

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2016

20. Jahrgang

Jubiläumsheft 20 Jahre PERSON

Herausgegeben von Silke Birgitta Gahleitner, Christian Korunka & Monika Tuczaï

BEITRÄGE ZU 20 JAHRE PERSON

- Statements über die Entwicklung und Zukunft der PERSON 5
- Michael Behr, Jobst Finke, Silke Birgitta Gahleitner:* Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers' Tod 14
- Alfried Längle:* Person-Zentriert. Zur Personierung der Existenz – eine „Außensicht“ 31

FACHBEITRÄGE

- Daniela Leithner, Jobst Finke:* Therapie von Schmerzsyndromen 39
- Magdalena Kriesche:* Die natürliche Adaption in der personenzentrierten Psychotherapie. Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen 52
- Gerhard Lukits:* Empathie und Empirie: Rogers' Verstehenszugänge und ihre Voraussetzungen in der Erkenntnistheorie Schopenhauers. Ein philosophischer Anstoß 63

REZENSIONEN

72

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

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

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

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

Herausgeber

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Prof. Dr. L. Teusch, D-45133 Essen, Freiherr-vom-Stein-Straße 135,
Tel.: +49 201 430 93 25; Fax: +49 201 430 93 24;
E-Mail: ludwig.teusch@uni-due.de

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dipl.-Psych. Doris Müller, D-12161 Berlin, Stubenrauchstraße 61
Tel./Fax: +49 30 89 731 731, E-Mail: mueller.d.a@t-online.de

Forum – Forum Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis

A-1090 Wien, Liechtensteinstraße 129/3
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@forum-personzentriert.at

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.

D-50825 Köln, Melatengürtel 125a
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

IGB – Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung Stuttgart

D-70374 Stuttgart, Sechselbergerstraße 26
Tel.: +49 711 580182; Fax: +49 711 58 01 92;
E-Mail: studium@personzentriert.eu

IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG

A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 13
Tel./Fax: +43 70 78 46 30; E-Mail: office@oegwg.at

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

CH-8005 Zürich, Josefstraße 79
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: info@pca-acp.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

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

Herausgeber dieses Hefts

Silke Birgitta Gahleitner, Christian Korunka & Monika Tuczai

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 13,- / SFr 16,- zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 22,- / SFr 27,- 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.

Mit dem Jahr 2017 erhöht sich der Preis für das Einzelheft auf € 15,00 / SFr 16,60, der Preis für das Abonnement auf € 26,00 / SFr 28,80. Für den Bezug im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften gelten weiterhin die verbandsspezifischen Regelungen.

Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 96
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: office@facultas.at

Satz und Layout

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

Lektorat

Florian Braitenthaller

Redaktion

Christiane Bahr, Matthias Barth, Michael Behr, Jeannette Bischof, Ulrike Diethardt, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Wolfgang Keil, Christian Korunka, Hans-Jürgen Luderer, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Christian Metz, Dagmar Nuding, Gerhard Pawlowsky, Aglaja Przyborski, Monika Tuczai, Christine Wakolbinger

Redaktionssekretariat

Katrin Draxl, 1090 Wien, Meynertgasse 8/5
Tel: +43 (0) 699 12 05 51 24, E-Mail: katrin.draxl@chello.at

Fachbeirat von PERSON

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardel-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Bossi, Jeffrey H.D. Cornelius-White, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehrer, Andrea Felnetmeti, Irmgard Fennes, Jobst Finke, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Susanne Gerckens, Walter Graf, Michael Gutberlet, Regula Haerberli, Mark Helle, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Dorothea Hüsson, Gabriele Isele, Dora Iseli Schudel, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Walter Joller, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmayer, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Jörg Merz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Regina Mutschlechner, Sibylle Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner-Bindschedler, Judith Reimitz, Barbara Reisel, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Stefan Schmidtchen, Wolfgang Schulz, Klaus-Peter Seidler, Gert-Walter Speierer, Tobias Steiger, Norbert Stölzl, Gerhard Stumm, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Helga Vogl, Robert Waldl, Johannes Witschko, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlag, Carola von Zülow, Günther Zurhorst (Stand März 2016)

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

PERSON

20. Jg. 2016, Heft 1

Jubiläumsheft 20 Jahre Person

Herausgegeben von

Silke Birgitta Gahleitner, Christian Korunka & Monika Tucza

Inhalt

Editorial 3

BEITRÄGE ZU 20 JAHRE PERSON

Statements über die Entwicklung und Zukunft der PERSON 5

Michael Behr, Jobst Finke, Silke Birgitta Gahleitner

Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft. 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers' Tod 14

Alfried Längle

Person-Zentriert. Zur Personierung der Existenz – eine „Außensicht“ 31

FACHBEITRÄGE

Daniela Leithner, Jobst Finke

Personzentrierte Therapie von Schmerzsyndromen 39

Magdalena Kriesche

Die natürliche Adaption in der personenzentrierten Psychotherapie. Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen 52

Gerhard Lukits

Empathie und Empirie: Rogers' Verstehenszugänge und ihre Voraussetzungen in der Erkenntnistheorie Schopenhauers. Ein philosophischer Anstoß 63

REZENSIONEN

Annette Jessinghaus

Peter Knienider: Paranoia. Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie. 72

Christian Metz

Michael Utsch, Raphael M. Bonelli & Samuel Pfeifer: Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. 74

(Akademische) Abschluss- bzw. Masterarbeiten aus allen deutschsprachigen person-/klientenzentrierten
Ausbildungen der Jahre 2013 bis 2016 76

Internationale Veranstaltungen 2016 84

Editorial

Auch bei der Herausgabe einer Zeitschrift erstaunt es, wie schnell doch immer wieder die Jahre vergehen. ... Mit der vorliegenden Heftausgabe blicken wir auf mittlerweile 20 Jahre PERSON zurück! Ganz im Sinne unseres Ansatzes lässt sich die erfolgreiche Geschichte der PERSON als Weiterentwicklung und Differenzierung eines vielschichtigen Ansatzes beschreiben. Inzwischen sind alle deutschsprachigen Vereinigungen als Herausgeberinnen und Herausgeber an der PERSON beteiligt. Mit dem vorliegenden Jubiläumsheft wollen wir die PERSON angemessen feiern.

Am besten erschließt sich die Entwicklung der PERSON durch die vielen interessanten und hochwertigen Beiträge. Diesem Heft ist daher eine CD beigelegt, auf der sich alle bisherigen Artikel der PERSON bis zum Jahr 2015 in elektronischer Form finden. Nichts könnte wohl besser die Qualität der Zeitschrift dokumentieren als diese vielfältige Zusammenstellung der gesammelten Artikel der letzten beiden Jahrzehnte. Die CD ermöglicht auch den jüngeren Mitgliedern unserer Vereine einen einfachen Zugriff auf frühere Beiträge und einen umfassenden Einblick in die Geschichte und Entwicklungen des Ansatzes in Europa.

Zu Anlass des Jubiläums war es uns auch ein Anliegen, die vielen Mitstreiterinnen und Mitstreiter des Projekts PERSON zu Wort kommen zu lassen. Daraus entwickelten wir die Idee, ehemalige und aktive Redaktionsmitglieder sowie Gründungsmitglieder zu bitten, jeweils ein kurzes persönliches „Statement“ über 20 Jahre PERSON zu verfassen. Diese kurzen Beiträge würdigen insbesondere die kontinuierlichen Entwicklungen auf der inhaltlichen und formalen Ebene. Sie sind jedoch auch ein Zeugnis der stets wertschätzenden organisationsübergreifenden und internationalen Zusammenarbeit innerhalb der Redaktion und formulieren zudem Ideen, Wünsche an und Anregungen für die Zukunft der Zeitschrift.

Ebenso in Richtung Zukunft blickt der Artikel „Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft – 20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers' Tod“, in dem Michael Behr, Jobst Finke und Silke Birgitta Gahleitner Potenziale für eine Weiterentwicklung innerhalb des Personzentrierten Ansatzes skizzieren. Jede einzelne der sieben genannten Herausforderungen ist wohl (mindestens) einen eigenen Fachbeitrag wert: die Aktualisierungstendenz und ihr Verhältnis zu Krankheit und Störung, die Person zwischen Autonomie und Bindung, das Verständnis von Symbolisierung von Erfahrung, Standpunkte

zur Nicht-Direktivität, der Umgang mit Techniken, die Erweiterung des Inkongruenzmodells, (neue) personzentrierte Wege in der Beratung und psychosozialen Arbeit. Schon die Betreuung des Artikels hat gezeigt, wie vielfältige Positionen es zu der einen oder anderen Herausforderung gibt. Im Sinne einer stetigen Aktualisierung unseres Ansatzes ist es daher wünschenswert, wenn dieser Beitrag zum lebendigen Austausch, zur Diskussion und zum kreativen Weiterdenken anregt. Insofern seien die Leserinnen und Leser eingeladen, Beiträge zur Diskussion bzw. Fachbeiträge zu diesen und ähnlichen Themen zu verfassen und an die Redaktion zu senden.

Im Rahmen eines Rückblicks auf 20 Jahre PERSON erschien es uns neben der Innensicht auch bedeutsam, eine Außensicht durch einen Experten oder eine Expertin einzuholen. Es freut uns sehr, dass wir Alfried Längle gewinnen konnten, einen Artikel mit dem Titel „Person-Zentriert: Zur Personierung der Existenz – eine ‚Außensicht‘“, für unsere Jubiläumsausgabe zu schreiben. Alfried Längle beschäftigt sich in seinem Artikel damit, wie es gelingen kann, die Person aus einer existenzialistischen Perspektive aufzusuchen und ihr zum Durchbruch zu verhelfen. Die Person ins Gespräch einzubringen und sie in den Klientinnen und Klienten zu wecken, die „Personierung der Existenz“, ist demnach in der Existenzanalyse von zentraler therapeutischer Relevanz. Auch mit diesem Artikel möchten wir einen breiten Diskurs zu dem für den Personzentrierten Ansatz zentralen Thema anregen. Im folgenden Heft wird dafür ein Ort zur Verfügung gestellt sein. Eine erste Stellungnahme von Peter Schmid dazu liegt bereits vor.

In der üblichen Tradition finden sich selbstverständlich auch in der Jubiläumsausgabe wertvolle Fachbeiträge. Daniela Leithner und Jobst Finke beschreiben in ihrem Artikel „Personzentrierte Therapie von Schmerzsyndromen“ ein personzentriertes Therapiekonzept für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit chronischem Schmerzerleben. Ausgehend von einer kurzen Darstellung der personzentrierten Störungstheorie mit denkbaren Inkongruenzkonstellationen legen sie den Fokus auf die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung und konkretisieren dies sehr praxisnah mit zahlreichen Fallvignetten. Das Phasenmodell von Swildens' Prozessorientierter Gesprächspsychotherapie dient ihnen dabei als Hintergrundfolie.

Magdalena Kriesche beschreibt in ihrem Beitrag, der auf ihrer Masterthese zu diesem Thema basiert, das Phänomen der „natürlichen Adaption“ in der Personzentrierten Psychotherapie.

Es wird ein anregender Brückenschlag versucht: zwischen den Adaptionprozessen wie sie bereits von Inge Frohburg in den 1990er Jahren beschrieben wurden und der therapeutischen Beziehung bzw. einem personenzentrierten Therapeut/innenverhalten.

Der Beitrag von Gerhard Lukits steht in einer Tradition personenzentrierter Autorinnen und Autoren, die sich mit der wissenschaftstheoretischen bzw. philosophischen Verankerung des Ansatzes auseinandersetzen. Er analysiert die Erkenntnistheorie von Arthur Schopenhauer in ihrer Bedeutung für das Verständnis des Personenzentrierten Ansatzes. Gerade weil sich im Werk Carl Rogers' keine direkten Bezüge auf Schopenhauer finden lassen, wird dieser Beitrag viel Interesse und vielleicht auch Widerspruch und Diskurs auslösen. So wie wir auch insgesamt hoffen, dass sich gerade in diesem Jubiläumsheft Anregungen zum Diskurs und zur Auseinandersetzung finden, die ihren Niederschlag in weiteren spannenden Beiträgen für die PERSON finden.

Nicht zuletzt: Worüber die Redaktion schon seit mehreren Jahren nachdenkt, wurde in diesem Heft zum ersten Mal realisiert: Es werden die Titel und Namen der Autorinnen und Autoren von Masterthesen und Abschlussarbeiten der letzten vier Jahre im Rahmen der Ausbildung zur personenzentrierten Psychotherapie veröffentlicht. Unser Anliegen ist dabei nicht

nur das Sichtbar-Machen der so zahlreich vorhandenen unveröffentlichten Studien, sondern auch und vor allem liegt uns daran, die dahinter liegenden ungeahnten Schätze zu bergen und potenzielle Autorinnen und Autoren für die Zukunft der PERSON zu gewinnen und entsprechend zu fördern. Alle an einer Publikation interessierten Personen, insbesondere die jüngeren Kolleginnen und Kollegen, mögen sich hier angesprochen und eingeladen fühlen, Artikel einzureichen!

Wir hoffen, dass dieses Heft eine Reihe von Anregungen zu geben vermag, um die nächsten 20 Jahre der Erfolgsgeschichte der PERSON einzuleiten!

Die nächsten Hefte befinden sich in Arbeit bzw. im Planungsstadium, darunter ein Heft mit freien Beiträgen (2/2016), ein Heft mit dem Schwerpunkt Kinder, Jugendliche, Eltern: Psychotherapie und Förderung (1/2017) sowie ein Heft mit dem Schwerpunkt Focusing (2/2017). Wir laden Sie ein, uns Ihre Beiträge zu schicken. Als persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner stehen die Mitglieder des Redaktionsteams gerne unterstützend zur Verfügung. Zunächst wünschen wir Ihnen jedoch viel Freude mit dem vorliegenden Jubiläumsheft!

