Psychotherapie mit Menschen, die aus ihren Heimatländern flüchteten, ist in spezialisierten Einrichtungen¹ seit vielen Jahren etabliert und gewinnt über diese hinausgehend zunehmend an Bedeutung. Sie fordert die Auseinandersetzung mit einer Reihe von Themen: Traumatisierung, Kultursensibilität, Umgang mit Fremdheit, Diversität, Arbeit mit Dolmetscher*innen, sozialpsychologische Dynamiken wie Rassismus,

migrationssoziologische Ansätze und eine achtsamere Wahrnehmung des politisierten Raumes (Ghaderi & Van Keuk, 2017). In Pinzker (2015) werden in Verknüpfung mit Erkenntnissen aus der Translationswissenschaft erste Überlegungen zu einem personzentrierten und experienziellen Umgang mit Dolmetscher*innen in einem triadischen Setting angestellt. Die Annäherung an das Thema erfolgte als Absolventin der Translationswissenschaft aus mehreren Perspektiven: eigene Tätigkeit als Russisch-Dolmetscherin in psychotherapeutischen Gesprächen sowie Teilnahme an Supervisionen, Leiterin praxisnaher Schulungen für (Laien)dolmetscher*innen in Hilfsorganisationen, Lektorin/Vortragende im universitären Kontext, eigene Tätigkeit als personzentrierte Psychotherapeutin im triadischen Setting.

Inge Pinzker, Mag.^a, MSc, geb. 1977, dipl. Übersetzerin für die französische und russische Sprache, Akademisch geprüfte Fachfrau für Dolmetschen im kommunalen, sozialen und medizinisch-therapeutischen Bereich, Vortragende am Institut für Theoretische und Angewandte Translationswissenschaft der Karl-Franzens-Universität Graz, im „Basiskurs Kommunal Dolmetschen“ (UNI for LIFE Graz) sowie bei „QUADA – Qualitätsvolles Dolmetschen im Asylverfahren“ (VHS Wien). Seit 2004 in verschiedenen Positionen im Asylbereich tätig. Personzentrierte Psychotherapeutin bei JEFIRA – Interkulturelles Psychotherapiezentrum des Diakonie Flüchtlingsdienstes in St. Pölten und in freier Praxis in Wien. Kontakt: Mag.^a Inge Pinzker, MSc, Kienmayergasse 36/62, 1140 Wien, inge.pinzker@chello.at

1 In Österreich z.B. Einrichtungen des Netzwerkes für interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierung (<http://www.nipe.or.at/> [25. 5. 2018])

Rahmenbedingungen triadischer Psychotherapie

Psychotherapeut*innen und Dolmetscher*innen werden bisher in ihren Regelausbildungen kaum bis gar nicht auf triadische Psychotherapie vorbereitet. Zudem werden zum „Kommunal-dolmetschen“ (Pöchhacker, 2000), dem Dolmetschen im kommunalen, sozialen und medizinisch-therapeutischen Bereich, häufig Laiendolmetscher*innen ohne einschlägige Qualifikation herangezogen. Ausbildungsmöglichkeiten in Form von Kursen und Lehrgängen sind immer noch rar, auch wenn es langsam Fortschritte zu verzeichnen gibt. Die interne Einschulung in den Einrichtungen ist aufgrund eingeschränkter finanzieller, zeitlicher und personeller Ressourcen meist gering (Degenhardt, 2012). Dolmetscher*innen befinden sich überwiegend in schlecht bezahlten, prekären Arbeitsverhältnissen. Nicht für alle benötigten Sprachen stehen Dolmetscher*innen zur Verfügung. Auch gibt es meist nicht die Möglichkeit für eine optimale Passung aus einem Dolmetscher*innenpool hinsichtlich Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Alter etc. zu wählen. Das Bewusstsein, keine Angehörigen, Kinder, Bekannten oder Freund*innen zum Dolmetschen² heranzuziehen, ist im psychotherapeutischen Bereich im Gegensatz zu Krankenhäusern und anderen Settings überwiegend vorhanden.

Mit diesen einschränkenden Rahmenbedingungen muss in der täglichen Arbeit ein personenzentrierter Umgang gefunden werden. Es gilt mit ihnen kongruent zu werden, um professionell handeln zu können. Gleichzeitig müssen sie auch in Frage gestellt und weiter an ihrer Veränderung gearbeitet werden (angemessene Entlohnung von Dolmetscher*innen, Etablierung von Ausbildungscurricula, Schulungen, mehr Zeit für Austausch und Reflexion etc.).

Forschungsstand

Die Möglichkeit und Wirksamkeit von triadischer Psychotherapie wird bis heute immer wieder in Frage gestellt. Studien weisen jedoch darauf hin, dass sie ebenso effektiv ist wie Psychotherapie in direkter Kommunikation. Praxis und Forschung beschäftigen sich daher mittlerweile weniger mit dem Ob als mit dem Wie der Gestaltung des Settings (Joksimo-vic, Karger, Kunzke & Schröder, 2017). Die Sichtung von personenzentrierter Literatur zur interkulturellen psychotherapeutischen Arbeit mit Asylwerber*innen und Migrant*innen zeigte,

dass ein personenzentrierter Umgang mit der Triade noch nicht formuliert wurde. Barth (2009) und Lottaz (1999, 2002) widmen sich in ihren Artikeln zur Psychotherapie mit Folter- und Kriegsüberlebenden traumaspezifischen Themen und gehen nicht näher auf den Dolmetsch-Aspekt ein. Das Phänomen der Unsichtbarkeit bzw. Unsichtbarmachung von Dolmetscher*innen wird hier bereits deutlich (Venuti, 1995).

Die überwiegende Anzahl der generellen Veröffentlichungen zum triadischen Setting stellen Berichte von Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen und Dolmetscher*innen dar, die aus ihren praktischen Erfahrungen häufig Handlungsanleitungen für das Setting ableiten. Stojanowa (2012) stellte fest, dass interdisziplinäre Beiträge eine bessere Qualität aufweisen als solche, die einer einseitigen Sichtweise geschuldet sind. Letztere finden sich im deutschsprachigen Raum jedoch in „relativ hoher Zahl“ (ebd., S. 9) und prägen daher weitgehend Literatur und Praxis zu dem Setting.

Eine englischsprachige Dissertation zur Triade stammt von der niederländischen Soziologin und Psychotherapeutin Hanneke Bot (2005). Durch ihre akribische Analyse von sechs auf Video aufgezeichneten Psychotherapiesitzungen macht sie den Einfluss der Dolmetscher*innen auf verschiedenen Ebenen sichtbar, der den Psychotherapeut*innen mangels Einblick in den sprachlich-kulturellen Transferprozess naturgemäß entgehen muss. Sie entlarvt eindrucksvoll den Mythos der direkten Kommunikation, der Aufrechterhaltung einer Dyade zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in, bei Anwesenheit einer Dolmetscher*in, von der bislang angenommen wird, dass sie keinen Einfluss auf das Setting ausübe bzw. ausüben solle. Haenel weist bereits 1997 in seinem Artikel über Übertragung und Gegenübertragung in der Triade darauf hin, dass der Transfer durch die Dolmetscher*in *immer* eine persönliche Färbung erfahre. Heute, zwanzig Jahre später, stößt man immer noch auf diese den real ablaufenden, komplexen Prozessen nicht gerecht werdende Erwartungshaltung. Zu diesem Ergebnis kommt auch Kluge (2013), die ebenfalls Rückübersetzungen von gedolmetschten Psychotherapiesitzungen analysierte. Der Einfluss der Dolmetscher*innen auf den psychotherapeutischen Prozess und ihre Involvierung im Beziehungsgeschehen wurde auch hier deutlich. Die häufig immer noch geforderte Neutralität von Dolmetscher*innen hält Kluge (2013) für eine wenig nützliche Fiktion.

Wie sich in Pinzker (2015) zeigte, findet sich diese alte Erwartungshaltung auch in der Personenzentrierten Psychotherapie, obwohl gerade das personenzentrierte Therapieverständnis einen anderen Umgang erwarten ließe. Erklärungen dafür liefern unter anderem Erkenntnisse der Translationswissenschaft.

² Dolmetschen wird manchmal im allgemeinen Sprachgebrauch auch als „Übersetzen“ bezeichnet, formal ist dies nicht ganz korrekt. Unter Übersetzen wird in der Translationswissenschaft die **schriftliche** Übertragung eines Ausgangstextes verstanden, während **Dolmetschen** den **mündlichen** Transfer meint.

Methode, Datenmaterial und Ergebnisse

Dem triadischen Setting wurde in personenzentrierten und experientiellen Publikationen bisher noch kaum Augenmerk geschenkt. So ging es vorrangig um die Entdeckung von Neuem – weshalb eine qualitative Forschungsmethode angezeigt war (Breuer, 2010). Da Menschenbild und Forschungsmethodik in einem engen Zusammenhang stehen, fiel in Pinzker (2015) die Wahl auf die Methoden des „Problemzentrierten Interviews“ (Lamnek, 1995, S. 74), der „Teilnehmenden Beobachtung“ (ebd., S. 255) sowie der „Grounded Theory“ (Strauss & Corbin, 1996). Diese entsprechen in vielerlei Hinsicht dem personenzentrierten und experientiellen Menschenbild sowie den daraus resultierenden Haltungen und Vorgehensweisen.

Das in der Untersuchung verwendete Datenmaterial umfasst primäre Datenquellen (von der Autorin durchgeführte Problemzentrierte Interviews, durch Feldbeobachtungen gewonnene Feldnotizen; publizierte Erfahrungsberichte, Leitfäden und Standards) sowie bereits veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten zur Thematik, die sekundäre Daten lieferten, weil die geführten Interviews in ihnen zur Gänze abgedruckt waren oder viele Zitate aus diesen enthielten.³

Ausgangspunkt waren Problemzentrierte Interviews, die im November und Dezember 2013 mit zwei Personenzentrierten Psychotherapeut*innen (P1 und P2) aus dem Feld geführt wurden. Die Gespräche wurden transkribiert und ebenso wie das übrige Datenmaterial mithilfe MAXQDA 11, einer speziell für qualitative Datenanalysen entwickelten Software, der Vorgehensweise der Grounded Theory entsprechend (offenes, selektives, axiales Kodieren) ausgewertet.

Die Feldnotizen wurden im Rahmen von teilnehmender Beobachtung bei Vorträgen und Workshops⁴ gewonnen. Außerdem flossen Feldnotizen in die Untersuchung ein, die sich aus der Tätigkeit der Autorin als Psychotherapeutin und Dolmetscherin im Feld ergaben.

Translationswissenschaftliche Werke (Bahadir, 2007, 2010; Kadrić, 2011; Prunč, 2002, 2012), wurden berücksichtigt, um eine interdisziplinäre Herangehensweise zu gewährleisten und bei der Theoriebildung Verknüpfungen zwischen Translationswissenschaft und Psychotherapiewissenschaft herzustellen.

Die Ergebnisse wurden in Pinzker (2015, S. 29f.) vorgestellt. Der vorliegende Artikel fasst ausgewählte Aspekte zusammen. Er kann Neulingen als auch Praktiker*innen im Feld Impulse geben, ihre Haltung dem triadischen Setting gegenüber sowie die Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in eingehender zu reflektieren. Bei der Beschreibung

letzterer wurden die im Datenmaterial gefundenen Kategorien in die „Merkmale von Beziehung“ eingeordnet, wie sie von Höger (2013), angelehnt an Hinde (1997), formuliert wurden.

Da bisher noch kein personenzentriertes bzw. experientiell Konzept triadischer Psychotherapie entwickelt wurde, handelt es sich um erste Erkenntnisse und Überlegungen, die zur Diskussion gestellt werden. Der Fokus liegt überwiegend auf der Achse Psychotherapeut*in – Dolmetscher*in. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Das Beziehungsgeschehen in der Triade ist hochkomplex und hält zweifelsohne noch eine Vielzahl offener Fragen für weitere Forschung bereit. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf personenzentrierte bzw. experientielle Psychotherapie und können nicht auf andere Settings (etwa Einvernahmen im Asylverfahren, Arztgespräche u. ä.) übertragen werden.

Rollenverständnis und Haltung gegenüber der Dolmetscher*in

*Reflexion der Haltung gegenüber Dolmetscher*in und Setting*

Als Kernkategorie im Umgang mit der Triade stellte sich die Grundhaltung gegenüber der Dolmetscher*in (das Rollenverständnis) heraus. Psychotherapeut*innen müssen noch vor Beginn ihrer Tätigkeit reflektieren, welche Vorannahmen und Haltungen ihr Verständnis von der Rolle der Dolmetscher*in prägen und wie sie somit das Setting bewerten.

Ein Hinweis auf eine derartige Reflexion findet sich in bisherigen Leitfäden nicht. Da das unbekannte Setting viele Fragen aufwirft, versuchen sie auf einer sehr konkreten Ebene Antworten zu liefern (z. B. Regeln für „die richtige“ Sitzordnung), die zugrundeliegende Haltung wird zumeist nicht reflektiert. In Bezug auf letztere ist in den durchgeführten Interviews und bisherigen Publikationen ein deutlicher Fokus auf „Probleme“, „Schwierigkeiten“, „Konflikte“, „Störfaktoren“ und „Fehler beim Dolmetschen“ in der Triade auszumachen. Dadurch wird ein überwiegend negativ konnotiertes Bild der Triade gezeichnet. Es entsteht, so das Untersuchungsergebnis, aus einem meist nicht bewusst stattfindenden Vergleich der Triade mit der gewohnten Dyade. Eine Reihe von Codes ergab in der Auswertung subsummiert die Kategorie „Dyade-Denken“: Trotz drei anwesender Personen wird das Beziehungsgeschehen weiterhin als Dyade zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in gedacht und auf vielfältige Weise versucht, die hinzugekommene Dritte, die Dolmetscher*in, zu „neutralisieren“, was sich jedoch als „schwierig“ erweist.

Bei Reflexion der Haltung werden häufig laienhafte Vorstellungen sichtbar. Immer noch prägen Mythen weitgehend das

3 Detaillierte Beschreibung des Datenmaterials auf S. 18–26 in Pinzker (2015). <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/93355.pdf> [9. 10. 2017]

4 Detaillierte Beschreibung auf S. 18–20 in Pinzker (2015).

Setting, welche die Translationswissenschaft längst erforscht und widerlegt hat. Zu diesen gehören die Vorstellung einer wortwörtlichen Übersetzung („Wörtlichkeitspostulat“, Prunč, 1997, S. 42) sowie die mechanistische Sichtweise von Dolmetscher*innen als einfache „Kopiermaschinen“ (Bahadir, 2007, S. 23). Daraus nährt sich die Illusion, dass sich trotz Beziehung einer dritten Person an der dyadischen Situation nichts ändert und dass Laien, die zwei Sprachen beherrschen (das Niveau der Sprachbeherrschung bleibt meist unhinterfragt und ungeprüft), die Dolmetschtätigkeit ohne Ausbildung zugetraut werden kann.

Weitverbreitet ist auch der Glaube an die Neutralität von Dolmetscher*innen („Neutralitätspostulat“, Prunč, 2012, S. 351) und ihre Unbeteiligtheit und Unsichtbarkeit. Die Personzentrierte Psychotherapeut*in 2 bringt es im Interview so zum Ausdruck: „...aber eigentlich verschwindet die Person ein bisschen. Und je höher die Kompetenz und je besser sie verschwinden kann, umso besser“ (Pinzker, 2015, S. 42). Das aus dem Konferenzdolmetschen stammende Konstrukt der Neutralität wurde in den Bereich des Kommunaldolmetschens jedoch „unreflektiert übernommen“ (Prunč, 2012, S. 351). Sie ist auch als Ausprägung einer historisch gewachsenen, westlichen Translationskultur (Venuti, 1995) zu verstehen.

All diese Mythen und die Sozialisierung von Psychotherapeut*innen in der Dyade (bezogen auf das Einzelsetting), erklären zu einem Großteil, warum sich das „Dyade-Denken“ so hartnäckig hält.

In der Translationswissenschaft weisen schon seit einigen Jahren Autor*innen darauf hin (u. a. Bahadir, 2007; Prunč, 2012; Wadensjö, 1998; Wadensjö & Apfelbaum, 1998), dass die Rolle der Dolmetscher*in im Kommunaldolmetschen überdacht werden muss. Diese Erkenntnisse lassen sich mit einem personzentrierten und experienziellen Rollenverständnis der Dolmetscher*in verknüpfen.

Personzentriertes Rollenverständnis

Die Personzentrierte Psychotherapeutin Weixler C. (1994) mit Quellberuf Übersetzerin nahm an interkulturellen, gedolmetschten Großencounters teil und ihr Bericht darüber verdeutlicht, wie „leicht die Person hinter vereinbarten Funktionen oder zugeschriebenen Rollen zu entschwinden droht“, wie Frenzel (1994, S. 9) im Vorwort dazu anmerkt. Die Dolmetscher*innen wurden als „technische Einrichtungen“ (Weixler C., 1994, S. 33) wahrgenommen, zeigten sich im Laufe der Workshops jedoch immer wieder sehr menschlich und weinten beispielsweise. Weixler C. schlussfolgert, dass sich sowohl die Anwesenden als auch die Dolmetscher*innen selbst an einem angenommenen Rollenbild einer Dolmetscher*in orientierten, welche sich als Person so wenig wie möglich ins Spiel bringt,

so „objektiv“, exakt und rasch wie möglich dolmetscht, so als ginge das ohne Beziehungsaufnahme zu den Sprecher*innen und ohne Bezug auf die inhaltlichen Aussagen. Ausgehend von diesen Erfahrungen schlägt sie ein personzentriertes Verständnis der Dolmetscher*innenrolle vor: Im personzentrierten Kontext ist der zu dolmetschende Inhalt die „personale Begegnung“ sowie deren Behinderungen, deren Förderung und Zustandekommen. Als Person, die verstanden haben muss, um weitergeben zu können, wird die Dolmetscher*in zwangsläufig Teil des Gruppenprozesses, dies aber kraft ihrer Funktion nur nebenbei oder heimlich. Die Erfüllung des alten Rollenverständnisses ist nicht durchgängig möglich und führt daher zu einer tiefgreifenden Überforderung der Dolmetscher*in. Weixler beobachtete auch an sich selbst, dass sie die Frauen mit ihrer Funktion „verwechselte“ (Weixler C., 1994, S. 32):

Hätte ich den Mut aufgebracht, eine der beiden Frauen „als Subjekt“ anzusprechen – oder umgekehrt sie mich, oder es hätte eine Facilitation in diese Richtung gegeben – so hätten wir gemeinsam vielleicht ein Stück von ihren und meinen Problemen reflektieren können und hätten so mehr voneinander erfahren.

Es wäre also förderlich gewesen, die Funktion zur Seite zu stellen und die Dolmetscherinnen als Personen wahrzunehmen und anzusprechen. Weixler C. schlägt für zukünftige Workshops daher ihr neues Rollenbild vor und plädiert dafür, gelungene Dolmetschungen als erfreuliche Produkte des Gruppenprozesses zu verstehen (ebd.).

Umgelegt auf das triadische Setting lässt sich formulieren: Die Dolmetscher*in ist in Beziehung zur Situation, zu den Anwesenden, zu den geäußerten Mitteilungen und somit Teil des Gruppenprozesses (der Triade). Denn in ihr entstehen auch Resonanzen:

Bei manchen Frauen bekomme ich mit, dass ihre Geschichte tragisch ist, doch sie erzählen monoton. Dann fühle ich nicht viel in ihrer Stimme und ich fühle selbst weniger. Wenn ich an ihrer Art zu sprechen und an ihren Wörtern die innere Verletzung fühlen kann, bin ich selbst betroffener. (Fischer-Ortman, o. J., S. 44)

Durch das meist angewandte, zeitversetzte Konsekutivdolmetschen kann es für die Psychotherapeut*in hingegen zu einem „Verlust an unmittelbarer Inhalt-Emotion Relation“ (Weixler U., 2009, S. 13) kommen. Die Dolmetscher*in ist in ihrer Kompetenz gefordert, den emotionalen, gefühls- und stimmungs-mäßigen Gehalt in der Verdolmetschung mitzutransportieren. Die Resonanzen der Dolmetscher*in können wichtige Informationen zur Bildung von Verstehenshypothesen liefern und z. B. im Nachgespräch erfragt werden.

Die Dolmetscher*in ist somit *erstens* als Person wahrzunehmen und *zweitens* in ihrer Funktion, jedoch keinesfalls auf letztere zu reduzieren, schon gar nicht in einem mechanistischen Sinne. Mit Gendlin (2008) gesprochen:

Es ist eine menschliche Macht, sich Dinge vorzustellen, die ohne den Menschen da sind. Diese Macht ist ... schrecklich, weil man mit ihr die ganze Welt und sogar den Menschen selbst als einfache Tatsache im Raum anschauen kann und damit schließlich den Menschen als Mensch vergisst ... (ebd., S. 36)

Experienzielles Rollenverständnis

Die Dolmetschwissenschaftlerin Bahadir geht in ihrem Vortrag (2013) davon aus, dass die beiden Gesprächsparteien von der Dolmetscher*in abhängig sind und es daher dem ethischen und professionellen Verhalten von Dolmetscher*innen entspricht, Vertrauen und Nähe aufzubauen. „Nähe“ beinhaltet für Bahadir drei Aspekte (ebd., S. 3): Empathie (Mit-Sein), Beteiligtheit (Da-Sein) und Involviertheit (Dabei-Sein). Die Dolmetscherin ist *mit* jemandem, verspürt Nähe und baut Vertrauen auf (Mit-Sein). Sie ist in der Situation mittendrin (und nicht in einer Dolmetschkabine), in greifbarer Nähe, nicht nur mental, sondern auch *körperlich präsent* (Da-Sein). Die Dolmetscherin *erlebt die Situation* mit, sie ist in die kommunikative Situation involviert, sie spricht mit, sie interveniert (Dabei-Sein).

Mit der Betonung der körperlichen Präsenz der Dolmetscher*in und ihrem Miterleben der Situation liefert Bahadir (2007) Anknüpfungspunkte zur Experiencing-Theorie von Gendlin. Gendlin betont, dass wir die Situation *sind*, dass der Körper die Situation *ist*, dass „*der lebendige Körper Interaktion ist*. In ihm selbst ist alles Interaktion und er ist auch Interaktion mit der Welt um ihn herum.“ (Zit. n. Wiltschko, 2008, S. 115). So betrachtet ist die Dolmetscher*in Teil der Situation, im Gendlinschen Sinne *ist* auch ihr Körper die Situation. In der Triade ist sie zudem die Einzige, die beide Gesprächsparteien sprachlich versteht und so den Überblick über den gesamten (Kommunikations)prozess hat. Den Resonanzen (Felt Sense), die in ihr in dieser Position im „Dazwischen-Raum“ (Bahadir, 2007) entstehen, kommt auf jeden Fall große Bedeutung zu.

In ihrer Dissertation sieht Bahadir (2007) Dolmetscher*innen

... der Situation ausgesetzt als „Ich“, d. h. Mensch-in-Kultur(en) mit „multiplen“ Identitäten, die „Anderen“ als Mensch(en)-in-Kultur(en) mit „multiplen“ Identitäten wahrzunehmen, zu beobachten, zu verstehen, zu beschreiben, zu bewerten, d. h. *zwischen sich selbst und den Anderen, zwischen den Einen und den Anderen zu vermitteln* [Hervorhebung v. Verf.]. In dieser vielschichtigen Vermittlungssituation ... benötigen [sie] einen multiplen und fließenden Identitätsrahmen, in dem sie sich dem Dilemma der schon immer als unlösbar betrachteten Dichotomie stellen: Durch die Verabschiedung des monolithischen Ideals der neutral-objektiv-faktisch-distanzierten Außenperspektive und durch die Akzeptanz der gleichzeitigen Präsenz der perspektivisch-subjektiv-teilnehmend-nahen Innenperspektive wird sich die Dolmetsch(forscher)in nicht nur einer unveränderlichen Bedingung bewusst, sondern auch des kreativen Potenzials dieser „verrückenden“ Positionierung. (ebd., S. 19)

Ausgehend von der Aussage, dass die Dolmetscher*in nicht nur „zwischen den Einen und den Anderen“, sondern auch „zwischen sich selbst und den Anderen“ dolmetscht, wird deutlich, dass die Dolmetscher*in die Äußerungen, ja die gesamte Situation, in der sich alle Beteiligten befinden, in ihren Körper, in ihr Erleben, hereinnimmt (siehe auch das „Einverleiben und Verdauen des Originals“, Vieira & Wußler, 1997) und den translatorischen Transferprozess auf diese Weise ausführt. Dolmetschen bedeutet so gesehen immer Veränderung und Interpretation, was nicht heißt, dass nicht gleichzeitig Vollständigkeit und Genauigkeit im Sinne der berufsethischen Prinzipien angestrebt wird. Diese Interpretationsmacht wird jedoch allgemein ungern mit Dolmetscher*innen geteilt (Prunč, 2002). Daher spielt Vertrauen zu den Gesprächsbeteiligten eine so große Rolle. Letztendlich ist die Dolmetscher*in aber immer eine Interpretin. Sie gibt das Gehörte so weiter, wie sie es verstanden hat.

So gesehen werden herkömmliche Vorstellungen einer „neutralen“ Dolmetscher*in obsolet und es wird deutlich, dass Verdolmetschungen etwas erschaffen und verändern, „kurz: dass Translationen nicht das Gleiche produzieren, sondern (schon) immer verändern“ (Bahadir, 2007, S. 20).

Dieses Verständnis von Dolmetschen als einem Prozess, der Veränderung beinhaltet, gilt es als Grundhaltung zu verinnerlichen. Verglichen mit dem bisher vereinfachenden, mechanistischen Rollenbild, mag dieses Verständnis auf den ersten Blick eine Verkomplizierung darstellen. Dennoch bringt diese Sichtweise eine enorme Entlastung, da sie der Komplexität des dolmetschvermittelten Settings gerechter wird und auch zu neuen, kreativen Möglichkeiten im Umgang damit einlädt. Kluge und Kassim (2006) bringen es auf den Punkt:

Die Nichtbeachtung der Einflüsse und der daraus erwachsenden „Störungen“ führen zu einer Verkennung der „Realität“ des Settings. Die Einflüsse sind existent und der Wunsch der Kontrollierbarkeit ist nicht über ihre Negierung möglich. Damit würden sie zu einem „blinden Fleck“, d. h. nicht mehr sichtbar sein. In der Beziehung würden sie dadurch unbemerkt wirksam bleiben. Aus diesem Grund scheint es sinnvoll, sie in den Blick zu nehmen, sie sichtbar und erfahrbar zu machen. (ebd., S. 181).

Als Psychotherapeut*in gilt es daher, die Dolmetscher*in von Beginn an als ganze Person mit ihren Identitäten, Rollen und Gefühlen sowie als Teil des Beziehungsgeschehens in der Triade aufzufassen und im therapeutischen Prozess mitzudenken bzw. mit ihr gemeinsam zu reflektieren. Die Dolmetscher*in wiederum benötigt Unterstützung dahingehend, wie sie lernen kann, mit den durch die Beteiligung in psychotherapeutischen Settings bei ihr ausgelösten Emotionen und Resonanzen in professioneller Weise umzugehen.

*Als Psychotherapeut*in in diese Grundhaltung kommen*

Auch wenn bei einer personzentrierten Psychotherapeutin (Interview 2, Pinzker, 2015) die Botschaft von der Dolmetscher*in als „Mensch und nicht eine Maschine“ und „immer auch eine Interpretin“ (ebd., S. 42) bereits angekommen zu sein scheint, so ist gleichzeitig immer noch das herkömmliche Rollenverständnis für sie handlungsleitend: „je besser sie verschwinden kann, umso besser“ (ebd.).

Es ist offensichtlich nicht so einfach, die neue Haltung zu verinnerlichen. Auch die Erfahrungen im Rahmen der „Dolmetschinszenierungen“ in der Ausbildung von Fachdolmetscher*innen an der Universität Germersheim⁵ zeigen dies. „Dolmetschinszenierungen“ sind eine von Bahadir (2010) aus der Translationswissenschaft, Anthropologie, Ethnologie, Soziologie, Theaterpädagogik, Performance Studies interdisziplinär entwickelte neue, erfahrungsorientierte Methode des Dolmetschunterrichts. Fachkräfte werden eingeladen, mit den Dolmetschstudierenden möglichst authentische Situationen aus der Praxis in den Inszenierungen zu spielen und zu erleben. Eine Psychologin, die schon mit Dolmetscher*innen gearbeitet hatte, bevor sie zu den „Dolmetschinszenierungen“ kam, sagte im Laufe des ersten Inszenierungstags plötzlich: „Ich spreche ja die ganze Zeit ums Eck“. Und am zweiten Tag rief sie aus: „Jetzt wird mir erst klar, die Dolmetscher*in ist ja ein Mensch“ (Bahadir, persönl. Mitteilung, 05.12.2013). Es kann davon ausgegangen werden, dass sie in beiden Fällen einen *Felt Shift* erlebte.

Das Beispiel zeigt die Notwendigkeit von Schulungsmaßnahmen auf. Im Rahmen zweier gemeinsam gestalteter Workshops auf dem 8. DTPPP-Kongress (Bahadir & Pinzker, 2014) sowie auf der ÖGWG-Woche 2015⁶ stellten wir die Dolmetschinszenierungen verknüpft mit Focusing als Schulungsmethode für das triadische Setting vor. Auch Kluge (2017) betont, dass sowohl Behandler*innen als auch Dolmetscher*innen für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Klient*innen Fortbildungen für das Setting benötigen.

Das triadische Setting als eigenständiges Setting begreifen

Durch die Anerkennung der Einflussnahme der Dolmetscher*in auf das Beziehungsgeschehen ergibt sich als logische Konsequenz, die triadische Psychotherapie als eigenständiges, erst zu konzipierendes Setting zu begreifen. Therapeutin 2 bei Köllmann (2011) versteht die Psychotherapie zu dritt als ein

völlig anderes Konzept, welches sie unabhängig von der therapeutischen Dyade auf seine individuellen Vor- und Nachteile hin beurteilt. „Ich habe andere Chancen, ich habe andere Möglichkeiten.“ (Ebd., S. 123) Kluge (2007, S. 360) ergänzt: „Vor diesem Hintergrund sollte eine solche Dreierkonstellation konzeptionell als Triade (Dreiersetting im Sinne einer Kleingruppe) erfasst werden, statt als Dyade (Zweiersetting), zu der eine dritte Person (Dolmetscher) hinzukommt.“ Konzepte, die in Zukunft auf diese Weise entstehen werden, fußen auf einer völlig anderen Haltung dem Setting gegenüber als bisher.

Aspekte der Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in

Die Beziehung ist eine von personzentrierter Haltung getragene persönlich-kollegiale und professionelle

Aus dem oben dargestellten Rollenverständnis der Dolmetscher*in als, erstens, in der Triade beteiligte *Person*, die, zweitens, eine bestimmte *Funktion* innehat, ergibt sich, dass auch die Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in, sowohl eine *persönliche* (von personzentrierter Haltung getragene kollegiale Beziehung), als auch *professionelle* (interdisziplinäre Zusammenarbeit zweier Professionist*innen) sein muss. Die Psychotherapeut*in in Pinzker (2015), die sich im Spannungsfeld zwischen dem herkömmlichen Rollenbild und ihrer personzentrierten Haltung befindet, sagt: „Ich kann nicht Menschen [die Dolmetscher*in] ganz abdrehen, ja. Also da, würd ich sagen, ist auch so, diese Haltung, ich bin auch dem Dolmetscher klientenzentriert irgendwo verpflichtet“ (ebd., S. 50). Eine „zweckorientierte Beziehung, die letztlich stabil ist, obgleich die Partner sich persönlich nicht sonderlich verstehen“ (Höger, 2013, S. 5) ist für die Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in aus personzentrierter Perspektive nicht denkbar. Im Datenmaterial unserer Studie (Pinzker, 2015) heißt es oft, Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in müssen sich „sympathisch sein“, „einander mögen“, um gegenseitiges Vertrauen herstellen zu können. Sie müssen an einer tragfähigen Beziehung arbeiten, die es Ihnen ermöglicht, Konflikte und Spannungen offen zu legen und zu klären, damit der Beziehungsraum zwischen beiden (möglichst) frei ist, wenn sie in der Triade arbeiten.

*Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in bilden ein Team*

Das Datenmaterial zeigt, dass Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in sich als Team verstehen sollten. Dafür braucht es Räume des Kennenlernens, des Austausches und der Reflexion. Rogers (1980a/2007) fand mit seinem Leitungsteam heraus, dass

5 <http://www.fbo6.uni-mainz.de/deutsch/659.php> [25. 5. 2018]

6 http://www.fbo6.uni-mainz.de/deutsch/Dateien/Dolm.insz._OeGWG-Woche%202015_Dreisamkeit%20im%20Therapiezimmer.pdf [25. 5. 2018]

es förderlich und wesentlich für die dann folgende Arbeit mit einer Gruppe war, dass sich das Leitungsteam ein paar Tage vor dem Workshop traf. Statt Pläne, Programme und Aktivitäten vorzubereiten, wie sie es anfangs taten, kamen sie zum Schluss, dass es am wichtigsten war, „daß wir *uns* vorbereiten“ (ebd., S. 90). Die Ziele, die sie in diesen Tagen verfolgten, beschrieb Rogers so:

- Wir sind völlig offen – zuerst zueinander und später zur ganzen Gruppe;
- wir sind bereit, neue und unbekannte Bereiche unseres eigenen Lebens zu erforschen;
- wir akzeptieren uneingeschränkt die Unterschiede, die zwischen uns bestehen;
- wir sind offen für die neuen Lernerfahrungen, die wir auf unserer „Reise nach innen“, angeregt durch unsere Team- und Gruppenerfahrungen machen werden (ebd.).

Für Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in gilt in ähnlicher Weise, dass sie sich gemeinsam vorbereiten und eine tragfähige Beziehung zueinander etablieren, um die personenzentrierten Haltungen in immer stärkerem Ausmaß gemeinsam in die Triade hineinzutragen. Voraussetzung dafür sind natürlich entsprechende Rahmenbedingungen (z. B. Zeitrahmen).

Im Idealfall bildet eine Psychotherapeut*in mit einer oder mehreren Dolmetscher*innen jeweils ein kontinuierlich zusammenarbeitendes Team. Je nach Klient*in wäre es wünschenswert, wenn die Psychotherapeut*in auf verschiedene Dolmetscher*innen zurückgreifen bzw. auch die Klient*in die Dolmetscher*in wählen lassen könnte. In der Praxis ist dies häufig nur eingeschränkt oder gar nicht möglich. Zweifelsohne bringt die Dolmetscher*in eine Reihe von Merkmalen und Eigenschaften mit, welche das Beziehungsgeschehen beeinflussen. Im Datenmaterial erwähnt werden: Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Migrant*in erster oder zweiter Generation, Ethnie, Clan/Stamm, soziale Schicht, Bildungshintergrund, ausgebildete Konferenzdolmetscher*in oder (un)geschulte Laiendolmetscher*in, Religionszugehörigkeit, bis hin zu politischen Überzeugungen, latent rassistischen Haltungen, äußere Erscheinung, Kleidung etc. Die Psychotherapeut*in muss die Passung der Dolmetscher*in zur Klient*in von Beginn an im Blick haben und natürlich auf Misstrauen der Klient*in gegenüber der Dolmetscher*in eingehen und überprüfen, ob der Beginn einer Psychotherapie in einer bestimmten Konstellation überhaupt möglich ist.

*Mehr Austausch zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in*

Beziehungen lassen sich über verschiedene Merkmale beschreiben. Eines davon sind die „eine Beziehung konstituierenden

Interaktionen und Kommunikationen“, das heißt, *was* die Beteiligten an einer Beziehung, *wie* und *wie häufig* miteinander tun oder auch nicht tun (Höger, 2013, S. 2). Bezogen auf Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in sind dies potenziell: Kennenlernen, gemeinsame Einschulung, weiterführende begleitende Schulungsmaßnahmen, Vorgespräch (bevor die Klient*in kommt), Zusammenarbeit in der Triade, Nachgespräch (nachdem die Klient*in gegangen ist), Team-Sitzungen, Supervisionen, Intervisionen, eventuelle sonstige gemeinsame Unternehmungen (Mittagessen, Betriebsausflug o. ä.). In der Praxis finden diese Austauschmöglichkeiten aus zeitlichen und finanziellen Gründen nur erheblich eingeschränkt statt, was im Datenmaterial immer wieder beklagt wird.

Gemeinsame spezifische Schulung

In Pinzker (2015) wird eine – zumindest in Teilen – gemeinsame Schulung von Psychotherapeut*innen und Dolmetscher*innen vorgeschlagen. Auf diese Weise machen sie gemeinsame Erfahrungen, etablieren einen interdisziplinären Austausch und gemeinsame Reflexion und gehen von einem einheitlichen Rollenverständnis aus. Ansonsten laufen beide Gefahr, in der Zusammenarbeit (un)bewusst inkompatiblen Modellen zu folgen (Bot, 2005). Parallel zu den laufenden Psychotherapien braucht es dann weiterhin Räume für gemeinsamen Austausch und Reflexion und nicht nur getrennte Supervisionen für Psychotherapeut*innen und Dolmetscher*innen. Es ist auch unabdingbar, dass Dolmetscher*innen in die Personenzentrierte Psychotherapie und Traumatherapie eingeführt werden. Im Idealfall wird bei ihnen ein Entwicklungsprozess angestoßen, die personenzentrierten Haltungen immer mehr zu verinnerlichen, um den therapeutischen Prozess möglichst gut mittragen zu können.

