

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2|2023

27. Jahrgang

Themenheft Personzentrierte Perspektiven und die Krise

Herausgegeben von Katrin Draxl und Christian Korunka

FACHBEITRÄGE

- Hans Stauß:* Personzentrierte Krisenberatung in einer Zeit sich häufender globaler Krisen 65
- Sonja Kinigadner:* Gefährdung: Prozesse von Personen in Risikosituationen 77
- Michaela Badegruber:* Wie kann Personzentrierte Psychotherapie bei Covid-Patient*innen im klinisch-stationären Setting hilfreich sein? 88
- Katharina Haupt:* Therapeutische Kommunikation online: Ein integrativer Vergleich der sechs Therapiebedingungen nach Rogers und des Medienökologischen Modells 93
- Clemens Hrobsky:* „Kein Alkohol ist auch keine Lösung.“ – Kontrolliertes Trinken aus Personzentrierter Perspektive 103

REZENSIONEN

114

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber*innen sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeiter*innen begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber*innen

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Dr. Annette Jessinghaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Ev. Krankenhaus, Grutholzallee 45; Tel.: +49 2305 102 2547; Fax: +49 2305 102 2219
E-Mail: a.jessinghaus@evk-castrop-rauxel.de

APG • IPS - Akademie für Beratung und Psychotherapie

A-1150 Wien, Diefenbachgasse 2
Tel.: +43 677 62 55 80 00; E-Mail: office@apg-ips.at

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dr. Dorothee Wienand-Kranz, D-20148 Hamburg, Rothenbaumchaussee 101; Tel.: +49 40 45 91 59; E-Mail: wienand-kranz@gmx.de

FORUM – Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis

A-1030 Wien, Reisnerstraße 18–20 / 2. Stiege / 4. Stock / Top 17
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 127
Tel.: +49 221 92 59 08–0; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

IPEA – Institut für personzentrierte und experientielle Angebote

D-24857 Fahrndorf, Ortland 1
E-Mail: info@ipea.team

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 13
Tel./Fax: +43 732 78 46 30; E-Mail: office@oegwg.at

pcaSuisse – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Trägerin des pcaInstitut

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

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

A-1030 Wien, Schützengasse 25/5
Tel.: +43 664 165 43 03; E-Mail: office@vrp.at

Herausgeberinnen dieses Hefts

Katrin Draxl und Christian Korunka

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 15,- / SFr 16,60– zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 26,- / SFr 28,80,- zzgl. Versandkosten
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen. Für den Bezug im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften gelten weiterhin die verbandsspezifischen Regelungen.

Die Ausgaben der PERSON sind auch online unter <https://ejournals.facultas.at/index.php/person> abrufbar.

Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 26
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: office@facultas.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, 1060 Wien; E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Christiane Bahr, Michael Behr, Katrin Draxl, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Gerald Käfer-Schmid, Christian Korunka, Magdalena Kriesche, Jana Lammers, Hans-Jürgen Luderer, Christine le Coutre, Gerhard Lukits, Aglaja Przyborski, Monika Tuczai, Yvette Völschow

Redaktionssekretariat

Georg Gartner, 1040 Wien, Blechturmstraße 8/15
E-Mail: office@georg-gartner.at

Fachbeirat von PERSON

Beatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Matthias Barth, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Jeannette Bischof, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Reinhold Fartacek, Andrea Felnemeti, Jobst Finke, Katharina Fischer, Peter Frenzel, Sylvia Gaul, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Gabriele Isele, Elisabeth Jandl-Jäger, Annette Jessinghaus, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Wolfgang W. Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Dorothea Kunze-Pletat, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Christian Metz, Doris Monden-Engelhardt, Christiane Müller, Sybille Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Ulrike Rams, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Joachim Sauer, Thomas Slunecko, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Ludwig Teusch, Helena Maria Topaloglou, Johannes Wiltschko, Andreas Wittrahm (Stand: September 2023)

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

PERSON

27. Jg. 2023, Heft 2

Themenheft

Personzentrierte Perspektiven und die Krise

Herausgegeben von

Katrin Draxl und Christian Korunka

Inhalt

Editorial 63

FACHBEITRÄGE

Hans Stauß

Personzentrierte Krisenberatung in einer Zeit sich häufender globaler Krisen 65

Sonja Kinigadner

Gefährdung: Prozesse von Personen in Risikosituationen 77

Michaela Badegruber

Wie kann Personzentrierte Psychotherapie bei Covid-Patient*innen im klinisch-stationären Setting hilfreich sein? 88

Katharina Haupt

Therapeutische Kommunikation online: Ein integrativer Vergleich der sechs Therapiebedingungen nach Rogers und des Medienökologischen Modells 93

Clemens Hrobsky

„Kein Alkohol ist auch keine Lösung.“ – Kontrolliertes Trinken aus Personzentrierter Perspektive ... 103

REZENSIONEN

Michael Kelber

Jürgen Kriz: Humanistische Psychotherapie – Grundlagen, Richtungen, Evidenz. 114

Christian Korunka

Strauß, B., Galliker, M., Linden, M. & Schweitzer, J. (Hrsg.): Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Theorien, Konzepte, Methoden. 116

Veranstaltungskalender 2/2023 118

Editorial

Wir leben in einer Zeit „multipler“ Krisen. Wirtschaftskrisen, die Flüchtlingssituation, die Covid-19 Pandemie, der Krieg im Europäischen Nachbarland, die dramatische Entwicklung des Weltklimas, Inflation und Energiekrise, ein neuer Krieg im Nahen Osten, Veränderungen der weltweiten politischen Machtstrukturen mit immer häufigerer Nennung der möglichen Bedrohung durch einen Atomkrieg – es fällt gar nicht leicht, eine nur einigermaßen vollständige Auflistung dieser Krisen zu erstellen.

In unseren psychotherapeutischen Praxen werden diese Bedrohungen und ihre individuellen Auswirkungen oft zum Thema und sie verlangen nach Verständnis, Begegnung und Antworten. Die ersten Jahrzehnte der Entwicklung unseres Ansatzes in den USA fielen in die sehr positive Aufbruchstimmung des Roosevelt'schen „New Deal“, selbst von den großen Kriegen der Welt war in der Umgebung von Rogers nur wenig zu spüren. Vielleicht ist das eine der Ursachen dafür, dass sich in unserem Umfeld sogar bis heute nur wenige Veröffentlichungen finden, die sich explizit mit den Möglichkeiten des personenzentrierten Ansatzes im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Krisen auseinandersetzen. Carl Rogers hat sich erst in seinen letzten Lebensjahrzehnten vermehrt mit krisenhaften politischen Entwicklungen in der Welt und vor allem mit den Möglichkeiten personenzentrierter Encountergruppen in diesem Zusammenhang beschäftigt.

Diese Beobachtungen waren ein Ausgangspunkt für unsere Überlegung, ein Themenheft mit dem Schwerpunkt „Krisen und der Personenzentrierte Ansatz“ zu gestalten. Die Einladung für Beiträge erfolgte vor mehr als einem Jahr und sie richtete sich an die Vertreter*innen unseres Ansatzes im deutschen Sprachraum. Das vorliegende Heft ist das – aus unserer Sicht sehr erfolgreiche - Ergebnis dieses Projekts. Die fünf Beiträge verweisen auf verschiedene Perspektiven und Blickwinkel auf gesellschaftliche Krisen aus personenzentrierter Sicht. Ihnen gemeinsam ist ein „Blick über den Tellerrand“, ohne dabei eine konsequent personenzentrierte Perspektive zu verlassen. Sie sind gute Beispiele der theoretischen Auseinandersetzung mit gesellschaftlich relevanten Themen mit einer stringenten Verbindung zur Praxeologie des personenzentrierten Ansatzes. Wir möchten uns an dieser Stelle bei den Autor*innen ganz herzlich für ihre Beiträge bedanken!

Hans Stauß beschäftigt sich in seinem Artikel sehr grundlegend mit den Möglichkeiten und Grenzen des personenzentrierten Ansatzes im Bereich der Krisenberatung. Der Begriff der „Krise“ wird kritisch reflektiert und vor allem präzisiert. Die möglichen Auswirkungen werden thematisiert. Vor diesem Hintergrund wird ein Prozessmodell vorgeschlagen, das einen Rahmen für personenzentrierte Beratungsprozesse bilden kann und die Stärken unseres Ansatzes gut sichtbar werden lässt.

Mit dem Erleben krisenhafter, bedrohlicher Situationen und deren Bewältigung setzt sich **Sonja Kinigadner** auseinander. Basierend auf fünfzehn semistrukturierten Interviews zum Erleben der Pandemie sowie der behördlichen Maßnahmen werden wesentliche Aspekte untersucht, die Unterschiede in der Erlebensverarbeitung und der Compliance mit Verordnungen von Autoritäten bedingen können und mit der personenzentrierten Theorie in Bezug gesetzt. Im Hinblick auf die derzeitige Akkumulation von Krisen scheint vermehrt Forschung in diesem Bereich sinnvoll.

Während Kinigadner mit empirisch erhobenem Material arbeitet und dieses in einen theoretischen Rahmen setzt, gibt uns **Michaela Badegruber** einen höchst persönlichen Einblick in die personenzentrierte Arbeit mit akut an Covid erkrankten Patient*innen im klinisch-stationären Bereich. Die Autorin geht der Frage nach, wie einzelne personenzentriert gestaltete und nicht-virtuelle Begegnungen hilfreich für die Erkrankten sein können. Ihre vorwiegend als Krisenintervention zu verstehende Tätigkeit bestand zumeist nur aus einem einzigen Kontakt mit der erkrankten Person. Badegruber reflektiert hier auch auf persönliche Weise die Herausforderungen für helfende Personen, die während der Pandemie gleichermaßen von der Krise, der Gefahr zu erkranken, den Einschränkungen betroffen waren.

Mit dem durch die Pandemie akut gewordenen Thema von Therapie auf Distanz beschäftigt sich **Katharina Haupt**. Empirische Untersuchungen dazu gibt es bereits, Haupt stellt mit ihrem Beitrag einen theoretischen Rahmen zur Verfügung, der Strukturierungshilfe für weitere Forschung sowie Ausbildung und Praxis sein und den wissenschaftlichen Diskurs erleichtern soll. Sie setzt dafür das Medienökologische Modell (MÖM) nach Döring in Bezug zu den Roger'schen Therapiebedingungen.

Der Beitrag von **Clemens Hrobsky** steht nicht in direktem Bezug zum Schwerpunktthema der Krise. Es erschien uns aber durchaus passend, ihn auch in dieses Heft aufzunehmen, ist doch eine Zunahme des Alkoholkonsums eine (wenig optimale) Bewältigungsstrategie von verschiedensten Krisen¹. Clemens Hrobsky stellt in seinem Artikel einen Ansatz des kontrollierten Trinkens aus einer personenzentrierten Perspektive vor. Ein derartiger Ansatz ist in der Suchttherapie durchaus umstritten, er kann aber aus einer personenzentrierten Perspektive verstanden und umgesetzt werden. In diesem praxeologischen Artikel werden die möglichen Chancen und Herausforderungen eines derartigen Konzepts umfassend herausgearbeitet.

Vom allgemeinen Krisenbegriff ausgehend ondulieren die Beiträge dieses Heftes zwischen dem Versuch einer theoretischen Verortung, einem „Festmachen“ im wissenschaftlichen Kontext und auf der anderen Seite einem starken Praxisbezug, spiegelt somit gleichsam krisenhaftes Erleben, das zwischen selbstkonzeptbezogenem und organismischem Erleben wechselt.

Die zahlreichen Krisen werden uns wohl noch weiter begleiten. Es ist zu befürchten, dass die Unsicherheiten in unserer Welt noch weiter zunehmen und politische Polarisierungen, vor allem auch eine Zunahme nationalistischer und

rechtsextremer Haltungen damit einher gehen. Unser Ansatz liefert zumindest auf individueller Ebene klare Antworten in den Begegnungen mit unseren Klient*innen, die auf nicht wertender Akzeptanz, empathischem Verständnis und einer klaren kongruenten Haltung basieren.

Wir schließen mit einem Hinweis auf weitere Schwerpunktheft unserer Zeitschrift. Das Heft 1/24 wird sich umfassend mit den Möglichkeiten personenzentrierter Beratung, Supervision und Coaching beschäftigen. Das Heft 2/24 wird ebenfalls einen gesellschaftspolitischen Schwerpunkt haben, indem es sich mit Genderfragen aus personenzentrierter Sicht auseinandersetzt. Für das Jahr 2025 ist bereits ein Heft zum Thema der personenzentrierten Ausbildung geplant. Dies wird besondere Relevanz vor dem Hintergrund der derzeitigen politischen Entwicklungen in Österreich und Deutschland (Psychotherapiegesetz) haben. Wir möchten aber auch darauf hinweisen, dass unabhängig von den Schwerpunktheften laufend auch andere Beiträge bei der PERSON zur Begutachtung eingereicht werden können. Wir freuen uns ebenfalls über Rezensionen von aktuellen Fachbüchern!

Für die Redaktion
Katrin Draxl, Christian Korunka

¹ Siehe beispielsweise: https://www.zeit.de/gesundheit/2023-05/alkohol-drogen-konsum-anstieg-krisenjahre?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

Personzentrierte Krisenberatung in einer Zeit sich häufender globaler Krisen

Hans Stauß

Der Beitrag geht der Frage nach, wie weit sich der Personzentrierte Ansatz auf dem Hintergrund sich häufender individueller und kollektiver Krisen bewährt, aber auch an welchen Punkten er herausgefordert ist sich weiterzuentwickeln. Zunächst wird der inflationäre Gebrauch des Krisenbegriffs hinterfragt. Das Phänomen Krise wird verstanden als ein spezifischer zeitlich begrenzter dynamischer Prozess mit vier charakteristischen Kernmomenten. Die Person in der Krise wird gesehen in einem Wechselspiel mit ihrer Umwelt, den anderen Menschen und mit sich selbst. Für die personzentrierte Krisenberatung bedeutet das, nicht nur den inneren Bezugsrahmen, sondern auch den situativen und gesellschaftlichen Kontext zu beachten. Was das für den Personzentrierten Ansatz mit seinem Primat des subjektiven Erlebens und der Betonung des selbstaktualisierenden Prozesses konkreter heißen kann, soll skizzenhaft ausgeführt werden. Es zeigt sich, dass der Personzentrierte Ansatz und die Beratung von Menschen in Krisen eine durchaus spannungsvolle Beziehung miteinander eingehen – mit Entwicklungspotential für beide Seiten.

Schlüsselwörter: individuelle und kollektive Krise, Ressourcen und Krise, existentielle Bedrohung, Moderieren und Fokussieren

Person-centered crisis counseling in a time of increasing global crisis. This article is pursuing the question, how far the person-centered approach stands the test confronted with increasing individual and collective crisis, but also in which respect it is challenged to develop further. First, we inquire about the inflationary use of the notion of crisis. We understand the phenomenon of crisis as a specific time-limited dynamic process with four key elements. The person in crisis is seen in an exchange process with his environment, the others and with himself. For person-centered crisis counseling this means to give attention not only to the inner frame of reference, but also to the situational and social frame. What this concretely means for the person-centered approach with its primacy of the subjective experiencing and the emphasis on the self-actualizing process will be demonstrated briefly. It will be shown that the person-centered approach and the counseling of people in crisis are in a relationship of suspense – with potential for development for both sides.

Keywords: individual and collective crisis, resources and crisis, existential threat, moderating and focusing

Vor gut 30 Jahren konnte der Schweizer Historiker und Demograf A. Imhof (1990) noch seine Verwunderung darüber zum Ausdruck bringen, dass die zu allen Zeiten bestehende permanente Bedrohung durch die Trias Pest, Hunger und Krieg seit vier Jahrzehnten aus unserem heutigen Leben verschwunden sei: „Eine solche Situation ist, historisch wie weltweit gesehen, etwas völlig Einmaliges, Unerhörtes, nie Dagewesenes“, und er fügt hinzu „Wohlgemerkt: ich sage keineswegs, dass dieser gegenwärtige Zustand von Dauer sei.“ (S. 32) Kurz darauf begann der Krieg im zerfallenden Jugoslawien mit etwa 200 000 Toten und Millionen Flüchtlingen. Die Bedrohung für uns im

übrigen Europa hielt sich jedoch in Grenzen, ebenso wie 2014 bei der Besetzung der Ostukraine und der Krim durch Russland. Erst mit der Corona-Pandemie waren wir plötzlich einer globalen, unsichtbaren, gänzlich unbekanntem tödlichen Gefahr unmittelbar ausgesetzt. Zu den enormen Belastungen durch die Pandemie kam im Februar 2022 der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine hinzu mit einschneidenden Folgen für den Rest Europas und die Welt bis hin zu einer neuen Atomkriegsgefahr. Schließlich werden die desaströsen Folgen des Klimawandels bei uns und überall auf der Welt immer konkreter. Das verstörende Gefühl einer bedrohten Weltordnung befällt immer mehr Menschen und führt zu einer neuen Unsicherheit in vielen Bereichen. Wir gehen turbulenten Zeiten entgegen und müssen uns darauf einstellen, dass wir mit globalen Krisen weiterhin leben müssen, sehr viele von uns durch sie persönlich betroffen und wir auch in der psychologischen Beratung und Psychotherapie damit konfrontiert sein werden.

Dr. Hans Stauß, geb. 1945. Ev. Theologe und Diplompsychologe, Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, freiberufliche Tätigkeit in eigener Praxis, Ausbilder für personzentrierte Beratung in der GwG, bis 2022 Mitglied im Ethikrat der GwG. Viele Jahre Leiter einer Telefonseelsorgestelle und einer Psychologischen Beratungsstelle.
Kontakt: hansstauss@web.de

Diese Situation ist neu und stellt eine Herausforderung für uns alle dar. Die Beschäftigung mit Krise und Krisenberatung als Konzepten zur Orientierung in Zeiten bedrohter Ordnungen soll dazu beitragen, sich der neuen Situation anzunähern.

Plädoyer für ein spezifisches Krisenverständnis in der Krisenberatung

Der Krisenbegriff wird oft inflationär gebraucht und verliert an Aussagekraft, wenn jede stärkere Belastung als Krise gilt oder von Krise als „Dauerkrise“, „latenter Krise“, „chronischer Krise“ die Rede ist. Ein kurzer Blick in die Geschichte des Krisenbegriffs zeigt Folgendes: Das griechische Wort für Trennung, Scheidung, Entscheidung hat zuerst Eingang gefunden in der Medizin zur Bezeichnung der „kritischen“, über Leben und Tod entscheidenden Tage in einem Krankheitsverlauf (Corpus Hippocraticum, 3. Jh. v. Chr.) und wurde erst viel später (17. und 18. Jh.) auch auf das menschliche Gemeinwesen, metaphorisch als menschlicher Organismus verstanden, übertragen. „Krise“ bezeichnet nunmehr gesellschaftliche Vorgänge, „in denen sich eine beschleunigte Wendung zum Besseren oder Schlechteren vollzieht“ (Koselleck, 1976, S. 1236). Die uns heute sehr geläufige Übertragung auf die Lebenskrise eines Einzelnen vollzog sich erst im 19. Jahrhundert. Seitdem wird der Krisenbegriff sowohl für Individual- als auch Kollektivkrisen verwendet – im alltäglichen wie im wissenschaftlichen Gebrauch.

„Krise“ im soziologischen Kontext

Die Soziologie hat sich angesichts der fundamentalen Erschütterungen und gesellschaftlichen Umbrüche früh als Krisenwissenschaft verstanden, welche schon seit A. Comte (1798–1857), dem Mitbegründer der Soziologie, „die Krisenhaftigkeit, Dysfunktionalitäten und Pathologien moderner Gesellschaften“ analysiert (Steg, 2020, S. 427). Moderne und Krise werden damit fast identisch gebraucht, als Grundstimmung einer ganzen Epoche. Spätestens seit der Corona-Pandemie mit ihren gesundheitlichen, wirtschaftlichen, sozialen und psychologischen Folgen wurde auch in der Soziologie die Brauchbarkeit des Krisenbegriffs neu diskutiert und eine Rückbesinnung auf die Kernmerkmale von Krise gefordert: Eine kollektive Krise unterscheidet sich gravierend vom Normalzustand, ist – in ihrem jeweiligen historisch singulären Kontext – „eine zeitlich begrenzte, nicht-normale, nicht-gewollte, nicht-intendierte und nicht-geplante Ausnahmesituation“ (Steg, 2020, S. 428). Die Zuspitzung der gesellschaftlichen Situation zu einer Krise ist dramatisch, weil „die Struktur, die Funktionsfähigkeit oder der Bestand eines sozialen Systems, eines sozialen Organismus oder eines gesellschaftlichen Zusammenhangs gefährdet

sind“ (Steg, 2020, S. 432). Krisen wohnt „eine spezifische Eigenlogik und Eigendynamik inne, sodass sie sich in gewissem Umfang der Kontrolle und Steuerung entziehen“ (Steg, 2020, S. 430). Krisen markieren eine Zäsur mit prinzipiell offenem Ausgang: Sie „können enormes transformatorisches und emanzipatorisches Potential haben ... Andererseits werden mit dem Krisenbegriff kritische, desintegrative, gefährliche und problematische, mithin pathologische oder anomische Ereignisse und Veränderungen gefasst“ (Steg, 2020, S. 431). Schließlich kann nach Habermas erst dann von Krise gesprochen werden, „wenn die Gesellschaftsmitglieder Strukturwandlungen als bestandskritisch *erfahren* und ihre soziale Identität bedroht fühlen“ (Habermas, 1973, S. 12). Für die Corona-Epidemie und auch den russischen Angriffskrieg gegen die Ukraine treffen diese Kriterien voll zu. Was die Klima- und Umweltproblematik angeht, mehren sich die Anzeichen und Ereignisse für eine weltweite katastrophische Zuspitzung, von der sehr viele Menschen betroffen sein werden.

„Krise“ im Kontext psychologischer Beratung

Definitionen richten sich grundsätzlich danach, welche Funktion sie in einem ganz bestimmten Kontext erfüllen. Der Kontext von psychologischer Krisenberatung ist primär nicht die Gesellschaft, sondern die Person in einer bestimmten individuellen Situation oder Konstellation. Bei einer sehr weiten Krisendefinition ist Krisenberatung von der psychologischen Beratung allgemein, von Lebensberatung oder auch von Psychotherapie kaum noch zu unterscheiden. Bei einem ganz engen Krisenbegriff fällt Krise mit Notfall zusammen, die Aufgabe der Krisenintervention ist dann primär das Notfallhandeln. Für die psychologische Krisenberatung, in deren Mittelpunkt der Gesprächskontakt steht, eignet sich unseres Erachtens weder das sehr weite noch das sehr enge Krisenverständnis. Der Fokus der Krisenberatung ist hier sinnvollerweise ein zeitlich begrenzter, dynamischer, episodischer Prozess, eine Ausnahmesituation, die mit dem Verlust des Gleichgewichts beginnt und mit der Entwicklung eines zumindest vorläufigen neuen Gleichgewichts endet. Die meisten Ansätze gehen von einer Dauer von wenigen Tagen bis etwa vier bis sechs Wochen aus (vgl. Ciompi, 1996, S. 15)¹. Der in Krisen immer mögliche Notfall (vgl. Höger, 2002; Sauvant & Schnyder, 1996) ist Teil dieses Prozesses. Auf der anderen Seite kann Krisenberatung

1 Die ICD-10 definiert die „akute Belastungsreaktion“ oder auch „Krisenreaktion“ zeitlich viel enger: Die Folgesymptome nach dem belastenden Ereignis „gehen innerhalb von zwei bis drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück“ (ICD-10-GM Version 2021 unter F 43.0). Die Nachfolgeversion ICD-11 streicht diese Kategorie und ersetzt sie durch „Akute Stressreaktion“ bzw. „Krisenreaktion“ mit größeren zeitlichen Spielräumen.

dann in einen kürzeren oder längeren Beratungsprozess übergehen, wenn die belastende Situation anhält, oder eine Psychotherapie kann sich nahelegen, wenn durch die aktuelle Krise eine individuelle Verletzlichkeit und eine erhöhte Anfälligkeit für weitere Krisen deutlich geworden ist.

Das dynamische Verständnis von psychosozialer Krise nach G. Caplan

Für das Verständnis von Krise im Kontext von psychologischer Beratung, greifen wir auf die Definition von psychosozialer Krise bei G. Caplan (1964) zurück, einem Vertreter der Mental-Health-Bewegung in den USA und einem Pionier der Krisenintervention. Er beschreibt den Krisenprozess in vier charakteristischen Phasen (Caplan, 1964, S. 39–41):

Phase 1:

Wenn ein Problem aufgetreten ist, das eine Gefahr für die Befriedigung fundamentaler Bedürfnisse der Person signalisiert, steigt die Spannung, und die gewohnten Problemlösemechanismen werden in Gang gesetzt.

Phase 2:

Bei ausbleibendem Erfolg und weiter bestehender Gefahr steigt die Spannung, gefolgt von neuen, vergeblichen Versuchen der Bewältigung.

Phase 3:

Bei weiter steigender Spannung werden innere und äußere Ressourcen mobilisiert, die zu den Reserve- oder Notfallmechanismen gehören und über den gewohnten Bereich hinausgehen. Dazu gehören neue ungewohnte Verhaltensweisen, aber auch eine andere Sichtweise, das Aufgeben von unerreichbaren Zielen, aktive Resignation.

Phase 4:

Wenn das Problem anhält und weder gelöst werden kann durch Bedürfnisbefriedigung noch durch Resignation oder Wahrnehmungsverzerrung, steigt die Spannung erneut. Sie kann bis zu einem Punkt der Desorganisation mit drastischen Folgen für die weitere Entwicklung gehen.

Wir teilen Caplans Verständnis von Krise als dynamischen Prozess mit seinen spezifischen, die Dynamik bestimmenden psychosozialen Faktoren. Caplan nimmt dabei überwiegend eine Dritte-Person-Perspektive ein. Sein Rückbezug auf das allgemeinpsychologische Problemlösemodell betont die kognitiven Aspekte und legt eine lineare Abfolge nahe². Wir betonen demgegenüber viel stärker die Seite des *subjektiven* Erlebens

und verstehen die Dynamik des Erlebens und Bewältigens in erster Linie als *zirkulären* Prozess, dessen Richtung sich erst allmählich herauskristallisiert.

Nach Auffassung des Autors dieses Artikels sind es nicht mehr als vier krisenspezifische Kernmerkmale, die für das Verstehen und Bewältigen einer individuellen Krise mit ihrer besonderen Dynamik wesentlich sind. Dabei fällt auf, wie groß die Ähnlichkeit mit den Kernmerkmalen einer soziologischen Krisendefinition für globale Krisen (siehe unter 1.1) ist.

Die vier krisenspezifischen Kernmerkmale eines Krisenprozesses

(1) **Das kritische Lebensereignis.** Krise bedeutet immer eine unerwartete einschneidende Veränderung in einem für die Person elementar wichtigen Lebensbezug, die bisherige gewohnte Lebensvollzüge außer Kraft setzt. Die auslösende Situation prägt sich meist als Szene bildhaft in allen Einzelheiten ein.

(2) **Die existentielle Bedrohung.** Bedroht sind elementare Bedürfnisse der Person, die es genauer zu verstehen gilt. Dann werden auch die mit einer Krise verbundenen intensiven Gefühle von extremer Angst, Wut, Schmerz, Schuld, Trauer verständlich.

(3) **Das Bewältigungsdilemma.** Wirksame Bewältigungsmöglichkeiten sind subjektiv wie objektiv nicht unmittelbar verfügbar. Damit steigt der Lösungsdruck in einer Situation, die unaushaltbar erscheint. Ohnmacht, Ausweglosigkeit und Selbstzweifel werden erlebt.

(4) **Der Prozess mit Weichenstellungen.** Das erlebte Bewältigungsdilemma führt in seiner Unerträglichkeit zu zahlreichen Versuchen, die mit dem psychischen Ungleichgewicht verbundene emotionale Spannung zu reduzieren. In diesem dramatischen Prozess kommt es immer nach einiger Zeit, oft schon innerhalb von Tagen, zu einer gewissen Beruhigung durch kleinere oder größere Wendepunkte, die in ihren Auswirkungen (subjektiv und objektiv) der Tendenz nach konstruktiv oder destruktiv für die Person und ihre Umwelt sein können. Die Frage ist, welche inneren und äußeren Ressourcen verfügbar sind und wieweit die Person die mit der Krise verbundene Herausforderung annehmen und – über die schnelle Beruhigung hinaus – als Entwicklungschance ergreifen kann.

Diese vier Bestimmungsmerkmale lassen sich auf die unterschiedlichen Krisenarten anwenden: Eine wichtige Unterscheidung betrifft Krisen mit einer Vorgeschichte, bei der das „kritische Ereignis“ der letzte Auslöser einer sich länger anbahnenden krisenhaften Zuspitzung ist, und solchen, bei

² Eine Art Gegengewicht dazu bildet das sehr hilfreiche, ursprünglich biologische Konzept der Homöostase in seiner Übertragung auf Krisen.

denen sich das Leben unvorhersehbar mit einem Schlag verändert. Eine andere Unterscheidung orientiert sich am Schweregrad, dem Ausmaß der existentiellen Bedrohung und dem Grad der Ausweglosigkeit. So kann ein akutes psychotraumatisches Erleben als eine Art der Krise angesehen werden, bei der die Person einem schädigenden Ereignis von extremem Ausmaß ausgesetzt ist, das bei fast jedem eine tiefe Erschütterung (tödliches Erschrecken) hervorrufen würde, verbunden mit dem Erleben totaler Hilflosigkeit bei gleichzeitig massiver Überforderung der Verarbeitungsmöglichkeiten (Claas & Schulze, 2002; Biermann-Ratjen, 2003). Schließlich lassen sich die unterschiedlichen Krisenverläufe beschreiben als Varianten verschiedenartiger Bewältigungsversuche, die mehr oder weniger nachhaltig und mehr oder weniger konstruktiv sein können. Davon hängt ab, ob mit weiteren Krisen oder der Entwicklung einer chronischen Störung (z. B. einer Posttraumatischen Belastungsstörung) zu rechnen ist und eine Krisenberatung in eine längerfristige Beratung oder Psychotherapie übergehen sollte.

Elementare Lebensbezüge: Quellen zentraler Ressourcen und zugleich Einbruchstellen für existentielle Bedrohung an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft

Unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln entwickelt sich aus der Bezogenheit auf die Welt, andere Menschen und auf sich selbst. In Wechselwirkung mit unserer Beziehungsumwelt schaffen wir uns unsere persönliche „ökologische Nische“ (Willi, 1996), geleitet von vielfältigen alltäglichen Bedürfnissen. Darunter liegt eine überschaubare Zahl von Grundbedürfnissen, die meist erst dann bewusst werden, wenn sie bedroht sind. Grundbedürfnisse wurzeln in den Bedingungen der menschlichen Existenz (Fromm, 1955/1980, S. 29ff.). Sie zeigen auf, was für uns elementar wichtig ist und wo wir deshalb verletzlich sind.

In psychosozialen Krisen sind unsere Grundbedürfnisse bedroht. Geleitet von der Frage, in welchen Lebensbereichen oder Lebensbezügen Krisen vorkommen und welche Grundbedürfnisse dabei auf dem Spiel stehen, lassen sich aus Sicht des Autors sieben elementare Lebensbezüge unterscheiden, in denen sowohl unsere Ressourcen als auch die Einbruchstellen von Krisen liegen: Die Beziehung zu den sozialen Bezugspersonen und Bezugsgruppen, zur Berufswelt im weitesten Sinn, zur Leiblichkeit unserer Existenz zu unserer räumlichen Umgebung und zu der uns umgebenden Natur und Umwelt, aber auch – dank der spezifisch menschlichen Vorstellungskraft und Selbstreflexivität – zu einer weltanschaulichen Orientierung und zu uns selbst.

Sieben elementare Lebensbezüge mit den entsprechenden Grundbedürfnissen, Ressourcen und Krisen

1. Das *Bedürfnis* nach „bedingungsfreier positiver Beachtung“ als Person (Ich-Du-Beziehung).³

Ressourcen aus der Bindung an nahe Bezugspersonen (Vertrauen, Liebe, Resonanz).

Krisen („Beziehungs- oder Trennungskrisen“) durch gravierende Veränderung in der Beziehung (z. B. Geburt eines Kindes) und durch (drohende) Trennung oder durch Tod eines geliebten Menschen.

2. Das *Bedürfnis* nach Zugehörigkeit zu einer Bezugsgruppe (Ich-Wir-Beziehung).

Ressourcen aus der gesellschaftlichen Bindung aufgrund gleicher Merkmale und Interessen (Verwandtschaft, politische und weltanschauliche Gruppe, Konfession, Nation, Herkunft).

Krisen („Zugehörigkeitskrisen“) aus dem Verlust der Gruppenzugehörigkeit durch Austritt, Ausschluss, Ächtung, Feindschaft, Krieg.

3. Das *Bedürfnis* nach sozialer und materieller Anerkennung für Kreativität und Produktivität (Beziehung Ich – Arbeit und Beruf).

Ressourcen aus produktiver Arbeit und der materiellen Entlohnung bzw. sozialen Anerkennung für Geleistetes. *Krisen* („Misserfolgskrise“) durch Verlust einer produktiven Tätigkeit (Arbeitslosigkeit, „leeres Nest“), Überforderung/Unterforderung, Berufswechsel, Burnout.

4. Das *Bedürfnis* nach leiblichem Wohlbefinden und körperlicher Integrität (Beziehung Ich – mein Leib).

Ressourcen aus der körperlichen Gesundheit, Vitalität und Verlässlichkeit des eigenen Körpers.

„Körperbezogene *Krisen*“ durch Krankheit und Krankheitsdiagnosen, Unfall, körperliche Gewalterfahrung, Verletzung körperlicher und sexueller Grenzen.

5. Das *Bedürfnis* nach einem ausreichend sicheren und nährenden Lebensraum (Ich – meine Umgebung).

Ressourcen aus einer vertrauten, Geborgenheit vermittelnden und gleichzeitig anregenden Wohnung, Umgebung, Natur und Umwelt.

³ C. Rogers beschränkt sich auf dieses eine menschliche Grundbedürfnis („need for positive regard“). Es ist zweifellos zentral und gilt nach der Bindungstheorie als „ein angeborenes Bedürfnis, das insbesondere zu Beginn der menschlichen Entwicklung über alle anderen Bedürfnisse dominiert“ (Höger, 2006a, S. 62). Schon A. Maslow und nach ihm zahlreiche andere Autor*innen haben weitere Grundbedürfnisse benannt, die bis zu einem gewissen Grad erfüllt sein müssen, wenn es zu einer gesunden Entwicklung der Person kommen soll (Stauß, 2022, S. 31).

Krisen („Entwurzelungskrisen“) durch Umzug, Flucht und Migration, Natur- und Umweltkatastrophen, Epidemien, Krieg.

6. Das *Bedürfnis* nach einer weltanschaulichen Orientierung und Sinngebung (Ich – das größere Ganze).

Ressourcen aus den inneren Bildern und Vorstellungen von einem größeren Zusammenhang, in dem die individuelle Person mit ihren konkreten Erfahrungen ein sinnvoller Teil ist (Lebenseinstellung, Welt- und Menschenbild, Grundüberzeugung, Vision, religiöse Vorstellung).

Krisen („Sinnkrisen“) durch Erschütterung von Grundüberzeugungen, für die ich bisher gelebt habe, oft ausgelöst durch traumatische Erfahrungen in den Bereichen 1.–5.

7. Das *Bedürfnis* nach Selbstkonsistenz und Autonomie (Ich-Selbst-Beziehung).

Ressourcen aus einem gut ausgeprägten „Kohärenzgefühl“ (Antonovsky, 1988), der Erfahrung und Überzeugung von Selbstwirksamkeit, „Selbstkongruenz“ (C. Rogers).

Krisen („Selbstorientierungskrisen“) durch Selbstzweifel, Bedrohung des Identitätserlebens, (drohenden) Selbstkontrollverlust, (drohende) Dekompensation.

Durch die Einbettung der einzelnen Lebenskrise in den Person-Umwelt-Bezug erweitert sich das psychologische Krisenverständnis, und die Zusammenhänge zu den situativen Belastungen wie auch zu extern vorhandenen Ressourcen werden konkret. Das ist bei der Betroffenheit eines Einzelnen durch eine globale Krise mit ihren sozialen Auswirkungen besonders relevant. Man denke etwa an die zusätzliche Belastung, die einem an Corona Erkrankten durch Isolation aufgrund der allgemeinen Kontaktbeschränkungen zugemutet wurde. Gleichzeitig gilt: Nicht schon die belastende Situation als solche löst in jedem Fall eine persönliche Krise aus, entscheidend ist das subjektive Erleben und der subjektiv mögliche Umgang damit. Die subjektive Erfahrungswelt und die objektiven Gegebenheiten, innere und äußere Realität, gehören in der Krisenberatung in ihrer Wechselwirkung untrennbar zusammen, besonders wenn die persönliche Belastung eng mit einer gesellschaftlichen Krise verbunden ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen:

- Die *eine* Krise kann sich gleichzeitig in mehreren Lebensbezügen existentiell bedrohlich auswirken, und *mehrere* Belastungen in unterschiedlichen Bereichen können zu einer „kumulativen Krise“ führen. Die vorgeschlagene Klassifikation der möglichen Lebensbezüge, in denen elementare Bedürfnisse und Identitäten durch Krisen bedroht sein können, soll dafür sensibilisieren. Und andererseits kann sich

so der Blick für die weiter vorhandenen oder wieder erschließbaren Ressourcen öffnen.

- Man kann davon ausgehen, dass eine Krise immer auch eine Bedrohung des „Selbstkonzepts“ ist, und zwar nicht nur in der speziellen „Ich-Selbst-Beziehung“ (7. Bereich), sondern im erweiterten Sinn auch in jedem anderen elementaren Lebensbezug, wenn es also um die Bedrohung der physischen, psychischen und sozialen Existenz geht. Eine solche „plurale Definition, die die mannigfaltigen spezifischen Aspekte des Selbst in jeweils verschiedenen Lebensumständen aufzeigt“ (Rogers, 1959/2009, S. 34), kommt unserem Verständnis von Krise entgegen. Denn es steht jeweils die Identität der Person als ganzer in Frage. Deshalb kann eine Krise in *einem* Lebensbereich, zum Beispiel wenn eine Person in einer Trennungskrise ist, nicht einfach durch Ressourcen in einem anderen Bereich, zum Beispiel Gesundheit oder gute berufliche Stellung, kompensiert werden. Objektiv vorhandene Ressourcen in anderen Bereichen erschließen sich subjektiv erst wieder, wenn die Bedrohung oder der Verlust zumindest ansatzweise in das bedrohte Selbstkonzept integriert werden konnten und die Wahrnehmungsverengung sich wieder zu lösen beginnt.

Wie sich kollektive gesellschaftliche Umbrüche und Krisen auf das individuelle Erleben auswirken

Mit J. Habermas (1973, S. 12) gehen wir davon aus, dass erst dann von einer gesellschaftlichen Krise gesprochen werden kann, wenn eine größere Zahl von Gesellschaftsmitgliedern die Veränderungen als kritisch erfahren und ihre soziale Integration auf dem Spiel steht. Eine reine „Systemkrise“ ohne menschliche Betroffenheit würde nicht Krise genannt werden⁴. Die Art und das Ausmaß der Betroffenheit ist allerdings unterschiedlich, je nachdem, wie unmittelbar die globale Krise in das Leben des Einzelnen eingreift und zu einer persönlichen Krise wird. Im Blick auf die Krisenberatung lassen sich **drei Qualitäten von individueller Betroffenheit durch kollektive Krisen** unterscheiden:

⁴ Bei den gesellschaftlichen Krisen durch Corona, den Ukrainekrieg und zunehmend auch die Klimakrise handelt es sich auch soziologisch um Krisen im engeren Sinn, weil viele Individuen direkt und indirekt existentiell betroffen waren oder sind und gleichzeitig das gesellschaftliche System durch die erzwungenen Veränderungen partiell an seine Belastbarkeitsgrenze gekommen ist. Wo aber genau die Schwelle liegt, ab der die allgemeine Belastung zur kollektiven Krise wird, lässt sich soziologisch viel schwerer bestimmen als psychologisch bei konkreten einzelnen Personen in der Krisenberatung.