*Silke Birgitta Gahleitner, Christian Korunka
und Monika Tuczai*

Statements über die Entwicklung und Zukunft der PERSON



Die Zeitschrift ‚PERSON‘ – Ein Rückblick

Lore Korbei

Wien, Österreich

*Gründungs- und Redaktionsmitglied von
1996 bis 1998 für die ÖGWG*

Nachdem ich alt bin, erlaube ich mir zurückzublicken in eine Zeit, wo es noch keine Zeitschrift Person gab – also vor 1997 bis zu dem Satz im ersten Heft der PERSON von Christian Korunka: „Wir freuen uns, das erste Heft der Zeitschrift ‚PERSON‘ vorstellen zu können.“ Ich lese im Editorial sehr gerührt, dass wir – ÖGWG und APG – damals zwei „Probehefte“ geplant hatten. Weiters erinnere ich mich, dass vereinsinterne Supplemente im Gespräch waren.

Also Zurück zum Davor:

Es war eine Zeit der intensiven Zusammenarbeit zwischen APG und ÖGWG – auch von Person zu Person – eine Zeit, in der zum Beispiel eine gemeinsame Supervisionsausbildung entstand. Eine Zeit, in der eben das Miteinander gut möglich wurde und Früchte getragen hat. Und ich erinnere mich auch an einige der vielen Lehrpersonalkonferenzen der ÖGWG, wo ich wieder einmal für eine gemeinsame Zeitschrift geworben hatte. Oskar Frischenschlager, damals schriftführend im Wissenschaftlichen Beirat des viermal jährlich erscheinenden Psychotherapie Forums, ermunterte mich immer wieder. ISSN-Nummer, Blindbegutachtung, wissenschaftliches Renommee ... waren die magischen Wörter dazu. Welche Aufbruchstimmung! Oder nur, weil ich damals noch jünger war? Also wieder ein frisches Ceterum Censeo – innerhalb der ÖGWG. Ja, und da ging es hart her, damals: „Schrebergartenmentalität“ versus „Nestbeschmutzung“, „kleinkariert“ versus „immer nach den anderen schiele“. Unter Schweiß und Tränen (ja, auch Tränen!) wurde es damals möglich, diese Zeitschrift zu starten, wo ich mich noch rühmen darf, den Titel ‚PERSON‘ vorgeschlagen zu haben.

Aus unserer Zeitschrift, aus unserer identitätsstiftenden Zeitschrift Personzentriert wurden folgerichtig die PERSON und das Zentriert, ein lebendiges, unterhaltsames Blatt, wo auch „Unzensuriertes“ hineindarf.

Und aus den zwei Probeheften der PERSON wurde eine Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung in gefälligem Rot – mit einer bedeutenden Reihe von deutschsprachigen Vereinen, auch aus der Schweiz und aus Deutschland, als Mütter und Väter.

Wir sind gut aufgestellt für die „wissenschaftliche“ Zukunft der Psychotherapie auch dank dieser Zeitschrift. Und ich wünsche mir wieder mehr Zeit und Muße zu lesen und zu lernen, statt zu schreiben und zu lehren.

Ad multos annos!

PS: Noch eine Schnurre am Rande – se non è vero è bon trovato. Ute Binder bekam eine „Blindbegutachtung“ zurück mit der fröhlichen Aufforderung, doch Ute Binder zu lesen! Stimmt das, Johannes?

Lore Korbei, DSA, MSc, Jahrgang 1945; Personzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis in Wien; Ausbilderin bei der ÖGWG; Supervisorin (ÖGWG, ÖVS, VÖPP); von Gene Gendlin autorisierte Focusing-Ausbilderin und Koordinatorin für Österreich am International Focusing Institute New York; zahlreiche Veröffentlichungen.



Die PERSON: Eine unabge- schlossene Erfolgsgeschichte

Peter F. Schmid

Wien, Österreich

*Gründungs- und Redaktionsmitglied
von 1996 bis 2013*

Als sich im Jahr 1997 Vertreter des österreichischen *Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG)* (Peter Frenzel, Christian Korunka, Peter F. Schmid) und der ÖGWG (Lore Korbei, Ilse Schneider, Elisabeth Zinschitz) zum Gründungsbeschluss für die neue Zeitschrift zusammengefunden hatten, durften wir hoffen, konnten aber keineswegs noch sicher sein, dass die Idee zu diesem Projekt aufgeht: eine wissenschaftlich allen Ansprüchen genügende und doch für Praktiker und Praktikerinnen sowie Ausbildungsteilnehmer und -teilnehmerinnen gut lesbare und für die konkrete Arbeit hilfreiche Zeitschrift zu sein und dies immer mehr zu werden.

Für damalige Verhältnisse ein einigermaßen gewagtes und ambitioniertes Unterfangen, zu dem es im PZA auch keine internationalen Vorbilder gab. So hatte die *Zeitschrift für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie* (1982–1987) Jahre zuvor mangels ausreichender Abonnentenzahlen zuerst in ein Jahrbuch umgewandelt und schließlich 1990 eingestellt werden müssen. Es gab in Österreich nur einfach hergestellte Vereinsblätter: *apg-kontakte*, 1984–1996 (dreimal pro Jahr) und *Personzentriert*, vormals *Psychotherapie und Beratung*, 1979–1997 (halbjährlich), in Deutschland die *GwG Zeitschrift* (seit 1987,

davor *GwG-info*, seit 1970; vierteljährlich) und *person-zentriert* von *akt* (seit 1997, halbjährlich) sowie in der Schweiz den *Brennpunkt* (1979–2001; vierteljährlich bis 1998, dann jährlich). (Zu den Daten und Details siehe *Person-Centered and Experiential Journals* auf <http://pfs-online.at/1/journals.htm>.)

Der von Lore Korbei ins Spiel gebrachte Titel sollte den Anspruch von allem Anfang an klarstellen: *PERSON*. Gewolltermaßen und evident eine Anspielung auf die *PSYCHE* der Analytiker. International sollte sie sein, dem Ansatz sowohl in seinem Kern wie in seiner Breite verpflichtet, also plural (der Untertitel war anfangs noch *Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze*), allen Ausbildungskandidaten bzw. -kandidatinnen und Praktikern bzw. Praktikerinnen leicht zugänglich und auf fachlich unbestreitbarem Niveau, mit Originalbeiträgen (die allesamt bald schon peer reviewed wurden, d. h. erst nach kritischer Beurteilung durch drei Gutachter bzw. Gutachterinnen und entsprechender Überarbeitung veröffentlicht werden). Sobald das Projekt in Form erster Hefte Gestalt angenommen hatte – das große rote Heft wurde ja zum Markenzeichen – und sich ein Erfolg abzeichnete, kamen ganz rasch weitere Herausgeberinnen hinzu. Dem Gründungsziel entsprechend gesellten sich so nach und nach andere österreichische Gruppierungen (*Forum, VRP*), die schweizerische (*SGGT*, heute *pca.acp*) und drei deutsche Gesellschaften (*ÄGG, DPGG, IGB*) dazu.

Als immer noch offene Wunde bleibt: Die Annahme der Einladung an die *GwG*, die Zeitschrift mit unserem großen deutschen Schwesterverband gemeinsam herauszugeben, ließ leider sehr lange auf sich warten, und noch heute bekommen die *GwG*-Mitglieder sie nicht im Rahmen ihrer Mitgliedschaft frei Haus geliefert wie die Mitglieder der anderen Herausgeberinnen. Sie müssen sie extra abonnieren und selbst bezahlen, was nur in geringem Ausmaß geschieht. Trotz der Vereinbarung, selbstverständlich auch weiterhin eigene Vereinszeitschriften herausgeben zu können, war die Angst zu groß gewesen, die hauseigene *GwG-Zeitschrift* (jetzt *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*) als *Organ* des Verbandes würde unter einer gemeinsamen Fachzeitschrift zu sehr leiden. So wurde argumentiert, und die mehrjährige Arbeit an einem gemeinsamen großen Projekt platzte über Nacht. Der Wissenschaftliche Beirat der *GwG* stellte infrage, „ob die PCA-Szene im deutschsprachigen Raum überhaupt genügend wissenschaftliches Artikelmaterial liefern“ könne und empfehle, „die *GwG-Zeitschrift* nicht vorschnell zu demontieren“, so die deutsche Vertreterin. Sie „zog daraus das Fazit, dass es sinnvoller wäre“, weiterhin „ein Magazin, leicht lesbar, mit wertvollen Informationen für die Praxis, ohne wissenschaftlichen Anspruch“ herauszugeben, „vor allem auf die Beratungsschiene zu setzen und den PCA ansonsten hauptsächlich populistisch zu vertreten“ (Protokoll der letzten Sitzung der Redaktionsvertreter/innen von *PERSON*,

GwG-Zeitschrift und *Brennpunkt* am 20. 5. 2001, Pkt. 1). Aus heutiger Sicht wohl eine verhängnisvolle Fehlentscheidung. Das Jubiläum der *PERSON* könnte Anlass sein, sie zu überdenken.

Der Rest der Geschichte der *PERSON* ist eine Erfolgsstory, die ihresgleichen sucht: Die *PERSON* ist heute aus dem wissenschaftlichen und praktischen Diskurs in Aus- und Fortbildung nicht wegzudenken. Sie wurde Vorbild für die Gründung der anderen großen internationalen Zeitschrift, *Person-Centered and Experiential Psychotherapies (PCEP)*. *Journal of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling*, die nach der ebenfalls auf Initiative aus Österreich hin erfolgten Gründung des Weltverbandes (*WAPCEPC*) erstmals 2002 erschienen ist. Sie übernahm vieles aus dem Konzept der *PERSON* für die internationale englischsprachige Leserschaft und informiert mit vielsprachigen, auch deutschen Abstracts. Beide Zeitschriften bieten heute einem breiten internationalen Leserkreis aus allen Kontinenten erstklassige Fachartikel.

Ad multos annos!

Univ.-Doz. HS-Prof. Mag. Dr. Peter F. Schmid ist Begründer personzentrierter Ausbildung in Österreich. Er lehrt an der Sigmund Freud Privat Universität Wien (SFU) sowie mehreren Universitäten und Hochschulen in Europa und den USA. Er arbeitet als Psychotherapieausbilder am *Institut für Personzentrierte Studien (IPS der APG)* in Wien und als Psychotherapeut, Supervisor und Coach in freier Praxis. Schmid hat mit Carl Rogers in den 1980er-Jahren zusammengearbeitet und unter anderem den Weltverband (*WAPCEPC*) und das Europäische Netzwerk (*PCE Europe*) sowie die Fachzeitschriften (*PCEP* und *PERSON*) initiiert und mitbegründet. Mehr als 350 facheinschlägige Bücher und Publikationen. Carl-Rogers-Award der APA (*American Psychological Association*) 2009.



Christian Korunka

Wien, Österreich

Gründungs- und Redaktionsmitglied
seit 1996 für das *IPS*

Die *PERSON* entstand an einem Frühjahrsabend in einer Gartenlaube, bei einer Flasche gutem Rotwein. So hab ich es zumindest in Erinnerung. Der Wein hat vermutlich geholfen, den programmatischen und stolzen Namen für unsere Zeitschrift zu finden (wir wollten für den Personzentrierten Ansatz das sein, was die „Psyche“ für die Psychoanalyse ist). Bei den Zielen waren wir uns von Anfang an einig. Wir wollten eine Zeitschrift, die mit hohem Qualitätsanspruch Beiträge des gesamten personzentrierten Spektrums vereint und in der alle Strömungen bzw. Vereine der deutschsprachigen personzentrierten Welt vertreten sind. Die Zeitschrift sollte einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung unseres Ansatzes liefern und sowohl Wissenschaftler/innen als auch Praktiker/innen ansprechen.

Die Erfolgsgeschichte unserer Zeitschrift bestätigt, wie entscheidend eine derartige starke Vision am Beginn einer positiven Entwicklung ist. Diese gemeinsame Vision war stärker als alle vereinspolitischen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit. Aus der Zusammenarbeit im Rahmen der „PCA – Person Centered Association in Austria“ – eines Zusammenschlusses von einigen Personen aus zwei Ausbildungseinrichtungen in Österreich – ist nur einige Jahre später eine gemeinsame Herausgeberschaft der PERSON, bestehend aus neun Vereinen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz geworden.

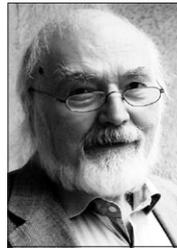
Wir wollten durch eine verstärkte Zusammenarbeit aller personenzentrierten Vereine im deutschsprachigen Raum unseren Ansatz insgesamt stärken. Besonders der Anschluss an den wissenschaftlichen Diskurs und wissenschaftliche Qualitätsstandards waren uns dabei wichtig und ein ausformuliertes explizites Ziel. Ich hoffe und denke, dass uns beides gelungen ist.

Inzwischen bin ich der Einzige im Redaktionsteam, der von Anfang an dabei war. Die Zusammenarbeit war von der ersten Sitzung an professionell und vom gemeinsamen Ziel getragen. Bereits im allerersten Heft ist es uns gelungen, unseren Anspruch umzusetzen. Viele kleine Verbesserungen und Entwicklungen, vom neuen Schriftsatz über die Professionalisierung der Begutachtung und einheitlichen Gestaltung der Beiträge haben zur heutigen Qualität geführt. Aber es war nicht nur professionelle Zusammenarbeit, es hat auch immer Spaß gemacht. Ich denke, unser Ansatz braucht das Spannungsfeld eines gemeinsamen personenzentrierten Menschenbildes und darin eingebetteter Strömungen mit unterschiedlichen Facetten und Positionierungen. Genau das ist für mich die Basis der Zusammenarbeit und der Bedeutung der PERSON für unseren Ansatz.

Was wünsche ich mir für die nächsten 20 Jahre? Eine weitere Stärkung unseres Ansatzes, gerade auch in den schwierigen Zeiten. Und vor allem ein weiterhin lebendiges und engagiertes Redaktionsteam, das die Vision des Anfangs in die nächsten Entwicklungsphasen trägt. Und natürlich viele spannende Beiträge aus dem gesamten personenzentrierten Spektrum.

Die Bedeutung der PERSON für unseren Ansatz ist wohl nicht zu unterschätzen. Der Druck auf die Psychotherapie und insbesondere auch auf den Personenzentrierten Ansatz hat in den letzten Jahren zugenommen. Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes, für die Krankenbehandlung, aber auch als eine gesellschaftskritische Haltung, bedarf einer ständigen Rechtfertigung und Überprüfung. Hier kann und wird die PERSON auch in der Zukunft eine wichtige Rolle spielen.

Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka leitet den Forschungsbereich Arbeits- und Organisationspsychologie an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien. Zahlreiche Publikationen und Forschungsprojekte. Leiter des Universitätslehrgangs „Psychotherapeutisches Propädeutikum“ an der Universität Wien. Personenzentrierter Psychotherapeut, Gesundheitspsychologe, Supervisor und Organisationsberater. Mitglied einer Familienberatungsstelle und Ausbilder im Institut für Personenzentrierte Studien (IPS).



Wolfgang W. Keil

Wien, Österreich

Redaktionsmitglied seit 1999 für die ÖGWG

Im Rückblick finde ich es als glückliche Sternstunde, wie ca. 1995 Vertreter der damaligen APG (gerade zur Zeit der internen Trennung in Forum und IPS) sich mit dem Vorhaben, gemeinsam eine wissenschaftliche „Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und Personenzentrierte Ansätze“ zu begründen, an die ÖGWG wandten. Schon bei den ersten Gesprächen dazu kreierte Lore Korbei (wohl auch angeregt durch die „Psyche“ der Psychoanalytiker) den Titel PERSON für diese Zeitschrift. Weitere Sternstunden waren in der Folge wohl auch die Situationen, in denen es (vor allem auch verschiedenen Redaktionsmitgliedern) gelang, zunächst 2001 die damalige SGGT, dann 2002–2003 die ÄGG und die DPGG als Mitherausgeber zu gewinnen; später konnten dann auch noch die VRP, die GwG und das IBG Stuttgart integriert werden, womit PERSON nun wirklich eine Internationale Zeitschrift war.

PERSON stellte sich (nicht immer zur Freude von Autorinnen und Autoren) einen hohen Qualitätsanspruch. In der Redaktion entwickelte sich von Anfang an ein Verständnis für die Unterscheidung von Fachartikeln und anderen Beiträgen wie etwa Praxis-Reflexionen, Tagungsberichten u. a.m. Und ab 2003 wurde der Fachbeirat erstellt, der ein Review-Verfahren für alle eingelangten Artikel ermöglichte, nämlich die Begutachtung durch jeweils eine Expertin oder einen Experten vonseiten der Wissenschaft, der Praxis und der Redaktion.

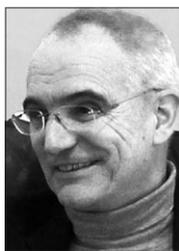
Beim Durchblättern der bisherigen 19 Jahrgänge sind mir nun erstaunlich viele tolle Highlights aufgefallen: Ich nenne hier nur beispielsweise das informative Heft 2/2001 über Rogers (anlässlich seines 100. Geburtstages), die Auseinandersetzung mit den Systemtheorien (2/2010), die Hintergründe unseres Ansatzes in der europäischen Philosophie (2/2011), die vielen Themenhefte und weiteren Beiträge zur Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (hier möchte ich etwa die in Heft 1/2012 begonnene Ausarbeitung von störungsspezifischen Handlungsleitlinien hervorheben), aber auch viele grundlegende Einzelbeiträge wie etwa das Verständnis von Trauma (2/2003) oder von Krankheit (1/1997) in der Klientenzentrierten Psychotherapie von Biermann-Ratjen u.v. a.m.

Beim Durchblättern der Jahrgänge sind mir aber auch fehlende Dinge bzw. weitere Wünsche an die PERSON aufgefallen. So finde ich, dass Bereiche wie Kunst und Kultur, aber etwa auch der Focusing-Bereich bisher relativ wenig vertreten waren; überhaupt sollten die verschiedenen Strömungen

in unserem Ansatz systematischer und prägnanter dargestellt werden, und es könnte auch mehr kontroversielle Differenzierungen und Auseinandersetzungen geben. Es ist nicht leicht, Themenhefte so zusammenzustellen, dass damit ein umfassender Überblick über den jeweiligen Bereich gegeben wird, dennoch sollten wir uns vermehrt darum bemühen. Dies gilt u. a. auch für den Bereich der Forschung, die ja in zunehmendem Maß öffentlich von uns gefordert wird. Hier sollten wir nicht nur einzelne Studien und Metastudien referieren, sondern auch die Hintergründe, Möglichkeiten und Zielsetzungen von Forschung in unserem Ansatz systematisch ansprechen und diskutieren. Als weiteren Wunsch hätte ich eine gelegentliche, aber tiefgreifende Bearbeitung vieler Lebensbereiche wie Bildung, Sexualität, Politik, Umwelt, Migration usw. aus der Sicht unseres Ansatzes bzw. überhaupt eine psychotherapeutische Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und zeitgeschichtlichen Themen.

Mulmig wird mir allerdings bei dem Gedanken, wie viel ehrenamtliche Arbeit dies alles schon erfordert hat und vermehrt noch erfordern wird. Doch für ein Projekt wie PERSON lohnt sich all die Mühe, und daher: Lasst uns also weitermachen!

Prof. Mag. Wolfgang W. Keil, Jahrgang 1937, Klientenzentrierter Psychotherapeut (ÖGWG), Gruppenpsychotherapeut (ÖAGG), Focusing-Trainer, Lehrgangsleiter ÖGWG – Donau-Universität Krems.



Das internationale Format als Aufbruch

Gerhard Stumm

Wien, Österreich

Redaktionsmitglied

von 2000 bis 2015 für das Forum

Die Gründung und der Aufbau der Zeitschrift gehen auf eine österreichische Initiative zurück. Dies trifft auch zu auf die Erweiterung ab 2001 über die zunächst zwei, dann drei österreichischen Organisationen hinaus. Doch hat – so meine These – erst die „Internationalisierung“ durch die Einbindung der Schweizer SGGT (heute pca.acp) und der deutschen Verbände (ÄGG und in weiterer Folge DPGG sowie GwG und IGB Stuttgart), im Gefolge schließlich auch der VRP als einziger österreichischer Organisation, die noch nicht integriert war, entscheidend zu ihrer weiteren Entfaltung beigetragen. Die damit verbundene quantitative Aufstockung der Redaktion (von 8 Personen am Anfang auf im Laufe der Zeit 18) bedeutete zugleich einen qualitativen Schub, was sich redaktionsintern sowohl im Diskussionsniveau als auch bei der Planung von Heften sowie im Anfragen, in der Sichtung, internen Begutachtung und Betreuung

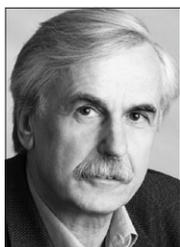
von Artikeln niederschlug. Die Ausweitung über die österreichischen Organisationen hinaus trug zudem – und das ist ein Punkt, den ich besonders hervorheben möchte – ganz wesentlich zu einer gruppensystemischen Entspannung bei. Querelen, die insbesondere in der Entstehungsphase zwischen IPS und Forum schwelten bzw. immer wieder aufbrachen und von der ÖGWG kaum zu moderieren waren, fanden zumindest in der Redaktion der Zeitschrift keine Fortsetzung. Die „intrafamiliären“ Konflikte und Zwistigkeiten in der APG, dem Dach von IPS und Forum, die von den „nahen Verwandten“ aus der ÖGWG nur ansatzweise ausgeglichen werden konnten, wurden im redaktionellen Raum durch die Präsenz der „Nachbarn“ aus der Schweiz und Deutschland gewissermaßen neutralisiert. Kollegen wie Franz Berger, Tobias Steiger und Mark Galliker sowie Diether Höger, Jobst Finke oder Michael Behr vermochten durch ihre Nicht-Involvierung in die Konflikte eine konstruktive Wirkung zu erzeugen, ohne dass hier eine spezielle Intention oder gar eine gesonderte Bemühung bestanden hätte. Dies hatte zur Folge, dass die vorhandenen Kompetenzen weitgehend ungetrübt von den weiterhin bestehenden Spannungen zum Nutzen der Zeitschrift eingebracht werden konnten, kurzum die Sachebene gestärkt wurde.

Für das Gruppenprojekt erwies sich die länderübergreifende Zusammenarbeit als deeskalierender und befriedender Einfluss, als ein ungeplantes Beispiel einer „Friedensarbeit“, die bekanntlich Carl Rogers sehr am Herzen lag, wie sein Wirken ab den Jahren an der Westküste bezeugt. Ich erinnere mich, wie sehr er den vom außenstehenden Jimmy Carter begleiteten Dialog zwischen Begin und Sadat mit Interesse verfolgte. Als Detail hob Rogers übrigens hervor, dass es für ihn einen Moment des Durchbruchs in der Begegnung bedeutete, als die beiden einander Fotos ihrer Enkelkinder zeigten. Auch wenn dies naiv klingen mag und der Erfolg aus historischer Sicht zu relativieren ist, so ließe sich gleichwohl argumentieren, dass die personenzentrierten Kernbedingungen mit ihrem universellen Anspruch nirgendwo ihre Wirkung verfehlen.

Nun, zu einem Austausch von Fotos ist es in der Redaktion nicht gekommen. Auch sind die Protagonisten der nicht ausgeräumten Konflikte mittlerweile aus der Redaktion ausgeschieden. Was aber durch die „Internationalisierung“ bzw. Erweiterung in vielfacher Hinsicht gelungen ist, das war eine Beruhigung von durch Kränkungen beeinträchtigten Beziehungen, die ein kultiviertes Nebeneinander bis hin zu einer weniger konflikthaften Kooperation begünstigte. In diesem Sinne hatte die redaktionelle Erfahrung für mich den Charakter eines Lehrstücks: Weltoffenheit und Pluralismus haben fundamentalistische Ansprüche und Verengung sowie damit einhergehende Verstrickungen bzw. Gegenreaktionen aufgeweicht bzw. in den Hintergrund treten lassen.

Möge die Zeitschrift in diesem Geiste fortgeführt werden!

Dr. Gerhard Stumm, 1950, Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Psychotherapie-Ausbilder des „Forum Personenzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis“; Mitglied des Fachbeirats des Journal „Person-Centered & Experiential Psychotherapies“; zahlreiche methodenspezifische und -übergreifende Publikationen zur Psychotherapie. E-Mail: gstumm@chello.at www.gerhardstumm.at.



Für einen offenen Diskurs

Hermann Spielhofer

Wien, Österreich

Redaktionsmitglied

von 1999 bis 2012 für die ÖGWG

Drei Jahre nach Gründung der Zeitschrift PERSON bin ich 1999 der Redaktion beigetreten, nachdem mir Wolfgang Keil angeboten hat, für die ÖGWG mitzuarbeiten. Diese Mitarbeit war für mich sehr anregend und aufschlussreich. Das Diskussionsklima habe ich von Beginn an kollegial und konstruktiv erlebt, was auch daran gelegen sein dürfte, dass bestehende Differenzen auf inhaltlich-theoretischem Gebiet, die es jedenfalls gegeben hat, nicht ausgetragen wurden, da uns in den Sitzungen einfach die organisatorisch-technischen Aufgaben voll in Anspruch genommen haben. Jedenfalls war es für mich damals noch nicht abzusehen, dass aus diesem Projekt eine derartige Erfolgsgeschichte werden sollte. Immerhin sind inzwischen neun Vereinigungen im deutschen Sprachraum als Herausgeber beteiligt.

Die Gründung der Zeitschrift im Jahre 1996 erfolgte durch die beiden österreichischen Vereine ÖGWG und APG, und zwar in einer Zeit der Auf- und Umbrüche, verbunden auch mit Spannungen und Konflikten zwischen den Vereinen und deren Protagonisten. Es überwog offensichtlich das Anliegen ein Forum zu schaffen, in dem verschiedene Positionen und Zugänge zu unserem Ansatz ausgetauscht werden können um so die Entwicklung der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie voranzutreiben.

Zuletzt erfolgte die Aufspaltung der APG in das IPS und das Forum, die ich hier deshalb anführe, da die Unterscheidung in der Ausrichtung der beiden Sektionen für mich bereits die Grundtendenzen der Entwicklung unseres Ansatzes wiedergeben, wie sie auch in den Beiträgen der PERSON zum Ausdruck gekommen sind. Während das IPS (Institut für Personenzentrierte Studien) seine Hauptaufgabe in der genuinen und kreativen Verwirklichung und Weiterentwicklung des Ansatzes in der Tradition von Carl Rogers sieht, war das Forum (Forum – Personenzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis) offen für die Auseinandersetzung mit verschiedenen

Strömungen und mit verwandten und kompatiblen Modellen, wie Focusing, körperorientierte Ansätze, tiefenpsychologische, systemische und existenzielle Konzepte (Schmid, 1997). Die Schärfe der Auseinandersetzungen zwischen diesen beiden Richtungen hat manchmal den Charakter von Religionskriegen angenommen. Gerhard Stumm (2012, S.155) spricht von „sektenhaften Auswüchsen, wie sie in evangelikalen Kirchen [...] anzutreffen sind“. Dabei können sich die unterschiedlichen Strömungen mit gutem Grund auf Rogers berufen, der in seinen Grundannahmen nicht immer konsequent war.

Inzwischen wurde es für mich zunehmend schwierig einen Überblick über die verschiedenen Strömungen und Ansätze zu behalten und bereits 1998 hat Peter F. Schmid die Frage aufgeworfen: „Gibt es überhaupt noch so etwas wie einen Personenzentrierten Ansatz oder sind es viele von ihm inspirierte Ansätze, die eigentlich nicht mehr unter einen Hut zu bringen sind?“ (S.16). Jobst Finke (2002, S.30) verweist darauf, „dass die Personenzentrierte Therapie, soweit sie sich weiterhin als ein Verfahren der Humanistischen Psychologie versteht, sich in ihren zentralen Konzepten nicht auf naturalistische Positionen beziehen kann. Denn ein Gründungsmoment dieser Bewegung bestand gerade in einem Sich-Absetzen von solchen Positionen“.

Die Frage dabei ist jedenfalls, welches Menschenbild, welche philosophisch-anthropologischen Konzepte lassen sich aus dieser Vielfalt an unterschiedlichen Theorien ableiten. Immerhin sind die anthropologischen Grundkonzepte nicht nur ein zu vernachlässigender „Überbau“, sondern das „normative Fundament“ einer Methode und sie enthalten nicht nur die Zielsetzungen, sondern haben auch eine heuristische Funktion, d. h. sie sind erkenntnisleitend, indem sie die Fragestellungen liefern und die Auswahl und Interpretation der Erfahrungsdaten ermöglichen. Bereits das Zuhören wird beeinflusst von unserem Bild einer *fully functioning person* oder von dem eines „guten Lebens“.