*Psychohygiene liegt in der Eigenverantwortung der Dolmetscher*in*

Ein weiteres Beziehungsmerkmal ist das „Geben und Nehmen in Beziehungen“ (Höger, 2013, S. 3). Im Datenmaterial wird eine Entwicklung deutlich, wenn es um die „Sorge“ bzw. „Verantwortung“ der Psychotherapeut*in für das psychische Wohlergehen (v. a. Schutz vor sekundärer Traumatisierung) der Dolmetscher*in geht. „Das ist auch oft so, wenn es heftig wird, da muss man fast beide, Klientin und Dolmetscherin, begleiten“ (Degenhardt, 2012, S. 78). Durch Nachgespräche kann so eine Psychotherapeut*in-Klient*in Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in entstehen. Psychotherapeut*innen berichten, dass sie im Laufe ihrer Tätigkeit immer mehr davon abkamen, sich für die Dolmetscher*innen im Gesamten verantwortlich zu fühlen. „Ich bin nicht die Therapeutin

von der Dolmetscherin und sie nicht die meine, ja.“ (Köllmann, 2011, S. 116). Begründet wird dies vor allem mit eigenen Supervisionsangeboten für die Dolmetscher*innen. Letztere werden bislang von Dolmetscher*innen jedoch oft nicht wahrgenommen. Die Vermutung liegt nahe, dass dies u. a. an ihrem Selbstverständnis liegt und sie sich noch kaum als beteiligte, einflussnehmende Person im therapeutischen Beziehungsgeschehen begreifen (dürfen). Erst wenn Psychotherapeut*innen *und* Dolmetscher*innen diese Realität der Dolmetscher*in anerkennen, wird der Dolmetscher*in ihre Verantwortung für eine ständige Reflexion ihrer Tätigkeit bewusster, als bei einer als machbar angenommenen „unbeteiligten Neutralität“ (Bahadir, 2007). Das Bewusstsein dafür, die Verantwortung für die eigene Psychohygiene zu übernehmen, wird auch durch vermehrte Schulung der Dolmetscher*innen wachsen. Im Curriculum von QUADA⁷ (Qualitätsvolles Dolmetschen im Asylverfahren) sowie im „Basiskurs Kommundolmetschen“⁸ am Weiterbildungsinstitut der Universität Graz sind die Module „Psychisches Erleben von Dolmetscher*innen“ bzw. „Umgang mit belastenden Dolmetschersituationen“ bereits fixe Bestandteile. Bei den Therapiesitzungen entstehen in der Dolmetscher*in Resonanzen und Gefühle, welche die Verdolmetschung beeinflussen und die Dolmetscher*in vor, während oder nach dem Gespräch belasten können. Dolmetscher*innen müssen lernen, wie sie mit dem Beziehungs- und Gefühlsgeschehen bewusster umgehen und sich davon auch entsprechend abgrenzen können. Dazu benötigen sie Kompetenzen wie z. B. Freiraum schaffen. In die neuere Dolmetsch-Didaktik hat der Umgang mit Gefühlen inzwischen auch Eingang gefunden (Bahadir, 2007, 2010; Kadrić, 2011).

Rivalität und Konkurrenz

Wird der Beziehungsraum in der Triade anstatt wie bisher in der Dyade gesehen, so sind Koalitionsbildungen in einer Dreierkonstellation ein natürliches Phänomen, mit dem zu rechnen ist. Umso mehr, als sich Klient*innen, vor allem am Beginn der Psychotherapie, häufig der Dolmetscher*in näher fühlen (können). Dies kann auch durch körperliche Zugewandtheit und den Blickkontakt erkennbar sein. Die Dolmetscher*in spricht ihre Sprache, sie ist zunächst diejenige, die sie versteht. Die Dolmetscher*in kann hier durch entsprechende Haltung (z. B. Empathie) therapeutische Qualitäten im Sinne des Personenzentrierten Ansatzes verwirklichen. Die Psychotherapeut*in wird möglicherweise zur Fremden (Dritten)

(Kluge, 2007). Dolmetscher*innen können beginnen, sich für die „besseren Verstehende*innen“ zu halten, Psychotherapeut*innen sich fremd und ausgeschlossen fühlen. Dies muss gemeinsam reflektiert werden, sonst kann es zu unterschwelliger Rivalität und Konkurrenz zwischen den beiden kommen. Es ist sinnvoll, den triadischen Prozess in Phasen zu denken. Die Dolmetscher*in hat für den Vertrauensaufbau eine wichtige Brückenfunktion inne. Durch die bestehende tragfähige Beziehung zur Psychotherapeut*in, die auch die Klient*in spüren wird, und das möglicherweise anfänglich mehr ihr entgegengebrachte Vertrauen seitens der Klient*in kann sie wesentlich dazu beitragen, dass auch zwischen Klient*in und Psychotherapeutin eine Vertrauensbasis entsteht. Sie kann das ihr entgegengebrachte Vertrauen sozusagen zur Psychotherapeut*in um- bzw. weiterleiten und muss sich dieser Verantwortung und Aufgabe bewusst sein.

Expertenmacht

Im Rahmen des Beziehungsmerkmals „Geben und Nehmen in Beziehungen“ spielen neben „Konflikten“ (siehe oben: Rivalität und Konkurrenz) auch „Macht, Einfluss und Kontrolle“ stets eine Rolle (Höger, 2013, S. 4).

Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, ob Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in in der Triade gleichgestellt seien. Auch wenn es vielfach gewünscht wird, so scheitert die Gleichstellung zweier Expert*innen, die auf Augenhöhe zusammenarbeiten, oftmals an den fehlenden oder lediglich geringen dolmetsch- und therapiespezifischen Qualifikationen der Laiendolmetscher*innen.

Die Kompetenzen, und damit die „Expertenmacht“ (Höger, 2013, S. 4) von qualifizierten Dolmetscher*innen umfassen zusammengefasst nach Pöchlhacker (2000): Sprachkompetenz, Kulturkompetenz, Transferkompetenz sowie Kompetenz in Bezug auf Prä- und Postinteraktion, eingebettet in ein Bewusstsein für Ethik und Rolle. Kadrić (2011) erweitert das Modell um die Entwicklung der „emotionalen Kompetenz“ (ebd., S. 25) ebenso wie Bahadir (2007, 2010), die die Schwerpunkte auf Empathiefähigkeit, Selbst- und Fremdrelexionskompetenz, Kritikfähigkeit und Entscheidungskompetenz legt. Ihr Ziel ist die Ausbildung der Dolmetscher*innen zu Expert*innen des kulturellen, sozialen und politischen Dazwischen-Raums, in dem sie sich in der triadischen Situation befinden (Bahadir & Pinzker, 2015).

Weitgehende Einigkeit herrscht darüber, dass die Psychotherapeut*in die „Überaufsicht“ und die „Führung“ in den Therapiesitzungen und über den Therapieprozess haben sollte. Diese Idee des „Führens“ sei Therapeut*innen mangels bisheriger Notwendigkeit oftmals auch wenig vertraut (Weixler U., 2009, S. 12). Es scheint auch eine Verführbarkeit zu geben, an

7 <http://www.unhcr.org/dach/at/trainingshandbuch> [25. 5. 2018]

8 <http://www.uniforlife.at/sprache-kommunikation/detail/kurs/kommundolmetschen-basiskurs-grundlagen-und-basiskompetenzen/> [25. 5. 2018]

die Dolmetscher*in Verantwortung zu delegieren, welche diese aber nicht tragen kann und soll.

Die juristisch definierte Behandlungsverantwortung gegenüber der Klient*in sowie Institutionen, Kassen u. a. liegt vollumfänglich bei der Psychotherapeut*in. Wenn im Folgenden von „teilbarer“ Verantwortung zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in die Rede ist, so bezieht sich diese ausschließlich auf die Prozessqualität im Sinne der Interaktionen in der Triade.

Je geschulter die Dolmetscher*innen und je höher ihr Grad der Realisierung der personenzentrierten Grundhaltungen, umso mehr könnte auf einer soliden, verantwortbaren Basis auch Macht geteilt werden. Rogers' Lernerfahrungen innerhalb seines Leitungsteams führten ihn zum Eindruck, dass er „keine besondere Verantwortung für den Workshop trage, daß wir die Verantwortung gemeinsam tragen ... Mein Vertrauen in die kollektive Weisheit des Teams ist zu einem tiefen Vertrauen in die kollektive Weisheit der ganzen Workshop-Gemeinschaft geworden“ (Rogers, 1980a/2007, S. 92). Hier gilt es in zukünftiger Forschung und Weiterentwicklung des Konzeptes triadischer Psychotherapie zu überlegen, inwiefern diese – aus dem Selbsterfahrungskontext stammenden – Gedanken Rogers', auch für die Triade nutzbar gemacht werden könnten.

In Tribe & Raval (2002) beschreiben systemische Psychotherapeut*innen, wie sie Verantwortung und Macht mit den Dolmetscher*innen teilen, indem sie sie „as an important partner in the co-creation of a web of meanings“ begreifen (Raval, 2002, S. 131). Messent (2002) lud z. B. seine Dolmetscher*in bewusst ein, von ihren eigenen Erfahrungen zu erzählen, die jener der Klientin sehr ähnlich waren. Personenzentriert gesprochen, eine Einladung zum „Selbsteinbringen“. Ein solches Vorgehen setzt personenzentrierte Schulung und das Einverständnis der Dolmetscher*in voraus. In einem anderen Fall diskutierte Messent mit Dolmetscher und Klient gemeinsam die Situation des Sohnes des Klienten. Wesentlich dabei war die Haltung des Dolmetschers: „[he] offered some difference without ever implying that the father was wrong ... It is in a climate of mutual respect of one another's knowledge and experience that different views and perspectives can be entertained“ (ebd., S. 141). Mit geschulten und (selbst)erfahrenen Dolmetscher*innen in einer kontinuierlichen Zusammenarbeit wäre es möglich, deren kulturelle Expertise und Vorschläge einzubeziehen. Entscheidend wäre dabei die Haltung (unbedingte positive Beachtung) der Dolmetscher*innen, mit welcher sie diese einbringen. Vom Wissen und den Erfahrungen aller Beteiligten in der Triade kann erheblicher therapeutischer Nutzen gezogen werden. Dies entspricht dem Verständnis der Gruppe als eines wissenden Organismus mit seiner ihm eigenen Aktualisierungstendenz (Rogers 1970a/1974). Dies ginge in Richtung einer co-therapeutischen, erweiterten Rolle der Dolmetscher*in, die zur Diskussion gestellt wird.

Kontrovers diskutiert wird im Datenmaterial, ob die Dolmetscher*in auch Kulturmittler*in sei oder nicht. Aus translationswissenschaftlicher Sicht ist dies eindeutig zu beantworten. Dolmetschen zwischen Sprachen bedeutet immer gleichzeitig auch Dolmetschen zwischen Kulturen. Sprache und Kultur sind untrennbar miteinander verbunden und bedingen sich wechselseitig (Prunč, 2012). Dolmetscher*innen erkennen kulturell geprägte Vorstellungen, Bezeichnungen und Verhalten und machen die Gesprächsteilnehmer*innen, falls nötig, auf (potenzielle) kulturell geprägte Missverständnisse aufmerksam. Sie bitten Gesprächsbeteiligte, Kulturelles zu erläutern und dolmetschen diese Erklärungen (Pöllabauer, 2006). Natürlich kann „selbst die erfahrenste und beste DolmetscherIn nicht jede Facette einer Kultur repräsentieren“ (Stojanowa, 2012, S. 61). Im Sinne seines oben erwähnten co-therapeutischen Rollenverständnisses ergänzt Messent (2002): „Rather than treating interpreters as all-knowing experts in their own culture, it seems to me more realistic to make use of their perspective in therapy as one amongst many that may be helpful to the family“ (ebd., S. 140). Gerade im Bereich des kulturellen Wissens gilt es, der Dolmetscher*in Expertenmacht zuzugestehen.

Interpretationsmacht

Wie auch anderen Professionen fällt es Psychotherapeut*innen nicht leicht, die „Interpretationsmacht“ (Prunč, 2002, S. 148) mit Dolmetscher*innen zu teilen. Dolmetschen bedeutet, wie oben ausgeführt, in gewisser Weise immer interpretieren und verändern. In der Psychotherapie wird Sprache zudem sowohl als diagnostisches als auch therapeutisches Mittel eingesetzt. Der – wohlgernekt illusionäre – Wunsch nach „wortwörtlicher“, „wortgetreuer“, „ungefilterter“ Verdolmetschung, wie er aus unzähligen Leitfäden hervorgeht, ist daher durchaus nachvollziehbar. Die Position der Dolmetscher*in eröffnet zudem die Möglichkeit, bewusst Informationen unter den Tisch fallen zu lassen, etwas hinzuzufügen etc. Das Prinzip der Genauigkeit und Vollständigkeit gehört zum Berufsethos⁹ und ist in seiner Umsetzung abhängig von den vorhandenen translatorischen Kompetenzen. Durch Schulungen und Supervision muss die Dolmetscher*in lernen, mit ihrer Macht ethisch verantwortungsvoll umzugehen und ihre Tätigkeit ständig zu reflektieren. So kann sie z. B. Färbungen, die sie den Verdolmetschungen (un)bewusst mitgibt, sich immer bewusster werden und diese vermeiden lernen. Weixler U. (2009, S. 12) tritt dafür ein, „der Dolmetscherin zu vertrauen und ihre Kompetenz als Sprachspezialistin wertzuschätzen, auch wenn das Kontrollbedürfnis groß sein mag.“ Kürzere oder längere Verdolmetschungen sind

9 Zu berufsethischen Prinzipien im Kommunaldolmetschen vgl. Reyer (2016).

beispielsweise aufgrund der Asymmetrie der Sprachen kein zuverlässiger Indikator für Auslassungen oder Hinzufügungen. Hier ist somit ein Bereich für potenzielles Misstrauen und Konflikte in der Beziehung angelegt, womit es einen reflektierten Umgang zu finden gilt. Weixler U. (2009, S. 21) plädiert für

Mehr Vertrauen als Kontrolle: Die Arbeit der Dolmetscherin geht weit über das Übersetzen des Gesagten hinaus, denn oft muss das Gemeinte, die Stimmung übersetzt werden. Dies fällt eindeutig in die Kompetenz der Dolmetscherin und sollte von der Therapeutin nicht in Frage gestellt werden.

Die den Worten der Psychotherapeut*in zugrundeliegende personenzentrierte Haltung in den Dolmetschungen mitzutransportieren, stellt m. E. eine der größten Herausforderungen für Dolmetscher*innen in der Personenzentrierten Psychotherapie dar. Ich erinnere mich selbst gut daran, wie ich als Dolmetscherin immer wieder deutlich spürte, dass ich für Interventionen zwar die sprachlich korrekte Formulierung fand, aber die zugrundeliegende Haltung, mit der die Worte aus meinem Mund kamen, nicht jener der Psychotherapeutin entsprach.

Informationsmacht

„Informationsmacht“ liegt vor, wenn eine Person für eine andere den Zugang zu wichtigen Informationen kontrollieren kann (Höger, 2013, S. 4). In der Triade kontrolliert die Dolmetscher*in jeweils den Zugang zu den Äußerungen der beteiligten Personen. Psychotherapeut*in und Klient*in könnten ohne Dolmetscher*in nicht (verbal) miteinander kommunizieren und sind daher von ihr abhängig. Mit dieser Abhängigkeit und dem gleichzeitigen Kontrollverlust gilt es sich anzufreunden und Wege zu finden, der Dolmetscher*in zu vertrauen. Daher ist der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung, die einen offenen Austausch zwischen Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in ermöglicht, so essenziell.

Legitimierte Macht

Psychotherapeut*innen teilen weiters die Macht in Bezug auf die Steuerung des Gesprächsflusses mit der Dolmetscher*in. Diese „legitimierte Macht“ beruht auf den Funktionen einer bestimmten Rolle (Höger, 2013, S. 4). Es gehört zur Aufgabe von Dolmetscher*innen, beim konsekutiven Dolmetschen verbal oder nonverbal in das Gespräch einzugreifen, wenn die Sprecher*innen nicht in regelmäßigen Abständen Pausen machen oder zu schnell sprechen, so dass sie nicht folgen können. Sie regeln den Gesprächsfluss (Sprecher*innenwechsel) so, dass eine Verdolmetschung möglich wird. Sie stellen Rückfragen, wenn sie die Sprecher*innen nicht verstehen, weil diese zu schnell, zu leise etc. sprechen, Ausdrücke verwenden, die sie nicht kennen oder sich nicht sicher sind, ob sie selbst richtig verstanden

haben. (Pöllabauer, 2006). Je nach Qualifikation beherrschen sie eine spezielle Notizentechnik, die es ihnen ermöglicht, auch längere Passagen vollständig wiederzugeben.

Im Rahmen von Psychotherapie ist dieses Eingreifen ein sensibler Bereich, da allein die Unterbrechung einer Klient*in an einer bestimmten Stelle bereits einer Intervention gleichkommen kann. Es ist sinnvoll, wenn Psychotherapeut*in und Dolmetscher*in sich im Vorfeld überlegen, wie sie mit leise sprechenden oder wortschwallartig erzählenden Klient*innen umgehen werden. Bei Letzteren bietet sich simultanes Dolmetschen an, weil die „Emotion-Inhalt Relation“ (Weixler U., 2009, S. 13) dadurch wieder stärker gegeben ist. Die Psychotherapeut*in ist unmittelbarer dran und kann die Klient*in leichter selbst unterbrechen. Simultandolmetschen kann jedoch als störend und anstrengend empfunden werden und wird daher manchmal abgelehnt. Laiendolmetscher*innen sind zudem mit der Simultantechnik nicht vertraut.

Die Verlangsamung durch das überwiegend angewandte Konsekutivdolmetschen wird im Datenmaterial vielfach als bisher einer der wenigen Vorteile des Settings betrachtet. Die Psychotherapeut*in kann ihre Aufmerksamkeit auf Nonverbales (seitens Klient*in und Dolmetscher*in) lenken und hat mehr Zeit, sich Interventionen zu überlegen.

In jeder Triade braucht es eine gewisse Zeit, bis sich ein gemeinsamer Rhythmus einstellt. Dies kann als eine bestimmte Phase in der triadischen Psychotherapie gesehen werden.

Kontinuität und Qualität der Beziehungen in der Triade

Die Verbindlichkeit (Commitment) ist ein weiteres Merkmal, mit welchem sich Beziehungen beschreiben lassen. Hier lassen sich die Aspekte der Kontinuität und der Qualität unterscheiden (Höger, 2013).

Die Wichtigkeit des kontinuierlichen Einsatzes derselben Dolmetscher*in in einer Triade wird betont und ein Wechsel der Dolmetscher*in als ebenso schwerwiegend angesehen wie ein Wechsel der Therapeut*in (Degenhardt, 2012). Einen – aus welchen Gründen auch immer – nicht vermeidbaren Dolmetscher*innenwechsel gilt es, in den Sitzungen gut vorzubereiten – und der Verabschiedung der Dolmetscher*in Raum zu geben.

In Bezug auf die Qualität der Beziehung gibt es auch Situationen, wo ein Dolmetscher*innenwechsel seitens der Klient*in dezidiert gewünscht wird und auch aus Sicht der Psychotherapeut*in sinnvoll erscheinen kann. Wesentlich ist, das Beziehungsgeschehen im Sinne von Beziehungsklären zu thematisieren, bevor entschieden wird, die Dolmetscher*in zu wechseln.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Dolmetscher*in ist, basierend auf einer reflektierten Grundhaltung und ausgehend von einem personenzentrierten und experienziellen Verständnis ihrer Rolle erstens, als *Person* in der Triade wahrzunehmen, die, zweitens, bestimmte *Funktionen* erfüllt. Die vorgestellte, den komplexen Abläufen im triadischen Beziehungsgeschehen gerechter werdende Auffassung des Dolmetschprozesses und der Rolle der Dolmetscher*in führen zur Erkenntnis, dass triadische Psychotherapie als eigenständiges und erst zu konzipierendes Setting zu begreifen ist. Ausschlaggebend bei der Konzeptionsarbeit sind das Vorwissen und die Haltung, auf welchen diese basiert. Bisher überwog ein meist nicht bewusstes „Dyade-Denken“, welches „blinde Flecken“ in Bezug auf das Setting erzeugte. In Zukunft gilt es, das komplexe Beziehungsgeschehen in Theorie, Forschung und Praxis mehr in den Blick zu nehmen und die Dolmetscher*in als einflussnehmende Größe zu berücksichtigen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Translations- und Psychotherapiewissenschaft und anderen Disziplinen ist dabei unabdingbar. Sowohl Psychotherapeut*innen als auch Dolmetscher*innen benötigen Schulungen für die Zusammenarbeit in der Triade. „Dolmetschinszenierungen“ in Verbindung mit Focusing wären als Methode geeignet. Im Idealfall finden diese teilweise gemeinsam statt, um von Beginn an interdisziplinären Austausch und gemeinsame Reflexion zu fördern und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die „Translationskultur“ (Prunč, 2012) und deren Normen, wie in allen Einsatzbereichen von Dolmetscher*innen, auch im Feld der Psychotherapie eine von allen Beteiligten gemeinsam auszuhandelnde und veränderbare ist. Eine Verankerung von kooperativer Lehre in den Regelcurricula beider Professionen wäre sinnvoll.¹⁰

Ziel für die Zukunft wird es sein, triadische Psychotherapie ganz selbstverständlich in bisherige Settings wie dyadische, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie einzureihen. Die Dolmetscher*in ist sowohl konzeptionell als auch budgetär nicht als „Zusatz“ zu verstehen, sondern als *integrativer* Bestandteil triadischer Psychotherapie. „[Sie] ist im Idealfall nicht lediglich ‚Sprachrohr‘ oder ‚Übersetzungsmaschine‘, sondern bringt sich als Person in das therapeutische System ein. Wenn die Dolmetscherin spür- und wahrnehmbar ist, kann die Dreisamkeit im Therapiezimmer positiv und fördernd wirken ...“ (Truschnig & Arbeiter, 2014, S. 7).

Literatur

- Bahadir, Ş. (2007). *Verknüpfungen und Verschiebungen*. Dolmetscherin, Dolmetschforscherin, Dolmetschausbilderin. Berlin: Frank & Timme.
- Bahadir, Ş. (2010). *Dolmetschinszenierungen*. Kulturen, Identitäten, Akteure. Berlin: Saxa Verlag.
- Bahadir, Ş. (2013). *Loyalität und Neutralität*. Das große Paradoxon des Dolmetschens. Vortrag am 3. 12. 2013 am Zentrum für Translationswissenschaft in Wien. [Unveröffentlicht, Transkript des Tonmitschnitts].
- Bahadir, Ş. & Pinzker, I. (2014). *Performativität und Ereignis im interkulturellen Raum: Therapierende/zur therapierende Körper und dolmetschende Körper in Interaktion*. Abstract zum Workshop im Rahmen des „8. Kongresses der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum (DTPPP)“ am 13. 9. 2014 in Wien. Verfügbar unter http://www.fbo6.uni-mainz.de/deutsch/Dateien/Programm__DTPPP_September_2014.pdf [4. 1. 2015]
- Bahadir, Ş. & Pinzker, I. (2015). *Dreisamkeit im Therapiezimmer erleben – Dolmetschermittelte Psychotherapie*. Power Point Folien zum Workshop im Rahmen der ÖGWG-Woche 2015. Verfügbar unter: http://www.fbo6.uni-mainz.de/deutsch/Dateien/Dolm.insz._OeGWG-Woche%202015_Dreisamkeit%20im%20Therapiezimmer.pdf [20. 8. 2017]
- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person*, 13(2), 148–154.
- Bot, H. (2005). *Dialogue interpreting in mental health*. Amsterdam: Rodopi.
- Breuer, F. (2010). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag.
- Degenhardt, C. (2012). *Die Triade in der Psychotherapie. Optimierungsfaktoren für die Arbeit mit nicht professionellen muttersprachlichen DolmetscherInnen in der Psychotherapie in Österreich aus der Sicht der TherapeutInnen*. Master Thesis, Masterlehrgang „Psychotherapie“. Arge Bildungsmanagement Wien.
- Fischer-Ortmann, J. (o.J.). *(Über-)Lebensgeschichten. Psychotherapie, Sozialarbeit und pädagogische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen*. Verfügbar unter <http://www.themenpool-migration.eu/download/dtraum03.pdf> [11. 11. 2014]
- Frenzel, P. (1994). Vorwort. In W. Wascher & P. Frenzel (Hrsg.), *Der Personenzentrierte Ansatz und multikulturelle Kommunikation. Ein internationaler Überblick* (S. 7–11). Linz: Sandkorn.
- Gendlin, E. T. (2008). Tatsachen und Werte: Überbleibsel dessen, was da ist. In J. Wiltschko (Hrsg.), *Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens* (S. 36–39). Wien: Facultas.
- Ghaderi, C. & Van Keuk, E. (2017). Geflüchtete in der Psychotherapie – Heilung in einem politisierten Raum. In C. Ghaderi & T. Eppenstein (Hrsg.), *Flüchtlinge. Multiperspektivische Zugänge* (S. 257–290). Wiesbaden: Springer.
- Haenel, F. (1997). Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *Systema*, 11(2), 136–144.
- Hinde, R. A. (1997). *Relationships. A dialectical Perspective*. Hove: Psychology Press.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 117–138). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (2013). Überlegungen zum Begriff „Beziehung“. Handout zum Vortrag im Rahmen der ÖGWG-Woche 2013 „Beziehung und Bindung“ (23.–26. 10. 2013).
- Joksimovic, L., Karger, A., Kunzke, D. & Schröder, M. (2017). Über die Notwendigkeit einer ganzheitlichen medizinischen Versorgung. In C. Ghaderi & T. Eppenstein (Hrsg.), *Flüchtlinge. Multiperspektivische Zugänge* (S. 257–290). Wiesbaden: Springer.

10 An der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz wurden 2015–2017 Medizin-, Pharmazie- und Dolmetsch-Studierende gemeinsam im Wahlfach „Patientengespräche im interkulturellen und interdisziplinären Kontext“ unterrichtet. Eine Ausweitung auf Pflege und Psychologie wird angedacht. <http://www.fbo6.uni-mainz.de/deutsch/1258.php> [25. 5. 2018]

- Kadrić, M. (2011). *Dialog als Prinzip. Für eine emanzipatorische Praxis und Didaktik des Dolmetschens*. Tübingen: Narr Verlag.
- Kluge, U. (2007). „Der Dritte im Raum“ – Sprach- und Kulturmittler in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting, *Psychiatrische Praxis*, 34, 359–360. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2007-991584> [20. 8. 2017]
- Kluge, U. (2013). *(Un)Sichtbare Dritte. Dolmetscher als Sprach- und Kulturmittler in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Quantitative und qualitative Untersuchungen in Europa und Deutschland*. Dissertation, Berlin. Verfügbar unter <http://d-nb.info/1046312928/34> [20. 8. 2017]
- Kluge, U. (2017). Psychotherapie mit Sprach- und Kulturmittlern. In I. T. Graef-Callies & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. Unter Mitarbeit von Katharina Behrens* (S. 231–239). Stuttgart: Schattauer.
- Kluge, U. & Kassim, N. (2006). Der Dritte im Raum – Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 178–198). Heidelberg: Springer.
- Köllmann, A. (2011). *Dolmetschen im psychotherapeutischen Setting. Eindrücke aus der Praxis*. München: Meidenbauer.
- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung* (Band 2: Methoden und Techniken) (3. korrigierte Auflage). Weinheim: Beltz PsychologieVerlagsUnion.
- Lottaz, A. (1999). Vom äusseren zum inneren Bezugsrahmen. Von den Schwierigkeiten, gefolterte und kriegstraumatisierte Menschen zu verstehen, *Brennpunkt*, 80, 31–39.
- Lottaz, A. (2002). Das Unausprechliche zu Wort bringen. Gedanken zur Psychotherapie mit Opfern der Folter. *Person*, 6(1), 77–87.
- Messent, P. (2002). From postmen to makers of meaning: a model for collaborative work between clinicians and interpreters. In R. Tribe & H. Raval (Eds.), *Working with interpreters in mental health* (S. 135–150). London: Brunner Routledge.
- Pinzker, I. (2015). „Die Dolmetscherin als Mensch zu sehen, das muss man auch üben“ – Dolmetschvermittelte Personenzentrierte Psychotherapie mit Flüchtlingen. Master Thesis, Donau-Universität Krems, Krems. Verfügbar unter <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/93355.pdf> [9. 10. 2017]
- Pöchlhacker, F. (2000). *Dolmetschen: Konzeptuelle Grundlagen und deskriptive Untersuchungen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Pöllabauer, S. (2006). Rolle von DolmetscherInnen. In Bundesministerium für Inneres der Republik Österreich et al. (Hrsg.), *Dolmetschen im Asylverfahren. Handbuch* (S. 41–44). Horn: Eigenverlag.
- Prunč, E. (1997). Versuch einer Skopostypologie. In N. Grbić & M. Wolf (Hrsg.), *Text – Kultur – Kommunikation. Translation als Forschungsaufgabe* (S. 33–52). Tübingen: Stauffenburg.
- Prunč, E. (2002). Translation zwischen Absolutheitsansprüchen und Konventionen. In L. N. Zybatow (Hrsg.), *Translation zwischen Theorie und Praxis. Innsbrucker Ringvorlesungen zur Translationswissenschaft I* (S. 139–166). Frankfurt/M.: Lang.
- Prunč, E. (2012). *Entwicklungslinien der Translationswissenschaft. Von den Asymmetrien der Sprachen zu den Asymmetrien der Macht*. Berlin: Frank & Timme.
- Raval, H. (2002). Applying theoretical frameworks to the work with interpreters. In R. Tribe & H. Raval (Eds.), *Working with interpreters in mental health* (S. 122–134). London: Brunner Routledge.
- Reyer, A. (2016). *Richtlinien für KommundolmetscherInnen. Eine Analyse bestehender Normen*. Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz, Graz.
- Rogers, C. R. (1970a/1974). *Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1970: On encounter groups. New York: Harper Row)
- Rogers, C. R. (1980a/2007). *Der neue Mensch* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1980: A way of being. Boston: Houghton Mifflin)
- Stojanowa, A. (2012). *Rolle(n) der DolmetscherIn in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächskonstellationen*. Masterarbeit, Universität Wien. Verfügbar unter http://othes.univie.ac.at/19194/1/2012-03-25_0605268.pdf [11. 12. 2013]
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz PsychologieVerlagsUnion.
- Tribe, R. & Raval, H. (Eds.). (2002). *Working with interpreters in mental health*. London: Brunner Routledge.
- Truschnig, B. & Arbeiter, K. (2014). Interkulturelle Psychotherapie verstehen. *Zebratl. Informationen des Vereins ZEBRA. Jahresbericht 2013*, 1(14), 7–8.
- Venuti, L. (1995). *The Translator's Invisibility: A History of Translation*. London: Routledge.
- Vieira, E. & Wüßler, A. (Trans.). (1997). Eine postmoderne Übersetzungstheorie. In Wolf, M. (Hrsg.), *Übersetzungswissenschaft in Brasilien. Beiträge zum Status von „Original“ und Übersetzung* (S. 103–116). Tübingen: Stauffenburg.
- Wadensjö, C. & Apfelbaum, B. (Trans.) (1998). Erinnerungsarbeit in Therapiegesprächen mit Dolmetschbeteiligung. In B. Apfelbaum & H. Müller (Hrsg.), *Fremde im Gespräch. Gesprächsanalytische Untersuchungen zu Dolmetschinteraktionen, interkultureller Kommunikation und institutionalisierten Interaktionsformen* (S. 47–62). Frankfurt: IKO Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. London: Longman.
- Weixler, C. (1994). „Die Fremde in uns“ oder „Audiatur et altera pars“. Innen/Außen, Sprachen, Minderheiten – Drei personenzentrierte interkulturelle Workshops aus der Sicht einer Teilnehmerin. In W. Wascher & P. Frenzel (Hrsg.), *Der Personenzentrierte Ansatz und multikulturelle Kommunikation. Ein internationaler Überblick* (S. 15–39). Linz: Sandkorn.
- Weixler, U. (2009). *Besonderheiten des Systems Psychotherapeut/in, Klient/in, Dolmetscher/in in der Psychotherapie mit Flüchtlingen*. Abschlussarbeit, Lehranstalt für Systemische Familientherapie Wien.
- Wiltschko, J. (2008). *Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens*. Wien: Facultas.

Erfahrungen psychischer und körperlicher Gewalt

Ein Schulungsprogramm für Personen, die schwer traumatisierte Opfer terroristischer Gewalt beraten und im Alltag betreuen

Hans-Jürgen Luderer

Heilbronn, Deutschland

Alexandra Gutmann

In den Jahren 2015 und 2016 wurde in Heilbronn ein Kriegstrauma-Schulungsprogramm entwickelt. Zielgruppe der Schulung waren Personen, die schwer traumatisierte Opfer von Krieg und Terror beraten und im Alltag betreuen. Zu ihnen gehören Flüchtlingssozialarbeiter und ehrenamtliche Helfer, vor allem aber Sprach- und Kulturmittler. Diese stammen aus den Ländern und sprechen die Muttersprache der Geflüchteten. Sie sind als Laiendolmetscher, v. a. bei Amtsgeschäften und Arztbesuchen, sowie als Lotsen durch den Alltag in Deutschland tätig und vermitteln umgekehrt Kulturspezifika an Behördenmitarbeitende und an das Hilfesystem.

Ziele des Schulungsprogramms sind die Vermittlung von Basiswissen über Traumata und von Fertigkeiten auf dem Gebiet der Gesprächsführung auf der Grundlage des Personenzentrierten Ansatzes und der Narrative Exposure Therapy (NET). Professionelle Berater, Sprach- und Kulturmittler sowie Laienhelfer sollen lernen, einen sicheren Raum zu schaffen und die Betroffenen zu ermutigen, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen.

Schlüsselwörter: Flüchtlinge, Trauma, Krieg, Terror, Jesiden, Sprach- und Kulturmittler, Personenzentrierter Ansatz, Narrative Exposure Therapy

Communication with victims of war and terror. An educational program for social workers, cultural mediators and volunteers. This paper summarizes the development of an education program for counseling of and everyday communication with refugees who had become victims of war and terror conceptualized and worked out in 2015 and 2016. Target groups of this educational program were social workers, volunteers who had regular contact with refugees, and particularly cultural mediators. Cultural mediators are native speakers of the refugees' languages who had received a special training for interpretation and for introducing refugees to the organization of everyday life in Germany.

The objective of the educational program is the transfer of knowledge on trauma and of communication skills according to the principles of person-centered approach and Narrative Exposure Therapy (NET). Professional and volunteer helpers learn provide a safe space and to encourage the refugees to talk about the traumatic events.

Keywords: Refugees, Trauma, War, Terror, Yazidis, cultural mediators, person-centered framework, Narrative Exposure Therapy

Kriegstraumata und Traumafolgestörungen: Opfer von Krieg und Terror erleben wiederholt unvorstellbare Grausamkeiten: Bedrohung, körperliche und sexuelle Misshandlung, wochen- und monatelange Gefangenschaft. Oft müssen sie miterleben, wie andere Menschen vor ihren Augen gequält und ermordet werden. Diese Erlebnisse bleiben nicht ohne Folgen. Viele

Betroffenen entwickeln spezifische Traumafolgestörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, englisch PTSD). Diese ist durch Hyperarousal (Unruhe, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst), Intrusionen (Wiedererleben der Traumata in Alpträumen und Tagträumen), Erinnerungslücken in Bezug auf die Traumata und Dissoziation (innere

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 Personenzentrierte Beratung in Stuttgart (igb-stuttgart.de). Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Dipl. Sozialarbeiterin Alexandra Gutmann leitet seit vielen Jahren die „Mitternachtsmission“ des Diakonischen Werks Heilbronn. Die Mitternachtsmission bietet Beratung und Unterstützung für Betroffene bei häuslicher Gewalt, Zwangsprostitution, Menschenhandel sowie Flucht und Trauma. Sie betreibt ein Frauen- und Kinderschutzhaus und betreut unterprivilegierte Kinder und Jugendliche.

Abwesenheit und Taubheit) gekennzeichnet. Zu den unspezifischen Traumafolgestörungen gehören unter anderem Angst-erkrankungen, unipolare Depressionen, Alkohol- und Drogengebrauch, zu den möglichen Folgesymptomen Aggressivität und Gewaltbereitschaft (APA, 2013; Steuwe et al., 2015).

Schwere Traumafolgestörungen bergen eine hohe Chronifizierungsgefahr. Obwohl in allen Verlaufsuntersuchungen die Symptome im Verlauf der Zeit abnahmen, ist bei etwa einem Drittel der Betroffenen ein wechselnder Verlauf mit Symptombelastung über Jahrzehnte hinweg beobachtet worden (Kessler et al., 1995). Körperliche und sexuelle Gewalt zieht besonders häufig die Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen nach sich (Carmassi et al., 2014; Olaya et al., 2015). Wer Zeuge einer Gewalthandlung wird, entwickelt mit ähnlicher Häufigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung wie unmittelbar Betroffene (Atwoli et al., 2013). Dissoziative Symptome (Entfremdungserlebnisse wie Derealisationen und Depersonalisationen, Trance- und Dämmerzustände mit Erleben innerer Abwesenheit) scheinen prognostisch besonders ungünstig zu sein (Lanius et al., 2012).