- Das subjektive Erleben der Bedrohung bleibt indirekt und unkonkret, ist aber latent spürbar als Verunsicherung (*begrenzte psychische Belastung*)

Schwerer greifbar, aber dennoch latent vorhanden, sind die Auswirkungen globaler Krisen auf das Erleben, wenn der unmittelbare und konkrete Erlebenszusammenhang fehlt. Nach der sog. Construal Level Theory ist dafür, wie hoch wir Risiken einschätzen, „entscheidend, ob wir eher konkret oder abstrakt über etwas nachdenken, wie nah oder fern sich etwas anfühlt“ (Lerner & Hudecek, 2022, S. 37). Wir neigen dazu, die abstrakte Gefahr zu verdrängen und uns an sie zu gewöhnen, auch wenn sie weiter besteht und über kurz oder lang konkret werden kann. Die sog. Theorie der gelernten Sorglosigkeit beschreibt, wie es aufgrund von Gewöhnungseffekten zu Sorglosigkeit kommen kann, auch wenn das Risiko weiter besteht (Lerner & Hudecek, 2022, S. 30). Im Hintergrund ist die Bedrohungslage kaum zu leugnen und kann jederzeit ins Bewusstsein dringen. Sie ist subjektiv spürbar als diffuses Gefühl von innerer Spannung und Verunsicherung. Gelegentlich drängt sich die Vorstellung einer konkreten Bedrohung auf, zum Beispiel eines Einsatzes von Atomwaffen als Eskalationsgefahr im Ukrainekrieg oder die als Folge der Erderwärmung auftretenden extremen Wetterereignisse. Zeitweilig wird das bedrückende Gefühl von Angst und Ohnmacht spürbar, kann aber wieder verdrängt werden. Diese innere Verfassung kommt der Beschreibung des Inkongruenz-erlebens nahe, wie es von C. Rogers (1959/2009) beschrieben wird. Auch wenn die Inkongruenzquelle im Außen liegt, stellt sich ein organismisches Erleben von Bedrohung ein. Diese wahrzunehmen, ohne die Gefahr zu übertreiben oder zu bagatellisieren, wäre Ausdruck eines nicht-rigiden, offenen „Selbstkonzepts“ sowie eines gesunden realistischen und gleichzeitig kreativen Umgangs mit der noch unkonkreten Bedrohung. Besonders schwer halten wir Ungewissheit aus. Deshalb wird oft lieber der schlechte Ausgang vorweggenommen, als wäre er schon real, nur um nicht überrascht zu werden und die Kontrolle zu behalten. Eine globale Krise lässt für fälschlich angenommene „Gewissheiten“, die eine schwer erträgliche Ungewissheit aufheben, besonders viel Spielraum. Hinzu kommt bei kollektiven Bedrohungslagen das an sich verständliche Bedürfnis, sich gleichgesinnten Personen und Gruppen, anzuschließen. Sie vermitteln Sicherheit und können, wenn es ideologisch wird, genauso auch „falsche Gewissheiten“ befördern.

- Der Einzelne ist von der globalen Krise indirekt betroffen, erlebt aber die Folgen als existentielle Bedrohung (*Sekundärkrise*)

Globale Krisen haben immer auch zahlreiche *indirekte* Auswirkungen auf elementare Lebensbezüge und können auch bei sekundär betroffenen Personen zu schweren individuellen Belastungen und Krisen führen. So sind es oft gerade die Bindungspersonen der primär Betroffenen, die schwer mitbetroffen sind, weil es um den drohenden oder tatsächlichen Verlust eines nahestehenden Menschen geht. In der Flüchtlingssituation geht es beispielsweise nicht nur um den Verlust einer vertrauten Umgebung („Entwurzelungskrise“), sondern auch um Trennung von wichtigen Bezugspersonen („Trennungskrise“) und um den Verlust einer vertrauten Bezugsgruppe („Zugehörigkeitskrise“). Auch die wirtschaftlichen Folgen einer Epidemie oder eines Kriegs können eine persönliche Krise auslösen, z. B. im Zusammenhang mit durch Corona bedingten Geschäftsschließungen oder drohender Insolvenz („Misserfolgskrise“) infolge der Kostensteigerungen als indirekte Folge des Kriegs gegen die Ukraine. Eine Fallvignette kann verdeutlichen, wie die gesellschaftlichen Auswirkungen von globalen Krisen, in diesem Fall bedingt durch Corona und den Ukrainekrieg, zu einer persönlichen Krise führen können.

*Ein Bauingenieur, verheiratet, drei heranwachsende Töchter, erlitt mit noch nicht einmal 50 Jahren einen Herzinfarkt, der ihn aus der Bahn geworfen hatte. Im Verlauf eines längeren psychotherapeutischen Prozesses hatte er sich körperlich und psychisch stabilisiert, sich aus seiner führenden Position in einer großen Baufirma verabschiedet, freiberuflich ein kleines Team aufgebaut und eine Geschäftsidee verfolgt, mit guten Erfolgsaussichten und deutlich weniger Stress. Die Beendigung der psychotherapeutischen Begleitung stand an. Da kam, ausgelöst durch die wirtschaftliche Entwicklung infolge von Corona und dem anschließenden Ukrainekrieg, die unvorhergesehene Wende: die Zinsen und die Kosten stiegen, gleichzeitig wurden die staatlichen Fördermittel gekürzt. Die Baubranche brach ein, Aufträge und Käufer blieben aus, während die Kosten weiterliefen. Er versuchte, seinen Arbeitseinsatz zu verdoppeln – ohne Erfolg. Jeden Morgen wacht er viel zu früh auf, in Schweiß gebadet, von Ängsten überschwemmt, zunehmend ratlos, erschöpft, resigniert. Er fühlt sich auch von der Politik nicht wahrgenommen, ja im Stich gelassen. Seinen Kolleg*innen aus der Baubranche geht es nicht anders, aber sie haben in den guten Jahren durch ein finanzielles Polster vorsorgen können. Selbstzweifel und Scham befallen ihn. Er hadert damit, dass die politischen Folgen der sich häufenden Krisen seine Pläne durchkreuzt haben und nun seine Existenz bedrohen.*

- Der Einzelne ist von der kollektiven Bedrohung unmittelbar betroffen und erlebt sich in seiner Existenz und Identität als Person bedroht (*Primärkrise*)

Kollektive Krisen betreffen immer eine große Zahl von Einzelpersonen sehr unmittelbar in ihren elementaren Lebensbezügen (siehe unter 2.). So etwa in der Corona-Epidemie,

als viele sich infiziert hatten, schwer erkrankten und starben, ohne dass man ihnen hätte helfen können. Zu der gesundheitlichen Bedrohung („körperbezogene Krise“) kam in der Anfangszeit die Belastung durch die Isolierung der Erkrankten selbst von engsten Bezugspersonen hinzu („Trennungskrise“). Inzwischen ist eine erhebliche Anzahl von Menschen vor allem von Long Covid betroffen – gesundheitlich, sozial, beruflich und psychisch. Auch die Menschen im Ukrainekrieg gehören zu dieser Gruppe der direkt Betroffenen, deren Leben, deren primäre Versorgung, deren Zuhause gefährdet sind oder die ihr Land als Flüchtlinge verlassen müssen („Entwurzelungskrise“). Ähnliches gilt natürlich auch für die Opfer von extremen Wetterereignissen und Naturkatastrophen, die in immer mehr Fällen als direkte Folge der in Gang befindlichen menschengemachten Weltklimakrise gelten können.

Generell kann man sagen: Globale Krisen mit ihren gesellschaftlichen Folgeerscheinungen greifen in das persönliche Leben ein, je mehr sie von der abstrakten Gefahr zur konkreten werden und je mehr sie zu plötzlichen einschneidenden Veränderungen der eigenen Lebenssituation führen. Dabei trifft die kollektive Krise nie alle gleich. So hat z. B. die Corona-Pandemie zu einer höheren psychischen Belastung bei Frauen, jungen Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund geführt, weniger dagegen bei der Risikogruppe der alten Menschen (Lieb, 2022), und zu einer globalen Zunahme psychischer Erkrankungen (depressive und Angstsymptome) vor allem bei der Gruppe der Frauen, der Jüngeren und der behinderten Menschen (Santomauro et al., 2021).

Ein Personzentriertes Gesprächskonzept zur Beratung von Menschen in individuellen Krisen auf dem Hintergrund einer gesellschaftlichen Krisenlage

Immer wieder ist die Frage aufgeworfen worden, ob sich der Personzentrierte Ansatz für Krisenberatung überhaupt eigne und dieser nicht zumindest teilweise zugunsten eines direkteren Vorgehens verlassen werden müsse (Gutberlet, 1985, S. 58) oder die durch ein Lebensereignis bedingte Inkongruenz bei Krisen auch eine andere, weitergehende Inkongruenzbehandlung brauche (Speierer, 1997, S. 63). Rogers selbst hat sich, bedingt durch seine diagnosekritische Haltung, nie spezieller mit Krisen befasst, aber er hatte natürlich auch mit Menschen in Krisen zu tun und ging mit der Situation auf kreative Weise um.⁵ Höger (2006b, S. 134f.) hat dem eine theoretische Fun-

5 Rogers (1977, S. 134) hat am Beispiel seines Besuchs bei einer schwer erkrankten Freundin, die sich verzweifelt aufgegeben hatte und nicht mehr reagierte, anschaulich gezeigt, wie ein flexibler situationsadäquater Umgang aussehen kann, und plädiert an anderer Stelle

dierung gegeben, indem er eine Taxonomie hierarchisch angeordneter Abstraktionsebenen für therapeutisches Handeln vorschlägt, wonach die Hierarchie zwischen den allgemeinen Grundsätzen eines Ansatzes und den konkreten Verhaltensweisen gewahrt bleiben müsse, sodass das konkrete Verhalten den jeweils höheren Ebenen nicht widersprechen dürfe und die Konkretisierungen auf den unteren Ebenen durch den jeweiligen Kontext bestimmt sein müssten. Dann entstehe ein großer, aber nicht beliebiger Freiraum im Verhaltensrepertoire einer Therapeut*in. In späteren Beiträgen zum Thema wird denn auch viel selbstverständlicher die Vereinbarkeit der Krisenberatung mit personzentrierten Grundsätzen und Grundannahmen vorausgesetzt (vgl. Brossi, 2006; Tuczai, 2007).

Der Verfasser dieses Beitrags selbst vertritt die Auffassung, dass ein spezifisches Krisenverständnis den empathischen Zugang nicht verhindert, sondern vertiefen hilft; dass die personzentrierte Krisenberatung offen sein kann für unterstützende und vorsorgende Interventionen, bei größtmöglicher Mitwirkung der Klient*in und anknüpfend an ihr Selbsthilfepotential⁶; dass die Berater*in im Gefühlschaos der Krise in stärkerem Ausmaß eine den Gesprächsprozess strukturierende Rolle übernehmen sollte, ohne den Eigenprozess der Klient*in in eine bestimmte inhaltliche Richtung zu lenken; dass das punktuelle explizite Einnehmen einer Metaposition – als teilnehmende Beobachter*in, zur Reflexion des Prozesses angesichts der Dynamik einer Krise und zur Vorsorge für die Zeit nach dem Kontakt – für alle Beteiligten hilfreich ist und den empathischen Prozess nicht stört, sondern entlastet und fördert.

Einige grundsätzliche Überlegungen zu einer personzentrierten Krisenberatung

Im klassischen Paradigma des personzentrierten Ansatzes geht es zentral darum, die unzugänglichen abgespaltenen Erlebensaspekte, die mit dem Selbstkonzept als unvereinbar erlebt werden, sukzessive zu integrieren und dabei ein für organismische Erfahrungen offeneres, flexibleres Selbstkonzept zu entwickeln. Das zu Grunde liegende Modell ist das einer wachstumsähnlichen Entwicklung. In Krisen geschieht Entwicklung durch einen Bruch in der Kontinuität des bisherigen Lebens und durch einen dramatischen Prozess der Veränderung mit Gefahren und Chancen. Eine „Krise“ entspricht also nicht der

dafür, dass je nach Kontext mal mehr die Kongruenz oder das Besorgtsein um den andern oder die Empathie Priorität haben kann (Rogers, 1977/1980, S. 92).

6 Fürsorgliche situative Unterstützung schafft oft erst den Raum für das personzentrierte „Verarbeiten“ im engeren Sinn. Einzig das Intervenieren gegen den Willen der Klient*in, wie es in bestimmten Gefährdungssituationen notwendig sein kann, stellt die personzentrierte Beziehung, nicht unbedingt die personzentrierte Grundhaltung der Berater*in, auf die Probe.

idealtypischen Situation, für die der Personzentrierte Ansatz entwickelt worden ist. Die Frage stellt sich, inwiefern er dennoch gerade auch für Menschen in individuellen Krisensituationen wirksam sein kann.

Vier grundsätzliche Punkte erscheinen mir wesentlich:

- An erster Stelle ist das personzentrierte Beziehungsangebot zu nennen, das gerade in der Beratung von Menschen in Krisen zur vielleicht wichtigsten Ressource werden und entscheidend zur emotionalen Stabilisierung beitragen kann. Dass eine gute therapeutische Beziehung wichtig auch in der Krisenberatung ist, darin ist man sich in der Literatur einig. Sie gilt in der personzentrierten Krisenberatung nicht nur für die Kontaktaufnahme, sondern durchgängig als *der* zentrale Wirkfaktor. Sie ermöglicht es der Klient*in, in einem personalen Gegenüber einen verlässlichen Halt, einen Anker oder geschützten Raum mitten im Chaos zu erfahren, sich verstanden und unterstützt zu fühlen. In der personzentrierten Krisenberatung muss man allerdings damit rechnen, dass auch die erfahrene Berater*in von den intensiven Emotionen der Klient*in überschwemmt werden kann. Deshalb wird in der Literatur oft eine mittlere Haltung zwischen Distanz und Nähe empfohlen, in der sich „Empathie und Distanzierung die Waage halten“ (vgl. z. B. Philipp & Aymanns, 2010, S. 317). Im personzentrierten Ansatz wird Empathie von Identifikation unterschieden: Die Therapeut*in versetzt sich in die Erfahrungswelt der anderen, *als ob* sie die andere Person wäre, und kann, „in ihre eigene Welt zurückkehren ..., wann sie will“ (Rogers, 1977/1980, S. 79). Diese Fähigkeit des „Zurückkehrens“ wird in der Konfrontation mit Menschen in Krisen besonders gebraucht. Deshalb die Empfehlung, dass die personzentrierte Berater*in an bestimmten Punkten eines Krisengesprächs bewusst innehält und sich erlaubt, aus der empathischen Grundhaltung für einen Moment herauszugehen, um sich selber in der Resonanz auf die Klient*in wahrzunehmen, aber auch den Prozess reflektieren zu können, und sich dann wieder neu empathisch einzulassen (siehe dazu 4.2). Nicht die „mittlere Haltung“, sondern die oszillierende „Pendelbewegung zwischen Nähe und Distanz“ (Swildens, 1991, S. 56) während des Krisengesprächs scheint uns die angemessene personzentrierte Lösung zu sein. Bei kollektiven Krisen kommt erschwerend hinzu, dass beide, Berater*in und Klient*in, der gleichen gemeinsamen Bedrohungslage gegenüber stehen, sich damit ganz persönlich auseinandersetzen mussten und dabei möglicherweise zu unterschiedlichen, manchmal gegensätzlichen, oft emotional hoch besetzten Standpunkten gekommen sind. Umso wichtiger, dass sich die Berater*in an bestimmten Stellen im laufenden Gesprächsprozess „Augenblicke therapeutischer Selbstbeachtung“ (Gendlin, 1963/2001, S. 128f.) erlaubt.
- Der personzentrierte Ansatz zeichnet sich auch dadurch aus, dass er an den selbstregulativen Prozess der Klient*in sehr genau anknüpft in der Annahme, dass letztlich nur sie weiß, was für sie wann das Richtige und Mögliche ist. Die Berater*in ist wichtig, um deren eigenen Prozess zu erleichtern. Eine solche Orientierung kommt einem Grundprinzip der Krisenberatung entgegen, soweit wie möglich an dem Selbsthilfepotential der Klient*in anzusetzen und das Entstehen von Abhängigkeiten zu vermeiden. Ein weiteres allgemeines Prinzip der Krisenberatung ist das der minimalen Intervention zur „richtigen Zeit“, die eine spätere aufwendige Behandlung erspart. Die Prozesssensibilität des personzentrierten Ansatzes, sein Anknüpfen an den Eigenprozess der Person und deren Begleitung von Moment zu Moment, kommt dem in besonderer Weise entgegen. Das Vertrauen in den sich selbst organisierenden Prozess ist allerdings nicht unabhängig zu sehen von der Empfänglichkeit der Klient*in für das therapeutische Beziehungsangebot (vgl. die „sechs Bedingungen“, davon *drei* auf Seiten der Klient*in, nach Rogers, 1959/2009, S. 46f.). In der Krisenberatung muss regelmäßig damit gerechnet werden, dass die Empfänglichkeit der betroffenen Person und ihr Selbsthilfepotential vorübergehend so stark beeinträchtigt sein können, dass auch unterstützendes fürsorgliches Handeln nötig ist. Die emotionale Stabilisierung hat in der Krisenberatung Vorrang vor der Aufgabe, die krisenhafte Erfahrung zu integrieren. Eine Krise stellt die personzentrierte Berater*in also vor eine doppelte Aufgabe: Stabilisierung und Integration. Sie hat, abhängig von Person und Situation, unterschiedliche Aufgaben und muss flexibel sein im Übernehmen der jeweiligen Rolle⁷: Mal Halt gebend durch ihr empathisch zugewandtes Da-Sein, mal den Prozess strukturierend, mal den Prozess reflektierend, mal Fürsorge und vorausschauende Planung übernehmend, nicht zuletzt aber Raum schaffend für das empathische Vertiefen der Selbstwahrnehmung der Klient*in (siehe 4.2).
- Im personzentrierten Ansatz ist die subjektive Erfahrung Leitlinie des therapeutischen Prozesses. Auch eine Krise erschließt sich in ihrer existentiellen Dimension letztlich nicht über das faktische Geschehen, und sei es noch so gravierend, sondern über die subjektive Bedeutung für die Person, ihren „inneren Bezugsrahmen“. Der empathische Zugang ist deshalb von entscheidender Bedeutung, um die Person in der Krise zu verstehen und ihr zu helfen, sich selber besser zu verstehen. Und doch darf dabei der Bezug des subjektiven Erlebens zu der realen Lebenssituation der Klient*in

⁷ Zur Aufwertung des Rollenbegriffs im Begegnungsmodell des personzentrierten Ansatzes vgl. W. Kabelka, 2020.

in der Krisenberatung nicht außer Acht gelassen werden. Personenzentrierte Berater*innen neigen zwar dazu, die *Gefühle* zu vertiefen und das Externale zu vermeiden, um die Ratsuchenden nicht zu stimulieren, sich bei äußeren Sachverhalten aufzuhalten.⁸ Aber das Erleben in der Krise ist untrennbar mit einem „kritischen Ereignis“ und den gravierenden Veränderungen im realen Leben verbunden. Bei individuellen Krisen, die ausgelöst worden sind durch eine kollektive Krise, hat dieser Zusammenhang nochmals eine besondere Bedeutung: Das persönliche Erleben ist auf vielfache Weise beeinflusst und gefärbt von dem Umgang der anderen einschließlich der gesellschaftlichen Institutionen mit der allgemeinen Krise und mit den unmittelbar Betroffenen.

- Der Personenzentrierte Ansatz setzt eine sog. Inkongruenz der Klient*in aufgrund innerer Bewertungsbedingungen voraus und versteht konstruktive Entwicklung als Ergebnis einer schrittweisen Entwicklung von Kongruenz zwischen Selbstkonzept und organismischer Erfahrung. Das Inkongruenzerleben in der Krise ist demgegenüber nicht nur intrapsychisch zu verstehen. Es geht zurück auf ein „kritisches Ereignis“, eine „lebensereignisbedingte Inkongruenzquelle“ (Speierer, 1994, S. 59; Speierer, 1997, o.S.). Dadurch hat es zum Teil aber auch eine andere Erlebensqualität: In der Krise geht es um das plötzliche und sehr deutliche Konfrontiertsein mit einer bedrohlichen Realität. Sie dringt unvorbereitet ins Bewusstsein, sie zu leugnen ist nur vorübergehend möglich, das psychische Gleichgewicht geht verloren, Überforderung und Insuffizienzgefühle stehen zunächst im Vordergrund. Rogers beschreibt dies als inneren Kampf zwischen Selbst und Organismus, wenn der Abwehrprozess erfolglos ist und der Zusammenbruch droht (Rogers, 1959/2009, S. 64). In der Krisenberatung wird versucht, eine Dekompensation nach Möglichkeit zu verhindern, zur Stabilisierung beizutragen und Zeit zu gewinnen für die schrittweise Integration des Bedrohlichen, ohne dass neue chronische Inkongruenzen durch Vermeidung, Isolation, die Entwicklung einer Sucht oder psychischen Erkrankung entwickelt werden müssen. Integration heißt im Fall einer Krise, im Wechsel von Überflutung und Verleugnung des Schrecklichen nach und nach zu einer annehmend-verstehenden Haltung zu kommen, welche die Polarisierung aufhebt und kreative neue Entwicklungen ermöglicht.

⁸ So noch vertreten von Minsel (1974, S. 114f). Andererseits haben sich Truax & Carkhuff (1964) schon früh für die Bedeutung eines differenzierten Situationsbezugs beim Eingehen auf Gefühle ausgesprochen und diese Variable „Konkretheit“ oder „Spezifität der Äußerung“ der Therapeut*in genannt.

Modell zur Moderation eines Krisenberatungsgesprächs

In der Krisenberatung wird häufig ein pragmatisch-eklektisches Vorgehen empfohlen (Filipp & Aymanns, 2010; Sonn-eck, 2000). Nach einem diagnostischen Screening soll die Klient*in mit Hilfe von bestimmten „Interventionsstrategien“ die Handlungsfähigkeit zurückgewinnen und wieder in ein Gleichgewicht kommen. Die Krisenberater*in steuert den Prozess in hohem Maß. Demgegenüber versuchen wir im Sinn des personenzentrierten Ansatzes viel stärker mit dem sich selbst formenden Prozess des Klienten zu gehen und uns darauf zu beschränken, diesen zu „moderieren“. So geht es in der personenzentrierten Krisenberatung nicht nur darum, das Erleben im Hier-und-Jetzt zu verstehen, sondern auch zu Beginn des Gesprächs möglichst genau den Punkt zu erfassen, an dem sich die Klient*in in ihrem Bewältigungsprozess befindet. Dann hat eine kleine Intervention eine große Wirkung nach dem allgemeinen Prinzip der Krisenintervention, wonach die minimale Hilfe zum richtigen Zeitpunkt eine spätere aufwendige Behandlung erspart. Darüber hinaus gilt es, im Blick auf die nicht vorhersehbare Dynamik eines Krisenprozesses jedes Gespräch so zu führen, als gäbe es nur dieses eine („single-contact-Prinzip“ nach Butcher & Maudal, 1976).

Jedes Gespräch und jeder Kontakt zwischen zwei Personen hat eine natürliche innere Struktur: Eine Anfangsphase, die sich ergibt aus der Begegnung zweier Personen, die aus ihrer eigenen Welt kommen und miteinander Kontakt aufnehmen – aufgrund eines Anliegens und einer bestimmten Beziehungserwartung; eine mittlere Phase, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Raum für das eigentliche Anliegen und dessen Bearbeitung entstanden ist; und eine Schlussphase, in der man sich aus dem engeren Gesprächskontakt löst und zu einem Abschluss kommt. Die Übergänge zwischen den Phasen sind meist fließend, spontan und wenig bewusst. Die Krisenberater*in nimmt dagegen Prozessverantwortung in der Weise wahr, dass sie an bestimmten Punkten bewusst moderiert. Wie das praktisch aussehen kann, soll hier nur in aller Kürze umrissen werden:

Anfangsphase: Kontaktaufnahme mit der *Person* in ihrer *Situation*.

Ich nehme mir die Zeit, in jedem Gespräch neu und unmittelbar da anzuknüpfen, wo sich die Klient*in in ihrem eigenen Erlebens- und Bewältigungsprozess jetzt gerade befindet. Ich versuche, mich nicht nur in ihre innere Situation einzufühlen, sondern ihr Erleben auch im Kontext ihrer realen Lebenssituation zu erfassen, und lasse mich auch emotional berühren.

Anfangs-Zäsur: Zwischenreflexion mit Anliegenklärung. Ich halte inne für Fragen wie z. B. „Wie geht es mir an dieser Stelle im Kontakt? Was habe ich bisher verstanden? Was braucht die Klient*in jetzt am dringendsten, und entsteht darüber ein Konsens für dieses Gespräch?“

Mittlere Phase: Hier ist, abhängig von der Person in ihrer Situation und ihren derzeitigen Möglichkeiten, Ort und Raum für

- a) den vertiefenden empathischen Prozess mit Fokus auf die krisenspezifischen Prozessmomente (siehe unter 4.3), im Bemühen um eine Integration der Krisenerfahrung in das Selbstkonzept oder
- b) die personenzentrierte situative Unterstützung und fürsorgliche Zuwendung mit dem Ziel der Stabilisierung durch Entlastung, Anbindung, soziale Unterstützung.

Abschlussphase: Innehalten mit abschließender Reflexion der Gesprächserfahrung und vorausschauender Planung

- a) Innehalten: Ich schlage vor, sich an dieser Stelle noch die Zeit zu nehmen, um das Gespräch sorgfältig abzuschließen.
- b) Reflexion der Gesprächserfahrung als bestimmter Versuch der Krisenbewältigung: Wie geht es der Klient*in am Ende des Gesprächs? Was war hilfreich, was war schwierig, was vielleicht anders als erwartet?
- c) Vorausschauende Planung als gemeinsame situative Vorsorge im Blick auf die nächsten Stunden, Tage, Wochen: Welche eigenen Ressourcen und Selbsthilfe-Möglichkeiten gibt es? Welche unterstützenden anderen Personen können einbezogen werden? Welcher neue Termin kann verbindlich vereinbart werden, und wird er als Anker erlebt? Was kann für den Notfall verbindlich vereinbart werden?

Die Orientierung an einem solchen Modell zur Verlaufsstruktur eines Krisenberatungsgesprächs kann gerade angesichts komplexer Situationen helfen, nicht alles auf einmal leisten zu wollen, sondern den unterschiedlichen Aufgaben ihren Platz zu geben und das personenzentrierte Vertiefen des Krisenerlebens einzubetten in ein Vorher und Nachher. Das kann die Berater*in sehr entlasten und auch der Klient*in das Gefühl einer Struktur inmitten des Chaos geben. Dabei werden die subjektiv bedeutsamen äußeren Lebensumstände und -ereignisse in jeder Gesprächsphase bewusst mit einbezogen. So kann bei Bedarf jederzeit auch die Brücke zu einer gesellschaftlichen Bedrohungslage geschlagen werden, wenn das Krisenerleben damit direkt oder indirekt verbunden ist. Und auch die in einer globalen Krise weiter vorhandenen oder auch neu entstandenen gesellschaftlichen Ressourcen bekommen ihren Stellenwert im Krisengespräch.

Modell zum krisenbezogenen Fokussieren im personenzentrierten Beratungsgespräch

Das Herzstück der personenzentrierten Krisenberatung ist, wenn dafür die Voraussetzungen gegeben sind, die Unterstützung der Klient*in in ihrem inneren Ringen um eine Integration der schmerzlichen Realität. Diese Unterstützung kann grundsätzlich „klassisch-personenzentriert“ sein, wir plädieren allerdings für ein bewusst krisenspezifisches empathisches Verstehen durch Fokussieren auf die vier spezifischen Momente eines Krisenprozesses (siehe unter 1.2). Dies in der Annahme, dass ein krisenspezifischer Ansatz das Selbstverstehen der Person in der Krise zusätzlich fördert und Entwicklung auch unter den Bedingungen von sehr begrenzter Zeit ermöglicht. Die 4 Prozessmomente sind eine Art kognitive Landkarte zur Orientierung in schwierigem, oft unübersichtlichen Gelände. Die personenzentrierte Berater*in kann dem Fokus der Klient*in empathisch vertiefend folgen, aber auch den Blick durch Fokuswechsel erweitern. Dabei geht es nicht um das Einhalten einer bestimmten Reihenfolge. Es sind die notwendigen und hinreichenden Kernmomente *eines* zirkulären Prozesses, *implizit* ist immer alles da, aber nicht alles ist gleichzeitig im Fokus der Aufmerksamkeit. Prozesssensibles Begleiten heißt hier weniger „am Rande des Gewahrseins“ (Rogers, 1977b, S. 20) zu arbeiten, sondern mitten im Brennpunkt des Konflikts zwischen der Annäherung an das Bedrohliche und dessen Vermeidung.

Moment 1 „kritisches Ereignis“

Die Klient*in muss immer wieder darüber sprechen, was geschehen ist, oft in allen Einzelheiten. Das macht Sinn und hilft, sich der bedrohlichen Realität anzunähern. Gerade am Anfang ist es oft noch gar nicht möglich, auf Gefühle explizit und differenziert einzugehen. Es ist die neue Situation, die alle Aufmerksamkeit beansprucht. Dabei geht es allerdings um emotional und existentiell hoch besetzte Lebensvollzüge, die immer auch die Identität der Person als ganzer betreffen.

Moment 2 „existentielle Bedrohung“

Wenn man sich in den inneren Bezugsrahmen der Person in der Krise tiefer einfühlt, versteht man die starken Gefühle (Furcht, Schmerz, Wut) als Ausdruck einer erlebten Erschütterung (Schock, Nicht-Wahrhaben-Wollen, Chaos und Desorientierung) und eines existentiellen Bedrohtheits in Reaktion auf das „krisische Ereignis“. Das Bedrohungserleben ist u. E. der Schlüssel zum Verstehen der Krise in ihrer tieferen Bedeutung für die Klient*in. Die Sensibilisierung für die unterschiedlichen Möglichkeiten des existentiellen Bedrohungserlebens (siehe unter 2.) kann der Berater*in helfen, die mögliche Scheu zu überwinden, sich auf die Ebene der „existentiellen Empathie“ einzulassen.

Moment 3 „Bewältigungsdilemma“

Für die personenzentrierte Krisenberater*in ist es eine Aufgabe, sich von der empfundenen Ausweglosigkeit und dem inneren Druck ihres Gegenübers nicht anstecken zu lassen. Möglichkeiten des therapeutischen Umgangs sind etwa das selbstreflexive Innehalten mitten im Prozess, aber auch das krisenbezogene Verständnis dafür, was genau das Dilemma mit seinen verschiedenen Seiten ausmacht, inwiefern die gewohnten bisherigen Lösungsmöglichkeiten nicht mehr greifen, neue aber noch nicht verfügbar sein können, schließlich sich dessen bewusst zu sein, dass schon die achtsame Präsenz einer zugewandten Person als solcher enorm wichtig sein kann.

Moment 4 „Prozess mit Weichenstellungen“

Bei anhaltendem Lösungsdruck wird alles versucht, um zu einer Beruhigung und einem neuen, irgendwie gearteten Gleichgewicht zu kommen. Dieser zeitlich relativ eng begrenzte Prozess mit Wendepunkten und wichtigen Weichenstellungen birgt Gefahren und Chancen. Es geht darum, sich dessen auch als personenzentrierte Berater*in bewusst zu sein und diesen Prozess achtsam zu begleiten. Das bedeutet sowohl ein empathisches Nachvollziehen der inneren Beweggründe für die betreffenden intendierten Weichenstellungen als auch die Konfrontation mit den Risiken einer Impulshandlung, die vielleicht kurzfristig Erleichterung verschafft, längerfristig aber schädigend sein kann.

Steht die individuelle Krise in einem engen Zusammenhang mit einer gesellschaftlichen Krisenlage, ändert das, so die Annahme, *grundsätzlich* nichts an dem hier beschriebenen Krisenprozess mit seinen vier Fokussmöglichkeiten. *Konkret* wird es aber einen Unterschied machen, ob die Krise im ganz persönlichen oder im gesellschaftlichen Bereich ihren Ursprung hat. Bei einer globalen Krise als Ausgangspunkt kreisen die Gedanken und Gefühle um ein Ereignis, das eher als schicksalhaft empfunden wird und viele andere mitbetrifft. Die existentielle Betroffenheit wird eher weniger von Versagensgefühlen, persönlicher Schuld und Scham begleitet sein. Und die Erfahrung von Zusammenhalt und solidarischer Hilfe kann die Hoffnung und den Mut des Einzelnen, seine Resilienz, stärken. Andererseits können im Zusammenhang mit globalen Bedrohungslagen Gefühle von Unsicherheit und Angst im Blick auf den Bestand der vertrauten Strukturen, Furcht vor sozialer Ausgrenzung, die Erschütterung von bisherigen Weltbildern, aber auch gegen die Verursacher und das staatliche Krisenmanagement gerichtete Wut verstärkt auftreten. Im Fall der Klimakrise wird die Bedrohung immer häufiger konkret und löst Emotionen aus, die als „Klimagefühle“ (Dohm & Schulze, 2022) beschrieben werden.⁹ Das Krisenerleben in der Corona-Krise wurde unter dem Stichwort der „pandemischen Stressbelastung“

hinsichtlich der vier Stressquellen Infektion und letale Bedrohung, ökonomische Existenzangst, Isolation und Befürchtungsdynamik genauer untersucht (Bering & Eichenberg, 2021).

Abschließende Gedanken

C. Rogers hat sich in seinen späteren Jahren nicht gescheut, auch zu gesellschaftlichen Themen Stellung zu nehmen und sich zu engagieren: Bei langjährigen Konflikten zwischen verfeindeten Bevölkerungsgruppen und angesichts der Bedrohung durch einen Atomkrieg zwischen den Machtblöcken.¹⁰ Zu der Atomkriegsgefahr, die weiter besteht und aktuell wieder deutlich zunimmt, sind innerhalb kurzer Zeit weitere gesellschaftliche Krisen hinzugekommen und häufen sich. Der Ausnahmezustand droht zur „neuen Normalität“ zu werden. Es setzt zwar schnell eine psychische Gewöhnung und eine Verminderung des Risikoerlebens ein, das Bedürfnis nach Normalität ist groß. Aber die innere Inkongruenz angesichts der kollektiven Bedrohungslage ist damit nicht aufgehoben. Das kollektive und das individuelle Lebensgefühl verändern sich. Unsicherheit und das Gefühl von bedrohter Ordnung nehmen zu und werden durch entsprechende Nachrichten und Ereignisse immer wieder aktualisiert. Das führt auf längere Sicht zu einer Verunsicherung in vielen elementaren Lebensbezügen (siehe unter 2.), in der Folge auch zu einer Schwächung unserer Ressourcen und unserer Resilienz, damit auch zu einer erhöhten Krisenanfälligkeit. Hinzu kommt, dass immer mehr Menschen überall auf der Welt von den „großen Krisen“ auch ganz unmittelbar getroffen werden, weil sie in einem schrecklichen Krieg leben, an den Folgen einer Epidemie leiden, von Natur- und Umweltkatastrophen heimgesucht sind.

In dieser Situation sind neue Qualitäten gefragt. In der Ukraine zeigt sich, was Menschen aushalten können, wenn in der Not das Zusammengehörigkeitsgefühl stark ist. Demgegenüber hat in den westlichen Ländern mit zunehmendem Wohlstand und bei anhaltendem Frieden, aber zunehmender innerer und sozialer Spannung, die Vereinzelung und die Spaltung der Gesellschaft zugenommen. In Zeiten sich häufender gesamtgesellschaftlicher Krisen ist das ein nicht zu unterschätzendes

9 „Klimagefühle“ werden inzwischen differenziert nach „eco anxiety“, „climate grief“, „climate despair“, „Solastalgie“ (vgl. dazu Nikendei, 2022, S. 20).

10 In der Diskussion im Anschluss an seine Rede 1982 in Hamburg über die Gefahr eines Atomkriegs gab Rogers auf die Frage eines Kollegen „Ich möchte gern von Ihnen wissen, ob es möglich ist, dieses Thema von sich aus in die Therapie reinzubringen“ die Antwort „Ich glaube, unterschiedliche Therapeuten werden damit unterschiedlich umgehen. Ich selbst würde zögern, einem Klienten das Thema des Atomkriegs vorzuschlagen. Aber ich würde sehr aufmerksam für Todesängste und Hoffnungslosigkeit, die aus dieser Situation heraus entstehen könnten. Ich selber würde mehr als Bürger als als Therapeut Anstrengungen in diese Richtung unternehmen“ (Rogers, 1982, S. 49).

Problem. Es führt zu zusätzlichen psychosozialen Belastungen und Konflikten bis in die Freundschaften, Familien, Partnerschaften hinein. Das spüren wir bereits deutlich in der Beratung und Therapie. Durch die allgemeine Krisenlage sind auch hier neue Herausforderungen entstanden. Die intensivere Beschäftigung mit Krise und Krisenberatung ist eine naheliegende und sinnvolle Vorbereitung auf das, was in unsicheren Zeiten auf uns zukommt. Nicht zuletzt ist dabei auch unsere eigene Einstellung gefragt, denn auf der existentiellen Ebene sitzen wir letztlich alle mit unseren Ratsuchenden im selben schwankenden Boot und sind herausgefordert, trotz der zunehmenden Bedrohtheit unserer menschlichen Existenz eine realistische, aber dem Leben zugewandte Haltung zu entwickeln und so auch unseren Klient*innen in bedrohlichen Situationen ein Halt und Hoffnung vermittelndes Gegenüber zu sein.