Man kann natürlich dem Verdikt von Paul Feyerabend folgen: *Anything goes* – sofern es wirkt. Allerdings stellt sich dabei die Frage, wieweit dabei der humanistische und emanzipatorische Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes noch realisiert werden kann. Außerdem bleibt bei diesen eklektizistischen Konzepten, wie sie von verschiedenen Gruppen vertreten werden, unberücksichtigt, dass die in den verschiedenen Ansätzen gewonnenen Erkenntnisse aus ihrem theoretischen Kontext und der Fragestellung heraus zu verstehen sind und daraus ihre Gültigkeit beziehen und sie können daher nicht so ohne Weiteres auf unseren Ansatz übertragen werden.

Ich würde mir wünschen, dass es gerade in der PERSON möglich sein sollte, in einem offenen Diskurs zu klären, worauf wir uns noch einigen können und wie wir uns nach außen hin darstellen wollen. Dann wäre es vielleicht auch eher möglich, die Voraussetzungen unseres therapeutischen

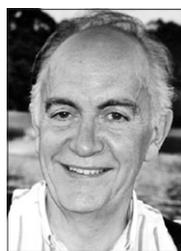
Handelns zu reflektieren, in welchem gesellschaftlichen Kontext wir arbeiten.

Auf jeden Fall möchte ich dem Redaktionsteam weiterhin viel Erfolg wünschen und zwar im Sinne der Programmatik der PERSON, einen „fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung“ zu fördern.

Literatur

- Finke, J. (2002). Das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus. *Person*, 6(2), 26–34.
- Schmid, P.F. (1997). Die „Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG) – Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit“ Geschichte, Entwicklungen, Zielsetzungen. *Person*, 1(2), 97–110.
- Schmid, P.F. (1998). State of the art personzentrierten Handelns als Vermächtnis und Herausforderung. *Person*, 2(1), 15–23.
- Stumm, G. (2012). PZA und Fundamentalismus – ein Widerspruch. In U. Diethard, L. Korbei & B. Pelinka (Hg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie – quo vadis? Festschrift zum 75. Geburtstag von Prof. Mag. Wolfgang W. Keil* (S. 153–158). Wien: Facultas.

Dr. Hermann Spielhofer, Klinischer Psychologe und Klientenzentrierter Psychotherapeut, Mitglied der ÖGWG; Studium der Psychologie, der Philosophie und der Pädagogik; langjährige Tätigkeit in psychiatrischen Einrichtungen und seit 1990 als Psychotherapeut in freier Praxis; Mitarbeit im ÖBVP-Präsidium, im Psychotherapiebeirat sowie zuletzt im Vorstand des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie.



20 Jahre PERSON – Erfahrungen und Erwartungen

Jobst Finke
Essen, Deutschland
Redaktionsmitglied
von 2002 bis 2015 für die ÄGG

Als wir (Ludwig Teusch und ich) im Jahre 2001 von Gerhard Stumm und Wolfgang Keil gefragt wurden, ob die ÄGG nicht auch in den Herausgeber-Kreis der PERSON eintreten wollte, stand unsere bejahende Entscheidung bald fest, eine Entscheidung, der sich auch unsere Mitglieder ausnahmslos anschlossen. Für uns war es bedeutsam, nun auf eine „Vereinszeitschrift“ verweisen zu können, die ein hohes wissenschaftliches Niveau bot. Dabei beeindruckte uns auch die gediegene äußere Gestaltung der Zeitschrift. Sofern wir dann bald auch als Autoren der PERSON beteiligt waren, überzeugte uns sehr das Gutachtersystem, das nicht nur eine gleichbleibende Qualität gewährleistet, sondern durch die überwiegend konstruktive Art der gutachterlichen Stellungnahmen die wissenschaftliche und schriftstellerische Potenz der Autoren fordert, aber eben auch stimuliert und fördert.

Ein wichtiger Aspekt bei dieser Würdigung zum 20-jährigen Jubiläum ist für mich auch meine Mitgliedschaft im

Redaktionsteam von 2002 bis Anfang 2015. Die intensive Arbeitsatmosphäre und den kollegialen Austausch nicht nur in organisatorischer, sondern auch in fachlicher Hinsicht habe ich sehr geschätzt, sodass diese Mitarbeit für mich anregend und fruchtbar war. Eine aus meiner Sicht bedeutsame Weiterentwicklung im Redaktionskonzept war schließlich die Einrichtung von Schwerpunktheften. Über diesen Weg in konzentrierter Form etwas über die Position verschiedener Autoren zum gleichen Thema zu erfahren, habe ich als äußerst interessant und auch als konzeptionell weiterführend erlebt. Freilich möchte ich mir bei dieser Gelegenheit auch erlauben, einen Wunsch für die Zukunft zu äußern. Ich wünsche mir in der PERSON gerade auch in Form von Schwerpunktheften die häufigere Thematisierung der Auseinandersetzung unseres Verfahrens mit dem, womit wir in unserer Praxis täglich zu tun haben: Klienten, die uns aufsuchen, weil sie sich psychisch „gestört“ fühlen und dies in durchaus unterschiedlicher Weise. Zwar gibt es Aspekte des therapeutischen Vorgehens, die trotz der Verschiedenheit von Störungen (und der Persönlichkeit) weitgehend uniform sein mögen und die insofern bereits unter verschiedenen Leitmotiven in der PERSON erörtert werden. Um aber spezifischen Aspekten einer Störung und ihrer Therapie gerecht zu werden, sollte die PERSON auch ein Forum werden, in dem die Besonderheiten des jeweiligen therapeutischen Zugangs vermehrt Beachtung finden.

Dr. Jobst Finke, Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sowie Neurologie/Psychiatrie. Ausbilder in der GwG und ÄGG. Kontakt: jobst.finke@uni-due.de



Franz Berger
Basel, Schweiz
Redaktionsmitglied
von 2003 bis 2011 für die pca.acp

Als die SGGT 2001 der Trägerschaft von PERSON beitrug, verzichtete sie auf ihr eigenes Publikationsorgan „Brennpunkt“, das ich mitbegründet hatte. Ich erwartete, mit einer breiter abgestützten Zeitschrift kontinuierlich grundlegende, aber auch umstrittene Fachthemen zur Diskussion zu stellen und den Dialog zwischen den verschiedenen Strömungen des PZA zu fördern. Dieser Schritt war richtig und erfolgreich. Nicht so explizit ist die Resonanz auf die Zeitschrift aus der Psychotherapieszene, wobei eine solche im Medienmarkt ohnehin schwierig zu ermitteln ist. Mich beeindruckt, wie es diese Zeitschrift geschafft hat, in zuverlässiger Weise eine große Menge Beiträge mit breiter Themenvielfalt und meist guter Qualität zu veröffentlichen.

Mehrere Umstände und Vorkehrungen ermöglichten diese hohe Produktivität. Ich verweise zunächst auf die Organisation der Redaktion:

- Ein aus verschiedenen deutschsprachigen Ländern bestücktes Redaktionsteam versteht seine Arbeit als interpersonellen Prozess. Fachliche Spezialisierungen, ein Grundkonsens zum Personzentrierten Psychotherapiekonzept und technisches Know-how finden hier dank speditiver Dialogbereitschaft zu einer strukturierten Kooperation.
- Die Mitglieder der Redaktion sind mit ihren Herausgeberorganisationen und deren Ausbildungs-, Praxis- oder Forschungsbereichen lokal vernetzt und kennen erfahrene und potenzielle Autorinnen und Autoren, diese wiederum kennen die Leserinnen und Leser.

Ich messe den Ausformungen der strukturellen Faktoren großes Gewicht für den Erfolg und die Kontinuität der Zeitschrift bei. Als ich im Herbst 2003 in die Redaktion kam, traf ich ein gut eingespieltes Team an. Es hatte gerade das Statut verabschiedet. In den kommenden Jahren wurde die Herausgeber-schaft erweitert (VRP, GwG), die innerhalb der Redaktion rotierende Leitung der Redaktionsgeschäfte flexibel durchgesetzt, die Verantwortlichkeit für Rezensionen festgelegt, ein Fachbeirat mit Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis mit äquivalentem Gewicht eingeführt und der Begutachtungsprozess optimiert. Das Lektorat der zur Publikation zugelassenen Artikel wurde – innerhalb eines knappen Kostenrahmens – professionalisiert. Entscheidend für eine zuverlässige Redaktionsarbeit wurde aus meiner Erfahrung die vertragliche Regelung eines Redaktionssekretariats (mit hervorragender Besetzung), sie entlastete uns in der Administration der Finanzen und bei den Kontakten mit Herausgeberorganisationen und Verlag und nicht zuletzt bei der Protokollierung der Sitzungen.

Die äußere Erscheinung der Zeitschrift und die Textformen weisen eine hohe Kontinuität auf, hingegen stelle ich inhaltliche Veränderungen fest. Die vermehrte Bündelung von Themen in Schwerpunktheften ist sicher ein Gewinn. Der Kreis der Autorinnen und Autoren hat sich erweitert, Artikel mit empirisch-statistischem Design haben zugenommen. Mit großem Aufwand wurde eine Übersicht über die Forschung zum PZA erstellt. Thematisch erhielt die Therapie von Kindern, Jugendlichen, älteren Menschen mehr Gewicht. Die Genderperspektive wurde häufiger artikuliert. Spirituelle, ethische, politische Dimensionen der Personzentrierten Psychotherapie wurden immer wieder aufgegriffen. Hingegen rückten Themen zur Organisationspsychologie in den Hintergrund. Der Dialog mit anderen Paradigmata der Psychotherapie blieb bescheiden.

Die Bestrebungen, eine Online-Version von PERSON auf den Weg zu bringen, stießen auf administrative, finanzielle und grundsätzliche Hindernisse. Die Herausgeber haben es immerhin vermieden, in diesem unsicheren Gelände des Informationsmarktes

schwerwiegende Fehler zu machen. Die Diskussion wird weitergehen. Das Wirken und die gesundheitspolitische Verankerung der Personzentrierten Psychotherapie und Beratung wird auch in Zukunft durch eine Zeitschrift wie PERSON gefördert. Dazu gehört eine starke Präsenz der Fachleute und Themen in den wissenschaftlichen und allgemeinen Medien. PERSON dürfte sich auf dem Forschungsparkett kühner zeigen.

Meine acht Jahre redaktionelle Erfahrung waren stimulierend. Meine Mitarbeit wurde von den Kolleginnen und Kollegen in der Redaktion und in der SGGT (heute pca.acp Schweiz) ausnahmslos geschätzt, dafür bedanke ich mich. Mit einigen dieser Personen durfte ich besonders eng und produktiv zusammenarbeiten.

Dr. phil. Franz Berger, Basel, Redaktionsmitglied 2003–2011; Diplompsychologe/Psychotherapeut pca/Fachpsychologe für Psychotherapie FSP.



Michael Behr
Schwäbisch Gmünd, Deutschland
Redaktionsmitglied seit 2005 für die GwG

Die PERSON hat sich in den 20 Jahren ihres Bestehens zur führenden deutschsprachigen Fachzeitschrift entwickelt. Hinsichtlich der Qualität ihrer Heft-Konzeptionen und Beiträge überstrahlt sie auch die meisten personzentrierten Journale weltweit, sie steht fachlich auf einer Stufe mit der Weltverbandszeitschrift PCEP, wobei diese beiden Organe etwas unterschiedliche Ausrichtungen haben. Dies liegt vor allem daran, dass sie ihr Peer-Review-System kontinuierlich ausgebaut hat und auf hohem Niveau pflegt. Fachlich und formal (Layout im sog. APA-Style) hat die PERSON den Anschluss an internationale Standards der psychotherapeutischen Fachdiskussion vollzogen. Dies ist auch deswegen beachtlich, weil die PERSON von ihrem Selbstverständnis her mehr als ein Psychotherapieorgan ist: Philosophie, Beratung, Spiritualität und diverse Randthemen finden in ihr nach wie vor Raum.

Entwicklungen, die mir besonders aufgefallen sind: Es gibt deutlich mehr Beiträge aus der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, mehr Themenhefte und auch, eine jüngere Entwicklung, Gastherausgeber für solche Themenhefte. Die PERSON organisiert sich immer besser, mit einer komplizierten aber funktionierenden Arbeitsteilung in der Redaktion, einem Geschäftssekretariat, die meisten Hefte erscheinen pünktlich. Auch hat die Zahl der Autoren und Herausgeber aus Deutschland zugenommen. Allerdings dokumentiert die PERSON nach wie vor, dass die deutschsprachige Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes

überwiegend in Österreich stattfindet. Sorgen macht mir nach wie vor die Lage in der Schweiz: Wie können wir die Vertreter des Personzentrierten Ansatzes dort besser unterstützen? Es kommen so gut wie keine konzeptionellen oder fachpraktischen Entwicklungen, entsprechend kaum Beiträge, Redakteurspositionen, die die Schweizer *pca.acp* hätte, werden nicht besetzt.

Ein Alleinstellungsmerkmal der PERSON können Leser nur mittelbar über ihre Qualität erfahren: Das ist die Redaktion. Sie ist paritätisch mit Vertretern herausgebender Verbände besetzt, das ist nicht immer einfach – jedoch: In der Redaktion erlebte ich nur sehr sachliche, fachlich hochstehende Diskussionen und, bis auf eine einzige Ausnahme, einstimmige Entscheidungen. Jede Sitzung ist für mich eine bereichernde Erfahrung.

Die Zukunft: Trotz allem vorher Gesagten ist die PERSON noch immer auch eine Verbandszeitschrift für Mitglieder. Sie wird darüber hinaus kaum zur Kenntnis genommen, auch weil sie zu schwer erhältlich ist. Bibliotheken haben sie meist nicht, die Online-Vernetzung ist nicht up to date, und in Deutschland herrscht die absurde Situation, dass zwar die drei kleinen Organisationen ÄGG, DPGG und IGB ihre Mitglieder mit der PERSON versorgen, nicht aber die GwG. Von den ca. 3000 GwG-Mitgliedern haben nur gut 100 die PERSON abonniert. Außerhalb der personzentrierten Welt wird die PERSON kaum zitiert, sie hat keine Chance auf einen „impact-factor“, man muss sich schon freuen, dass sie im PSYINDEX erfasst wird.