Psychotherapeutische Modelle der Behandlung traumatisierter Personen: Bei der Behandlung der PTBS und anderer Traumafolgestörungen konkurrieren zwei verschiedene Herangehensweisen miteinander: die psychodynamischen und die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren. Das bekannteste psychodynamische Verfahren ist die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (Reddemann, 2014), die eine dreiteilige Sequenz von Behandlungsschritten vorsieht: Stabilisierung, Konfrontation und Integration. In der Stabilisierungsphase soll die therapeutische Beziehung aufgebaut und durch Durchführen von Stabilisierungsübungen eine bessere Affektkontrolle erreicht werden. Darauf folgt die Phase der vorsichtigen Konfrontation, in der die traumatischen Erlebnisse rekonstruiert werden. Erlebnisaktivierende Methoden kommen nicht zur Anwendung. Die Traumatherapie wird durch die Integration der rekonstruierten Erlebnisse abgeschlossen. Je schwerer und komplexer die Traumatisierung, desto mehr tritt die Konfrontation in den Hintergrund, um eine Retraumatisierung zu vermeiden.

Psychodynamische Verfahren sind in ihrer Wirkung auf die PTBS-Symptomatik nicht sehr gut gesichert. In Reviews kontrollierter Studien und in Metaanalysen konnte keine Wirkung nachgewiesen werden, was möglicherweise an der geringen Anzahl von Studien liegt. Psychodynamische Verfahren werden in internationalen Leitlinien (z. B. NICE, 2005) nicht zur Behandlung der PTBS empfohlen.

Ziele kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren sind die Veränderung traumabedingter Denkstrukturen und der Abbau von Vermeidungsverhalten. Die wesentlichen Elemente sind

Psychoedukation, Exposition und kognitive Umstrukturierung. In der Psychoedukation kommunizieren behandelnde und betroffene Personen über das Störungsbild und die geplante Behandlung. Die Psychoedukation ist das Gegenstück zur psychodynamischen Stabilisierungsphase, ist aber wesentlich kürzer und dient der Hinführung auf die Konfrontation. Die Konfrontation selbst findet in der Regel in sensu und nur mit Einschränkungen in vivo statt. Die kognitive Umstrukturierung zielt auf eine Veränderung nicht hilfreicher Denk- und Verhaltensweisen.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren werden oft mit anderen Techniken kombiniert, z. B. mit geleiteten Augenbewegungen (EMDR). Die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) beinhaltet neben kognitiv-verhaltenstherapeutischen auch achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Elemente und wird mit prolongierter Exposition kombiniert (Übersicht bei Steuwe et al., 2015).

Ein auf die Behandlung der PTBS durch Krieg, Terror und Misshandlung ausgerichtetes Verfahren ist die Narrative Exposure Therapy (NET, Schauer et al., 2011). Im Zentrum des therapeutischen Vorgehens stehen die Schilderung der traumatischen Erlebnisse durch die Betroffenen und deren autobiographische Verarbeitung.

Sowohl die kognitiv-verhaltenstherapeutischen als auch die kombinierten Verfahren sind in ihrer Wirksamkeit durch Studien bestätigt und werden in internationalen Leitlinien empfohlen.

Die deutsche S3-Leitlinie nimmt international eine Sonderstellung ein. Als einzige Leitlinie listet sie eine ganze Reihe relativer Kontraindikationen für die Konfrontation auf (mangelnde Affekttoleranz, instabile körperliche und psychosoziale Situation, komorbide dissoziative Störung, unkontrolliertes autoaggressives Verhalten). In jedem Fall müsse der individuelle Bedarf nach Stabilisierung vor der Konfrontation abgeklärt werden.

Steuwe et al. (2015) weisen jedoch darauf hin, dass die Notwendigkeit einer längeren Stabilisierungsphase empirisch nicht belegt ist und derzeit lediglich eine Expertenmeinung darstellt. (Neuner, 2008, 2015) wies darüber hinaus auf die gravierenden Nachteile einer verzögerten oder ausbleibenden Konfrontation hin.

Personenzentrierte Modelle: Finke und Teusch (2007) betonen die im Vergleich zu anderen Problemen und Störungen erniedrigte Belastungsfähigkeit der Betroffenen. Sie schlugen ein gestuftes Therapiemodell vor, das nach dem Modell von Swildens (1991) mit einem Beziehungsaufbau in der Prä-Therapiephase beginnen solle. In der Symptomphase sei es erforderlich, die Betroffenen in mehreren Schritten zum klassischen personenzentrierten Vorgehen hinzuführen. Zunächst solle die

Symptombelastung und dann die Belastung durch die Erinnerungen empathisch nachvollzogen werden. Dissoziative Derealisations- oder Trancezustände sollten unterbrochen werden, wenn sie im Therapeutenkontakt auftreten. Zu den weiteren therapeutischen Aufgaben gehören die Förderung der Fähigkeit der Betroffenen, sich selbst zu schützen und Geborgenheit zu geben. In der Problemphase gehe es darum, die Bedeutung der bedrängenden Erlebnisse für die Gegenwart zu klären. Eine sich daran anschließende detaillierte Konfrontation sei nicht bei allen Betroffenen indiziert. Insofern ähnelt das von Finke und Teusch (2007) beschriebene Vorgehen dem psychoanalytischen Modell von Reddemann, die mitteilte, dass eine Traumakonfrontation nur bei etwa 40 % der in ihrer Klinik behandelten Patienten durchgeführt werde (Reddemann, 2001).

Biermann-Ratjen und Eckert (2015) stellten ein weiteres personenzentriertes Behandlungsmodell von Traumafolgestörungen vor. Sie gingen dabei mit Elliott, Watson, Goldman und Greenberg (2002) davon aus, dass durch die Traumatisierung der gesunde Erlebensprozess erschüttert und gleichsam in drei Teile zerlegt wird: der Welt vor der Verletzung, in der ein Trauma lediglich als abstrakte Möglichkeit existiert, die verletzte Welt, in der die bisherige Existenz ausgelöscht wurde, und die Welt nach der Traumatisierung, in der die betroffene Person in einer dauernden Erwartung der Wiederholung des Traumas lebt. Elliott et al. (2002) forderte von den behandelnden Personen, sie sollten zunächst das Gefühl der Sicherheit in der therapeutischen Beziehung vermitteln und auf diese Weise ihr Vertrauen in sich selbst und in andere Menschen fördern. Auf dieser Basis solle die betroffene Person schon in den ersten Gesprächen aufgefordert werden, die traumatischen Erfahrungen zu schildern. Biermann-Ratjen und Eckert (2015) weisen darauf hin, dass der Fokus im Gespräch mit traumatisierten Menschen auf der wiederholten Schilderung der traumatischen Ereignisse und nicht auf der betroffenen Person liegen solle. Hilfreich sei dabei die Technik des „sicheren Orts“, die es der betroffenen Person ermöglicht, sich in einen imaginierten Raum vorzustellen, in der ihr nichts geschehen könne. Bedeutsam sei es zudem, die betroffene Person in ihren Gefühlen von Scham, Schuld und Wertlosigkeit akzeptierend und empathisch zu begleiten und ihr dabei zu vermitteln, dass die Gedanken, Gefühle und Handlungen bei den Traumata angemessen waren.

Zusammenfassend betonen sowohl Elliott et al. (2002) als auch Biermann-Ratjen und Eckert (2015), dass beratende und behandelnde Personen die Schilderung der Traumata fördern, dabei aber die Stabilität im Auge behalten sollten. Sie schlagen im Unterschied zu den oben erwähnten psychodynamischen Verfahren keine lange Stabilisierungsphase vor der (narrativen) Konfrontation vor.

Claas (2007) formulierte ihre Kritik an langen Stabilisierungsphasen mit vielen Stabilisierungsübungen vor der eigentlichen Konfrontation noch wesentlich schärfer. Sie erläuterte, ein solches Vorgehen entspreche in der Regel nicht den Bedürfnissen der Betroffenen, da diese zwar Angst haben, über ihre Erlebnisse zu reden, sie aber in der Regel trotzdem in Worte fassen wollen. Durch die lange Stabilisierungsphase werde ihre Angst vor der Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen eher noch verstärkt. Ziel eines personenzentrierten Vorgehens mit traumatisierten Personen sei es, gemeinsam mit ihnen die Erinnerungen auszuhalten. Erforderlich sei insofern keine andere Psychotherapie, sondern eine personenzentrierte Therapie, die die Erkenntnisse der Psychotraumatologie für die Arbeit mit Betroffenen nutzt.

Engelhardt (2016) betonte die Bedeutung der Empathie in Hinblick auf die traumatischen Ereignisse und der Wertschätzung für die Überlebensstrategien der betroffenen Person und der Psychoedukation als Orientierungshilfe. Informationen über Traumata seien entlastend, da die Betroffenen dabei erfahren, dass sie nicht allein sind und dass es Namen und Erklärungen für die Symptome gibt (Liedl et al., 2013; Hantke, Görge, 2012). Als ebenfalls hilfreich erwähnte sie die aus der NET (Schauer et al., 2005, 2011) stammende Arbeit mit Erinnerungen an bessere Zeiten sowie die der DBT entlehnte Anwendung starker Sinnesreize zur Ablenkung von inneren Spannungen (Fleischhaker et al., 2010; Linehan, 1993). Schließlich erwähnte sie die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern als Dolmetschern. Diese seien nicht als reine „Übersetzungsmaschinen“ zu verstehen, da die Person des Mittlers die Gesprächsatmosphäre entscheidend präge. Die Mittler sollten zum einen darin geschult werden, therapeutische Interventionen als solche zu erkennen und sie als solche zu übersetzen. Zum anderen seien sie teilweise selbst traumatisiert und deshalb sei empfehlenswert, nach Abschluss des Gesprächs ein Nachgespräch mit ihnen zu führen (s. hierzu auch Pinzker, 2018 in diesem Heft).

Gahleitner (2005a) sieht ein Mindestmaß an innerer wie äußerer Sicherheit als zentrale Ausgangsbedingung für eine Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Diese ermögliche eine behutsame Auseinandersetzung mit den traumatischen Erinnerungen. Das Kernstück der Arbeit mit traumatisierten Personen bestehe in der Hilfe bei der Rekonstruktion der Traumata. Die Betroffenen sollen damit in die Lage versetzt werden, ihre Gedanken und Gefühle zu ordnen und die spezifischen und unspezifischen Traumafolgesymptome den traumatischen Erlebnissen zuzuordnen. Bei frühen und lange anhaltenden Traumaerfahrungen seien eine besondere Beachtung der emotionalen Stabilität und ein ruhiger Beziehungsaufbau zu Beginn der Therapie erforderlich. Die betroffenen Personen hätten in ihrem Leben nicht die Möglichkeiten gehabt, eine stabile Bindung zu ihren Bezugspersonen aufzubauen (Gahleitner, 2007).

Das innere Erleben der Opfer von Krieg, Terror, Vertreibung und Flucht müsse ihm Rahmen ihrer äußeren Situation gesehen werden (Gahleitner et al., 2017). Nicht nur die Dimension der Traumata und der Flucht sei kaum vorstellbar, auch die Situation im Aufnahmeland sei schwierig. Geflüchtete seien zum einen innerlich mit dem Schicksal der in den Kriegsländern zurückgebliebenen Familienangehörigen beschäftigt. Zum anderen bangten sie um ihr Bleiberecht und den damit verbundenen Unsicherheiten. Durch Krieg und Verfolgung sei Vertrauen in andere Menschen, in Institutionen und in die Zukunft verloren gegangen. Dieses müsse wieder aufgebaut werden. Hierbei seien soziale Unterstützungskonzepte in gleichem Maße wichtig wie die psychotherapeutische Verarbeitung traumatischer Erfahrungen.

Gahleitner et al. (2017) gehen von einer Dreigliederung der Hilfen für Opfer von Kriegstraumata (Stabilisierung, Traumakonfrontation, Integration) aus. Unter der Stabilisierung verstehen sie jedoch in erster Linie das Herstellen äußerer Sicherheit. Bei der Traumabewältigung unterscheiden die Autorinnen traumareflektierende von „aufdeckenden“ Interventionen und warnen vor einer Überforderung der Betroffenen.

Vor allem sollten Personen, die traumatisierte Geflüchtete begleiten, beraten oder behandeln, deren Denken, Fühlen und Handeln als normale Reaktion auf extreme Belastungen begreifen. Bei der Unterstützung zur Entwicklung eines guten Lebens sollten sie den Betroffenen ihre Fachkompetenz zur Verfügung stellen und sich bemühen, ihre Fluchtbiographien gemeinsam mit ihnen nachzuvollziehen. Hierzu schlagen sie in Anlehnung an Schauer et al. (2011) die Arbeit mit einem Modell der Lebenslinie vor, in dem auf einer am Boden ausgelegten Schnur belastende Ereignisse mit Steinen und gute Zeiten mit Blumen gekennzeichnet werden.

Gahleitner et al. (2017) erweitern im Vergleich zu anderen Modellen die psychotherapeutische Perspektive um die soziale Dimension. In dem Band finden sich Überlegungen und Hinweise zur Unterstützung bei der Wahrnehmung traumaassoziiert Symptome, zur Wortwahl bei der Psychoedukation, zur Selbstberuhigung, zur Ablenkung von Intrusionen und zur Begleitung im Alltag, zur Arbeit mit Dolmetschern und zur Unterstützung im Asylverfahren.

Zusammenfassend findet sich in vielen personenzentrierten Konzepten die klassische Einteilung der Traumaaarbeit in Stabilisierung, Konfrontation und Integration. Die Notwendigkeit langer Stabilisierungsphasen vor der Thematisierung traumatischer Ereignisse oder der mögliche Verzicht auf eine wie auch immer geartete Konfrontation wird jedoch nicht gesehen.

Das Heilbronner Schulungsprogramm

Psychosoziale Versorgung der Opfer von Krieg und Terror im Jahr 2015: Im Jahr 2015 stieg die Anzahl der Menschen, die aus Kriegsgebieten nach Europa flohen, sprunghaft an. Dies veranlasste die deutschen Landesärztekammern und Landespsychotherapeutenkammern, wie z. B. die LÄK und LPK Baden-Württemberg in ihrem 2. Versorgungsbericht (Landesärztekammer Baden-Württemberg und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015), auf die Gefahr der Entwicklung von Traumafolgestörungen hinzuweisen.

Diesem Bericht ist zu entnehmen, dass es zu diesem Zeitpunkt in Baden-Württemberg fünf Psychosoziale Zentren für die Schwerpunktversorgung traumatisierter Flüchtlinge gab: das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU, seit 1995, die Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV) Stuttgart, Zentrum für Beratung, Begutachtung und Psychotherapie für Überlebende traumatischer Gewalt (seit 2000), Refugio Stuttgart e.V. (seit 2001), Refugio Villingen-Schwenningen e.V. (seit 1998) und die Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge, Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. Karlsruhe (seit 2005). Das Vorgehen war in allen Einrichtungen sehr ähnlich. Sie boten Psychotherapie, soziale Beratung und externe juristische Verfahrensberatung an. In ihrer Kapazität waren diese Stellen jedoch schon in den Jahren vor 2015 überfordert. Hinzu kamen Probleme, die mit der kulturellen Verschiedenheit der Flüchtlinge und mit Sprachproblemen zusammenhingen. Damals sprach kaum ein Asylbewerber oder Flüchtling deutsch, und auch die Englischkenntnisse waren für Gespräche über traumatische Erlebnisse in der Regel nicht ausreichend. Die Kommunikation war deshalb meist an Dolmetscher gebunden. Hinzu kamen strukturelle Einschränkungen der psychotherapeutischen Möglichkeiten (rechtlich, organisatorisch, kapazitätsbedingt) und Personalmangel bei Sozialarbeitern.

Aufnahme Sonderkontingent Nordirak: Seit Sommer 2015 wurde in Baden-Württemberg ein Sonderkontingent besonders schwer traumatisierter und schutzbedürftiger Frauen und Kinder mit ihren Familien aus dem Nordirak aufgenommen. Sie gehörten der Volksgruppe der Jesiden an, einer meist Nordkurdisch sprechenden eigenständigen monotheistischen ethno-religiösen Gruppe. Ihr spirituelles Oberhaupt ist der Bābā Schaich („Vater Scheich“). Im Verlauf ihrer Geschichte mussten die Jesiden zahlreiche Genozide hinnehmen. Der Feldzug der terroristischen Vereinigung Islamischer Staat im Norden des Iraks führte 2014 zu einem weiteren Massaker. Der sogenannte IS verfolgte die Jesiden als Ungläubige und ermordete viele von ihnen. Die gefangenen Frauen und Mädchen wurden als Sklavinnen genommen, was Misshandlungen und wiederholte

Vergewaltigungen nach sich zog. Viele mussten die Ermordung des Ehemannes bzw. Vaters mit ansehen. Das Bundesland Baden-Württemberg bot an, 2015 und 2016 insgesamt mehr als 1000 Jesidinnen mit ihren Kindern aufzunehmen,¹ was von Hilfsorganisationen als „Sternstunde des humanitären Engagements“ bezeichnet wurde.² In einer bewegenden Rede im Baden-Württembergischen Landtag am 1. 12. 2016 dankte die Jesidin Nadia Murad, die in den ersten Jahren nach ihrer Flucht anonym in Heilbronn lebte, dem Land Baden-Württemberg für diese Hilfe.³ Sie wurde 2016 zur ersten UN-Sonderbotschafterin für die Würde der Opfer von Menschenhandel ernannt⁴ und am 5. Oktober 2018 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet.^{5 6}

Die Geflüchteten wurden unter der Aufsicht des Staatsministeriums Baden-Württemberg auf 10 Städte in Baden-Württemberg verteilt, etwas mehr als 50 Personen wurden in der Stadt Heilbronn untergebracht. Die fachliche Beratung übernahm Prof. Dr. Jan Kizilhan, DHBW Villingen-Schwenningen, ein Psychologischer Psychotherapeut (VT), der 2006–2010 Projektleiter der Arbeitsgruppe Migration und Rehabilitation am Institut für Psychologie der Universität Freiburg war.⁷ Ein Modell der kultursensiblen Therapie Kriegstraumatisierter findet sich in seinem Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen (Kizilhan, 2016).

Die Situation in Heilbronn: In dieser Situation sahen wir uns veranlasst, aktiv zu werden, um die Situation sowohl der Geflüchteten als auch der Helfenden zu verbessern. Dabei gingen wir von folgenden Überlegungen aus:

- Die Kapazität der Psychosozialen Zentren für die Schwerpunktversorgung traumatisierter Flüchtlinge reicht nicht aus, um die psychotherapeutische Versorgung der Geflüchteten sicherzustellen.
- Möglicherweise benötigen nicht alle traumatisierten Geflüchteten eine spezifische Psychotherapie.

- Möglicherweise ist in vielen Fällen eine traumasensible Begleitung geflüchteter Personen im Alltag und eine Vermittlung von Grundprinzipien im Umgang mit Traumata ausreichend.
- Dies kann möglicherweise auch von geschulten Laien (kulturelle Mittler und Laienhelfer) geleistet werden.
- In der Stadt Heilbronn wurde seit 2010 ein System kultureller Mittler aufgebaut, die in der Lage sind, bei Beratungen zu dolmetschen.
- Kulturelle Mittler sprechen nicht nur die Sprachen der Flüchtlinge, sie kennen auch den kulturellen Hintergrund und haben teilweise eigene traumatische Erfahrungen hinter sich.
- Aus diesen Gründen bringen sie gute Voraussetzungen für den empathischen Umgang mit den Betroffenen mit.
- Falls bei Flüchtlingen eine spezifische Traumatherapie erforderlich sein sollte, sind die kulturellen Mittler und Welcome Guides hierfür besonders gut als Dolmetscher geeignet.
- Laienhelfer leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Integration der Geflüchteten.
- Kulturelle Mittler und Laienhelfer benötigen Unterstützung durch professionelle Fachkräfte (Flüchtlingssozialarbeiter).
- Die Kenntnisse und Fertigkeiten der Flüchtlingssozialarbeiter auf dem Gebiet der Psychotraumatologie waren im Jahr 2015 nicht ausreichend.

Für die Pläne einer Schulung kultureller Mittler war die Situation in Heilbronn ausgesprochen günstig. Heilbronn ist eine im nördlichen Baden-Württemberg zwischen Mannheim/Heidelberg und Stuttgart gelegene Stadt mit ca. 120 000 Einwohnern. Der Anteil an Bürgern mit Migrationshintergrund liegt bei ca. 50 %, bei den unter 18-jährigen beträgt er etwa 70 % (Keicher, 2014 S. 12ff.).

Heilbronn und die Region Heilbronn-Franken sind geprägt von großen Industriebetrieben, v. a. Automobilherstellern, Automobilzulieferern und Ketten von Lebensmittelmärkten. Es gibt eine lange Tradition des Mäzenatentums vermöglicher Unternehmer, viele mit der eigenen Stadt und Heimat verbundene mittelständische Familienunternehmen und ein weitgefächertes bürgerschaftliches Engagement.

In Anbetracht des hohen Anteils an Bürgern mit Migrationshintergrund auf der einen und neu hinzukommenden Migranten andererseits wurde von der Stadt Heilbronn seit 2010 ein System von Sprach- und Kulturmittlern aufgebaut. Deren Qualifizierung erfolgt in Heilbronn und an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit in Ludwigsburg. In ihrer Arbeit, die vor allem im Dolmetschen und in der Alltagsbegleitung besteht, reflektieren sie kontinuierlich ihre Tätigkeit mit dem städtischen Sozialdienst. Sie erhalten für ihre Tätigkeit eine

1 <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/alle-meldungen/meldung/pid/un-sonderbotschafterin-dankt-fuer-aufnahme-von-jesidinnen/> [abgerufen letztmals am 12. 3. 2018]

2 <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/sternstunde-des-humanitaeren-engagements/> [abgerufen letztmals am 7. 3. 2018]

3 <https://www.landtag-bw.de/home/mediathek/videos/2016/20161201muradrede1.html?t=0> [abgerufen letztmals am 12. 3. 2018]

4 <https://www.zeit.de/politik/ausland/2016-09/vereinte-nationen-murad-is-sklavin> [abgerufen letztmals am 9. 10. 2018]

5 <https://www.ardmediathek.de/radio/Interviews/Murad-und-Mukwege-erhalten-Friedensnobel/Inforadio/Audio?documentId=56699256> [abgerufen am 9. 10. 2018]

6 <https://www.stimme.de/deutschland-welt/politik/dw/Nadia-Murad-Friedensnobelpreis-geht-auch-nach-Heilbronn;art295,4093997> [abgerufen am 9. 10. 2018]

7 <http://www.d.h.bw-vs.de/hochschule/mitarbeitende/jan-kizilhan.html> [abgerufen 25. 5. 2016]

Aufwandsentschädigung, teilweise werden sie als geringfügig beschäftigte Mitarbeiter angestellt. Kulturelle Mittler können durch Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege sowie kommunale Stellen wie Sozialdienst, Jugendamt und ähnliche Institutionen angefordert werden. Gegen Mitte des Jahres 2016 waren 81 kulturelle Mittler, die 41 Sprachen abdecken, in Heilbronn tätig (Keicher, Stabstelle Integration und Partizipation, persönliche Mitteilung).

Auswahl des psychotherapeutischen Modells: Bei der Auswahl des psychotherapeutischen Modells für das Heilbronner Schulungsprogramm gingen wir von folgenden Überlegungen aus:

- Das Modell soll mit der personenzentrierten Grundorientierung vereinbar sein.
- Es soll den beratenden und begleitenden Personen Möglichkeiten an die Hand geben, mit den Betroffenen Gespräche über kriegs- und terrorbedingte Traumata zu führen.
- Diese Gespräche sollen hinsichtlich ihrer Intensität und Dauer unterhalb der Ebene therapeutischer Gespräche liegen.
- Sie sollen den Betroffenen die Angst nehmen, auch mit anderen Betroffenen über die Traumata zu sprechen.

Nach diesen Kriterien entschieden wir uns für ein an die Narrative Exposure Therapy (Schauer et al. 2005, 2011) angelehntes Modell. NET wurde für die Therapie von Opfern organisierter Gewalt entwickelt. Die Wirksamkeit ist in vielen Studien nachgewiesen. Die Grundidee dieses Verfahrens ist die narrative Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen und die Einordnung dieser Erinnerungen in einen biographischen Zusammenhang. Das NET-Manual beinhaltet eine Fülle von Schilderungen des inneren Erlebens Betroffener und damit viele wertvolle Anregungen zur störungsspezifischen Empathie bei dieser Personengruppe. Zusätzlich vermittelt es Regeln zur Gestaltung der einzelnen Gespräche, auf die wir bei der Beschreibung des Heilbronner Schulungsprogramms eingehen werden. Die narrativen Aspekte von NET sind gut mit den Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes vereinbar, zumal dieses Verfahren von den behandelnden Personen explizit Empathie, positive Wertschätzung und Transparenz fordert.

Organisatorischer Rahmen: Ausgehend von diesen Überlegungen wurde seit Herbst 2015 in Heilbronn ein Kriegstrauma-Schulungsprogramm entwickelt. Geschult wurden Personen, die schwer traumatisierte Opfer von Krieg und Terror beraten und im Alltag betreuen, zuerst die städtischen Flüchtlingssozialarbeiter, dann die Sprach- und Kulturmittler und schließlich die Laienhelfer. Ab Herbst 2016 wurden Schulungen bei Flüchtlingssozialarbeitern und ehrenamtlichen Helfern im Landkreis Heilbronn durchgeführt.

Die Schulung ist modular aufgebaut und beinhaltet

- die Erklärung, was ein Trauma ist und welche Arten von Traumata es gibt,
- die Vermittlung eines Modells zur Entstehung von Traumafolgen und die Erklärung, warum viele Traumaopfer sich nur unvollständig an Traumata erinnern,
- Grundprinzipien des Umgangs mit traumatisierten Personen und
- ein Training zur Anwendung dieser Prinzipien im Rollenspiel.

Im Folgenden werden wir die Inhalte der einzelnen Module darstellen.

Modul 1: Was ist ein Trauma?

Ursprünglich bezeichnete das aus dem Altgriechischen stammende Wort „Trauma“ eine Verletzung oder Wunde. Gegen Ende des 17. Jahrhunderts wurde es zu einem Medizinischen Fachbegriff für jede Form der körperlichen Gewalteinwirkung. Die Worte Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma (Gewalteinwirkung auf verschiedene Teile des Körpers) oder ähnliche Bezeichnungen sind bis heute gebräuchlich. Seit 1894 bedeutet Trauma auch „Psychische Verletzung durch ein schwerwiegendes belastendes Ereignis“.

In der (körperlichen) Medizin als auch in Psychologie und Psychiatrie können mit dem Wort „Trauma“ sowohl das Ereignis (Gewalteinwirkung) als auch die Folgen (körperliche oder psychische Verletzung) bezeichnet werden. Das ist manchmal verwirrend.

In dieser Schulung ist mit „Trauma“ immer ein traumatisches Ereignis gemeint. Das innere Leiden als Folge eines Traumas oder wiederholter Traumata wird in dieser Schulung unter den Begriffen „Traumatisierung“, „Traumafolgen“ oder „Traumafolgeerkrankungen“ bzw. „Traumafolgestörungen“ zusammengefasst. Das innere Leiden traumatisierter Personen kann sich in einzelnen Symptomen wie Angst, Hilflosigkeit, Freudlosigkeit, Unruhe oder Schlafstörungen äußern, aber auch in schweren Traumafolgeerkrankungen.

Als Traumata werden nur schwerwiegende Ereignisse bezeichnet, z. B. das Erfahren, Androhen oder Miterleben körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt, das Erleben eines schweren Unfalls oder einer Naturkatastrophe, das Erleben von Terror oder Krieg.

Man unterscheidet zwischen Typ-I-Traumata, d. h. einmaligen oder kurz andauernden Traumata wie einem Unfall, einer Naturkatastrophe oder einer einmaligen körperlichen oder sexuellen Misshandlung. Typ-II-Traumata sind dagegen wiederholte Traumata wie schwere Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter, fortgesetzte körperliche Misshandlung, fortgesetzter sexueller Missbrauch oder fortgesetzte schwere Demütigung.

Menschen können zufällig zu Traumaopfern werden, z. B. bei einer Naturkatastrophe. Sie können durch unbeabsichtigtes Fehlverhalten einer anderen Person z. B. bei manchen Verkehrsunfällen oder zufällig durch Kriegshandlungen verletzt werden. Sie können aber auch Opfer von absichtlich und gezielt herbeigeführter Traumata werden. Hierzu zählen Vergewaltigung, körperliche Misshandlung, schwere Demütigung in Friedenszeiten oder gezielter körperlicher und sexueller Missbrauch bei regulären oder terroristischen Kriegshandlungen.

Typ-II-Traumata im Zusammenhang mit Krieg, Terror, organisiertem Verbrechen oder Folter weisen eine Besonderheit auf: Die Gewalt ist sorgfältig geplant, hat klare Ziele und richtet sich gegen Personen oder Gruppen mit anderer Religion, anderen politischen Einstellungen oder anderer Herkunft. Mit diesen Handlungen sollen die Opfer eingeschüchtert und gedemütigt werden. Die Täter sehen die Gewalt als richtig und die Opfer als minderwertig an. Diese Form der Gewalt betrifft Frauen, Männer, Kinder und Jugendliche (Schauer et al., 2011).

Exkurs: Gewalt gegen Frauen

Bei einem Teil der professionellen und ehrenamtlichen Helfer standen 2015 und 2016 die jesidischen Frauen als Opfergruppe im Vordergrund. Deshalb wiesen wir darauf hin, dass Frauen in anderen Kriegen in ähnlicher Weise zu Opfern wurden (Hause & Griese, 2015). Die Art der Gewalt unterscheidet sich von den an Männern verübten Gräueltaten, da bei Frauen die Vergewaltigung weit im Vordergrund steht. Das Ziel der Vergewaltigung im Krieg ist nicht allein die Befriedigung des Sexualtriebs, sondern die Erniedrigung und Demütigung der Opfer. Täter können Soldaten, Polizisten, Paramilitärs und Zivilisten sein. In der Regel erfolgen Vergewaltigungen nicht auf Befehl von oben, aber sie werden in der Regel durch die militärische oder paramilitärische Führung geduldet oder gar unterstützt. Die Gefahr der Strafverfolgung ist gering.

Die bekannten Zahlen sind erschreckend. Beim Bürgerkrieg und Genozid in Ruanda in den 1990-er Jahren wurden mehr als 250 000 Frauen vergewaltigt, eine ähnliche Anzahl in Sierra Leone (1991–2002) und in der Demokratische Republik Kongo seit 1998. Die Frauen erleiden meist zusätzlich andere Formen der Gewalt: Bewusstes Zufügen von Verletzungen, Bedrohung und Ermordung von Familienmitgliedern, vor allem ihrer Männer, Entführung, Internierung in Lagern, sexuelle Versklavung und Zwang, die Kinder der Vergewaltiger auszutragen. Manche Frauen werden nach der Vergewaltigung getötet. Zudem werden missbrauchte Frauen und ihrer Kinder sozial geächtet. Reden über Vergewaltigungen ist oft gefährlich, v. a. in Ländern, in denen Staatsbedienstete an den Taten beteiligt sind.

Modul 2: Wie fühlen sich Traumaopfer?

In diesem Modul erläutern wir die Kernsymptome der posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die Teilnehmer erfahren, dass diese durch *Hyperarousal* (Unruhe, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst), *Intrusionen* (Wiedererleben der Traumata in Alpträumen und Tagträumen), *Erinnerungslücken* in Bezug auf die Traumata und *Dissoziation* (innere Abwesenheit und Taubheit) gekennzeichnet ist.

Hierzu führen wir aus: Die Betroffenen leiden bei der Traumatisierung und nach der Traumatisierung. Bei der Traumatisierung spüren sie oft massive innere Anspannung, manchmal Angst, Hilflosigkeit und Wut. Andere Opfer spüren gar nichts, sie erleben das, was mit ihnen geschieht, wie im Traum.

Nach der Traumatisierung leiden sie unter Erinnerungen an die schrecklichen Ereignisse. Sie kommen nicht zur Ruhe (*Hyperarousal*) und erleben die Ereignisse in Tagträumen oder nachts in Alpträumen (*Intrusionen*). Dabei spüren sie Angst, Hilflosigkeit und Wut oder sie spüren gar nichts (*Dissoziation*). Die Gefühle ähneln dem, was sie während der Ereignisse erlebt haben. Die Erinnerungen kommen immer wieder, und die Betroffenen können nichts dagegen tun.

Manche Opfer wissen genau, dass die Erinnerungen nur Erinnerungen sind, und sie fühlen sich jetzt sicher. Andere Opfer leben in einer ständigen Unruhe und Angst, als ob jederzeit wieder etwas Schlimmes geschehen könnte. Manche sind wach und träumen, dass alles wieder geschieht. Andere wachen in der Nacht aus Träumen von den Gewalthandlungen schweißgebadet auf und trauen sich aus Angst vor dem nächsten Alptraum nicht, wieder einzuschlafen. Oft reden sie nicht über ihre Ängste.

Das Wiedererleben der schrecklichen Ereignisse kann durch vieles ausgelöst werden, was an sie erinnert: Personen, die ähnlich aussehen wie die Täter, Orte, die den Orten des Geschehens ähneln, bestimmte Geräusche oder bestimmte Gerüche. Manchmal erinnern scheinbar neutrale Reize an traumatische Ereignisse: Eine fremde Person kommt in das Beratungszimmer hinein und wird als gefährlich wahrgenommen. Von einer Baustelle hört eine betroffene Person einen Presslufthammer und denkt, es sei ein Maschinengewehr. Ein Brieföffner wird als Messer verkannt. Die Betroffenen leiden unter diesen Erinnerungen und versuchen oft, diese zu vermeiden. Manche ziehen sich in eine Traumwelt zurück, um nichts mehr zu spüren (*Dissoziation*).

In diesem Zusammenhang wurde immer wieder deutlich, wie sehr die Polizei von den Betroffenen bisher als traumatisierende Institution wahrgenommen wurde. Wir wiesen darauf hin, wie wichtig es ist, den Flüchtlingen die Rolle der Polizei in Europa als Ordnungsmacht, aber auch als helfende und

beschützende Institution zu erläutern. Ihre Erinnerung war oft genau umgekehrt. Viele von ihnen hatten die Polizei als bedrohliche Institution kennengelernt und reagierten mit Angst beim Anblick von Dienstwaffen und Uniformen.

Bei der Darstellung des subjektiven Erlebens fragten wir die Teilnehmer immer wieder, ob sie ähnliche Erlebnisse von Flüchtlingen gehört hätten oder ob sie ihnen aus ihrem eigenen Erleben bekannt seien. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass die meisten professionellen und ehrenamtlichen Helfer solche und ähnliche Erlebnisse aus Erzählungen Betroffener kannten. Ein Teil der kulturellen Mittler schilderte in der Gruppe eigene traumatische Erlebnisse und erläuterte, wie sie gelernt hätten, mit diesen Erinnerungen umzugehen. Immer wieder wurde deutlich, dass die Betroffenen unter den kulturellen Mittlern die bewusste Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen schon vor der Schulung als Kern ihrer Traumabewältigung erlebt hatten. Sie nutzten das Schulungsprogramm zur Wiederholung und Vertiefung ihrer eigenen Problematik.

Exkurs: Kinder als Traumaopfer

Kinder sind von Gewalt oft nicht selbst betroffen. Sie sind aber Zeugen von Gewalt, hören Gespräche Erwachsener über Gewalt mit, wachsen in der Atmosphäre von Angst oder von Aggression auf. Traumafolgen können sich bei Kindern und Jugendlichen in vielfältiger Form äußern: Sie schlafen schlecht und haben Angstträume, nassen in der Nacht ein, obwohl sie diese körperliche Entwicklung schon hinter sich haben, oder weinen, ohne dass dafür ein Anlass erkennbar ist. Sie haben Angst vor der Dunkelheit, leiden unter Bauchschmerzen und essen entweder zu wenig oder zu viel. Häufig sind sie unruhig und unkonzentriert und können in der Schule nicht aufpassen.

Wenn Kinder spüren, dass ihre Eltern leiden, fragen sie sich oft, ob sie daran schuld sind. Wir vermittelten den Teilnehmern, wie wichtig es ist, dass sie mit Eltern und eventuell auch mit den Kindern reden. Besonders wichtig waren uns dabei die Aussagen: Kinder brauchen Eltern, die mit ihnen reden. Wenn die Eltern das nicht können, müssen andere Personen diese Aufgabe vorübergehend übernehmen. Alle Beteiligten müssten im Gedächtnis behalten: Kinder sind verletzlicher als Erwachsene und brauchen vor allem Sicherheit.

Eltern oder andere Bezugspersonen sollten die Kinder und Jugendlichen fragen, wie es ihnen geht und bereit sein zuzuhören, wenn sie über ihre Träume und ihre Erinnerungen reden möchten. Wenn sie darüber nicht reden möchten, sollten die Eltern nicht auf einer Antwort bestehen. Sie sollten ihnen sagen, dass jetzt alles vorbei ist, dass sie in Sicherheit sind, dass die Angstträume normal sind, und sie sollten mit ihnen Dinge tun, die sie gerne tun möchten.

Modul 3: Trauma und Gedächtnis

In diesem Modul erfahren die teilnehmenden Personen, dass sich viele Traumaopfer nur bruchstückhaft an die traumatischen Ereignisse erinnern und dass dies die Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen schwierig macht. Erinnerung an Traumata werden als sensomotorischer und nicht als symbolisch-linguistischer Code, d. h. als Körperempfinden und nicht als genau nachvollziehbarer Ablauf gespeichert (Kirsch et al., 2015). Die Erfahrungen können deshalb nicht in bestehende Bedeutungsstrukturen des Individuums integriert werden. Der bewusste Zugang zu den Erinnerungen wird dadurch erschwert, und Intrusionen werden durch ähnliche Stimuli ausgelöst.