Literatur

- Antonovsky, A., Franke, A., & Schulte, N. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. *Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* (Vol. 36). Tübingen: dgvt Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person, 7*(2), 128–134.
- Bering, R. & Eichenberg, Ch. (Hrsg.). (2021). *Die Psyche in Zeiten der Coronakrise. Herausforderungen und Lösungsansätze für Psychotherapeuten und soziale Helfer*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brossi, R. (2006). Krisenintervention. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 117–136). Berlin: Springer.
- Butcher, J.N., & Maudal, G.R. (1976). Crisis intervention. In I.B. Weiner (Hrsg.), *Clinical Methods in Psychology*. Weinheim: Wiley-Interscience.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Ciampi, L. (1996). Krisentheorie heute. Eine Übersicht. In U. Schnyder & J.-D. Sauviant (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie*. München: Huber Verlag.
- Claas, P. & Schulze, C. (2002). *Prozessorientierte Psychotherapie bei der Traumaverarbeitung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Dohm, L. & Schulze, M. (2022). *Klimagefühle. Wie wir an der Umweltkrise wachsen, statt zu verzweifeln*. München: Knaur.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fromm, E. (1955/1980). *Wege aus einer kranken Gesellschaft*. Berlin: Ullstein.
- Gendlin, E. T. (2001). Subverbale Kommunikation und therapeutische Ausdrucksfähigkeit: Tendenzen in der klientenzentrierten Therapie mit Schizophrenen. In B. Stevens & C.R. Rogers, *Von Mensch zu Mensch* (S. 125–134). Wuppertal: Hammer (Original erschienen 1963).
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie/Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-info, 61*, 51–62.
- Habermas, J. (1973). *Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus*. Berlin: Suhrkamp.
- Höger, D. (2002). *Grundlagen einer klientenzentrierten Notfallpsychologie*. Vortrag auf dem DPGG-Forum 2002 in Berlin., abrufbar unter der Homepage der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie.
- Höger, D. (2006a). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 117–136). Berlin: Springer.
- Imhof, A. E. (1990). Historische Entwicklung des Zusammenlebens. Wo stehen wir, wo stehen andere heute? In H. Bette (Hrsg.), *Ich bin dir gut – wenn du mir nützt ... Die Ökonomisierung zwischenmenschlicher Beziehungen* (S. 9–61). Berlin: AGJ-Verlag.
- ICD-10-GM (2021). *Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision – German Modification. Stuttgart: Kohlhammer
- Kabelka, W. (2020). Hoffnung durch Begegnung: Erfahrene Begegnung ist der Grund für Hoffnung in der Personzentrierten Psychotherapie. *Person, 24*(2) 98–106.
- Koselleck, R. (1976). Krise. In K. Gründer (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 4, 1235–1240. Basel: Schwabe.
- Lermer, E. & Hudecek, M. (2022). *Unsicherheit. Globale Herausforderungen psychologisch verstehen und bewältigen*. München: Reinhardt.
- Lieb, K. (2022). *Das seelische Gleichgewicht in Krisenzeiten: Aktuelle Konzepte und Ergebnisse aus dem Mainzer Leibniz-Institut für Resilienzforschung*. (4. Oberberg Online Vortragsreihe am 30. 11. 2022).
- Minsel, W.-R. (1974). *Praxis der Gesprächstherapie*. Wien: Böhlau.
- Nikendei, C. (2022). Klima, Psyche, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. *Ärztliche Psychotherapie, 17*(1) 16–21.
- Rogers, C.R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. München: Reinhardt.
- Rogers, C.R. (1977/1980). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C.R. Rogers & R.L. Rosenberg (Hrsg.), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 75–93). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Hamburg: Kindler.
- Rogers, C.R. (1982). Diskussion mit Carl Rogers im Anschluss an seine Rede. *GwG-info 48*, 47–51.
- Santomauro, D.F., Herrera, A.M.M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D.M. & Ferrari, A.J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet, 398*(10312), 1700–1712.
- Sauvant, J.-D. & Schnyder, U. (1996). Zur Unterscheidung von „Notfall“ und „Krise“ in der Psychiatrie. In U. Schnyder & J.-D. Sauviant (Hrsg.), *Krisenintervention in der Psychiatrie*. München: Huber.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differenzielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Bödldorf: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1997). Personzentrierte Krisenintervention. *Person, 1*(1), 62–65.
- Stauß, H. (2022). Der Personzentrierte Ansatz unter ethischem Aspekt. In G. Isele, R. Reick, H. Stauß, R. Storchmann (Hrsg.), *Ethik in Beratung und Psychotherapie. Materialien für Praxis und Weiterbildung* (S. 25–47). Köln: GwG-Verlag.
- Steg, J. (2020). Was heißt eigentlich Krise?, *Soziologie, 49*(4), 423–435.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag
- Truax, C.B. & Carkhuff, R.R. (1964). Concreteness: A neglected variable in research in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 20*(2), 264–267. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196404\)20:2<264::AID-JCLP2270200221>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196404)20:2<264::AID-JCLP2270200221>3.0.CO;2-G)
- Tuczai, M. (2007). Dem Entsetzen begegnen. Ein personzentriertes Konzept von Krisenintervention zur psychotherapeutischen Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungssituation. *Person, 11*(1) 39–48.
- Willi, J. (1996). *Ökologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Gefährdung: Prozesse von Personen in Risikosituationen

Sonja Kinigadner

Wien

Das Auftreten der Covid-19-Pandemie dient als Beispiel, wie Personen sich und andere in einer Gefährdungssituation erleben, sich damit auseinandersetzen und schließlich die Situation bewältigen. Ausgehend von der Alltagsbeobachtung stark unterschiedener Bewältigungsprozesse stellt sich dieser Beitrag die Frage, welche persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Strukturen Einfluss auf den Bewältigungsprozess haben. Mit 15 Personen unterschiedlicher Einstellungen wurden zu Beginn der Pandemie 2020/2021 und an ihrem Ende 2023 semistrukturierte Interviews durchgeführt. Die qualitative Auswertung zeigte bei allen die Beschäftigung mit den Themen Krankheit und Gesundheit und die Bedeutung sozialer Kontakte, aber durch die relevante soziale Umwelt geprägte große Unterschiede in der Gesundheitserhaltung, in der Einschätzung von Gefährdung und im Maß, behördlichen Verordnungen zuzustimmen, sie kritisch zu hinterfragen oder sie abzulehnen. Die Ergebnisse werden aus personenzentrierter Sicht interpretiert.

Schlüsselwörter: Gefährdung, Risikosituation, Krise, Selbstentwicklung, Aktualisierungstendenz

Danger: Processes of persons in risk situations. The occurrence of the Covid-19 pandemic serves as an example of how individuals experience themselves and others in a hazardous situation, come to terms with it, and ultimately cope with the situation. Based on everyday observations of widely differing coping processes, this paper asks which personal, social, and societal structures influence the coping process. Semi-structured interviews were conducted with 15 individuals of different settings at the beginning of the 2020/2021 pandemic and at its end in 2023. The qualitative analysis showed that all of them were concerned with the issues of disease and health and the importance of social contacts, but that there were major differences in health maintenance, in the assessment of risk, and in the extent to which they agreed with, critically questioned, or rejected official regulations, all of which were shaped by the relevant social environment. The results are interpreted from a person centered perspective.

Keywords: Danger, risk situation, crisis, self-development, actualizing tendency

Ausgangslage

Europa war nach dem zweiten Weltkrieg von großflächigen Gefährdungen weitgehend verschont geblieben. Als nennenswert erscheinen hier die Angst vor einem Atomkrieg während des Kalten Krieges, die Tschernobyl-Katastrophe (Danzer et al., 2016) und die Schweinegrippe. Aktuell jedoch ereignen sich mehrere Bedrohungsszenarien gleichzeitig: Die Klimakrise, die Flucht- und Migrationswellen und schließlich der Corona-Virus, eingeschätzt durch die WHO als Covid-19-Pandemie, als weltweiter Notfall.

Im personenzentrierten Ansatz finden sich nur punktuelle Auseinandersetzungen mit gesellschaftlichen Gefährdungen und Krisen. Rogers (1982) und Petersen (1984) befassten sich mit der Angst vor der Gefahr eines Atomkriegs. Weitere Arbeiten der personenzentrierten Forschung haben sich mit

Krisen- und Traumabewältigung auseinandergesetzt, jedoch kaum mit den persönlichen Prozessen, die sich im Umgang mit Gefährdung, insbesondere einer großflächigen, ergeben.¹ Diese Lücke soll diese Arbeit zu füllen beginnen: Wie nehmen Personen Gefährdung wahr und bewerten sie? Welche Rolle spielen die in bedrohlichen Situationen auftauchenden Bindungs- oder Beziehungsmuster? Welchen Einfluss haben die lebensgeschichtlich erworbenen emotionalen Verhaltens- und kognitive Prozesse auf die Einschätzung des Risikos, also auf die Begegnung mit der Gefährdung aus dem Inneren Bezugsrahmen heraus? Welche persönliche Entwicklung kann sich aufgrund der uns innewohnenden Aktualisierungstendenz durch das Überwinden der Gefährdung ereignen?

Als Gefährdung² bezeichnet man die Möglichkeit, dass an einem konkreten Ort aus einer Gefahr ein Ereignis mit einer bestimmten Intensität erwächst, das Schaden an einem

Dr. Sonja Kinigadner, Klinische und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte und systemische Psychotherapeutin, Mitglied des Lehrpersonals der ÖGWG.

Kontakt: +43 664 124 87 27, sonja.kinigadner@gmx.at

1 Auf eine entsprechende Umfrage über den Newsletter von WaPCEP gab es keine Rückmeldungen.

2 Alle Definitionen stammen aus dem Glossar des Deutschen Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2023)

Schutzgut verursachen kann. Gefährdungssituationen, Notlagen oder Katastrophen haben Überschneidungen mit Krisen³, die dadurch gekennzeichnet sind, dass nicht angemessen reagiert werden kann (Brossi, 2018), beispielsweise wenn eine Person (Gesellschaft) nicht auf Ressourcen zurückgreifen oder die bedeutsame Umgebung (Regierung) keine Bewältigungsunterstützung anbieten kann. Hält die Krise an, kann es zur Symptombildung als Ausdruck von Inkongruenz kommen.

In Bezug auf die Covid-19-Pandemie ergab die Auswertung von Gesundheitsdaten, dass die weitflächige Gefährdung durch das Virus bei etwa 30 % der Bevölkerung zum Beispiel in Deutschland und Österreich zu Anpassungsstörungen und psychischen Erkrankungen führte (Science Media Center COSMO-Panel der Uni-Erfurt-Studie, 2022; Schabus et al., 2022). Das entspricht auch Befunden aus anderen Pandemieverläufen (Taylor, 2020, S. 49). Ein anderer und größerer Teil der Gesellschaft reagierte auf die Pandemie mit ihren gesundheitlichen und sozialen Folgen mit vorübergehenden Belastungsreaktionen.

Durch die Ausrufung des Notstandes durch die WHO mussten die meisten Regierungen Verordnungen veranlassen, um dem Auftrag des Bevölkerungsschutzes gerecht zu werden und die gesundheitlichen Schäden rasch einzudämmen: Maskenpflicht, Abstandsregel, Physische Distanz, Impfpflicht bis hin zur angedachten Impfpflicht. Diese Maßnahmen beschränkten die persönliche Wahlfreiheit und konnten sogar als Eingriff in den autonomen Umgang mit dem Körper aufgefasst werden. Damit kommt zu den ersten Fragestellungen eine weitere Ebene: Wie bewältigen Menschen (Gefährdungs-) Situationen, die sie sowohl in ihrem innerpsychischen Erleben berühren als auch in ihrem Verhältnis zu gesellschaftlich-politischen Entscheidungen?

Wie die Alltagserfahrungen mit dem Einsetzen dieser Maßnahmen zeigten, kam es zu stark divergierenden Haltungen, je nach primärer Übereinstimmung mit diesen oder nicht. Ähnliche Erfahrungen aus vorangegangenen Pandemien (Taylor, 2020) und aus den Forschungsergebnissen zu Großschadenslagen und Katastrophen (Juen et al., 2013)⁴ legten für die aktuelle Covid-19-Pandemie weitere Forschung nahe, um das Verständnis der psychologischen Faktoren zur Compliance zu vertiefen. Im Rahmen der Forschungsgruppe am

Psychologischen Institut der Universität Innsbruck unter B. Juen entstand auch diese Arbeit.

Die Person in der Gefährdungssituation und die Symbolisierung der sie begleitenden Emotionen

Der individuellen Bewältigung von Gefährdung geht eine lange Entwicklungsgeschichte einer erwachsenen Person voraus. Das Verhalten von Menschen, so formuliert Rogers (1987),

„ist in einen zielgerichteten *organismischen Bewertungsprozess* eingebunden, der die Erfahrungen an der *Aktualisierungstendenz* misst. *Erfahrungen*, die als den Organismus erhaltend oder fördernd wahrgenommen werden, werden positiv bewertet, solche, die die Erhaltung stören, als negativ.“ Die Selbststruktur entsteht „aus der Verknüpfung von Selbsterfahrungen mit Befriedigung oder Versagungen des Bedürfnisses nach positiver Beachtung.“ (Rogers, 1987, S. 50).

Gefahr erwächst einem Kind im Heranwachsen immer dort, wo seine eigenen Bewältigungsfähigkeiten aufgrund des Entwicklungsstadiums nicht vorhanden sind oder nicht ausreichen, um eine gegebene Situation zu meistern. Wenn die organismische Wahrnehmung von Spannung, auch Angstspannung, mit dem tröstenden Eingreifen von Bezugspersonen beantwortet (Biermann-Ratjen, 2006) und dem Kind eine haltende Beziehung (Kegan, 1986/1982), im Sinne der Bindungstheorie eine sicher-schützende Bindung (Bowlby, 1975) geboten wird, dann können sowohl Angst, Furcht und Sorge in das Selbstkonzept der Person integriert werden als auch das Vertrauen in die Bewältigungsfähigkeit.

Wird das organismische Erleben von einer emotionalen Erfahrung wie Angst in einer Gefahrensituation durch die wichtigen Bezugspersonen – beim Kind die Familie, später die Peer-Group – nicht wertgeschätzt und empathisch verstanden, verhindert dies eine exakte Symbolisierung und die Bewusstwerdung der emotionalen Erfahrung und ihrer Bedeutung (Stumm et al., 2018). Um der positiven Beachtung der wichtigen Anderen willen wird die Person sich an deren Werten orientieren, sich nach deren Umgang mit Risiko und Gefahr richten ebenso wie nach deren Tendenz in Richtung Autonomie oder Anpassung. Womöglich fällt es der Person in einer sehr auf Autonomie ausgerichteten Familie schwer, in einer verunsichernden Situation nach Fürsorge und Hilfe zu fragen. So formieren sich im Laufe des Lebens die unterschiedlich beachteten Erfahrungen einer Person zu einem Selbstkonzept (Rogers, 1957), zu organisierenden Prinzipien und Mustern (Behr, 2009), und nach S. Keil (2009) zu Selbstdefinitionen⁵.

5 Unter Selbstdefinitionen versteht S. Keil den Zusammenschluss von Basis-Selbsterfahrungen durch Emergenz, die immer mit wichtigen Beziehungserfahrungen verknüpft sind und das psychische Überleben und die Selbstachtung sichern.

3 Zur Entwicklung von Krise und Traumatisierung verweise ich aus Platzgründen auf die einschlägige und reichhaltige Literatur (z. B. Cullberg, 1978; Rosenmayer, 1992; Biermann-Ratjen, 2003; Brossi, 2018; Keil S., 2019).

4 Einer der Schwerpunkte am Psychologischen Institut der Uni Innsbruck sind Forschungen zu Großschadensereignissen, Katastrophen, Belastungen von Einsatzkräften. Für diese Expertise wurde B. Juen in den Beirat des Gesundheitsministeriums berufen. Zu dieser Zeit entstanden mehrere Forschungsarbeiten zur Covid-19-Pandemie u. a. die vorliegende Forschungsarbeit, File N. (2022), Mauro G. (2021)

Durch die Verzerrung in der Symbolisierung von Emotionen und Bedürfnissen in Gefährdungssituationen können Bewältigungsschritte nicht zugänglich sein und sich in maladaptiven, sekundären Emotionen (Greenberg, 2016) äußern wie beispielsweise einer negativen Emotionalität, Krankheitsangst, Unsicherheitsintoleranz oder in Schadensvermeidung (Taylor, 2020). Sie steigern die Verletzlichkeit, sind personenzentriert gesprochen Ausdruck von Inkongruenz. Wenn in der subjektiven Wahrnehmung die öffentliche Krisenbewältigung als nicht ausreichend erlebt wird (siehe dazu weiter unten), dann können nach Taylor (ebd.) dysfunktionale Bewältigungsstrategien einsetzen, neben den genannten ein hektisches Sammeln bzw. Wegschieben von Information, der Griff nach „Wundermitteln“ oder der Anschluss an Ausschreitungen (Taylor, ebd.). Während diese Strategien einer subjektiv erlebten Meisterung aversiver Situationen nicht entgegenstehen, bedeuten sie aber eine eingeschränkte Bewältigung.

Geprägt werden auch die persönliche Risikowahrnehmung und Risikobewertung. Damit gemeint ist eine intuitive, auf eigener Erfahrung und im Abgleich mit der Bezugsgruppe basierende Einschätzung über eine Situation und ihre Folgen (Plapp, 2004; Lavino et al., 2010). Eine der Abweichungen von der (wissenschaftsbasierten) Risikoeinschätzung wird als „Overconfidence“ (Moore et al., 2017, zitiert nach Arnezeder, 2022) bezeichnet, wenn überwertiges Vertrauen in sich, in seine Fähigkeiten, Wissen und Meinungen auftritt, eine andere Abweichung bezeichnet die Neigung zu unrealistischem Optimismus. Diese Haltungen beeinflussen die Risikobewertung ebenso wie eine Überschätzung der Bedrohung. Die politischen (Pennycook et al., 2020) oder sozialen Zugehörigkeiten (Science Media Center, Uni Erfurt, COSMO-Panel, 2022) haben darauf einen wesentlichen Einfluss.

Die Person und der Umgang mit Verordnungen

Eine zweite Ebene der Erfahrung in Gefährdungssituationen ist die der Begegnung mit verordneten Schutzmaßnahmen. Großflächige Gefährdungssituationen und Notfälle unterscheiden sich von einem persönlichen Umgang mit einer Gefährdung dadurch, dass es zum Tätigwerden der Behörden für Katastrophenhilfe- und Bürgerschutz (Bundesgesetze der jeweiligen Länder) kommen muss.

Aus der Notwendigkeit, weiteren Schaden zu vermeiden, kann sich eine Differenz zwischen Verantwortungsethik (z. B. Schutz des Lebens) und Gesinnungsethik (z. B. Freizügigkeit) ergeben (Weber, 1988, S. 551). Aus diesem Grund müssen sich (oft vorübergehend) neue gesellschaftliche Normen oder gesetzliche Regelungen entwickeln, die in Bezug auf Mitbestimmung unterschiedlich sind: Kooperationsregeln (z. B.

kontaminierte Orte vermeiden, freiwillig Maske tragen) fußen auf dem Prinzip, dass sich alle durch die Einhaltung einen längerfristigen Vorteil erhoffen. In einer diversen Gesellschaft und Notsituation braucht es zur akuten Gefährdungsminimierung eine andere Regelstruktur: Verpflichtende Konventionsregeln (z. B. Maskenpflicht an bestimmten Orten) (Ullmann-Margalit, 1977, zitiert nach Diekmann, 2020). Ob diese Regeln persönlich als Zwang oder Schutz erlebt werden, hängt unter anderem von der sozialen Einbettung und der Risikowahrnehmung und -bewertung durch die Person ab.

Einen Grund für dieses Zustimmungs- oder Nicht-Zustimmungsverhalten sieht Speierer (1994) in einer Nicht-Übereinstimmung von persönlicher Erwartung mit den Kontextbedingungen, Behr et al. (2016) in der Verstörung durch unerwartete und überfordernde Ereignisse. In Ergänzung zur lebensereignisbedingten Inkongruenz bewirken diese Unstimmigkeiten eine sozial-kommunikative Inkongruenz. Die Zustimmung nimmt zu, wenn die Betroffenen miteinbezogen werden (Dombrowsky, 1981), wenn Rücksicht genommen wird auf die sozioökonomischen Verhältnisse (Hofstede, 2011). Sie wird außerdem gefördert durch die Vorbereitungsmöglichkeit auf eine Katastrophe (Norris & Murrell, 1988), die Einbettung in soziale Unterstützung (Brewin et al., 2000), ganz wesentlich durch die Art und durch Experten gestützte Krisenkommunikation mit Bereitstellung von Informationen (Juen et al., 2020), durch Partizipation der Bevölkerung (Juen et al., 2021), und durch einen nachvollziehbaren, erfolgreichen Verlauf (Dombrowsky, 1983)⁶.

Während der Covid-19-Pandemie analysierte Mauro (2021) semistrukturierte Interviews (siehe weiter unten) nach Kontextbedingungen und Einstellungen der Befragten und konnte feststellen, dass sich die Personen in ihren basalen Grundwerten oft nicht unterschieden. Sie hatten beispielsweise häufig gleiche Werte, Ideale, sowie Gedanken, die sie beschäftigten, besonders zu den Themen Gesundheit und Solidarität. Aber in der Umsetzung verhielten sie sich hinsichtlich der Übernahme der behördlichen Verordnungen ablehnend, zustimmend oder kritisch-zustimmend: Eine Gruppe, Compliant (C), war einverstanden mit der Einordnung der Covid-19 Erkrankung als weltweit bedrohliche Krankheit und erlebte die Verordnungen der Regierung als sinnvoll und hilfreich. Eine Gruppe, Non-Compliant (NC), war nicht einverstanden mit der Einordnung als Pandemie und mit den Maßnahmen der Regierung, die sie

6 Mit sechs Phasen beschreibt auf gesellschaftlich/politischem Niveau das LIPDAR Modell (Dombrowsky, 1983) den erfolgreichen Verlauf eines Großschadensereignisses: 1. Wahrnehmung eines eintretenden Schadens, 2. Warnungen, 3. Gefährdungseinstufung, 4. Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, 5. aktives Handeln, 6. „Rückkoppelungsphase“, Erfahrungen, Prophylaxeansätze, Adaptierungen.

als sinnlos einstufen mit gleichzeitiger Betonung von Eigenverantwortung. Die dritte Gruppe, Complex-Non-Compliant (CNC), war am Beginn einverstanden mit der Einordnung als Pandemie und den Verordnungen, entwickelte jedoch im Verlauf der Pandemie eine differenzierend kritische Haltung zu den Maßnahmen.

Compliance mit den Vorgaben und Geboten von mit Autorität ausgestatteten Personen oder Organisationen entwickelt sich innerhalb einer positiv-emotionalen getragenen Eltern-Kind-Beziehung (Kochanska & Askan, 1995) etwa im Alter ab 15 Monaten, dem Alter des verbalen und narrativen Selbst, in dem sich das Kind in seiner Fähigkeit, sich verständlich zu machen, von einer feinsinnigen, kongruenten Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt erleben können soll (Biermann-Ratjen et al., 2006), wenn es seine Missbilligung gegenüber den Vorgaben äußert. Von den Eltern wird in dieser Situation sowohl ein Loslassen als auch ein In-der-Nähe-bleiben gefordert (Kegan, 1991/1986). Wenn das Kind im Verhalten der Eltern den fürsorglichen und nicht den Machtaspekt erkennen kann, dann kann es sich ganz der Agenda der Eltern verschreiben und beginnt, deren Anweisungen zu verinnerlichen und in sein Gewissen zu übernehmen.⁷

Aktualisierungstendenz und Bewältigungspotenzial

Die Aktualisierungstendenz als grundlegendes Merkmal allen organischen Lebens „bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dient“ (Rogers 1987/1959, S. 21). Das persönliche Bewältigungs- und Aufarbeitungspotential in Krisen- oder Gefährdungssituationen kann als Facette der Aktualisierungstendenz gesehen werden. Nach Mangelsdorf (2020) überwindet der überwiegende Teil von Betroffenen die aversive Situation. Drei unterschiedliche Qualitäten sind erforscht: Die „resiliente Reaktion“ ist dadurch gekennzeichnet, dass es nur zu einem geringen und kurzzeitigen Abfall der psychischen Funktionalität kommt. Betroffene erreichen innerhalb kurzer Zeit wieder ihr psychisches Ausgangsniveau. Im Fall der „Erholung“ erlebt man erhebliche psychische Einbußen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken können. Sie werden mit der Zeit kompensiert, so dass solche Personen wieder ihr Ausgangsniveau erreichen. Mit der Beschreibung des „posttraumatischen Wachstums“ lehnt sich Mangelsdorf an die Forschungen von Tedeschi et al. (1995), Joseph et al. (2004),

Zöllner et al. (2006) oder Bonanno et al. (2010) an: Bei dieser Entwicklung führt die Auseinandersetzung mit der potenziell traumatischen Erfahrung nicht nur zu einer Adaptation zurück zum ursprünglichen Funktionsniveau, sondern zu einer Erweiterung der psychischen Ressourcen in fünf Bereichen: Intensivierte Wertschätzung des Lebens, intensivierte persönliche Beziehungen, Bewusstwerden der eigenen Stärke, Entdeckung neuer Möglichkeiten, intensivierte spirituelles Bewusstsein (Tedeschi et al., 1995). Zur erfolgreichen Bewältigung tragen Regulationsstrategien dann bei, wenn sie „regulatory flexibility“ (Bonanno et al., 2013) zeigen: Sensibilität für den Kontext, Verfügbarkeit eines vielfältigen Repertoires an Regulierungsstrategien und Reaktionsfähigkeit auf Feedback.

Wenig beachtet bleibt im Modell des Posttraumatischen Wachstums der Umgang mit dem Schaden, dem Nicht-mehr-Gutzumachenden. Thematisiert von Linley (2003) inkludiert die Forschungsgruppe um Glück (Glück et al., 2013) im Modell „MORE“ zusätzlich den Umgang mit dem Verlust, der eine andere Form der Reifung braucht. Die Autor*innen gehen von der Kernannahme aus, dass Lebensherausforderungen die Hauptkatalysatoren für die Entwicklung von „Weisheit“ sind, deren Ressourcen beschrieben werden mit: „Mastery, Openness, Reflexivity, and Emotion Regulation including Empathy“ (übersetzt: Ein Gefühl der Meisterschaft, Offenheit, Reflexivität und Emotionsregulation/Empathie). Mastery definiert als ein Pendeln können zwischen der Wahrnehmung der Unkontrollierbarkeit und Unvorhersehbarkeit des Lebens und der persönlichen Fähigkeit, damit umzugehen, Openness beschrieben als nicht-beurteilendes, lernfreudiges Verhalten, das differierende Werte und Ziele gelten lassen kann. Reflexivität meint, eigene vergangene oder gegenwärtige Ansichten und Verhalten in Frage stellen zu können. Emotionsregulation haben Personen, wenn sie aufmerksam ihren eigenen, auch ambivalenten Emotionen gegenüber sind und sie situationsangepasst steuern können. Empathie deckt sich mit der personenzentrierten Auffassung.

Rogers (1973/1961, S. 114ff) differenzierte sieben Aspekte der Funktionsfähigkeit des Selbst in sieben Abstufungen, die von Biermann-Ratjen et al. (2006) Formen des „Inneren Bezugsrahmens“ genannt werden und in ihrer optimalen Ausprägung große Übereinstimmungen mit den Aspekten der Weisheit im MORE-Modell aufweisen: Der Zugang zu den Gefühlen, die Offenheit für Erfahrung, das Ausmaß der Inkongruenz vs. Kongruenz, die Beweglichkeit des und Bewusstheit über das Selbst, Erfahrungskonstrukte und ihre Veränderbarkeit, Verantwortungsübernahme für Probleme, die Offenheit in Beziehungen (Biermann-Ratjen, ebd.). Die Funktionsfähigkeit des Selbst ist dafür verantwortlich, inwieweit die innere und äußere Realität in ihrer Symbolisierung zusammenstimmen und damit eine zuverlässige Orientierung bieten.

⁷ Kinder beginnen z.B. dann, das Elternverhalten zu internalisieren, indem sie dieselben Anordnungen im Rollenspiel mit ihren Puppen oder Kuscheltieren anwenden (Fuchs, 2018).

Auf der Basis der oben erwähnten Überlegungen leiten sich folgende Fragestellungen ab:

- Wie nehmen die Personen der C-, NC- und CNC-Gruppe die Gefährdung wahr und bewerten sie? Welchen Einfluss hat der innere Bezugsrahmen, die lebensgeschichtlich erworbenen emotionalen, Verhaltens- und kognitiven Konstrukte auf die Einschätzung?
- Welche inneren Konflikte und welche mit der sozialen und politischen Umwelt nehmen Einfluss auf diese Konstrukte?
- Wie verläuft die Verarbeitung während und nach der Gefährdungszeit bei Menschen, die weitgehend gesund geblieben sind. Ändern sich die Konstrukte im Verlauf der Zeit der Pandemie?
- Gibt es Unterschiede zwischen den drei Gruppen?
- Wie wirkt die Aktualisierungstendenz?

Methodik

Das Forschungsdesign und das verwendete semistrukturierte Interview für die Gewinnung von Aussagen wurde unter der Supervision von B. Juen am Psychologischen Institut der Universität Innsbruck erarbeitet.

Bei der Auswahl der Interviewpartner*innen wurde berücksichtigt, dass die Personen zwar durch die Beschränkungen belastet sein konnten, aber nicht unter einer krankheitswertigen Symptomatik litten. Weiters sollten sie auch nicht einer Gruppe von Staatsverweigerern⁸ angehören. Sechs Männer und neun Frauen im Alter zwischen 31 und 68 Jahren, insgesamt 15 Personen, beteiligten sich an einem Zoom-Interview, das mit Erlaubnis der Personen und unter Zusicherung von Verschwiegenheit und Anonymisierung per Zoom-Video aufgezeichnet wurde. Die interviewten Personen gehörten alle der Mittelschicht an, verfügten über genügend Einkommen, hatten einen Wohnsitz, zwölf von ihnen hatten oder haben Kinder, zwei lebten allein, hatten aber Bezugspersonen. Die Interviews erfolgten im Zeitraum November 2020 bis März 2021 im ersten und zweiten strengen Lockdown. Die transkribierten Interviews wurden den jeweiligen Personen zum Überprüfen zurückgesendet. Im Jänner 2023 wurden die Personen zu einem Nachinterview eingeladen, 11 Personen fanden sich dazu bereit. Zu diesem Zeitpunkt waren in den meisten Lebensbereichen die Schutz- und Hygienemaßnahmen bereits ausgesetzt.

Die Interviews wurden von der Verfasserin transkribiert und – wie oben erwähnt – die ersten zehn Interviews von G.

Mauro, die weiteren fünf und die Nachbefragung von der Autorin mittels der Grounded Theory ausgewertet⁹.

Diese Arbeit behält die drei Gruppierungen aus der Studie von Mauro (2021) bei: Compliant (C), Non-Compliant (NC) und Complex-Non-Compliant (CNC). Anhand des semi-strukturierten Interviews wurden die Interviewpartner*innen gebeten, folgende Aspekte ihres Erlebens im Zeitverlauf zu beschreiben: Die Wahrnehmung der Gefährdung (a), die Risikobewertung (b), die Bewältigungsstrategien (c), innere Konflikte sowie die Wahrnehmung und Bewertung der Verordnungen und Maßnahmen (d). Ziel der Arbeit ist es, jene emotionalen und kognitiven Faktoren verstehen zu lernen, die zu den drei oben genannten unterschiedlichen Verhaltenswegen beigetragen haben könnten.

Zitate veranschaulichen die jeweiligen Stadien der Befragten. Die Buchstaben hinter den Zitaten entsprechen den Anfangsbuchstaben der Namen der Personen.

Umgang mit der Gefährdungssituation zu Beginn der Pandemie

(a) Erste Wahrnehmung des Risikos durch eine Covid-Infektion

Die Personen aus der NC-Gruppe hatten sich meist schon seit Jahren mit dem Thema Krankheit und seelischer Gesundheit beschäftigt und zu alternativen Heilungs- und Gesellschaftstheorien gefunden:

„Nur wenn ich Angst habe, hat es der Virus leicht. Wir passen auf unsere Gesundheit auf, wir essen gesund, stärken unser Immunsystem.“ (S. G.)
 „Hahnemann hat gefunden, dass wir den Viren nicht ausgeliefert sind. Wichtig ist, dass das Milieu, passt und wenn es gut ist, dann ist der Erreger nicht so wichtig.“ (S. W.) „Ich glaube an die eigene Heilkraft, an das eigene Abwehrsystem, an natürliche Entwicklungsprozesse und an die Klarheit, dass sich das Bewusstsein maßgeblich auf die Gesundheit auswirkt.“ (C. P.)

Für die Personen aus der C- und CNC-Gruppe kommt zu einer ähnlichen, aber weniger explizit formulierten Einstellung zu Gesundheit die Möglichkeit hinzu, dass eine Infektion mit Covid-19 über die Selbstbewältigungsmöglichkeiten hinausgehen kann.

„Ich habe es am Anfang unterschätzt, was die Tragweite betrifft. Ich bin vorbelastet als Biologe und habe mich mit Virologie auseinandergesetzt. Da war eine Phase von 2–3 Wochen dann hat es mir langsam gedämmert, dass das eine größere Sache ist.“ (W. V.) „Meine Eltern gehören zur Hochrisikogruppe, freilich braucht es da Schutz.“ (A. W.) „Ich habe es ernst genommen. Gleich beim ersten Lockdown haben wir schon Kontakte

⁸ Z. B. Reichsbürgerbewegung, in Deutschland, Staatenbund in Österreich

⁹ An dieser Stelle möchte ich Giulio Mauro für die Auswertung der transkribierten Interviews der ersten Phase mittels Grounded Theory und Nutzung dieser Auswertung herzlich danken.

gemieden, wir haben sehr aufgepasst.“ (H.P.) „Am Anfang habe ich gedacht, was regt sich da jeder so auf, aber als alles zugesperrt hat, habe ich doch Angst bekommen, Abstand gehalten, niemanden getroffen.“ (J. W.)

(b) Erste Bewertungen einer Gefährdung der Gesundheit

In allen drei Gruppen ist die Angst vor dem Virus zu Beginn der Pandemie nicht verstörend, es herrscht eher eine Zuversicht vor, die allerdings unterschiedlich motiviert ist: Bei der Gruppe der NC durch das Vertrauen in die eigene Bewältigungskraft, bei den C- und CNC-Personen durch das Beachten der Hygiene- und Schutzmaßnahmen. Das Bedürfnis nach Kontrolle über die Gefährdungssituation ist in den ersten Monaten 2020 daher überwiegend erfüllt.

Die Gefahr kommt für die Gruppe der NC von Seiten der Institutionen, die sie – im Widerspruch zur persönlich definierten Achtung der Natur des Menschen – falsche Entscheidungen fällen sehen, ausgestattet mit der Macht, diese Entscheidungen durchzusetzen. Ihre Angst entsteht mehr durch die so empfundene „Angstmacherei“ der Regierung als vor dem Virus.

„Durch die Angstmacherei werden die Menschen gefügig gemacht und sie unterwerfen sich den Verordnungen der Regierung.“ (S. G.) „Ich hatte keine Angst vor der Krankheit, sagte mir, ich kriege das nicht. Ich bekam es doch. Es war ein Schock im Kopf, ich hatte Angst, jetzt kommt was Schlimmes, das war durch diese Angstmacherei. Es war wirklich grauslich.“ (S. W.) „Sie haben Panik erzeugt.“ (A. W., A. K., S. G., C. P.)

Hingegen scheint in den ersten Monaten der Pandemie bei denen die Angst zu sinken, die die Entscheidungen der Regierung und ihrer Berater*innen befürworteten. Deren Schutzbedürfnis wird erfüllt.

„Na, da habe ich gedacht, das bekommen wir schon in den Griff, da haben wir als Gesellschaft ein verbindendes Element, es gibt Solidarität, da werden wir zusammenhalten wollen.“ (M. S.) „Für mich war die Vorsicht der Politiker, sicherheitshalber alles zuzusperren, absolut nachvollziehbar und beruhigend.“ (A. S.) „Ich selbst bin zwiespältig. Wenn die Maßnahmen transparent sind, akzeptiere ich sie ja.“ (A. W.)

(c) Kreative Bewältigung

In den ersten Wochen werden Potentiale der Personen stimuliert: Balkonkonzerte, vermehrte Telefonate, Online- Angebote, intensivierter Austausch über alternative Gesundheitskonzepte und umgekehrt. Das Bedürfnis nach Ruhe und Einfachheit wird wieder entdeckt. Zunächst kann bei einigen aus dem Verlust ein Gewinn gemacht werden.

(d) Das Auftauchen von Wertekonflikten

Nicht in der Intensität wie bei den Vertretern der NC-Gruppe, aber zunehmend intensiver, beginnen einige Personen Wertekonflikte zu erfahren, die schließlich zu einem Überdenken ihrer Kooperationsbereitschaft mit den Maßnahmen führen,

aber nie zu einem kompletten Bruch damit, das ist der Beginn der Complex-Non-Compliant Haltung. Werte haben intrinsisch eine Hierarchie (Lasko, 1994). Es führt zu psychologischer Verstörung, wenn sich Werte konkurrieren oder die Umgebung so ist, dass nicht danach gelebt werden kann (Speierer, 1994). Diese Wertekonflikte zeigen sich auf unterschiedliche Weise:

Als Konflikt mit einer gefühlt einseitigen Berichterstattung: *„Vom ersten Maskentragen bis zu dieser gesellschaftlichen Sache, da hat es sich so schleichend an die Spitze bewegt, wovon ich fassungslos bin.“* H. B. zitiert damit medial transportierte Schuldzuweisungen und bemerkt eine zunehmende Stigmatisierung nicht-österreichischer Gruppen (Serbenhochzeit, Isolierung einer ganzen Flüchtlingsunterkunft). *„Man hat uns die Bilder aus Italien gezeigt, aber nicht objektiv berichtet.“* (S. G.) *„Am belastendsten finde ich, wie mit der freien Meinungsäußerung umgegangen wird. Da soll jemand noch so einen Blödsinn aussprechen, aber er muss es aussprechen können.“* (A. W.)

Als Konflikt zwischen Abstandsregeln und dem Bedürfnis fürsorglich zu sein: *„Auch die kleine Tochter hat nach der Oma zu fragen begonnen. Meine Oma sitzt alleine, da merke ich, da hat es ziemlich zugeschlagen und ist nicht leicht anzuschauen.“* (N. R.) *„Das Einzige, was ich machen würde, auch wenn es verboten wäre, zu den Eltern fahren, wenn denen was geschieht. In diesem Fall würde ich mich über ein Verbot hinwegsetzen.“* (A. S.) *„Wenn meine Oma mit 97 stirbt und ich kann nicht zu ihrem Begräbnis gehen. Also da lassen wir lieber die alten Leute allein leben als dass sie im Familienkreis sterben können.“* (P. S.) *„Der erste Fehler, der schon gemacht wurde, dass Menschen, die positiv waren, die wurden allein gelassen.“* (A. K.) *„Wenn ich mit einem Menschen gar nicht mehr im Austausch bin, dann wird das Immunsystem belastet.“* (C. P.) *„Das wäre richtig: Miteinander hören, sprechen, die Angst ansprechen.“* (J. W.)

Tauchen die auftretenden Wertekonflikte nicht in der Krisenkommunikation auf, beeinträchtigt dies das Vertrauen in die Entscheidungsträger. Die Personen der NC-Gruppe sehen sich als nicht angenommen, auf kein Verständnis stoßend und in ihrem Zuwendungsbedürfnis auf sich selbst zurückgeworfen. Sie beklagen das Fehlen dessen, was Rogers die förderlichen Beziehungserfahrungen nennt (Rogers, 1987, S. 40).

Im Verlauf der Pandemie: Veränderungen in den Beziehungen

In der ersten Phase erleben alle, unabhängig von der Gesinnungsausrichtung, eine zunehmende Solidarisierung, Unterstützung von Freunden und Nachbarn. Ein dreiviertel Jahr später erfahren fast alle einen Schaden in den Beziehungen, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen: Einmal durch das oben geschilderte Besuchsverbot, umgekehrt durch das zu enge

Zusammensein oder durch eine Zerrüttung von Beziehungen wegen der unterschiedlichen Gesinnungen. Zwei der Personen, beide überwiegend alleinlebend, beginnen die Leere mehr zu spüren. Andere sprechen von Zermürbung, bemerken eine sich einstellende Lustlosigkeit bei sozialen Kontakten und passives Abwarten: *„Es gibt wohl eine gewisse Müdigkeit den Maßnahmen gegenüber.“* (W. V.) *„Die Gespräche (am Telefon) werden kürzer.“* (M. S.) *„Die Erlebnisse werden einfach weniger, ja, dieses Mitteilungsbedürfnis über Erlebnisse wird auch reduziert.“* (M. S.)

Personen mit Familien beginnen, „es sich einzurichten“: *„Der Mensch ist ein Gewohnheitstier, irgendwie findet man seinen Weg und sucht sich den für sich angenehmsten aus.“* (N. R.) *„Dann hat für uns alle der Alltag wieder begonnen.“* (N. R.)

Manche hingegen schildern die Belastung durch das enge Zusammenleben: *„Mit meinem Mann sind wir jetzt mehr Paar, mehr als ich sein möchte.“* (M. S.), *„Eine schwere psychische Erkrankung der Tochter wirft die Frage auf: ‚Ist es durch den Lockdown ausgebrochen?‘ ... Sie konnte niemanden treffen, das hätte ihr geholfen.“* (A. W.) *„Ohne den Kindergarten, das war dann nicht mehr auszuhalten, bis wir uns entschlossen haben, den Sohn wieder in den Kindergarten zu geben.“* (H. P.)

Am bedrückendsten jedoch klingen die Schilderungen von konflikthafter Begegnungen bei den Personen der NC-Gruppe: *„Wie sich die Menschen momentan begegnen mit Maske, ist die Begegnung sehr gestört.“* (C. P.) *„Was mich sehr deprimierte war, dass ich in meiner Sicht der Dinge isoliert war, dass die überwiegende Mehrheit meiner Bekannten, Freunde und Familienmitglieder der Berichterstattung voll glaubten.“* (S. W.) *„Dass sich die Menschen so schnell verändern und böse werden aufeinander, wenn man die Regeln nicht einhält.“* (J. W.)

Wohltuende, förderliche Beziehungserfahrungen scheinen für alle an einem Tiefpunkt angekommen zu sein.

Die Personen der Gruppe CNC adaptieren die geltenden Regelungen in einer Art Pragmatismus (Pierce, 1991): Vorschriften werden übertreten, dabei wird aber weiterhin auf den Schutz vor dem Virus geachtet, z. B. sich mit mehreren Leuten treffen, aber getestet. Wieder ins Office gehen, aber Maske tragen. Die Haltung zu den Vorschriften wird „radikaler“: Werden sie im vorgegebenen Rahmen als sinnvoll erachtet, dann eingehalten, eventuell moduliert, werden sie als falsch eingeschätzt, dann abgelehnt.