Herzlichen Glückwunsch zum 20sten! Die Pubertät ist vorbei. Die PERSON muss jetzt einen nachhaltigen Platz in der Fachwelt über personzentrierte Grenzen hinaus finden. Die Qualität ist da, ganz sicher, beim Marketing und der politischen Verankerung ist noch viel Luft nach oben.

Prof. Dr. Michael Behr ist seit 1984 praktisch tätig als personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder/Supervisor. Autor und Herausgeber diverser Bücher, Mit-Herausgeber von *Person-centered and Experiential Psychotherapies* und von *PERSON*. Gastdozenturen an den Universitäten Wien, Antwerpen, Gent, Strathclyde University Glasgow und Stuttgart, Gastausbilder für Psychotherapieverbände im UK, Österreich, Belgien. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entwickelte er das Konzept der Interaktionsresonanz.



Persönliche Einschätzung zur Entwicklung der PERSON und Wünsche für die Zukunft

Dagmar Nuding
Schwäbisch Gmünd, Deutschland
Redaktionsmitglied seit 2010 für das IGB

Als die PERSON vor 20 Jahren zum ersten Mal erschien, ging ich noch zur Schule, der Personzentrierte Ansatz war mir kein Begriff und ich kann nur spekulieren, wie es vor 20 Jahren

gewesen sein muss eine Zeitschrift herauszugeben. Sicherlich waren der Aufwand und die Energie, die dies gekostet haben mag, nicht ganz vergleichbar mit den Energien, die Rogers aufbringen musste, um die ersten Therapiegespräche auf Schallplatten aufzunehmen. Trotzdem: Die Gründungsmitglieder der PERSON haben Pionierarbeit geleistet – ihnen haben wir zu verdanken, dass es die PERSON heute gibt, als internationale, personzentriert-experienzielle, peer-reviewte Fachzeitschrift, an deren Herausgabe zwischenzeitlich neun Organisationen beteiligt sind: alle Gesprächspsychotherapieverbände Österreichs, Deutschlands und der Schweiz und zum Teil auch Weiterbildungsinstitute. Als Datenbasis für meine Einschätzung der Entwicklung der PERSON stehen mir alle Hefte der letzten 15 Jahre sowie 5 Jahre persönliche Erfahrungen als Redaktionsmitglied zur Verfügung. Die Durchsicht der Hefte zeigt, dass die PERSON bis 2001 ausschließlich eine österreichische verbandsübergreifende Zeitschrift war. 2001 kamen zu den österreichischen Herausgebern, aus Deutschland zunächst, die Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) und, aus der Schweiz, die damalige Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT, nunmehr *pca.acp*) hinzu. Damit waren alle deutschsprachigen Länder in der Redaktion vertreten und die Zeitschrift wurde international. 2002 wurde die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) in den Kreis der herausgebenden Verbände aufgenommen, 2005 die damalige Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und 2010 das Stuttgarter Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung (IGB). Obwohl die herausgebenden Verbände sich teilweise – wie ich mir habe sagen lassen – aus Abspaltungen aufgrund fachlicher und persönlicher Zerwürfnisse gebildet haben, funktioniert die Zusammenarbeit in der Redaktion sehr gut, die Diskussionen während der Sitzungen sind fachlich und der Umgang der Kolleginnen und Kollegen untereinander ist sehr wertschätzend. Eine der zentralen formalen Entwicklungen der PERSON – aus meiner Sicht – ist: die Umsetzung des APA-Zitationsstils und auch das Layout im APA-Style. Damit hat die PERSON den formalen Anschluss an internationale Standards in der akademischen Welt der Psychologie und ist als Publikationsorgan für akademisch arbeitende Kolleginnen und Kollegen attraktiver. Dennoch ist sie ihrem Charakter als Forum der Diskussion der Entwicklungen des Personzentriert-experienziellen Ansatzes und deren Umsetzungen auch außerhalb der Psychotherapie treu geblieben und hat den Rahmen für fachliche Diskurse und Kollaboration mit anderen Strömungen beibehalten.

Verständlich und verdient, aber doch sehr bedauerlich, ist für mich, dass nach und nach immer mehr ältere, als Autoren bekannte Vertreter des Personzentrierten Ansatzes aus der

Redaktion ausscheiden. Es kommen zwar immer geschätzte und auch publikationserfahrene Kolleginnen und Kollegen nach – aber so manch einer davon ist auch schon im Rentenalter. Das bereitet mir in gewisser Weise Sorge, ich würde mir für die PERSON (und den PZA) mehr Nachwuchs im psychotherapeutischen Feld des Ansatzes wünschen.

Zum 20sten Jubiläum der PERSON wünsche ich ihr, dass sie, was die fachlichen Standards angeht, „so bleibt, wie sie ist“ (oder noch besser wird) – und eine Erweiterung ihres Abonnenten- und Leserkreises innerhalb und außerhalb der personenzentrierten Welt.

Dagmar Nuding, Jahrgang 1980, Diplompädagogin, Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG), Ausbilderin für Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien (GwG) am IGB Stuttgart, 2. Vorsitzende der GwG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V., hauptamtlich tätig als Akademische Rätin an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd im Fachbereich Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention.



Christine Wakolbinger

Wien, Österreich

Redaktionsmitglied seit 2013 für die VRP

Meine PERSON-Geschichte ist 37 Hefte lang. Als 1997 die erste Ausgabe erschien, habe ich die PERSON sofort abonniert – mit Freude, und auch mit Stolz, dass der Personenzentrierte Ansatz in der Psychotherapie nun auch durch eine eigene Zeitschrift vertreten ist. Ich habe jedes einzelne Heft behalten, sie stehen heute in meiner Praxis. Nicht nur, weil ich gerne sammle, sondern vor allem auch, weil ich in jeder Zeitschrift mindestens einen interessanten Artikel gefunden habe, den es sich aufzuheben lohnt. Beschäftige ich mich mit einem neuen Thema, schaue ich jedes Mal gerne nach, welche Beiträge dazu in der PERSON erschienen sind.

Als ich 2013 als Vertreterin der VRP und damit Nachfolgerin des plötzlich verstorbenen Robert Hutterer zum Redaktionsteam gestoßen bin, habe ich diese Aufgabe mit großer Freude, Neugier, aber auch mit ein bisschen Aufregung übernommen. Zu Unrecht – denn ich bin auf ein professionelles Redaktionsteam gestoßen, das mich sehr wohlwollend aufgenommen und beim Einarbeiten unterstützt hat. Gerade das 37. Heft, das Ende 2015 erschienen ist, war eine ganz besondere Ausgabe, die dann noch einmal für ein bisschen Herzklopfen bei mir gesorgt hat: Denn zum ersten Mal habe ich auch die Verantwortung als Mitherausgeberin eines Heftes übernommen.

Wenn ich meine PERSON-Hefte heute durchblättere, sehe ich vor allem eine zunehmende Professionalisierung: Das Layout hat sich verändert, es wurden die APA-Zitierregeln für wissenschaftliche Arbeiten eingeführt, und die Artikel müssen nun ein Gutachterverfahren durchlaufen, bevor sie zur Veröffentlichung freigegeben werden. Der Inhalt hat sich dagegen kaum verändert: Für mich ist es immer noch eine gute Mischung aus aktuellem Stand der Wissenschaft und Berichten aus der Therapiepraxis. Das hat für mich immer schon den Reiz der Zeitschrift ausgemacht und macht ihn auch heute noch aus. Hoffentlich bleibt diese Mischung noch lange erhalten.

Ich wünsche mir, dass die PERSON weiterhin offen für andere Perspektiven ist und eine Plattform für Artikel bietet, die unseren Ansatz weiterentwickeln und differenzieren. Gleichzeitig soll die PERSON aber stark genug sein, um die Identität des Personenzentrierten zu wahren und das Gemeinsame und Verbindende nicht aus den Augen zu verlieren. Denn in der österreichischen Psychotherapielandschaft mit ihrer Entwicklung hin zu integrativen Therapieformen hege ich manchmal die Sorge, dass die Essenz des Personenzentrierten Ansatzes in den kommenden Jahren verloren gehen könnte. Umso mehr müssen wir immer wieder auf seine Power hinweisen, ihn pflegen und würdigen. Ich bin aber davon überzeugt, dass uns dieser Balanceakt zwischen Offenheit zur Weiterentwicklung und Wahrung unserer personenzentrierten Identität gelingen kann.

Schon unsere Redaktionssitzungen erlebe ich ein bisschen als Spiegel meines Wunsches nach Balance. Trotz der manchmal unterschiedlichen Sichtweisen gehen wir alle sehr wohlwollend miteinander um. Und vielleicht ist ja gerade dieses Spannungsfeld das Geheimnis einer guten personenzentrierten Zeitschrift: Ein Redaktionsteam, das hochprofessionell zusammenarbeitet, einander wertschätzt und dabei das genuin Personenzentrierte nicht aus den Augen verliert, sondern täglich lebt. Ich habe immer noch den Wunsch, ja, fast den Auftrag des langjährigen Redaktionsmitglieds Gerhard Stumm im Ohr, der vor kurzem aus unserem Team ausgeschieden ist. Sichtlich bewegt bat er uns, dafür zu sorgen, dass die Zeitschrift weiterhin mit der gewohnt hohen Qualität und Sorgfalt herausgegeben wird.

Zu dieser Bitte leiste ich gerne meinen Beitrag und wünsche uns auch in Zukunft eine gute Zusammenarbeit und viele weitere PERSON-Hefte, die gerne gelesen und gesammelt werden.

Mag^a. Christine Wakolbinger, geb. 1960, Klinische Psychologin und Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Lehrtherapeutin der VRP, Leitung des Weiterbildungscurriculums für personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Forum/VRP).

Personzentriert sein – Sieben Herausforderungen der Zukunft

20 Jahre PERSON und 30 Jahre nach Rogers' Tod

Michael Behr

Pädagogische Hochschule
Schwäbisch Gmünd, Deutschland

Jobst Finke

Universität Duisburg-Essen
Deutschland

Silke Birgitta Gahleitner

Alice Salomon Hochschule
Berlin, Deutschland

Der Beitrag skizziert Potenziale, den Personzentrierten Ansatz konzeptionell weiterzuentwickeln. Rogers selbst hat dies immer wieder gefordert. Wir schlagen diese Perspektiven vor: personzentriertes Denken möge > Konzepte von Störungen in personzentrierte Konstrukte integrieren und die Aktualisierungstendenz auch störungsspezifisch beschreiben; > das Bindungsbedürfnis neben der Selbstaktualisierung als gleichrangiges anthropologisches Bestimmungselement der Person sehen; > die Symbolisierung von Erfahrungen eher als ein Konstruieren denn als ein Aufdecken verstehen; > die Idee der Nicht-Direktivität entradikalisieren; > die Bedeutung von Interventionstechniken neben den klientenzentrierten Kernbedingungen und Grundhaltungen stärker profilieren; > die Störungs- und Veränderungstheorie über das klassische Inkongruenzmodell hinaus weiterentwickeln; > bei psychosozialen Problemlagen und in der sozialen Arbeit Interventionskonzepte entwickeln, die die Vernetzung der Person stärker berücksichtigen.

Schlüsselwörter: klientenzentriert, Psychotherapie, Beratung, Störung, Intervention, Emotion

Being person-centered — Seven challenges for the future — 20 years PERSON and 30 years after Rogers' death. The article outlines potentials of developing the person-centered concepts. Rogers himself has repeatedly claimed this. We suggest these perspectives: person-centered thinking may > integrate concepts of disorders into person-centered constructs and describe the actualizing tendency in a disorder specific way; > see both the need for self-actualization and for attachment as a basic anthropological characteristic of the person; > understand the symbolization of experiences more as a process of construction than of uncovering; > de-radicalize the idea of non-directivity; > more explicitly acknowledge the meaning of techniques of intervention alongside the client-centered core conditions and attitudes; > further develop the theory of pathology and change beyond the classical model of incongruence; > develop interventions for psychosocial problems and social work that pay more attention to a person's interpersonal networks.

Keywords: client-centered, psychotherapy, counselling, disorder, intervention, emotion

Ein Beratungs- und Psychotherapieverfahren muss sich stets weiterentwickeln. Durch solche Weiterentwicklungen scheint manchmal die Identität eines Verfahrens infrage gestellt zu sein. Größere Neuerungen bewegen sich so oft im Dilemma zwischen Fortschritt und dem Schutz zentraler Bestimmungsmerkmale, besonders wenn Erweiterungen oder Aufgabe zentraler

Konzepte diskutiert werden. Auch der Personzentrierte Ansatz (PZA) hat diesbezüglich eine reiche Geschichte und befreit sich heute als ein komplexes Gebilde mit mehreren Schulen (Lietaer, 2002; Sanders, 2012). Dies scheint in Einklang mit Rogers zu stehen, der stets Entwicklungen und Forschungsbezug vorgeschlagen hat.

Prof. Dr. Michael Behr ist seit 1984 praktisch tätig als personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder/ Supervisor. Autor und Herausgeber diverser Bücher, Mit-Herausgeber von Person-centered and Experiential Psychotherapies und von PERSON. Gastdozenturen an den Universitäten Wien, Antwerpen, Gent, Strathclyde University Glasgow, Freiburg und Stuttgart, Gastausbilder für Psychotherapieverbände im UK, Österreich, Belgien. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entwickelte er das Konzept der Interaktionsresonanz. Kontakt: michael.behr@ph-gmuend.de

Dr. Jobst Finke, Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sowie Neurologie/Psychiatrie. Ausbilder in der GwG und ÄGG. Von der Ärztekammer Nordrhein ermächtigter Weiterbilder für Psychotherapie. Publikationen zur Wirksamkeitsforschung stationärer PZT.

Buchpublikationen: Empathie und Interaktion (Thieme 1994), Beziehung und Intervention (Thieme 1999), Gesprächspsychotherapie (Thieme 2009), Träume, Märchen, Imaginationen (Reinhardt 2013). Kontakt: jobst.finke@uni-due.de

Prof. Dr. phil. habil. Silke Birgitta Gahleitner war langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen für traumatisierte Frauen und Kinder sowie in eigener Praxis tätig. Seit 2006 lehrt und forscht sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit im Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule Berlin, von 2012 bis 2015 war sie im Zuge eines Forschungsaufenthaltes an der Donau-Universität Krems tätig. Kontakt: sb@gahleitner.net

Noch ein Jahr vor seinem Tod, bei der ersten Konferenz der ADPCA 1986 in Chicago, sagte er:

“It’s part of the whole pushing forward that I feel is part of the client-centered ethos that we don’t stay in one spot. I hope, I hope, I hope. We’re always on the move, to a new theory, new ways of being, to new areas of dealing with situations, new ways of being with persons. I hope that we’re always a part of the ‘growing edge.’” (Rogers, Cornelius-White & Cornelius-White, 1986/2005, p. 395 f.)