Dabei gingen wir vom hirnbioologischen Modell der Traumatisierung nach LeDoux (1996) aus. Nach diesem setzen angstauslösende Reize zwei Prozesse in Gang: 1. die emotionale Verarbeitung mit einer groben Einteilung in gefährliche und ungefährliche Situationen aufgrund grober Reizmuster („Quick and dirty“) zur Vorbereitung schneller Reaktionen und 2. die kognitive Verarbeitung mit genauer Speicherung der bei der emotionalen Verarbeitung gewonnenen Informationen. Anatomisch führt der Weg der emotionalen Verarbeitung vom Thalamus (dem Tor zum Bewusstsein) direkt zu der Amygdala (dem Mandelkern), während bei der kognitiven Verarbeitung die Informationen über den Hippocampus an die Großhirnrinde weitergegeben werden.

In Situationen, die rasches Handeln erfordern, findet in der Regel kognitive Verarbeitung in der Regel nur in sehr geringem Umfang statt. Diese muss später nachgeholt werden. Bei traumatischen Ereignissen ist dies oft nicht möglich, da die kognitive Verarbeitung durch Ängste blockiert wird oder die Zeit von einem Ereignis bis zum nächsten nicht für den kognitiven Prozess ausreicht.

Die Informationen über den Ablauf des der traumatischen Ereignisse werden dann in der Amygdala gemeinsam mit den Gefühlen als Erinnerungsfragmente gespeichert. Durch auslösende Reize können die Gefühle und Erinnerungsfragmente als Intrusionen ins Bewusstsein gelangen.

Dieses Modell wurde in vereinfachter Form in fast alle praktischen Darstellungen als didaktisches Erklärungsmuster für Traumafolgesymptome aufgenommen (z. B. Hantke & Görge, 2012, 2017). Es bildet zudem eine der wesentlichen Grundlagen zur Begründung konfrontativer und narrativer Therapieverfahren.

Im Heilbronner Curriculum wurde dieses Modell anhand einfacher schematischer Zeichnungen des Gehirns erläutert. Auch hier wurden die Teilnehmer nach ihren Erfahrungen mit unvollständigen Erinnerungen gefragt. Das Miterleben oder Erleben der fragmentierten Erinnerungen wurde in der Gruppe bearbeitet.

Anschließend sprachen wir die Folgen für den Umgang mit diesen Erinnerungsfragmenten an und führten aus, dass die ruhige, bewusste Auseinandersetzung mit dem Trauma eine Gemeinsamkeit vieler wirksamer Traumatherapien darstellt. Wenn Traumaopfer über ihre Erlebnisse reden, könne es ihnen gelingen, die Erinnerungsfragmente zusammzusetzen. Eine vollständige Erinnerung erleichtere die Auseinandersetzung mit dem Trauma. Im Laufe der Zeit nehmen Angst, Hilflosigkeit und Wut ab.

Modul 4: Beratung und Begleitung traumatisierter Menschen im Alltag

Hilfreiche Gespräche: Ziel dieses Moduls ist es, den teilnehmenden Personen nahezubringen, wie sie hilfreiche Gespräche mit kriegstraumatisierten Menschen führen können. Dabei gehen wir zunächst auf die Frage ein, was im Umgang mit Kriegstraumata hilfreich ist und was nicht.

Wir erläutern: Nicht hilfreich ist es, ständig über die Traumata zu reden und ständig zu klagen, denn das verstärkt das Leiden und das Gefühl der eigenen Ohnmacht. Nicht hilfreich ist es aber auch, überhaupt nicht über die Traumata zu reden und zu versuchen, sie zu vergessen, denn das verstärkt die Angst, sich mit den Traumata zu beschäftigen. Es sei kaum möglich, die Traumata zu vergessen. Die teilnehmenden Personen bestätigten dabei aus eigenem Erleben oder Miterleben, dass die „Schublade“ mit den Traumata immer wieder aufgehe, ohne dass die Betroffenen einen Einfluss darauf hätten.

Hilfreich ist es hingegen, für eine begrenzte Zeit (bis zu etwa 1½ Stunden) und ruhig über die Traumata zu reden und dabei den Zeitpunkt, zu dem man über die Traumata redet, bewusst zu bestimmen. Beides vermittelt das Gefühl: Ich beschäftige mich mit meinen Erinnerungen, wann ich es will und so lange es gut für mich ist, und nicht dann, wenn sich die Erinnerungen aufdrängen.

Zusammenfassend vermittelten wir zu Beginn des Moduls die Grundeinstellung, nicht wegzuschauen, sondern hinzuschauen.

Durch das Reden über die Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse ist es möglich, die damaligen Wahrnehmungen und Gefühle wieder zu erleben, sich wieder an Einzelheiten zu erinnern und zu erkennen: Aktuelle Ängste sind ein Spiegel der Erinnerungen. Damals war damals, und jetzt ist jetzt. Jetzt spüre ich die Ängste, aber diese Ängste beziehen sich auf damals. Durch das Reden über die Erinnerungen wird es möglich, diese in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen. Sie bekommen örtlich und zeitlich einen festen Platz und werden zu einem Teil des biographischen Gedächtnisses.

Die Gesprächsprinzipien, die wir vermitteln, orientieren sich an den Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes und

an der narrativen Expositionstherapie (NET), vor allem an dem im Manual zu diesem Verfahren Beschriebenen Umgang mit Erinnerungen. Wir entschieden uns dabei für die in der ersten Auflage des NET-Manuals beschriebenen Vorgehensweise (Schauer et al., 2005), die für geplante, gezielte therapeutische Gespräche über Traumata entwickelt wurde, deren Grundprinzipien aber auch bei spontanen Gesprächen im Alltag hilfreich sind.

Vorbereitung der Gespräche: Zur Vorbereitung der Gespräche ist es sinnvoll, zunächst nach folgenden Symptomen zu fragen.

1. Intensive Erinnerungen, die sich aufdrängen (Intrusionen):
Träume und Tagträume, Angst bei Ereignissen, die an die Traumata erinnern
„Kommen die Erinnerungen wieder, so als ob alles noch einmal geschehen würde, auch wenn Sie das nicht möchten?“
2. Unvollständige Erinnerungen:
„Können Sie sich an manche Dinge, die geschehen sind, nicht mehr so richtig erinnern?“
3. Innere Anspannung:
„Haben Sie Angst, ärgern Sie sich, sind Sie wütend oder verzweifelt ohne richtigen Grund, leiden Sie unter körperlichen Schmerzen, obwohl der Arzt nichts findet?
„Sind Sie jetzt noch angespannt, ähnlich wie damals, denken Sie manchmal, alles könnte wieder geschehen?“
4. Vermeiden von Erinnerungen:
„Versuchen Sie, allem aus dem Weg zu gehen, was Sie an das erinnert, das geschehen ist?“

Ein zweiter Schritt der Vorbereitung von Gesprächen über Traumata dient der Information über Traumafolgen. Dabei ist es wichtig zu bestätigen, dass es normal und gerechtfertigt ist, an Traumafolgesymptomen zu leiden (Normalisierung) und dass die betroffene Person keine Schuld trifft.

In einem dritten Schritt erläutert die helfende Person, dass es Sinn und Zweck der Gespräche sei, Erinnerungen gemeinsam anzuschauen und sie dadurch in das eigene Leben einzuordnen. Die betroffene Person muss reden wollen und soll ausreichend Gelegenheit haben, alles zu fragen, bevor das eigentliche Gespräch beginnt (Freiwilligkeit). Die helfende Person werde im Gespräch genauer nachfragen, wenn die betroffene Person das, was sie erlebt hat, nur vage andeutet.

Wichtig ist es auch, die Betroffenen darauf vorzubereiten, was sie nach den Gesprächen empfinden werden. Es werde sich zum einen die Erleichterung einstellen, sich die schlimmen Erfahrungen von der Seele geredet zu haben. Die betroffene Person werde aber unter den schlimmen Erinnerungen leiden, und die folgende Nacht könne unruhig werden.

Ablauf der Gespräche über Traumata: Im ersten Schritt sprechen die Betroffenen über die **Zeit vor den Traumata**, d. h.

die glückliche Zeiten in der Familie, in der Gemeinschaft mit Freunden und Verwandten. In den Seminaren berichteten vor allem die professionellen und ehrenamtlichen Helfer der jesischen Frauen, diese zeigten immer wieder Fotos und Videos aus guten Zeiten, von Festen, vom Tanzen und vielen anderen Dingen.

In einem **zweiten Schritt schildern Betroffene die Traumata** selbst. Dabei erleben sie die Gefühle, die sie während der Traumatisierung erlebt hatten, von neuem, aber in einer sicheren Umgebung, und sie erinnern sich an den äußeren Ablauf der Traumatisierung und gehen dabei auf die Fragen ein, was sie gesehen, gehört, gespürt oder gerochen haben, und wie sich das jetzt (im Gespräch) anfühlt⁸.

Die wichtigste Aufgabe der helfenden Person ist es, die betroffene Person zu unterstützen, ihr Erleben in Worte zu fassen, es zu ordnen und das Gespräch nach einer gewissen Zeit zu beenden. Eine wichtige Regel in NET ist es, langsam und zeitlich geordnet vorzugehen, um es der betroffenen Person zu ermöglichen, ruhig über ihre Erinnerungen zu reden, Details lebendig werden zu lassen und alles selbst in eine zeitliche Ordnung zu bringen. Die Betroffenen werden so in die Lage versetzt, Gefühle und äußeren Ablauf einander zuzuordnen, um so Zugang zu und Kontrolle über ihre Gefühle zu gewinnen.

Die Beendigung eines Gesprächs über Traumata kann mit den Worten eingeleitet werden: „Wie hat das alles aufgehört? Was ist danach geschehen?“, denn jede einzelne Traumatisierung geht irgendwann einmal zu Ende. Diese Form der Beendigung eines Gesprächs folgt der grundsätzlichen Gesprächsregel, zeitlich geordnet vorzugehen. Zudem endet die Schilderung nicht mit dem Bild eines Traumas, sondern mit dem Ende der Qualen, wenigstens für diesen Tag.

Nach dem Ende des eigentlichen Gesprächs sollte sich die helfende Person nach dem Befinden der betroffenen Person erkundigen und sie dann fragen: „War es gut, darüber zu reden? War es belastend? Oder war es beides?“ Anschließend ist es sinnvoll, sie noch einmal darauf hinweisen, dass die folgende Nacht unruhig werden kann.

Ablauf von Gesprächen über Traumata im Alltag:

Gespräche über Traumata im Alltag können sich ergeben, ohne dass sie vorher geplant sind. Gespräche dieser Art verlaufen anders. Viele der im Rahmen von NET entwickelten Regeln zum Umgang mit Erinnerungen gelten für sie jedoch ebenfalls.

Vor allem muss klar sein, worüber gesprochen wird: über gute Zeiten, über die Symptome der Traumatisierung, über

den Ablauf der Traumatisierung, über die Flucht oder über das Leben in Deutschland.

Gespräche über gute Zeiten sind meist unproblematisch. Die Betroffenen sprechen oft von sich aus über die Zeit vor den Traumata und sind erleichtert, wenn sie danach gefragt werden. Die helfende Person sollte sich das Leben in guten Zeiten schildern lassen, sich mit den Betroffenen darüber freuen und Bedauern äußern, dass diese Zeiten vorbei sind „wegen der schlimmen Dinge, die geschehen sind“. Damit unterbreitet die helfende Person implizit das Angebot, auch über diese Zeiten zu reden und könnte hinzufügen: „... und irgendwann können wir vielleicht darüber auch reden, wenn Sie das möchten.“

Bei **Gesprächen über die Symptome der Traumatisierung** sollte die helfende Person auf Schilderungen von sich aufdrängenden Erinnerungen, innerer Anspannung, körperlichen Symptomen, emotionalen Problemen oder Vermeidung achten. Sie sollte die Schilderungen wiederholen, nachfragen, ob sie alles richtig verstanden hat, und noch einmal darauf hinweisen, dass die geschilderten Symptome Traumafolgen sind.

Gespräche über die Traumatisierung erfordern von helfenden Personen besondere Konzentration. Die betroffene Person sollte den Ablauf der Traumatisierung langsam schildern, die helfende Person sollte die Schilderung wiederholen und nachfragen, ob sie das Geschehene richtig verstanden hat. Im Alltag ist es besonders wichtig, darauf zu achten, dass die Schilderung eines bestimmten Ereignisses auf keinen Fall aus zeitlichen Gründen abgebrochen werden muss. Wenn die helfende Person wenig Zeit hat, muss sie auf ihren Zeitdruck hinweisen, das Gespräch verschieben und einen festen Termin vereinbaren: „Wir sollten über diese Dinge auf jeden Fall sprechen, wenn Sie das möchten. Das sollten wir aber auf keinen Fall unter Zeitdruck tun.“

Die Regel, zeitlich geordnet vorzugehen, nichts zu überspringen, und nie zeitlich zurückgehen, ist bei diesem Gesprächsinhalt besonders wichtig. Bei unklaren oberflächlichen Schilderungen („... und dann ist es geschehen“) ist es hilfreich nachzufragen: „Irgendetwas wollen Sie damit andeuten?“

Wenn es offensichtlich ist, was die betroffene Person sagen möchte, ist es besser, das, was die betroffene Person andeuten wollte, in klare Worte zu fassen: „Sie möchten damit andeuten, dass ...“. Wichtig ist es, rücksichtsvoll, aber klar zu formulieren, aber gerade am Anfang von Gesprächen bestimmte Reizworte zu umschreiben und z. B. nicht zu sagen: „Dann sind Sie vergewaltigt worden“, sondern: „Dann hat der Mann mit Ihnen etwas gemacht, das Sie nicht wollten, und das war schlimm.“ Entlastend ist es, Ruhe auszustrahlen und zu vermitteln, dass traumatische Erlebnisse und ihre Folgen in diesem Rahmen ein ganz normales Gesprächsthema sind.

Die Beendigung des Gesprächs erfolgt, wie oben beschrieben, mit der Frage, wie alles aufgehört hat, was danach geschehen

8 In der Psychotherapie nach NET schreibt die therapeutisch tätige Person nach der Sitzung die Schilderung auf. Bei der nächsten Sitzung lesen beide Gesprächspartner das Protokoll und ergänzen es. Dieses Vorgehen eignet sich nicht für Gespräche über Traumata im Alltag.

ist, wie es der betroffenen Person nach dem Gespräch geht und dem Hinweis auf eine wahrscheinlich unruhige Nacht.

Gespräche über die Flucht folgen den gleichen Regeln wie Gespräche über Traumata. Bei **Gesprächen über das Leben in Deutschland** wird deutlich, dass die betroffenen Personen hier zwar Sicherheit gewonnen, aber die Heimat und ihnen nahestehende Menschen verloren haben. Ein immer wiederkehrender Inhalt dieser Gespräche ist die Angst vor Verfolgern. Manche Betroffene befürchten, dass ihre früheren Peiniger sie bis nach Deutschland verfolgen. Sie trauen sich kaum, die Wohnung allein zu verlassen, auf die Straße zu gehen oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Befürchtungen dieser Art entsprechen fast nie der Realität. Alle helfenden Personen sollten die Betroffenen ermutigen, sich von solchen Ängsten nicht in die Enge treiben zu lassen.

Ambivalenz: Die meisten traumatisierten Personen kämpfen mit der Frage: Will ich und soll ich über die schrecklichen Ereignisse reden oder soll ich das alles unausgesprochen lassen? Hilfreich ist es in solchen Situationen, die Ambivalenz in Worte zu fassen („Da sind zwei Seelen in Ihrer Brust?“, „... und immer bleiben Sie an der Frage hängen, soll ich oder soll ich nicht?“). Solange sich eine betroffene Person noch nicht entschieden hat, ist das wichtigste Gesprächsthema die Ambivalenz. Dabei muss ein Überreden-Wollen oder Bedrängen unbedingt vermieden werden. Die Betroffenen müssen die Bereitschaft der helfenden Personen spüren, ihnen zuzuhören.

Das Vorgehen in Alltagsgesprächen wurde mit Hilfe von Fallvignetten im Rollenspiel geübt.

Diskussion

Die Situation in Heilbronn: Das Heilbronner Schulungsprogramm ist ein praktisches Projekt, das in einer Situation entstand, in der die meisten Fachkräfte im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen eine große Unsicherheit verspürten. Die wenigen in den Jahren 2015 und 2016 traumatologisch kompetenten und erfahrenen Fachkräfte waren zeitlich überfordert.

Das Heilbronner Programm erreichte über 50 Mitarbeitende im Sozialdienst der Stadt und des Landkreises Heilbronn, etwa 30 Sprach- und Kulturmittler und weit über 100 ehrenamtliche Helfende. Überwiegend erhielten wir die Rückmeldung, dass sich die Teilnehmer nach den Seminaren im Umgang mit kriegstraumatisierten Personen wesentlich sicherer fühlten. Sie hatten den Mut gewonnen, bei aller Vorsicht traumatische Erlebnisse zum Gesprächsthema werden zu lassen. Eine muttersprachliche Sozialarbeiterin, die im Rahmen des Sonderkontingents Nordirak in Heilbronn tätig war, berichtete noch im Verlauf des Seminars, wie bereitwillig die betroffenen Frauen ihr Gesprächsangebot annehmen.

Auch außerhalb des Seminars änderten sich viele Bedingungen zum Besseren. Die Flüchtlingsunterkünfte in Heilbronn werden von einem Team von Sozialarbeitern sowie Sprach- und Kulturmittlern als Dolmetscher betreut. Wegen des großen Bedarfs an Dolmetschern für Arztbesuche erhielten die Sprach- und Kulturmittler zusätzlich zur Traumschulung eine medizinische Basisschulung.

2016 nahm die Beratungsstelle „STABIL“ für traumatisierte Flüchtlinge ihre Arbeit auf⁹. Sie bietet Traumaberatung für Erwachsene und Kinder an. Im Jahr 2017 eröffnete refugio Stuttgart eine Zweigstelle in Heilbronn. Psychosoziale Fachkräfte in Beratungsstellen absolvierten Weiterbildungen in der Arbeit mit traumatisierten Personen. Die Deutschkenntnisse der Geflüchteten besserten sich zunehmend, sodass Gespräche über Traumata zunehmend auch in deutscher Sprache geführt werden können.

NET und der Personzentrierte Ansatz: Personzentrierte Berater und Therapeuten arbeiten bei allen Zielgruppen mit den Grundelementen des personzentrierten Ansatzes: empathisch, akzeptierend und echt sein. Barth (2009) geht in seiner Zusammenfassung eines personzentrierten Verständnisses von Traumaarbeit davon aus, dass Vermeidung, Intrusion und Hyperarousal Versuche sind, das Unerträgliche zu begreifen und zu bewältigen. Im Vermeiden der Erinnerung an die Traumata sucht die betroffene Person Schutz und Stabilität. Intrusionen drängen sie, die Traumata anzuschauen, und die unter dem Begriff des Hyperarousals zusammengefassten Symptome sind ein Ausdruck der Zerrissenheit angesichts der gegensätzlichen Strebungen. Vermeidung, Intrusionen und Hyperarousal blockieren sich in diesem Verständnis gegenseitig. Traumatisierte Personen benötigen Hilfe bei ihrem Versuch, die sich widersprechenden Bedürfnisse nach Stabilität und nach Klarheit miteinander in Einklang zu bringen. Insofern seien Stabilisierung und bewusste Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen notwendige Elemente einer Personzentrierten Traumatherapie. Barth (2009) versteht jedoch Stabilisierung und Konfrontation nicht als zwei aufeinanderfolgende Phasen der Traumabewältigung, sondern als zwei Aspekte des therapeutischen Vorgehens, die in jeder Phase des Bewältigungsprozesses notwendig und hilfreich sind.

In diesem Zusammenhang nennt er über die empathische, akzeptierende und kongruente Grundhaltung hinaus zahlreiche Möglichkeiten, den Betroffenen einen Zugang zu ihrem Erleben zu ermöglichen. Zum einen sollten helfende Personen die Regulierungskompetenz der betroffenen Person unterstützen. Sie sollen ihr helfen, sowohl die Tendenz, Erinnerungen zu vermeiden als auch die Tendenz, sich ihnen zu stellen, in

⁹ <http://www.diakonie-heilbronn.de/was-wir-bieten/unsere-abteilungen/mitternachtsmission/stabil.html> [abgerufen letztmals am 30.10.2018]

kontrollierte Bahnen zu lenken. Er empfiehlt, Betroffene, die sich sofort sehr intensiv mit den Traumata beschäftigen, darauf aufmerksam zu machen, dass sie sich möglicherweise zu viel zumuten. Betroffene, die lange brauchen, um Traumata anzusprechen, solle man nicht drängen, sondern sie schrittweise an die Auseinandersetzung mit ihnen heranzuführen. Stabilisierend könnten darüber hinaus jede Form von Ablenkung oder körperlicher Betätigung wirken, distanzierend allgemeine Informationen über Traumata.

Der Weg zur Bewältigung der Traumata sei das integrative Verstehen. Hierunter versteht der Autor die Integration von Ereignissen in den Kontext der Lebensgeschichte und des Selbstverständnisses der betroffenen Personen. Die traumatischen Ereignisse, die bisher noch nicht zugehörig waren, werden „in die Summe des Bestehenden einbezogen“. Das Bestehende seinerseits werde sich dadurch verändern. Ähnliche Aussagen finden sich auch in den oben referierten Modellen zur Personzentrierten Traumaarbeit (z. B. Biermann-Ratjen & Eckert, 2015; Claas, 2007; Gahleitner et al., 2017).

Die Grundidee des Erinnerns an traumatische Ereignisse im Rahmen der Narrative Exposure Therapy (NET, Schauer et al., 2005, 2011) folgt diesen Prinzipien: Beachten der Stabilität der Betroffenen, gemeinsames Nachvollziehen und anschließende Integration des Erlebten. Im Unterschied zu bisherigen Personzentrierten Modellen macht NET jedoch Vorgaben zum Ablauf der Gespräche. Zunächst werden gemeinsam mit den Betroffenen die Symptome des Hyperarousal, der Intrusionen, der Erinnerungslücken in Bezug auf die Traumata und der Dissoziation betrachtet. Dann erfolgt eine Information über die vorgesehene Art und Weise der Gespräche über die Traumata und die Frage, ob die betroffene Person hierzu bereit ist. Abschließend werden die Traumata chronologisch in die Lebensgeschichte eingeordnet. Themen der eigentlichen therapeutischen Gespräche sind die Zeit vor den Traumata und daran anschließend der Ablauf der Traumata. NET sieht dabei vor, in den Gesprächen dem chronologischen Ablauf der traumatischen Ereignisse zu folgen und das Gespräch mit der Frage nach dem Ende des Ereignisses abzuschließen.

Dieses Vorgehen beinhaltet zahlreiche stabilisierende und vor allem distanzierende Elemente: das gemeinsame Betrachten der Symptome, die Information über den vorgesehenen Ablauf der Gespräche, das Thematisieren der Zeit vor den Traumata und das chronologische Vorgehen bei den Gesprächen. Vorgaben dieser Art sind im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes ungewöhnlich. Sie stehen jedoch im Dienst der Distanzierung, d. h. der Unterstützung der Selbstregulierungskompetenz (Barth, 2009) der Betroffenen. Der vorhersehbare Ablauf der Gespräche über die traumatischen Ereignisse unterstützt Betroffene, die sofort über ihre Traumata reden möchten, bei der Begrenzung des Mitgeteilten. Betroffenen, die sich mit der

Beschreibung der traumatischen Ereignisse zunächst schwer tun, gibt er Sicherheit, dass die Gespräche nicht zu schnell zu intensiv werden. Direktiv sind Gespräche nach NET-Vorgaben somit hinsichtlich des Prozesses, nicht hinsichtlich der Inhalte. Die helfende Person behält die Kontrolle über den Ablauf der Gespräche, nicht aber über den Inhalt des Mitgeteilten. Damit können die NET-Vorgaben als Ausdruck störungsbezogener Empathie gesehen werden.

Über die hier skizzierten Abläufe hinaus enthält das NET-Manual zahlreiche Äußerungen Betroffener, in denen diese ihr Erleben der Traumata schildern und Anregungen, diese Äußerungen aufzugreifen. Auch diese sind als Empathiehilfen zu verstehen, d. h. als Möglichkeiten, die typischen Inhalte des Erlebens der Betroffenen nachzuvollziehen.

Empathie und Konfrontation sind somit keinesfalls als Gegensätze aufzufassen. Hilfreiche empathische Äußerungen von begleitenden, beratenden oder behandelnden Personen weisen in der Arbeit mit traumatisierten Betroffenen immer sowohl distanzierende als auch konfrontierende Aspekte auf.

Integratives Verstehen sehen wir in Übereinstimmung mit NET vor allem als Integration der traumatischen Ereignisse in den Kontext der Lebensgeschichte. Traumata sind demnach schicksalhafte Ereignisse. Sie treffen Menschen, ohne dass diese die Möglichkeit gehabt hätten, sie zu verhindern. Da ihr Eintreten außerhalb des Einflussbereichs der betroffenen Personen liegt, tragen sie für diese Ereignisse keine Verantwortung. Es ist wünschenswert, dass sie mit der Unterstützung helfender Personen lernen, die Ereignisse als Teil ihrer Biographie zu akzeptieren und mit diesen Erinnerungen zu leben.

Literatur

- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing (Deutsch 2015: P. Falkai & H.-U. Wittchen (Hrsg.). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5.) Göttingen: Hogrefe.
- Atwoli, L.; Stein, D. J.; Williams, D. R.; McLaughlin, K. A.; Petukhova, M.; Kessler, R. C. & Koenen, K. C. (2013). Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. *BioMed Central Psychiatry*, 13, 182–193.
- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person* 13(2), 148–154.
- Biermann-Ratjen, E. M. & Eckert, J. (2015). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In G.H. Seidler, H.J. Freyberger & A. Maercker (2015). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Carmassi, C.; Dell’Osso, L.; Manni, C.; Candini, V.; Dagani, J.; Iozzino, L.; Koenen, K. C. & de Girolamo, G. (2014). Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of Psychiatric Research* 59, 77–84.

- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine Personenzentrierte Traumatherapie oder brauchen wir eine Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten? In GwG-Akademie (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Elliott, R.; Watson, J. C.; Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2002). *Learning emotion-focused therapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Engelhardt, A. M. (2016). Integrative (trauma)therapeutische Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 47, 6–12.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007). Gesprächstherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung. In GwG-Akademie (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten* (S. 69–92). Köln: GwG-Verlag.
- Fleischhaker, C.; Sixt, B. & Schulz, E. (2010). *DBT-A. Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche*. Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD. Freiburg: Springer.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Gendersensible Konzepte zur Behandlung komplexer Traumatisierung. Methodische Überlegungen zur Untersuchung von Veränderungsprozessen in Therapie und Beratung*. Online-Publikation. PSYDOC, Volltextserver der Virtuellen Fachbibliothek Psychologie. Online verfügbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:291-psydok-4538>.
- Gahleitner, S. B. (2007). Neue Bindungen wagen – Bindungstheorie als Voraussetzung für beziehungsorientierte Psychotherapie bei komplex traumatisierten KlientInnen. In GwG-Akademie (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten* (S. 93–115). Köln: GwG-Verlag.
- Gahleitner, S. B.; Zimmermann, D. & Zito, D. (2017). *Psychosoziale und traumapädagogische Arbeit mit geflüchteten Menschen (Reihe: Fluchtaspekte)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hause, M. & Griese, K. (2015). Sexualisierte Gewalt gegen Frauen im Krieg: Hintergründe, Folgen und Unterstützungsansätze. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker. *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Keicher, R. (Redaktion), Stadt Heilbronn (Hrsg.) (2014). 2. Integrationsbericht der Stadt Heilbronn 2007–2013, Heilbronn. https://www.heilbronn.de/ord_soz/integration/integrationsbericht/_files/Integrationsbericht_2014.pdf [abgerufen am 25. 5. 2016]
- Kessler, R. C.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048–1060.
- Kirsch, A.; Michael, T. & Lass-Hennemann, J. (2015). Trauma und Gedächtnis. In Seidler, G. H.; Freyberger, H. J. & Maercker, A. (2015). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kizilhan, J. (2016). *Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen: transkulturelle Behandlungsmethoden und Techniken am Beispiel der Frauen aus dem Irak*. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Hrsg.) (2015). *Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg – 2. Versorgungsbericht*. https://www.lpk-bw.de/archiv/news2015/pdf/20151002_laek_lpk_bw_traumatisierte_fluechtlinge_versorgungsbericht_2.pdf [Letzter Abruf 22. 2. 2017].
- Lanius, R. A.; Brand, B.; Vermetten, E.; Frewen, P. A. & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence. *Depression and Anxiety* 29, 701–708.
- Le Doux, J. E. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
- Liedl, A.; Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2013). *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. Manual für Einzel- und Gruppensetting*. Stuttgart: Schattauer.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18, 109–118.
- Neuner, F. (2015). Risiken und Nebenwirkungen der Traumatherapie. In G. H. Seidler; H. J. Freyberger & A. Maercker. *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder: management. Clinical guideline [CG26]*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
- Olaya, B.; Alonso, J.; Atwoli, L.; Kessler, R. C.; Vilagut, G. & Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMED-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 24(2), 172–83.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schauer, M.; Neuner, F. & Elbert, T. (2005, 2. Auflage 2011). *Narrative Exposure Therapy*. Göttingen: Hogrefe.
- Steuwe, C.; Driessen, M. & Beblo, T. (2015). Traumaorientierte Psychotherapie. Technik, Anwendungsmöglichkeiten und Ergebnisse. *Nervenarzt* 86, 1427–1437.

Gefangene des Selbst?

Über Möglichkeit und Spielraum der Freiheit im Kontext der Persönlichkeitstheorie von Carl R. Rogers

Gerhard Lukits
Linz, Österreich

Im vorliegenden diskursiven Gedankengang versucht der Autor, die personenzentrierte Persönlichkeitstheorie auf die Möglichkeit existenzieller Freiheit zu befragen, also auf die Möglichkeit, in bewusster, autonomer Entscheidung Haltungen einzunehmen und zu handeln. Grundsätzlich hat Rogers den Personenzentrierten Ansatz, gegen behavioristisch-mechanistische Annahmen seiner Zeit, als emanzipativen, an der Freiheit des Individuums orientierten Ansatz begründet. Dabei bewegt sich Rogers vorwiegend auf der Ebene der Philosophie mit ihren gesellschaftspolitischen Implikationen. Inwiefern hält aber auch seine wissenschaftliche Theorie diesem mit Engagement verfolgten Anliegen stand? Den Angelpunkt für eine Antwort darauf sieht der Autor in der Frage, wie sehr eine Person durch ihre Erfahrungen, vor allem durch ihre wichtigen Beziehungserfahrungen determiniert ist, die sich bei Rogers im Selbst(konzept) abbilden. Dementsprechend wird im Artikel erörtert, in welchem Zusammenhang das Selbst mit der Entscheidungsfindung beim Menschen steht, inwiefern es sein Handeln genau bestimmt oder gar automatisiert. Bei genauerer Hinsicht zeigt sich nach der Auffassung des Autors, dass Rogers diesbezüglich eine konsistente Linie verfolgt: Das Selbst „tut selbst nichts“ (s. u.). Sein nur mittelbarer Einfluss liegt demnach darin, dass es als Erscheinungsform und „sensibles Projekt“ der Aktualisierungstendenz unter dem besonderen Schutz des Organismus steht. Dieser wägt in einer solchen Sichtweise situativ und gesamtheitlich ab, in welcher Weise je nach Interessenlage welche vorhandenen Strukturen zu schützen sind, eine Abwägung, in der er grundsätzlich flexibel ist. Dieser Spielraum des Organismus, in welchem Ausmaß er Erfahrungen zur Symbolisierung im Bewusstsein freigibt, ist demgemäß die Voraussetzung von Freiheit – verwirklicht wird sie auf der Ebene des Bewusstseins in der bejahenden Teilnahme am Prozess der organismischen Erfahrung.

Schlüsselwörter: Freiheit, Persönlichkeitstheorie, Organismus, Erfahrung, Symbolisierung, Erleben, Abwehr, Selbstkonzept, Bewusstsein, Selbst(konzept)

Imprisoned by the self? About possibilities and leeway of freedom in the context of Carl Rogers' personality theory. In the article at hand the author tries to query the person-centered personality theory about the possibility of existential freedom, i.e. the potential to resume an attitude and to act in a conscious and autonomous manner. Rogers founded the person-centered approach as an emancipatory approach based on the individual's freedom and as a counterpart to the behavioristic-mechanical ideas of his time. Hence, he mostly stays on a philosophical level with all its sociopolitical implications. To what extent does his scientific theory live up to its own committed concern? For the author, the pivot for an answer to this question is the question “to what extent is a person predetermined by their experiences, especially their important relationship-experiences?”, which for Rogers is represented in the self(-concept). Therefore the article dwells on the correlation between the self and human decision making, and in what way the self dictates action or even automatizes the latter. Upon closer look Rogers shows consistency in this regard: the self does not act independently. Thus, its indirect influence is as a manifestation, and a “sensitive project” under special protection of the organism. The organism considers its options in a situational and holistic manner, depending on current interests, and comes to a decision about which structures need protection. In this process of consideration it is flexible. This flexibility of the organism, and to what extent it makes previous experiences accessible for symbolization in the conscious, is hence the prerequisite for freedom — realized on the level of consciousness through affirmative participation in the process of the organismic experience.

Keywords: freedom, personality theory, organism, experience, symbolization, defense, self-concept, consciousness, self(-concept)

Gerhard Lukits, Mag., geboren 1967 im oberösterreichischen Kremstal, ist von seiner Grundausbildung her Philologe. Er lebt und arbeitet (als Psychotherapeut in freier Praxis, als Lehrtherapeut und Ausbilder der

ÖGWG) in Linz. Kontakt: Mag. Gerhard Lukits, Bockgasse 21, 4020 Linz, Österreich; gerhard.lukits@liwest.at

*Ich habe mir ein paar
philosophische Eindrücke vom Leben gebildet
und von dem Ziel, dem ein Mensch
zustrebt, wenn er frei ist*

Carl R. Rogers, *Entwicklung der Persönlichkeit*, S. 163

Voraussetzungen und Fragestellung: Ist der Mensch eine Maschine?

Vor dem Bewusstsein des Menschen liegen nicht nur beträchtliche Weiten, sondern auch die vielfältigen Dimensionen seiner Existenz. Bei aller Komplexität und Vielschichtigkeit der menschlichen Wirklichkeit lassen sich jedoch aus Rogers' Theorie zwei mögliche Grundausrichtungen im Prozess des Wahrnehmens ableiten, die prinzipiell immer beide vorhanden sind und einander bedingen (vgl. Lukits, 2016): Eine Person kann überwiegend auf die Erhaltung ihrer Vorstellungen über sich und die Wirklichkeit ausgerichtet sein. Sie ordnet die gegenwärtige Erfahrung in Konstrukte und Bewertungsschemata ein, die sich aus vergangenen Erlebnissen heraus zu einem Selbstkonzept zusammengefügt haben. Insofern eine Person, aus welchen Gründen auch immer, weitgehend an dessen Erhaltung orientiert ist, bleibt sie der Lebendigkeit, die in der gegenwärtigen Situation liegt, weitgehend verschlossen. Sie bewegt sich in nahezu vollständiger Abhängigkeit von der ehemaligen Beziehungsgeschichte, die ihr Selbstkonzept so unabdinglich geprägt hat (vgl. die Darstellung der ersten Stufen im Prozesskontinuum bei Rogers, 1983, S. 34).