Nach dem Abklingen der Gefährdung

Ab dem zweiten Herbst der Pandemie gibt es zwar eine neue Ansteckungswelle, aber sie geht überwiegend ohne schwere Folgen für die Infizierten vorüber und führt selten zum Tod. Die Maßnahmen lockern sich, in den Apotheken finden sich

vermehrt Präparate zur Immunstärkung, im Februar 2023 ist die Not vorbei, in Ansätzen werden die politischen Entscheidungen analysiert, in den Medien kommentiert und Lehren für künftige Gefährdungssituationen gezogen. Alle Interviewpartner*innen haben ihre Beschäftigungen vor der Pandemie wieder aufgenommen.

Personen der Gruppe C schätzen das Virus weiterhin als gefährdend ein und sind dankbar für die Vorschriften geblieben, sie fanden sich geschützt *„Alles was sie gemacht haben, war in Ordnung, denn im Nachhinein zu sagen, es ist nicht in Ordnung, ist falsch. Ich hatte es ein zweites Mal. Ich war froh, dass ich die ärztliche Betreuung und die Impfung hatte.“* (H. P.) M. S. ist direkt in das Impfen involviert, fühlt sich sehr wohl, ihrer sozialen Verantwortung auf diese Weise gerecht werden zu können.

Als einen entstandenen Verlust oder Schaden sieht M. S., dass *„ich das kulturelle Leben nicht wieder aufgenommen habe.“* *„Ich bin vorsichtiger beim Umarmen geworden und wasche mir nach wie vor die Hände beim Heimkommen.“* (H. P.) *„Das Misstrauen Freundinnen gegenüber ist geblieben, die nicht so vorsichtig sind.“* (A. S.). Auch gesellschaftlich gibt es Enttäuschung: *„Ich hätte mir gewünscht, dass das Umdenken (in Bezug auf weniger Umweltbelastung, Anm. d. Verf.) anhält.“* (A. S.)

Aspekte von Resilienz finden sich in Aussagen wie: *„Da musste ich schauen, dass ich so gut wie möglich durchkomme. Ich hab’ einen starken Willen.“* (H. P.) *„Das Leben ist wieder erfüllt, es ist wieder normal geworden.“* (M. S.) Freunde werden wieder getroffen (H. P.). Gewachsen ist die Lust zu reisen (M. S.). Zuwachs an Ressourcen für Weisheit drückt sich aus in: *„Es gibt kein Schwarz und Weiß, auch nicht bei diesen politischen Meinungen, es gibt keine schlüssigen Antworten. Es war das kleinste Übel mit dem Wissensstand, den wir aktuell haben.“* (A. S.) *„Es gibt keinen Einfluss. Das ist eine Krankheit, damit muss man leben. Wir leben nicht vegan, aber jetzt mit wenig Fleisch. Bewegung ist uns auch sehr wichtig (geworden). Wir sagen jetzt ab, wenn jemand eine Verkühlung hat, das war früher nicht so.“* (H. P.) Bei A. S. ist eine erhöhte Furcht geblieben, aber keine Panik mehr: *„Bei Furcht kann ich mit mir selbst verhandeln, bei Panik nicht.“*

In der Gruppe der NC wurde Covid-19 durch den Verlauf der Pandemie in seiner Gefährlichkeit bei zwei Personen noch geringer eingeschätzt. *„Niemand hatte es ganz schlimm, aber alle hatten es, Geimpfte und Ungeimpfte.“* (S. W.) Dazu gehört bis heute, dass sie den Zahlen nicht trauen, weswegen auch die vorangegangenen Regelungen als unangemessen bezeichnet werden.

Als Verlust nehmen diese Personen die Isolierung und den Ausschluss ihrer Meinung von den Mächtigen und innerhalb von Freundes- und Familienkreisen wahr. *„Die Ausgrenzung ist geblieben.“* (J. W.) *„Alle Befürchtungen sind eingetreten, man hat alle, die die Wahrheit sagten, ausgeschlossen.“* (S. G.)

Resilienzfähigkeit zeigt sich in der vertieften Wertschätzung der eigenen Gesinnungsgruppe, das sind z. B. der spirituell ausgerichtete Verein, die kleineren alternativen Kooperativen und die Achtsamkeit auf die eigene Lebensführung: „*Noch einmal deutlich achten auf die Balance zw. Geist und Körper. Ich lebe aktiv. Ich habe tolle Menschen kennengelernt.*“ (C. P.) „*Ich habe ein Grundvertrauen in Mutter Erde, in die Natur.*“ (J. W.) Aus der Sicht der Personen dieser Gruppe ist das eine zutiefst weise Haltung. Im Sinne des MORE-Modells ist es aber nicht zu einer Anerkennung der Unkontrollierbarkeit und Unvorhersagbarkeit von Gesundheit gekommen, zu Offenheit für alternative Meinungen, zu einer Bereitschaft, die eigenen Annahmen zu reflektieren. Das Covid-Virus ist niemals zu einer (solchen) Gefahr geworden, dessentwegen man auf einen externen, kollektiven Schutz angewiesen wäre.

In der Gruppe der CNC wurde und wird das Virus immer noch mächtiger eingeschätzt als die eigene Abwehr. „*Ich behalte das Händewaschen bei, setzte die Maske auf, wenn ich huste, wenn ich ansteckend bin. Ich habe mehr Wissen über die Ansteckungsgefahr, beachte die Macht des Faktischen.*“ (H. B.)

Das Vertrauen in den Weitblick und die Sinnhaftigkeit politischer Entscheidungen ist verloren gegangen, befördert durch ein Unverständnis für eine empfundene Willkür bei manchen Maßnahmen, z. B. bei Besuch oder Arbeit im Krankenhaus. Verloren gegangen ist auch eine Leichtigkeit: „*Das Handgeben ist komisch geworden, dass man darüber nachdenken muss.*“ (H. B.) Das Vertrauen in die Solidarität ist erschüttert: „*Ich bin desillusionierter geworden, was die Klugheit der Menschen und auch meine betrifft.*“ (M. S.)

Die Resilienz drückt sich aus in einer höheren Wertschätzung von Beruf, der Freiheit, sich frei bewegen zu können, des Gartens und von Freundschaften: „*Menschen treffen ist für mich sehr wertvoll geworden.*“ (H. B., A.S.) Das Bewusstsein über Gesundheit hat sich vermehrt: „*Ich weiß mehr über Ansteckungsmöglichkeiten. Der Körper stellt sich ein, er muss lernen zu kämpfen.*“ (H. B.) Offenheit wird differenzierter erlebt: „*Ich vertraue den Wissenschaftlern mehr (als den Politikern, Anm. d. Verf.), weil sie so vorsichtig waren.*“ (H. B.) Ambivalenztolerante Meisterung und Reflexivität haben zugenommen: „*Ich weiß, ich kann es nicht vermeiden.*“ (H. B.), führte aber in der Reflexion in eine andere Richtung: „*Ich habe einen Widerstand, mich an gewisse Dinge zu halten, darum mache ich es, wie ich will. Ich halte mich an mein Richtig und Falsch.*“

Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen aus der qualitativen Analyse können selbstverständlich nur als Anstoß für weitere Forschung dienen. Aber einige davon mögen dennoch für die Psychotherapie

oder Beratung für eine Verarbeitung von Gefährdungssituationen und ihren psychischen Folgen Hinweise sein. Nicht geleistet werden kann hier eine Verknüpfung zwischen Selbstkonzept der Personen, ihrem Funktionsniveau und dem eingeschlagenen Verarbeitungsmuster. Im eigenen Verständnis fühlten sich die Interviewpartner*innen als psychisch gesund. Daher seien hier einzig die Dynamik und die Prozesse beleuchtet, die für die untersuchte Situation der Pandemie bedeutsam sind

Einfluss des Selbst, der lebensgeschichtlich erworbenen Konstrukte

Eine Gefährdungssituation trifft auf Personen, die eine Haltung und Werte zu Gesundheit und Krankheit, zu Gefahr und Risiko, und Bedeutungsgebungen zu begleitenden Emotionen und Verhaltensmöglichkeiten gebildet haben. Mit diesen Haltungen und Werten sind sie in eine soziale Gesinnungsgruppe eingebettet. Ein kritischer Moment entsteht, wenn eine zweite Ebene mitspielt, nämlich die Compliance mit Verordnungen von Autoritäten, aber die Annahme von einschränkenden Maßnahmen einen Wertekonflikt bewirkt und/oder auf eine lebensgeschichtlich erfahrene Störung in der Beziehung mit Autoritäten trifft und später in der relevanten Bezugsgruppe zur Norm wird. Es gibt etliche Empfehlungen, wie sich die Compliance bei einschränkenden Maßnahmen erhöhen kann, aber sie scheint sich nicht zu ändern, wenn Macht und Autorität mit Angst und Misstrauen von einer ganzen Gruppe belegt sind, in die die Person integriert ist. Weitere Forschung könnte hier einen Zusammenhang zwischen Bindungserfahrungen und schützendem/bedrohlichem Erleben von Macht in Gefährdungssituationen erhellen.

Allerdings ist auch anzumerken, dass über eine lange Zeit die Verantwortungsethik des Gesundheitsministeriums in der Krisenkommunikation anderweitige Überlegungen, zum Beispiel das zusätzliche Achten auf einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zur Stärkung der Immunabwehr (Taylor, 2020, S. 40) ignorierte. Vielleicht hätte eine einfache Achtung des Standpunktes der NC und später CNC die Compliance für die Maßnahmen bei einigen Personen erhöht.¹⁰ Zu diesem Ergebnis kommt auch eine Forschungsarbeit aus der Katastrophenforschungsstelle KFS in Berlin (2020a), dass die Risikowahrnehmung davon abhängt, wie sehr die Betroffenen politische und gesellschaftliche Unterstützung wahrnehmen können, ein

¹⁰ Die Interviewten der NC Gruppe bedankten sich alle nach den Interviews, dass ihnen endlich jemand außerhalb ihrer Peergruppe zugehört habe.

Bedürfnis, das diejenigen „außerhalb des Mainstreams“ nur in ihren Gesinnungsgruppen erfüllt bekamen.¹¹

Bewältigungskompetenz und Aktualisierungstendenz

Gefährdungssituationen stimulieren Gefühle der Angst, Sorge, Bedrohung, im Falle von Maßnahmen der physischen Distanz zusätzlich Einsamkeit oder Überforderung durch eine Häufung der Aufgaben in den Familien. Zunächst kam es bei allen Personen – nicht nur durch die Maßnahmen – zu einem Innehalten, zu einem Rückzug in nach Werten und Gesinnung vertraute Umgebungen. Das entspricht dem erhaltenden Aspekt der Aktualisierungstendenz. Später lässt der Prozess, den diese 15 Personen durchlaufen haben drei aktive, entwicklungsgerichtete Bewältigungsstrategien erkennen, die von außen betrachtet als Wege zu Erholung, Resilienz oder Wachstum eingeschätzt werden können: Erstens Vertrauen und Zuversicht in den Schutz durch die gesetzten Maßnahmen (Compliant), kombiniert mit einer kreativen Umgestaltung des Tagesablaufs oder beschäftigt mit mehr Familienmanagement. Zweitens ein unerschütterliches Vertrauen und Hoffnung in die eigenen Vorkehrungen (Non-Compliant), kombiniert mit intensiviertem Kontakt zur und Austausch in der Gesinnungsgruppe. Drittens ein Vertrauen in die Hygienemaßnahmen, kombiniert mit einer pragmatischen Handhabung (Complex Non-Compliant), weil durch die vorgegebenen Maßnahmen die sozialen und ethischen Werthaltungen gestört waren.

Kaum Veränderungen in den emotionalen, kognitiven und Verhaltensmustern

Nicht nur Overconfidence, die Überschätzung der eigenen Meisterungskompetenz, sondern auch die Überschätzung der Wirkung der Schutzmaßnahmen haben ihren Anteil an Einengung von Offenheit, Reflexivität, Ambivalenztoleranz und Empathie. Das zeitigt Folgen auf der gesellschaftlichen Ebene als Abgrenzungs- und Rückzugsbedürfnis, von dem auch in anderen Forschungen berichtet wird (Merkes et al., 2020; Science Media Center et al., 2022). Die Emotionen, die Einstellung und das Verhalten zu den Hygiene- und Schutzmaßnahmen hatte sich über die verschiedenen Phasen der Pandemie bei den Personen der Gruppen C und NC eher verfestigt. Zwei Ausnahmen davon zeigen eine partielle Entwicklung: Die eine,

das kritische oder pragmatische Überdenken und Variieren unter Beibehaltung der generellen Absicht der Schutzmaßnahmen (Complex-Non-Compliance), die zweite, der Versuch differierende Werte und Ziele gelten zu lassen, getragen durch den Wunsch, als Familie weiter existieren zu können.

Abschließende Bemerkungen

Inwieweit die vorliegenden Antworten der Interviewpartner*innen auf andere, derzeit unsere Gesellschaft bewegende Krisen- und Gefährdungssituationen – Pandemie, Flüchtlingswelle, Klimakrise, Teuerungswelle, Rezession – übertragen werden können, wird weitere Forschung brauchen. Jedoch dürften sich einige Elemente wiederfinden lassen:

Verantwortungsethik in Notlagen versus mögliche Gesinnungen und Werte in ruhigen Zeiten muss Widerstand in Kauf nehmen. Auf der persönlichen Ebene in der Psychotherapie kann es darum gehen, dass die andersdenkende Person in der Zurückweisung und eventuell als Ausgrenzung verstanden wird. Den Ärger und die Frustration darüber bei andersdenkenden Klient*innen in der Psychotherapie werden zunächst bedingungslos akzeptiert. Darüber hinaus mag es über das inhaltlich offene Beziehungsangebot gelingen, Emotionen, Bedürfnisse und Werte, die sich hinter den Standpunkten verbergen, zu klären. Im Falle der Pandemie teilen vermutlich viele Therapeut*innen die Werte zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Selbstverantwortung dem eigenen Leib gegenüber, Lernen aus Erkrankungen, Bedeutung des liebevollen Kontaktes, Notwendigkeit einer nachhaltigen Lebensweise, kritische Auseinandersetzung mit Normen und Regeln in „ruhigen“ Zeiten. Eine Besonderheit der aktuellen Krisensituationen für die Psychotherapeut*innen ist zusätzlich, dass sie dieselben Anpassungs- und Bewältigungsleistungen vollziehen müssen wie ihre Klient*innen, in demselben Selbsterfahrungsprozess stehen und gleichzeitig in der Therapiesituation Verstehen und bedingungsloses Annehmen kongruent mit den eigenen organismischen Bewertungen anbieten sollen.

Die humanistisch-phänomenologische Wertetheorie zeichnet sich dadurch aus, dass sie einen ganzheitlichen Ansatz bietet, der die kognitiven, affektiven und konativen Aspekte von Werten miteinander und mit anderen Aspekten der Lebenswelt des betreffenden Individuums einschließlich seiner Identität verbindet (Fulford et al., 2019).

Gesellschaftlich wie in der Einzeltherapie herausfordernd sind die Verhärtungen der Standpunkte, die Übergewissheit, die reduzierte Offenheit für Dialog, der Rückzug aus Beziehungen verbunden mit äußerst aversiven Gefühlen. Nicht nur die Pandemie, auch die Klimaveränderung, das Asylrecht für Flüchtlinge haben ähnliche, emotional aufgeladene

11 W.R. Dombrowsky (1989) fordert das Zusammenarbeiten: „Darin besteht der Kern der Katastrophe als soziales Handeln, dass Behörden wie auch Organisationen darauf angewiesen sind, Ansprechpartner in ihrer Umwelt zu haben. Beide benötigen ihre Agenten in der Umwelt, wie die Umwelt ihre Agenten in den Behörden und Organisationen brauchen. Ohne derartige vernetzte Agenten fände keine Vermittlung zwischen Hilfsangeboten und Hilfenachfrage statt.“

Konfrontationen hervorgebracht. Rogers näherte sich in den letzten Jahren konflikthafter interpersonellen, politischen Wertewahrnehmungen (Casparly, 1991) an. In seiner Rede zur Gefahr des Atomkrieges (Rogers, 1982) nahm er Stellung zu diesen Verhärtungen: „Eine der größten Schwierigkeiten in jedem Streit ist wahrzunehmen – und weitaus schwieriger – zu akzeptieren, dass der Gewissheit, mit der wir unser Recht haben und unser Gutsein verspüren, die Gewissheit der Gegenseite über ihr Recht haben und Gutsein immer gleich stark gegenübersteht. Wenn Spannung abgebaut werden soll, dann muss dieses Grundmuster irgendwie aufgelöst werden.“ Einen Ansatz dazu bietet auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene Rogers' *facilitative approach*, der moderierte Austausch, ein auf gegenseitiges Hören zwischen den verfeindeten Positionen ausgerichteter Ansatz.¹²

Hier jedoch endet die Erfahrungsmöglichkeit aus diesen Interviews, da keine der Personen ein therapeutisches Setting aufsuchte. Ebenso bedarf es weiterer Forschung, um die Hinweise auf die subjektiven Prozesse in der Gefährdungssituation Pandemie auf die Prozesse in den thematisch anders gelagerten Gefährdungssituationen, z. B. der Klimakrise, nützen zu können.

Literatur

- Arnezeder, Ch. (2022). Was mich so sicher macht: Overconfidence von Christoph Kolumbus bis zur Covid-19 Pandemie. *Psychologie in Österreich* 4(5), 324–331.
- Behr, M. (2009). Schemas, self, and personality change. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(3), 233–242.
- Behr M., Finke J. & S. Gahleitner (2016). Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers Tod. *Person* 20(1), 14–30.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 7(2), 128–134.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert J. & H.-J. Schwartz (2006). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & A. M. La Greca (2010). Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. *Psychological science in the public interest: A journal of the American Psychological Society*, 11(1), 1–49. <https://doi.org/10.1177/1529100610387086>.
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612. doi: 10.1177/1745691613504116 PMID: 26173226
- Brewin, C. R., Andrews, B., & J. D. Valentine (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Brossi, R. (2018). Krisenintervention. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2. Aufl., S. 269–280). Berlin: Springer.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. *Glossar*, Zugriff am 8. 6. 2023 unter Glossar – K – BBK (bund.de).
- Bundesministerium für Inneres: Krisen- und Katastrophenmanagement. Zivilschutz in Österreich. *Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM)* (bmi.gv.at), Zugriff am 25. 1. 2023 unter Krisen- und Katastrophenmanagement (bmi.gv.at).
- Casparly, W. R. (1991). Carl Rogers: Values, persons, and politics: The dialectic of individual and community. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(4), 8–31.
- Danzer, A. M. & N. Danzer (2016). Analyse: *Die psychischen Langzeitfolgen der Nuklearkatastrophe von Tschernobyl*. Zugriff am 22.1.2023 unter <https://www.bpb.de/227103/analyse-die-psychischen-langzeitfolgen-der-nuklearkatastrophe-von-tschernobyl>.
- Diekmann, A. (2020). Emergence of and Compliance with New Social Norms. *Zeitschrift für Soziologie*, 29(4), 236–248. <http://doi.org/10.1515/zfsocz-2020-0021>
- Dombrowsky, W. R. (1981). Katastrophe als soziales Handeln. In W. Schulte (Hrsg.), *Soziologie in der Gesellschaft: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, der Ad-hoc-Gruppen und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen beim 20. Deutschen Soziologentag in Bremen 1980* (S. 750–753). Bremen: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-189527>
- Dombrowsky, W. R. (1983). Vom ‚Stage Model‘ zum ‚Copability Profile‘: Katastrophensoziologische Modellbildung in praktischer Sicht. In: L. Clausen, W. R. Dombrowsky (Hrsg.): *Einführung in die Soziologie der Katastrophen*.
- Fulford K. W. M. & G. Stanghellini (2019). Values-based Practice. In: Stanghellini G., Broome M., Fernandez A. V., Fusar-Poli P, Raballo A., & R. Rosfort (Hrsg.). *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford Handbooks.
- Fuchs, Th. (2018): *Leib Raum Person*. Klett-Cotta.
- Glück, J. & S. Bluck (2013). The MORE life experience model: A theory of the development of personal wisdom. In: M. Ferrari and N. M. Westrate (Hrsg.). *The scientific study of personal wisdom: From contemplative traditions to neuroscience*. New York: Springer.
- Greenberg, S. L. (2016). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hofstede, G. (2011). *Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
- Joseph, S. & P. A. Linley (2004). Adversarial growth and positive change following trauma: Theory, research, and practice. *Ricerche di Psicologia*, 27(1), 177–190.
- Juen, B., Kratzer, D. & T. Beck (Hrsg) (2013). *Krisenintervention und Notfallpsychologie in Großschadenslagen und Katastrophen*. Innsbruck: Studia Verlag.
- Juen, B., Stickler, M., & C. Lamm (2020). *Forschungsupdate Psychosoziale Unterstützung im Rahmen der COVID-19 Krise (Stand: 9. 4. 2020)*. Österreichisches Rotes Kreuz. Universität Innsbruck.
- Juen, B. & A. Kreh (2021). COVID-19 Pandemie. Ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und was wir aus anderen Pandemien lernen können. *Psychologie in Österreich* 3&4, S 216–223.
- Keil, S. (2009). Teil II: „Das war ein wichtiger Schritt, mich besser in mein Selbstbild pressen zu können.“ Zur Rekonstruktion der Selbstgestalt eines Klienten und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf Basis einer Einzelfallstudie. *Person* 2/2009, 112–123.

12 Mit dem *facilitative approach* (Rogers, 1984) engagierte er sich in Konflikten, die gezeichnet waren von gegenseitigem Hass, Zerstörungswut und scheinbar unauflösbaren Gegensätzen in Irland, Südafrika und anderen. Sehr eindrücklich zeigt dies ein Film über die Förderung der direkten Kommunikation in Belfast zwischen Protestanten und Katholiken in einem ein Video, das ich bei Margaret Warner sehen konnte.

- Keil, S. (2019). Das personenzentrierte Verständnis von Psychotrauma – Zur Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das personenzentrierte Konzept. *Person 2/2019*, 110–121.
- Kegan, R. (1991/1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst*. München: Kindt Verlag.
- Kochanska, G., & N. Aksan (1995). Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development*, 66 (1), 236–254.
- Lasko, W. W. (1994). Hierarchie der Werte. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Lavino, J. G. & R. B. Neumann (Hrsg.) (2010). *Psychology of Risk Perception*. New York: Nova Science.
- Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress 16* (6), 601–610. doi: 10.1023/B:JOTS.000004086.64509.09.
- Mangelsdorf, J. (2020). Posttraumatisches Wachstum. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 19*(2). SpringerLink <https://doi.org/10.1007/s11620-020-00525-5>
- Mauro, G. M. (2021). *Covid-19 Maßnahmen Compliance. Aus welchen Gründen halten Menschen die Covid19-Maßnahmen (nicht) ein?* Masterthesis (Universität Innsbruck).
- Merkes, K., Sara T., Kleinebrahn, A., Flörchinger, V. & M. Voss (2020): *Veränderte Wahrnehmungen der COVID-19-Lage von März bis April 2020: Ergebnisse einer deutschlandweiten Panelbefragung*. KFS Working Paper Nr. 17. Berlin: Katastrophenforschungsstelle. <https://doi.org/10.17169/refubium-27376>
- Moore, D. A., & Schatz, D. (2017). The three faces of overconfidence. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(8), 1–12. <https://doi.org/10.1111/spc3.12331>
- Norris, F. H., & S. A. Murrell (1988). Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults. *American journal of community psychology*, 16(5), 665–683. <https://doi.org/10.1007/BF00930020>
- Pierce, C. S. (1991): *Vorlesungen über Pragmatismus*. Leipzig: Meiner Verlag.
- Pennycook, G., McPhetres, J., Bago, B., & D. G. Rand (2020, April 14). Beliefs about COVID-19 in Canada, the U.K., and the U.S.A.: A novel test of political polarization and motivated reasoning. <https://doi.org/10.31234/osf.io/zhjkp>
- Petersen, G. (1984). Die Gefahr eines nuklearen Krieges als Thema in der Psychotherapie. *GwG-info 56*, 209–219.
- Plapp, T. (2004). Wahrnehmung von Risiken aus Naturkatastrophen. Eine empirische Untersuchung in sechs gefährdeten Gebieten Westdeutschlands. In: Werner U. (Hrsg.) *Karlsruher Reihe II, Verlag Versicherungswirtschaft*.
- Rogers, C. R. (1973/1961). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1980). Meine Philosophie der interpersonalen Beziehungen und ihre Entstehung. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg (Hrsg.). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 185–198). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, Carl R. (1982). Ansichten eines Psychologen über den Atomkrieg: Seine Gefahren, seine mögliche Verhinderung. *GwG-info*, 47, 16–27.
- Rogers, Carl R. (1987/1959). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Rosenmayer, I. (1992). Krise: So will ich nicht mehr leben. Extreme Inkongruenzen als Katastrophe und Chance. In: P. Frenzel, P. F. Schmid, M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie*, Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie, S. 381–390.
- Schabus, M., Eigl, E.-S. & S. S. Widauer (2022). Psychosoziale Belastungen und Auswirkungen während der Covid-19 Pandemie. *Psychologie in Österreich*, 4&5, 332–341.
- Science Media Center, Bernhard Nocht Institut für Tropenmedizin, Yale Institute for Global Health. *COSMO Studie, Welle 70* (2022), Zugriff am 26.1.2023 unter <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020>
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Böhlendorf: Asanger.
- Stumm, G. & W. W. Keil (Hrsg.) (2018) *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie (2. Aufl.)* Berlin: Springer.
- Taylor, St. (2020). *Die Pandemie als psychologische Herausforderung: Ansätze für ein psychosoziales Krisenmanagement*. Gießen: Psychosozialverlag.
- Tedeschi, R. G., & L. G. Calhoun (1995). Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks: Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781483326931>
- Ullmann-Margalit, E. (1977): *The Emergence of Norms*. Oxford: Clarendon Press.
- Weber, M. (1988). Politik als Beruf, In: J. Winkelmann (Hrsg.) *Gesammelte Politische Schriften (5. Auflage)* Tübingen: Mohr Siebeck (S. 551–552).
- Zöllner, T., Calhoun, L. G. & R. G. Tedeschi (2006). Trauma und persönliches Wachstum. Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. (S. 36–48). In: A. Maercker, R. Rosner, K. Baumann, W. Bultollo & L. G. Calhoun (Hrsg.). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Wie kann Personzentrierte Psychotherapie bei Covid-Patient*innen im klinisch-stationären Setting hilfreich sein?

Michaela Badegruber

Linz

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit klinisch-stationären Praxiserfahrungen mit infektiösen Covid-Patient*innen und setzt sich mit begegnungsphilosophischen Theorien, Grundhaltungen des personzentrierten Ansatzes und Entwicklungschancen auseinander. Die Daten für die Schlussfolgerungen entstammen meinen persönlichen Erfahrungen und Dokumentationen der Therapieeinheiten mit stationär behandelten Covid-Patient*innen. Zur Gewinnung der Ergebnisse wurde einerseits die Methode der Selbstreflexion der persönlichen Praxiserfahrungen entlang der personzentrierten Theorie und andererseits der Vergleich der Rahmenbedingungen für Psychotherapie auf Covid-Stationen mit den Rahmenbedingungen für Psychotherapie in psychiatrischen Stationen herangezogen. Der Beitrag geht der Frage nach, wie einzelne personzentriert gestaltete, nicht virtuelle Begegnungen unterstützend oder hilfreich für Covid-Patient*innen sein können. Es werden die Herausforderungen des personzentrierten Arbeitens bei veränderten Rahmenbedingungen, die Aufrechterhaltung der Authentizität unter Gefährdung der eigenen Gesundheit und das Erreichen von Grenzen der Empathie bei Wertekollisionen diskutiert.

Schlüsselwörter: infektiöse Covid-Patient*innen, direkter Kontakt, Personzentrierte Psychotherapie/Krisenintervention

How can person-centered psychotherapy be helpful with Covid-patients in a clinical-stationary setting? This article deals with the clinical-stationary practical experience with infectious covid patients and the interaction-philosophical theories, the fundamental principles of the person-centered approach and the development theories. The data for the conclusions come from my personal experiences and documentations of the therapy units with inpatient covid patients. To create the results, on the one hand the method of self-reflection of personal practice along the person-centered theories and on the other hand the comparison of the general conditions for psychotherapy on Covid wards with the general conditions of psychotherapy in psychiatric wards were used. Thus, this article explores how individual person-centered interactions can support covid patients. It discusses how to handle the challenges that come with the person-centered work in lack of the required framework, how to ensure authenticity while putting one's own health at risk and how to deal with one's limits of empathy when faced with different values.

Keywords: infectious covid patients, face to face contact, person-centered psychotherapy/crisis intervention

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit meinen klinisch-stationären Praxiserfahrungen mit infektiösen Covid-Patient*innen und setzt sich mit den begegnungs-philosophischen Theorien, Grundhaltungen des personzentrierten Ansatzes und Entwicklungschancen auseinander. Die Daten für die Schlussfolgerungen entstammen meinen persönlichen Erfahrungen und Dokumentationen der Therapieeinheiten mit stationär behandelten Covid-Patient*innen. Zur Gewinnung der Ergebnisse

wurde einerseits die Methode der Selbstreflexion der persönlichen Praxiserfahrungen entlang der personzentrierten Theorien und andererseits der Vergleich der Rahmenbedingungen für Psychotherapie auf Covid-Stationen mit den Rahmenbedingungen für Psychotherapie in psychiatrischen Stationen herangezogen. Der Beitrag geht der Frage nach, wie einzelne personzentriert gestaltete nicht virtuelle Begegnungen unterstützend oder hilfreich für Covid-Patient*innen sein können. Es werden die Herausforderungen des personzentrierten Arbeitens bei fehlenden Rahmenbedingungen, die Aufrechterhaltung der Authentizität unter Gefährdung der eigenen Gesundheit und das Erreichen von Grenzen der Empathie bei Wertekollisionen diskutiert.

Diese Fragen stellte ich mir, als ich gefragt wurde, ob ich mir vorstellen kann, auf Covid-Stationen mit infektiösen

Michaela Badegruber, MHPE, geb. 1974, Personzentrierte Psychotherapeutin, Gruppenpsychotherapie, in freier Praxis Wien & Linz und am Institut für Psychotherapie, Neuromed Campus – Kepler Universitätsklinikum Linz; Lehrveranstaltungen im Propädeutikum der ÖGWG, im Lehrgang für personzentrierte psychotherapeutische Medizin und an der Fachhochschule für Gesundheitsberufe Oberösterreich, Ausbildungsinstitut der APG*IPS.

Patient*innen, deren Angehörigen und als Unterstützung für die Angestellten zu arbeiten. Wie kann ich als personzentrierte Psychotherapeut*in unterstützend sein, wenn ich die gewohnten sicheren Rahmenbedingungen verlassen muss? Wie kann ich mich, wenn ich gleichzeitig besorgt um die eigene Gesundheit bin, trotzdem in den Dienst Anderer stellen? Kann eine einzelne Begegnung für Covid-Patient*innen hilfreich sein?

Ich nahm den Auftrag an und bin nach neun Jahren psychotherapeutischen Arbeitens in der psychiatrischen Klinik in den zweiten Standort des Kepler Universitätsklinikums mit somatischem Schwerpunkt, zum Liaison-Dienst gependelt. Nun möchte ich über meine persönlichen Erlebnisse, Erfahrungen und die gewonnen Erkenntnisse in der Arbeit mit Covid-Patient*innen berichten.

Die Inhalte, auf denen meine Schlussfolgerungen basieren, entstammen den Gesprächen mit infektiösen Covid-Patient*innen, die sich in stationärer Krankenhausbehandlung befunden haben. Am Beginn steht der Vergleich der Rahmenbedingungen für Personzentrierte Psychotherapie auf psychiatrischen Stationen mit den speziellen Rahmenbedingungen auf Covid-Stationen. Danach folgen persönliche Erfahrungen und die Reflexion entlang personzentrierter Theorien.

Die analysierten 100 therapeutischen Einheiten fanden im Zeitraum vom 3. Dezember 2021 bis 27. April 2022 statt. 49 Gespräche erfolgten mit Frauen und 51 mit Männern. Die Klient*innen waren zwischen 31 und 97 Jahre alt. Das durchschnittliche Alter betrug 72 Jahre. Die Indikation für den Aufenthalt war eine akute Covid-Erkrankung.

Der Schwerpunkt der inhaltlichen Thematiken lag bei den auftretenden Ängsten, besonders die Angst vor dem Sterben durch die Erkrankung. Die begleitenden körperlichen Schmerzen und die allgemeine physische Schwäche führte bei vielen zu Zukunftsängsten, Verzweiflung, Mutlosigkeit und einer depressiven Grundstimmung. Die Isolation bzw. die Trennung von Partner*innen, Kindern, Enkelkindern und Verwandten bzw. Freund*innen verstärkten die Ängste und das depressive Stimmungsbild. Da geliebte Menschen oft zur gleichen Zeit erkrankt waren, bestand viel Unsicherheit über die Genesung der Angehörigen. Die Ungewissheit stellte einen Angst aufrechterhaltenden Faktor dar. Die Covid-Erkrankung schwächte viele Patient*innen so stark, dass sie auf Hilfe und Unterstützung beim Essen, Sitzen, Gehen, Telefonieren etc. angewiesen waren. Es fiel ihnen schwer, sich an diese plötzlichen Veränderungen zu gewöhnen. Gefühle der Hilflosigkeit, Scham, Überforderung, Wut und Trauer traten auf. Sie fühlten sich von anderen Personen abhängig. Einsamkeit, Heimweh, Isolation, der Verlust von körperlichen Funktionen und der Tod von Ehepartner*innen führte vor allem bei älteren Klient*innen oft zum Wunsch, selbst sterben zu wollen. Sie hatten Zweifel, wieder

zu genesen und für sich sorgen zu können. Die Spannung der Ambivalenz zwischen dem Wunsch aufzugeben bzw. gegen die Krankheit ankämpfen zu wollen, war häufig spürbar. Für Impfgegner*innen und maßnahmenkritische Personen war die Tatsache, dass sie an Covid erkrankt sind und sich in einem kritischen Zustand befinden, schwer anzunehmen, einzugestehen oder zu realisieren. Sie hielten an der Verneinung der Krankheit fest. Sie beschrieben Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten. Auf Nachfrage meinten sie jedoch alle, dass sie medizinisch gut behandelt und zwischenmenschlich mit ihnen gleich wie mit allen anderen umgegangen wurde. Ambivalenzen und Wertekonflikte konnten sie oft erst im Angesicht des drohenden Todes lösen. Ein Mann Anfang 60 wollte nicht behandelt werden, er hätte doch nur eine stärkere Verköhlung. „Covid gibt es nicht!“ Die Medikamente und der Sauerstoff wären unnötig. Wenn er nur auf seiner Terrasse frische Luft schnappen könnte, würde er schnell wieder gesund sein. Sein Zustand verschlechterte sich zunehmend. Als er die bedrohliche Krise überstanden hatte und wieder genug Luft und Kraft zum Sprechen hatte, sagte er zu mir: „Wenn ich gewusst hätte, was dieses Virus mir antut, hätte ich mich impfen lassen und sofort die Medikamente genommen!“

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass Klient*innen eine Form des Disempowerments ähnlich wie bei Traumatisierungen erlebten. Die krankheitsbedingten körperlichen und sozialen Prozesse führten automatisch zu psychischen Prozessen. Die Covid-Erkrankung und die soziale Isolation aufgrund der Erkrankung erachteten viele als Bedrohung und sie verspürten Ängste. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, körperliche Schwäche, schlechter Allgemeinzustand, Stürze, stundenlanges Liegen nach Stürzen in der Wohnung oder Pflegeheimzimmern, körperliche Verletzungen (Knochenbrüche, Gehirnerschütterung etc.) und psychische Traumata (Schock, Verwirrung, Trauer, Wut, Ängste) traten auf. Der Verlust der Eigenständigkeit führte zu Trauerreaktionen.

Der psychotherapeutische Behandlungsort für Covid Patient*innen war das jeweilige Krankenzimmer auf den Covid-Stationen. Das veränderte das Setting grundlegend, die sonst üblichen Rahmenbedingungen für die Personzentrierte Psychotherapie fluktuierten.

Auf den psychiatrischen Stationen erfolgt die Zuweisung zur psychotherapeutischen Behandlung durch die behandelnden Ärzt*innen. Danach erfolgt die Terminvereinbarung. Die Therapieeinheiten dauern zwischen 30 und 50 Minuten. Dies ermöglicht einen therapeutischen Prozess, der in einem eigens dafür vorgesehenen Raum, im Einzelsetting unter Wahrung der Intimität und der Verschwiegenheit stattfindet. Während der Sitzungen existieren kaum Störquellen. Der Fokus liegt exklusiv auf den Klient*innen und der Therapie. Die Rollen und Aufgaben sind klar definiert und bekannt.

Im Gegensatz dazu gab es auf den Covid-Stationen keine geplanten und bekannte Termine. Vor Ort erörterte die Pflegeleitung, bei welchen Patient*innen Therapiebedarf besteht. Die Patient*innen erhielten einen überraschenden therapeutischen Besuch. Die Dauer der Einheit war nicht vorgegeben. Sie war flexibel an die Vitalität der Patient*innen anzupassen. Die Entwicklung eines therapeutischen Prozesses war häufig ausgeschlossen, weil man sich nur ein einziges Mal sah. Die Ursachen dafür lagen in der Entlassung, der Verlegung auf die Intensivstation bzw. andere Stationen oder dem Tod der Klient*innen. Die Intimität und Exklusivität waren eingeschränkt oder nicht existent, da Mitpatient*innen und Mitarbeiter*innen im Raum anwesend waren. Es handelte sich zwar prinzipiell um ein Einzelsetting, doch es entfaltete sich manchmal eher eine Art Tandem oder Gruppensetting. Mitpatient*innen stiegen in das therapeutische Geschehen mit ein. Die Rolle der Psychotherapeut*in und die Aufgaben waren fast immer unklar und bedurften der Aufklärung, weil vor allem in der Schutzkleidung alle Professionen gleich aussahen und nicht automatisch erkannt oder zugeordnet werden konnten. Die therapeutische Begegnung war begleitet von vielen Störquellen, wie gleichzeitig stattfindende Visiten, Pfllegetätigkeiten, Reinigungsarbeiten oder Physiotherapien, Telefongespräche von Mitpatient*innen, laufende Fernseher, Radios etc. Mein Umgang mit den vorhandenen Störfaktoren war unterschiedlich, jedoch der aktuellen Gesamtsituation angepasst. Das Arbeiten mit mehreren oder allen Patient*innen eines Zimmers erlebte ich als neue Form der Gruppentherapie. Ich hatte den Eindruck, dass die spontane Teilnahme und der gemeinsame Austausch für alle beteiligten Personen bereichernd waren.