Wie konsistent er diese Position der Offenheit während seines gesamten professionellen Wirkens vertrat, belegt dieses Zitat aus 1949 (!):

“Adherents of any clinically effective procedure tend to become dogmatic. ... As the clinician’s emotional security becomes tied up with dogma, he also becomes defensive, unable to see new and contradictory evidence. But when research is persistently undertaken, the security which all of us must have tends to become lodged, not in dogma, but in the process by which truth is discovered, in scientific method.” (Rogers, 1949b, p. 152)

Dieser Text, Ergebnis einer Einladung der Jubiläumshft-herausgeber¹, fokussiert vielversprechende Entwicklungsbe- reiche personenzentrierten Denkens, für deren Zukunft wir große Potenziale sehen. Es ist eine subjektive Auswahl, und wenn die- ser Text Diskussion, kreatives Weiterdenken und Erweiterun- gen anstößt, dann hat er seinen Zweck erfüllt.

Andere Psychotherapieverfahren haben sich zum Teil dra- matisch verändert. Beispielsweise hat die Psychoanalyse sich neuen entwicklungspsychologischen Forschungsergebnissen geöffnet, zunächst Mahler mit dem Symbioseparadigma, das den Weg zur Theorie der „frühen“ Störung öffnete. Dann fand die Säuglingsforschung von D. Stern bei vielen Psychoanalyti- kern großes Interesse, wodurch das Mahlersche Paradigma wie- der zugunsten interaktioneller Auffassungen verworfen wurde. Dies hatte substanzielle Folgen für die Störungs- und Behand- lungstheorie. Auch spielt heute die Triebtheorie nur noch eine untergeordnete Rolle – eine Umbenennung in „psychodyna- mische“ Verfahren wurde vorgenommen. Daneben hat die Ver- haltenstherapie konsequent nahezu jede neue Methode als Teil ihres Ansatzes definiert, die irgendwie als psychologisch und evidenzbasiert ausgewiesen werden kann, etwa die „Schemathe- rapie“, das Prinzip der „Achtsamkeit“ oder auch die „Klärungs- orientierte Therapie“ von Sachse. Manche dieser Konstrukte wurzeln eher in personenzentrierten Auffassungen über Verän- derungsprozesse der Person als in lernpsychologischer Logik.

Auch das personenzentrierte Konzept zeigt kontinuierliche Entwicklungen.

Als „experienzielle“ Methoden wurden das Focusing (z. B. Gendlin, Feuerstein, Müller, Wiltschko) und die emotionsfo- kussierte Therapie (z. B. Elliott, Greenberg, Lietaer, Johnson,

Stiles, Vanaerschot, Watson) in den Rahmen des Personzen- trierten Ansatzes gestellt.

- Interaktionelle Auffassungen über den Therapieprozess wur- den in Konzepte gegossen: Sich selbst einbringende The- rapeuten (Pfeiffer, Finke, Schmid, Barrett-Lennard), das Konzept der „relational depth“ (Mearns, Cooper), die inter- aktionelle Spieltherapie (z. B. Behr, Wakolbinger), die Prä- Therapie (z. B. Prouty, van Werde, Pörtner).
- Störungsspezifische Behandlungskonzepte verbunden mit innovativen störungsspezifischen Inkongruenzkonzepten wurden vor allem im deutschsprachigen Bereich herausge- arbeitet, sowohl für die Erwachsenen- (z. B. Finke, Teusch, Swildens) als auch für die Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapie (Behr, Hölldampf & Steiger, 2012).
- Konzepte für die Arbeit mit Gruppen (z. B. Lietaer, Vanaer- schot, Snijders, Schmid) bis hin zu Familienaufstellungen (Schmid) und einer Personzentrierten Familientherapie (O’Leary, Gaylin) bzw. Filialtherapie (Guernsey, Landreth, Goetze) zeigen sich heute sehr differenziert.
- Auch kreative Medien (z. B. N. Rogers, Groddek) und Ima- ginationsarbeit sowie die Arbeit mit Träumen und Märchen (z. B. Finke) wurden entwickelt, auch für die Kinder- und Jugendtherapie (Weinberger, Goetze).
- Für die Verbindung personenzentrierter Arbeit mit benach- barten Therapieansätzen gibt es Ansätze, z. B. zur existenzi- alistischen Therapie (Stumm, Cooper), zur Verhaltensthe- rapie (Tausch), zur systemischen Therapie (Kriz, Ziebertz).

Nicht alle Neuerungen und Personen, die hier wahrscheinlich auch eine Nennung verdienen, können in dieser Kurzübersicht erfasst werden. Dessen ungeachtet sehen wir, die Autoren, an- geregt von den Herausgebern dieses Jubiläumshftes, für den Personzentrierten Ansatz eine Reihe von zukünftigen Heraus- forderungen, die wir in den folgenden Abschnitten zur Diskus- sion stellen möchten.

Herausforderung 1:

Die Aktualisierungstendenz und ihre Implika- tionen für das Verhältnis des Personzentrierten Ansatzes zu „Krankheit“ und „Störung“

Mit dem Begriff „Aktualisierungstendenz“ wollte Rogers (1959a/1987, S. 21f.) die dem Organismus innewohnende Ten- denz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten“ bezeichnen. Gemeint ist eine die gesamte Natur durchwaltende Lebens- kraft mit ihrer Tendenz zu Wachstum, zum ständigen Werden, zur Entfaltung sowie zur Ausdifferenzierung und Komplexi- tätsgenerierung. Für Rogers ist die „Aktualisierungstendenz“ ein grundlegendes „Axiom“ (ebd.). Stumm und Keil (Stumm,

1 Personenbezeichnungen sind Gattungsbezeichnungen.

2010; Stumm & Keil, 2014, S. 4) verstehen dies so, dass sie in dieser Position eine Art „Glaubenssatz“, eine Grundüberzeugung sehen, die sich als ein „metapsychologisches Konzept“ einer empirisch-wissenschaftlichen Überprüfung entziehe.

Ideengeschichtlich ist dieses Konzept der Lebenskraft und des *elan vital* (Bergson, 1907/2013) in der Lebensphilosophie und im Vitalismus zu verorten, Bewegungen, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen großen Einfluss auch in der Psychologie hatten und zur Ausformulierung der Gestalt- und Ganzheitspsychologie beitrugen. Es wurde hier das Schöpferische, immer wieder Neues Hervorbringende einer Lebensaktivität betont, die mit der Intuition eher zu erfassen sei als mit analytischer Logik und empirischer Wissenschaftlichkeit. Rogers wurde im Sinne eines lebensphilosophischen Denkens u. a. von Angyal, Driesch und Goldstein inspiriert (Kriz & Stumm, 2003). Dieser Denkansatz fand für ihn in der Systemtheorie eine schlüssige Fortführung (Kriz, 2010).

Zwar ist das Axiom „Aktualisierungstendenz“ innerhalb unseres Ansatzes insgesamt in verschiedenster Hinsicht umstritten (Stumm, 2010), und es lässt noch viele Fragen offen (Höger, 2010). Aber es hat vermutlich den Änderungsoptimismus nicht weniger Personenzentrierter Therapeuten stimuliert. Das Vertrauen des Therapeuten in die Selbstheilungskraft des Klienten und seine Wachstumspotenziale begründet eine nichtdirektive Position, insofern auf dem Boden dieses Vertrauens ein Verzicht auf ein Lenken, Korrigieren und Belehren gerechtfertigt erscheint (Rogers, 1942a/1992, S. 108f). Außerdem wird der Therapeut hierdurch zu einem ressourcenorientierten Arbeiten motiviert. Er wird nachdrücklicher auf die möglichen Potenziale und Stärken des Klienten schauen als auf seine Defizite und bemüht sein, dessen Stärken und Ressourcen zu identifizieren und zu fördern. Insofern ist mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz auch schon der Weg zur Bewegung der Positiven Psychologie (Schipper, 2015) vorgezeichnet.

Eine Herausforderung für die Personenzentrierte Psychotherapie dürfte indes darin bestehen, bei dieser „positiven“ und optimistischen Orientierung nicht blind zu werden für die Schwierigkeiten des Klienten, für seine „Problemstellen“, seine Einschränkungen, seine dysfunktionalen Einstellungen und Verhaltensweisen. Das bedeutet also, die Einschränkungen des Klienten nicht aus quasi ideologischen Gründen völlig ausblenden zu wollen. Für manche Autoren innerhalb unseres Ansatzes, besonders aus dem englischsprachigen Raum, scheint jedoch so etwas wie ein Pathologisierungstabu besonders bestimmend zu sein. Sie vermeiden etwa Begriffe wie „disorder“, und sprechen stattdessen z. B. nur von „distress“ (Sanders, 2007) oder auch einfach nur von einem „Prozess“. So ist hier statt von „personality disorder“ die Rede vom „difficult client process“. Eine durchaus ebenso treffende wie subtile Beschreibung eines Klienten mit Borderline-Symptomatik von Warner

(2013) erscheint nicht unter dem international gebräuchlichen Terminus „borderline personality disorder“, sondern unter der Bezeichnung „fragile process“. Für manche ist auch die Anwendung des Begriffs „Krankheit“ selbst im Falle der Schizophrenie nicht akzeptabel, weil nicht personenzentriert, da dieser Begriff zu sehr dem „medizinischen Modell“ nahestehe (Sanders, 2007). Aber nicht nur bestimmte Störungen dürfen hier als solche nicht benannt werden bzw. nicht nach den Regeln der internationalen scientific community angesprochen werden, schon gar nicht dürfen sie zu einem Zielpunkt therapeutischen Arbeitens werden. Ein therapeutisches Fokussieren auch der „Probleme“ des Klienten ist demnach nicht mehr konzeptkonform: „problem-centered is not person-centered“ (Mearns, 2004). Wenn dergestalt nur die Person in ihrer ganzheitlichen Unversehrtheit im Fokus der therapeutischen Wahrnehmung stehen darf, so verkennt doch ein solches Verständnis, dass für einen Personenzentrierten Therapeuten immer die Auseinandersetzung der Person mit ihrem Problem oder ihrer Störung im Mittelpunkt des Interesses steht. Ein der Tendenz nach problem-isolierendes, also von der betroffenen Person absehendes, Vorgehen mag für die Verhaltenstherapie nicht völlig unüblich sein, für den PZA ist uns ein solches Vorgehen von keiner Seite bekannt. Auch die störungsspezifischen Ansätze innerhalb unseres Verfahrens würden völlig verkannt, wenn sie im Sinne einer solchen Problemisolierung verstanden würden. Außerdem: Der Klient sucht doch den Therapeuten in der Regel wegen bestimmter Probleme, bestimmter Beschwerden oder Störungen auf, und sein primäres Anliegen ist meist die Behebung dieser Beschwerden oder Störungen. Würde es da nicht der Klientenzentrierung widersprechen, wenn der Therapeut diesem Anliegen des Klienten gar keine unmittelbare Beachtung schenken und erklären würde: „Es geht hier nicht um Ihre Beschwerden oder Ihre Probleme, sondern nur um Ihre Person!“? Entspricht die bezeichnete Position nicht gerade einer sehr therapeutenzentrierten Einstellung? Für uns ist „problem-centered is not person-centered“ auch ein Beispiel für eine eigentlich unsinnige Kontrastierung (wie manchmal auch bei der Polarisierung von „direktiv – nicht-direktiv“; vgl. Herausforderung 4), da hierdurch die Komplexität und die gegenseitige Verschränkung der jeweiligen Phänomene verdeckt wird.

Auch im deutschsprachigen personenzentrierten Schrifttum und auf personenzentrierten Tagungen wird nicht selten vor einer „Pathologisierung“ der Klienten gewarnt. Nun mag angesichts der heutigen Gesundheitsindustrie mit ihren vielfältigen und z.T. eben auch unsinnigen Angeboten eine solche Warnung nicht völlig unberechtigt sein. Andererseits sollte sich der PZA vor einer Dämonisierung des Pathologischen hüten, schon weil dadurch letztlich die Klienten stigmatisiert werden, die wirklich unübersehbar krank sind. Außerdem gehören

zur *conditio humana*, zur Grundbedingung des Menschseins, nicht nur das Wachstum und die Entfaltung scheinbar unendlicher Möglichkeiten, sondern auch so etwas wie Krankheit, Niedergang, Zerfall und Tod. Dieses anzuerkennen gehört auch zu einer humanistischen Position. Bei dieser Gelegenheit möchten wir auch daran erinnern, dass „Krankheit“ in unserem politischen System auch ein Rechtsbegriff ist. In den 1960er-Jahren wurde es als großer Fortschritt angesehen, als in der damaligen BRD auch neurotische Störungen als Krankheiten anerkannt wurden, womit die Krankenkassen auch für die Psychotherapie ihrer Mitglieder leistungspflichtig wurden. Eine solche Leistungserbringung könnte die Krankenkasse verweigern, wenn der Therapeut darauf besteht, seinen Klienten nicht zu „pathologisieren“. Es gehört u. E. auch zu den Herausforderungen des PZA, manche Sonderlichkeiten und Widersprüche, die sich durch eine fundamentalistisch verstandene „Gegenzentrierung“ zur *Mainstream*-Therapie und zum „medizinischen Modell“ ergeben, konzeptuell zu korrigieren.