Insofern das Bewusstsein eines Menschen hingegen für sein unmittelbares organismisches Erleben offener ist oder wird (vgl. Rogers, 1983, S. 35–40), es also symbolisch deutlicher repräsentiert (vgl. Rogers, 1959/1987, S. 24), erscheint die Welt für ihn in einem anderen, realistischerem Licht: Die Wirklichkeit bringt sich aufgrund der ihr innewohnenden formativen Tendenz jeden Augenblick neu hervor und entwickelt sich unabsehbar, aber folgerichtig und konstruktiv weiter. Davon kann er sich als Individuum weitertragen lassen, indem er in adäquater Antwort darauf, im Vertrauen auf seine grundlegend positive Natur und seine Aktualisierungstendenz, seinen eigenen Impulsen folgt. Auf dieser Ebene erscheint jede Situation offen, und er selbst in ihr frei: „Folglich käme ein solcher Mensch zu der Erkenntnis: ‚Was ich im nächsten Augenblick sein werde, und was ich tun werde, wächst aus diesem Augenblick, und kann weder von mir noch von anderen vorausgesagt werden. Oft genug erleben wir, dass Klienten genau solche Gefühle äußern. Das in einem solchen existentiellen Leben gegenwärtige Fließen lässt sich vielleicht folgendermaßen

ausdrücken: das Selbst und die Persönlichkeit gehen aus der Erfahrung hervor; die Erfahrung wird nicht übersetzt oder verdreht, um der vorgeformten Selbststruktur zu entsprechen. Das heißt, man wird Teilnehmer und Beobachter am dauernden Prozess der organischen Erfahrung ... Die meisten von uns begegnen indes der Erfahrung mit einer vorgegebenen Struktur und Bewertung, auf die wir nie verzichten.“ (Rogers, 1961/1973, S. 188)

Rogers stellt der Gebundenheit an vorgegebene Strukturen und Bewertungen den Prozess der Öffnung für ein Erleben des „unbekannten“ Jetzt gegenüber, einen Prozess, der Hand in Hand mit einer Entwicklung in Richtung Autonomie, Eigenverantwortung und Freiheit geht (vgl. Rogers, 1961/1973, S. 167–177). Die Person kann sich den „organismischen Wert“ (Korunka, 1992, S. 78) der Entscheidungsfreiheit allerdings nicht nur aneignen, sondern sie ist von vorne herein existenziell frei in dem Sinn, dass sie die prinzipielle Möglichkeit zur Freiheit hat: „Es ist diese innere, subjektive, existenzielle Freiheit, die ich beobachtet habe. Es ist die Einsicht, ‚dass ich mich selbst leben kann, hier und jetzt, in eigener Entscheidung.‘ Sie liegt in dem Mut, mit dem einer aufbricht in die Ungewissheit des Unbekannten, wenn er sich für sich selbst entscheidet.“ (Rogers, 1983a/1984, S. 222) Nicht zuletzt aus seiner frühen, einengenden Lebensgeschichte heraus, wie sie etwa Lottaz beschreibt (vgl. Lottaz, 2013), hat Rogers den Personzentrierten Ansatz als emanzipativen, antikonformistischen, an der Freiheit des Individuums orientierten Ansatz begründet: „Weg von den Fessaden“, „Weg vom Eigentlich-Sollte-Ich“, „Weg vom Erfüllen kultureller Erwartungen“, „Weg davon, anderen zu gefallen“, „Entwicklung zur Selbstbestimmung“, um diese Überschriften geht es vorrangig bei den „Richtungen, welche die Klienten einschlagen“, um „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (Rogers, 1961/1973, S. 164–173). „In Wahrheit“ ist der Mensch in seinem Wesensgrund frei. Es ist seine Aufgabe, diese Wahrheit im Sinne eines Entdeckungsprozesses zu entwickeln, vor allem, indem er Vorstellungen loslässt, durch die er sich als abhängig und unfrei setzt. Der Wille des Menschen ist nicht Ergebnis äußerer Umstände, nicht Produkt eines inneren Mechanismus und auch nicht eines Wechselspiels zwischen beiden. Freiheit ist „wesentlich etwas Inneres, etwas, das im lebendigen Menschen da ist“ (Rogers, 1983a/1984, S. 222), und das sich in der Offenheit für das organismische Erleben verwirklicht: „Von seiner persönlichen Entscheidung und Verantwortung hängt die Form seines Lebens ab. Er ist tatsächlich Architekt seiner selbst. Ein wahrlich entscheidender Teil in seinem Leben ist die Entdeckung seiner persönlichen sinnvollen Hingabe an das Leben aus der Ganzheit seines Wesens.“ (Rogers, 1983a/1984, S. 230)

Allerdings ist sich Rogers bewusst, dass der Mensch auch als von Natur aus unfrei und abhängig betrachtet werden kann,

etwa im Interesse der jeweiligen Machthaberinnen¹ und besonders in Sichtweisen wie der behavioristischen seiner Zeit (vgl. auch Korunka, 1992, S. 79). Einem Kapitel „Der Mensch ist frei“ (Rogers, 1983a/1984, S. 218) hat er in seinem Artikel „Lernen In Freiheit“ daher ein Kapitel mit der harten Gegenthese vorangestellt: „Der Mensch ist unfrei“ (Rogers, 1983a/1984, S. 212). Denn „... es ist klar, dass die Wissenschaft den Menschen zum Objekt macht und dass der Zweck dieser Wissenschaft nicht nur im Verständnis und in der Vorhersage, sondern in der Kontrolle liegt ... Der Mensch ist unfrei. Der Mensch ist eine Maschine.“ (Rogers, 1983a/1984, S. 218) Aber nicht nur aus einer solchen „wissenschaftlichen“ Perspektive heraus sei das Individuum tatsächlich in allen Vorgängen Mechanismen und Kräften außerhalb wie innerhalb seiner selbst ausgesetzt, so, „dass von der einen Seite her gesehen der Mensch eine komplexe Maschine ist“ (Rogers, 1983a/1984, S. 230). Das ließe den Begriff „Freiheit“ geradezu abwegig erscheinen (vgl. Rogers, 1983a/1984, S. 212–218). Dennoch bliebe in dieser Betrachtungsweise „etwas sehr Wichtiges ungesagt“ (Rogers, 1983a/1984, S. 218).

Wo Rogers dieses Thema explizit abhandelt und sich schließlich eindeutig zugunsten der Annahme einer existenziellen Freiheit des Menschen deklariert, bewegt er sich offenbar in der Tradition der Aufklärung, des Existenzialismus und des amerikanischen Transzendentalismus, einer forciert emanzipativen, die positive Natur des Individuums betonenden Bewegung des frühen 19. Jahrhunderts, die spätestens mit Ende der Neunzehnjzigerjahre in Amerika unüberhörbare Resonanz gefunden hat (vgl. Buell, 2006, S. 11–28). Dabei bewegt er sich auf der Ebene der Philosophie mit ihren gesellschaftspolitischen Implikationen. Hält aber auch seine eigene wissenschaftliche Theorie vom Menschen dem mit Engagement verfolgten Anliegen, das Individuum in seiner existenziellen Freiheit zu sehen, stand? Oder könnte bereits mit Rogers der Personzentrierte Ansatz in die Mühlen eines bedenklichen Interesses geraten sein, sogar das Lebendige auf Mechanismen zu reduzieren, um es so ‚in der Kontrolle‘ zu halten? Wird etwa der „unlösbare Widerspruch“ (Rogers, 1983a/1984, S. 228) zwischen den berechtigten Argumenten, die für und gegen die Annahme einer existenziellen Freiheit des Menschen sprechen, von Rogers so gelöst, dass er auf der philosophisch-gesellschaftspolitischen Ebene für die Freiheit plädiert, auf der wissenschaftlich-psychologischen jedoch einen Determinismus konstruiert, der jede Autonomie als Illusion erscheinen ließe? – Die Antwort auf die Frage nach der Möglichkeit der Freiheit fällt für Rogers, wie sich im vorliegenden Artikel noch zeigen soll, auch in wissenschaftlicher Hinsicht positiv und damit insgesamt stimmig

aus. Aber auch als Wissenschaftler hat er keine absolute oder eindimensionale Antwort, sondern sie erfolgt in Hinblick auf einen bestimmten, differenzierten Freiheitsbegriff im Kontext seiner Persönlichkeitstheorie.

Gefangene des Selbst?

Im vorliegenden Artikel soll es den angeführten Vorüberlegungen entsprechend also nicht um eine allgemeine philosophische Auseinandersetzung mit dem Thema Freiheit gehen. Vielmehr beschäftigt er sich mit der Frage, ob und inwiefern der von Rogers propagierte Freiheitsgedanke genau mit der personzentrierten Persönlichkeitstheorie vereinbar ist. Dieser ist nicht auf das hinreichende Vorhandensein von verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten gerichtet, über die ein Individuum jeweils verfügt, sondern die „Freiheit liegt in der Entdeckung eines von innen her kommenden Sinns – einer Bedeutung, die sich daraus ergibt, dass wir sensibel und offen auf die Komplexitäten unserer Erfahrung hören ... Derjenige, der demgemäß mutig und gründlich seine eigenen Gedanken denkt, zu seiner ihm eigenen Einmaligkeit findet und verantwortlich sich selbst wählt, hat vielleicht das Glück, zwischen Hunderten von objektiven, äußeren Alternativen wählen zu können oder er mag schlimmstenfalls keine einzige Entscheidungsmöglichkeit haben. Seine Freiheit aber besteht unabhängig davon“ (Rogers, 1983a/1984, S. 222). Es gibt Situationen und Lebensumstände, in denen keine Wahl bleibt, bis hin zu körperlichen oder psychischen Störungen, zu denen ein Mensch keine Alternative hat. In Rogers' Freiheitsbegriff geht es jedoch um die Frage, ob ein Individuum den Spielraum hat, selbst zu feststehenden Gegebenheiten Haltungen einzunehmen, die in seiner Autonomie liegen – oder bewegt sich etwa im Gegenteil der Mensch gerade auf der psychischen Ebene, und damit auch auf der Wahrnehmungsebene, in einem Mechanismus, der aufgrund seiner Vor-Gegebenheiten immer genau so abläuft, wie er eben ablaufen muss?

Was dieses Thema betrifft, liegt im Personzentrierten Ansatz der Angelpunkt dafür meiner Ansicht nach in der Frage, wie sehr eine Person durch ihre Erfahrungen, vor allem durch ihre wichtigen Beziehungserfahrungen determiniert ist, die sich bei Rogers im Selbst abbilden. Freiheit besteht, wie wir oben gesehen haben, für ihn darin, in eigener Entscheidung hier und jetzt, aus der Ganzheit des eigenen Wesens, *bewusst* am Prozess der *organischen* Erfahrung teilzunehmen und sich von ihm weitertragen zu lassen. Sie findet sich also auf der Ebene des Bewusstseins, wo sich organismische Erfahrungen repräsentieren, aber „nicht übersetzt oder verdreht, um der vorgeformten Selbststruktur zu entsprechen“ (Rogers, 1961/1973, S. 188). Der Ausgangspunkt ist die organismische Erfahrung, doch ist

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

Freiheit über einen unbewussten Mitvollzug von Vorgängen hinaus (wie etwa bei Pflanzen oder Tieren) an Bewusstsein gebunden? Für den Freiheitsspielraum einer Person kommt es also im Wesentlichen darauf an, wie weit Bewusstsein über alle Erfahrungen zugelassen wird, oder auch nicht zugelassen wird, „weil die Erfahrung mit der Struktur des Selbst nicht übereinstimmt“ (Rogers, 1951/1983, S. 434).

Auf welcher Ebene wird aber eine Erfahrung mit dem Selbst abgeglichen bzw. festgestellt, ob eine Erfahrung mit ihm ‚übereinstimmt‘? Von welcher Instanz hängt es ab, ob es zur Einschränkung des Prozesses einer adäquaten Symbolisierung im Bewusstsein kommt, in der sich für Rogers nicht nur Kongruenz, sondern auch Freiheit gründet? Wäre die Entscheidung über den Modus des Symbolisierungsprozesses direkt abhängig vom Selbst und seinen ‚Zulassungsbedingungen‘, die eng an seine feststehende Konfiguration geknüpft sind, könnte wohl nur mehr von einer scheinbaren Freiheit die Rede sein. Insgesamt kann es in einem Modell, das dem Selbst die zentrale Steuerung im Gefüge der Persönlichkeit zuschreibt, wohl kaum Spielraum für Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung geben, da das Selbst seinerseits davon abhängig ist, welche Menschen es ‚geprägt‘ haben, die sich eine Person gerade in wesentlichen Phasen wie ihrer Kindheit nicht auswählen konnte. Demgemäß wäre jede psychische Entwicklung vollständig auf förderliche Beziehungen angewiesen, die einzugehen natürlich jedem Menschen, sofern er die Möglichkeit dazu hat, sehr empfohlen werden kann – doch wird nicht auch seine Beziehungswahl (und sogar seine Therapeutenwahl) der Konstellation seines Selbst entsprechen und damit wiederum in Abhängigkeit von der bisherigen Beziehungsgeschichte geschehen müssen? Würde nicht jede Erfahrung, die der Konstitution des Selbst nicht entspricht, von ihm automatisch derart ‚zensuriert‘, dass es gar keine Möglichkeit gibt, sich dazu zu positionieren? Auf diese existenzielle Unfreiheit scheint aufs erste folgendes Zitat von Rogers hinauszulaufen: „Die fließende, aber konsistente Organisation, die die Struktur oder das Konzept des Selbst ist, verhindert so das Eindringen einer Wahrnehmung, die im Widerspruch zu ihr steht ... Meistenteils reagiert sie wie ein Stück Protoplasma, wenn ein Fremdkörper eindringen will – sie bemüht sich, das Eindringen zu verhindern.“ (Rogers, 1951/1983, S. 436) Ein solcher für die Annahme einer existenziellen Freiheit vorläufig negativer Befund, dass nämlich jede gegenwärtige Erfahrung und jede Wahrnehmung mit dem durch Vorerfahrungen bedingten Selbst ‚steht und fällt‘, könnte durchaus Anklang finden. Die Chance, daraus ein Modell weiter zu entwickeln, das wie ein exakter Mechanismus funktionieren könnte, hat meiner Auffassung nach beispielgebend Biermann-Ratjen eröffnet (vgl. Biermann-Ratjen, 2006, S. 74–76). Reflexive Wahrnehmung würde, ginge man dieser Möglichkeit konsequent nach, entsprechend dem Prinzip des Steckwürfels für Kleinkinder

funktionieren, durch dessen Aussparungen geometrische Formen hineingesteckt werden sollen – wo eine Form (eine Wahrnehmung) der Aussparung (der Struktur des Selbst) nicht genau entspricht, gibt es kein Hineinkommen (kein bewusstes Erfahren), außer in der möglichen Entstehung der Aussparungen (von Symbolisierungen, die dann streng an bestimmte Bedingungen gebunden wären). Eine Alternative zu einer solchen „Behälter“-Metapher (vgl. S. Keil, 2011, S. 131) wäre auch das Bild eines Filters, der zwischen organismischer Erfahrung und Bewusstsein ausgespannt ist: Das Selbst lässt als Filter, der durch die Vorgeschichte entstanden ist, nur Inhalte ein, die ihr in ganz bestimmter Weise entsprechen. In jedem Fall machen solche Modelle einen zwangsläufigen Mechanismus des Wahrnehmungsapparates auf psychischer Ebene denkbar, einen Mechanismus, der vollständig von der Vergangenheit und der Beziehungsgeschichte, die in ihr stattgefunden hat, determiniert sein würde – und auch die ‚Erweiterung des Selbst‘ bzw. die Entstehung von Symbolisierungsmöglichkeiten könnte wie ein Ursache-Wirkungs-Mechanismus funktionieren, von dessen Bedingungen und Voraussetzungen das Individuum abhinge.

Die Abwägung des Organismus

Sollte die Konstellation des Selbst in einem Automatismus darüber entscheiden, wie Erfahrungen im Bewusstsein repräsentiert werden, dürfte von einer existenziellen Freiheit keine Rede mehr sein, die sich ja nach Rogers daraus ergeben würde, „dass wir sensibel und offen auf die Komplexitäten unserer Erfahrung hören“ (Rogers, 1983a/1984, S. 222), „hier und jetzt, in eigener Entscheidung“ (ebd.). Die Auffassung, dass die Entwicklung der Person hingegen durch die auf ihre Dispositionen wirkenden sozialen Faktoren determiniert ist, hätte sich auf diesem Weg, gegen Rogers’ philosophisch-gesellschaftspolitische Ansagen, im Grunde auch bei ihm durchgesetzt. Ist etwa sein Freiheitsgedanke, den er mit viel Engagement formuliert hat, in seiner eigenen wissenschaftlichen Theoriebildung tatsächlich dem Umstand zum Opfer gefallen, „dass die Wissenschaft den Menschen zum Objekt macht“ bis hin zur „Maschine“ (Rogers, 1983a/1984, S. 230)? Hätte sich in diesem Punkt Rogers schließlich doch irgendwo *auch* von der Verwurzelung seiner Herkunftsfamilie im Puritanismus einholen lassen, in dem die calvinistische Prädestinationslehre eine wichtige Rolle spielt, gemäß der für das Individuum von vorneherein alles entschieden ist?

Der oben zitierten Passage aus der „Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens“, in der Rogers aufs erste festgestellt hat, dass das Selbst zu ihm in Widerspruch stehende Wahrnehmungen „wie Fremdkörper“ abwehrt, folgt tatsächlich sehr bald ein Ausdruck des Zweifels: „Viele verwirrende Fragen sind

mit dem Problem ‚Wie wird die Verleugnung bewirkt?‘ verbunden“ (Rogers, 1951/1983, S. 436). Rogers scheint hier zu schwanken, vielleicht auch, weil er sich der Implikationen durchaus bewusst ist: Ist das Psychische doch ein Mechanismus, wie ihn etwa Freud oder die Behavioristen beschrieben haben? Und vor allem, wie soll das Selbst etwas abwehren, das es ja nicht identifizieren darf?: „... anderen in unserer Gruppe schien das eine höchst unvernünftige Erklärung, da es einen Prozess des ‚Wissens ohne zu wissen‘, des ‚Wahrnehmens ohne wahrzunehmen‘ in sich schloss“ (ebd.). Rogers hinterfragt das soeben Gesagte stark, um schließlich auf eine wichtige Differenzierung und entscheidende Lösung des Problems zu kommen. „Klärende Untersuchungen“ (ebd.) haben gezeigt: „Zumindest gibt es einen Prozess der Subzeption, eine unterscheidende, wertende, physiologische, organismische Reaktion auf Erfahrung, die dem bewussten Wahrnehmen dieser Erfahrung vorausgehen kann ... Klinisch hat es den Anschein, als wäre ein Prozess in der Art, wie sie der Terminus ‚Subzeption‘ nahelegt, notwendig, um die beobachteten Phänomene zu erklären“ (Rogers, 1951/1983, S. 437): Nicht beim Selbst liegt die Entscheidung, welche Erfahrungen auf welche Weise ins Bewusstsein aufgenommen werden, sondern in einer „organismischen Reaktion“ auf die jeweilige unmittelbare Erfahrung. „Vorbewusst“, also noch nicht im Modus der Reflexion, und bevor durch das Selbst „Vorstellungen über“ sie gebildet werden können, werden Erfahrungen vom Organismus unterschieden und bewertet. Dieser, der als „integrierte Gesamtheit aller physischen und psychischen Funktionen“ (Höger, 2006, S. 38) „auf das Wahrnehmungsfeld als ein organisiertes Ganzes reagiert“ (Rogers, 1951/1983, S. 421) wird durch seine eigene Subzeption darauf hingewiesen, dass bestimmte Erfahrungen zur vollständigen Symbolisierung nicht geeignet sind, da sie für die Struktur des Selbst bedrohlich sein könnten: „Angst kann die Spannung sein, die das organisierte Konzept des Selbst entfaltet, wenn diese ‚Subzeptionen‘ darauf hinweisen, dass die Symbolisierung bestimmter Erfahrungen für die Organisation gefährlich und schädlich wäre.“ (Rogers, 1951/1983, S. 437) Vordergründig kann das Eindringen einer Wahrnehmung, die im gefährlichen Widerspruch zu ihr steht, von der Selbststruktur verhindert werden, aber auch dies geschieht nach Rogers’ Revision bei genauerer Betrachtung *durch den Organismus*, „wenn der Organismus vor dem Bewusstsein wichtige Körper- und Sinneserfahrungen leugnet“ (Rogers, 1951/1983, S. 440) – das Signal dazu geht jedenfalls vom Organismus und seinen organismischen Reaktionen aus, wie auch S. Keil betont: „Wenn wir über die Inkongruenz zwischen Selbst und organismischer Erfahrung reflektieren, sprechen wir ziemlich schnell davon, dass ‚das Selbst abwehrt‘, dass ‚das Organismische erlebt‘ und gehen damit in die Irre“, steht im Abschnitt „Der Organismus als einziger Akteur“ (S. Keil, 2011, S. 131). Durch ihn wird also, meinem Verständnis nach, in der

Gesamtschau einer Situation, besonders auch der Akzeptanz oder Bedrohlichkeit in der jeweiligen Beziehungssituation (vgl. Rogers, 1951/1983, S. 445–447), eine Abwägung vorgenommen, ob angesichts der gegebenen Selbststruktur eine Erfahrung vollständig oder nicht im Bewusstsein abgebildet werden kann: „Abwehr ist die Antwort des Organismus auf Bedrohung. Es wird damit das Ziel verfolgt, die gegenwärtige Struktur aufrecht zu erhalten. Dieses Ziel wird einmal erreicht durch die Verzerrung der Erfahrung im Gewährsein ... oder indem die Erfahrung von der Gewährwerdung ferngehalten wird, um so jede Bedrohung des Selbst zu vermeiden.“ (Rogers, 1959/1987, S. 30–31) Inkongruenz besteht demnach, genau besehen, in einer Diskrepanz zwischen einer organismischen Erfahrung und deren nicht vollständigem Gewährsein, also in einer Diskrepanz zwischen organismischer Erfahrung und bewusstem Erleben. Sie entsteht in einer Dynamik der Abwehr von Erfahrungsinhalten zugunsten des Selbst, wenn es von ihnen *bedroht würde*. Sie entsteht, weil ein bestimmter Erfahrungsinhalt in seiner Symbolisierung für die Organisation des Selbst „gefährlich und schädlich wäre“ (Rogers, 1951/1983, S. 437), indem er „im Widerspruch“ (Rogers, 1951/1983, S. 436) zu ihr stehen würde. Inkongruenz entsteht demnach *nicht*, weil ein Erfahrungsinhalt dem Selbst nicht *genau* entspräche. Sie entsteht nicht, wenn das Selbst einen Erfahrungsinhalt noch nicht kennt, was beides wieder auf das Rogers fremde Verständnis vom Selbst als von einem „Steckwürfel“ bzw. einem „Wahrnehmungsorgan“ (s. o.) hinausliefe, sondern sie entsteht für ihn klar in der Abwehr einer deutlichen Bedrohung. Nicht indem die Wahrnehmung oder gar der Organismus vom Selbst reguliert oder bestimmt würde, sondern damit es im Gegenteil seinerseits vor einer Desorganisation bewahrt *wird*, gibt *der Organismus* dem Bewusstsein nicht jede Erfahrung zur umfassenden Symbolisierung frei. „Nicht aus der Struktur folgern Prozesse, sondern der Prozess generiert die Struktur! Es gilt das Prinzip ‚interaction first‘; der Lebensprozess ist primär zu den Strukturen, die er generiert.“ (Lindenbauer, 2016, S. 134–135) Dieser Aussage, die dem Prozessmodell von Gendlin verpflichtet ist, kann aus der vorliegenden Sicht nur zugestimmt werden, allerdings mit dem Zusatz, dass der Lebensprozess auch zu den Strukturen primär ist, die er bereits generiert *hat*. Das Selbst ist in jedem Entwicklungsschritt, und besonders auf der Wahrnehmungsebene, auf den Organismus und seinen Schutz angewiesen, also auf dessen Abwehr von Erfahrungsinhalten, die für es bedrohlich werden könnten. In dieser Sicht nimmt der Organismus in seinem Gesamtinteresse auf die Aufrechterhaltung *aller* wichtigen Strukturen, darunter in besonderer Weise auf die des Selbst Bedacht, unter Umständen auch nur auf einzelne „Konfigurationen des Selbst“ (vgl. Mearns, 1999 und Cooper, Mearns, Warner & Elliott, 2004). In vielen Situationen bedarf es demnach seiner Abwägung, in welcher Weise je nach Interessenlage

welche vorhandenen Strukturen zu schützen sind bzw. im Sinne der Aktualisierungstendenz zu begünstigen sind: Eine Abwägung, in der er möglichst flexibel sein sollte, manchmal sehr flexibel sein muss und grundsätzlich sein *kann*. In dieser Möglichkeit des Organismus, die freilich aufs erste keine bewusste ist, liegt ein Spielraum, der in diesem Zusammenhang das Fundament existenzieller Freiheit bildet – verwirklicht wird sie auf der Ebene des Bewusstseins.

Das Selbst, das „nichts tut“: Der Spielraum der Freiheit des Organismus

Die Formulierung des Konzepts vom Selbst ist vielleicht die entscheidende Leistung Rogers' auf dem Gebiet der Persönlichkeitstheorie. Auf eine in sich stimmige, insgesamt m. E. geniale Weise thematisiert, verknüpft und bündelt er darin Fragen der Identität, der Wahrnehmung, der Handlungs- und der Reflexionsfähigkeit des Menschen. Seit Rogers sieht die personenzentrierte Persönlichkeitstheorie den Menschen in einer Dichotomie zwischen Organismus und Selbst (vgl. Lukits, 2016) – diese Dichotomie ist freilich keine absolute oder gar dualistische, ist doch das Selbst vor allem Funktion und Teil der integrierten Gesamtheit des Organismus (s. o.). Allerdings nimmt es in seiner spezifischen Struktur auf der psychischen Ebene und der Wahrnehmungsebene eine besondere Stellung ein. Rogers hat daher den Überlegungen zum Selbst ein hohes Augenmerk geschenkt. Dies tut er meines Wissens vorwiegend unter dem Gesichtspunkt, dass Einschränkungen bewusster Wahrnehmung und damit einer offenen, flexiblen, freien Lebensgestaltung mit dessen Strukturen zusammenhängen – das eigentliche Ziel, das sich auch im „Prozesskontinuum“ (vgl. Rogers, 1983, S. 33–40) zeigt, ist die Offenheit des Bewusstseins für den organismischen Prozess. Rogers' gesamte Konzeption beruht auf einem tiefen Vertrauen in die Dimension des Organismischen, die in der menschlichen Fähigkeit zu Reflexion und Bewusstheit ihre höchste Verwirklichung erfahren kann: „So gesehen wird der Mensch zum vollen Potential des Menschen, zum grundlegenden sinnlichen und innerorganischen Erleben tritt das bereichernde Element der Bewusstheit ungehindert hinzu. Der Mensch *wird* das, was er *ist* ... Das heißt anscheinend, dass der einzelne – im Bewusstsein –, das *wird*, was er – in der Erfahrung – *ist*. Er ist, mit anderen Worten, ein kompletter und voll agierender menschlicher Organismus.“ (Rogers, 1961/1973, S. 111) Umso skeptischer sehe ich daher eine Tendenz im personenzentrierten Diskurs, sich in Theorie und Praxis auf das in seiner Konstruktivität fassbarere Selbst zu fokussieren, wodurch das Organismische in unseren Überlegungen und unserem therapeutischen Handeln an den Rand gedrängt zu werden droht. Zwar haben andererseits Modelle wie die des Focusing,

die wiederum das Selbst hintanstellen (vgl. Wiltschko, 1994, S. 13: „Haben Sie schon einmal ein ‚Selbst‘ gesehen?“), in den Personenzentrierten Ansatz Eingang gefunden, aber ohne echte konzeptuelle Integration, zumindest soweit ich das sehen kann: Offenbar ist es eine schwierige Herausforderung, die ursprüngliche Tiefe und Tragweite des Personenzentrierten Ansatzes gemeinsam aufrecht zu erhalten.

Die Möglichkeit, einseitig das Selbst ins Zentrum psychischer Prozesse zu stellen, tut sich wohl schon mit Rogers auf, der aus seinen klinischen Erfahrungen heraus einen bedeutsamen, oft entscheidenden Einfluss der Selbststruktur auf fast alle Ebenen der psychischen Existenz des Menschen festgestellt hat: Die Selbststruktur betrifft die Identität einer Person, aber auch die Ebenen der Erfahrung, der Wahrnehmung, des Handelns und der Bedürfnisse (vgl. Rogers, 1959/1987, S. 26–35). Der Schritt, diese Ebenen als vom Selbst *bestimmt* anzusehen, ist vielleicht naheliegend, aber meiner Auffassung nach von Rogers nie gesetzt worden: Für die Art eines Symbolisierungsprozesses, für ein bestimmtes Handeln etc. kann zwar die Verfasstheit der Selbststruktur entscheidend sein, aber nur, wenn *der Organismus* in der vorliegenden Situation eine Bedrohung für sie sieht und eine Abwehrreaktion einleitet. Das Selbst ist weder ein Wahrnehmungsorgan noch trifft es eine Entscheidung über Handlungsoptionen, sondern wird, wie ich darzustellen versucht habe, angesichts ihrer lediglich vom Organismus berücksichtigt. Daher sind Aussagen, das Selbst, sei „ein Konzept, ein Konstrukt, mit dem wir die Realität, die wir erleben, erzeugen“ (S. Keil, 2011, S. 129) differenziert-kritisch zu sehen. Das Selbst erzeugt kein Erleben, es ist für Rogers kein „Akteur“, sondern bloß eine Struktur, die aus *vergangenen* individuellen Erfahrungen gewonnen worden ist – das gegenwärtige Erleben geschieht auf der Ebene des Bewusstseins (vgl. Rogers, 1959/1987, S. 23). Das Selbst hat als solches keine Bedürfnisse, und insgesamt: „... dieses Selbst ‚tut‘ selbst nichts. Es ist nur eine mögliche Erscheinungsform dieser organismischen Tendenz, die den Organismus erhält und entwickelt.“ (Rogers, 1959/1987, S. 22) Es ist eine Erscheinungsform der Aktualisierungstendenz, die das reflexive Selbstverständnis eines Menschen von sich selbst hervorbringt – also seine Vorstellungen über sich (vgl. Lukits, 2016) und in einem darüber hinausgehenden Sinn seine Identität. In der erhöhten Komplexität, die sich für den menschlichen Organismus in der zusätzlichen Sorge um das Selbst ergibt, liegt keine Einschränkung, sondern eine Erweiterung von Möglichkeiten, wie es auch einer zentraler Überlegung Gendlins zu den „Freiheitsgraden“ entgegenkommt: „Mehr Struktur gewährt mehr Vielfalt, das hätte längst bemerkt werden sollen. Wir sehen es um uns herum, entwickeltere Tiere weisen mehr Vielseitigkeit als einfachere auf, und Menschen noch viel mehr.“ (Gendlin, 2015/2016, S. 136)

Die Grenze der Freiheit des Organismus: Das Selbst als sensibles Projekt

Die Akzentuierung, dass die Selbststruktur als solche im Wesentlichen eine aus selbstreflexiven Vorstellungen gebildete Gestalt bzw. eine Identitätsstruktur ist (s. o.) und keine ‚zentrale Schaltstelle‘, in der alle Fäden des Psychischen zusammenlaufen, führt zu einer weiteren, schon bekannten Fragestellung: Warum kann das Selbstkonzept sogar bedroht sein, wenn eine an sich positiv zu bewertende Erfahrung wie eine nicht erwartete Anerkennung im Widerspruch zu ihm steht? Und warum schätzt der Organismus es als so wichtig ein, dass er es selbst in diesem Fall zu schützen geneigt ist – worin liegen also im Kern die Bedrohung und außerordentliche Bedeutung des Selbst in der Organisation des Psychischen? Rogers gibt darauf, exemplarisch anhand einer Person, die ihre wider ihr Selbstkonzept sich zeigenden technischen Fähigkeiten erst recht verkennt, eine Antwort, die nicht immer als befriedigend wahrgenommen worden ist und tatsächlich nicht ganz vollständig erscheint: „Die Ursache für die Verzerrung ist der Schutz vor dem Verlust eines wichtigen Teils der Selbst-Struktur, nämlich des ‚Ich werde von meinen Eltern geliebt‘. Dies führt zu einem Gefühl, das sich folgendermaßen schematisieren ließe: ‚Ich möchte meinen Eltern gegenüber akzeptabel erscheinen, und daher muss ich mich selbst als die Art von Person erfahren, für die sie mich halten.‘“ (Rogers, 1951/1983, S. 453) In diesem Zitat zielt Rogers klar auf das Bedürfnis nach positiver Beachtung ab, das sich darin ausdrückt, dass die exemplarische Person die elterliche Erfahrung bzw. Zuschreibung technischer Unfähigkeit übernommen hat und nun aufrechterhält. „Aber nicht die Zuschreibung ist der Auslöser dafür, sich selbst als unfähig zu definieren“ (S. Keil, 2011, S. 135), sondern weil die Person die Erwartungshaltung der Eltern nicht verletzen möchte, eine zwar negative Erwartungshaltung, die aber offenbar mit einer erhofften Konstanz von Beachtung verbunden ist. Umgekehrt könnte die Befürchtung dazu lauten: ‚Wenn ich mich plötzlich vor ihnen als eine andere zeige, werden sie mich vielleicht nicht mehr erkennen, beachten und lieben.‘ In dieser Annahme ist vorausgesetzt, dass die besagten Eltern ihr Kind nicht einmal in einer an sich positiven Veränderung akzeptieren könnten, letztlich aufgrund ihrer eigenen bedrohten und daher starren Selbststruktur – die grundsätzliche Frage nach dem Grund der Fragilität des Selbst ist damit lediglich auf eine Generation vorverlegt, davon abgesehen, dass sie bereits eine im Selbstkonzept des Kindes liegende Annahme enthält. Mit S. Keil halte ich Rogers’ Begründungszusammenhang für „eine Erklärung, die meiner Erfahrung nach nicht dazu führt, die Bedeutung und Beharrlichkeit solcher Einstellungen zu verstehen“ (S. Keil, 2011, S. 134). Er löst die Fragestellung nicht, sondern macht sie noch dringlicher: Unbestritten kann das

Selbstkonzept durch Symbolisierungen von Erfahrungen, die im Widerspruch zu ihm stehen, destabilisiert werden, wenn dadurch ein Entzug von (positiver) Beachtung droht. Warum könnte das Selbst aber ebenso ins Wanken geraten, wenn eigentlich gar kein Verlust, sondern vielleicht sogar ein Gewinn an positiver Beachtung zu erwarten wäre? Zusätzlich zu der von Rogers gegebenen Antwort hat sich für mich im Gedankengang des vorliegenden Artikels eine weitere Überlegung dazu entwickelt: Das Selbst ist integrierter Teil des Organismus, hat als solcher aber, vergleichbar einem Körperorgan, auch eine eigene Struktur und damit „einen relativ eigenständigen Spielraum“ (Stumm & W. Keil, 2014, S. 8). Darin, dass es offenbar unter dem besonderen Schutz des Organismus stehen muss, erscheint diese Struktur allerdings außerordentlich sensibel, wie auch manchen empfindlicheren Körperbereichen, etwa dem Gesicht oder der Scham, vor allem in physisch bedrohlichen Situationen die verstärkte Aufmerksamkeit des gesamten Organismus zu gelten hat. Die Selbststruktur ist also möglicherweise nicht nur deswegen in der Regel ziemlich schutzbedürftig, weil der Organismus keine irgendwie bereits gegebene Beachtung aufs Spiel setzen möchte – vielleicht ist sie es auch phylogenetisch bedingt, weil sie ein spezifisch menschliches, daher entwicklungsgeschichtlich junges und noch fragiles Gut erst auf den Weg bringt. Dieser Umstand könnte, eingeschlossen eines sicher nicht einfachen Konstitutionsprozesses des Selbst auf individueller Ebene, es insgesamt zu einem besonderen und entwicklungsgeschichtlich noch ‚wackeligen‘ Bereich machen – zu einer vor allem in ihrem Aufbau empfindlichen ‚Zone‘ (in diesem Begriff klingt hier die altgriechische Bedeutung des ‚Schutzgürtels‘ mit), die *strukturell* in der Regel eine radikale oder schnelle Veränderung nicht zulässt. Mit ihrer Hilfe entfaltet sich jedoch, meistens auf eine sehr unsichere, zerbrechliche Weise, das hervorragendste und vielleicht sogar verheißungsvollste Spezifikum menschlicher Existenz, das Selbstbewusstsein – Eine Zone, deren *Organisation* vor der Gefahr ihrer Desintegration der Organismus zu schützen sich entscheiden kann (vgl. Rogers, 1951/1983, S. 436–437), vielleicht sogar um den Preis des Gewinnes von positiver Beachtung oder um den Preis von Freiheit.