Nicht nur die Klient*innen mussten sich in kürzester Zeit an die Covid-Stationen und ihre Bedingungen gewöhnen, diese Leistung musste auch ich erbringen. Mein eigener Entwicklungsprozess begann mit der Überwindung meiner Ängste, selbst an einer Covid-Infektion zu erkranken und der tief verwurzelten Sorge, meine Familie, Freund*innen oder Kolleg*innen anzustecken. Ich hatte Angst, in den Patient*innenzimmern Gegenstände anzufassen oder den Patient*innen ihre Trinkbecher oder andere Dinge zu reichen. Ich hatte keine Ahnung vom stationären Betrieb außerhalb der psychiatrischen Stationen. Die Hygienevorschriften, die korrekte Nutzung der Schutzkleidung waren mir unbekannt. Ich hatte viel in kurzer Zeit zu lernen! Missgeschicke wie jenes, dass ich Teile der Schutzausrüstung anzuziehen vergaß, dass mir die Mund-Nasen-Maske regelmäßig während den Gesprächen herunterfiel, erhöhten meine Sorge, krank zu werden. Erst das Erleben, dass nichts passierte, ließ in mir eine gewisse Gelassenheit wachsen. Ich musste meinen Ekel in Bezug auf menschliche Ausscheidungen aller Art überwinden und mit diversen Anfragen (Unterstützung beim Trinken, WC-Gehen, Aufsitzen im Bett)

umgehen lernen. Ich musste lernen, Menschen in den Tod zu begleiten und nicht wie gewohnt, nach Suizidversuchen zurück ins Leben. In der Anfangsphase erreichte ich oft die Grenzen meiner Empathiefähigkeit. Wertekonflikte mit Personen aus dem Privatleben bezüglich Impfung und Covidleugnung wiederholten sich mit Klient*innen. Dies war für mich in der Situation schwieriger als das Arbeiten mit Pädophilen, Mördern oder aggressiven Menschen. Es war zu nah an meinem Leben und warf dadurch viele Ambivalenzen und nicht gelöste Konflikte auf. Ich stellte die Sinnhaftigkeit meiner Arbeit in Frage. Ich war zwischen Autonomie (auf mich zu achten) und sozialem Engagement (einen Beitrag zu leisten) hin- und hergerissen. Ich bemerkte, dass, wenn bei mir die Grenzen meiner Empathie erreicht waren, meine Neugier und das Interesse am Anderen und der Wunsch, die Person zu verstehen, verloren gingen. In diesen Augenblicken fühlte ich keine unbedingte Wertschätzung für die andere Person. Werte und Bewertungen standen zwischen mir und dem Gegenüber. Meine eigenen intensiven Gefühle rückten in den Vordergrund. Ich konnte mit den Klient*innen nicht in Beziehung bleiben. Meine starken Emotionen lebte ich außerhalb der Therapiestunden in einer Art Katharsis aus. Tränen, Wut und Angst brachen in ruhigen Momenten einfach aus mir heraus und lösten sich dadurch stückweise. In vielen Gesprächen mit Kolleg*innen und Supervision fand ich einen Weg, mit meiner innewohnenden Wut, meinen Ängsten und Verwirrungen, dem Ekel und der Überforderung umzugehen und meine innere Sicherheit zurückzugewinnen. Ich war in der Lage, meine konfliktbeladenen, ambivalenten, verletzten, hilflosen Anteile besser zu akzeptieren. Tauchten in Gesprächen mit Klient*innen Parallelen zu privaten Wertedifferenzen und Konflikten auf, war ich in der Lage, die Wut oder Ängste kommen und wieder gehen zu lassen. Ich konnte sie klarer erkennen, identifizieren und von den Klient*innen trennen. Mein Eigenes überfiel und überschwemmte mich nicht mehr. Dies ermöglichte mir, meine gewohnte Offenheit für andere Werte- und Denkweisen in den Therapieeinheiten wieder leben zu können. Meine Resilienz wuchs und meine Ekelgrenze verringerte sich. Ich fühlte mich wieder in der Lage, Covid-Klient*innen zu begegnen. Die Pfeiler der humanistischen Psychologie nach Martin Buber (1995), die unmittelbare Begegnung (ohne Zweck), sowie die Fähigkeit zur Beziehung von ICH und DU, das Dialogische, das Hier- und Jetzt-Prinzip und die Verantwortung konnte ich erneut erfüllen. Dadurch konnte ich mit maßnahmenkritischen Personen freier und offener in Kontakt treten, sie kennenlernen, Vertrauen aufbauen und mit ihnen sein. Meine neunjährige psychotherapeutische Tätigkeit an einer psychiatrischen Männer-Unterbringung verlangte mir bei weitem nicht so viel Introspektion und Selbstreflexion ab. Menschen in der akuten Covid-Krise psychotherapeutisch zu begleiten und gleichzeitig

selbst Teil der Pandemie, also Betroffene, zu sein, machte für mich den Unterschied. Ich musste meine eigene Stabilität in der Unsicherheit finden, damit ich wieder in der Lage war, zu versuchen, die sechs nötigen und hinreichenden Bedingungen für die Persönlichkeitsveränderung, wie sie Carl R. Rogers (1957a) beschrieben hat, zu erfüllen. Ich musste meine Kongruenz in Sachen Covid finden, um den Willen zur Kontaktaufnahme wieder zu erlangen und um fähig sein zu können, Empathie und unbedingte Wertschätzung zu empfinden. Ich musste Antworten und Verantwortung für mich finden, damit ich Antwort sein konnte und die Verantwortung wahrnehmen konnte. Im Sinne von Emmanuel Levinas (2017) musste ich Antwort auf den Anspruch des Anderen sein. Ich wurde meiner Verantwortung und Verpflichtung gerecht und konnte den anderen als absolut anders anerkennen und sein lassen. Ich musste meine Erfahrungen nicht auf den anderen projizieren. Diese Asymmetrie in der Begegnung zwischen Ich und dem Anderen nach Emmanuel Levinas (2017) halfen mir in meiner therapeutischen Arbeit. Die Kombination der beiden unterschiedlichen Ansichten zur Begegnung von Martin Buber und Emmanuel Levinas unterstützten mich.

Die Erinnerung an die Erlebnisse mit den Klient*innen waren bunt und dunkel, so dass ich im Rückblick gleichzeitig weinte und lachte. Emmanuel Levinas (2017) meinte: „Einem Menschen begegnen heißt von einem Rätsel wach gehalten zu werden“. Auf der Covid Station zu arbeiten und den Menschen dort zu begegnen, hielt mich manche Nächte wach!

Ich lernte beeindruckende Menschen kennen. Eine 97-jährige Frau, deren größte Sorge darin bestand, diesen Sommer nicht im Campingwagen am See verbringen zu können, eine 70-jährige Frau, die jegliche Medikamente verweigerte und nach zwei Wochen verstarb, einen 85-jährigen COPD-Patienten, der kaum Luft bekam und nach drei Wochen mit mir bergsteigen wollte, eine 31-jährige Frau, die sich wegen einer erst kürzlich erfahrenen Morbus Hodgkin- und der Covid-Diagnose im Schock befand und turbulente emotionale Erstreaktionen erlebte, einen hochaggressiven Mann Mitte 60, der aufgrund seiner Todesangst laut schrie und tobte, Menschen, die zitternd und völlig verängstigt einfach nur gehalten werden wollten.

Ich versuchte Antwort zu sein auf die jeweiligen Nöte, dabei zu sein und zu bleiben. Ich versuchte meine therapeutischen Aufgaben zu erfüllen. Ich versuchte zu verstehen, warum jemand lieber stirbt, als Medikamente zu nehmen. Ich kehrte mich nicht ab, blieb bei den Personen, hielt die intensiven Gefühle und die Stille mit aus, hielt zitternde Hände, begleitete die Personen.

All diese Menschen und ihre Geschichten berührten mich und sie veränderten mich. Es geschah in den Therapien das, wovon Peter F. Schmid (2017, S. 155) schrieb:

Der Therapeut legt das Augenmerk auf die Welt des Klienten, so wie sie diesem erscheint und von ihm erlebt, verstanden und bewertet wird (experientielle und phänomenologischer Ansatz) und folgt ihm in dieser Welt, wohin immer sich der Klient bewegt. Er ist für den Klienten stets als lebendige Person und nicht nur in seiner Funktion als Therapeut erreichbar. Entscheidend für die Entwicklung beider Personen in der Therapie ist die möglichst bewertungs- und interpretationsfreie Aufmerksamkeit auf das unmittelbar gegenwärtige Erleben durch Klient wie Therapeut in der Beziehung (Präsenz). Dafür sind die Einstellung und die Haltungen des Therapeuten, wie sie Rogers, der Begründer des Ansatzes, beschrieben hat (Authentizität, bedingungslose Wertschätzung, Empathie), ausschlaggebend und nicht vom Therapeuten angewandte Methoden oder Techniken. Damit ist eine radikale Abkehr von expertenorientierten Ansätzen verbunden und eine zunehmende Entwicklung im Verlauf der Therapie hin zu Wechselseitigkeit und Dialog.

Das von Peter F. Schmid beschriebene Sein offeriert die Begegnung von Personen, die beide – Therapeut*in und Klient*in – in Entwicklungsprozesse wirft. Es sind die beiden individuellen Entwicklungsprozesse der beteiligten Personen und der weitere Prozess der Entwicklung von Verbundenheit oder Bezogenheit aufeinander. Durch diese Art der Begegnungen fühlten sich die Covid-Klient*innen gesehen, verstanden und begleitet.

Die Nichtverbundenheit oder Isolation der Covid-Patient*innen von ihren wichtigen Bezugspersonen hinterließ Spuren der Einsamkeit und Desorientierung, so wie es von Mick Cooper (2017) beschrieben wird. Eine Verbindung zu den Covid-Patient*innen herzustellen, war für mich ein wichtiges Anliegen. Die Rückmeldungen zeigten, dass die Klient*innen es entlastend empfanden, mit jemandem in direkter, nicht virtueller Präsenz zu sein. In den einzelnen Begegnungen mit den Klient*innen entwickelte sich mehrfach eine Nähe, eine Tiefe oder Intensität, die eine sehr emotionale Form der nonverbalen, eher atmosphärischen Begegnung darstellte. Ich habe keine Kenntnis in atmosphärischen, spirituellen Angelegenheiten, doch ich musste nach solchen Momenten an Carl R. Rogers (1991/2004) „inner spirit“ und transzendente Beziehung denken. Vielleicht meinte er diese innigen Augenblicke der Verbundenheit, die über das gesprochene Wort hinaus reichen. Jedenfalls vertraute ich meiner Intuition und gelangte dadurch zu mehr Spontaneität, Freiheit und Präsenz in der Begegnung mit den Covid-Klient*innen.

Was war wirklich hilfreich in den Begegnungen?

Mit zeitlichem Abstand betrachtet handelte es sich zum überwiegenden Teil um Krisenintervention. Es war der Versuch, in den Kontakten mit Covid-Klient*innen die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für die Persönlichkeitsveränderung nach Carl R. Rogers (1957a) zu erfüllen. Es war zu

erkennen, dass die Einheiten bei den Klient*innen zur inneren Entspannung und Reduktion der Ängste beitragen.

Über die Schönheit des Bergsteigens zu sprechen, eröffnete die Gelegenheit, über die Ängste bezüglich eines Pflegeheims zu reden. Ein Patient meinte, dass das Pflegeheim vielleicht eine andere Art/Form von Berg darstellt, die er besteigen will/muss, auch wenn er sich fürchtet und traurig ist, sein Zuhause verlassen zu müssen. Das ist ein Beispiel für reduzierte Abwehr und gelungene korrekte Symbolisierung. In Folge konnte der Inhalt in das Selbstkonzept integriert werden.

Stumm und Keil (2018) beschreiben die Aktualisierungstendenz als metaphysisches Konzept, das man als Mensch nicht direkt spürt, sondern das als Konklusion der gemachten Erfahrungen verstanden werden kann. Das Beispiel des Klienten zeigt in gewisser Weise das Wirken der Aktualisierungstendenz. Er strebt die Erhaltung und Erweiterung seines physischen Organismus und seiner psychischen Kongruenz an.

Was nötig war, um diese und andere hilfreiche Begegnungen zu ermöglichen, drückt Martin Barth (2009) wunderbar mit seinen Worten aus: „*Es sind die Erlebensrealitäten des Patienten, die es als solche anzuerkennen und nicht wegzudeuten gilt. Und genau in dieser explizit nichtabwehrenden Interaktion wird für den Patienten das Integrieren möglich.*“ Um die Erlebensrealität der Klient*innen anerkennen zu können, musste ich erst selbst in eine nichtabwehrende Interaktion mit meinen persönlichen ambivalenten, konfliktbehafteten, emotional geladenen Realitäten treten und versuchen, diese zu integrieren. Dass dieser persönliche Entwicklungsprozess notwendig wurde, war eine Überraschung für mich. Ich sah vorab nur die Notwendigkeit, mich an die Rahmenbedingungen und das Setting anzupassen. Die Auseinandersetzung mit meinen Themen und Reaktionen war anfangs eine schmerzliche Erfahrung. Meinem nichtgewollten Erleben konnte ich nicht ausweichen, noch konnte ich es abwehren, unterdrücken oder schönreden. Ich musste mich wieder anerkennen, achten und mögen lernen. Die nichtabwehrende Interaktion musste sowohl in meinem inneren Monolog als auch in meiner Haltung wieder hergestellt werden. Es spürte sich an, als würden neue Facetten in mir entfaltet. Erst als ich mich durch meine Kolleg*innen verstanden bzw. akzeptiert fühlte, fand ich zu einer neuen Form der Selbstakzeptanz und Selbstbeachtung. Ein zweiter Entwicklungsprozess betraf mich und die Gesellschaft, in der die Klient*innen und ich lebten. Die Anerkennung oder Liebe gegenüber jenem Segment und Mitgliedern der Gesellschaft, die andere Werte und Ansichten teilten, war mich entglitten.

Gerade in der Liebe aber transzendiert die Begegnung, die Zweierbeziehung, die Dyade, und öffnet sich dem „Dritten“: Wir leben nicht in der Welt des (einen anderen) Menschen, sondern in der Welt der Menschen. Begegnung ist immer auch Überschreitung der Zwei-Einheit, der sich abschließenden „Zweisamkeit“. Zu ihrem Wesen gehört der Plural; sie ist

offen für den „Dritten“, die Gruppe (als Schnittstelle von Person und Gesellschaft), die Gemeinschaft. Die Liebe kommt zu ihrer Fülle, wenn von „zwei“ gemeinsam „ein Dritter“ geliebt wird (condilectio).“ (Schmid 2017, S. 179)

Die unbedingte Wertschätzung für einen Teil der Gesellschaft fehlte mir. Die Spaltung, von der medial gesprochen wurde, war in mir. Dies zu erkennen, motivierte mich, nach Verständnis und Konziliation zu suchen. Ich wollte verstehen, warum die unterschiedlichen Meinungen so viel Wut erzeugten. Ich lies mich auf die Menschen in meiner privaten Umgebung wieder ein und spürte bei ihnen Angst und Hilflosigkeit. Sie hatten einen anderen Umgang mit ihrer Angst als ich. Vielleicht ist es eine andere Form der Abwehr, aber ich erwarb eine Art Verständnis und eine versöhnliche Stimmung. Aufgrund meiner Weiterentwicklung, fühlte ich mich wieder frei und in der Lage, mit Klient*innen psychotherapeutisch arbeiten zu können.

Hilfreich sein im Kontext mit Covid-Klient*innen heißt für mich, meine eigene Entwicklung zu fördern, um in der Lage zu sein, die Begleitung der Klient*innen zu unterstützen. Klient*innen in der Covid-Krise zu begleiten bedeutet für mich, mich in den Dienst des anderen zu stellen. Im Augenblick des Kontaktes für die Bedürfnisse der leidenden Person Antwort zu sein. Die Verpflichtung zu antworten wirklich wahrzunehmen. Die andere Person im Anders-Sein anzuerkennen. Den Versuch mittels Empathie, unbedingter Wertschätzung und Authentizität eine Beziehung, eine Verbindung herzustellen, in der Begegnungen möglich werden können – in einer für beide außergewöhnlichen und unsicheren Situation.

Literatur

- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person*, 13 (2), 148–154.
- Buber, M., (1995). *Ich und Du*. Ditzingen: Reclam. (Original erschienen 1923).
- Cooper, M., (2017). Psychological distress: a relational understanding. In D. Mearns (Hrsg.), *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy* (2nd ed., 17–34). London: Sage.
- Lévinas, E. (2017). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. (Alber-Reihe Philosophie, 7. Aufl.) (Studienausgabe). Baden-Baden: Verlag Karl Alber.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (2004). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Personenzentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers* (4. Aufl., S. 238–256). Mainz: Grünewald (Erstaufl. erschienen 1991).
- Schmid, P. F. (2017). Personenzentrierte Psychotherapie. In Th. Slunecko (Hrsg.), *Psychotherapie: Eine Einführung* (2. vollst. überarb. Auflage, S. 153–201). Wien: Facultas.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2018). Theoretische Grundlagen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*. (2. Aufl., S. 3–14) Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54670-3_1

Therapeutische Kommunikation online: Ein integrativer Vergleich der sechs Therapiebedingungen nach Rogers und des Medienökologischen Modells¹

Katharina Haupt
Salzburg

Mit Covid-19 wurde eine Vielzahl an Fragen zur Durchführung von personenzentrierter Therapie auf Distanz aufgeworfen. Während empirische Forschung dazu erste Antworten bereitstellt, bedarf es auch theoretischer Konzeptionen. Mittels eines theoretisch-integrativen Vergleichs werden die Therapiebedingungen nach Rogers dem Medienökologischen Modell nach Döring (MÖM) gegenübergestellt. Dabei zeigt sich eine grundsätzliche Vereinbarkeit von personenzentrierter Psychotherapientheorie und dem MÖM, wobei Faktoren der beteiligten Personen und des gewählten Mediums in der einzelnen Kommunikationssituation sowie der therapeutischen Beziehung in ihrer Gesamtheit bestehend aus einzelnen kommunikativen Kontakten zu berücksichtigen sind. Ein Konfliktpunkt ergibt sich in der Frage nach der Notwendigkeit einer Begegnung zweier körperlich anwesender Personen in einem physisch geteilten Erlebensraum. Eine Integration des MÖM in die personenzentrierte Therapientheorie bietet Strukturierungshilfen für weitere Forschung, Ausbildung und Praxis.

Schlüsselwörter: Personenzentrierte Psychotherapie, Online, Kommunikation

Therapeutic communication online: An integrative comparison of Rogers' therapeutic conditions and the Media-Ecological Model. With Covid-19, questions concerning person-centered online-psychotherapy arose. While empirical research came to offer first answers, theoretical work is still needed. Through an integrative approach, Rogers' therapeutic conditions and Döring's Media-Ecological Model (MEM) were compared. Results show that on a theoretical level, person-centered psychotherapy and MEM can be brought together whereas factors of the involved persons and the medium of choice regarding the individual communicative encounter and the therapeutic relationship in its entirety need to be considered. A point of conflict relates to if and in what degree two bodily present persons encountering each other in a physically shared experiential field are necessary for therapeutic change. Integrating MEM into person-centered theory may offer valuable input for further research, training and treatment.

Keywords: Person-centered psychotherapy, online, communications

Einleitung

Nicht erst, aber verstärkt durch die Covid-19-Pandemie erfährt Online-Psychotherapie zunehmend Beachtung. In den vergangenen Jahren kam Psychotherapie über technikvermittelte Kommunikation vermehrt zum Einsatz (Humer & Probst, 2020; Ronen-Setter & Cohen, 2020, S. 267), gesetzliche Regelungen wurden den neuen Anforderungen angepasst (Eichenberg, 2021, S. 198–200; Probst et al., 2021, S. 31) und die therapeutische Arbeit auf Distanz wurde insgesamt von Psychotherapeut*innen positiv wahrgenommen (Eichenberg,

2021; Probst et al., 2021). Trotz der positiv erlebten Möglichkeiten präferieren Psychotherapeut*innen das Präsenz-Setting, während Therapie auf Distanz als Ergänzungs- und Überbrückungsmöglichkeit betrachtet wird (Eichenberg, 2021; File et al., 2022; Probst et al., 2021; Rodgers et al., 2022; Stadler et al., 2023)

Die Frage, ob über Online-Kommunikation eine tragfähige therapeutische Beziehung hergestellt werden kann und welche Besonderheiten und Beschränkungen diese im Vergleich zur Präsenzbeziehung aufweist, wird in der einschlägigen Literatur vielfältig aufgeworfen (Chen et al., 2020, S. 2; Cook & Doyle, 2002, S. 96; Eichenberg & Küsel, 2016, S. 101; Geller, 2020; Roesler, 2011). Für die Personenzentrierte Therapie ist diese Frage insofern von besonderer Relevanz, als hier

Mag. Katharina Haupt MSc., geboren 1983, Studium der Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien und Personenzentrierte Psychotherapie an der Donau-Universität Krems, Psychotherapeutin in freier Praxis und im Bereich psychiatrischer Rehabilitation.
Kontakt: Rosengasse 11/4, 5020 Salzburg, Österreich;
praxis@psychotherapie-haupt.at

1 Der Beitrag besteht aus Teilen einer umfangreicheren Forschungsarbeit mit dem Titel „Von Person zu Person in einer digitalen Welt. Personenzentrierte Therapientheorie und Online-Kommunikation“ (Haupt, 2021).

die therapeutische Beziehung nicht als der Rahmen betrachtet wird, in dem methodische Interventionen gesetzt werden. Vielmehr ist es die Beziehung an und für sich, in ihrer spezifischen Qualität, die für die Therapie relevante Veränderungsprozesse in Gang bringt (Kriz, 2008, S. 135; Rogers, 1959/2016).

Angesichts der gesellschaftlichen Relevanz des Internets findet das Thema Online-Therapie auch im Personenzentrierten Ansatz zunehmend Beachtung, wobei hier grundsätzlich eine konstruktive Umsetzbarkeit von Online-Therapie unter Beachtung der spezifischen Bedingungen des Settings als möglich erachtet wird (Geller, 2020; Rodgers et al., 2022). Dennoch bleibt Entwicklungspotenzial offen, einmal hinsichtlich der Integration entsprechender Elemente in die Ausbildung von Personenzentrierten Therapeut*innen, andererseits hinsichtlich der theoretischen Konzeption der Personenzentrierten Psychotherapie im Online-Kontext (Rodgers et al., 2022, S. 9).

Zugunsten einer Erweiterung personenzentrierter Therapieschritte zeigt sich ein Blick in andere Disziplinen lohnend, wo bereits Konzepte zu Online-Kommunikation und ihrer Auswirkung auf interpersonale Beziehungen existieren (Döring, 2003; Walther, 1994, 2002, 2011). Eines dieser Konzepte stellt das Medienökologische Modell nach Nicola Döring dar, das eine sozialpsychologische Perspektive auf Beziehungen im Internet zugänglich macht. Um sich diesem Modell anzunähern, werden zunächst die im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Begriffe von Kommunikation und Online-Kommunikation abgesteckt.

Begriffsklärung

1) Kommunikation:

Burkart (2021) beschreibt in seinem kommunikationswissenschaftlichen Grundlagenwerk Verhalten als „jede Regung eines Organismus“ (S. 23), während mit sozialem Verhalten gemeint ist, dass sich „Lebewesen *im Hinblick aufeinander* [Hervorhebung im Orig.] verhalten“ (S. 23). Von kommunikativem Verhalten ist dann die Rede, wenn „im Rahmen solcher sozialer Verhaltensweisen auch *Bedeutung* [Hervorhebung im Orig.] vermittelt“ wird (S. 24). Er weist darauf hin, dass „allein infolge der [...] sinnlichen Wahrnehmung eines anderen Lebewesens eine Bedeutungsvermittlung zwischen diesen beiden statt“ findet (S. 24) und damit soziales Verhalten sowie Verhalten allgemein als kommunikativ verstanden werden kann. Zwecks einer genaueren Begriffsbestimmung grenzt er davon den Begriff des Handelns ab, der die Intentionalität, also den bewussten, ziel- und zweckgerichteten Charakter menschlichen Verhaltens betont und auf andere Menschen bezogenes, andere Menschen mitdenkendes Handeln als soziales

Handeln versteht. Dieses soziale Handeln kann einen Kommunikationsprozess initiieren, jedoch setzt

Gelingende menschliche Kommunikation [...] voraus, dass (mindestens zwei) Personen ihre kommunikativen Handlungen wechselseitig aufeinander richten und damit das Zustandekommen von Kommunikation aktiv versuchen. (Burkart, 2021, S. 32)

Die Perspektive des Symbolischen Interaktionismus betont die Entwicklung eines menschlichen Selbst durch symbolische, sprachliche Interaktion mit anderen und weist damit eine wesentliche Überschneidung mit der personenzentrierten Theorie auf (Tudor & Worrall, 2006, S. 103–104). Unter Einbezug des Symbolischen Interaktionismus kann Kommunikation wie folgt definiert werden: „Ein Prozess, in dem Menschen einander mit Hilfe von (verbalen und nonverbalen) Symbolen wechselseitig Bedeutungen in ihrem Bewusstsein aktualisieren.“ (Burkart, 2021, S. 399)

Symbole umfassen also kommunikationsrelevante Reize, die verbaler oder nonverbaler Natur sein und über die Sinne wahrgenommen werden können. Zu den verbalen Reizen zählen Schriftsprache und gesprochene Sprache sowie zugehörige paraverbale Reize, wie etwa Stimmqualität, Tonfall, Lautstärke, Stimmmelodie, Sprechpausen, Dialekt o. ä. in gesprochener Sprache, Schriftbild und Schriftcharakter in geschriebener Sprache (Pürer et al., 2015, S. 17–18). In den Bereich der nonverbalen Kommunikation fallen die Taktilität (Kommunikation mittels Berührung/Körperkontakt), Proximetik (Nähe/Distanz, räumliches Verhalten), Körperhaltung, Pathognomik (Gestik, Mimik), Blick (Blickrichtung, Blickkontakt), Tonfall (Stimmfarbe, Tonhöhe, Klangfarbe), Attribute (Kleidung, Schmuck, Einrichtung etc.) (Misoch, 2006, S. 22–30; Short et al., 1976, S. 46–55).

Dabei bleibt zu betonen, dass die einem Symbol zugewiesene Bedeutung eine höchst individuelle sein kann. Welche Kognitionen, Emotionen, Vorstellungen etc. über das Symbol im Bewusstsein aktualisiert werden, hängt von der Erfahrung der einzelnen Person, die das Symbol nutzt, ab. (Burkart, 2021, S. 50)

In diesem Zusammenhang führt Burkart (2021) zum Prozess der Verständigung aus:

Wenn nun also Menschen im Prozess der kommunikativen Interaktion symbolisch vermittelt zueinander in Beziehung treten, dann aktualisieren sie ja genaugenommen jeweils bestimmte Erlebnisdimensionen, die in ihrem eigenen Bewusstsein „gespeichert“ sind. Indem sie Symbole benützen, rufen sie ihr individuelles Erfahrungsrepertoire wach, das durch die jeweiligen Symbole repräsentiert wird. Nur dann, wenn wenigstens Teile dieser gespeicherten Erlebnisdimensionen im Bewusstsein beider Kommunikationspartner vorhanden sind, kann Kommunikation gelingen bzw. Verständigung zustande kommen.“ (S. 54)

2) Online-Kommunikation:

Fraas et al. (2012) definiert in ihrem Grundlagenwerk zur Online-Kommunikation diese als „alle Formen interpersonaler, gruppenbezogener und öffentlicher Kommunikation [...], die über vernetzte Computer vermittelt werden“ (S. 16). Verschiedene Online-Medien bringen verschiedene Besonderheiten mit, sind aber mit spezifischen Restriktionen im Vergleich zur Face-to-Face-Kommunikation verbunden, da sie in unterschiedlichem Ausmaß über die Sinne wahrnehmbare, kommunikationsrelevante Reize ausfiltern (Höflich, 2003, S. 38; Pürer et al., 2015, S. 24). Diese Unterscheidung ist insofern relevant, als die verschiedenen online zur Verfügung stehenden Kommunikationsformen sich unterschiedlich auf die Kommunikationssituation auswirken. Kommunikationsprozesse, die synchron bei möglichst umfangreicher Reizübertragung ablaufen, wie zum Beispiel internetbasierte Videotelefonie, kommen dem klassischen psychotherapeutischen Präsenzsetting im Hinblick auf den Umfang an übertragenen Reizen am nächsten, ohne jedoch dieselbe Vielfalt an Reizen abbilden zu können. Unter dem Stichwort Cyberspace kann das Internet als Raum im soziologischen Sinn verstanden werden, in welchem sich Kommunikation als sozialer Prozess abspielt (Fraas et al., 2012, S. 19; Höflich, 2003, S. 35).

Methode

Um bereits bestehende Modelle der Online-Kommunikation für die Personzentrierte Psychotherapie fruchtbar zu machen, wird ein integrativer Vergleich zweier theoretischer Modelle durchgeführt.

Die sechs Therapiebedingungen, die von Rogers als notwendig und hinreichend für konstruktive therapeutische Veränderungsprozesse beschrieben wurden, werden als jene Theorie herangezogen, die die Struktur für den Vergleich bereitstellt. Anhand dieser Struktur wird das gewählte Modell zur Online-Kommunikation, das Medienökologische Modell nach Nicola Döring (2003), im Folgenden kurz MÖM, erschlossen.

Forschungsansätze zu computervermittelter Kommunikation lassen sich grob in zwei Bereiche kategorisieren: Der eine Bereich sind technikfokussierte Ansätze, die den Schwerpunkt auf Eigenschaften des Mediums legen, welche Bandbreite dieses übertragen kann und welches Ausmaß an sozialer Präsenz damit ermöglicht wird. Diese Ansätze gehen meist davon aus, dass computervermittelte Kommunikation aufgrund reduzierter Übertragungsmöglichkeiten weniger persönlich sein müsse als Präsenzkommunikation (z. B. Begriff der Bandbreite, Theorie der Sozialen Präsenz). Der andere Bereich umfasst Ansätze, die den Fokus auf die Mediennutzer*innen legen. Diese

befassen sich mit dem Umgang der Nutzer*innen mit den und angesichts der spezifischen Möglichkeiten verschiedener Medien und betonen häufig kreative und konstruktive Aspekte der Mediennutzung durch die Nutzer*innen, wie beispielsweise die Theorie der Medienwahl, Social Information Processing Theory, Social Identity/Deindividuation Theory, Theorie der Hyperpersonalen Kommunikation. (Döring, 2003, S. 186; Misoch, 2006, S. 115–142; Walther, 2002, S. 531–542)

Im MÖM werden die verschiedenen Ansätze als einander ergänzend verstanden: Weder allein das Medium, noch allein die Nutzer*innen bedingen Effekte der Online-Kommunikation (Döring, 2003, S. 128–129, 198). Damit entfernt sich dieses Modell von einer Perspektive mit Fokus auf Techniknutzungsverhalten und bewegt sich hin zu einer Perspektive mit Fokus auf die spezifische mediale Umgebung, in der sich Kommunikation abspielt:

Die Umgebungs-Metapher soll die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass natürliche und technische Kommunikationsmedien [...] jeweils spezifische Optionen und Restriktionen für die zwischenmenschliche Verständigung zur Verfügung stellen, die von den Kommunizierenden situativ und übersituativ auf unterschiedliche Weise angeeignet und gestaltet werden. Im Zuge dieser Inter- oder Transaktionen (Technisierung des Alltags und Veralltäglichen der Technik) bleiben auch die Nutzerinnen und Nutzer nicht dieselben, sondern machen Erfahrungen, die ihr Denken und Handeln innerhalb und außerhalb medialer Umwelten verändern. (Döring, 2003, S. 189)

Das MÖM kehrt der medienpsychologischen Perspektive, die einzelne Medien und ihre Effekte isoliert betrachtet, den Rücken und etabliert eine sozialpsychologische Perspektive auf Kommunikation als ein soziales Phänomen, welches sich in unterschiedlichen medialen Umgebungen abspielt (Döring, 2003, S. 189). Damit bietet es einen vergleichsweise ganzheitlichen Zugang zur systematischen Betrachtung von Online-Kommunikation und bietet sich aufgrund der nicht nur medien- sondern sozialpsychologischen Perspektive für eine Gegenüberstellung mit der personzentrierten Therapietheorie an.

Das Medienökologische Modell (MÖM)

Das MÖM betrachtet Kommunikationsprozesse in ihrem jeweiligen Kontext und betont diese Perspektive mit der Bezeichnung „Umgebung“, welche in diesem Zusammenhang auf alle „physikalischen, medialen (virtuellen) und kulturellen Gegebenheiten“ (Döring, 2003, S. 189) hinweist, die für die jeweilige Interaktion relevant sind. Die Kommunikationsumgebung wird über fünf Komponenten systematisiert:

- 1) Medienwahl: Das MÖM führt unter dieser Komponente bestehende Theorien zur Medienwahl durch Nutzer*innen zusammen, wobei auch die Präsenzkommunikation, insbesondere in Industriegesellschaften, nicht mehr als

- natürlich stattfindende Grundform der Kommunikation betrachtet wird, sondern als eine Form der Kommunikation, die so wie auch andere Formen, mehr oder weniger bewusst aufgesucht wird. Medienbezogene (Verfügbarkeit, Kosten, Zeitaufwand, soziale Präsenz, Aufgabeneignung), personenbezogene (Ausstattung, Einstellungen, Gewohnheiten, Kompetenzen, Lebenssituation, Persönlichkeit, Ziele, Nutzen) und interpersonale Faktoren (Erreichbarkeit von Kommunikationspartnern, soziale Normen, Zwang) spielen in der Medienwahl eine Rolle ebenso wie die Wählbarkeit an sich (selbst-/fremdbestimmt, beziehungs-/aufgabenadäquat, reflektiert und sozial ausgehandelt). (Döring, 2003, S. 190–192)
- 2) Medienmerkmale: Das MÖM entfernt sich von der Vorstellung des Kommunikationskanals als Transportmittel von Botschaften und geht hin zu der Vorstellung einer Kommunikationsumgebung, die über „spezifische Restriktionen und Optionen“ (S. 192) das „Verhalten und Erleben der Beteiligten“ (S. 192) mitbestimmt. Dabei werden aus verschiedenen Modellen der computervermittelten Kommunikation folgende Faktoren zusammengefasst, die jeweils sowohl Option als auch Restriktion sein können: Kosten, Teilnehmerkreis, Zeit, Modalität (der Sinneswahrnehmung), Code, Raum, Kultur. Im Unterschied zu anderen Modellen stellt das MÖM heraus, dass Präsenz- und computervermittelte Kommunikation sich nicht grundsätzlich gegenüberstehen, sondern dass beide Kommunikationsformen spezifische Optionen und Restriktionen beinhalten. (Döring, 2003, S. 192–193)
- 3) Mediales Kommunikationsverhalten: Das MÖM versteht Kommunikationsverhalten als eine „situationsabhängige Auseinandersetzung mit den medienpezifischen Optionen und Restriktionen im Zusammenhang mit sozialen Verständigungsprozessen“ (S. 193), wobei die Kommunizierenden aktiv gestaltend auf die Kommunikationsumgebung einwirken. Dabei kann das Kommunikationsverhalten a) keinen Einfluss zeigen, b) Restriktionen des Mediums kompensieren, c) Optionen des Mediums zur Verbesserung/Veränderung der Kommunikation ausnutzen. (Döring, 2003, S. 193–194)
- 4) Kurzfristige soziale Effekte: Dieser Punkt bezieht sich im MÖM auf die psychischen, physischen und sozialen Auswirkungen, die eine spezifische Kommunikationssituation in einer konkreten medialen Umgebung mit dem individuellen Kommunikationsverhalten mit sich bringt. Ob diese Auswirkungen eher vor- oder nachteilig wirksam werden, hängt nicht nur vom Medium an sich ab, sondern vor allem auch von Kompetenzen, um sich in der jeweiligen Kommunikationsumgebung zurechtzufinden – Stichwort Netzkompetenz. (Döring, 2003, S. 194–196)
- 5) Langfristige soziale Folgen: Das MÖM geht davon aus, dass die längerfristigen Folgen einer konkreten Kommunikationssituation im Hinblick auf sozial ausgehandelte Identitäten und soziale Beziehungen aus dem Erleben der konkreten Situation als positiv oder negativ entstehen. Aber nicht nur die erlebte Qualität der Kommunikationssituation ist entscheidend, sondern auch die Kombination verschiedener Kommunikationsformen. So kann eine Person mit hoher Netzkompetenz negative langfristige Folgen erleben, wenn sich Beziehungen ausschließlich auf das Internet beschränken. Umgekehrt kann eine netzkompetente Person von positiven Folgen profitieren, wenn das Internet zur Erweiterung des Beziehungsnetzwerks genutzt werden kann. Somit können langfristige soziale Folgen nur situations- und personenspezifisch betrachtet werden und sind somit in einen sozialpsychologischen Kontext einzuordnen. (Döring, 2003, S. 197–198)

Die sechs Therapiebedingungen nach Rogers

Die sechs durch Rogers als notwendig und hinreichend definierten Therapiebedingungen werden an dieser Stelle im Original angeführt um sie dann in weiterer Folge mit dem MÖM gegenüberzustellen:

1. Zwei Personen befinden sich in Kontakt.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz; sie ist verletztlich oder voller Angst.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist kongruent in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet bedingungslose Wertschätzung gegenüber dem Klienten.
5. Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.
6. Der Klient nimmt zumindest in geringerem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 wahr, nämlich die bedingungslose Wertschätzung des Therapeuten im gegenüber und das empathische Verstehen des Therapeuten. (Rogers, 1959/2016, S. 46–47)

Die sechs Therapiebedingungen und das Medienökologische Modell

Im Folgenden werden die sechs Therapiebedingungen mit dem MÖM gegenübergestellt, wobei die Therapiebedingungen zudem als Struktur für die Gegenüberstellung genutzt werden.

1) Kontakt und das MÖM

In der personenzentrierten Therapietheorie ist Kontakt so beschrieben, dass die beteiligten Personen gegenseitig einen zumindest unterschwellig wahrnehmbaren Unterschied im Erleben der jeweils anderen Person machen. Kontakt stellt somit ein Minimum an Beziehung dar, welches als Voraussetzung für verschieden ausdifferenzierte Qualitäten von Beziehung verstanden werden kann, er ist quasi der Ausgangspunkt für jede mögliche Art von Beziehung, noch ohne dass diese genauer zu bezeichnen wäre. (Rogers, 1959/2016, S. 40)

Unter diesem Fokus kann Kontakt als Vorbedingung für Kommunikation verstanden werden. In dem Moment, in dem Kontakt gegeben ist, findet auch Kommunikation statt, wobei Kommunikation als auf Gemeinsamkeit gerichtete Aktivität zu verstehen ist, auch wenn diese Kommunikation darauf abzielt, den Kontakt wieder zu beenden (Schmid, 2002, S. 188–189). Diese Auffassung teilen auch Whelton und Greenberg (2002, S. 96–97), indem sie Kontakt als ein Minimum an Bewusstsein für die Präsenz einer anderen Person und zumindest einen gewissen Grad an Zuwendung zu dem beschreiben, was diese Person kommuniziert: „Where there is psychological contact, there is a communicating self in action“ (Whelton & Greenberg, 2002, S. 107).

Kontakt beinhaltet jedoch nicht nur die Wahrnehmung der Präsenz einer anderen Person, sondern auch der eigenen. Der Ausdruck bezeichnet die Repräsentanz eines subjektiv bedeutsamen Selbst vor sich selbst und vor anderen (Warner, 2002, S. 80). Die Art und Weise, wie eine Person mit sich selbst und einer anderen Person in Kontakt tritt, geschieht im Rahmen der Möglichkeiten, die der Person aufgrund der Entwicklung und Organisation ihres Selbst zum gegebenen Zeitpunkt zur Verfügung stehen, und ist damit auch Ausdruck des Selbst (Whelton & Greenberg, 2002, S. 99–100, 102).

Kontakt im Sinne eines wahrnehmbaren Unterschieds im Erlebensfeld des Gegenübers lässt sich vor diesem Hintergrund online herstellen. Das MÖM betont jedoch ausdrücklich, dass einzelne Kontakte in vielfältigen medialen Umgebungen stattfinden und in diesem Wechsel zwischen verschiedenen Umgebungen die soziale Beziehung ausmachen. Im Hinblick auf industrialisierte Gesellschaften sind in fast allen sozialen Beziehungen medial vermittelte Kontakte häufiger als Präsenzkontakte, wobei mediale Kontakte meist die Präsenzkontakte nicht ersetzen, sondern diese eher ergänzen und koordinieren. (Döring, 2003, S. 421–424)

In diesem Kontext kann die Therapiebedingung des Kontakts, die innerhalb einer Therapiesitzung zumindest zu einem minimalen Ausmaß erfüllt werden sollte, als eingebettet in eine Abfolge von Einzelkontakten in potenziell verschiedenen (medialen und Präsenz-) Umgebungen verstanden werden, die in

ihrer Gesamtheit die therapeutische Beziehung ausmachen. Damit wird deutlich, was auch in den fünf Komponenten des MÖM sichtbar wird: Die individuelle Interaktion ist nicht nur ein momentanes Ereignis, geprägt von Medienwahl, Medien-eigenschaften und Kommunikationsverhalten, das kurzfristige soziale Effekte erzielt, sondern bringt auch langfristige Auswirkungen mit sich, die aus der Bewertung des Einzelkontakts, aber auch aus der Bewertung des Einzelkontakts im Kontext der Beziehung in ihrer spezifischen Kombination aus Kontakten entstehen. Im MÖM wird der Mechanismus dieser Bewertung nicht näher ausgeführt, jedoch lässt sich dieser Begriff an das personenzentrierte Verständnis von Bewertung anknüpfen, wobei zwischen einer organismischen Bewertung und Bewertungsbedingungen zu unterscheiden ist. Die Bewertung des einzelnen Kontakts kann dabei nicht vom Kontext der vorhergegangenen Kontakte und der Antizipation folgender Kontakte losgelöst erfolgen.