Rogers hat einen Wesenszug der Aktualisierungstendenz in einer Entwicklung zunehmender Differenzierung und Komplexität gesehen (Rogers, 1980a/1981, S. 69). Eine solche Entwicklung kann aber auch bedeuten, dass es zwischen den einzelnen, sich ausdifferenzierenden Teilen zu Konflikten kommt. Genau dies spricht Rogers an, wenn er sagt,

„Wenn das Selbst und die Erfahrung des Organismus verhältnismäßig kongruent sind, dann bleibt die Aktualisierungstendenz ebenfalls verhältnismäßig ungespalten. Wenn aber Selbst und Erfahrung inkongruent sind, dann kann die allgemeine Aktualisierungstendenz des Organismus mit diesem Subsystem, nämlich der Tendenz zur Entfaltung des Selbst, in Widerspruch stehen.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 22)

Man hat diesen Sachverhalt auch dargestellt als die Differenz von Selbstentfaltung und Selbsterhaltung (Höger, 2006). Das starre, auf Erhaltung bedachte Selbstkonzept verhindert die „akkurate Symbolisierung“ (Rogers, 1959a/1987, S. 24) und damit die Integration des organismischen Erlebens, was wiederum eine Blockierung einer weiteren Entfaltung der Person bedeutet. Eine Herausforderung für den PZA sehen wir darin, im Sinne einer speziellen Störungstheorie anhand von ausführlichen Fallvignetten für je verschiedene Störungen diese Differenz von Selbsterhaltung und Selbstentfaltung darzustellen. Es müsste hierbei eine Antwort auf die Frage nach der phänomenalen Beschaffenheit der beteiligten Faktoren bei verschiedenen Störungen versucht werden (für einige Störungen haben wir das versucht; Finke, 2009). Die Frage würde dann lauten: Ein wie konfiguriertes Selbstkonzept verhindert bei der Störung X die akkurate Symbolisierung welcher Aspekte der organismischen Erfahrung? Solche Versuche würden eine erhebliche Erweiterung des Theorie-Potenzials des PZA bedeuten (vgl. hierzu auch Herausforderung 6).

Herausforderung 2:

Die Person zwischen Autonomie und Bindung

Selbstaktualisierung und Beziehung, frei und verbunden, autonom und abhängig sein, diese Dualitäten wurden von Rogers von Beginn an als grundlegend für das Verständnis der Person gesehen. Die Aktualisierungstendenz sieht er allerdings als das einzige Motiv seines theoretischen Systems. „Es gibt keine Homunkuli, keine anderen Energie- und Aktionsquellen in diesem System“ (Rogers, 1959a/1987, S. 22). Er schlägt vor, wie auch sein Schüler Standal (1954), den Wunsch nach positiver Beachtung als eher sekundär bzw. gelernt anzusehen: „Das Kind lernt, Liebe zu benötigen“ (Rogers, 1959a/1987, S. 50). Andererseits betonte Rogers stets, der Mensch sei von Natur aus sozial, und er habe ein Grundbedürfnis nach positiver Beachtung. Bubers „Ich und Du“ (1923) faszinierte Rogers. Die Person erfährt sich durch das Gegenüber, ohne den Anderen kann sie nicht Person sein. Je unbedingter sie vom Gegenüber bedingungsfreie Wertschätzung erfährt, desto direkter auf das Erleben gründend kann sie ihr Selbst entwickeln. Sie wird kongruenter und autonomer von den Bewertungen Anderer.

Rogers' Beziehungsverständnis hat so zwei Elemente: ein anthropologisches, das Bedürfnis nach Beziehung definiert Person-Sein, und ein entwicklungsbezogenes, die Qualität der erlebten Beziehungen, beeinflussen die Entwicklung der Person. Beide Aspekte erfuhren bis heute eindruckliche Differenzierungen. So hat Schmid (z. B. 2007, 2008, 2013) immer wieder den sozialen Charakter des Person-Seins theologisch und philosophiegeschichtlich vertiefend betrachtet und Rogers' Grundüberlegungen dazu herausgearbeitet. Die Mehrzahl der Überlegungen fokussiert allerdings den Entwicklungsaspekt: Wie führen besonders gestaltete Beziehungserfahrungen zu günstigen Entwicklungen der Person, und wie kann man damit Hilfe optimieren? Als bis heute sehr einflussreich erweisen sich Carkhuffs (1969) Differenzierungen des Authentisch-Seins. Er machte Aspekte der Beziehungsgestaltung mit Ratingskalen für Selbsteinbringung, Unmittelbarkeit und Konfrontation der empirischen Forschung zugänglich und operationalisierte damit die von Rogers in bestimmten Situationen geforderte „Transparenz“ des Therapeuten (Rogers, 1977, S. 26).

Mearns und Cooper schlagen „Relational Depth“ (2005) als ein Therapieprinzip vor (vgl. auch Barrett-Lennard, 2013), und auch die Autoren dieses Textes haben versucht, dazu Beiträge zu geben (Behr, 2012; Finke, 2008; Gahleitner, 2005). Die Bedeutung von therapeutischen Beziehungserfahrungen wird nicht nur in dem eindrucklichen Band von Norcross (2002) herausgearbeitet, auch aus einer schulenübergreifenden Perspektive bezeichnet Grawe (1998) die therapeutische Beziehung als einen substanziellen Wirkfaktor. Seither konnte die Psychotherapieforschung „in mehr als 1000 empirischen Befunden

nachweisen ..., dass die therapeutische Beziehung das wichtigste Prozessmerkmal für den Behandlungserfolg ist“ (Bastine, 2008, S. 11; vgl. auch Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

Soll man es nun so sehen: Die Selbstaktualisierung der Person sei Bestimmungsmerkmal und zentrales Entwicklungsziel des Menschen, die helfende Beziehung nur der Wirkfaktor? Rogers könnte man manchmal so interpretieren, aber aus Schmid's anthropologischen Überlegungen lässt sich diese Aufteilung nicht ableiten und auch nicht aus der Sicht, dass die Beziehung nicht die Therapie unterstütze, sie sei vielmehr die Therapie (Auckenthaler, 2008; Höger, 2000). Wir sehen die Gefahr, dass das personenzentrierte Konzept hier unausgewogen wahrgenommen wird: durch die Wirkfaktoren-Konzepte, das Fokussieren auf die Selbstaktualisierung und durch die traditionelle Konnotation der Humanistischen Psychologie mit Wachstums- und Selbstentfaltungsziele.

Historischer Exkurs

Die Prominenz des Selbstaktualisierungsziels ist ein Kind der sich seit der Renaissance in Europa entwickelnden Idee des Individualismus, die in der Mitte des vorigen Jahrhunderts in der anglo-amerikanisch-europäischen Welt eine besondere Zuspitzung erfuhr, u. a. im Zusammenhang mit dem Aufkommen der Existenzphilosophie. Generell hat der Individualismus in der Renaissance langsam begonnen, sich auszubilden, und wurde schließlich in der Aufklärung ausformuliert als das Recht jedes Einzelnen, nach seiner Façon glücklich zu werden. Kant proklamierte „den Ausgang des Menschen aus selbstverschuldeter Unmündigkeit“ und damit die Emanzipation aus ideologischen Abhängigkeiten, also den geistig autonomen Menschen.

Die Person sucht nicht nur nach Selbstaktualisierung, sondern auch nach Bindung. Bindungssuche ist, ebenso wie die Aktualisierungstendenz, ein universales Prinzip. Beide Motivationen werden im Personenzentrierten Ansatz wie auch in der Bindungstheorie als anthropologisch fundamental gesehen (Bowlby, 1969; Grossmann & Grossmann, 2004). Eine – fiktive – sich optimal selbstaktualisierende Person, die sämtliche organismischen Erfahrungen unverzerrt wahrnehme, auch fehlende Wertschätzung bzw. Unverständnis der sozialen Umgebung, würde sich selbst als bizarrer Außenseiter, bestenfalls als kreativer Sonderling fühlen – selbst dann, wenn es ihr gelänge, sich angepasst zu verhalten.

Höger (2007; Höger & Müller, 2002; Höger & Wissemann, 1999) elaborierte zahlreiche Parallelen der Bindungstheorie mit der personenzentrierten Theorie und gewann daraus auch therapiepraktische Entwicklungen. In Verbindung damit formulierte Biermann-Ratjen (2002, 2006) Aspekte einer personenzentrierten Entwicklungspsychologie, auch unter Einbezug

der Säuglingsforschung. Letzteres geschieht auch aus der Perspektive der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und führt dort dazu, dass interaktionelle Interventionskonzepte und störungsspezifische Vorgehensweisen (Fröhlich-Gildhoff & Hanne, 2002) erarbeitet werden.

Eigentlich sind die interaktionellen Aspekte der Personenzentrierten Psychotherapie so ausführlich beleuchtet worden, dass hieraus nicht unbedingt weitere Herausforderungen abzuleiten wären. Angesichts der Bedeutung dieses Feldes sehen wir es aber als nötig an, die Arbeiten von Höger und von Biermann-Ratjen weiterzuführen. Außer im Sektor der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sehen wir im Moment niemanden, der dies im deutschsprachigen Bereich unternähme. International sieht es noch dürftiger aus. Verbindungen der personenzentrierten Theorie mit der Bindungstheorie sucht man im englischsprachigen Bereich vergebens. Im *Handbook of Person-Centred Psychotherapy & Counseling* (Cooper, O'Hara, Schmid & Bohart, 2013) wird Bowlby nur ein einziges Mal randständig zitiert. Ähnlich sieht es in „Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie“ (Stumm & Keil, 2014) aus, dem gegenwärtigen deutschsprachigen „State of the Art“. Nur im flämischen Sprachraum wird die Bindungstheorie etwas näher wahrgenommen: im „Handboek Gesprektherapie“ (Lietaer, Vanaerschot, Snijders & Takens, 2008). Einige Kapitel über Kindertherapie, Persönlichkeitsstörungen und insbesondere Emotionsfokussierte Paartherapie ziehen Verbindungslinien.

Der Personenzentrierte Ansatz braucht das Konzept der Bindung und die Bindungstheorie als eine der heute dominierenden psychologischen Entwicklungstheorien für das sozial-emotionale Geschehen in der Person. Dies ist nicht nur theoretisch bedeutsam. Für Klienten geht es um die konstruktive Verbindung, also eine sinnvolle Ausgewogenheit von Selbstaktualisierungs- und Bindungsbedürfnissen. Autonomie und Bindung, Selbstverwirklichung und In-Beziehung-Sein stellen jeweils Grundbedürfnisse des Menschen dar. Für Therapiepraktiker ist dies wahrscheinlich selbstverständlich, beide Pole sind meist zentrale Therapiethemen. Besonders zeigt sich dies in der Jugendtherapie, die nicht nur deutlich interaktioneller als jede Erwachsenentherapie abläuft und in der Themen wie Bindung, Zugehörigkeit, Abgrenzung und Annäherung an Andere merklich gegenüber klassisch selbstexplorativer Arbeit dominieren. Auch die Gruppen- und Familientherapie tangieren in besonderer Weise Beziehungs- und Zugehörigkeitsthemen. Dafür gibt es personenzentrierte Konzepte, z. B. von Schmid (1994, 1996, 2013), oder von Snijders und Lietaer (2014) für die Gruppentherapie, O'Leary (1999, 2012) oder Gaylin (2001) für die Familientherapie. Wir halten es für eine bedeutende Herausforderung, dass diese Konzepte weitergeführt werden, breiter werden und auf mehr Schultern ruhen.

Für unser Menschenbild halten wir es für wichtig, neben der Selbstaktualisierung auch die Bindungsbedürfnisse als anthropologisch fundamental zu sehen. Die Bindungstheorie konnte sich in modernen Konzeptionen entlang einer „Post-Bowlbyschen-Denkweise“ (Drieschner, 2011, S. 11) inzwischen auf Netzwerkaspekte und gesellschaftliche Zusammenhänge, also Aspekte angemessener Einbettung erweitern (Gahleitner, 2011). Die „Post-Bowlbysche-Denkweise“ umfasst modernere Entwicklungen der Bindungstheorie, die sich nicht mehr auf die ersten Lebensjahre und auf innerfamiliäre Bezugspersonen begrenzt, sondern die Bindungstheorie zu einem flexiblen und umfassenden Konzept einer Sozialitätsentwicklung durch Begegnung weiterentwickelt hat. Waren Mitte des vergangenen Jahrhunderts die Selbstverwirklichungsideale der Humanistischen Psychologie wegweisend für viele soziale Entwicklungen, so sind es heute, ein halbes Jahrhundert später, auch Prinzipien wie z. B. der Umgang mit Vernetzungen, das Handhaben von Beziehungen und das Abwägen von Autonomie- mit Bindungsbestrebungen.

Herausforderung 3: Von der Bewusstwerdung zur Konstruktion und Verarbeitung des Erlebens

Wie integriert die Person eine neue Erfahrung in das Selbstkonzept? Die Erfahrung, dass plötzlich ein neues Gefühl oder ein neuer Aspekt des Selbst entsteht, ist ausgesprochen mächtig. Viele Metaphern in der Alltagssprache von Therapeuten und Klienten gründen noch immer im Bild des Aufdeckens von Nicht-Wahrgenommenem. Beispiele hierfür sind: mit Gefühlen in Kontakt treten, auf der Suche nach dem Selbst sein, das wahre Selbst entdecken, ein Gefühl entdecken, herausfinden, was es in mir ist, das mich von diesem oder jenem abhält. Diese Metaphern verwenden das Bild einer Oberfläche, unter welcher wesentliche Erfahrungen verborgen scheinen. Therapeut und Klient wären herausgefordert, dort einzutauchen wie in einen See, um auf dem Grund fündig zu werden – eine sicherlich von Freud und Rogers beeinflusste Allegorie. Tatsächlich hat Rogers in seiner 2-Zirkel-Zeichnung von 1951 (Rogers, 1951a, S. 452) und in seinen 19 Thesen zur Persönlichkeitstheorie „unterschwellige organismische Erfahrungen“ (ebd.) konzeptualisiert. Die Erfahrungen, die in diesem Bereich stattfinden, werden als existent angenommen, jedoch „have in the past been denied to awareness or distorted in awareness“ (Rogers, 1959a, S. 216).