Zusammenfassung und therapeutischer Bezug

In der vorgenommenen Sichtung der personzentrierten Persönlichkeitstheorie hat sich kein grundsätzliches Hindernis für die Möglichkeit existenzieller Freiheit gezeigt. Der Mensch wird demnach nicht bestimmt durch seine Vergangenheit, seine Beziehungsgeschichte oder durch das Selbst insgesamt, sondern umgekehrt nimmt der Organismus in seiner Gegenwärtigkeit Rücksicht auf sie. Eine deterministische Vorstellung von einem

psychischen Apparat, bei dessen Mechanismen das Selbst in einem Automatismus und daher ohne echte Entscheidungsmöglichkeit eine zentrale Rolle einnimmt, wäre demgemäß nicht zutreffend: Das Selbst ist im hier gewonnenen Verständnis, um es in Bildern zu veranschaulichen, keine entscheidende Schaltstelle in einer „Maschine“, sondern vielmehr ein sensibles Projekt der Aktualisierungstendenz (vgl. Rogers, 1959/1987, S. 22), ein „Pflänzchen“, das vom Organismus im Fall einer für es bedrohlichen Situation und in Abwägung aller Interessen geschützt wird – wie die Rose, die vom Kleinen Prinzen Saint-Exupéry (1946/1994) immer wieder schützend unter eine Glaskuppel gestellt wird. Dieses „Projekt Selbstkonzept“ bzw. „Projekt Selbstbewusstsein“ gibt es beim Tier ebenso wenig wie bei der Pflanze. Deshalb muss bei ihnen der jeweilige Organismus darauf keine Rücksicht nehmen, wenn auch er wahrscheinlich bereits autonom bzw. „autopoietisch“ (vgl. Maturana & Varela, 1984/1987, S. 55–60) für seine Aktualisierung sorgt. Erst durch das menschliche Spezifikum des Bewusstseins kann aus solch unbewusster Autonomie echte Freiheit werden, indem ein Individuum seine Erfahrungen in seinen Symbolisierungen akzeptierend mitvollzieht, dabei aber auch in letzter Konsequenz bewusst und verantwortlich an den Entscheidungsprozessen des Organismus teilnimmt: „Derjenige, der sich selbst und seine Situation klar erkennt und frei die Verantwortung für dieses Selbst und diese Situation übernimmt, ist ein ganz anderer Mensch als derjenige, der einfach in der Gewalt der äußeren Umstände steckt“ (Rogers, 1983a/1984, S. 225). Freiheit ist eine existenzielle Möglichkeit des Menschen, aber nichts einfach Gegebenes, besteht sie doch in der bewussten, akzeptierenden Teilnahme am Prozess der organismischen Erfahrung, eine Teilnahme also, die ein vertrauensvolle, bejahende Haltung zu dem erfordert, was gerade geschehen möchte, in der Therapie wie im Leben. „Das in einem solchen existentiellen Leben gegenwärtige Fließen“ (Rogers, 1961/1973, S. 188) beinhaltet eine existenzielle Freiheit, die im Wesentlichen ein achtames Lassen bedeutet, dem ein Mensch nicht „mit einer vorgegebenen Struktur und Bewertung“ (ebd.) im Weg steht. Dies kann freilich nur unter der Voraussetzung einer einigermaßen stabilen Selbststruktur geschehen, so dass der Organismus ihrer will nicht in einer ständigen Schutzhaltung steht und das Gewahrwerden einschränkt. Ein gesichertes Selbst kann dazu dienen, dass etwa ein Kind seinen „gesamten Erfahrungsnachweis im Sinne seiner organismischen Befriedigung frei und in genau symbolisierter Form vor dem Bewusstsein zugibt“ (Rogers, 1951/1983, S. 434). Dies wird möglich, wenn es „nicht vom Verlust der Liebe bedroht ist, weil die Gefühle von den Eltern akzeptiert werden“ (ebd.), oder entsprechend in einer positiv verlaufenden Therapie: „In der klientbezogenen Therapie wird der Klient allmählich aufgrund der Beziehung und der Art, wie der Berater sie handhabt, davon überzeugt, dass er

so akzeptiert wird, wie er ist, und dass jeder neue Aspekt, den er in Bezug auf sich selbst offenbart, ebenfalls akzeptiert wird. Auf diese Weise können Erfahrungen, häufig sehr langsam, akzeptiert werden, die bislang geleugnet wurden, und folglich in bewusste Form gebracht werden“ (Rogers, 1951/1983, S. 445), wodurch in der Folge auch das Selbst-Konzept erweitert wird (vgl. ebd.). In dieser Hinsicht können das therapeutische Angebot einer angstfreien Atmosphäre und damit einhergehender bedingungsfreier positiver Beachtung als Angelpunkt jeder gelingenden Therapie betrachtet werden, die auch in Richtung Freiheit führt.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–92). Heidelberg: Springer.
- Buell, L. (2006). *The American Transcendentalists*. New York: Random House.
- Cooper, M.; Mearns, D.; Stiles, W.; Warner, M. & Elliott, R. (2004). Developing self-pluralistic perspectives within the person-centered and experiential approaches: A round table dialogue. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3(3), 176–191.
- Gendlin, E. (2015/2016). *Ein Prozess-Modell*. Freiburg/München: Verlag Karl Alber.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.) *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Keil, S. (2011). Wie zeigen sich „Selbst“ und „Inkongruenz“ in der Psychotherapie? – Essenzen aus einer qualitativen Studie zum Thema Selbst/Inkongruenz. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 42(3), 129–137.
- Korunka, C. (1992). Elemente Personzentrierter Psychotherapie. Das Menschenbild. In P. Frenzel, P.F. Schmid, M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 71–82). Köln: Ed. Humanistische Psychologie.
- Lindenbauer, K. (2016). In Prozessen denken. Einführung in das Prozess-Modell von Eugene T. Gendlin. *Person*, 16(2), 131–138.
- Lottaz, A. (2013). Carl R. Rogers: Auf dem Weg zu einer Spiritualität für die säkulare Welt? *Person*, 17(2), 89–99.
- Lukits, G. (2016). Empathie und Empirie: Rogers' Verstehenszugänge und ihre Voraussetzungen in der Erkenntnistheorie Schopenhauers. Ein philosophischer Anstoß. *Person*, 20(1), 63–71.
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1984/1987). *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. Bern und München: Scherz Verlag.
- Mearns, D. (1999). Person-centred therapy with configurations of self. *Counseling*, 10(2), 125–130.
- Rogers, C. R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag. (Orig. ersch. 1959a: *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations*

- of the person and the social context.* New York: McGraw Hill, S.184–256.)
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten.* Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (Hrsg.) (1983). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie.* Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1983a/1984). *Freiheit und Engagement: Personenzentriertes Lernen und Lehren.* München: Kösel. (Orig. ersch. 1983a: *Freedom to learn for the 80's.* Columbus, OH: Charles E. Merrill.)
- Saint-Exupéry, A. (1946/1994). *Der kleine Prinz.* Düsseldorf: Karl Rauch Verlag.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2014). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie.* Wien: Springer.
- Stumm, G.; Wiltschko, J. & Keil, W. W. (Hrsg.). (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Wiltschko, J. (1994). Haben Sie schon einmal ein „Selbst“ gesehen? Zur Phänomenologie des Ichs. In W. W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.), *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S.13–27). Bergheim bei Salzburg: Mackinger.

Der Wahn und seine Behandlung zwischen Vanitas, Sensus communis und Paraposition

David Oberreiter
Linz, Österreich

In der Psychotherapie mit Menschen mit psychotischen Störungen stellt der Umgang mit wahnhaftem Geschehen eine besondere Herausforderung dar. Nach theoretischer Annäherung an das Thema werden die Pathophysiologie und eine mögliche personenzentrierte Sichtweise des Phänomens diskutiert. Konkretes psychotherapeutisches Handeln soll daraus abgeleitet werden. Es werden jene Besonderheiten in der Kontaktaufnahme dargestellt, die in der Psychotherapie mit Menschen, die unter wahnhaften Symptomen leiden, beachtet werden müssen.

Schlüsselwörter: Wahn, Psychose, Psychosen-Therapie, Paraposition, Vanitas

The Therapy of Delusion in Regard to Vanitas, Sensus Communis, and Para-Position. In psychotherapy for individuals with psychotic disorders, the handling of delusional events represents a particular challenge. After presenting a theoretical approach to this topic, this work will discuss pathophysiology and a possible person-centered perspective on this phenomenon. Concrete psychotherapeutic actions will then be extrapolated. Specific characteristics that must be taken into account when interacting with individuals who suffer delusional symptoms will also be presented.

Keywords: Delusion, psychosis, psychosis therapy, para-position, vanitas

Wahn kann bei ganz unterschiedlichen psychischen Störungen auftreten: bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, bei schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen, als isolierte wahnhafte Störung usw.¹ Der Umgang mit Wahnsymptomatik stellt in der Psychotherapie eine besondere Herausforderung dar.

Der Wahnbegriff

Das Phänomen Wahn ist schon sprachlich schwer zu fassen. Unterschiedliche Sprachen versuchen Wahnsymptomatik durch bildhafte Ausdrucksweise zu beschreiben. Manche Sprachen verwenden das Bild des Deliriums (z. B. Délire, delirio, delírio) andere Sprachen das Bild der Delusion (z. B. Делузија, delüzyon, delusion, deluzija, deluzionális). Delirium bedeutet wörtlich das Abgehen von einer (vorgegebenen) Spur. Delusion leitet sich von „ludere“ ab und bezeichnet mit der Präposition „de“ das Abgehen vom (richtigen) Spiel, das Falschspielen.

David Oberreiter, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Vorstand des Instituts für Psychotherapie des Kepler Universitätsklinikums. Kontakt: Kepler Universitätsklinikum, Institut für Psychotherapie, Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz, Austria, david@oberreiter.net

Beide sprachlichen Bilder beschreiben das Verlassen von etwas Vorgegebenem, allgemein Anerkanntem. Das Abgehen von der Spur oder das Verlassen von Spielregeln zwingt zu eigener kreativer Leistung – im Finden einer eigenen Richtung und im Erfinden neuer Spielregeln. So beschreiben diese Bilder sowohl den Verlust und das Fehlen von Vorgegebenem als auch die daraus entstehende Notwendigkeit eigener Kreativität.

Auch in germanischen Sprachen sind die Aspekte des Fehlens, der Leere und des Kreativen in der Bezeichnung des Wahns enthalten (z. B. Wahn, waan, vanföreställning). Das deutsche Wort Wahn leitet sich von zwei sehr ähnlich lautenden althochdeutschen Wörtern ab: „wân“ und „wan“. „Wân“ bedeutet „falscher Glaube“ – dieses Wort repräsentiert die kreative Leistung im Finden eines neuen (aber falschen) Glaubens. Das Wort „wan“ leitet sich vom lateinischen „vanus -a -um“ ab. Es bedeutet leer.²

1 vgl. ICD-10: F20, F22, F23, F24, F25, F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3 etc. (Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. 1991).

vgl. DSM 5: Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders, Bipolar Disorder, Major Depressive Disorder etc. (American Psychiatric Association, 2013).

2 Wahnsinn bedeutet demnach wörtlich: leer von Sinn, sinnentleert. Der erste Mensch, der mit der Bezeichnung des wahnhaften bedacht worden ist, begegnet uns im Buch Hiob (Hiob 11, 12) als vir vanus – als leerer Mann – von Martin Luther als „unnützer Man“ übersetzt – eine vielleicht abwertend anmutende Bezeichnung – der Aspekt der Leere

In der Geschichte des Wahnbegriffs ist es nicht verwunderlich, dass die hauptsächlichste Aufmerksamkeit auf die kreativen Aspekte gerichtet war, die weit schillernder erschienen als die Aspekte des Verlustes. So findet sich auch in der „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“, in der Immanuel Kant psychische Störungen zu unterscheiden sucht, über die Entstehung des Wahnsinns die These, dass „durch falsch dichtende Einbildungskraft selbstgemachte Vorstellungen für Wahrnehmungen gehalten werden“ (Kant, 1798 S.145). Hier legt Kant den Schwerpunkt für die Entstehung von psychotischen Störungen auf die Kreativität.

Doch um das Phänomen des Wahns zu verstehen, ist die Beachtung der Leere von besonderer Bedeutung. Die Leere, die Vanitas³ weist den Weg zum Verständnis des Wahns und zu seiner erfolgreichen Behandlung.

Sensus communis und Sensus privatus

Immanuel Kant versucht neben der Einbildungskraft auch dem Aspekt der Leere gerecht zu werden. In der Anthropologie in pragmatischer Hinsicht schreibt er: „Das einzige allgemeine Merkmal der Verrücktheit ist der Verlust des Gemeinsinnes (sensus communis) [sic], und der dagegen eintretende logische Eigensinn (sensus privatus) [sic]“ (Kant, 1798, S. 151).⁴ Hier zeigt sich die produktive Sichtweise des Wahnbegriffs durch kreative Ausbildung des eintretenden logischen Eigensinns. Der Aspekt des Verlustes, der Leere ist aber auch fassbar in dem beschriebenen Verlust des Gemeinsinns, in der Abwesenheit, der Leere an Sensus communis. Der Wahn hat hier Aspekte der Leere in der Hinsicht, dass man im Wahn des Gemeinsinns verlustig wird, der Gemeinsinn verloren geht, Leere entsteht, wo der Sensus communis sein sollte und sich dort Sensus privatus breit machen kann. Kant impliziert in dieser Textstelle das Vorhandensein eines Sensus communis, eines Sinns, einer Wahrheit, die von der Gesellschaft geteilt wird, als etwas unabhängig vom Individuum Gültigen. Der Verlust dieses Sensus communis wird von Kant als krankhaft befundet.

wird aber in dieser pointierten Übersetzung ausgedrückt (unnütz, leer von Nutzen) (vgl. Luther, 1534).

3 Vanitas wurde als eigenständiges Wort gewählt, um die besondere Bedeutung der Leere auch sprachlich hervorzuheben. Das lateinische Wort „vanitas“ findet sich in klassischer lateinischer Literatur bei Cicero, Livius, Petronius, Plinius, Sallustius, Seneca, Tacitus etc. Es wird in der Bedeutung Nichtigkeit, Hauch, Leere, Unwahrheit verwendet und auch als leerer Schein und Eitelkeit.

4 Die Ungenauigkeit in der Schreibweise des Wortes „sensus communis“ ist in der zweiten Auflage aus dem Jahr 1800 richtiggestellt (vgl. Kant, 1800, S. 151). Ab der dritten Ausgabe von 1820 ist auch die Schreibweise des Wortes „sensus privatus“ korrigiert (vgl. Kant, 1820, S. 150).

Sensus communis und Wirklichkeitsprüfung

Auch moderne Wahndefinitionen scheinen ohne einen Konsens in der Bewertung der Wirklichkeit nicht auszukommen. So definiert Karl Jaspers in der „Allgemeinen Psychopathologie“ 1913 die „äußeren Merkmale“ eines Wahns: „1. die außergewöhnliche Überzeugung, mit der an ihnen festgehalten wird, die unvergleichliche subjektive Gewißheit. 2. die Unbeeinflussbarkeit durch Erfahrung und durch zwingende Schlüsse. 3. die Unmöglichkeit des Inhalts“ (Jaspers, 1913, S. 45).⁵

Durch Einbeziehung der „Unmöglichkeit des Inhalts“ als Wahnkriterium setzt Jaspers hier scheinbar voraus, es sei in einem Consensus communis klar erkennbar, welche Inhalte als möglich und welche als unmöglich zu qualifizieren wären. Nachfolgende Definitionen des Wahns orientieren sich an Jaspers. Auch in aktuell anerkannten Beschreibungen des Wahns wird ein als unmöglich angesehener Wahninhalt als symptomatisch bezeichnet (vgl. Möller, Laux, Kapfhammer 2008, S. 446; Sadock & Sadock, 2007, S. 504).⁶

Dies scheint problematisch, da die Prüfung auf Unmöglichkeit in der Praxis oft schwierig ist. Bei sehr wirklichkeitsfernen Wahninhalten (wie zum Beispiel: „Ich fühle mich von grünen Marsmenschen verfolgt.“) ist die Unmöglichkeit scheinbar naheliegend. Bei wirklichkeitsnahen Wahninhalten, wie zum Beispiel beim Eifersuchtswahn ist die Wirklichkeitsprüfung aber schwieriger und oft gar nicht möglich. Auch die Außenanamnese ist hier wenig hilfreich. Dem Wahrheitsgehalt der Beteuerungen der oder des Verdächtigten steht immer noch Misstrauen gegenüber. Zudem ist zu bedenken, dass das reale Eintreten des wahnhaft Befürchteten nicht vor der Entstehung eines Wahns schützt und umgekehrt. (Zum Beispiel kann der unter Eifersuchtswahn Leidende auch real betrogen sein.)

Es ist also sinnvoll Wahnkriterien zu definieren, die auf jegliche Form der Wirklichkeitsprüfung verzichten. Bleibt man bei Jaspers Wahnmerkmalen, so scheinen die beiden ersten Kriterien hinreichend. Als erstes Merkmal nennt Jaspers „subjektive Gewißheit“ (Jaspers, 1913, S. 45). Die Person ist von der Gegebenheit des Wahninhalts mit subjektiver Gewissheit überzeugt. Der Bezug zu Immanuel Kants „logischem Eigensinn (Sensus privatus)“ ist naheliegend – besonders in Zusammenschau des

5 Seit der Formulierung der Wahnkriterien durch Jaspers 1913 erfolgte darüber eine intensive Diskussion, auf deren Darstellung hier verzichtet wird. Letztlich entsprechen die in aktuellen Diagnosemanualen beschriebenen Kriterien des Wahns weitgehend den von Jaspers formulierten Kriterien.

6 Im Glossary of Technical Terms des DSM-5 wird als Erklärung des Wahns angeführt: „A false belief based on incorrect inference about external reality that is firmly held despite what almost everyone else believes and despite what constitutes incontrovertible and obvious proof or evidence to the contrary“ (American Psychiatric Association, 2013, S. 819).

dritten Kriteriums Jaspers', der „Unmöglichkeit des Inhalts“, in der unschwer der „Verlust des Gemeinsinns (Sensus communis)“ erkennbar ist. Jaspers' „subjektive Gewißheit“ ist – ebenso wie Kants „Sensus privatus“ – etwas ganz im Individuum zu Verortendes. Dieses Wahnkriterium betrachtet das im Individuum Entstandene, das vom Individuum Geschaffene.

Das zweite von Jaspers formulierte Wahnkriterium sieht die Person im Kontakt mit der Umwelt. Als Wahnkriterium gilt: die „Unkorrigierbarkeit durch Erfahrung und zwingende Schlüsse“ (Jaspers, 1913, S. 45). Auch wenn die Person Erfahrungen macht, die dem Wahn widersprechen, ihn widerlegen, so wird dennoch das Wahngedanken aufrechterhalten. Die Erfahrungen werden umdefiniert, abgewertet oder einfach nicht gesehen. Ebenso geht es der Person mit Äußerungen von Mitmenschen, die zwingende, dem Wahn widersprechende Schlüsse einzuwenden haben. Dies kann den Wahn nicht mindern. Im Gegenteil, es besteht die Gefahr, dass die den Wahn zu widerlegen versuchende Person mit negativer Konnotation in das Wahngedanken eingebaut wird. (Wie zum Beispiel: „Sie wollen mich nur deshalb verwirren, weil Sie auch zu den mich bedrohenden Geheimagenten gehören.“)

In der Beurteilung ob ein Wahn vorliegt, sind in der Praxis die beiden ersten von Jaspers' Wahnkriterien ausreichend. Präsentiert sich ein Mensch mit „subjektiver Gewißheit“ verbunden mit „Unkorrigierbarkeit durch Erfahrung und zwingenden Schlüssen“, so ist vom Vorliegen eines Wahns auszugehen. Psychiatrieerfahrene Behandler wissen, dass die Prüfung der Wirklichkeit auf die „Unmöglichkeit des Inhalts“ vor allem bei wirklichkeitsnahen Wahninhalten weder möglich noch zielführend ist. Ein Abgleich der Wahninhalte mit dem Sensus communis ist nicht nötig. In akuten psychiatrischen Situationen, in denen pragmatisches Handeln gefragt ist, bleibt die Frage, ob es ganz prinzipiell einen allgemein gültigen Gemeinsinn gibt, unbeantwortet und scheint bezüglich der Diagnostik vorliegender Wahninhalte zunächst weder hilfreich noch förderlich.

Fallvignette

Ein Beispiel soll die Beschreibung des Wahns illustrieren: Betrachten wir einen alleinstehenden Mann⁷, der völlig zurückgezogen lebt. Er vermeidet den Kontakt zu seinen Nachbarn, weil er fest davon überzeugt ist, dass diese ihm Böses wollen. Immer wieder hört er aus den Nachbarwohnungen Musik und Fernsehgeräte und ist mit subjektiver Gewissheit überzeugt, die Nachbarn versuchen durch die Geräuschkulisse Tätigkeiten zu tarnen, die ihm schaden könnten, wie zum Beispiel

7 Feminina und Maskulina, die im Artikel zur Anwendung kommen, beziehen sich auf Menschen jeglicher Geschlechtsidentitäten.

das Platzieren von Abhör- und Überwachungseinrichtungen, weil sie für einen Geheimdienst arbeiten, der ihn auszuspionieren beabsichtigt. Andere naheliegende Möglichkeiten, warum Musik und andere Geräusche aus den Wohnungen der Nachbarn zu hören sind, lässt der einsame Mann nicht gelten. Er zeigt sich unkorrigierbar in seiner Annahme und tendiert dazu jeden, der ihn von den Wahngedanken abbringen möchte, ins Wahngeschehen einzubinden und als Verbündeten seiner Feinde und somit auch als ihm gegenüber feindlich zu sehen. Psychopathologisch würde man den Wahn als Beeinträchtigungswahn einordnen. Der Mann fühlt sich von den Nachbarn negativ beeinträchtigt. Pathophysiologisch würde man bei diesem Mann wohl Veränderungen im Regulationsprozess des thalamischen Filters vermuten.

Pathophysiologie der Psychose

Um die Pathophysiologie des Wahns zu verstehen, muss der präfrontale Cortex besondere Beachtung finden.⁸ Nach gegenwärtigen physiologischen Modellen geschehen dort Bedeutungsgebungen und Verstehen. Informationen, die aus verschiedenen Sinneswahrnehmungen empfangen werden, müssen im präfrontalen Cortex bewertet und mit Bedeutung bedacht werden. In jedem Augenblick werden unzählige Sinneswahrnehmungen wahrgenommen. In der jeweiligen Situation sind jedoch nicht alle von gleichrangiger Bedeutung. Ist man am Straßenrand beispielsweise mit einem Mitmenschen im Gespräch, so gelingt es dem Gehirn, den Straßenlärm weitgehend auszublenden und sich auf das Gegenüber zu konzentrieren. Die akustischen, optischen und olfaktorischen Reize des Straßenverkehrs nehmen wir nicht bewusst oder nur am Rande wahr. Diese Informationen müssen gefiltert werden, um nicht ungefiltert in allzu großer Menge auf den präfrontalen Cortex einzustürmen. Dort soll hauptsächlich das wahrgenommen werden, dem in der gegenwärtigen Situation Bedeutung gegeben wird.

Die Filterfunktion der Informationsflut wird in aktuellen Hypothesen dem Thalamus zugeschrieben. Der Nucleus accumbens reguliert die Aktivität des thalamischen Filters und

8 Ludwig Teusch und Jobst Finke schreiben: „Die Psychiatrie ist die medizinische Disziplin, in der naturwissenschaftliches Denken mit geisteswissenschaftlichem zusammentrifft. Sie ist Schnittstelle einer kausal-bzw. bedingungsanalytischen und einer hermeneutischen Methodik. Dies bedeutet für die phänomenologisch/hermeneutisch orientierte Personenzentrierte Psychotherapie, dass sie sich im psychiatrischen Raum mit einer klassifizierenden, diagnostizierenden und hinsichtlich der Veränderungstheorie auch funktionalistischen Ausrichtung auseinandersetzen muss. Will die Klientenzentrierte Psychotherapie nicht völlig außerhalb der psychiatrischen Diskurse stehen, bedeutet dies die Notwendigkeit einer Assimilation der o.g. Denkweisen“ (Teusch & Finke, 2002, S. 477–478).

wird seinerseits durch Rückkopplungswege (zum einen direkt aus dem präfrontalen Cortex und zum anderen über Interneurone im Präfrontalen Cortex sowie über die Area tegmentalis ventralis) modifiziert.

In diesem biologischen Modell wäre der Wahn nun zu erklären durch pathophysiologische Veränderungen in den Rückkopplungsprozessen, in die der Nucleus accumbens eingebunden ist (vgl. Stahl, 2013). Dadurch wird die thalamische Filterfunktion in der Weise modifiziert, dass ein verstärkter Influx in den Präfrontalen Cortex die Folge ist. Die beteiligten Rückkopplungswege verhalten sich (pathologisch) in einer Weise als ob ein zu geringer Dateneinstrom in den Präfrontalen Cortex bestünde, den es durch Modifikation des thalamischen Filters zu beheben gelte.

In Folge tritt eine Reduktion der Funktion des thalamischen Filters ein, wodurch es zu einem vermehrten Einströmen (von Sinneseindrücken) auf den präfrontalen Cortex kommt. Der präfrontale Cortex ist nun mit einer Fülle an Informationen konfrontiert, die in der gegenwärtigen Situation wahrscheinlich bedeutungslos wären, die nun aber bedeutsam erscheinen können. Pathophysiologisch wäre in dieser Sichtweise die Wahnentstehung als Störung in der Regulation des thalamischen Filters aufzufassen.

Bewertung des biologischen Modells

Die biologische Sichtweise des Phänomens des Wahns stößt jedoch auf Grenzen. Sie gibt keinen Anhaltspunkt über die mögliche Ursache des Wahns. Es werden Rückkopplungsvorgänge beschrieben, die zu Fehlregulationen im thalamischen Filter führen. Warum es zu diesen speziellen Rückkopplungen kommt, kann man aus dem biologischen Modell nicht ableiten. Ein Mangel an Information, die über glutamaterge Neuronen an den Thalamus und weiter in den präfrontalen Cortex vermittelt wird, scheint dem biologischen Modell nach nicht vorzuliegen. Es muss jedoch festgehalten werden, dass in dieser Sichtweise alle eintreffenden Informationen als gleichrangig und gleichbedeutend betrachtet werden – egal ob die verarbeitete Information eine Beziehungserfahrung oder das komplexe Muster eines geknüpften Teppichs darstellt. Das Modell könnte suggerieren, dass die Bedeutung einer Erfahrung ausschließlich im präfrontalen Cortex festgelegt wird. Primär gleichwertige Informationen, die über glutamaterge Neuronen eintreffen, werden im präfrontalen Cortex mit Bedeutung bedacht. Bedeutungsgebung geschieht, könnte man meinen, in diesem Modell nur aus der Subjektivität des Cortex. Fast scheint es, es gäbe keine Bedeutung jenseits der subjektiven Empfindung. In dieser Sichtweise wäre alles nur Sensus privatus. Bedeutsames wäre ausschließlich in dem und durch den präfrontalen Cortex gegeben.

So wenig die Frage, ob es einen Sensus communis gäbe, bei der Beurteilung der psychopathologischen Symptomatik im diagnostischen Prozess hilfreich ist, umso mehr stellt sie sich angesichts eines biologischen Modells, das jegliche von außen in den präfrontalen Cortex eintreffende Erfahrung als gleichrangig ansieht, bis sie vom Cortex bewertet ist. Ein Sensus communis wäre so kaum denkbar. Der personenzentrierte Ansatz muss dieser Sichtweise jedoch die Existenz von Bedeutung jenseits der subjektiven Bedeutungsgebung entgegenhalten. Unter der Annahme, ausschließlich die Bewertung im präfrontalen Cortex wäre maßgeblich, wäre belanglos, ob die Beziehungsgestaltung des Therapeuten wirklich empathisch, echt, wertschätzend etc. ist. Ausschlaggebend wäre ausschließlich, wie das Gegenüber dies bewertet, also ob die Kontaktaufnahme als empathisch, echt, wertschätzend empfunden werden. Doch die Erfahrung lehrt, dass gute (therapeutische) Beziehung nicht gelingen kann, wenn sie nicht wirklich und echt in den notwendigen und hinreichenden Bedingungen gemeint ist (vgl. Rogers, 1957a, S. 95–96). In der förderlichen Beziehungsgestaltung müssen wir annehmen, es gibt etwas Bedeutsames auch außerhalb der Bewertung im präfrontalen Cortex des Gegenübers. Wirkliche Beziehung wäre unter der Annahme ausschließlicher einzelner subjektiver Bewertung nicht möglich. Aus Sicht des personenzentrierten Ansatzes muss die Bedeutsamkeit echter Beziehung postuliert werden, die nicht nur als Sensus privatus ein Hirngespinnst einer Person ist, sondern über diese hinausgeht und sich als Sensus communis zwischen Personen spannt.

Unter der Annahme der Existenz von personenübergreifender Bedeutung ist die neurobiologische Sichtweise verändert zu deuten. Es kann angenommen werden, dass nicht jegliche Erfahrung, die durch glutamaterge Neuronen über den thalamischen Filter in den präfrontalen Cortex vermittelt wird, vor der subjektiven Bewertung als gleichrangig anzusehen ist. Besteht eine Bedeutung zwischen Personen, so ist die Wahrnehmung dieser wichtigen Beziehungserfahrungen schon vor der Bewertung durch den präfrontalen Cortex als von anderen Erfahrungen (wie zum Beispiel das komplexe Teppichmuster) unterschiedlich anzusehen. Die Information der Beziehungserfahrung wird wohl über glutamaterge Neuronen transportiert, unterscheidet sich jedoch in physiologischer Hinsicht von anderen Informationen in einer Weise, die es von den Neurowissenschaften noch zu klären gilt.

Beziehungserfahrung als gesonderte Qualität

Fügen wir im Gedankenexperiment eine qualitative Unterscheidung von Informationen glutamaterger Neuronen Richtung

Thalamus und weiter Richtung Cortex ein, so öffnet sich eine neue Sichtweise des Phänomens des Wahns. Ein Teil der Informationen soll als wichtige Beziehungserfahrung betrachtet werden. Zur Verdeutlichung dient das oben angeführte Fallbeispiel. Der beschriebene einsame Mann hat zweifelsfrei ein gegenwärtiges Defizit an wertvollen Beziehungserfahrungen. Obwohl die Gesamtmenge an Informationen, die über den Thalamus im präfrontalen Cortex eintreffen unvermindert erscheint, besteht ein Mangel, eine Leere, eine Vanitas an Beziehungsinformation.⁹ Aus dieser Betrachtung ist es verständlich, dass Rückkopplungsmechanismen aktiviert werden, die den thalamischen Filter durchlässiger gestalten. Der Sinn dieser Mechanismen wäre, zu vermeiden, dass wertvolle Beziehungserfahrung im Thalamus weggefiltert würde. Mehr an notwendiger Beziehungsinformation soll den Cortex erreichen. In dieser Sichtweise ist die Aktivierung der Rückkopplungsmechanismen Richtung Nucleus accumbens nun nicht mehr als reine Pathologie zu verstehen, sondern als physiologischer Ausdruck im Prinzip gesunder Hirnvorgänge, die ein Defizit, eine Vanitas auszugleichen versuchen.

Unter dieser Betrachtung muss in der Suche nach der zugrundeliegenden Problematik der Focus weg von der Hirnbiologie auf den primären Mangel an wertvollen Beziehungserfahrungen gelegt werden. In unserem Fallbeispiel ist die Reaktionsweise des Gehirns durch die Aktivierung der Rückkopplungsschleifen verständlich. Das Defizit an von außen wahrgenommener Beziehungserfahrungen kann dadurch jedoch nicht wettgemacht werden. Die durch reduzierte thalamische Aktivität im präfrontalen Cortex vermehrt eintreffende Information ist nicht beziehungsrelevant, scheint aber – da sie als solche erwartet wird – als Beziehungsinformation bewertet zu werden. Plötzlich bekommt die nicht-beziehungsgebundene Lautstärke des nachbarlichen Fernsehers eine Beziehungs-Konnotation. Der Wahn entspinnt sich.

Die pathophysiologischen Mechanismen, die zum Wahnerleben führen, dienen scheinbar dazu, ein Defizit im präfrontalen Cortex aufzufüllen. Der Wahn erscheint in dieser Sichtweise als Prozess, der versucht jeden Hinweis auf Beziehungserfahrung auszunutzen und das mögliche Verlorengehen von Beziehungsinformation im thalamischen Filter zu vermeiden sucht. Schließlich passiert es, dass nicht-beziehungsrelevante Informationen als beziehungsweise wichtig umdefiniert werden. Aber auch das scheint für den Organismus sinnvoll. So gelingt es der einsamen Person das volle Ausmaß ihrer Einsamkeit abzuwehren und im Bewusstsein zu leben, für jemand Anderen Bedeutung

9 Vanitas an Beziehungserfahrungen kann gelesen werden als Leere (Nichtvorhandensein) und auch als Nichtigkeit, leerer Schein an Beziehungserfahrung, im Sinne zwar vorhandener aber nicht ausreichender, ehrlicher Beziehungserfahrung. Hier sei es zunächst mit der Wortbedeutung „Leere“ gelesen.

zu haben – wenngleich auch nur in negativer, feindlich gesinnter Hinsicht. Aber auch das ist besser als das Wahrnehmen der brutalen Wirklichkeit; nämlich, dass die Person völlig alleine ist und selbst die vermeintlich bösen Mitmenschen in gar keiner Weise an ihr interessiert sind.

Die Wichtigkeit für den Organismus Mechanismen zur Verfügung zu haben, die Erfahrung der Einsamkeit abzuwehren, wird verständlich, wenn man Risikofaktoren für Suizid bedenkt. Einsamkeit und soziale Isolation werden in manchen Untersuchungen als vorrangigster Risikofaktor für suizidales Verhalten angesehen (vgl. z. B. Wiktorsson et al., 2010). Studien legen nahe, dass Suizidgedanken und parasuizidales Verhalten mit dem Grad der Einsamkeit zunehmen (vgl. Stravynski & Boyer, 2001).

Es scheint für den Organismus von lebenserhaltender Bedeutung zu sein, das Bewusstsein der Einsamkeit in ihrer vollen Tragweite abwehren zu können. Auch Carl Rogers trägt der Tendenz des Organismus zu seiner Erhaltung Rechnung, wenn er die Aktualisierungstendenz beschreibt als „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers 1959a/2009).¹⁰ Der Wahn scheint hier eine Möglichkeit, die der Erhaltung des Organismus dient.

Der Wahn ist in dieser Sichtweise ein sinnvoller, kreativer Schutzmechanismus. Wahnhafes Geschehen kann so nicht ausschließlich als krankhaft interpretiert werden. Als Störung ist ein Mangel an positiver Beziehungserfahrung zu identifizieren.¹¹ Der Wahn ist nicht das Problem sondern ein Lösungsversuch. Im Fallbeispiel wurde zur einfachen Veranschaulichung eine offensichtlich einsame Person gewählt. Aber nicht nur offensichtliche Einsamkeit muss als Mangel an positiver Beziehungserfahrung gesehen werden.

Carl Rogers beschreibt den Zustand von Einsamkeit, der ohne Mangel an Mitmenschen auftreten kann, in seinen Gedanken zu der Fallstudie Ellen West von Ludwig Binswanger (vgl. Binswanger, 1957; Rogers, 1961c): „Haben wir keine Beziehung, in

10 „This is the inherent tendency of the organism to develop all its capacities in ways which serve to maintain or enhance the organism“ (Rogers 1959a, S. 196).

11 Die Beschreibung eines Mangels an positiven Beziehungserfahrungen ist vor allem als gegenwärtiges soziales Defizit zu verstehen – nicht im Sinne eines historischen tiefenpsychologischen Konzepts frühkindlicher Erfahrungen. Die Konsequenz sich in der Therapie auf das Gegenwärtige zu beziehen, zeigt sich auch darin, dass Carl Rogers schreibt, die Krankengeschichte seines Klienten James Brown nicht gelesen zu haben (Rogers, 1967i, S. 402). (An anderer Stelle erscheint der Klient unter dem Pseudonym „Mr. Vac“; vgl. Rogers, 1975e, S. 1834–1835; Rogers, 1980b, S. 2157.) Rogers schreibt dazu: „It is my conviction that therapy (if it takes place at all) takes place in the immediate moment-by-moment interaction in the relationship“ (Rogers, 1967i, S. 402).

der wir beide Aspekte unseres ‚geteilten Selbst‘ – unserer ‚äußeren‘ Fassade und die tiefere Ebene unseres Erlebens – mitteilen können, dann empfinden wir Einsamkeit, das Gefühl mit keinem anderen menschlichen Wesen *wirklich* in Kontakt zu sein.“ (Rogers, 1961c/1980, S. 94)¹² Ellen West selbst formuliert in einer Tagebucheintragung folgendermaßen: „Ich bin ganz isoliert. Ich sitze in einer Glaskugel. Ich sehe die Menschen durch eine Glaswand, ihre Stimmen dringen gedämpft zu mir. Ich sehne mich unsagbar danach, zu ihnen zu gelangen. Ich schreie, aber sie hören es nicht. Ich strecke die Arme nach ihnen aus; aber meine Hände stoßen nur gegen die Wände meiner Glaskugel“ (Binswanger, 1957, S. 80). Obwohl Ellen West scheinbar gut integriert war, war sie sich ihres Mangels an positiver Beziehungserfahrung und ihrer Einsamkeit bewusst. Ellen West beendet ihr Leben durch Suizid.

Auch scheinbar gut integrierte Personen können einen Mangel an wirklicher, echter, guter Beziehungserfahrung aufweisen. Die Vanitas zeigt sich hier im Sinne eines leeren Scheins. Der Wahn kann dann als kreative Leistung der Psyche gesehen werden, den Mangel an echter positiver Beziehungserfahrung nicht wirklich bewusst werden zu lassen.

Psychopharmakotherapie

Diese Überlegungen können in der Behandlung des Wahns hilfreich sein. Betrachten wir zunächst die medikamentöse Therapie. Eugen Bleuler, eine maßgebliche Person in der Psychiatriegeschichte (er prägte unter anderem den Begriff „Schizophrenie“) sah die Prognose des Wahns düster. „Gegen die Krankheit ist nichts zu machen. Man muß sich mit ihr abfinden“ (Bleuler, 1916, S. 412). Dieses Zitat stammt aus der Zeit vor dem Einzug moderner Antipsychotika in die Psychiatrie. Doch auch mit guter psychopharmakologischer Behandlung ist die Therapie eines schon längere Zeit entfalteten Wahns oft mühsam. Gelegentlich erweist sich die Symptomatik als therapieresistent.

Die Wirksamkeit der gegenwärtig verfügbaren Antipsychotika wird hauptsächlich durch Modelle begründet, die eine Modifikation der Rückkopplungsschleife über die Area tegmentalis ventralis beschreiben. Dadurch kann pharmakologisch einer (pathologischen) Verminderung der Aktivierung des thalamischen Filters entgegengewirkt werden (vgl. Stahl, 2013). Doch dieser medikamentöse Ansatz betrifft nur einen Rückkopplungsweg, nicht jedoch den aus dem präfrontalen Cortex direkt zum Nucleus accumbens vermittelten Weg.

12 „When there is no relationship in which we are able to communicate both aspects of our divided self—our conscious façade and our deeper level of experiencing—then we feel the loneliness of not being in real touch with any other human being.“ (Rogers, 1961c, S. 94)

Psychopharmakologisch wird nur eine Rückkopplungsschleife beeinflusst. Dies könnte manche medikamentösen Therapieresistenzen erklären.

Unter der oben formulierten These, dass die Entwicklung des Wahns ein prinzipiell physiologischer Mechanismus als Reaktion auf einen Mangel an echter Beziehungserfahrung sei, ist zu bedenken, dass mit einer rein medikamentösen Therapie nicht die Ursache der Störung behandelt wird, sondern nur eine Reaktion darauf unterdrückt wird, die möglicherweise eine für den Organismus sinnvolle Bewältigungsstrategie darstellt. So sinnvoll und hilfreich manchmal wirkungsvolle antipsychotische psychopharmakologische Behandlungen sind, muss aus den bisherigen Überlegungen dringend geschlossen werden, diese stets mit psychotherapeutischer Behandlung zu kombinieren. Jobst Finke empfiehlt besonders nach medikamentös bewirktem Abklingen der akuten Symptomatik eine tiefe bejahende, den Patienten in seinem Sosein anerkennende Grundhaltung (Finke, 1994, S. 145). Der Mangel, die Leere an positiver Beziehungserfahrung sollte durch eine gute psychotherapeutische Beziehung beseitigt werden, um der Person nicht einseitig nur ihre Bewältigungsstrategien medikamentös zu nehmen ohne ihr etwas Anderes, beziehungsweise Heilsameres anzubieten. Die Psychotherapie hat in der Behandlung des Wahns einen wichtigen Stellenwert.