2) Inkongruenz und das MÖM

Inkongruenz auf Seite der Klient*in ist als zweite Therapiebedingung definiert und beschreibt eine Diskrepanz zwischen organismischem Erleben und Selbstkonzept, welche in der Beziehung zu bedeutsamen Anderen ihren Ursprung nimmt und über die Art und Weise der Bezugnahme zu sich selbst festgeschrieben wird (Biermann-Ratjen, 2008, S. 162–163; Rogers, 1959/2016, S. 61; Stumm et al., 2003, S. 20, 220, 279). Inkongruenz kann somit als eine Form der intrapersonalen Kommunikation verstanden werden, in der organismisches Erleben nicht oder nur verzerrt symbolisiert werden kann (Stumm & Keil, 2014, S. 7). Was in der intrapersonalen Kommunikation nicht gesagt werden darf – also Erlebnisinhalte, die der Gewahrnehmung nicht zugänglich sind – kann konsequenterweise auch in der interpersonellen Kommunikation nicht exakt symbolisiert werden.

Aufgrund der zunehmenden Durchdringung des Alltags mit Internettechnologien und der darüber und damit entstehenden Interaktionen mit bedeutsamen Anderen bereits im Kindes- und Kleinkindalter² dürfte davon auszugehen sein, dass auch diesbezüglich sowohl organismisches Erleben als auch Bewertungen desselben erfahren werden, die in der Ausbildung eines Selbstkonzepts eine Rolle spielen und damit prägen, wie die Person sich in und zwischen verschiedenen Kommunikationsumgebungen bewegt.

2 Laut einer im Auftrag des Österreichischen Instituts für angewandte Telekommunikation über das Projekt Saferinternet.at veröffentlichten Umfrage (2020) nutzen 72 % der 0–6-Jährigen digitale Medien. 24 % nutzen diese täglich, 33 % mehrmals in der Woche. Während 3–6-Jährige vor allem Videos, Musik und Spiele nutzen, interagieren 0–2-Jährige vor allem mit anderen Personen oder schauen Fotos an.

Aus der Perspektive des MÖM betrachtet, ist Online-Kommunikation also nicht als abgetrennter Lebensbereich zu verstehen, sondern als eine von vielen kommunikativen Umgebungen, in denen Menschen sich bewegen, miteinander interagieren und damit in der Beantwortung durch wichtige Andere Selbstantworten erlernen, verfestigen aber auch verändern können.

Insbesondere in den letzten beiden Komponenten des MÖM wird deutlich: Jeder Einzelkontakt in einer bestimmten Kommunikationsumgebung bringt kurzfristige, aber auch langfristige physische, psychische und soziale Auswirkungen mit sich, die vor- oder nachteilig für die Person sein können. Diese Bewertung der Auswirkung kann an das personenzentrierte Bewertungsverständnis angeknüpft werden, wobei zu beachten ist, ob die Bewertung über organismisches Erleben oder über Bewertungsbedingungen verläuft.

Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen: Face-to-face-Kontakte lösen in einer Person aufgrund ihrer Inkongruenzdynamik Ängste aus, was dazu führt, dass diese Person vorwiegend Kontakte über das Internet herstellt. Die einzelne virtuelle Begegnung wird in ihrem kurzfristigen Effekt positiv bewertet, da Ängste, die aus der Bedrohung des Selbstkonzepts entstehen, reduziert und gleichzeitig Bedürfnisse nach Beachtung durch andere befriedigt werden können – die Selbstaktualisierungstendenz in ihrer erhaltenden Funktion verfestigt die Inkongruenz, Angst vor Präsenzkontakten nimmt zu, die langfristigen Effekte, wie zunehmender Rückzug und Einsamkeit, sind für den Gesamtorganismus in seinen Beziehungsbedürfnissen wenig förderlich.

3) Kongruenz und das MÖM

In der dritten Bedingung definiert Rogers (1959/2016, S. 49) die Notwendigkeit, dass die Therapeut*in in der gegenwärtigen Beziehung mit dem spezifischen Gegenüber in der Lage ist, das eigene Erleben exakt symbolisieren und in das Selbstkonzept integrieren zu können. Kongruenz meint also ein Verhältnis zwischen Erleben, Gewahrsein und Verhalten: Kongruenz bezeichnet sowohl die Übereinstimmung zwischen Erlebnisinhalten und deren Symbolisierung im Gewahrsein als auch die Übereinstimmung von kommunikativem Verhalten mit den symbolisierten Erlebnisinhalten (Brodley, 2001, S. 63–64).

Mit Fokus auf Kommunikation kann Kongruenz verstanden werden als die Übereinstimmung zwischen der intrapersonalen Kommunikation der Therapeut*in, welche charakterisiert ist durch Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben in allen Facetten, und der interpersonalen Kommunikation, also der Art und Weise, wie die Therapeut*in mit dem eigenen Erleben transparent in Beziehung zum Gegenüber tritt (Greenberg

& Geller, 2001, S. 132; Stumm et al., 2003, S. 79–81). Wichtig ist zu beachten, dass sich die Therapiebedingung der Kongruenz jedoch auf die Haltung der Therapeut*in – also auf den intrapersonalen Aspekt – bezieht und nicht impliziert, dass die symbolisierten Erlebnisinhalte explizit kommuniziert werden müssen (Brodley, 2001, S. 57).

Um Klient*innen in der Entwicklung von auf das organismische Erleben bezogenen Selbstantworten zu unterstützen, ist die einzelne Online-Begegnung im Verständnis des MÖM nicht grundsätzlich als etwas ganz Eigenes, für sich Stehendes zu betrachten. Entsprechend bietet sich an, Kongruenz wie oben beschrieben sowohl im Hinblick auf den Einzelkontakt als auch auf die Beziehung als Gesamtes zu betrachten. Dies würde für Therapeut*innen bedeuten, dass das eigene organismische Erleben im Hinblick auf einzelne, virtuelle Kontakte – also die Abwägung kurzfristiger Effekte gemäß MÖM – aber auch auf die Beziehung in ihrer spezifischen Kombination potenziell unterschiedlicher Kommunikationsformen – also die Abwägung langfristiger Effekte gemäß MÖM – der Gewahrdung zugänglich ist und dort, wo anhaltende Störungen den Prozess zu stoppen drohen, sich transparent in die Co-Konstruktion der gemeinsamen Begegnung einzubringen.

4 und 5) Unbedingte positive Beachtung, einführendes Verstehen und das MÖM

Die Therapiebedingungen der unbedingten positiven Beachtung sowie des einführenden Verstehens beschreiben Haltungen der Therapeut*in, die eine kommunikative Absicht beinhalten, jedoch kein konkretes kommunikatives Verhalten gegenüber der Klient*in definieren (Rogers, 1959/2016, S. 46–47). Damit sind sie zwar essenziell für die therapeutische Beziehung, sind jedoch tendenziell unabhängig von der spezifischen Umgebung, in der sich Kommunikation abspielt. Dass diese Bedingungen durch die Klient*in wahrgenommen werden müssen, wird in Bedingung sechs definiert und wird im entsprechenden Abschnitt ausführlicher beschrieben.

Im Personenzentrierten Ansatz spielen empathische Prozesse eine wichtige Rolle in der Entstehung und Entwicklung des Selbstkonzepts und haben damit zentrale Bedeutung für den Therapieprozess (Stumm et al., 2003, S. 82–85). In der Bezeichnung einführendes Verstehen wird deutlich, dass diese Therapiebedingung zwei Aspekte beinhaltet, nämlich einerseits einen emotionalen und andererseits einen kognitiven Aspekt. Stumm et al. (2003) führen aus, dass Erfahrungen, die die Grundlage des einführenden Verstehens bilden, sowohl aus affektiven als auch aus kognitiven Anteilen bestehen. Diese emotional-affektiven Anteile grenzen das empathische Verstehen von einer rein kognitiv-rationalen Perspektivenübernahme ab. (S. 82–83)

Auch wenn die beiden Bedingungen als Haltungen und nicht als konkret formulierte Kommunikationsweisen konzipiert sind, scheint die Überlegung relevant, in wie weit ein physisch-körperlich geteilter Erlebensraum als Voraussetzung für Empathie in ihrer affektiven Dimension einzuordnen ist. In der Begrifflichkeit des MÖM lässt sich festhalten, dass die Entkörperlichung in einer Online-Kommunikationsumgebung eine spezifische Restriktion darstellt, die möglicherweise für ein therapeutisches Einfühlen als affektiv-soziales Geschehen nachteilig zu bewerten sein könnte.

6) Wahrnehmung und das MÖM

Bedingung sechs beschreibt die Wahrnehmung der therapeutischen Haltungen durch die Klient*in und macht damit deutlich, dass die formulierten Bedingungen, insbesondere vier und fünf, eine Kommunikationsabsicht der Therapeut*in beinhalten, aber keine konkrete Umsetzung dieser Kommunikationsabsicht vorgeben. Begleitend bietet Rogers eine alternative Formulierung für Bedingung sechs an, die den kommunikativen Aspekt betont: „6. Die Kommunikation des Therapeuten über sein empathisches Verstehen und seine bedingungslose positive Beachtung gegenüber dem Klienten erreicht diesen zumindest ansatzweise.“ (Rogers, 1959/2016, S. 47)

Bedingung sechs umfasst damit zwei Aspekte: Zum einen das Erleben von Empathie und unbedingter positiver Beachtung der Therapeut*in gegenüber der Klient*in als intrapersonelles, relationales Geschehen und zum anderen die Kommunikation dieses Erlebens als interpersonelles, co-konstruktives Geschehen (Toukmanian, 2002, S. 126–127). Die Bedingungen eins (Kontakt) und sechs (Wahrnehmung) weisen eine enge logische Verbindung auf, da beide den Beziehungsrahmen definieren, in welchem die anderen Bedingungen verwirklicht werden (Whelton & Greenberg, 2002, S. 96). In der Beschreibung der Bedingungen wird festgehalten, dass schon ein minimales Erfüllen beider Bedingungen ausreicht, damit gemeinsam mit den anderen Bedingungen konstruktive Veränderung stattfinden kann. Hervorzuheben ist dabei der dialogische Charakter der therapeutischen Beziehung als eine Co-Konstruktion einer verhandelten interpersonalen Realität und nur wenn eine solche entsteht, kann die Klient*in Empathie und unbedingte positive Beachtung der Therapeut*in überhaupt wahrnehmen, also die sechste Bedingung erfüllt sein (Whelton & Greenberg, 2002, S. 112). Die therapeutische Beziehung kann somit verstanden werden als eine dynamische Begegnung zweier Individuen oder zweier wahrgenommener Realitäten der Welt (Toukmanian, 2002, S. 121).

Hier wird die Parallele zum symbolischen Interaktionismus deutlich: Zwei Menschen begegnen einander kommunizierend, sie rufen sich wechselseitig Bedeutungen ins Bewusstsein und

aktualisieren diese in der gemeinsamen Interaktion. Der co-konstruktive Prozess der Therapie endet also nicht an dem Punkt, an dem bereits bekannte Bedeutungen im Gewahrsein symbolisiert werden, sondern findet in diesem Punkt seinen Ausgang: Individuelle Bedeutungswelten treffen aufeinander, aktualisieren sich in diesem Aufeinandertreffen und eine neue, dem gegenwärtigen Moment eigene Bedeutungswelt entsteht, auf welche die beteiligten Individuen wiederum bedeutungsgeladene Bezug nehmen.

Dies zeigt, dass es sich um einen wechselseitigen Prozess handelt, in dem nicht zu jedem Zeitpunkt die Bedingung vollumfänglich erfüllt sein muss, damit konstruktive Veränderung stattfinden kann. Bezogen auf Online-Kommunikationsumgebungen bedeutet das für Therapeut*innen, die eigenen Möglichkeiten zur Kommunikation der therapeutischen Haltungen zu reflektieren, im Hinblick auf den einzelnen Kontakt und im Hinblick auf die Beziehung, wobei die fünf Komponenten des MÖM eine hilfreiche Orientierung bieten können.

Findet Kommunikation online statt, hängt es vom konkreten Medium ab, welche Reizereignisse grundsätzlich wahrnehmbar sind. In einer textbasierten Online-Kommunikation sind die Kommunizierenden mit anderen Reizen konfrontiert als in einem internetbasierten Videotelefonie-Setting. Nicht nur die Wahrnehmung des Gegenübers verändert sich medien-spezifisch, sondern auch die Selbstwahrnehmung, aufgrund der ständigen Rückspiegelung des eigenen virtuellen Erscheinungsbildes. Wahrnehmung bezieht sich demnach sowohl auf interpersonale Aspekte als auch auf die Selbstwahrnehmung. Welche Reize in die Wahrnehmung selektiert werden, hängt zum Teil von der Art der Reize selbst ab, aber auch von der Person mit ihren individuellen Voraussetzungen bzgl. Aufmerksamkeit und Erwartungen. Worauf sich die Wahrnehmung in der Online-Kommunikation konzentriert, hängt also von verschiedenen medien-spezifischen und personalen Faktoren ab. (Döring, 2003, S. 248–249)

In die personenzentrierte Begrifflichkeit übertragen kann das so verstanden werden, dass die verschiedenen äußeren und inneren Reize, die in der Online-Umgebung vorhanden sind, im Sinne der Erhaltung des Selbstkonzepts im Gewahrsein abgebildet werden. Dabei wäre denkbar, dass aufgrund der Selbststruktur eine sehr einseitige Selektion zu Gunsten der Selbstwahrnehmung stattfinden kann, sodass die interpersonale Wahrnehmung – und damit die Wahrnehmung der therapeutischen Haltungen – eingeschränkt und in manchen Fällen vielleicht sogar unmöglich sein kann. In einem solchen Fall wäre zu hinterfragen, ob von einem dialogischen Geschehen im Sinne eines personenzentrierten Gehört- und Beantwortet-Werdens gesprochen werden kann, oder ob viel mehr von einem Verbleiben in der Selbstbeantwortung und damit der Fortschreibung einer Inkongruenz auszugehen ist. Hier zeigt

sich wieder die logische Verbindung zu Bedingung eins, Kontakt: In einem solchen Fall muss auch hinterfragt werden, ob so Kontakt im Sinne einer Wahrnehmung des Gegenübers als einer anderen Person gegeben ist.

Auf Seiten der Klient*innen gilt es demnach zu erforschen, inwieweit es diesen möglich ist, die Grundhaltungen der Therapeut*innen wahrzunehmen, dies gilt grundsätzlich, ist aber in Bezug auf Online-Kommunikation nochmals gesondert zu beachten, um ein genaueres Verständnis dafür zu entwickeln, ob Einschränkungen in der Wahrnehmungsfähigkeit der medialen Umgebung geschuldet sind und mit dem Wechsel in eine andere Kommunikationsumgebung erleichtert werden könnten oder ob sie in Strukturen der Person begründet liegen, unabhängig von der Kommunikationsumgebung, und damit besondere Beachtung in der therapeutischen Arbeit erfordern.

Vereinbarkeiten und Konfliktpunkte

Wie in der Gegenüberstellung herausgearbeitet und in Übereinstimmung mit Rodgers et al. (2022), zeigt sich, dass sich auch über Online-Medien die personenzentrierten Therapiebedingungen, wie sie Rogers definiert hat, zumindest in einem gewissen Ausmaß realisieren lassen, wobei bereits ein Mindestmaß an Erfüllung der Bedingungen konstruktive Veränderung hervorbringen und damit im therapeutischen Sinne wirksam sein kann. Allerdings gilt auch, dass je mehr die Bedingungen erfüllt sind, umso eher ein heilsamer Prozess stattfindet. Das bedeutet, dass auch wenn ein Mindestmaß ausreichend sein kann, der therapeutische Prozess sehr wohl ein Bestreben nach bestmöglicher Realisierung der Bedingungen beinhaltet.

Das MÖM zeigt auf, dass Online-Kommunikation im Vergleich zur Präsenzkommunikation je nach Medium eigene Möglichkeiten aber auch Restriktionen mit sich bringt. Im MÖM wird Telepräsenz von der Kopräsenz unterschieden, wobei ein Merkmal der Telepräsenz ist, dass der Körper als Produzent und Träger kommunikativer Zeichen weitgehend wegfällt (Döring, 2003, S. 43–45). In der Online-Kommunikation fällt jedoch nicht nur der Körper als sinnlich wahrnehmender und wahrnehmbarer Akteur kommunikativen Geschehens weg, sondern auch ein geteilter Aufenthaltsort, der einen gemeinsamen Erlebens- und Handlungsrahmen darstellt (Misoch, 2006, S. 60). Um die Bedeutung der Körperlichkeit in der Kommunikation zu verdeutlichen, setzt Döring (2003, S. 38) punktuell die Bezeichnung *body-to-body* an Stelle der in der einschlägigen Literatur häufig gebrauchten Bezeichnung *face-to-face* für Kommunikation, die in einer physisch geteilten Umgebung stattfindet.

Im Personenzentrierten Ansatz wird die therapeutische Situation als ein gemeinsames Erleben der Begegnung in

unmittelbarer Gegenwärtigkeit verstanden (Schmid, 2002, S. 184, 200). In einer Online-Kommunikationsumgebung bleibt diese Interaktion jedoch eine Interaktion mit(tels) Gegenständen – um in einen virtuellen Begegnungsraum eintreten zu können muss mit an einen physischen Ort gebundenen technischen Fremdkörpern operiert werden (Höflich, 2003; S. 37, Kächele, 2003, S. 310). Die andere Person als wiederum integrierender Organismus in seiner Körperlichkeit ist nicht Teil der sinnlich erfahrbaren Umgebung. Döring (2003) wirft diesbezüglich eine grundlegende Frage auf:

Kann man überhaupt „im“ Internet sein? Wo befindet sich der Cyberspace? In den Köpfen und Körpern der Beteiligten, in ihren vernetzten Rechnern, oder irgendwo dazwischen? In welcher Beziehung zueinander stehen 1) interpersonal geteilte physische Umwelten, 2) interpersonal geteilte virtuelle Umwelten, 3) deren subjektive Repräsentationen und 4) intrapersonale imaginäre Umwelten? (S. 171)

Vor diesem Hintergrund bleibt zu hinterfragen, bis zu welchem Grad die Begegnung in einer Online-Kommunikationsumgebung überhaupt eine Begegnung zwischen zwei Personen darstellt. Die unmittelbare Begegnung kann als eine mit dem unlebten Gegenstand, dem Medium, verstanden werden. Wahrnehmungen und Selbstwahrnehmung würden sich dann mehr auf den Gegenstand beziehen als auf die Person am anderen Ende der Leitung. Es wäre eine Interaktion mit einem Ding anstelle einer Interaktion mit einer anderen Person als lebendem Organismus, der in einem geteilten Erlebensraum als vom eigenen Selbst unterscheidbar wahrgenommen wird.

Dem gegenüber steht ein Verständnis von einem geteilten virtuellen Erlebensraum, in dem sich zwei Personen begegnen und in den sie ihren jeweiligen realen, physischen Erlebensraum mehr oder weniger bewusst mit hineintragen. Das Erleben von Entkörperlichung und Getrennt-Sein kann als gemeinsames, miteinander geteiltes Erleben verstanden werden.

Dies lässt sich weiterführen zu der Frage, ob in einer Online-Kommunikationsumgebung, in der keine andere Person präsent im Sinne von kopräsent ist, um den erlernten Selbstantworten neue, aus dem geteilten organismischen Erleben kommende Antworten gegenüberzustellen, die Selbstantworten wiederum Selbstantworten bleiben und sich damit weiter verfestigen. Oder ob kongruente Antworten einer anderen Person, die aus einem organismischen Erleben der Entkörperlichung und Entkontextualisierung heraus entstehen, ebenso in der Lage sind, strukturgebundene Selbstantworten zu aktualisieren.

Es zeigt sich, dass in der hier vorgenommenen Integration weite Bereiche auszumachen sind, in denen Personenzentrierte Therapie und Online-Kommunikation im Sinne des MÖM durchaus vereinbar sind, wenn der Fokus auf den sechs Therapiebedingungen liegt und diese als notwendig und hinreichend gesehen werden. Diese Vereinbarkeit ergibt sich daraus,

dass die Therapiebedingungen immer nur bis zu einem gewissen Grad erfüllt sein können und auch müssen, um konstruktive Veränderung im therapeutischen Prozess zu ermöglichen. Gleichzeitig ist jedoch davon auszugehen, dass umso mehr Veränderung in Gang gesetzt werden kann, je mehr die Therapiebedingungen erfüllt sind. Damit ist jedenfalls festzuhalten, dass eine grundlegende Vereinbarkeit nicht gleichzusetzen ist mit einer ausschließlich im Online-Setting durchgeführten Behandlung.

Die personenzentrierte Therapietheorie wurde in einem Kontext entwickelt, in dem die therapeutische Situation als unmittelbare Körperpräsenz verstanden wurde. Das MÖM weist darauf hin, dass Telepräsenz im Vergleich zur Körperpräsenz spezifische Restriktionen mit sich bringt. Diese Restriktionen beziehen sich nach aktuellem Stand technischer Übermittlungsmöglichkeiten vor allem auf fehlende Signale im Bereich der körperlichen Kommunikation. Im therapeutischen Kontext können hier insbesondere Körpersignale, die emotionale Zustände ausdrücken, wie beispielsweise Veränderungen in der Atmung, Schwitzen oder Körpergeruch, Erstarren oder Unruhe, möglicherweise nicht ausreichend bzw. gar nicht wahrgenommen werden.

Aber auch die Frage nach den Voraussetzungen, unter denen empathisches Verstehen realisiert werden kann, erweist sich als möglicher Punkt der Unvereinbarkeit. Wie oben beschrieben wurde, bezieht sich einführendes Verstehen auf ein emotionales Geschehen, also ein Mit-Fühlen im Unterschied zu einem rein rationalen Mit-Denken. Inwieweit körperliche Signale wahrnehmbar sein müssen, damit empathisches Verstehen stattfinden und die Therapiebedingung zumindest in geringem Ausmaß erfüllt werden kann, kann im Rahmen dieses Beitrags hier nicht eindeutig beantwortet werden.

Um den Einsatz von Online-Kommunikation in der Therapie zu evaluieren und die Realisierung der Bedingungen zu fördern, lassen sich aus dem MÖM hilfreiche Perspektiven ableiten. So scheint insbesondere die Unterscheidung zwischen dem Kontakt als kommunikatives Einzelereignis und der Beziehung in ihrer Gesamtheit, bestehend aus einer Folge von Kontakten und den damit einhergehenden kognitiven, emotionalen und konativen Phänomenen, relevant. Damit lassen sich in der Therapieplanung kurzfristige und langfristige Auswirkungen abwägen, wenn es darum geht, ob und in welchem Umfang Online-Medien in der Therapie zum Einsatz kommen. Im Prozess dieser Abwägung bieten die Komponenten des MÖM Orientierung für eine strukturierte Betrachtung an.

Entlang dieser Orientierungshilfen kann sich einer bestmöglichen Realisierung der Therapiebedingungen angenähert werden, wobei das, was bestmöglich bedeutet, nur auf die ganz spezifische Konstellation zwischen der Therapeut*in und der Klient*in unter ihren ganz eigenen Umständen des

Zusammentreffens Bezug nehmen kann. Dies bedeutet eine Reflexion im Hinblick auf die Voraussetzungen, die die beteiligten Personen mitbringen: Wie passend wird das Medium für das Vorhaben Psychotherapie erlebt? Welche kommunikativen Kompetenzen, insbesondere auch im Umgang mit dem Medium werden mitgebracht? Welche erlebten Reglementierungen beeinflussen die Kommunikation? Welche Alternativen oder Wahlmöglichkeiten stehen den Beteiligten zur Verfügung? Welche persönlichen Faktoren können möglicherweise die Medienwahl beeinflussen? Welche kurz- und langfristigen Folgen für den Therapieverlauf können vermutet werden? Diese Überlegungen sind wiederum mit der jeweiligen Inkongruenzdynamik in Bezug zu setzen.

Die Therapieplanung unter Einbezug von Online-Medien wird damit wieder zutiefst personenzentriert: Zwei Personen mit ihren ganz eigenen Bedeutungswelten treffen in unterschiedlichen Kommunikationsumgebungen aufeinander, um unter wechselseitiger Aktualisierung von Bedeutungsinhalten einen gemeinsamen Bedeutungszusammenhang zu co-konstruieren, der, geprägt von den therapeutischen Bedingungen, nach besten Möglichkeiten konstruktive Veränderung anstößt.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E. M. (2008). Die klientenzentrierte Entwicklungspsychologie. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit & Vielfalt: Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 155–166). Wien: Krammer.
- Brodley, B. T. (2001). Congruence and its relation to communication in client-centered therapy. In G. Wyatt (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Bd. 1. Congruence* (S. 55–78). Ross on Wye: PCCS.
- Burkart, R. (2021). *Kommunikationswissenschaft: Grundlagen und Problemfelder einer interdisziplinären Sozialwissenschaft*. (6. Aufl.). Wien: Böhlau.
- Chen, C. K., Nehrig, N., Wash, L. Schneider, J. A., Ashkenazi, S., Cairo, E., Guyton, A. F. & Palfrey, A. (2020). When distance brings us closer: Leveraging telepsychotherapy to build deeper connection. *Counselling Psychology Quarterly*, 34, 1–14. <http://doi.org/10.1080/09515070.2020.1779031>
- Cook, J. E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 95–105. <http://doi.org/10.1089/109493102753770480>
- Döring, N. (2003). *Sozialpsychologie des Internet: Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Eichenberg, C. (2021). Onlinepsychotherapie in Zeiten der Coronapandemie. *Psychotherapeut*, 66, 195–202. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00484-0>
- Eichenberg, C. & Küsel, C. (2016). Zur Wirksamkeit von Online-Beratung und Online-Psychotherapie. *Resonanzen*, 4, 93–107. Verfügbar unter: www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/391 (24.7.2023)

- File, N., Kulcar, V., Kuntschner, E., Zeppenfeld, A. & Juen, B. (2022). Personzentrierte Psychotherapie während der Covid-19-Pandemie aus der Perspektive von Therapeut*innen: Eine Mixed Methods Studie. *Person*, 26(1), 21–32.
- Fraas, C., Meier, S. & Pentzold, C. (2012). *Online-Kommunikation: Grundlagen, Praxisfelder und Methoden*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. <http://doi.org/10.1524/9783486714814>
- Geller, S.M. (2020). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, 33, 1–17. <http://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348>
- Greenberg, L.S. & Geller, S.M. (2001). Congruence and therapeutic presence. In G. Wyatt (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Vol 1. Congruence* (S. 131–149). Ross on Wye: PCCS.
- Haupt, K. (2021). *Von Person zu Person in einer digitalen Welt: Personzentrierte Psychotherapie und Online-Kommunikation*. Masterthesis, Personzentrierte Psychotherapie, Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit. Verfügbar unter: <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/202904.pdf>
- Höflich, J.R. (2003). *Mensch, Computer und Kommunikation: Theoretische Verortungen und empirische Befunde*. Frankfurt/M.: Lang.
- Humer, E. & Probst, T. (2020). Provision of remote psychotherapy during the Covid-19 pandemic. *Digital Psychology*, 1, 27–31. <http://doi.org/10.24989/dp.vii2.1868>
- Kächele, H. (2003). Der Therapeut im Internet: Nur noch ein „human companion“? In S. Bauer & H. Kordy (Hrsg.), *E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung* (S. 3–12). Heidelberg: Springer.
- Kriz, J. (2008). Aktualisierungstendenz: Die notwendige systemische Grundlage des Personzentrierten Ansatzes. In: In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit & Vielfalt: Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (1. Aufl., S. 135–154). Wien: Krammer.
- Misoch, S. (2006). *Online-Kommunikation* (1. Aufl.). Konstanz: UVK.
- Österreichisches Institut für angewandte Telekommunikation, Saferinternet.at (2020). *Die Allerjüngsten (0–6 J.) & digitale Medien. Ergebnisse der Studie zum Safer Internet Day 2020*. Abgerufen unter: <https://www.saferinternet.at/news-detail/neue-studie-72-prozent-der-0-bis-6-jaeh-rigen-im-internet>.
- Probst, T., Haid, B., Schimböck, W., Stippl, P. & Humer, E. (2021). Psychotherapie auf Distanz in Österreich während COVID-19. Zusammenfassung der bisher publizierten Ergebnisse von drei Onlinebefragungen. *Psychotherapie Forum*, 25, 30–36. <https://doi.org/10.1007/s00729-021-00168-3>
- Pürer, H., Springer, N. & Eichhorn, W. (2015). *Grundbegriffe der Kommunikationswissenschaft*. Konstanz: UVK.
- Rodgers, B., Tudor, K. & Sutherland, A. (2022). An integrative review of the person-centred and experiential therapy literature on delivering individual video counselling and psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1002/capr.12600>
- Roesler, C. (2011). Die virtuelle therapeutische Beziehung: Eine Reflexion ihrer Möglichkeiten und Grenzen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 12, 107–112. <http://doi.org/10.1055/s-0030-1266152>
- Rogers, C.R. (1959/2016). *Eine Theorie der Psychotherapie* (2. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Ronen-Setter, I.H. & Cohen, E. (2020). Becoming „teletherapeutic“: Harnessing Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP) for challenges of the Covid-19 era. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 265–273. <http://doi.org/10.1007/s10879-020-09462-8>
- Schmid, P.F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-respondering: Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Vol. 4. Contact and perception* (S. 182–203). Ross on Wye: PCCS.
- Short, J., Williams, E. & Christie, B. (1976). *The social psychology of telecommunications*. London: Wiley.
- Stadler, M., Jesser, A., Humer, E., Haid, B., Stippl, P., Schimböck, W., Maaß, E., Schwanzar, H., Leithner, D., Pieh, C. & Probst, T. (2023). Remote Psychotherapy during the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study on the Changes Experienced by Austrian Psychotherapists. *Life*, 13, 360. <https://doi.org/10.3390/life13020360>
- Stumm, G. & Keil, W. (2014). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien, New York: Springer.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Toukmanian, S.G. (2002). Perception: The core element in person-centred and experiential psychotherapies. In G. Wyatt & P. Sanders (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Bd. 4. Contact and perception* (S. 115–132). Ross on Wye: PCCS.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy: A clinical philosophy*. London: Routledge.
- Walther, J.B., Anderson, J. & Park, D. (1994). Interpersonal effects in computer-mediated interaction: A meta-analysis of social and antisocial communication. *Communication Research*, 21, 460–487.
- Walther, J.B. (2002). Cues filtered out, cues filtered in: Computer-mediated communication and relationships. In M.L. Knapp (Hrsg.), *Handbook of interpersonal communication*. Thousand Oaks: Sage.
- Walther, J.B. (2011). Theories of computer-mediated communication and interpersonal relations. In M.L. Knapp & J.A. Daly (Hrsg.), *The sage handbook of interpersonal communication* (4. Aufl., S. 443–479). Los Angeles: Sage.
- Warner, M.S. (2002). Psychological contact, meaningful process and human nature: A reformulation of person-centered theory. In G. Wyatt & P. Sanders (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Bd. 4. Contact and perception* (S. 76–95). Ross on Wye: PCCS.
- Whelton, W.J. & Greenberg, L.S. (2002). Psychological contact and perception as dialectical construction. In G. Wyatt & P. Sanders (Hrsg.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice: Bd. 4. Contact and perception* (S. 96–114). Ross on Wye: PCCS.

„Kein Alkohol ist auch keine Lösung.“

Kontrolliertes Trinken aus Personenzentrierter Perspektive

Clemens Hrobsky

Wien

In der Behandlung von Alkoholismus wurden neben den vorherrschenden an Abstinenz orientierten Behandlungsmodellen Konzepte mit alternativer Zielsetzung entwickelt. Programme zum kontrollierten Trinken leiten zur Konsumreduktion an und stellen eine Erweiterung des Behandlungsangebotes dar. Unter Bezugnahme bestehender Konzepte und Beiträge der Personenzentrierten Psychotherapie in Verbindung mit Erfahrung aus der ambulanten Praxis wird veranschaulicht, dass dem Personenzentrierten Ansatz in der Begleitung zum kontrollierten Konsum eine besondere Eignung zukommt. Es wird auf Möglichkeiten und Grenzen des kontrollierten Trinkens im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung hingewiesen und gezeigt, dass die für Psychotherapie notwendigen Bedingungen hergestellt werden können, sofern die Konsumreduktion stabil und entsprechend weitreichend gestaltet ist.

Schlüsselwörter: Kontrolliertes Trinken, Konsumreduktion, Alkoholabhängigkeit, Suchtbehandlung

“No alcohol is no solution either.” — Controlled drinking from a person-centered perspective. In the treatment of alcoholism, concepts with an alternative goal have been developed in addition to the prevailing abstinence-oriented treatment models. Controlled drinking programs guide consumption reduction and represent an expansion of the range of treatments. With reference to existing concepts of person-centered psychotherapy in connection with experience from outpatient practice, it is made clear that the person-centered approach is particularly suitable for supporting controlled consumption. The possibilities and limitations of controlled drinking in the context of psychotherapeutic treatment are pointed out and it is shown that the essential conditions for psychotherapy can be created if the reduction in consumption is stable and far-reaching.

Keywords: Controlled drinking, consumption reduction, alcohol dependence, addiction treatment

Nachdem in der Personenzentrierten Psychotherapie Suchterkrankungen zunächst wenig Aufmerksamkeit zukam und es keine suchtspezifischen Konzepte gab, entstand mittlerweile eine Reihe bedeutender Beiträge, die das Phänomen Sucht aus personenzentrierter Sichtweise beschreiben und Behandlungskonzepte bieten (Bensel & Fiedler, 2012; Bieber, 2012; Carmon, 2012; Finke, 2004; Keil, 2002; Müllner-Sari, 2008; Reuland, 2012; Speierer, 2012; Swildens & Pfeiffer, 1991; Tecklenburg, 2018; Wilders, 2005). In diesen wurde gezeigt, dass der Personenzentrierte Ansatz auch zur Behandlung von Suchtkranken geeignet ist. Auch kam es zur Ergänzung und Erweiterung von störungsbezogenem Wissen und Vorgehensweisen zur Arbeit mit suchtkranken Personen.

Die Behandlungskonzepte sind dabei weitgehend auf Abstinenz ausgerichtet. In der Suchtbehandlung, insbesondere bei Alkoholproblematiken entstanden jedoch auch Konzepte zum

kontrollierten Konsum, die seit ihrer Entstehung kritisch betrachtet werden. In der Personenzentrierten Psychotherapie stellt sich die Frage, inwieweit diese Konzepte mit einer personenzentrierten Haltung vereinbar sind und ob damit die für eine erfolgreiche Psychotherapie notwendigen Bedingungen hergestellt werden können. Da hierzu bisher keine weitreichende Auseinandersetzung entstanden ist, möchte ich meine Reflexion von Erfahrung aus der Praxis der ambulanten Psychotherapie mit bestehender Theorie in Verbindung setzen, um diese Lücke zu schließen und eine konzeptuelle Weiterentwicklung anzuregen.

Zu den Entwicklungen in der Suchtbehandlung

In der Behandlung von Suchterkrankungen entstanden seit den 1970er Jahren Konzepte und Studien zur Konsumreduktion, die den klassischen abstinenzorientierten Ansätzen zuwiderliefen (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019). Die Notwendigkeit von Abstinenz als unausweichliches Therapieziel wurde infrage gestellt, was in der Fachwelt zu Kontroversen führte.

Mag. (FH) Clemens Hrobsky, 1984. Personenzentrierter Psychotherapeut, Sozialarbeiter, in freier Praxis und als Psychotherapeut im Verein P.A.S.S. tätig. Schwerpunkte im Bereich der Suchtbehandlung und Sexualität. Kontakt: Franz-Graßler-Gasse 21/2, 1230 Wien; office@praxis-hrobsky.at

Das klassische Krankheitsverständnis mit dem Ansatz der Abstinenz als oberstes Ziel basierte darauf, dass jeglicher Konsum einen Rückfall darstellt und ein Fortschreiten der Erkrankung bedeutet (Tecklenburg, 2018, S. 286). Neue Ansätze des kontrollierten Trinkens stellen rückblickend keine Revolution in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit dar, die das Ziel der Abstinenz ablösen. Vielmehr ist kontrolliertes Trinken als eine Ergänzung des Behandlungsangebotes zu verstehen und bietet einen Weg, der zwar für viele nicht gangbar ist, jedoch Personen erreicht, die abstinenzenorientierte Angebote ausschlagen.

In Österreich und Deutschland stellt Abstinenz weiterhin das gängige und vorherrschende Ziel dar, das auch von gesundheitspolitischer Seite Vorgabe der Kostenträger ist (Tecklenburg, 2018, S. 287). Anstelle von Abstinenz einen kontrollierten Konsum als Ziel der Krankenbehandlung von Alkoholabhängigkeit zu setzen, würde auf den ersten Blick paradox wirken, da das Abhängigkeitssyndrom in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)¹ durch eine verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch gekennzeichnet ist. Bereits die Betrachtung der Diagnosekriterien lässt schließen, dass ein kontrollierter Konsum nicht für jede Person und jedes Stadium einer Suchterkrankung infrage kommt. Für schwer alkoholabhängige Personen, die eine lange Suchtvergangenheit aufweisen und mitunter an Entzugssymptomen leiden, scheint Abstinenz besser geeignet, da hier ein kontrollierter Umgang und eine damit verbundene permanente Selbstdisziplinierung nur in seltenen Fällen gelingt. Als Zielgruppe für kontrolliertes Trinken werden insbesondere Personen mit problematischem Konsum, bei denen noch keine ausgeprägte Abhängigkeit besteht, genannt, sowie die Gruppe von „mehrfach geschädigten chronischen Alkoholabhängigen“², für die eine Konsumreduktion schadensminimierend wirkt (Kruse et al., 2000). Die Alkoholproblematik durch kontrolliertes Trinken zu verändern, scheint insbesondere jener Gruppe mit problematischem Konsum, die zwar noch keine Alkoholabhängigkeit entwickelt hat, jedoch entsprechend der diagnostischen Kriterien dem „schädlichen Gebrauch“³ zuzuordnen ist, am ehes-

ten möglich. Ein Widerspruch zwischen dem Bestreben eines kontrollierten Konsums bei Vorliegen einer Erkrankung mit einhergehendem Kontrollverlust besteht hier zumindest anhand der Diagnosekriterien nicht. Da die Grenzen zwischen Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit fließend sind, ist auch eine Zuordnung zur Zielgruppe und damit verbunden eine Prognosestellung nicht immer ohne weiteres möglich. Unabhängig von der fachlichen Einschätzung über die Realisierbarkeit eines kontrollierten Konsums, können auch Personen, die bereits eine ausgeprägte Abhängigkeit entwickelt haben, sich dieses Ziel setzen und in manchen Fällen auch erfolgreich umsetzen.

Für die Gruppe der „mehrfach geschädigten Alkoholkranken“ dient kontrolliertes Trinken zur Eingrenzung und Minimierung von mit der Erkrankung einhergehenden Folgeschäden und kann mit Substitutionsprogrammen im Bereich illegaler Drogen verglichen werden (Bensel, 2003, S. 71). Ziel ist daher weniger die Bearbeitung des Alkoholproblems hin zu einem unproblematischen Konsum als die Linderung des daraus resultierenden Leids, dass sich neben gesundheitlichen Beschwerden auch auf die Lebensführung und Lebensgestaltung auswirkt. Hier wird eine Stabilisierung angestrebt, sodass beispielsweise eine von Wohnungslosigkeit betroffene Person wieder in der Lage ist, eine Wohnung zu halten, mit finanziellen Mitteln haushalten und sich selbst versorgen zu können.

Seit der Entstehung von Programmen zum kontrollierten Trinken entstanden eine Reihe von Untersuchungen, die die Chancen und Erfolge aufzeigen. Die Ergebnisse scheinen durchaus positiv, wobei Langzeiterfolge zunächst gering waren (Körkel, 2005). Studien weisen auf eine positive Entwicklung hin und setzen Erfolge verhaltenstherapeutischer Programme zur Konsumreduktion mit jenen von abstinenzenorientierten Therapien gleich (Körkel, 2002; Haug et al., 2017). Nach einer Katamnesedauer von zumindest einem Jahr betragen Erfolgsquoten durchschnittlich 65 %, wobei die ausgewiesenen Erfolge der Untersuchungen stark schwanken (zwischen 25 % und 90 %), da sie große Unterschiede in Operationalisierung, Stichproben und der Nacherhebung aufweisen. Ein nicht unerheblicher Anteil der angeführten Erfolge (10 % – 30 %) hat sich zudem während oder nach einem Konsumreduktionsprogramm für den Weg der Abstinenz entschieden (Körkel, 2015). Vergleiche von Studien sind meist nur schwer möglich, da große Unterschiede hinsichtlich Behandlung, Zielgruppe (Schweregrad der Substanzgebrauchsstörung) und Zielsetzung bestehen (Haug, 2014).

1 Das Abhängigkeitssyndrom kennzeichnet sich durch starkes Verlangen, Toleranzentwicklung, Verlust von Kontrolle hinsichtlich Dauer oder Menge des Konsums, Vernachlässigung anderer Lebensbereiche und kann mit körperlichen Entzugssymptomen einhergehen (Dilling & Freyberger, 2016).

2 Kruse et al. (2000) nutzen die Bezeichnung „chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke“ für eine Personengruppe, deren Alkoholkonsum eine massive Schädigung auf hirnorganischer und/oder körperlicher Ebene bedingt und infolge auf Unterstützungsmaßnahmen durch familiäre Pflege oder sozialtherapeutische Einrichtungen angewiesen ist.

3 „Schädlicher Gebrauch“ kennzeichnet sich nach dem ICD-10 durch eine Schädigung auf körperlicher, psychischer oder sozialer Ebene. Er bedingt negative Folgen bezogen auf die Gesundheit oder soziale

Beziehungen, die durch den Konsum massiv belastet werden (Dilling & Freyberger, 2016).

Kontrolliertes Trinken stellt jedenfalls eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zu abstinenzorientierten Behandlungsangeboten dar, da damit auch Personen erreicht werden, die zum Zeitpunkt der Hilfesuche nicht zu Abstinenz bereit oder in der Lage sind (Körkel, 2005)⁴. Die Erweiterung des Behandlungsangebotes durch Programme zum kontrollierten Trinken hat neben der Fachwelt auch die Aufmerksamkeit von Hilfesuchenden auf sich gezogen, die in ihrer Wahrnehmung eine Alternative zur Abstinenz geboten sehen. Dass kontrollierter Konsum nur einer vergleichsweise kleinen Personengruppe erfolgreich möglich ist, ist häufig schlichtweg unbekannt.

Beim Wunsch kontrolliert zu trinken bedarf es zu Therapiebeginn auch einer Klärung der Begrifflichkeit, da ihr in den letzten 30 Jahren unterschiedliche Konnotationen zukamen (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019). Nicht selten wird damit gemeint, dass nach erfolgreicher Therapie wieder „normal“ getrunken werden kann, wie es Personen ohne Alkoholproblematik tun.

Kontrolliertes versus „normales“ Trinken

Unter kontrolliertem Trinken wird ein Konsum verstanden, der einem zuvor festgelegten Trinkplan folgt. Dieser unterliegt Regeln, die im Vorfeld bestimmt werden und Ort, Zeit, Rahmen (u. a. soziales Umfeld), Getränke und Trinkgeschwindigkeit umfassen. Außerdem können alkoholfreie Tage wie auch eine maximale tägliche oder wöchentliche Konsummenge bestimmt werden. Dementsprechend wird nach einem strikten Plan vorgegangen. In Abgrenzung dazu kann unter „normalem“ Konsum ein Trinkverhalten verstanden werden, das ohne Plan und Vorsatz erfolgt. Frei nach Bedürfnis und Situation wird entschieden, ob getrunken wird oder nicht. Auch in Bezug auf die Trinkmenge besteht im Vorfeld keine Absicht. Ein nicht geringer Anteil an Alkoholabhängigen strebt nach einem Entzug und/oder einer Therapie einen derartigen Konsum an und wünscht sich Alkohol, wie andere, problemlos konsumieren zu können. Versuche „normal“ zu trinken führen jedoch bei Personen mit Alkoholproblematik im Zuge einer Selbstüberschätzung nicht selten zu Rückfällen (Körkel & Schindler, 2003). Insbesondere bei Personen, die bereits eine Abhängigkeit entwickelt haben, ist es fraglich, ob ein derart unbeschwerter Konsum überhaupt jemals möglich ist. Von Betroffenen wird kontrolliertes Trinken häufig missverstanden und mit einem „normalen“ Konsum gleichgesetzt. Eine genaue Abklärung der Begrifflichkeit ist daher beim Treffen von Zielvereinbarungen unausweichlich.

⁴ Umfragen zeigen, dass die Hälfte der Personen mit Alkoholproblematik keine Hilfsangebote annehmen, da sie sich ein abstinentes Leben nicht vorstellen können (Mann et al., 2017).

Programme zum kontrollierten Trinken

Mittlerweile existieren unterschiedliche Angebote für kontrolliertes Trinken, die im Zuge eigener Programme zum Erlernen eines kontrollierten Konsums anleiten. Sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting soll es zur systematischen Entwicklung von für das kontrollierte Trinken notwendigen Kompetenzen kommen (Kruse et al., 2000). In verhaltenstherapeutisch strukturierten Programmen wird in Schritten und Modulen der Konsum begrenzt und anhand von Trinktagebüchern und Risikoeinschätzungen reflektiert (Körkel, 2005, S. 324). Im deutschsprachigen Raum sind unter anderem das „ambulante Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken“ (EkT), das „ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken“ (AkT), sowie das „10-Schritte-Programm“, das ein Selbsthilfeprogramm darstellt, zu nennen (Körkel, 2002; Körkel, 2021). Weitere verhaltenstherapeutisch orientierte Programme sind das „Self Control Information Program“ (SCIP) und das Programm KISS („Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum“) (Kolte & Schmidt-Semisch, 2019).

Es stellt sich die Frage, wie derartige Vorgehensweisen und Interventionen in Einklang mit einer personenzentrierten Haltung zu bringen sind. Ich sehe hier weniger den Zwang oder gar die Notwendigkeit sich in der Personenzentrierten Psychotherapie Manuale zu bedienen und zum kontrollierten Trinken in Form von vorstrukturierten Programmen anzuleiten. Die Auseinandersetzung mit der Thematik ist jedoch schon allein aufgrund des häufigen Bestrebens von Hilfesuchenden, kontrolliert trinken zu können, notwendig⁵. Wesentlich ist, dass Therapeut*innen eine eigene Haltung gegenüber dem Ziel des kontrollierten Konsums einnehmen und diese reflektieren. Die Auseinandersetzung mit Programmen zu kontrolliertem Konsum und damit verbundene Fortbildungen können jedoch auch Personenzentrierten Psychotherapeut*innen dienlich sein. Ein breites Wissen und eine Beschäftigung mit Behandlungskonzepten (anderer Therapierichtungen) ist auch in einem personenzentriert gestalteten Therapieprozess hilfreich und kann Therapeut*innen in ihrem Vorgehen bestärken.

Unter Behandler*innen in Suchthilfeeinrichtungen bestehen unterschiedliche Positionen und Zugänge zum kontrollierten Trinken. An dieser Stelle soll keine Diskussion über ein Für und Wider geführt werden. Aufgrund der Häufigkeit der Thematik in der Praxis, möchte ich meine Erfahrung in der Personenzentrierten Psychotherapie im Rahmen der ambulanten Suchtbehandlung heranziehen und aufzeigen, wie eine

⁵ Laut Untersuchungen streben lediglich die Hälfte der Hilfesuchenden zu Behandlungsbeginn das Ziel einer dauerhaften Abstinenz an, wobei die andere Hälfte noch unschlüssig ist oder einen kontrollierten Konsum verfolgen möchte (Haug et al., 2017; Klingemann et al., 2004).

personenzentrierte Haltung und therapeutische Vorgehensweise aussehen kann und dass die Personzentrierte Psychotherapie wesentliches Potential in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit bietet. Die Begleitung zum kontrollierten Trinken folgt dabei keinem Schritte-Programm, wie es verhaltenstherapeutische Manuale oder andere Programme tun. Die Vorgehensweise und Beziehungsgestaltung richtet sich an den personenzentrierten Grundzügen und ergänzendem in den Prozess einfließenden störungsbezogenem Wissen, wie Bensel (2012, S. 52) es für die Therapie bei Alkoholabhängigkeit beschreibt, aus.

Zum Umgang mit Zielen und Ambivalenzen

Wie bei jeder Therapie ist zu Beginn eine Anamnese und Diagnostik notwendig, die Aufschluss darüber gibt, inwieweit ein erfolgreicher kontrollierter Konsum realisierbar scheint. In der Abklärung einer Zusammenarbeit und möglichen Zielsetzung dränge ich mich nicht als Experte auf, um Klient*innen Grenzen aufzeigen oder ihnen Fähigkeiten zu- oder abzusprechen. Im Sinne der eigenen Kongruenz, die notwendig ist, um ein hilfreiches Beziehungsangebot zu setzen, benötigen Therapeut*innen Ziele, die sie mit ihrem Gegenüber guten Gewissens verfolgen können. In manchen Fällen ist das formulierte therapeutische Angebot schlichtweg nicht passend. Gerade bei Suchterkrankungen sind häufig auch ein stationärer Aufenthalt und eine Entgiftung notwendig, bevor ein ambulantes Therapieangebot folgen kann. Ein weiter Teil der Klient*innen, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, wurde durch Einrichtungen der Suchthilfe zugewiesen. Bereits im Vorfeld fand eine multidimensionale Diagnostik statt und ambulante Psychotherapie wurde als geeignete Maßnahme im Behandlungsplan formuliert. Trotz Indikation für eine ambulante Behandlung, ausführlicher Diagnostik und Anamnese ist die Einschätzung über die Möglichkeiten eines erfolgreichen kontrollierten Trinkens dennoch schwierig. Studien zeigen zwar Erfolgsquoten, jedoch ist im Vorfeld nicht mit Sicherheit einzuschätzen welcher Person es gelingen mag und wer daran scheitern wird. Diese Unsicherheit besteht häufig auch bei Klient*innen, die sich zwar wünschen, kontrolliert trinken zu können, sich jedoch unsicher sind, ob sie dazu in der Lage sind. Betroffene zeigen hier eine ausgeprägte Ambivalenz. Einerseits ist ihnen bewusst, dass ihr Alkoholkonsum ein problematisches Ausmaß bis hin zur Abhängigkeit angenommen hat und dieser verändert werden muss. Andererseits besteht neben dem Wunsch nach Veränderung auch jener, am Konsum in reduzierter Weise festhalten zu können. Beim Umgang mit dieser Ambivalenz erweist sich der Personzentrierte Ansatz mit seiner Nondirektivität als besonders geeignet. Konfrontation durch Therapeut*innen führt im Falle von Ambivalenz bei

Alkoholproblemen eher zu Widerstand und Verweigerung, als dass Einsicht und Bereitschaft zur Veränderung erzeugt werden. Durch Reflexion kann die Ambivalenz im Therapieprozess genutzt werden, wenn neben dem Wunsch zu trinken auch die negativen Auswirkungen bewusstwerden. Wird die Ambivalenz im Therapieprozess gewürdigt und gefördert, wünschen sich Klient*innen Eindeutigkeit und nähern sich einer Entscheidung (Lindenmeyer, 2013). Eine Entscheidung, ob Abstinenz oder kontrolliertes Trinken verfolgt wird, wird nicht ausschließlich zu Beginn der Therapie getroffen. Im Zuge von Rückfällen, wenn Versuche des kontrollierten Konsums misslungen sind, treten Ambivalenzen wieder in den Vordergrund, wobei es immer wieder zu Entscheidungsprozessen kommt. Dies ist nicht nur beim kontrollierten Trinken der Fall, sondern auch in Therapieprozessen mit dem Ziel der Abstinenz, wenn nach einem Rückfall erneut die Entscheidung getroffen wird, an die vorangegangene abstinenten Phase anzuknüpfen.

In manchen Fallverläufen werden Entscheidungsprozesse wiederholt begleitet. Stellt sich für die betroffene Person im Zuge des Prozesses heraus, dass ein kontrollierter Konsum nicht realistisch und durchführbar ist, dann wird die Entscheidung auf Basis eigener Erfahrung getroffen. Die Entscheidung zur Abstinenz wird dann frei von der Person selbst getroffen und nicht aufgrund einer Vorgabe oder Empfehlung von außen (Kruse et al., 2000, S. 265). Aus Studien zu Programmen des kontrollierten Trinkens geht hervor, dass der überwiegende Anteil an Teilnehmer*innen sich schließlich für den Weg der Abstinenz entscheidet (Soyka & Küfner, 2008). Eine Vorgehensweise nach dem Personzentrierten Ansatz scheint hier hilfreich, da sie sich an den Bedürfnissen der Klient*innen orientiert und abgestimmt auf die jeweilige Phase, in der sich die Person befindet, entsprechende Interventionen setzt. Dabei wird auf die Aktualisierungstendenz vertraut und diese durch Selbstexploration gefördert. Klient*innen erhalten in diesem Prozess zunehmend Zugang zu ihren Gefühlen und Erfahrungen, benennen und symbolisieren sie und finden darin eine Quelle für Veränderung (Bensel, 2003, S. 68).

Beim Treffen von Zielvereinbarungen ist laut Körkel (2005, S. 325) Zieloffenheit eine wesentliche Voraussetzung für die therapeutische Beziehung. Die personenzentrierten Grundzüge bilden hier eine gute Basis, um auf die zu Beginn der Therapie geäußerten Wünsche und Ziele einzugehen. Häufig wird der Wunsch eines „normalen“ Konsums geäußert, wobei es hierüber eines Dialogs und einer genauen Ausformulierung bedarf, was damit überhaupt gemeint ist. Hier kann eine Informationsweitergabe zur Definition und zur Ausgestaltung von Programmen zum kontrollierten Trinken notwendig sein, um ein gemeinsames Verständnis zu erzeugen. Im Sinne der Selbsteinbringung kann auch auf Grenzen und Gefahren hingewiesen werden, die mit kontrolliertem Trinken einhergehen.

Die meisten Personen mit Suchtproblematik haben ohnehin bereits Versuche unternommen, „normal“ oder kontrolliert zu konsumieren, und haben ein Misslingen bereits selbst erlebt. Zur Beschreibung von Suchtbehandlungen wird häufig auf das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente Bezug genommen, das Phasen von der Absichtslosigkeit hin zur Absichtsbildung, zur Vorbereitung und Handlung bis zur Aufrechterhaltung und einem dauerhaften Ausstieg oder Rückfalls skizziert (Arend, 2002; Bensel, 2003; Fiedler, 2012). Anhand dieses Modells kann auch der Prozess, den Alkoholkranken mit Wunsch nach kontrolliertem Konsum durchmachen, beschrieben werden. In der Vorbereitungsphase wird ein Ziel und Rahmen festgelegt wann, wie, wo und wie viel getrunken werden darf. Dem folgt die Handlung und bei Erfolg die Aufrechterhaltung. Häufig zeigt sich jedoch in der Phase der Handlung, dass die gesetzten Regeln nicht praktikabel sind und es folgt ein Rückfall, da mehr getrunken wird als zuvor festgelegt. Wird der Rahmen eingehalten und der kontrollierte Konsum ist für Klient*innen erfolgreich, versuchen sie diesen aufrechtzuerhalten. Auch dies kann zu einer falschen Sicherheit führen, wodurch die Gefahren des Konsums verkannt werden. Im Vorgang des Trinkens kann es geschehen, dass Betroffene das eigens auferlegte Regelwerk aufweichen, wodurch nach Erreichen der gesetzten Grenze der Plan verworfen und weiter getrunken wird, mitunter mit dem Vorhaben auch diesen Konsum noch kontrollieren zu können. Dies führt häufig zu einem Rückfall, der mit vollkommenem Kontrollverlust und Exzess einhergehen kann.

Unter Betrachtung des Phasenmodells lässt sich feststellen, dass manche Behandlungsverläufe unzählige Schleifen aufweisen und wiederholt Entscheidungsprozesse durchlaufen werden, die Absichtsbildung und Vorbereitung auf den zukünftigen Umgang mit Alkohol betreffen.

Der Wunsch nach Rausch

Aus meiner Praxiserfahrung beziehe ich mich überwiegend auf Personen, die nach Jellinek als Gamma-Typ oder Epsilon-Typ (Periodischer Konsum)⁶ (Dörner & Plog, 1987, S. 251) bezeichnet werden und den Wunsch nach kontrolliertem Konsum hegen. Sie suchen im Konsum Rausch und erleben in diesem Kontrollverlust. Anders als Spiegel-Trinker*innen

6 Beide Trinktypen kennzeichnen sich durch exzessiven Konsum. Der Gamma-Typ weist eine psychische und/oder körperliche Abhängigkeit samt Toleranzentwicklung auf und erleidet im Konsum Kontrollverlust. Er ist zu abstinenter Phasen in der Lage, die jedoch mit Abstinenzsymptomen einhergehen. Der Epsilon-Typ trinkt episodisch und wurde früher als Quartalstrinker betitelt. Der exzessive Konsum wird dabei als Ausbruch aus einer sonst sehr angepassten und überbemühten Lebensgestaltung betrachtet (Dörner & Plog, 1987, S. 251).

erlebten sie auch bereits vor der Behandlung abstinente Phasen. Diese geben ihnen den Glauben, kein andauerndes Problem zu haben und die (manchmal auch falsche) Zuversicht, den Konsum doch kontrollieren zu können. Im Rückblick auf die Biographie und Suchtentwicklung zeigt sich häufig, dass Alkohol nur selten gemäßigt konsumiert und mit diesem meist Berausung gesucht wurde. Dem Rausch kommen dabei wesentliche Funktionen zu. Neben dem Erleben von Ausgelassenheit und Hochgefühlen dient er der vorübergehenden Bewältigung von Inkongruenz und damit verbundenen negativen Gefühlen. Durch den Rausch wird das Erleben des Selbst beeinflusst und ein vorübergehender Moment der Kongruenz empfunden (Bensel, 2012). Dieses Znutze machen der Substanz, die als Versuch einer Art Selbstmedikation verstanden werden kann, führt zu dem Drang, diesen Zustand immer wieder erzeugen zu wollen. Auch Personen, die sich vornehmen kontrolliert zu trinken, verspüren dieses Verlangen und setzen ihre Trinkgrenzen (zumindest zu Beginn) in einer Weise, die die Wirkung des Alkohols verspüren lässt und dem Rauschgefühl nahekommt. Bei derart gestalteten Versuchen, den eigenen Konsum kontrollieren zu können, scheint der Grat zum Kontrollverlust äußerst schmal, wodurch erste Versuche häufig zu Rückfällen führen.

Scheitern Versuche kontrolliert zu konsumieren wiederholt, ist dies für Klient*innen äußerst frustrierend. Die damit einhergehende Kränkung stellt eine sekundäre Inkongruenz dar, da der Kontrollverlust im Widerspruch zum Selbstkonzept und dem Anspruch nach Selbstbestimmung steht (Bensel, 2012, S. 50). Für den therapeutischen Prozess ist es von großer Bedeutung, bereits im Vorfeld auf Rückfälle vorzubereiten, um mit ihnen bei Auftreten arbeiten zu können. Dabei bedarf es eines verstehenden, verzeihenden Umgangs, um die Selbstverurteilung der Betroffenen aufzufangen, sowie ihre Selbstempathie und Stabilität zu fördern (Bensel, 2003, S. 71). Wird diese Offenheit nicht geschaffen und es entsteht Angst in der Therapie für einen Rückfall verurteilt zu werden, kann dies einen Abbruch zur Folge haben. Die bedingungslose Wertschätzung Personenzentrierter Psychotherapeut*innen, die auch im Umgang mit Rückfällen von einer gewissen Gelassenheit zeugt, ist hier besonders zuträglich (Barth & Schaub, 2006).

In Therapien ist häufig zu beobachten, dass wiederholte Rückfälle zur Abstinenzorientierung bewegen oder die selbst auferlegten Regeln des kontrollierten Konsums zunehmend enger gefasst werden, sodass dieser eher realisierbar erscheint.

Ist die Konsumreduktion weitreichend, der Konsum nicht mehr durch Rausch geprägt und das Erleben nicht durch Alkohol beeinträchtigt, eröffnen sich der Person Möglichkeiten in der Bearbeitung von Inkongruenz, die bisher nur im Falle

von Abstinenz angenommen wurden. Solange durch Konsum Inkongruenz und damit einhergehende innere Anspannung von der Gewährwerdung ausgeschlossen sind, sind sie einer weiteren Bearbeitung unzugänglich (Cameron, 2012).

Speierer (2012) beschreibt in der Behandlung von Suchtkranken den Entzug als notwendig, um Inkongruenzerleben wieder wahrzunehmen und damit verbundene Persönlichkeitsanteile im therapeutischen Prozess zugänglich zu machen.

Konsum als Versuch der Inkongruenzbewältigung

Bevor näher auf die Psychotherapie bei Alkoholproblematiken und damit verbundene Chancen durch kontrollierten Konsum eingegangen werden kann, ist ein Verständnis innerpsychischer Vorgänge und der Bedeutung des Konsums für das Selbstkonzept vonnöten.

Es ist anzumerken, dass eine allgemeine und übergreifende Grundstruktur in der Persönlichkeit bei Süchtigen und Alkoholkranken nicht nachgewiesen werden konnte und daher auch keine verallgemeinernde und typische Inkongruenzkonstellation besteht. Es bestehen jedoch Gemeinsamkeiten, wie ein negatives Selbstkonzept, das infolge der Sucht durch Selbstabwertung verstärkt wird, und ein Umgang mit negativen Emotionen, die durch den Konsum versucht werden zu verdecken (Finke, 2004). Der Konsum kann als Bewältigungsversuch verstanden werden, durch den negative Gefühle durch ein positiv wahrgenommenes Erleben infolge der Alkoholeinwirkung überschattet werden. Der Konsum führt zur vorübergehenden Minderung von Spannungszuständen und Inkongruenzerleben. Während des Einflusses der Substanz werden diese ausgeblendet und durch ein Gefühl innerer Konsistenz abgelöst. Es wird eine Art Kongruenz erlebt, die allerdings an den Konsum gebunden ist und einer ständigen Wiederholung bedürfen würde. Geschieht diese ständige Erneuerung und es entwickelt sich eine Abhängigkeit, verfestigt sich durch die damit einhergehende Wahrnehmungsverzerrung die zugrunde liegende Inkongruenz. Zudem entstehen im Zuge der Suchtentwicklung sekundäre Inkongruenzen. Diese sind Folgewirkungen des Konsums, die mit dem eigenen Selbstbild unvereinbar sind. Sekundäre Inkongruenzen können wiederum zu deren Bewältigung zum weiteren Konsum anregen und zur Entwicklung oder Aufrechterhaltung der Sucht führen (Bensel, 2012).

Im Vergleich zu Personen ohne Alkoholproblem, die sich gelegentlich berauschen und durch den Konsum ebenfalls eine gehobene Stimmungslage, Euphorie und Ausgelassenheit erleben, kommt dem Konsum von Personen mit Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit neben dem Erzeugen von positiven

Gefühlen auch die Reduktion eines negativen Erlebens durch die Funktion der vorübergehenden Inkongruenzbewältigung hinzu.

Swildens und Pfeiffer (1991) beschreiben die Grundstimmung als negativ und Alkohol als „Instant-Lösung“, mit der negative Gefühle wie unter anderem Schmerz, Angst, Entfremdung, Langeweile oder Schlaflosigkeit kurzfristig aufgelöst werden. Sucht kennzeichnet er dabei als Mangel der Bereitschaft, Veränderung über andere Wege mit geeigneter Anstrengung herbeizuführen.

Bei der Betrachtung der Funktion des Alkohols, um vorübergehende Kongruenz zu erleben und negative Gefühle auszublenden, wird die Ambivalenz, in der sich Klient*innen befinden, verständlich. Kaum ein Weg im Umgang mit negativen Gefühlen scheint für Betroffene derart mühelos und effektiv zu sein, wie mittels Konsums beinahe auf „Knopfdruck“ einem negativen Erleben, wenn auch nur vorübergehend, zu entkommen. Wird kontrolliertes Trinken angestrebt, kann es mitunter auch die Motivation sein, diese als überaus effektiv erlebte Strategie nicht aufgeben zu wollen. Nehmen wir als Beispiel eine Person mit Alkoholproblematik, die in Gesellschaft trinkt, um soziale Ängste zu unterdrücken und sich selbstsicher zu fühlen. Sie kann den Wunsch nach kontrolliertem Konsum hegen, um einerseits das vordergründige und möglicherweise auffällige Alkoholproblem zu lösen, andererseits die an den Alkohol gebundene Selbstsicherheit in sozialen Situationen nicht aufgeben zu müssen. Gelingt die Umsetzung des kontrollierten Konsums, kann dies mit Fokus auf das Alkoholproblem einen Behandlungserfolg darstellen. Auch sekundäre Inkongruenzen, die durch früheren Kontrollverlust im Trinkverhalten entstanden sind, werden minimiert. Fraglich ist, inwieweit eine weitere Persönlichkeitsentwicklung möglich ist und gefördert werden kann, wenn dahinterliegendes Inkongruenzerleben, wie in diesem Fall Angst, in sozialen Situationen nicht ausreichend zugänglich ist. Bezugnehmend auf das Prozesskontinuum nach Rogers können wir davon ausgehen, dass die hier beschriebene Person mit starker Ambivalenz und einem instabilen Konsummuster, das Inkongruenz verdeckt, nicht über Stufe 4 hinauskommt. Auf dieser Stufe entstand bereits ein Problembewusstsein und eigene Anteile werden erkannt. Emotionen werden teilweise gegenwärtig erlebt und geäußert, wobei Angst vor diesem Erleben besteht. Die Person lernt sich zunehmend in ihrem unmittelbaren Erleben kennen bzw. verstehen und stellt bisherige Konstrukte infrage. Auch wenn sich weite Teile innerhalb der Psychotherapie auf dieser Ebene abspielen, ist für eine weitere Persönlichkeitsentwicklung das unmittelbare und annähernd volle Erleben von bisher von der Gewährwerdung ausgeschlossenen Gefühlen für weitere Veränderung notwendig (Rogers, 2012/1977b).

Die Notwendigkeit des Erlebens von Inkongruenz

Die Bearbeitung von Inkongruenz würde einen Konsum voraussetzen, der Inkongruenz zulässt und erfahrbar macht. Die Grenzen im Trinkverhalten müssten derart eng gesetzt sein, dass diesem keine Funktion mehr zukommt und das eigene Erleben kaum noch beeinträchtigt wird.

Dieses Erleben ist jedoch erst möglich, wenn stabile Konsummuster oder Abstinenz gegeben sind und es nicht mehr durch Alkoholeinwirkung blockiert wird. Der aufrechte und beeinträchtigende Konsum bedeutet eine Einschränkung der Aktualisierungstendenz. Die unangenehmen Gefühle, die durch den Substanzeinfluss verdeckt werden, würden der Person einen bedeutenden Hinweis in Richtung wesentlicher Lernprozesse liefern (Bieber, 2012, S. 155). Die Aufrechterhaltung von Konsummustern, die als Bewältigungsstrategie im Umgang mit Inkongruenzerleben verstanden werden, bedeutet daher eine Beeinträchtigung oder gar Unterbindung der Entfaltung der Aktualisierungstendenz. Die Person versucht sich durch den Konsum vor der Wahrnehmung neuer Erfahrungen und den damit einhergehenden unangenehmen Gefühlen zu schützen. Böhler (1994, zitiert nach Keil, 2002) beschreibt einen Zustand der Verschlussheit, in dem Erfahrungen von der Gewährwerdung ausgeschlossen werden, um das rigide Selbstkonzept aufrechtzuerhalten. Der Drang zur Aufrechterhaltung des Konsums ist daher auch Ausdruck der Selbsterhaltung des Selbstkonzepts, das versucht sich zu erhalten und Erfahrung abzuwehren. Alkoholismus kann daher auch als schädliche Form der Selbstaktualisierung betrachtet werden (Reuland, 2012, S. 177).

Die Ambivalenzen von Klient*innen mit Alkoholabhängigkeit können als Entgegenwirken und Widerspruch von Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz verstanden werden. Nach Rogers spaltet sich die Aktualisierungstendenz, wenn durch Inkongruenz organismische Erfahrung mit dem Selbstkonzept nicht vereinbar ist (Rogers, 2009/1959a, S. 27). Ein fragiles und negatives Selbstkonzept versucht sich demnach zu erhalten und Erfahrung abzuwehren, wodurch die allgemeine Aktualisierungstendenz, die auf Veränderung und Selbstheilung gerichtet ist, im Widerspruch steht und blockiert wird.

Für die betroffene und sich in Ambivalenz befindende Person bedeutet dies einerseits, dass Erfahrungen einen Auftrag in Richtung Aktualisierung liefern und auf Veränderung und Inkongruenzbearbeitung gerichtet sind. Andererseits versucht sich das Selbstkonzept von Suchtkranken zu erhalten und das bedrohliche Erleben abzuwehren, um nicht in Gefahr einer Desorganisation zu geraten (Lillie, 2002).

Das Wissen über diese Dynamik hilft Therapeut*innen ein besseres Verständnis für Betroffene und ihre inneren Vorgänge

zu entwickeln, um das ambivalente Verhalten hilfreich begleiten zu können. Das Beziehungsangebot ist einerseits der Person emphatisch zugewandt, um Gefühlszustände erlebbar zu machen und das Vertrauen in die eigene Person, ihr Wachstum und ihre Potentiale zu stärken. Andererseits ist es in Bezug auf die Alkoholproblematik und das damit einhergehende Verhalten konfrontierend. Die damit einhergehende Haltung bedeutet ein Ja zur Person, jedoch ein Nein zur Sucht (Feselmayer & Beiglböck, 2013, S. 271).

Zur Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit

Die psychotherapeutische Behandlung von Suchtkranken wird als Aufeinanderfolge zweier Therapien beschrieben. Hierbei wird von einer „Grundstörung“ gesprochen, zu der eine Abhängigkeit hinzukommt, die eine eigene Dynamik mit sich bringt, nur schwer von der zugrundeliegenden Störung zu trennen ist und mit dieser in Wechselwirkung steht. Abstinenz stellt in bisherigen Konzepten dabei eine Notwendigkeit dar, um in dem daran anknüpfenden Therapieprozess die dahinter liegende „Grundstörung“ zu bearbeiten (Feselmayer & Beiglböck, 2013; Keil, 2002). Unter dem Begriff „Grundstörung“ kann dabei eine der Sucht zugrundeliegende und vorausgegangene Inkongruenz verstanden werden, die nicht zwingend ein klinisches Störungsbild darstellt. Jedoch können neben der substanzbedingten Störung weitere psychische Störungen als Komorbiditäten auftreten (Barth & Schaub, 2006).

Um die von Alkoholismus verdeckten Inkongruenzkonstellationen in der Psychotherapie bearbeiten zu können, gelten Krankheitseinsicht und bisher ausschließlich Abstinenz als Voraussetzung. Diese Sichtweise wird auch durch Rogers untermauert, der die Akzeptanz dessen, was wir sind, als Grundlage für eine weitere Veränderung nennt (Keil, 2002).

Kontrolliertes Trinken in der Psychotherapie

In der Suchtbehandlung gilt seit jeher Abstinenz als die notwendige Voraussetzung, um Psychotherapie im beschriebenen Sinne zu ermöglichen. Nachdem Konzepte zum kontrollierten Trinken Einzug in die Behandlung von Alkoholabhängigen genommen haben, stellt sich die Frage, inwieweit die notwendigen Bedingungen für Psychotherapie mit diesen hergestellt werden können. Feselmayer und Beiglböck (2013) führen an, dass bei einem Abhängigkeitssyndrom nach dem ICD-10 eingeschränkte Möglichkeiten für die Psychotherapie bestehen könnten (S. 271). Davon ist jedenfalls auszugehen, solange Konsummuster bestehen, die das dafür notwendige Erleben von Inkongruenz beeinträchtigen oder gar gänzlich verdecken. Es

müsste eine Stabilität im Konsum gegeben sein, der die Grenzen in Bezug auf Häufigkeit und Trinkmenge derart stark herabsetzt, dass ein Erleben möglich ist, das jenem in Verbindung mit Abstinenz gleichgesetzt werden kann. Ob ein derart kontrollierter Umgang von Personen mit einer bestehenden Abhängigkeit angestrebt und erreicht werden kann, ist fraglich. In der Zusammenarbeit mit Personen, die in ihrem Konsum Rausch suchten, stellte ich fest, dass die Annäherung an immer geringere Trinkmengen dazu führte, dass entweder doch Abstinenz angestrebt wurde oder ein Konsum, der streng reglementiert war und keine Nähe zu Berauschung zuließ. Dies war meist Folge langwieriger Prozesse, die mit einer Vielzahl an gescheiterten Versuchen und einer stetigen Trinkmengenreduktion einherging. Häufig kamen Betroffene auch an einen Punkt, wo der Konsum für sie sinnlos erschien, da er die Funktion und das damit einhergehende frühere Erleben nicht mehr beförderte.

In der Zusammenarbeit mit jenen Personen, die stabile Konsummuster mit geringem Konsum entwickelten, schien mir auch die Bearbeitung dahinterliegender Inkongruenzen möglich, was wiederum zur Stabilität im Konsum beitrug.

In der therapeutischen Begleitung zum kontrollierten Trinken blicke ich auch auf Fälle zurück, die sich auf die Minderung sekundärer Inkongruenzen, wie dem Erleben von Kontrollverlust und damit einhergehenden Folgen, die unter anderem auf sozialer oder wirtschaftlicher Ebene waren, begnügten und dies für sich als Behandlungserfolg und Zielerreichung sahen. Die Therapie endete somit, ohne dass es zu einer tiefgehenden Bearbeitung von dahinterliegendem Inkongruenzerleben kam.

Insbesondere Personen mit missbräuchlichem Konsum, die im Hintergrund an keiner psychischen Störung oder Erkrankung leiden, scheint eine Einschränkung ihres Konsums durch kontrolliertes Trinken ausreichend. Die Minderung der sekundären Inkongruenzen und das Gefühl wieder Kontrolle über ihr Selbst zu erlangen, schafft ihnen bereits Erleichterung. Bei Substanzstörungen leiden viele Betroffene stärker unter den Folgen des Konsums und der damit einhergehenden Dynamik als unter den anfänglich zum Konsum geführten Gründen (Barth & Schaub, 2016). Wird eine Psychotherapie begonnen, um Auswirkungen des Konsums und der weiteren Suchtentwicklung entgegenzuwirken, kann eine erfolgreiche Kontrolle des Konsums Betroffene ausreichend entlasten. Die durch die Konsumreduktion wahrgenommenen Inkongruenzen stellen für sie keinen derart großen Leidensdruck dar, dass sie sich einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung bedienen. Das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen und Konstrukten scheint ihnen ausreichend, um den weiteren Weg ohne therapeutische Unterstützung gehen zu wollen.

Kommt es zu einer weitreichenden Konsumreduktion und Kontrolle im Konsumverhalten, scheinen die für die Psychotherapie notwendigen Bedingungen hergestellt, sofern Inkongruenzen und negative Gefühle wieder erlebbar sind. Diese therapeutischen Möglichkeiten eröffnen sich jedoch voraussichtlich nicht der bereits erwähnten Personengruppe der „mehrfach geschädigten Alkoholkranken“, denen ein kontrollierter Konsum lediglich zur Schadensminimierung dient, um noch schwerwiegendere gesundheitliche und soziale Folgen abzufedern. Es ist davon auszugehen, dass die Konsumreduktion nicht weitreichend genug ist, um Inkongruenzerleben in entsprechendem Ausmaß zuzulassen.

Zum personenzentrierten Vorgehen

Können durch eine weitreichende und stabile Konsumreduktion die für Psychotherapie notwendigen Bedingungen hergestellt werden, stellt sich die Frage wie eine Begleitung zum kontrollierten Trinken im Rahmen der Personenzentrierten Psychotherapie gestaltet werden kann. Bezugnehmend auf die Betrachtung der Suchtbehandlung als das Ineinandergreifen zweier Therapien (Feselmayer & Beiglböck, 2013; Keil, 2002), könnte man dazu geneigt sein sich im „ersten Teil“ der Therapie eines verhaltenstherapeutisch geprägten Manuals zum kontrollierten Trinken zu bedienen. Diese Möglichkeit besteht, jedoch sehe ich hierzu keine Notwendigkeit.

Bei Betrachtung der Inhalte von Programmen zum kontrollierten Trinken wird ersichtlich, dass sich diese weitgehend mit jenen in den meisten suchtspezifischen Therapien decken. Die Entwicklung von alternativen Strategien im Umgang mit Belastungen, der Aufbau eines „Belohnungssystems“ frei von Alkohol, Rückfallprävention und Umgang mit Rückfällen, der Aufbau einer positiven Freizeitgestaltung, wie sie in Programmen vermittelt werden (Körkel, 2002; Körkel 2020), sind ebenso relevante Inhalte in abstinenzorientierten Therapien. Im Unterschied zu angeleiteten Programmen werden in der Personenzentrierten Psychotherapie Inhalte nicht nach einem festgelegten Ablauf bearbeitet. Die Auseinandersetzung mit Inhalten, wie jenen der Rückfallprävention oder Freizeitgestaltung, geschieht im Dialog unter Einbezug der Erfahrungen der Klient*innen und der Expertise der Therapeut*innen, die diese neben Informationsweitergabe auch durch Selbsteinbringung zur Verfügung stellen. Hierbei wird auch der Weg der Nichtdirektivität nicht verlassen, sofern Wissen und Erfahrung in Formulierung und durch dahinterliegende Absicht nicht als Ratschlag transportiert werden (Wilders, 2005).

Anders als in einem Schritte-Programm, in dem beispielsweise die Freizeitgestaltung in einem eigenen Modul thematisiert und hinterfragt wird, müssen Personenzentrierte Psychotherapeut*innen dafür sorgen, dass diese Thematik in der Therapie ausreichend Raum erhält. Personen mit Alkoholproblematik gestalten ihre Beziehungen in einer Art und Weise, dass süchtiges Verhalten nicht eingeengt wird (Fiedler, 2011, S. 210), wodurch meist ein soziales Umfeld besteht, in dem ein problematischer Konsum nicht auffällt und geteilt wird. Die bisherige Freizeitgestaltung und die damit in Verbindung stehende Beziehungen zu reflektieren und zu hinterfragen, ist daher unerlässlich. Das Thema Freizeit- und Beziehungsgestaltung wird häufig bereits von Klient*innen angestoßen, wodurch Therapeut*innen es lediglich aufgreifen müssen. Sollte dies nicht der Fall sein, kann das diesbezügliche, störungsbezogene Wissen eingebracht werden, um eine Reflexion anzuregen. Relevante Themen können somit auch bei einem an das Individuum angepassten Therapieprozess bearbeitet werden.

Ebenso kann die Ausgestaltung eines Plans zum kontrollierten Konsum im Rahmen einer Personenzentrierten Psychotherapie in adäquater Weise erfolgen. Körkel (2005), Begründer von Programmen zum kontrollierten Trinken im deutschsprachigen Raum, weist darauf hin, dass eine zieloffene Vorgehensweise von besonderer Bedeutung ist, da sie Klient*innen ehrliche Aussagen ermöglicht und zur Umsetzung selbstbestimmter Veränderungen verhilft. Die Personenzentrierte Psychotherapie scheint hier in besonderem Maß geeignet. Ihr Beziehungsangebot ist durch bedingungslose Wertschätzung und Anerkennung der Person in ihrer Individualität gekennzeichnet, wodurch auch diese ihr organismisches Erleben anerkennen und Selbsterfahrung integrieren kann (Müllner-Sari, 2008). Die Erfahrung von Akzeptanz und bedingungsloser Wertschätzung in der therapeutischen Beziehung eröffnet Klient*innen Raum sich mit sich selbst, Unsicherheiten und Ambivalenzen auseinanderzusetzen, ohne dabei zu fürchten bewertet oder verurteilt zu werden. Die emphatische Haltung und das „Ja zur Person“, die auch bei Rückfällen spürbar sind, fördern die Selbstempathie (Bensel, 2003) und Auseinandersetzung mit realistischen Zielen, sowie die Annäherung an einen umsetzbaren Konsumplan. Der Prozess dorthin ist durch die Reflexion bisheriger Erfahrungen und das wiederholte Treffen von Entscheidungen geprägt, die Veränderung bedingen. In der Begleitung und Förderung von Veränderung weist die Personenzentrierte Psychotherapie durch ihre Grundzüge die notwendigen Voraussetzungen auf. In der Suchtbehandlung wird häufig die Motivierende Gesprächsführung angewandt, die sich an die Theorie von Carl Rogers anlehnt und auf den personenzentrierten Grundzügen aufbaut (Miller & Rollnick, 2009). Fiedler (2011) zieht sie in seiner störungsbezogenen Vorgehensweise

ebenfalls heran und zeigt die Bedeutung personenzentrierter Interventionen auf, um Widerstände abzubauen, Ambivalenzen zu lösen und Veränderungen herbeizuführen. Dieses in der Suchtbehandlung bereits etablierte Vorgehen zeichnet sich auch in der Begleitung zum kontrollierten Trinken aus, da Ambivalenzen und Widerstände über weite Teile des Therapieprozess auftreten.