Psychotherapie bei Psychosen

Um die psychotherapeutischen Besonderheiten im Beziehungsaufbau mit Personen mit Wahn¹³ zu beleuchten sei erinnert, dass als Kriterien für das Vorliegen der Symptomatik von Karl Jaspers „subjektive Gewißheit“ und „Unkorrigierbarkeit durch Erfahrung und zwingende Schlüsse“ definiert wurden.

13 Im Rahmen eines fünfjährigen Programms wurde durch die University of Wisconsin in Kooperation mit dem Mendota State Hospital die psychotherapeutische Behandlung von Menschen beforscht, bei denen Schizophrenie diagnostiziert worden war (vgl. Rogers, 1967). Bei Vergleichen mit den Ergebnissen des Projekts ist zu beachten, dass in der damaligen Diagnosepraxis und auch in heute gültigen Diagnosemanualen durchaus die Diagnose der Schizophrenie auch ohne das Auftreten von Wahn möglich ist. Die Ergebnisse des Projekts und Aussagen darüber betreffen somit PatientInnen, von denen sicherlich viele frei von Wahnsymptomatik waren.

Auch die aus dem Programm abgeleiteten Aussagen über Schizophrenie sind kritisch zu diskutieren. Die Diagnostik der Schizophrenie in diesem Projekt entsprach kaum jenen Kriterien einer heutigen Diagnosestellung. Die Diagnose Schizophrenie scheint fast willkürlich vergeben, wie Eugene Gendlins Anmerkung zum Projekt illustriert: „First of all, ‘schizophrenia’ is (and in our research we took it as) the catch-all category in hospitals, a label attached to anyone who is not clearly manic-depressive, alcoholic, epileptic, or something else one can define. This means it includes about half the hospital’s population, and consists of just anyone“ (Gendlin, 1966, S. 10).

Folgerichtig bemerkt Bleuler: „Wahnideen kann man nicht ausreden! Ihrem Wesen nach lassen sie sich nie durch logische Argumente korrigieren“ (Bleuler 1983, S. 520). Es wäre also wenig zielführend, sich in der Psychotherapie dem Widerlegen des Wahns widmen zu wollen. Vielmehr scheint es sinnvoll, das Augenmerk nicht auf symptomorientierte Psychotherapie zu legen, sondern auf einen personorientierten positiven Beziehungsaufbau. Gerade die personzentrierte Psychotherapie kann hier mit ihren Konzepten eines glückenden Beziehungsaufbaus einen wertvollen Beitrag zur Behandlung leisten.¹⁴

Eine besondere Herausforderung für den Therapeuten ist der Umgang mit den Wahninhalten, besonders wenn diese kaum nachvollziehbar erscheinen. Widerspruch scheint sinnlos, da man ja an der Unkorrigierbarkeit des Wahnsystems scheitern würde. Außerdem bestünde im Widersprechen oder im Widerlegungsversuch die Gefahr, vom Gegenüber als negativ wahrgenommen zu werden und in das Wahngelbilde als zu den Feinden gerechnet eingebaut zu werden. Weitere Psychotherapie würde schwierig. Zu Recht warnen Ute und Johannes Binder davor, sich „auf Diskussionen“ einzulassen und zu versuchen, „eigenes Erleben auszureden“, dies wirke „eher verschärfend“ auf die Problematik, (Binder & Binder, 1992, S. 121). Jobst Finke sieht im Erzählen von wahnhaften Erlebnissen die „Hoffnung, einen Anteilnehmenden und Zeugen für das zu finden,“, was den Betroffenen widerfahren ist, „jemanden also, der mit ihm das Bedrängende dieses Erlebens teilt. Diese Erwartung darf der Therapeut nicht zurückweisen, indem er sich sofort kritisch einstellt und unmittelbar auf eine Realitätsprüfung drängt“ (Finke, 2010, S. 133).

Aber auch ein den Wahninhalten zustimmendes Verhalten stellt keinen zielführenden Weg dar. Den Wahninhalten zuzustimmen würde diese noch mehr bestärken¹⁵ und würde vielmehr noch die Gefahr in sich bergen, die eigene Authentizität zu verlieren.¹⁶ Das Ziel einer ehrlichen, echten, positiven Beziehungserfahrung wäre gescheitert durch eine unauthentische, inkongruente Beziehungsgestaltung.

14 Im Folgenden soll ein besonderes Augenmerk auf die Beziehungsgestaltung mit Personen, die unter Wahnphänomenen leiden, gelegt werden. Die therapeutische Unterstützung der Betroffenen in ihren Lebensbereichen einschließlich möglicher Reaktionen der Umwelt auf wahnbedingte, auffällige Verhaltensweisen weist große Ähnlichkeiten mit Aspekten von Psychotherapien mit Menschen auf, die unter anderen Problemen leiden. Eine genauere Beschreibung dieser Prozesse muss hier – den Grenzen des Artikels geschuldet – unterbleiben.

15 Teusch, Köhler und Finke weisen darauf hin, dass es zu verhindern gelte, „daß der Patient im Verhalten des Therapeuten eine Bestätigung seiner Wahnwelt erlebt“ (Teusch, Köhler, & Finke, 1987, S. 170).

16 Rogers schreibt: „Ich bin überzeugt, daß das wichtigste Element der Therapie die Echtheit ist, das reale Zugewesen, das der Therapeut in die Beziehung einbringt“ (Rogers, 1962/1977b, S. 170). „I believe it is the realness of the therapist in the relationship which is the most important element“ (Rogers 1962c, S. 10).

Der Therapeut sieht sich im Dilemma, dem Klienten in den Themen des Wahns weder zustimmend noch ablehnend gegenübertreten zu können. Am hilfreichsten und authentischsten scheint es, wenn es dem Therapeuten gelingt, nicht sogleich der Versuchung nachzugeben, die Wahninhalte in dieser oder jener Weise zu bewerten, sondern sich selbst als eigenständige Person mit eigenen Sichtweisen, ganz unabhängig von Wahninhalten eines Anderen zu positionieren. Aus der ganz authentischen Unabhängigkeit kann wertschätzende Begegnung zweier selbständiger Menschen gelingen, ohne gegenseitige Vereinnahmung für bestimmte (wahnhaft) Themen und Inhalte.

Paraposition

Zur Verdeutlichung dieses gerade in der Therapie des Wahns wichtigen Kommunikationsstandpunkts sei diese Position des Therapeuten als Paraposition benannt. (παρά im Sinne von bei, neben) Der Therapeut positioniert sich in der aufzubauenden Beziehung mit dem Klienten emotional nahe bei ihm, jedoch auch klar neben ihm, von ihm eindeutig abgegrenzt. Carl Rogers beschreibt einen Teil des therapeutischen Prozesses pointiert: „Für das Verständnis der phänomenalen Welt des Klienten ist es erforderlich, daß der Therapeut mehr als nur den Wortsinn der Mitteilung des Klienten aufnimmt. Der Therapeut versucht, ‚in die Haut des Klienten zu schlüpfen‘, er taucht ein in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt“ (Rogers, 1975e/1977b, S. 20).¹⁷ So anschaulich und hilfreich dieses Bild ist, so setzt jedoch die damit beschriebene therapeutische Haltung voraus, dass sowohl Therapeut als auch Klient sich bewusst sind, dass der Therapeut eine Als-Ob-Haltung einnimmt. Beim wahnhaften Erleben darf für den Klienten diese Unterscheidung zwischen Als-Ob und Realität nicht immer als klar gegeben vorausgesetzt werden. Carl Rogers berichtet, dass im Kontakt mit einer psychotischen Klientin seine eigenen Grenzen zu verwischen drohten.¹⁸ Zunächst gilt es, die in Beziehung tretenden Personen als unabhängige, eigenständige Personen wahrzunehmen. Um es im von Carl Rogers gezeichneten Bild des In-die-Haut-des-Klienten-Schlüpfens auszudrücken, wäre dem wahnhaften Menschen zunächst zu vermitteln: „Sie tragen Ihre Haut. Ich trage meine Haut (und fühle mich ganz wohl dabei).“ Aus dieser Haltung der Paraposition glückt im Beziehungsaufbau das ausdrückliche Respektieren der Wirklichkeit des Gegenübers ohne ihr zuzustimmen oder sie abzulehnen.

17 „The therapist attempts ‘to get inside the skin’ of his client, immersing himself in the world of complex meanings that are being expressed“ (Rogers, 1975e, S. 1833).

18 „I got to the point where I could not separate my ‘self’ from hers. I literally lost the boundaries of myself“ (Kirschenbaum, 1979, S. 191–192).

Die explizite Deklaration der Sichtweise der Realität des Therapeuten ist deshalb besonders wichtig, weil Menschen, die im wahnhaften Denken verfangen sind, dazu tendieren, Wahrnehmungen außerhalb ihres Wahngefüges weniger Bedeutung beizumessen. Um mit eigenständigen Äußerungen die Aufmerksamkeit und wirkliche Beachtung der Person mit wahnhafter Störung zu erreichen, muss der Therapeut seinen Standpunkt sehr eindeutig und nicht fehlinterpretierbar ausdrücken. Auf diese Weise kann diese wesentliche Information das Gegenüber erreichen. „Die Kommunikationsabsicht der Therapeuten reicht nicht aus. Eine Mitteilung muss, um effektiv sein zu können, aufgenommen werden (wie in Punkt 6 erläutert). Die *Absicht* der Therapeuten ist nicht das Entscheidende [...]“ (Rogers, 1959a/2009, S. 47).¹⁹ Rogers formuliert die 6. Bedingung folgendermaßen: „Die Kommunikation des Therapeuten über sein empathisches Verstehen und seine bedingungslose positive Beachtung gegenüber dem Klienten erreicht diesen zumindest ansatzweise“ (ebd.).²⁰

Die Position des Therapeuten ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ganz authentisch und klar den eigenen Sichtweisen entspricht und diese auch frei geäußert werden.²¹ Der Tendenz des Wahns aus Vermutungen und Misstrauen subjektive Gewissheiten entstehen zu lassen kann durch ein offenes Deklarieren der eigenen Sichtweisen auf wertschätzende, nicht kritisierende Weise vorgebeugt werden. (Zum Beispiel: „Sie fühlen sich vom Geheimdienst verfolgt. Ich kenne mich mit dem Geheimdienst nicht wirklich aus. Ich kenne mich aber mit psychischen Vorgängen aus und ich glaube, dass Sie unter einem Wahn leiden.“) Dabei ist wichtig, die Parapositionierung der eigenen Sichtweise nicht zu verlassen und stets voller Wertschätzung und Respekt vor der Wirklichkeit des Gegenübers zu bleiben. Der *Sensus privatus* des Klienten wird weder in Frage gestellt noch kommentiert. Der eigene *Sensus privatus* wird eingebracht und zusätzlich implizit ein weiterer *Sensus*, nämlich jener, dass der Therapeut wertschätzend mehrere Sichtweisen nebeneinander gelten lassen kann. Noch ist die Möglichkeit mehrere Sichtweisen anzuerkennen ein *Sensus privatus* des Therapeuten – in weiterer Folge der Therapie kann er jedoch zu einem *Consensus communis* zwischen den beiden Personen

werden. Doch vorerst ist dies dem Klienten nicht möglich. Mit subjektiver Gewissheit sieht er nur seine eigene Sichtweise der Gegebenheiten als einzig mögliche Wirklichkeit an.

Der Sinn der Haltung der Paraposition liegt darin, authentisch bleiben zu können ohne über die Sichtweise des Anderen urteilen zu müssen. Die eigene klare Haltung und die offene Kommunikation darüber kann Sicherheit vermitteln, die als angstreduzierend erlebt werden kann.²² Angst zu reduzieren ist eine wichtige Voraussetzung für einen gelingenden Beziehungsaufbau. Eine wirklichkeitsnahe Wahrnehmung des Gegenübers, der Qualität der Beziehung ist nur dann möglich, wenn die Person unverzerrt von Ängsten Erfahrungen kongruenter symbolisieren kann (vgl. Rogers 1959a/2009, S. 36).

Ängste in der Therapie

Entsprechend den oben angestellten Überlegungen zur Pathophysiologie und den daraus sich erschließenden Folgerungen ist das Ziel der Therapie eine positive, authentische Beziehungserfahrung in einer solchen Qualität herzustellen, die die Leere und den Mangel an Beziehung aufzufüllen weiß. Verschiedene Ängste des Klienten erschweren jedoch den Beziehungsaufbau. Diese Ängste sollen genauer beleuchtet werden.

Zunächst ist naheliegenderweise mit Ängsten zu rechnen, die den Wahnhaltungen des Klienten entsprechen. Klienten, die unter ausgedehntem Beeinträchtigungswahn leiden und dazu tendieren Mitmenschen in dieses Wahnsystem als weitere ihnen Böses wollende einzureihen, werden auch dem Therapeuten rasch einen Platz in ihrem Wahngelände zuordnen. Diese Ängste sind den Klienten zugänglich und formulierbar. (Zum Beispiel: „Ich vermute Sie sind auch vom Geheimdienst.“) Durch eine Kommunikationsweise, die wenig Raum für mögliche Interpretationen lässt, dürfte dieses Risiko vermindert werden. Der klar seinen Standpunkt vertretende Therapeut bietet weniger Projektionsfläche für Fantasien und Misstrauen.

Eine zweite Angst des Klienten ist diesem weniger zugänglich, scheint in der Therapie aber ein hartnäckiges Hindernis im Beziehungsaufbau. Carl Rogers schreibt dazu: „Ist es erst einmal zu offen psychotischem Verhalten gekommen, dann setzt ein Abwehrprozess ein, der den Organismus gegen die äußerst schmerzhafteste Wahrnehmung der Inkongruenz schützen soll“ (Rogers, 1959a/2009, S. 65).²³ Die Therapie würde letztlich zu einer Wahrnehmung der Inkongruenz führen. „Angst

19 „It is not enough for the therapist to communicate, since the communication must be received, as pointed out in condition 6, to be effective. It is not essential that the therapist intends such communication, since often it is by some casual remark, or involuntary facial expression, that the communication is actually achieved.“ (Rogers, 1959a, S. 213)

20 „That the communication to the client of the therapist’s empathic understanding and unconditional positive regard is, at least to a minimal degree, achieved.“ (Rogers, 1959a, S. 213)

21 Ute Binder beschreibt es als erfahrungsfördernd, sich im Umgang mit Menschen mit psychotischen Störungen als „authentisch, unabhängig und dennoch sehr intensiv zugewandt“ zu erleben“ (Binder & Binder, 1999, S. 104).

22 „One of the major purposes of Congruence in psychotherapy is to help establish trust“ schreiben Greenberg und Geller (Greenberg & Geller, 2001, S. 132).

23 „Once the acute psychotic behaviors have been exhibited, a process of defense again sets in to protect the organism against the exceedingly painful awareness of incongruence.“ (Rogers, 1959a, S. 230)

ist dann die Antwort des Organismus auf die „unterschwellige Wahrnehmung,, eine solche Diskrepanz könnte gewahr werden und würde in der Folge eine Veränderung des Selbstkonzeptes erzwingen“ (Rogers, 1959a/2009, S. 35).²⁴

Die dritte und bedrohlichste Furcht schließlich, mit der im therapeutischen Prozess zu rechnen ist, ist jene, die die Ursache der wahnhaften Reaktion des Organismus überhaupt erst eingeleitet hat. Die Furcht davor, sich der ganzen Tragweite des eigenen Verlassenseins, des Nichtverstandensfühlers, des Nichtwertgeschätztheits bewusst zu werden. Es scheint naheliegend, dass es wenig zielführend ist, wenn der Therapeut diese Furcht durch psychologisierende Äußerungen schürt wie zum Beispiel: „Sie haben den Wahn, weil Sie einsam sind.“ Ein solches belehrendes Vorgehen ist im therapeutischen Prozess nicht hilfreich und würde einer wertschätzenden Paraposition widersprechen. Außerdem bestünde die Gefahr der Aktivierung dessen was Rogers als das „sogenannte ‚Unbewusste‘ (‚subception‘)“ nennt, „durch das der Organismus über bedrohliche Erfahrungen für das Selbst vorgewarnt wird“ (Rogers, 1959a/2009, S. 38).²⁵ Abwehrmechanismen, die der weiteren Therapie entgegenwirken wären wohl die Folge.

Jede der angeführten Ängste wird vom Organismus als Bedrohung angesehen werden und Abwehrverhalten hervorrufen. Das Ziel des Organismus wäre dabei jegliche Bedrohung des Selbst zu vermeiden (vgl. Rogers, 1959a/2009, S. 36).²⁶ Der Organismus könnte dies erreichen durch „Verzerrung der Erfahrung im Gewahrsein, um auf diese Weise die Nichtübereinstimmung zwischen Erfahrung und Selbststruktur zu reduzieren“ – dies wäre beispielsweise eine Einbindung des Therapeuten in das Wahngedäude. Oder der Organismus könnte die Erfahrung ganz von der Gewahrnehmung fernhalten – dies wäre durch einen innerpsychischen Prozess möglich oder noch einfacher für den Klienten durch Fernbleiben von der Therapie.

Um im Klienten keine Ängste zu schüren sei nochmals auf die Bedeutung einer Haltung hingewiesen, die klar und offen die eigene Sichtweise betont ohne die subjektive Wirklichkeit des Klienten in Frage zu stellen. Ludwig Teusch betont mit besonderem Blick auf Menschen mit psychotischen Störungen, dass ein Respektieren der Abwehr ein „Kennzeichen des gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens“ ist (Teusch, 1994, S. 92). Eine authentische Begegnung ohne Bedrohlichkeit für den Klienten ist so möglich. „Fühlt sich eine Person in keiner

Weise bedroht, dann ist sie offen für Erfahrung. Für Erfahrung offen zu sein, bedeutet, sich in einem Zustand zu befinden, der das Gegenteil des Zustandes der Abwehr ist.“ schreibt Rogers (Rogers, 1959a/2009, S. 38).²⁷ So ist es dem Klienten in der Therapie möglich ohne Abwehr neue Beziehungserfahrungen zuzulassen, die letztlich heilsam für ihn sein werden.

Wertschätzung der anderen Sichtweise

Die Wertschätzung der Sichtweise der Wirklichkeit des Anderen gegenüber wird im optimalen Fall zum Wertschätzen des Anderen der eigenen Sichtweise gegenüber führen. Eine ehrliche, auf gleichberechtigter Basis begründete Beziehung im Licht gegenseitiger Wertschätzung ist Mittel und Ziel der Behandlung.²⁸ Aber gerade bei offensichtlich wirklichkeitsfremden Wahnhaltungen könnte im Beziehungsaufbau die Schwierigkeit der mangelnden Wertschätzung dem Klienten gegenüber auftreten. Der Therapeut könnte als ein die Unwirklichkeit des Wahnhaltens des Gegenübers Bewertender auftreten. Der Therapeut könnte sich in der Rolle des Wissenden, des Besserwissenden wiederfinden, der sich in der Überlegenheit vermeint, seine Wahrnehmung der Wirklichkeit wäre realer, würde dem Sensus communis entsprechen und wäre deswegen wertvoller. Da besonders hier die Gefahr einer abfälligen Bewertung von Inhalten des Gegenübers besteht, muss der Therapeut besonders darauf achten, sich den Respekt vor der anderen Sichtweise zu bewahren.²⁹

Wirklich ehrlicher, echter Kontakt scheint kaum möglich ohne Bezug zur Wirklichkeit des Gegenübers zu nehmen. Würde man die Sichtweisen des Anderen in der Begegnung bewusst ausklammern, so bestünde Gefahr, in stillem Besserwissen zu verharren oder wenigstens in solchem wahrgenommen zu werden. Dies steht einer ehrlichen, echten Beziehungserfahrung entgegen. Auch hier ist die bewusste Einnahme einer Paraposition hilfreich.

Teusch, Köhler und Finke schreiben: „In der Begegnung nun wagt der Therapeut Verschiedenheit, also Getrenntheit in der Weltbeurteilung deutlich werden zu lassen“ (Teusch, Köhler, & Finke, 1987, S. 171). Im Deklarieren der eigenen Sichtweise der Wirklichkeit kann mehr oder weniger implizit auch die

24 „Anxiety is the response of the organism to the ‘subception’ that such discrepancy may enter awareness, thus forcing a change in the self-concept.“ (Rogers, 1959a, S. 204)

25 „... the mechanism of ‘subception’ whereby the organism is forewarned of experiences threatening to the self“ (Rogers, 1959a, S. 206).

26 Peter Knienider betont im psychotischen Abwehrprozess das Konzept der Intensionalität (vgl. Knienider, 2014, S. 101–102; Rogers, 1959a, S. 205).

27 „When the individual is in no way threatened, then he is open to his experience. To be open to experience is the polar opposite of defensiveness“ (Rogers, 1959a, S. 206).

28 Carl Rogers formuliert: „To be a companion to my client as he or she explores the hidden mysteries of the inner life and to view that inner life as an acceptable part of reality—these are two of my chief goals in being a therapist“ (Rogers, 1985d, S. 43).

29 Jobst Finke sieht als erste Gesprächsregel im Umgang mit psychotischen Menschen die Gedanken des Gegenübers, „auch die wahnhafter Art, als für ihn bedeutsam“ anzuerkennen (Finke, 2010, S. 135).

Wahrnehmung der Wirklichkeit des Anderen enthalten sein. („Sie fühlen sich verfolgt. Das ist Ihre Sichtweise. Ich denke, dass Sie unter einem wahnhaften Geschehen leiden.“)

Auch wenn es hart erscheinen mag, den Klienten mit der eigenen Sichtweise der Vorgänge zu konfrontieren, so liegen doch mehrere Chancen in diesem Vorgehen. Der Therapeut erscheint nicht als der stumme Beobachter, als der Spezialist, der es eigentlich besser wüsste, aber aus Rücksicht für den Klienten ihn schweigend vor der Konfrontation mit der Realität bewahrt. Eine solche Perspektive der Beziehung würde den Klienten zu einem beschützenswerten Unwissenden degradieren und die Position des Therapeuten als den des wissenden Spezialisten hervorheben, der so mächtig wäre, dass er den Klienten beschützen müsste und könnte. Eine therapeutische Begegnung auf Augenhöhe wäre in dieser Weise nicht möglich. Vielleicht würde der Klient durch ein solches Kommunikationsverhalten des Therapeuten umso mehr unter den Druck geraten sich aus der entmündigenden Position befreien zu müssen und sich und seine Sichtweisen umso wichtiger und bedeutsamer zu betonen. Eine Verstärkung der wahnhaften Symptomatik wäre denkbar.

Durch die offene Deklaration der eigenen Sichtweise ermöglicht der Therapeut eine Begegnung in wechselseitiger Wertschätzung auf Augenhöhe. Die andere Person wird vom Therapeuten nicht als entmündigter Patient betrachtet, der in einer solchen Weise geschützt werden muss, dass ihm die Wahrheit nicht zuzumuten ist. Im Gegenteil, durch Mitteilen der Sichtweise des Therapeuten zeigt sich Wertschätzung gegenüber dem Klienten, ihm zuzutrauen, dass er mit der Sichtweise des Therapeuten umzugehen weiß. (Die implizite Botschaft des Therapeuten wäre vielleicht in etwa so: „Ich mute Ihnen meine Sichtweise zu, im Vertrauen auf Ihre Fähigkeit, es auszuhalten.“) Zunächst wird der Umgang des Klienten wohl eher ein vom Wahn geprägter, die Sichtweise des anderen nicht wahrnehmender sein. Doch in weiterer Folge kann eine andere Sichtweise zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Wertschätzung zeigt sich auch dadurch, dass der Therapeut nicht aufgrund einer falsch verstandenen professionellen Haltung unpersönlicher Behandler bleibt, sondern als Person mit eigenen Meinungen und Sichtweisen in der Beziehung sichtbar wird. (So als würde er sagen: „Ich schätze Sie so sehr, dass ich etwas von mir zeige.“)

Carl Rogers schreibt: „Je mehr der Therapeut oder die Therapeutin in der Beziehung er oder sie selbst ist, keine professionelle Front oder äußere Fassade aufrichtet, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß sich der Klient verändern und in konstruktiver Weise entwickeln wird“ (Rogers, 1986h/1991, S. 240).³⁰ Die Bedeutung des wirklich echten, unmittelbaren

Umgangs miteinander kann nicht hoch genug eingeschätzt werden – insbesondere unter der Annahme eines Defizits im Wahrnehmen kongruenter Beziehungserfahrung als Ursache für die vorliegende Störung.

Empathisches Verstehen

Eine besondere Herausforderung im Beziehungsaufbau stellt in der Therapie die Empathie dar. Ein Verstehenwollen der wahnhaften Inhalte muss vor allem bei wirklichkeitsfernen Wahninhalten scheitern.³¹ Eine zu starke Vertiefung in Wahninhalte birgt zudem die Gefahr, dass die Kommunikation mit dem Therapeuten als stark auf den Wahn zentriert erlebt wird, der Therapeut wird verstärkt mit bestimmten Wahninhalten assoziiert. Die Gefahr, dass der Therapeut in den Wahn eingebaut wird scheint vermehrt gegeben.

Entsprechend den Folgerungen aus dem pathophysiologischen Modell wäre eine Auseinandersetzung mit dem Wahn nur als eine Auseinandersetzung mit der Symptomatik anzusehen. Ein Behandlungsansatz, der näher am Ursprung der Störung heilsam eingreifen wollte, sollte die positive Beachtung in den Focus der Therapie stellen. Positive Beachtung scheint aber die Wahninhalte betreffend kaum möglich.

Beim Versuch sehr wirklichkeitswidersprechende Wahninhalte zu verstehen wird sich im Therapeuten beim unvermeidlichen Abgleich mit seiner eigenen Wahrnehmung der Wirklichkeit ein innerer Widerspruch regen. (Aussagen wie, „In meinem Hirn ist die Relais-Station über die der Geheimdienst die Geheimbotschaften an die Unteragenten weiterleitet“, sind schwer nachzuvollziehen. Der Therapeut wird sie mit seiner Sicht der Wirklichkeit als unwahrscheinlich bewerten.) Auch hier scheint ein klar parapositionierter Standpunkt hilfreich. In der Betonung der eigenen Sichtweise muss keine Wertung über die Sicht des Gegenübers abgegeben werden. Empathisches Verstehen scheint so aber schwierig.

Empathisches Verstehen des sich prinzipiell Unverstandenenfühlers und der grundlegend einsamen Lebenssituation des Klienten ist zunächst nicht möglich, da dem Klienten Emotionen dazu nicht zugänglich sein werden. – Die tiefe Erkenntnis des Unverstandenseins abzuwehren ist ja genau der kreative Prozess des Wahns. Dem Klienten sind jedoch sehr wohl

likelihood that the client will change and grow in a constructive manner“ (Rogers, 1986h, S. 197).

31 Die Bedeutung des Eingehens auch auf psychotische Inhalte wird von verschiedenen Autoren hervorgehoben. So betont Dion Van Werde im Umgang mit Patienten der psychiatrischen Station: „Wir halten es für wichtig und therapeutisch relevant, auf sämtliche Inhalte, die sich zeigen oder die anzusehen gemeinsam mit dem Patienten beschlossen wird, wirklich einzugehen“ (Van Werde, 1998, S. 89).

30 „The more the therapist is himself or herself in the relationship, putting up no professional front or personal façade, the greater is the

Emotionen zugänglich, die aus dem Wahnerleben entstehen. (Zum Beispiel: „Ich habe Angst vor dem Geheimdienst.“)

Hier ergibt sich ein Anknüpfungspunkt, an dem empathisches Verstehen vorbehaltlos möglich ist. (Zum Beispiel: „Wenn ich sehe, wie sehr Sie sich vom Geheimdienst bedroht fühlen, kann ich Ihre Angst wirklich verstehen.“) Das emotionale Verstehen bedeutet nicht, dass der Therapeut auch der Wirklichkeit des Wahninhaltes zustimmt. Bezüglich des Inhaltes behält der Therapeut seine klare Haltung. Er kann aber trotzdem kongruent sein emotionales Verstehen im Nachvollziehen der Sicht des andern erfühlen und äußern. Rogers formuliert dieses Prinzip folgendermaßen: „Die private Welt des Klienten verspüren, als wäre sie die eigene, ohne jedoch je diese ‚Als-Ob‘-Qualität außer Acht zu lassen: das ist Empathie und scheint für die Therapie wesentlich zu sein“ (Rogers, 1959 g/2014, S. 277).³² Bei gleichzeitiger klarer Abgrenzung von Wahninhalten empfehlen Ute und Johannes Binder „empathisches Verstehen der damit einhergehenden Gefühle“ (Binder & Binder, 1992, S. 121). Nicht bezüglich der Wahninhalte, wohl aber in emotionaler Hinsicht ist Empathie möglich und förderlich.

Vielleicht hatte der Klient bisher hauptsächlich die Erfahrung gemacht von der Umwelt aufgrund der für andere offensichtlichen Absurdität seiner Wahninhalte nicht verstanden zu werden. Vielleicht war er bisher korrigiert oder gar abgelehnt worden. Nun macht er in der Therapie die Erfahrung, verstanden zu werden mit den ihm zugänglichen Sorgen und Ängsten und mit all seiner Belastung, die durch die Inhalte entsteht, von denen er subjektiv überzeugt ist. Dieses erstmalige Verstandenwerden in der Therapie ist nicht nur Teil des Heilungsprozesses und zielt letztlich auf ein Auffüllen der Leere, der Vanitas im wirklichen Verstandenwerden, das als Ursache der Störung geortet wurde. Das sich wirklich Verstandenfühlen festigt auch die Beziehung zwischen Klient und Therapeut in einer Weise, die es in Folge erlauben wird, dass der Therapeut seinen Standpunkt noch klarer formulieren wird. Weil der Klient sich einzig in dieser Beziehung emotional verstanden fühlt wird der Therapeut zu einem bedeutsamen Gegenüber. Dies ist Voraussetzung für den entscheidenden Schritt des Therapeuten den Sensus communis einzubringen, die Möglichkeit anzubieten,

dass neben der Wirklichkeit einer Person auch noch Wirklichkeiten anderer Personen bestehen. Wäre der Therapeut nicht verstehende und daher bedeutsame Person, wäre seine Sichtweise kaum von Bedeutung für den Klienten. Der Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung des wahnhaften Geschehens ist die Beziehung, die in ehrlicher, wertschätzender Weise empathisch die Emotionen des Klienten aufgreift. Gerade die personenzentrierte Therapie kann hier einen förderlichen Ansatz zur Behandlung darstellen.

Consensus communis

Unter der aus den pathophysiologischen Überlegungen zu schließenden Annahme, Wahn sei begründet durch ein Defizit, eine Vanitas an förderlichen Beziehungserfahrungen, ist Wahn nicht als Störung zu betrachten, sondern als ein Versuch des Organismus, Gegenregulationsmechanismen zu aktivieren. Die psychotherapeutische Behandlung zielt auf eine ehrliche und echte Beziehungserfahrung. Um den Gefahren und Besonderheiten des Beziehungsaufbaus im Schatten eines wahnhaften Geschehens zu begegnen, empfiehlt sich die psychotherapeutische Haltung der Parapositionierung. Diese Haltung beinhaltet die Möglichkeit, dass mehrere Sichtweisen der Realität nebeneinander wertschätzenden Bestand haben können. Mit zunehmender Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehungserfahrung wird für den Klienten die Person des Therapeuten an Bedeutung gewinnen. Auch die Sichtweisen des Therapeuten werden dem Klienten bedeutsamer werden. Einstellungen und Sichtweisen des Therapeuten, seine Zugänge zu möglichen Problemstellungen werden vom Klienten beobachtet und zunehmend als relevant betrachtet. Ein die subjektive Wirklichkeit des Gegenübers akzeptierender Zugang des Therapeuten kann im weiteren Verlauf der Therapie mithelfen, die Fähigkeit des Klienten zu fördern, ebenfalls mehr als eine Perspektive anzuerkennen. Nicht ein Gegenargumentieren oder Überzeugenwollen kann den Wahn auflösen. Die „subjektive Gewißheit“ ist in ihrem Sensus privatus nicht veränderbar. Es kann jedoch eine Aufweichung der strikten wahnhaften Position bewirken in die Therapie einen Sensus communis einzubringen, nämlich jenen Consensus, dass es verschiedene Sichtweisen der Wirklichkeit geben kann. Diesen Konsens muss der Therapeut nicht aktiv herbeiführen wollen. Er geschieht im Zuge einer intensiven Beziehung. Dieser wesentliche Schritt in der Behandlung setzt jedoch schon so viel an geglücktem Beziehungsaufbau voraus, dass die Sichtweise des inzwischen zum wichtigen Bezugsmenschen gewordenen Therapeuten für den Klienten bedeutsam ist. (Zum Beispiel könnte der Klient folgendes äußern: „Ich weiß, Sie glauben ich habe einen Wahn, aber ich sehe es so, dass mich der Geheimdienst bedroht.“ Zwar hält

32 „To sense the client's private world as if it were your own, but without ever losing the 'as if' quality—this is empathy, and this seems essential to therapy“ (Rogers, 1959 g, S. 235).

Der Standpunkt Rogers' scheint sich zunehmend der Sichtweise von Martin Buber angenähert zu haben (vgl: Shlien, 2001). In einem seiner letzten Artikel schreibt Rogers: „I participate in a miracle. At such moments I feel an almost ectoplasmic bond between the client and myself. It is truly an „I–Thou,“ relationship. At such important moments of change in therapy, the question of equality or inequality is totally irrelevant. The important thing is that two unique persons are in tune with each other in an astonishing moment of growth and change“ (Rogers, 1987i, S. 39).

der Klient hier noch an seinem Sensus privatus fest, er nimmt aber bereits wahr, dass sein Gegenüber eine andere Sichtweise hat und respektiert dies. Die subjektive Gewissheit der einzig richtigen Erklärung der Realität beginnt sich aufzuweichen.)

Durch Erleben dieses Consensus communis gelingt es dem Klienten sich zunehmend von seinem Sensus privatus zu lösen. Durch die Erfahrung wertvoller Beziehung verliert der wahnhaftige Eigensinn an Bedeutung, kann in den Hintergrund treten und sich auflösen. In der therapeutischen Beziehung gelingt es dem Klienten die Erfahrung zu machen, von einem Gegenüber wirklich wertgeschätzt zu sein und als Person Bedeutung zu haben. Dies ist der heilsame Prozess. Der Klient ist insgesamt bereichert, die Leere an wertvoller Beziehungserfahrung ist behoben.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Binder, U. & Binder, J. (1992). Überlegungen zum störungsspezifischen Umgang im Bereich der psychosozialen Versorgung am Beispiel von Schizophrenien, Neurotische Depression und passiv-aggressivem Verhalten. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention: Materialien zu theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug* (S. 115–130). Köln: GwG-Verlag.
- Binder, U. & Binder, J. (1999). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie* (3. Auflage). Eschborn: Dietmar Klotz.
- Binswanger, L. (1957). Der Fall Ellen West. In *Schizophrenie* (S. 57–188). Pfullingen: Günther Neske.
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Julius Springer.
- Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. von Manfred Bleuler bearbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Finke, J. (2010). *Gesprächspsychotherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1966). Research in Psychotherapy with Schizophrenic Patients and the Nature of that "Illness". *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 4–16.
- Greenberg, L. S., Geller, S. M. (2001). Congruence and Therapeutic Presence. In G. Wyatt (Hrsg.), *Congruence* (S. 131–149). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Kant, I. (1798). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Königsberg: Friedrich Nicolovius.
- Kant, I. (1800). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* (Zweyte verbesserte Auflage). Königsberg: Friedrich Nicolovius.
- Kant, I. (1820). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* (Dritte verbesserte Auflage). Königsberg: Universitäts-Buchhandlung.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On Becoming Carl Rogers: The life and work of America's distinguished psychologist, educator and author of On Becoming a Person*. New York, NY: Delacorte Press.
- Knienider, P. (2014). *Paranoia: Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Luther, M. (1534). *Biblia / Das ist / Die ganze Heilige Schrift Deudsch*. Wittenberg: Hans Lufft.
- Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer H.-P., (Hrsg.). (2008). *Psychiatrie und Psychotherapie*. 3. vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rogers, C. R. (1957a). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology. A study of a science*. (Vol. 3, S. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt.
- Rogers, C. R. (1959 g). Significant Learning: In Therapy and in Education. *Educational Leadership*, 16, 232–242.
- Rogers, C. R. (1959 g/2014). Signifikantes Lernen: In Therapie und Erziehung. In C. R. Rogers, J. Giere (Übers.), *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus Sicht eines Therapeuten* (19. Auflage, S. 273–289). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1961c). The loneliness of contemporary man as seen in "The case of Ellen West". *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1(2), 94–101.
- Rogers, C. R. (1961c/1980). Ellen West – und Einsamkeit. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg, E. Görg (Trans.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 94–103). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1962c). Some Learnings From a Study of Psychotherapy With Schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, (Summer), 3–15.
- Rogers, C. R. (Hrsg.). (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1967i). A Silent Young Man. In Carl R. Rogers (Hrsg.), *The Therapeutic Relationship and its Impact: A Study of Psychotherapy with Schizophrenics* (S. 401–416). Madison: The University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1975e). Client-centered psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (2. Aufl., Bd. 2, S. 1831–1843). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1975e/1977b). Klientenzentrierte Psychotherapie. In *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1962/1977b). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–179). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1980b). Client-centered Psychotherapy. In H. I. Kaplan, A. M. Freedman & B. J. Sadock (Hrsg.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (3. Aufl., Bd. 2, S. 2153–2168). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1985d). Comment on Slack's Article. *Journal of Humanistic Psychology*, 25(2), 43–44.
- Rogers, C. R. (1986h). Client-Centered Therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Hrsg.), *Psychotherapist's casebook*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rogers, C. R. (1986h/1991). Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers* (S. 238–256). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1987i). Comments on the Issue of Equality in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 27(1), 38–40.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Hrsg.). (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (Tenth Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shlien, J. (2001). Empathy in Psychotherapy: Vital Mechanism? Yes. Therapist's Conceit? All Too Often. By Itself Enough? No. In S. Haugh & T. Merry (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice: Empathy* (Vol. 2, S. 38–52). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Stahl S. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge: Cambridge University Press
- Stravynski, A. & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32–40.
- Teusch, L., Köhler, K.-H. & Finke, J. (1987). Die Bearbeitung von Wahnphänomenen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In H. M. Olbrich (Hrsg.), *Halluzination und Wahn* (S. 168–173). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Teusch, L. (1994). Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen. In L. Teusch, J. Finke, & M. Gastpar (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen: Neue Konzepte und Anwendungsfelder* (S. 92–99). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Teusch, L. & Finke, J. (2002). Personzentrierte Psychotherapie in der Psychiatrie. In Wolfgang W. Keil & Gerhard Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 477–498). Wien: Springer.
- Van Werde, D. (1998). Prä-Therapie im Alltag einer psychiatrischen Station. In G. Prouty, D. Van Werde & M. Pörtner (Hrsg.), *Prä-Therapie* (S. 85–158). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S. & Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 57–67.