Die Begleitung zum kontrollierten Trinken ist somit nicht ausschließlich unter verhaltenstherapeutisch geprägter Anleitung möglich, sondern kann auch Teil einer an das Individuum angepassten Personenzentrierten Psychotherapie sein.

Abschließende Bemerkungen

Die Personenzentrierte Psychotherapie trägt auch im Bereich des kontrollierten Trinkens Potential in sich und bietet in ihrer Beziehungsgestaltung wesentliche Bedingungen, um den Prozess der Konsumreduktion zu begleiten. Sie eignet sich insbesondere im Umgang mit Ambivalenzen, die sowohl zu Therapiebeginn als auch im laufenden Prozess unweigerlich auftreten. Durch eine personenzentrierte Beziehungsgestaltung und Orientierung am inneren Bezugsrahmen der Klient*innen wird ihre Selbstempathie und Offenheit gegenüber Erfahrung gefördert. Frei von der Angst vor Verurteilung, werden Ambivalenzen wahrgenommen. Es wird die Selbstbestimmung gestärkt und Klient*innen ermutigt, eigene Entscheidungen hin zur Veränderung zu treffen.

Wird zu Beginn der Therapie kontrollierter Konsum als Ziel formuliert, führt der Prozess bei erfolgreichem Abschluss zu Abstinenz oder einem stabilen Konsummuster. Entscheiden sich Klient*innen im Laufe der Therapie für Abstinenz, basiert diese Entscheidung auf eigener Erfahrung und Motivation. Wird hingegen kontrolliertes Trinken erfolgreich umgesetzt, können die notwendigen Bedingungen für Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung hergestellt werden, sofern die Konsumreduktion weitreichend genug erfolgt, um Inkongruenz in vollem Ausmaß erlebbar zu machen. Dies ist möglich, wenn durch Konsum weder Rausch erlebt, noch Gefühle und Inkongruenzerleben verdeckt werden.

Bleibt der Konsum trotz Reduktion und stabilem Konsummuster in hohem Ausmaß bestehen, bleiben Inkongruenzen von der Gewährleistung ausgeschlossen und einer Bearbeitung unzugänglich. Ein Psychotherapieprozess im Sinne einer weitreichenden Inkongruenzbearbeitung scheint nicht möglich. Dies bedeutet jedoch nicht zwingend Misserfolg. Betroffene können in ihrem Konsum dennoch ein Maß an Kontrolle, sowie eine Steigerung ihrer Lebensqualität, erfahren.

Konzepte zum kontrollierten Trinken sind zwar seit Beginn ihrer Entwicklung diskutiert und umstritten. Mittlerweile haben sie jedoch Einzug in die Suchtbehandlung gehalten und kommen insbesondere im ambulanten Setting zunehmend zum Einsatz (Klingemann & Rosenberg, 2009). Kontrolliertes Trinken stellt dabei keinen Ersatz für Abstinenz dar, sondern ist als Ergänzung zur abstinenzorientierten Behandlung zu verstehen (Körkel, 2005). Die Ausweitung des Behandlungsangebots scheint sinnvoll, da damit auch Personen erreicht werden, die bei Behandlungsbeginn Abstinenz ablehnen. Aufgrund der Häufung des Wunsches nach kontrolliertem Konsum und der Eignung des Personenzentrierten Ansatzes bei dessen Begleitung, ist auch für Personenzentrierte Psychotherapeut*innen eine thematische Auseinandersetzung und Entwicklung von Behandlungskonzepten sinnvoll und erstrebenswert.

Literatur

- Arend, H. (2002). Kontrolliertes Trinken – Behandlungskonzept und Erfahrungen aus der Praxis. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2002(59), 224–234.
- Barth, M., Schaub, M. (2006). Ressourcen der Personenzentrierten Psychotherapie in der Behandlung drogenabhängiger Klienten. *Person*, 2006(1), 55–63.
- Bensel, W. (2003). Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 2003(2), 67–74.
- Bensel, W. & Fiedler, D. (Hrsg.) (2012): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch*. Köln: GwG
- Bieber, K. (2012). Leben in gesammelter Kraft. Personenzentrierte Suchttherapie mit dem Differenziellen Inkongruenzmodell. In W. Bensel & D. Fiedler (Hrsg.): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch*, (S. 145–176). Köln: GwG.
- Cameron, R. (2012). Working with drug and alcohol issues. In J. Tolan & P. Wilkins: *Client Issues in Counselling and Psychotherapy*, (S. 115–130). London: Sage Publications.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2016). *ICD-10. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 8. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Dörner, K. & Plog, U. (1987). *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. (4. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag. (Original erschienen 1984).
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2013). Personenzentrierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*. 2013(4), 270–276.
- Klingemann, H., Rosenberg, H. (2009). Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *European Addiction Research*, 15(3), 121–127. <https://doi.org/10.1159/000210041>
- Kolte, B., Schmidt-Semisch, H. (2019). Kontrollierter Drogenkonsum. Ein prekäres Paradigma?. In R. Feustel (Hrsg.) & H. Schmidh-Semisch & U. Bröckling: *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*. (S. 173–191). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-22138-6_14
- Fiedler, D. (2011). Ein personenzentriertes Störungs- und Interventionsmodell bei Suchtproblemen. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 2011(4), 209–214.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme. (Original erschienen 1994).
- Haug, S. (2014). Wirksamkeit ambulanter Behandlung bei Alkoholproblemen. *SuchtMagazin*, 40(5), 19–23. <https://doi.org/10.5167/uzh-101319>.
- Haug, S., Egli, P., Schaub, M. P. (2017). Drinking goals and their association with treatment retention and treatment outcomes among clients in outpatient alcohol treatment. *Substance Use & Misuse*, 52(3), 313–321. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1225764>
- Keil, W. (2002). Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie mit süchtigen Menschen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.): *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 533–549). Wiesbaden: Springer.
- Klingemann, H., Room, R., Rosenberg, H., Schatzmann, S., Sobell, L., Sobell, M. (2004). Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandsaufnahme des aktuellen Wissens. *Berner Fachhochschule HSA Bern*.
- Körkel, J. (2002). Kontrolliertes Trinken: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 2002(3), 87–96. DOI. 10.1055/s-2002-28496
- Körkel, J. (2005). Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption. *Psychiatrische Praxis*, 32(7), 324–326.
- Körkel, J. (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, 61(3), 147–174.
- Körkel, J. (2021). *Kontrolliertes Trinken. So reduzieren Sie Ihren Alkoholkonsum*. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S. T. A. R.* Wiesbaden: Springer.
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Lillie, N. (2002). Women, alcohol, self-concept and self-esteem: a qualitative study of the experience of person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research* 2002(2), 99–107.
- Lindemeyer, J. (2013). *Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen*. Wiesbaden: Springer.
- Mann, K., Aubin, H.-J., Witkiewitz, K. (2017). Reduced Drinking in Alcohol Dependence Treatment, What Is the Evidence? *European Addiction Research* 23(5), 219–230. <https://doi.org/10.1159/000481348>
- Miller, R. M., Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. (3. Auflage). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Müllner-Sari, H. (2008). Sucht als Symbolisierungsversuch. Zum „Drang“ und zur Psychotherapie suchtkranker Personen. In: M. Tucza & G. Stumm & D. Kimbacher & N. Nemerski (Hrsg.): *Offenheit & Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen*. Düsseldorf: Verlag Krammer.
- Reuland, T. (2012). Personenzentrierte Suchttherapie bei Drogenabhängigkeit. In W. Bensel & D. Fiedler (Hrsg.): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch*. (S. 177–210), Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (2009/1959). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* [A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. 1959] (Höhner, G. & Brüseke, W., Übers.; Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 8; 1., unveränd. Aufl. d. Neuausg.). München: Reinhardt.
- Rogers, C. R. (2012/1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Berlin: Fischer.
- Soyka, M. & Kufner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. (6. Auflage). Stuttgart: Thieme (Original erschienen 1975).
- Speierer, G.-W. (2012). Das Differenzielle Inkongruenzmodell in der Suchtkrankenbehandlung. In W. Bensel & D. Fiedler (Hrsg.): *Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch*. (S. 103–143). Köln: GwG.
- Swidens, H. & Pfeiffer, W. M. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.

KEIN ALKOHOL IST AUCH KEINE LÖSUNG

Wilders, S. (2005). An Exploration of non-directive work with drug and alcohol users. In B. E. Levitt: *Embracing Non-Directivity: Reassessing Person-Centered Theory and Practice in the 21st Century*. (S. 192–202). Monmouth: PCCS Books.

Tecklenburg, H.-J. (2018). Alkoholismus. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.): *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. (2. Auflage; S. 281–300). Berlin: Springer.

Rezensionen*

Michael Kelber

Jürgen Kriz: *Humanistische Psychotherapie – Grundlagen, Richtungen, Evidenz.*

Stuttgart: Kohlhammer, 2023, 203 Seiten, ISBN 978-3-17-036563-6. EUR (D) 34,00 / EUR (A) 36,00 / CHF 48,90.

Routiniert präzise, analytisch und detailreich widmet sich Jürgen Kriz in diesem äußerst politischen Werk den Grundlagen, Ansätzen und der spezifischen Forschungslogik der Humanistischen Psychotherapie (HPT).

Das Herzstück der Publikation, der Teil A über die Grundlagen und geschichtlichen Verflechtungen der HPT, umfasst fast die Hälfte des Buches. Es werden ausführlich und trennscharf Definition und Geschichte der HPT, phänomenologische Grundhaltung und Menschenbild, gestaltpsychologische Wurzeln, Aktualisierungstendenz, Begegnungskonzepte sowie die therapeutische Beziehung erläutert und durch Erkenntnisse der Bindungsforschung, der Biosemiotik und der Systemtheorie ergänzt.

Wie diffizil und arbeitsintensiv humanistische theoriebildende und -aggregierende Arbeiten sind, haben insbesondere Veröffentlichungen von Eberwein und Thielen für den deutschsprachigen Raum gezeigt (Eberwein, 2009; Eberwein & Thielen, 2014; Thielen & Eberwein, 2019). Kriz gelingt es vor diesem Hintergrund in außerordentlicher Feinheit, relevante Prinzipien und Konzepte aus den Ansätzen heraus so zu skizzieren, dass ihre Bedeutung für die HPT deutlich werden und sich so zu einem ganzheitlichen Mosaik der humanistischen Gesamtheorie logisch zusammenfügen. So entsteht eine ausführliche und inhaltlich wie stilistisch stringent gestaltete Analyse des „gemeinsamen Wurzelgeflechts“ der HPT (S. 11).

Der durchdachte Brückenbau von den Theorien der Einzelverfahren zur Theorie der HPT könnte es Anhänger*innen der Einzelverfahren durchaus einfacher machen, den Weg hin zu einer Humanistischen Psychotherapie zu finden. Diejenigen, die weitere Entwicklungsschritte der HPT als Verfahren begrüßen, werden diese Kapitel äußerst aufmerksam lesen, deutet sich doch zwischen den Zeilen an, dass hier das Ergebnis der Begutachtung des deutschen „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (WBP), wonach die HPT kein eigenständiges

Verfahren ist, widerlegt werden will. Wichtige Fragen bleiben allerdings weiterhin unbeantwortet, beispielsweise wie Humanistische Indikations-, Prozess- und Veränderungsdiagnostik genau aussehen können (AGHPT, 2022), oder ob hierfür auf Konzepte der Einzelverfahren zurückgegriffen wird.

Abseits dieser für Humanistische Psychotherapeut*innen zentralen Fragen, kann die Lektüre auch für Personenzentriert-experienzielle Psychotherapeut*innen mit wenig Affinität zur HPT bereichernd sein, beispielsweise in den weitergehenden Versuchen, Inkongruenz ätiopathogenetisch fassbar zu machen oder experienzielle Aspekte der HPT zu definieren (S. 26).

Dass die Humanistischen Ansätze in Teil B nur sehr knapp vorgestellt werden, ist mit dem Verweis des Autors auf die bereits umfangreiche Literatur hierzu nachvollziehbar. Die kurzen Kapitel sollen einerseits die Eigenständigkeit der Ansätze würdigen, andererseits weitere Gemeinsamkeiten für Aus- und Weiterbildung in der HPT identifizieren (S. 105).

Trotz der Kürze der Ausführungen gelingt es dem Autor, die Ansätze komprimiert darzustellen und weitere relevante Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Es bleibt allerdings deutlich, dass trotz nachhaltiger Arbeiten des Autors zur Integration der Ansätze, eine der zentralen Herausforderungen der HPT nach wie vor besteht: die ultimative Frage nach der Eigenständigkeit der Ansätze einerseits und nach deren Verschmelzung in einer einzigen Humanistischen Psychotherapie andererseits.

Befürworter*innen einer weiteren Konzeptualisierung einer Humanistischen Psychotherapie müssen die Grenzen des Humanistischen Projekts allerdings anerkennen. Diese liegen in Deutschland nicht nur in vereinsinternen Widerständen,

Michael Kelber, M. A. (geb. 1983), ausgebildet in Personenzentrierter Psychotherapie (GwG – D) und Erweiterungsbildung in Humanistischer Psychotherapie (AGHPT – D), Auszubildender in Emotionsfokussierter Therapie (DeGEFT – D), arbeitet derzeit als Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision (FORUM – A) in freier Praxis in Wien und forscht im Rahmen von postgraduellen Lehrgängen der MedUni Wien und der Universität Wien zu Mikroprozessen von Prozessdirektivität und Erfahrungsorientierung in personenzentriert-experienzieller Gesprächsführung. Kontakt: office@michaelkelber.com

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

sondern auch in berufspolitischen Realitäten, die vor dem Hintergrund einer zur Zeit eindeutigen Studienlage nur der Gesprächspsychotherapie eine Hoffnung auf wissenschaftliche Anerkennung machen.

Fragen des konzeptionellen Austauschs zwischen den humanistischen Ansätzen bleiben natürlich weiterhin interessant. Prozessdirektivere Elemente aus der Gestalttherapie oder existenzanalytische Sinnbezüge können bei ausreichender Offenheit und passender Indikation im Prozess für manche Personzentrierte Psychotherapeut*innen durchaus bereichernd sein.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der berufspolitischen Auseinandersetzungen nimmt der Autor in Teil C zur allgemeinen Logik der Psychotherapieforschung kritisch Stellung. Gefordert werden eine Orientierung am kontextuellen Modell sowie eine Abkehr von der starken Orientierung an „Randomized Controlled Trials“ (RCTs) in der medizinischen Logik der Psychotherapieforschung und Berufspolitik.

Sicherlich ist der Hinweis auf die bereits seit vielen Jahren debattierte Begrenztheit von RCTs in der Psychotherapieforschung wichtig. Dies gilt beispielsweise mit Blick auf die Vernachlässigung des Subjekts, der Problematik von Komorbiditäten oder dem schwierigen Ausschluss intervenierender Faktoren. Und gewiss ist die Forderung nach einer Psychotherapieforschungslogik, die sich stärker an Humanistischen Paradigmata ausrichtet, bedeutsam.

Dennoch erscheint die Kritik an RCTs als Repräsentant des experimentellen Forschungsansatzes zu prinzipiell, zuweilen gar abwertend („lächerlich“, S. 164), und liest sich nicht wie eine abwägende Analyse zu Vor- und Nachteilen sowie Entwicklungspotenzialen dieser Forschungsmethodik, sondern wie eine Abrechnung mit den Verfahrensweisen des deutschen WBP.

Sicherlich hat HPT-Forschung im Rahmen von RCT-Designs bedeutende Herausforderungen und durchaus gebührt RCT-Studien nicht das Siegel des alleinstellenden Goldstandards in der Psychotherapieforschung, das sie in Deutschland tragen. Dennoch oder gerade darum sollten Forschungsanstrengungen auch darauf abzielen, Ergebnisse der personzentrierten und humanistischen Prozessforschung so zu nutzen, um insbesondere interne und externe Validität in RCT-Designs zu erhöhen. Denn realistischerweise werden auch in Zukunft RCTs, medizinische Forschungslogik und experimentelle Forschung zu unabhängigen Variablen in Berufspolitik und Psychotherapieforschung relevant sein, insbesondere vor dem Hintergrund, dass eine mit dem medizinischen Sektor gleichberechtigte Integration in das Gesundheitswesen das Ziel

von HPT und Personzentrierter Psychotherapie ist. Die RCTs im aktuellen Antrag der personzentriert-experienziellen Vereine in Deutschland haben dies gezeigt, insbesondere die für den Antrag wichtige Studie von Timulak et al. (2022).

Auf Änderungen des Methodenpapiers des WBP, hin zu einem größeren Einbezug von Wirkungsbelegen aus Prozessforschung oder Einzelfallstudien, ist in Deutschland nicht zu hoffen, im Gegensatz zum in Österreich erfolgreich etablierten Forschungsparadigma der „Praxisorientierten Psychotherapieforschung“ (Loeffler-Stastka & Datz, 2016).

Insbesondere darum sollte in einen kategorischen Abgesang auf konventionelle Wirksamkeitsforschung, auch durch RCTs per se, wie sie teilweise in diesen Kapiteln anklingt, nicht eingestimmt werden. Vielversprechender wären Aufrufe und Versuche zur Gründung von Forschungsclustern humanistischer und personzentriert-experienzieller Vereine und Institute im deutschsprachigen Raum. So könnten die wenigen vorhandenen Forschungsressourcen koordiniert werden.

Die Intention des Buches, die HPT als einheitliche Grundorientierung stärker ins Bewusstsein rücken zu lassen und progressiver nach außen zu vertreten (S. 11), ist aber akademisch bedeutsam. Aufgrund der Detailfülle, Genauigkeit und konzeptioneller Abwägungen kann diese Abhandlung eine Bereicherung für alle Humanistischen, und damit auch für Personzentrierte Psychotherapeut*innen sowie Auszubildende sein. Eine (intendierte) berufspolitische Wirkung des Werkes für Deutschland ist derzeit allerdings mehr als nur fraglich. Ob, und wenn ja, welche Wirkung das Werk in Österreich entfalten kann, wird erst zu beurteilen sein, wenn die politischen Maßnahmen einer etwaigen Verclusterung der Ansätze feststehen.

Literaturverzeichnis

- AGHPT. (2022). *Weiterbildung Humanistische Psychotherapie (HPT) – Mindeststandards (Stand: 01.12.2022)*. <https://aghpt.de/curriculum/>
- Eberwein, W. (2009). *Humanistische Psychotherapie: Quellen, Theorien und Techniken*. Thieme.
- Eberwein, W., & Thielen, M. (2014). *Humanistische Psychotherapie: Theorien, Methoden, Wirksamkeit*. Psychosozial-Verlag.
- Loeffler-Stastka, H., & Datz, F. (2016). State of the Art Praxisorientierte Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 21(2), 44–52.
- Thielen, M., & Eberwein, W. (Hrsg.). (2019). *Fühlen und Erleben in der Humanistischen Psychotherapie*. Psychosozial-Verlag.
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., Hughes, S., Vaughan, C., Beckham, K., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84–95.

Christian Korunka

Strauß, B., Galliker, M., Linden, M. & Schweitzer, J. (Hrsg.). Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Theorien, Konzepte, Methoden.

Stuttgart: Kohlhammer, 2021, 393 Seiten, ISBN: 978-3170351462. EUR (D) 50,40 / EUR (A) 50,90 / CHF 67,90.

Der Titel des Buches macht neugierig. Eine umfassende „Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren“ in einem Band, mit Beiträgen zahlreicher prominenter Autor*innen aus dem personenzentrierten Umfeld, erschienen in einem namhaften Verlag. Ich muss leider vorausschicken, dass diese hohe Erwartung an das Buch – vermutlich insbesondere vor meinem Hintergrund als Personenzentrierter Psychotherapeut, und damit Vertreter einer humanistischen Psychotherapie – nur teilweise eingelöst wird bzw. die Auseinandersetzung mit den Texten bei mir – in manchen Bereichen des Buches – kritische Gedanken zur Folge hatte. Aber der Reihe nach:

Das Buch versteht sich als ein Lehrbuch und ist in zwei große Abschnitte unterteilt. Im ersten Teil wird eine ideengeschichtliche Darstellung der grundlegenden Theorien und Konzepte der vier großen „Psychotherapieverfahren“ erarbeitet, im zweiten Teil werden die zentralen Konzepte und Methoden dieser Verfahren mit Einzelbeiträgen vorgestellt. Dies gelingt, zumindest aus meiner personenzentrierten Perspektive, relativ gut für die systemische Therapie und die Verhaltenstherapie, und, vielleicht in etwas geringerem Ausmaß, auch für die psychodynamische Therapie (hier werden neuere Entwicklungen nur sehr cursorisch abgehandelt). In den genannten vier Kapiteln wird jeweils ein historischer Abriss über die Entwicklung des jeweiligen Verfahrens gegeben, der insbesondere für Leser*innen, die nicht aus dem jeweiligen Verfahren stammen, von hohem Interesse ist.

Das Kapitel der „humanistischen Psychotherapie“ ist jedoch insofern problematisch, als hier nur die Personenzentrierte Psychotherapie vorgestellt wird, und Leser*innen aus einer anderen Verfahrensperspektive den Eindruck gewinnen könnten, als sei die Personenzentrierte Psychotherapie der einzige humanistische Ansatz. Dies ist nicht richtig und wird vermutlich die Anhänger*innen anderer humanistischer Ansätze verärgern.

Ein weiteres Kapitel beschreibt die „Ideengeschichte der integrativen Psychotherapie“, wodurch der irreführende Eindruck vermittelt wird, als ob es sich hier um ein weiteres Verfahren handelt.

Im zweiten Teil des Buches werden dann Konzepte und Methoden der jeweiligen Verfahren in abgeschlossenen Kurzbeiträgen skizziert. Die Auswahl beschränkt sich hier auf jeweils rund zehn Begriffe, die zwar passend für das jeweilige Verfahren ausgewählt wurden, aber durch die zahlenmäßige Begrenzung eine gewisse Willkürlichkeit aufweisen. Als „humanistische Psychotherapie“ wird hier erneut – nahezu

ausschließlich – die Personenzentrierte Psychotherapie herangezogen. Sehr kompetent und ausschließlich durch namhafte Autor*innen werden Konzepte wie die therapeutische Beziehung, die Aktualisierungstendenz, das Selbst sowie Erfahrung und Erleben beschrieben. Darunter mischt sich jedoch auch die „organismische Selbstorganisation“, die vorwiegend aus der Perspektive der Gestalttherapie beschrieben wird. Eine weitere Verwirrung für potentielle Leser*innen entsteht durch die offenbar von den Herausgebern vorgegebene Struktur dieser Artikel, wo in einem Abschnitt „Verzweigungen innerhalb des humanistischen Verfahrens“ auf sehr unterschiedliche andere „humanistische“ Ansätze verwiesen wird. Eine kritische Leser*in wird nach der Lektüre des Buches in Hinblick auf die Einordnung eines humanistischen „Verfahrens“ nicht schlauer sein als zuvor.

Das Buch macht hiermit jedoch vor allem ein Problem sehr deutlich, das – zumindest aus meiner österreichischen Perspektive – anderswo verortet ist: im Begriff des „humanistischen Verfahrens“. Die Idee eines derartigen „humanistischen Verfahrens“ entstand in Deutschland vor allem im Diskurs der wissenschaftlichen Anerkennung humanistischer Methoden im Rahmen eines Antrags der Arbeitsgemeinschaft humanistischer Psychotherapie (AGHPT). Es wurde versucht, die gemeinsame Basis von insgesamt 10 (!) „humanistischen“ Ansätzen als ein gemeinsames Verfahren darzustellen. Mir erscheint dieser Ansatz ungeeignet zu sein, er impliziert ja auch die Möglichkeit einer übergreifenden humanistischen Ausbildung, die ja bestenfalls in einem theorieschwachen Eklektizismus enden würde. Zumindest extern betrachtet nicht unerwartet war daher wohl auch die Ablehnung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP). Es kann aber auch nicht die Lösung des Problems der Vielschichtigkeit humanistischer Ansätze sein, den Personenzentrierten Ansatz ohne weitere Begründung als die einzige Methode des humanistischen Verfahrens darzustellen. Vielmehr sollte man wohl von „humanistischen Psychotherapien“ sprechen, die eine starke gemeinsame Identität in ihrem Menschenbild aufweisen, aber unterschiedliche Ansätze repräsentieren (beispielsweise Personenzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama, Logotherapie und Existenzanalyse als vier zentrale Ansätze). Es besteht zwar eine

Christian Korunka, Univ.-Prof. Dr.; Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder (APG*IPS); Leiter mehrerer postgradueller Ausbildungen im Bereich Psychotherapie an der Universität Wien

Verwandtschaft zwischen diesen Ansätzen, die aber gerade auch im Ausbildungskontext nicht vermischt werden sollten.

Aber zurück zum Buch – leider sind hier noch weitere kritische Punkte anzumerken: So wird an vielen Stellen im Text interessante Literatur zitiert, es fehlen allerdings die dazugehörigen Literaturverzeichnisse (die jedoch nach längerer Suche im Internet zu finden sind). Diese vermutlich kostensparende Vorgangsweise erscheint mir für ein anspruchsvolles

wissenschaftliches Buch nicht akzeptabel zu sein. Das Fehlen einer geschlechtssensiblen Sprache im gesamten Text ist dann wohl nur das Tüpfelchen auf dem i.

Abschließend möchte ich festhalten, dass dieses Buch trotz der genannten Thematiken zumindest in weiten Teilen ein leistungswertes Werk darstellt, das vorwiegend für fortgeschrittene Ausbildungsteilnehmer*innen und Expert*innen zum Kennenlernen anderer Verfahren von Interesse sein kann.

Veranstaltungskalender 2/2023

IPEA-Fachtag: Beziehungen gestalten

Zeit: 17. Februar 2024

Ort: Stuttgart, Deutschland

Info: weitere Infos auf ipea.team

Workshop: Wir sind jeweils viele!

Zur Arbeit mit Persönlichkeitsanteilen

Zeit: 9. März 2024, 10.00–14.00 Uhr

Ort: FORUM-Zentrum, Reiserstraße 20 / 4. Stock / Top 17,
1030 Wien, Österreich

Leitung: Dr. Gerhard Stumm

Anmeldung: gstumm@a1.net

10. Internationale Fachtagung für Personzentrierte Kindertherapie

Personzentrierte Zugänge zur kindlichen Entwicklung:

Spielend ins Leben hineinwachsen

Keynotes von Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff,

Ruth Bourgoigne & Uta Reichert-Oppitz

Zeit: 20.–21. April 2024

Ort: Murnau, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

DPGG-Forum 2024: „Praxis und Forschung in GPT/PCE“

Zeit: 27. April 2024

Ort: dock europe e. V., Bodenstedtstr. 16, 22765 Hamburg,
Deutschland

Info: www.dpgg.de

DFG – Deutsche Focusing Gesellschaft Stiftung e. V.:

Kontakte – Tage 2024

Zeit: 4. und 5. Mai 2024

Ort: Heidelberg, Deutschland

Info: <https://dfg-focusing.de/kontakte-tage-2024/>

Die Prä-Therapie nach Garry Prouty.

**Wie kann (wieder) Verbindung mit Realität, Gefühlen
und Anderen ermöglicht werden?**

Zeit: 17.–18. Mai und 25. Juni 2024, 3-Tages-Workshop

Ort: Zürich, Schweiz

Referent: Dion Van Werde, M. A.

Info & Anmeldung: pcainstitut.ch/fortbildungseminare-referate

Jahreskongress der GwG

Belastende Lebensereignisse integrieren: Personzentrierte

Antworten auf Trauma und Krisen

Keynotes von u. a. Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner,

Prof. Dr. Ulrich Siegrist

Zeit: 14.–16. Juni 2024

Ort: Erfurt, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Vorankündigung:

Jubiläumskongress 50 Jahre ÖGWG

Zeit: 10.–13. September 2024

Ort: Universität für angewandte Kunst Wien, Österreich

Vorankündigung: Gemeinsame Tagung der Humanistischen Fachspezifika in Österreich

Zeit: 5. und 6. April 2025

Ort: Wien, Österreich

Info: genauere Informationen folgen unter www.apg-ips.at

FORT- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTE DES APG • IPS

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Die fachspezifische Psychotherapieausbildung befähigt zur Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Die Praxis hat aber gezeigt, dass es sinnvoll ist, diese grundlegenden Kenntnisse spezifisch zu vertiefen. So wird etwa der Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, der Diagnostik, verschiedenen Störungsbildern sowie der eigenen (Weiter)Entwicklung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in in dieser Weiterbildung Rechnung getragen.

In kleinen Gruppen – gemeinsam mit anderen Personen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten – werden die Themenbereiche erarbeitet und bearbeitet.

Die Dauer der Weiterbildung ist auf mindestens 2 Jahre angelegt und kann auch dem individuellen Lernweg angepasst werden.

Nähere Information: manfred.siebert@apg-ips.at

PERSONENZENTRIERTE GRUPPENARBEIT

Die Aus- und Weiterbildung für personenzentrierte Gruppenarbeit steht allen Personen mit einer Tätigkeit im psychosozialen Feld (innerhalb und außerhalb des APG • IPS) offen. Ziel dieser Aus- und Weiterbildung ist die Befähigung zur personenzentrierten Leitung, Begleitung und Förderung sowie kreativen Gestaltung von Klein- und Großgruppen in verschiedensten Bereichen.

Die Dauer der Weiterbildung beträgt mindestens ein Jahr in kontinuierlicher Teilnahme.

Die Absolvierung von Personenzentrierter Gruppenarbeit ist Voraussetzung für die Aus- und Weiterbildung Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie.

Das Pflicht-Theorieseminar G1 wird im Sommersemester 2024 angeboten.

Nähere Information: susanna.markowitsch@apg-ips.at

PERSONENZENTRIERTE GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

Diese Aus- und Weiterbildung steht allen Personen mit einer Ausbildung in Psychotherapie (innerhalb und außerhalb des APG • IPS) offen. Sie hat das Ziel, die Teilnehmenden im Sinne des Personenzentrierten Ansatzes zur Förderung von Persönlichkeitsentwicklung in und mit psychotherapeutischen Gruppen zu befähigen.

Je nach spezifischem Interesse und den Fähigkeiten der Teilnehmenden können individuelle Qualifikationen im Sinne einer Schwerpunktsetzung erworben werden.

Die Dauer der Weiterbildung beträgt mindestens zwei Jahre (inklusive der Grundstufe „Personenzentrierte Gruppenarbeit“) in kontinuierlicher Teilnahme.

Das Pflicht-Theorieseminar G2 findet im Wintersemester 2024/25 statt.

Nähere Information: susanna.markowitsch@apg-ips.at

Institut für personzentrierte und experientielle Angebote - IPEA



Geschäftsführung: Dipl. Psych. Christine le Coutre
Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. Dipl.-Soz.päd. Dorothea Hüsson

Website: www.ipea.team

Mit-Herausgeber der Zeitschrift **PERSON**



Organizational Member in der
World Association for Person-Centered and
Experiential Psychotherapy and Counseling

Das IPEA - Institut für personzentrierte und experientielle Angebote bietet regelmäßige Fort- und Weiterbildungen an. Es befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept. Das IPEA ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON.

Personzentrierte Weiterbildungen (von der GwG anerkannt)

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

Dozent*innen: Dorothea Hüsson, Maren Krause, Hans-Jörg Koten

Modul 1: Oktober 2024 - alle weiteren Module fortlaufend

Modul 4: Oktober 2024 - alle weiteren Module fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@ipea.team

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Dozent*innen: Christine le Coutre, Regina Jürgens, Sabine Pfisterer

Modul 1: Oktober 2024 in Stuttgart - alle weiteren Module fortlaufend

Modul 1: Oktober 2024 in Schleswig - alle weiteren Module fortlaufend

Kontakt: christine.lecoutre@ipea.team

Personzentrierte Psychotherapie (GwG)

Dozent*innen: Christine le Coutre, Till Schultze-Gebhardt, Hans-Jürgen Luderer

Modul 1: 22. September 2023 / Modul 4: 24. November 2023

Kontakt: christine.lecoutre@ipea.team

Focusing: Focusing-orientierte Prozessbegleitung (GwG):

Dozent*innen: Regina Jürgens, Christine le Coutre,

Januar 2024 in Schleswig und Stuttgart,

Kontakt: christine.lecoutre@ipea.team

Zweitägige Fortbildungen (für personzentrierte Fachkräfte)

15.03.2024 – 15.00 Uhr bis 21.00 Uhr **Experientielles Coaching**

16.03.2024 – 9.30 Uhr bis 18.00 Uhr Prof. Ulrich Siegrist

Tagungsort: Stuttgart

27.04.2024 – 15.00 bis 21.00 Uhr **Bindung – Entwicklung und Diagnostik**

28.04.2024 - 9.30 bis 18.00 Uhr Ulrike Hollick, Psychologische Psychotherapeutin

Tagungsort: Stuttgart

01.03.2024 – 15.00 bis 21.00 Uhr **Störungswissen (1): Personzentriertes Störungsverständnis, Depression u.a.**

02.03.2024 - 9.30 bis 18.00 Uhr Prof. Hans-Jürgen Luderer

Tagungsort: Weinsberg

Teilnahmegebühr: Jeweils 240 €, GwG Mitglieder 180€

Anmeldeprozedere und Rücktrittsregelungen erfragen Sie bitte unter info@ipea.team

Fachtag 2024

Beziehungen gestalten

17. Februar 2024

Ort: Tagungshaus Birkach in Stuttgart

Mit Fachvorträgen und personzentrierten-experientialen Workshops der IPEA-Dozent*innen
Institutsfest am Abend

Offen für alle personzentrierten Fachkräfte und Interessierte am personzentrierten Ansatz

Kosten: 100 € (80 € Almunis, 60 € ermäßigt)

Anmeldung über info@ipea.team

Weitere Informationen auf www.ipea.team



pcaInstitut



Postgraduale Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie, pcaSuisse

Psychotherapie wirkt, weil Beziehung wirkt.

Der eidgenössisch akkreditierte Studiengang befähigt Sie, eigenverantwortlich, kompetent Psychotherapie durchzuführen. Im Zentrum stehen Sie mit Ihrem fachlichen und persönlichen Entwicklungsprozess. Gruppensetting und Methodenkombination unterstützen Lernen praxisnah und nachhaltig. Die Weiterbildung wird seit 44 Jahren angeboten und weiterentwickelt, gliedert sich in 3 Module und dauert gut 4 Jahre.

Weiterbildung in Personenzentrierter Beratung nach Carl Rogers, pcaSuisse

Ihr Weg zur starken Beratungs- und Kommunikationskompetenz.

Die modulare Weiterbildung richtet sich an alle Personen, die Menschen begleiten und ihre Kompetenzen erweitern wollen, z.B. in sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen Berufen, im HR, in leitender Funktion. Ihr Lernprozess befähigt Sie, Klient*innen, Mitarbeitende, Lernende wirksam und kompetent zu begleiten und zu fördern. Mit Option zur höheren Fachprüfung mit eidgenössischem Diplom.

Fortbildungsveranstaltungen

für Psychotherapeut*innen, Berater*innen, Fachpersonen aus Gesundheit, Prävention, Erziehung, Bildung, Wirtschaft und Organisationen und für am Personenzentrierten Ansatz Interessierte.

Aus unserem Kursprogramm ab November 2023 bis Oktober 2024:

Leben lernen mit der Klimakrise – Wie kann ich eine innere Stabilität inmitten äusserer Labilität begünstigen? **X Trauma. Was nun?** – Wann und in welchem Setting ist es sinnvoll, darüber zu sprechen? **X Einführung in die Personenzentrierte Familientherapie und -beratung** – Was braucht es für ein entwicklungs-förderliches Beziehungsangebot im Mehrpersonensetting? **X Dion van Werde: Die Prä-Therapie nach Garry Prouty** – Wie kann (wieder) Verbindung mit Realität, Gefühlen und Anderen ermöglicht werden? **X Störungen in der therapeutischen Beziehung** – Wie kann mit fordernder und testender Art und Weise ein für den Prozess hilfreicher Umgang gelingen? **X** und weitere Kurse:

Detaillierte Kursausschreibungen
und Anmeldung:

www.pcasuisse.ch/institut



Schweizerisches Qualitätszertifikat für Weiterbildungsinstitutionen
Certificat suisse de qualité pour les institutions de formation continue
Certificato svizzero di qualità per istituzioni di formazione continua

Besuchen Sie pcaInstitut auf Facebook, Instagram und LinkedIn

pcaInstitut · Josefstrasse 79 · CH-8005 Zürich · +41 44 271 71 70 · info@pcainstitut.ch · pcasuisse.ch/institut
Weiter- und Fortbildung in Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung · Bildungsinstitut der pcaSuisse



VPKJ

Internationaler Verband Personenzentrierter
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen

Die Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (GwG) ist national und auf europäischer Ebene der größte Fachverband für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Ihre Mitglieder sind in allen Bereichen der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung sowie in der Beratung tätig – u.a. auch für Kinder und Jugendliche. Dem Fachverband für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/-beratung (VPKJ) gehören Ausbilder*innen für Personenzentrierte Kindertherapie aus Deutschland, Österreich und der Schweiz an. Ziel der GwG und des VPKJs ist es, der personenzentrierten Arbeit mit Kindern mehr Aufmerksamkeit zu verschaffen sowie eine inhaltlichen Vertiefung durch den internationalen Austausch zu pflegen, damit Kinder in (seelischer) Not eine gute Begleitung finden. Die länderübergreifende Zusammenarbeit zeigt sich in den regelmäßigen internationalen Fachtagungen, in deren Rahmen der Virginia-Axline-Preis verliehen wird.



Im Frühjahr 2024 findet die nächste Fachtagung im
Kongresszentrum Murnau am Staffelsee statt.

10. Internationale Fachtagung für Personenzentrierte Kindertherapie Murnau, 20. und 21. April 2024

Spielend ins Leben hineinwachsen.
Personenzentrierte Zugänge zur
kindlichen Entwicklung.

Diese Referent:innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz haben bereits zugesagt: Ruth Bourgnone, Inka Edfelder, Uljana Garbotz, Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Kerstin Guggemoos, Curd Michael Hockel, Ulrike Hollick, Steffi Jofer-Ernstberger, Maren Krause, Andrea Krüger, Charlotte Laule, Angela von Manteuffel, Uta Reichert, Sabine Remmele, Andreas Ritzenhoff, Prof. Dr. Maike Rönnau-Böse, Erika Tyroller, Dr. phil. Sabine Weinberger, Ellen Weinhold und voraussichtlich als Ehrengast: Filmregisseurin und Drehbuchautorin Caroline Link, welche die ZDF-Dokumentation SAFE diskutieren wird.

Teilnahmegebühr (inkl. Mittagsimbiss und Tagungsgetränke):

Bis 31.12.2023: 200,- Euro

Ab 01.01.2024: 220,- Euro

Anmeldungen sind ab sofort möglich bei:

GwG e.V., Melatengürtel 127, D-50825 Köln,

T: +49 221 92590811, barg@gwg-ev.org, www.gwg-ev.org

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 Formansonstens schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autor*innen“ (erhältlich bei der Redaktionsadresse) gestaltet als E-Mail-Attachment einzureichen.

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Deutschland:

c/o Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin Jana Lammers
D-20249 Hamburg, Loehrsweg 1
Tel.: +49 151 7086 7310; E-Mail: jana.lammers@me.com

Österreich:

c/o Univ. Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der
Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 4277 478 81; Fax: +43 1 4277 478 89
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

Schweiz:

c/o Prof. Dr. Mark Galliker
CH-5430 Wettingen, Grenzstrasse 11
Tel.: +49 621 275 03; E-Mail: mgalliker@web.de

PERSON wird die Beiträge nach Ablauf eines Jahres als Volltext in die Datenbank pce-literature.org einspeisen. Autor*innen, die damit nicht einverstanden sind, werden gebeten, dies bei der Einreichung des Beitrages bekannt zu geben, da andernfalls von einer Zustimmung ausgegangen wird.

Zusendungen sollen enthalten

- Autor*in, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 1000 Zeichen)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (40 000 Zeichen pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autor*innen“
- Biografie: Angaben zum/zur Autor*in (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von Person-Centered and Experiential Psychotherapies zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 8000 Zeichen inklusive Leerzeichen
- 2.) Kurzrezensionen: max. 4000 Zeichen inklusive Leerzeichen
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

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

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

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

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autor*innen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autor*innen, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autor*innen frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