Rezensionen*

Silke Birgitta Gahleitner

Jürgen Kriz: **Subjekt und Lebenswelt. Personzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching**

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2017, 300 Seiten, ISBN 978-3-525-49163-8. EUR (D) 30,00 / EUR (A) 31,00 / CHF 36,90.

Systemisches Denken in Theorie wie Praxis ist angetreten, um einen unter allen bis dahin entwickelten Therapieverfahren geteilten blinden Fleck zu erhellen: Nicht das Individuum, sondern die umgebenden sozialen Beziehungen und die dort über Kommunikation und Sprache vermittelten Wirklichkeitsdefinitionen stehen im Zentrum der Betrachtung (Schlippe & Schweitzer, 2007). Der Fokus auf ‚das System‘ alleine kann jedoch ebenfalls monokausale Denkmuster bedingen und fatale Missverständnisse begründen, wie z. B. die Meinung, man könne „auf so ‚antiquierte‘ Konzepte wie Psyche, Bewusstsein, Subjekt, Person etc. ... verzichten“ (Kriz, 2017, S. 245).

Damit räumt Jürgen Kriz nach langer Beschäftigung und Entwicklung mit der „Personzentrierten Systemtheorie“ gründlich auf. Seine Monografie „Subjekt und Lebenswelt“ von 2017 hat er nicht aus dem Ärmel geschüttelt. Seit Jahrzehnten beschäftigt er sich mit dem Spektrum psychotherapeutischer und beraterischer Verfahren. Das umfangreiche Theorie- und Erfahrungswissen hat sich in diesem Band in eine überzeugende Theoriebildung auskristallisiert. Die Anforderungen an die Leserschaft, „möglichst wenig systematisch auszublenden“ (Kriz, 2017, S. 9) und „sich auf die Komplexität des Geschehens einzulassen“ (ebd.), entfalten ein Gedankenkonstrukt auf hohem Niveau. Stringent, aber dennoch mit praxisnahen, verständlichen Ausflügen, präsentiert der Autor den nicht immer einfach zu verstehenden Stoff.

Das erste Kapitel ist der „Personzentrierten Systemtheorie“ in ihren Grundlagen und in vier Verstehensperspektiven gewidmet. Die „körperliche, psychische, interpersonelle und kulturelle Prozessebene“ (S. 13) haben alle gleichermaßen Bedeutung. Die Ausblendung einer Ebene resultiert in jeweils unzulässigen Verkürzungen. Wahrnehmung nicht linear, sondern

rund um „Bedeutungsfelder“ (S. 177) anzusiedeln, stellt uns jedoch immer wieder vor große Herausforderungen. Um sich dieser Wahrnehmungsform zu nähern, braucht man Landkarten, die die nachfolgenden Kapitel zur Verfügung stellen.

Jürgen Kriz beginnt sein ‚Mapping‘ mit dem ‚Subjekt‘. Nur selten habe ich erlebt, dass Subjektivität und Objektivität in ihrem Verhältnis so versiert unter die Lupe genommen werden. Über das Feld der Biosemiotik zeigt der Autor auf, wie sehr die „sogenannte ‚objektive‘ Perspektive des Beobachters auf letztlich ‚subjektiven‘ Wahrnehmungen beruht – allerdings auf solchen, die ... Intersubjektivität beanspruchen können“ (S. 33), eine Realitätsbeschreibung, die in Bezug auf die Evidenzbasierung immer mehr untergeht. Jürgen Kriz schafft mit diesem Kapitel eine äußerst gründliche Basis für seine späteren Überlegungen, ohne jedoch zu versäumen, sich sinnvoll mit Verweis auf überlebensnotwendige Bedingtheiten, kulturelle Strukturen und evolutive Prägungen von radikal konstruktivistischen Sichtweisen abzugrenzen.

Im dritten Kapitel wird die „Personzentrierte Systemtheorie“ ausführlich entfaltet. In immer wieder neuen Variationen und mit Beispielen aus dem systemtheoretischen Hintergrund wird der komplexe Sachverhalt veranschaulicht. Die zentrale Bedeutung interaktionalen Seins und der in dieser Interaktivität über Kommunikation und Sprache vermittelten Wirklichkeitsdefinitionen zeigt Jürgen Kriz an vielen Beispielen auf. Am Ende des Kapitels ist klargestellt: Psychosoziale Prozesse verlaufen alles andere als linear! Im Hinblick auf Beratung und Psychotherapie bedeutet dies, dass dynamische Anpassungen an neue Entwicklungsaufgaben normalerweise funktional erfolgen. Wo aber „Überstabilität“ (S. 82) auftritt, also negative Rückkopplungen bzw. ein Verharren in Fixierungen bzw. Prozessmustern geschieht, wo also die Adaptation in spezifischen Bereichen oder Situationen nicht möglich ist, finden Psychotherapie und Beratung ihren Einsatz. Die beiden Hilfformen sind aus dieser Perspektive als Förderung von

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

Ordnungs-Ordnungs-Übergängen oder auch als „Verflüssigung“ (S. 104) zu verstehen.

Im anschließenden Kapitel werden die zuvor erörterten systemtheoretischen Prinzipien – jeweils für die „körperliche, psychische, interpersonelle und kulturelle“ (S. 13) Prozessebene – weiter vertieft, jedoch hier unter Berücksichtigung biosemiotischer Sachverhalte. Es gelingt Jürgen Kriz, auf jeder der Ebenen Fragen von dynamischer Stabilität und Veränderung zu besprechen, um Wissensbestände für die Praxis zur Verfügung zu stellen. Als besonders wichtig und zentral sieht der Autor in diesem Zusammenhang die Unterscheidung von Umwelt und Umgebung an. Diese findet in Kapitel 5 ausführliche Behandlung. Unter Einbezug phänomenologischer Aspekte betont Jürgen Kriz, dass bzgl. unserer Umwelt bzw. Lebenswelt „unser reflexives Bewusstsein diese Welt auch noch zu sinnvollen und hinreichend konsistenten Symbolwelten gestalten muss“ (S. 56). Die personenzentrierte Forderung nach der Berücksichtigung des inneren Bezugsrahmens erhält entlang dieser Gedanken empirische Substanz. In einem Flugzeug zu sitzen, bedeutet für Fernwehsehnstchtige etwas grundlegend Anderes als für Flugangstpatientinnen und -patienten.

Nicht Manualisierung also, nicht das Vorgeben von bereits gemachten Ordnungen, sondern die Unterstützung zu „inhärenten Möglichkeiten für andere Ordnungen in den Fokus der Lebensvollzüge bringen“ (S. 131), betont er als Kunst psychosozialer Unterstützung. Dafür werden im sechsten Kapitel zur Anwendung der im Band entwickelten theoretischen Bausteine zahlreiche praktische Beispiele angeführt.

Jürgen Kriz verwendet viel Energie darauf, seine Erkenntnisse nicht nur theoretisch zu vermitteln, sondern Therapeutinnen und Berater für die Praxis die Möglichkeit einer vielschichtigen Sichtweise auf Prozesse des Erlebens und Verhaltens zu ermöglichen. An allen erdenklichen Stellen werden die theoretischen Inhalte für den praktischen Einsatz verständlich gemacht und in einer Vielzahl von Beispielen anwendbar gestaltet. Das Buch bewegt sich jedoch trotz dieser Praxisbezüge auf einem hohen theoretischen Niveau. Vertreterinnen und Vertreter schulenübergreifender Perspektiven der Psychotherapie und Beratung aus Theorie, Forschung und Praxis werden an diesem umfassenden Werk nicht vorbeikommen. Die Inhalte – das ist spürbar – sind zutiefst durchdacht und bis ins Detail ausgearbeitet.

Angeichts dessen ist es gar nicht so leicht, „qualifiziert zu meckern“. Anlässe zur Kritik muss man inmitten dieses „Riesensrads“ (Schlippe, 2017, S. 177) schon sehr bewusst suchen. Als Bindungs- und Beziehungsfanatikerin hätte ich mir – gerade in diesem Buch – vielleicht noch ein wenig mehr als die etwas kurzen entwicklungspsychologischen Exkurse gewünscht. Verweise auf die „Post-Bowlbysche-Denkweise“ (Drieschner, 2011, S. 11) wären eventuell durchaus brauchbar für die Überlegungen des vorliegenden Bandes. Wie Bindungs- und Beziehungsphänomene in der Beziehung zwischen Subjekt und Lebenswelt und inmitten des systemisch angelegten Zusammenhangs ihre Wirkung entfalten, könnte dabei sehr interessant sein. Als Bindeglied hätte beispielsweise die Vertrauens- und Bindungstheorie einspringen können, die mit Luhmann (z. B. 1973/1989) zudem einen systemischen Kollegen aufzuweisen hat und eine Menge Erklärungspotenzial zur Kontextualisierung psychischer, interaktionaler und kultureller Prozesse bietet.

Aber dies ist nichts anderes als ‚Jammern auf hohem Niveau‘. Jürgen Kriz wurde nicht nur zu Recht mit dem Viktor-Frankl-Preis der Stadt Wien (2004), dem AGHPT-Award der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (2014) und dem Ehrenpreis der Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) (2016) ausgezeichnet. Er hat auch – mal wieder – ein fantastisches Buch geschrieben. Ein Muss für Personenzentrierte Therapeuten und Beraterinnen, die das Denken in alle Richtungen nicht aufgeben wollen!

Literatur

- Drieschner, E. (2011). *Bindung und kognitive Entwicklung – ein Zusammenspiel. Ergebnisse der Bindungsforschung für eine frühpädagogische Beziehungsdidaktik*. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF) (Reihe: WiFF Expertisen, Bd. 13). München: WiFF. Online verfügbar: http://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WiFF_Expertise_13_Drieschner_Internet.pdf [2. 6. 2018].
- Luhmann, N. (1989). Überzogene Information und Sanktionsmöglichkeiten. In N. Luhmann, *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität* (S. 33–39). Stuttgart: Enke (Erstauflage erschienen 1973).
- Schlippe, A. v. (2017). Lebenswelt des Subjekts. Rezension. *Psychotherapeut*, 63(2), 175–178.
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10., unveränd. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Erstaufl. erschienen 2006)

Jürgen Kriz

Colin Lago & Divine Charura (Eds.): *The Person-Centred Counselling and Psychotherapy Handbook: Origins, Developments and Contemporary Practice*

Berkshire: Open University Press, 2016, 374 Seiten, ISBN: 9780335263547. EUR (D) 35,99 / EUR (A) 42,99 / CHF 73,90.

Die beiden Herausgeber dieses Bandes sind aktive Personenzentrierte Therapeuten, die auch viele Jahre Lehrerfahrung an den britischen Universitäten Leeds (Divine Charura) und Sheffield (Colin Lago) aufweisen. Entsprechend groß ist die Spannweite der Themen, mit denen der Personenzentrierte Ansatz nicht nur Therapeutinnen und Therapeuten vermittelt werden soll, sondern sich auch an unterschiedliche Gruppen in unserer Gesellschaft richtet. Auch auf der Zeitachse wird ein großer Bereich abgedeckt, der von den historischen Anfängen bis hin zu neuen Entwicklungen in diesem Zusammenhang reicht, einschließlich neueren Entwicklungen in der Hirnforschung.

Der Band ist in fünf Teile mit insgesamt 29 Kapiteln untergliedert – wobei allerdings der letzte Teil mit einer Art Zukunftsperspektive auf der Basis gegenwärtiger Trends nur zwei Kapitel umfasst und dabei auch nach der Identität des Personenzentrierten Ansatzes in sich wandelnden Zeiten fragt. Wie bei einem solchen Band nicht anders zu erwarten, trifft man beim Lesen auf viele bekannte Autorinnen und Autoren – darunter Jerold Bozarth, Jeffrey Cornelius-White, Ivan Ellingham, Margaret Warner, Arthur C. Bohart, Keith Tudor, Charles O’Leary, Dion Van Werde, Robert Elliot, Leslie Greenberg, Germain Lietaer und, als einzigen Autor aus dem deutschen Sprachraum, Gerhard Stumm. Natalie Rogers, die Tochter von Carl Rogers, hat dem Buch ein kurzes Vorwort vorangestellt, das sie unmittelbar vor ihrem Tode verfasst hat. Leider stammt das Kapitel über ihre personenzentrierte intermodale Kunsttherapie („Expressive Arts“) nicht von ihr selbst. Das gilt aber z. B. auch für Konzepte wie „Relational Depth“ – das man eher mit Namen wie Cooper, Mearns oder Knox verbinden würde, obwohl auch der Autor (David Murphy) durchaus ein Buch zu diesem Thema veröffentlicht hat. Immerhin wird aber z. B. die „Emotionsfokussierte Therapie“ (EFT) von Elliott und Greenberg selbst dargestellt. Im Folgenden sollen daher auch die inhaltlichen Themen referiert werden ohne jeweils die Autorinnen und Autoren aufzuführen.

Der erste Teil behandelt eher die für ein Handbuch „klassischen“ Themen, in denen es um die Entwicklung und Bedeutung der Grundkonzepte, Rogers’ Biographie oder den Stellenwert des Personenzentrierten Ansatzes in der Forschung geht. Dabei wird den phänomenologischen, kulturellen und historischen Rahmenbedingungen von Rogers’ Ansatz ebenso Raum gegeben wie Fragen nach dem Einfluss des Spirituellen in seiner Theoriebildung. Auch sein – inzwischen den meisten wohl

bekannter – Lebensweg wird hier nochmals unter einem nicht so üblichen Blickwinkel aufgearbeitet, mit Themen wie des Stellenwertes von Berühmtheit, aber auch von Enttäuschung. Es geht aber auch um Rogers’ Hinwendung zum Politischen. Dabei wird deutlich, dass er die Leitidee hatte, eine Bewegung ins Leben zu rufen, welche Disziplinen übergreifend in vielen Bereichen der Gesellschaft einen anderen Zugang des Menschen zur Welt stimulieren könnten. Leider fehlt bei so vielen Detailthemen aber in den jeweiligen Kapiteln der Platz, diese tiefer zu erörtern. Vieles wird nur recht kurz angesprochen.

Im zweiten Teil geht es um die Weiterentwicklung von (Sub-)Ansätzen nach dem Tode von Rogers. Nach einer Übersicht über diese neuen Perspektiven und Themen in der personenzentrierten Theorie geht es in den folgenden Kapiteln um einzelne Ansätze. Im Zentrum stehen hier konzeptionelle Aspekte, wie die „Configuration of Self“ und „Relational Depth“, sowie die Herausarbeitung spezieller Behandlungsansätze für fragile und dissoziierte Klientinnen und Klienten, für Trauma-Patientinnen und -Patienten sowie für Paare, Familien und Gruppen. Auch ein Kapitel, das sich mit der Kritik am Personenzentrierten Ansatz auseinandersetzt, und zwar sowohl von einer Perspektive „innerhalb“ als auch von „außerhalb“, ist in diesem Teil enthalten.

Der dritte Teil befasst sich mit den inzwischen entstandenen neuen theoretischen Sichtweisen, Konzepten und Arbeitsweisen in der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung. Es geht dabei um Prä-Therapie, Focusing und Experiencing, intermodale Kunsttherapie („Expressive Arts“), Emotionsfokussierte Therapie und neuere Forschungsbefunde zum Personenzentrierten Ansatz. Vorangestellt ist diesen Einzelperspektiven eine gute taxonomische Übersicht über die Vielfalt der Konzepte. Interessanterweise gibt es hier nur wenige Überschneidungen mit der Übersicht im zweiten Teil, die ja ebenfalls neue Konzepte darstellt. Während die englischsprachigen Autoren beispielsweise die weitgehend deutschsprachig entwickelte „Personenzentrierte Systemtheorie“ wahrgenommen haben, wird diese vom deutschsprachigen Autor nicht erwähnt.

Im vierten Teil geht es um aktuelle und künftige Herausforderungen durch die unterschiedlichen Facetten von Ungleichheit in unseren Gesellschaften und den davon betroffenen Menschen. So widmet sich ein Kapitel der Anwendung des Personenzentrierten Ansatzes im mittleren Osten, ein anderes dem Problem des „weißen Therapeuten“. Ein weiteres

Kapitel behandelt die Herausforderungen unseres Ansatzes in Bezug auf den Umgang mit Minoritäten. Auch dem Problem des Umgangs mit entstellten und behinderten Menschen ist ein Beitrag gewidmet. Wie denken wir überhaupt über den „Anderen“ – so lautet letztlich die Leitfrage, welche ein weiteres Kapitel zum Thema hat.

Gerade die Themen dieses vierten Teiles sind bisher sonst noch wenig in den Darstellungen zum Personzentrierten Ansatz zu finden – schon gar nicht in dieser Zusammenstellung, jenseits von Einzelartikeln. Gleichwohl handelt es sich um Fragen, die sich seit Herausgabe des Buches durch die Migrations- und Asyl-Debatten heute noch ungleich brisanter stellen und die gesellschaftspolitischen Diskurse durchziehen. Es ist daher sehr zu begrüßen, dass hier der Personzentrierte Ansatz deutlich macht, dass er dazu beitragen und eine klare humanistische Position in die Debatten einbringen kann.

Erfahrungsgemäß kann ein Herausgeberband nicht alle Wünsche erfüllen. Persönlich hätte ich mir beispielsweise eine

etwas geringere Vielfalt an Aspekten und dafür an etlichen Stellen mehr Vertiefung gewünscht. Ich bin mir aber bewusst, dass andere gerade die Fülle an Thematiken interessiert und sie die gewählte Konzeption dieses Bandes daher sehr begrüßen. Zweifellos vermag das überaus vielfältige Angebot an Themen und Diskursgegenständen eine hervorragende Orientierung und gute Übersicht zu geben, in welchen Feldern der Personzentrierte Ansatz auch und gerade heute wichtige Beiträge liefern kann. Das Buch eignet sich daher sowohl als informatives „Lesebuch“ über die Vielfalt der Themen und Diskurse im Personzentrierten Ansatz als auch als Nachschlagewerk zu einzelnen Themenbereichen, die man sonst nicht in einem Band vereint findet.

Insgesamt stellt daher dieses Buch eine wertvolle Bereicherung für alle dar, die sich mit der beeindruckenden Reichhaltigkeit der Konzepte, Vorgehensweisen, Arbeitsfelder und Themen des Personzentrierten Ansatzes auseinandersetzen wollen.

Veranstaltungskalender 2019

Fachtag ‚Personzentrierte Organisationsberatung‘

Thema: Resilienz in der Führungs- und Organisationskultur

Zeit: 23. Februar 2019

Ort: Frankfurt/M., Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Fachtag ‚Personzentrierte Arbeit mit Suchtproblemen‘

Zeit: 29.–30. März 2019

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Einführung in die Personzentrierte Körperpsychotherapie

Leitung: Dr. phil. Dipl.-Psych. Ernst Kern

Zeit: 30.–31. März 2019,

Ort: Wien, Österreich

Info: www.vrp.at

Forum Gesprächspsychotherapie der DPPG 2019

Gruppenpsychotherapie. Personzentrierte und verfahrensübergreifende Konzepte

Referent: Prof. Dr. Jochen Eckert

Zeit: 27. April 2019 (10:50–17:30 Uhr)

Ort: Hamburg, Deutschland

Info: <http://www.dppg.de>

Fachtag ‚ECC – Erlebensbezogenes Concept Coaching‘

Thema: Denken, Schreiben und Arbeiten

Zeit: 23.–24. Mai 2019

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

GwG-Jahreskongress ‚Aggression und aggressives Verhalten‘

Keynotes von Dipl.-Psych. Ahmad Mansour, Berlin und Prof. Dr. Günther Krampen, Universität Trier

Zeit: 24.–26. Mai 2019

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

34. Austria Programm

Zeit: 29. Mai 2019 – 5. Juni 2019

Ort: Großrußbach, Österreich

Info: <http://austriaprogramm.pfs-online.at>

2019 Conference

The 34th Annual Conference for the Association for Development of the Person-Centered Approach; Peace Within and Peace Between

Zeit: 24.–28. Juli 2019

Ort: Kutztown, Pennsylvania, United States

Info: <https://www.adpca.org/content/adpca-conference>

Encounter mit Lore Korbei

Zeit: 6.–8. September 2019

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

The Person-Centered Experience

Einwöchige Encountergruppe

Zeit: 26. Oktober – 1. November 2019

Ort: Schloss Zeillern, Österreich

Info: Forum – Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis, www.forum-personzentriert.at

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

MITGLIEDERFORTBILDUNG

Goldmine und Minenfeld – Zum Umgang mit erotischem Erleben von PsychotherapeutInnen im psychotherapeutischen Prozess

WORKSHOP mit Mag.^a Barbara Zach, MSc

Anrechenbarkeit: 8 Stunden Fortbildung gemäß der Fortbildungsrichtlinie des Bundesministeriums

Zeit: Samstag, 19. Jänner 2019
9.00–17.30 Uhr

Kosten: Forum-Mitglieder: kostenlos;
Nicht-Mitglieder: € 80,-

Anmeldeschluss: 04. Jänner 2019

Alt, verrückt und abgeschrieben?

Personenzentrierte Psychotherapie mit alten Menschen

VORTRAG von Dipl.-Psych. Peter Elfner

Anrechenbarkeit: 2 Stunden Fortbildung gemäß der Fortbildungsrichtlinie des Bundesministeriums

Zeit: Donnerstag, 04. April 2019
19.30–21.00 Uhr

Kosten: Forum-Mitglieder: kostenlos;
Nicht-Mitglieder: € 25,-

Anmeldeschluss: 22. März 2019

Gleich und doch anders

Homosexualität in der psychotherapeutischen Praxis

WORKSHOP mit Mag.^a Monika Tuczai und Matthias Witting-Schön, BA

Anrechenbarkeit: 4 Stunden Fortbildung gemäß der Fortbildungsrichtlinie des Bundesministeriums

Zeit: Samstag, 04. Mai 2019
10.00–14.00 Uhr

Kosten: Forum-Mitglieder: kostenlos;
Nicht-Mitglieder: € 40,-

Anmeldeschluss: 19. April 2019

THERAPEUT/INN/EN-FRÜHSTÜCK

Das Ende begleiten – Psychotherapie und Palliativmedizin

DiskussionsForum und Miteinander mit Dr. Christian Metz und Dr. med. Marion Müller

Anrechenbarkeit: 2 Stunden Fortbildung gemäß der Fortbildungsrichtlinie des Bundesministeriums

Zeit: Samstag, 16. März 2019
10.00–12.00 Uhr

Ort: Café Museum, 1010 Wien,
Operngasse 7

Kosten: Forum-Mitglieder: kostenlos;
Nicht-Mitglieder: € 10,-
(Konsumationen sind selbst zu bezahlen.)
Keine Anmeldung erforderlich.

Anmeldung bei Mag.^a Valerie Ramsauer im Forum-Büro: buero@forum-personenzentriert.at • Genauere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Programm unter www.forum-personenzentriert.at • Wenn nicht anders benannt, finden die Veranstaltungen im Forum-Zentrum statt: 1150 Wien, Schanzstraße 14/Top 3.3, Eingang über Koberweingasse 1.

Forum^o

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

Effects of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People: Review and Meta-Analysis

GwG-Verlag, Köln 2018
308 Seiten, kart.
24,90 Euro
ISBN 978-3-926842-57-2

Das Buch gibt einen kurzen Überblick über die theoretischen Grundlagen und die Praxis der Personenzentriert-Experientialen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Anschließend wird der aktuelle Stand der Wirksamkeitsforschung zur Personenzentriert-Experientialen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen differenziert dargestellt. Insbesondere wird die von der Autorin durchgeführte Megaanalyse zu 78 relevanten Primärstudien aus den Jahren 1949 bis 2016 vorgestellt. Neben einer Gesamteffektstärke werden auch störungsspezifische differentielle Effekte zu den verschiedenen Anwendungsbereichen für Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ausgewiesen.

Die Autorin

Dagmar Nuding arbeitet hauptamtlich im Fachbereich Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd, zudem ist sie in einer Praxis Kinder- und Jugendpsychotherapie praktisch tätig. Sie verfügt über Weiterbildungen in Personenzentrierte Beratung und Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen sowie über die GwG-Kursleiterqualifikation in Personenzentrierter Beratung und Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen. Sie ist neben Mick Cooper und Jeanne Watson Herausgeberin des Buches „Person-Centered Psychotherapy works“ und hat mit Michael Behr, Dorothea Hüsson und Christine Wakolbinger das Buch „Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten“ herausgegeben. Von 2010 bis 2016 war sie Redaktionsmitglied der internationalen Fachzeitschrift PERSON. In ihrer Funktion als Schriftführerin der GwG war sie von 2011 bis 2016 Alleinherausgeberin der Verbandszeitschrift „Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung“, seit 2016 ist sie 2. Vorsitzende der GwG und in diesem Rahmen vorwiegend für den Bereich Beratung und herapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien zuständig.

Bestellung und weitere Informationen:

GwG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung
Melatengürtel 125 a
50825 Köln
brandt@gwg-ev.org



Aggression - zwischen Destruktivität und positiver Lebensenergie

19. GwG-Jahreskongress, 24.-26. Mai 2019 in Mainz

Die Geschichte der Menschheit ist eine Geschichte der Eroberung der Welt, einer Eroberung mit Hilfe des Geistes, aber auch mit Hilfe der Faust. Aggression, Gewalt, Krieg und Zerstörung gehören ebenso zum menschlichen Leben wie die Sehnsucht nach Frieden, Freundschaft und Liebe. Diese Spannung hat Menschen schon immer beschäftigt. Menschliche Aggression wird durch psychologische, biologische und soziale Faktoren bestimmt. Das Wissen über diese Zusammenhänge hat sich seit den ersten Aggressionstheorien erheblich erweitert. Bei der Auseinandersetzung mit Aggression und Gewalt dürfen aber auch die gesellschaftlichen und politischen Aspekte nicht außer Acht gelassen werden. Das Problem der Aggression ist auch heute aktuell. Im Internet, vor allem in den sozialen Medien, aber auch in Leserbriefen an Printmedien ist eine bedenkliche Verrohung der Sprache zu beobachten, und die Anzahl hochrangiger Politiker, die diplomatische Regeln bewusst missachten steigt. Nationale und internationale Konflikte werden mit Waffen ausgetragen. Ein weiteres weltweites Problem sind fundamentalistische religiöse und nationalistische Strömungen, die Gewalt verherrlichen und Gewalt gegen Andersdenkende ausüben. Faktoren wie kulturelle und religiöse Identität, Verständnis von Geschlechterrollen und Männlichkeit, Opfer- und Feindbilder oder Verschwörungstheorien können dazu dienen, Aggression und Gewalt zu rechtfertigen. Der 19. GwG-Jahreskongress wird sich mit Fragen der Aggression und aggressivem Verhalten in allen Lebensbereichen beschäftigen.



Die Hauptvorträge halten: Dipl.-Psych. Ahmad Mansour (Berlin) ■ Prof. Dr. Günter Krampen (Universität Trier)

Detaillierte Informationen finden Sie im Internet unter www.gwg-ev.org.



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTT GART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr & Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer – veranstaltet als größtes personzentriertes Institut in Süddeutschland regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und 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. Neben den Weiterbildungen in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG - Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. bietet das Institut Weiterbildungen in Personzentrierter Traumatherapie, Prüfungsvorbereitungskurse für die Heilpraktiker-Psychotherapie-Prüfung beim Gesundheitsamt und zweitägige Fortbildungsveranstaltungen. Alle Referent_inn_en sind erfahrene Therapeut_inn_en und Berater_inn_en mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten sowie regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichen. Weitere Informationen über das IGB, zu den Weiterbildungsangeboten und den Referent_inn_en finden Sie auf der Homepage unter: www.igb-stuttgart.de

Zweitägige Fortbildungsveranstaltungen

16.2.2019 9.30-18.00 Uhr und 17.2.2019 9.30-16.30 Uhr	Autismus – Dr. Bettina Jenny Tagungsort: Jugendherberge Stuttgart international
22.3.2019 15.00-21.00 Uhr und 23.3.2019 9.30-18.00 Uhr	Trauer ist Leben – Leben ist (auch) Trauer. Personzentrierter Umgang mit Verlusten in Therapie und Beratung - Ulrike Backhaus Tagungsort: Festsaal zfp Weinsberg
10.5.2019 15.00-21.00 Uhr und 11.5.2019 9.30-18.00 Uhr	Gruppenpsychotherapie – Prof. Dr. Greet Vanaerschot Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, Stuttgart Bad-Cannstatt
17.5.2019 15.00-21.00 Uhr und 18.5.2019 9.30-18.00 Uhr	Anorexia nervosa oder auch Is'(s) was ?! – Psychotherapie mit Jugendlichen mit der Diagnose: Anorexia nervosa - Hildegard Steinhauser Tagungsort: Jugendherberge Stuttgart

Kosten

180€ für einen zweitägigen Workshop (Alumni 120€, IGB-Mitglieder 60€)

Anmeldung. Für alle Veranstaltungen erbitten wir eine schriftliche Anmeldung **bis spätestens 14 Tage** vor der Veranstaltung. Sie können den Anmeldevordruck aus dem Downloadbereich der Homepage des Instituts für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung Stuttgart (IGB) benutzen oder eine E-Mail an Dagmar Nuding (dagmar.nuding@igb-stuttgart.de) oder Michael Behr (michael.behr@igb-stuttgart.de) mit allen erforderlichen Angaben (Name, Anschrift, Telefonnummer, Beruf) schicken. In der Mail muss der Satz „Die Teilnahmebedingungen erkenne ich an“ aufgeführt werden. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine Rechnung über die Veranstaltungsgebühr. Diese bitten wir durch Überweisung zu begleichen. Unterkunft ist nicht in der Teilnahmegebühr enthalten. Die zweitägigen Fortbildungen gelten als Einheit, das heißt wir müssen die gesamte Teilnahmegebühr berechnen, auch wenn Sie nicht an beiden Tagen teilnehmen können. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine genaue Wegbeschreibung zum Veranstaltungsort.

Rücktritt. Die Anmeldungen sind verbindlich. Erfolgt eine Abmeldung innerhalb der letzten 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn, fallen folgende Rücktrittsgebühren an: Abmeldung zwischen 4 und 6 Wochen vor der Veranstaltung: 25% der Teilnahmegebühr (mindestens €25), Abmeldung zwischen 3 Wochen und 4 Tage vor der Veranstaltung: 50% der Teilnahmegebühr (mindestens €50). Bei Abmeldung innerhalb der letzten 3 Tage vor der Veranstaltung oder bei Ausbleiben einer Abmeldung wird die volle Kursgebühr erhoben. Wird ein Ersatzteilnehmer oder eine Ersatzteilnehmerin benannt, entfallen die Rücktrittsgebühren. Das IGB als Veranstalter ist berechtigt, die Veranstaltung mangels ausreichender Teilnehmerzahl oder aus sonstigen wichtigen Gründen auch kurzfristig abzusagen. Bereits entrichtete Teilnahmegebühren werden in diesem Fall in vollem Umfang erstattet. Sonstige Schäden im Zusammenhang mit Teilnahme oder Absage werden Teilnehmern grundsätzlich nur erstattet, sofern dem Veranstalter der Vorwurf groben Verschuldens nachzuweisen ist. Für die Veranstaltungen wird Ihnen eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt.

Beginn Weiterbildungen gemäß den Mindeststandards der GwG

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

Modul 1: Beginn 3./4. November 2018 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dagmar.nuding@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Modul 1: Beginn 3./4. November 2018 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Psychotherapie Modul 1: Beginn 3./4. November 2018 – alle weiteren Module fortlaufend nach Vereinbarung

Kontakt: hj.luderer@gmx.de



Mitglied im Weltverband
World Association for
Person-Centered and
Experiential Psychotherapy
and Counseling



KURSPROGRAMM 2018/19 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 Anmeldemöglichkeit auf unserer Website: www.pca-acp.ch

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

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

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

WEITERBILDUNG PERSONENZENTRIERTE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Beginn der Weiterbildung im September 2019

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

Nähere Informationen bei:

Mag. Christine Wakolbinger (VRP)

chr.wakolbinger@chello.at

Mag. Marieluise Brückl (Forum)

marie.brueckl@chello.at



Helena Maria Topaloglou, Andrea Hammer,
Margarete Finger-Ossinger, Sabine Hofer-Freundorfer,
Gerhard Pawlowsky, Christine Wakolbinger (Hg.)

Beziehung im Fokus

Aktuelle Beiträge der
Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

facultas 2018, 356 Seiten, broschiert
ISBN 978-3-7089-1828-0, Sammelband
EUR 24,90 [A] / EUR 24,20 [D] / sFr 30,70 UVP

PERSONENZENTRIERTES HANDELN »IN AKTION«

AUSTRIA PROGRAMM 2019 ZUM 34. MAL: INTERNATIONALER PERSONENZENTRIERTER WORKSHOP IN DER TRADITION DES LA JOLLA PROGRAMMS

Mittwoch, 29. Mai bis 5. Juni 2019

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

Als "La Jolla Programm in Österreich" seit 1978 in Zusammenarbeit mit dem Center for Studies of the Person in La Jolla, Kalifornien entwickelt und dem klassischen Personenzentrierten Ansatz von Carl Rogers verpflichtet, ist das Austria Programm europaweit der einzige Workshop, der nun zum 34. Mal die einzigartige Gelegenheit bietet, genuin personenzentriertes Arbeiten kennen zu lernen und weiter zu erforschen.

Grundsätzliches Ziel des Seminars ist, sich selbst als Person und in den Beziehungen zu anderen weiter zu entwickeln und persönliche wie politische Gestaltungsmöglichkeiten zu entdecken und zu erlernen. Dabei können insbesondere die Beziehungen zwischen den Teilnehmern und Teilnehmerinnen und den einzelnen Gruppen als Lern- und Wachstumschance wahrgenommen werden.

In diesem Seminar kann man unter anderem:

- ★ den PCA und seine personalen und sozialen Implikationen "in Aktion" erleben und theoretisch und praktisch erlernen
- ★ den State of the Art personenzentrierten Denkens und Handelns kennen lernen
- ★ die eigene Person sowie eigenes und fremdes Kommunikationsverhalten besser verstehen lernen
- ★ freier und kreativer handeln lernen & sein Verhaltensrepertoire in sozialen Situationen nachhaltig erweitern
- ★ Menschen begegnen, die sich nach Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildung, Beruf und Kultur unterscheiden
- ★ charakteristische Bedingungen für kollektive Entscheidungsfindung & selbstgesteuertes Lernen in Gruppen erkennen
- ★ die Entwicklung von Groß- und Kleingruppen und ihrer Strukturen verstehen und mitgestalten lernen
- ★ die Kunst der Gruppenleitung und die Möglichkeiten, für andere Menschen hilfreich zu sein, lernen

AUSTRIA PROGRAMM 5 TAGE: Es ist auch möglich, nur bis inklusive Sonntag teilzunehmen (siehe unten).

AUSTRIA PROGRAMM WOCHENENDE: Freitag, 31. Mai, 18h bis Sonntag, 2. Juni 2019, 16h

Facilitating Team 2019: *Peter Frenzel* (Mag., SFU Wien; APG•IPS, Wien; TAO; Kaleidos);
Renata Fuchs (SFU Wien; APG•IPS, Wien; Zentrum f. Beratung, Training & Entwicklung,
Krems);
Gillian Proctor (Herausgeberin, Psychotherapeutin, GB);
Peter F. Schmid (Univ.Do. HSPf. Mag. Dr., KF-Univ. Graz & SFU Wien; APG•IPS, Wien)
u.a.

Ort: Bildungshaus Schloss Großrußbach bei Wien, NÖ

Anrechenbarkeit: *8 Tage:* Ausbildungen (Pflicht), Propädeutika, Aus-, Fort- & Weiter-
bildungen, Aufnahmeverfahren Fachspezifikum, Studium SFU: Selbsterfahrung - 50 Std.; *5*
Tage: Ausbildung Wahlpflicht (siehe Bedingungen online), Propädeutika, Fortbildung - 32
Std.; *Wochenende:* Supervision, Selbsterfahrung - 15 Std.

Nähere Informationen und Anmeldung:

<http://austriaprogramm.pfs-online.at>; Tel: +43 699 81513190; Mail: office@pfs-online.at

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 den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

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.