Andererseits, und in gewissem Widerspruch dazu, unterstreicht unsere Theorie immer den dynamischen Charakter des Selbst, die sich ständig verändernden Konfigurationen des Selbst, in denen Emotionen immer neu deutlich werden. Rogers

beschreibt die sog. „fully functioning person“ (1963/1974) nicht als Person, die ein ‚wahres Selbst‘ gefunden hätte, sondern als Person, deren Selbst sich von Moment zu Moment verändert (vgl. auch Bohart, 2007). Ihre Eigenschaften beschreibt Rogers (1959a/1987, S. 59) u. a. so: „Die Selbststruktur ist eine fließende Gestalt, die sich im Prozess der Assimilation neuer Erfahrungen verändert. ... Jeder neuen Situation tritt das Individuum mit Verhalten gegenüber, das eine einmalige kreative Anpassung an das Neue des Augenblickes darstellt.“ Er vergleicht die „fully functioning person“ mit einem riesigen Elektronengehirn, das alle neuen einfließenden Wahrnehmungen immer neu zu den gespeicherten in Beziehung setzt und von Moment zu Moment neu den besten Weg zur Bedürfnisbefriedigung errechnet (Rogers, 1974, S. 275).

Rogers betonte stets, besonders nachhaltig in seinem berühmten Dialog mit Martin Buber, dass die Erfahrungen des Klienten und des Therapeuten gleichberechtigt sind. Beide Erfahrungswelten existieren gleichwertig, und der Therapeut hat kein legitimes Recht, die innere Welt des Klienten zu beurteilen – *oder gar anzunehmen, dass verborgene Gefühle vorhanden sind, die der Klient nicht wahrnehme.*

Wir sehen die Herausforderung, diese Widersprüche anzufassen (vgl. auch Behr, 2009; Behr & Hölldampf, 2011). Neuere Konzepte der personzentrierten und insbesondere der experientiellen Arbeit argumentieren, dass es in der Therapie nicht einfach nur um ein Aufdecken von Unbewusstem geht. Vielmehr soll ein Erfahrungsprozess gefördert werden, in welchem Emotionen identifiziert, differenziert und der Realitätswahrnehmung angepasst sowie emotionale Konflikte innerhalb der Person gelöst werden können (Greenberg, Rice & Elliott, 1993/2003; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). Das Konzept der „unterschwelligen organismischen Erfahrungen“, die über die Wahrnehmungsschwelle ins Bewusstsein gelangen sollen, könnte nahelegen, wir gingen mit unseren Klienten auf einen Tauchgang, bei dem wir in den Tiefen des Unbewussten nach einem „wahren Selbst“ suchen. Therapeuten konzentrieren sich aber nicht nur auf die Suche nach unbewussten Erscheinungsformen von Trieben oder verborgenen Gefühlen, das wären Strategien, die Ellingham (2001, S. 109) als „couching in Cartesian-Newtonian terms derived from Freud“ bezeichnet. Vielmehr sehen wir das Selbst auch als dynamisch, als sich stets neu konstruierend und aufgrund von Erfahrungen verändernd, wie es Rogers auch schon 1959 und 1963 beschrieben hat. Die Gefühle der Person hängen davon ab, wie sie ihre soziale Umgebung interpretiert und welche Bedeutung sie dem Verhalten anderer Personen in Bezug auf das eigene Selbst beimisst. Diese Auffassungen befinden sich in Einklang mit sozialkonstruktivistischen Paradigmen.

Hinsichtlich der Veränderungsprozesse im Erleben argumentiert die experientielle Lesart Personenzentrierter Therapie

zudem schematheoretisch: Veränderung versteht sie als Neubildung von Schemata aus konfligierenden emotionalen Schemata (Greenberg et al., 1993/2003). Wenn wir in der Personzentrierten Psychotherapie versuchen, Klienten via Empathie zu neuen Symbolisierungen ihrer Erfahrung zu verhelfen, dann trifft es besser, diesen Symbolisierungsprozess als einen Konstruktionsprozess zu betrachten.

Ein erweitertes Verständnis der Symbolisierung

Eine Emotion, der eine Person nicht gewahr ist, existiert zunächst nur als diffuse, „dunkle“ psychische Bewegung, die dann als ein bestimmtes Gefühl, z. B. als „Angst“, gedeutet wird. Diese Zuschreibung von Bedeutung erfolgt entlang kulturell tradierter Etikettierungen. Sie ist insofern eine soziokulturell etablierte Konstruktion bzw. eine Interpretation. Diese ist jedoch deshalb keinesfalls völlig beliebig, da sie gegenüber einem anderen Etikett, wie etwa „Trauer“ oder „Wut“, vom betroffenen Individuum als passend empfunden wird. Wenn aber über Episoden, Gedanken, Gefühle oder das Selbst gesprochen wird, ist also die jeweils benannte Emotion eine in diesem Augenblick stattfindende Konstruktion. Sie liegt nicht schon mit einer fest umschriebenen Bedeutung verborgen in einem unterschwelligen Sektor unserer organismischen Erfahrung oder im „Unbewussten“. Wenn wir eine neue Erfahrung erleben und unser Selbstbild durch diese Symbolisierung erweitern, konstruiert sich der Sinngehalt dieser Erfahrung im Moment der Symbolisierung neu.

Im therapeutischen Gespräch werden zunächst vorhandene sozial-emotionale Schemata angesprochen, d. h.: Klient und Therapeut durchlaufen die Betrachtung von erinnertem oder hervorgerufenem Erleben. Sie konstruieren dabei bestimmte Emotionen und Motivationen und klären interpretierend darunterliegende Bedeutungen. So werden maladaptive Schemata reorganisiert, und neue Bedeutungen können gefunden werden (Pascual-Leone, 1991). Die neue Erfahrung ist natürlich nicht beliebig, sie ist eine neue Sinnerfahrung, ein „felt shift“ und dann ein neuer „felt sense“, der nur in Verbindung mit dem alten maladaptiven Schema möglich ist. Aber wir sehen diese Symbolisierung als eine *Neukonstruktion*. Und auch sie ist im Fluss, sie kann im weiteren Gespräch bzw. zwischen den Therapiesitzungen immer wieder reorganisiert werden.

Diesem Verständnis der Symbolisierung folgend sehen wir die Herausforderung, das personzentrierte Persönlichkeitsmodell anzupassen. Der Teil „unterschwellige organismische Erfahrung“ ist nicht optimal. Wir holen nichts über eine Wahrnehmungsschwelle, sondern wir konstruieren Unverbundenes und Neues zu einem neuen Bewusstseinsinhalt, d. h. zu einer neuen Erfahrung, die nun Teil des Selbstbildes ist. Therapiepraktisch betrachtet kam ich (Michael Behr) immer auch mit

dem „Unterschwelligkeits“-Konzept zurecht. Die Auffassung aber, dass mein Klient und ich nicht nach Unterschwelligem suchen, sondern dass wir Neues konstruieren, hat meine Therapien lebendiger, kreativer und meine Interventionen ideenreicher, ja ‚spielerischer‘ gemacht.

Herausforderung 4:

Die Ideen der Nicht-Direktivität und des Interpretations-„Verbotes“ entradikalisieren

Rogers (1942a/1992, S. 108 ff.) definierte seinen „nicht-direktiven Ansatz“ vor rund 75 Jahren wie folgt:

- Der Therapeut hat nicht die Leitung des Gesprächs.
- Der Therapeut bestimmt nicht die Themen des Gesprächs.
- Der Therapeut definiert nicht das Problem des Klienten.
- Der Therapeut bestimmt nicht die wesentlichen Ziele der Therapie.
- Der Therapeut gibt keine Ratschläge zu wichtigen Lebensentscheidungen des Klienten.

Für manche Vertreter des PZA ist eine strikt nicht-direktive Einstellung auch gegenwärtig noch das wesentliche Merkmal der Klientenzentrierten Psychotherapie (Bohart, 2006; Brodley, 2006; Cornelius-White, 2007). In einer weniger strikten Form dürfte diese Position für viele Personzentrierte Therapeuten eine mehr oder weniger verbindliche Leitlinie sein. Höger (2006) versucht, dieses Merkmal möglichst wenig dogmatisch zu definieren. Er nennt vor allem drei Kriterien:

- Der Therapeut gibt keine Beurteilungen über die Persönlichkeit oder die Problemsituation des Klienten.
- Der Therapeut zwingt dem Klienten keine Themen auf.
- Der Therapeut vermeidet Interpretationen, die nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem aktuellen Erleben des Klienten stehen.

Dabei betont Höger, dass es sich hier nur um Hinweise bzw. Leitlinien handle, nicht jedoch um Gebote oder Verbote, die keine Ausnahmen gestatten. Selbstverständlich könne der Therapeut auch einmal eine Beurteilung äußern oder ein Thema vorschlagen, wenn dies der Situation entsprechend zweckmäßig sei. Eine so „liberale“ Formulierung von Nicht-Direktivität, die von Rogers eingeschlossen, dürfte heute bei vielen Psychotherapie-Verfahren, besonders den hermeneutisch orientierten, zumindest der Tendenz nach Akzeptanz finden. Das war natürlich in den 1930er- und 1940er-Jahren, als Rogers diese Kriterien konzipierte, noch sehr viel anders, wie mehrere von Rogers (1942a/1992) genannte Beispiele eindrucksvoll belegen. Auf diesem Hintergrund wird auch erst in voller Klarheit deutlich, was manche personzentrierte Autoren zu meinen scheinen, wenn sie apodiktisch „in radikaler Abkehr von der Experientorientierung“ sagen, dass in der therapeutischen Situation

ausschließlich der Klient der Experte sei (Schmid, 1999, S. 140). Es scheint hier als Negativfigur natürlich nicht ein Therapeut gemeint zu sein, der (hoffentlich) faktisch ein Experte seines Faches ist, sondern der mit dem betonten Gestus des Experten dem Klienten vorschreibt, wie dieser sich und sein Leiden verstehen soll und was dementsprechend zu tun sei.

Bei der Sorge, den Klienten vor einem solchen „Expertentum“ zu schützen und dem sich aus dieser Sorge ergebenden Konzept der Nicht-Direktivität ist natürlich die Intention maßgebend, dem Klienten den Weg zu Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung zu erleichtern und ihn nicht durch den Einfluss des Therapeuten, auch dessen Bewertungsbedingungen und Zuschreibungen, von sich selbst zu entfremden. Wir fragen uns jedoch, wie rigoros der PZA hier sein soll und muss, wie „radikal“ der Einfluss des Therapeuten zu verneinen ist und ob es berechtigt ist, z. B. die Zugehörigkeit des Focusing zur Klientenzentrierten Therapie infrage zu stellen, weil hier hinsichtlich des Therapieprozesses der Therapeut der führende und insofern der einflussnehmende Experte sei (Brodley, 2006). Durch die forcierte Furcht vor jeder vermeintlich fremdbestimmenden Einflussnahme des Therapeuten kann es zu Formulierungen kommen, die den Eindruck eines extrem einseitigen, um nicht zu sagen fast monologischen Beziehungsmodells vermitteln, in dem der Therapeut nur als das spiegelnde Alter Ego des Klienten fungiert und sich streng darauf beschränken muss, die Selbstaussagen des Klienten lediglich einfühlsam nachzuzeichnen. Jedes den offensichtlichen Sinn dieser Aussagen überschreitende Verstehen gilt dann als Verstoß gegen die Klientenzentrierung.

Wir möchten für eine Modellvorstellung im Sinne des „person to person“ plädieren, in der das therapeutische Gespräch als eine Verständigung zwischen zwei Experten gesehen wird und das jeweilige Verständnis als das Ergebnis einer Konsensbildung zwischen Klient und Therapeut erscheint. Das bedeutet, dass der Therapeut nicht nur (aber natürlich auch) aus dem Bezugssystem des Klienten versteht, sondern auch aus seinem eigenen. Dabei drängt er seine Verstehensangebote aber dem Klienten nicht auf, sondern achtet vielmehr sensibel auf die Passung mit dem jeweiligen Erleben des Klienten und auf ein behutsames Abgleichen mit Zustimmung und Ablehnung auf Seiten des Klienten. Der Therapeut ist so bereit, seine Angebote und seinen Einfluss ständig zu hinterfragen. Es ist dabei die Vorstellung leitend, dass der Blick und die Perspektive des Anderen, gerade auch eines Anderen als eines psychotherapeutischen Experten, nicht zwangsläufig zu Entfremdung und Fremdbestimmung führen muss, sondern dass die Sicht des Anderen ein Korrektiv sein kann, durch das die Entdeckung des „wahren Selbst“ erleichtert wird.

Nun sagt zwar Rogers einerseits (1951a/1973, S. 44 f), dass der Klient aus seinem „inneren Bezugssystem“ zu verstehen ist. Das bedeutet, „die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den

Klienten zu sehen, wie er sich selbst sieht“ (ebd., S. 42). Dann aber würden alle Aspekte des Klienten, die infolge der Inkongruenz verzerrt oder gar nicht symbolisiert werden, also seiner Gewährerdung nicht zugänglich sind (ebd., S. 29), auch vom therapeutischen Verstehen ausgeschlossen bleiben. Wenn der Therapeut den Klienten nur aus dessen Bezugssystem versteht, bleibt auch der Therapeut in dem falschen Selbstverständnis, in der Selbsttäuschung des Klienten befangen, es fehlt ihm die Möglichkeit eines Korrektivs.

Wenn dagegen der Therapeut sich fragen würde, welche Aspekte des organismischen Erlebens seines Klienten von dessen „Gewährerdung“ ausgeschlossen sind oder nur sehr entstellt abgebildet werden, würde ein solches um ein Verstehen bemühtes Fragen hermeneutisch gewissermaßen schon hinter dem Rücken des Klienten operieren. Wäre ein solches Verstehen deshalb nicht klienten-, sondern therapeutenzentriert? Im Sinne einer fundamentalistischen „Gegenzentrierung“ könnte man genau das so sehen., denn der Therapeut bringt mit entsprechenden Verstehensangeboten hier ja sein eigenes Bezugssystem, nämlich die personenzentrierte Störungstheorie, ins Spiel. Verstößt der Therapeut damit gegen die Nicht-Direktivität? Hierauf hat Rogers (1951a/1973, S. 114; Herv. v. Verf.) schon geantwortet, indem er sagte: „Bisweilen ist der Berater bei dem Klienten, mitunter ist er ihm vielleicht *voraus*, und manchmal hinkt er mit seinem Verstehen hinterher.“ Diese Modi des Verstehens hat Schleiermacher (1838/1977, S. 55), der Begründer einer systematischen Hermeneutik Anfang des 19. Jahrhunderts, auf die Formel gebracht, dass es beim Verstehen darauf ankäme, „die Rede zuerst ebenso gut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber“. Das dem Klienten „Voraussein“ entspricht einem Besser-Verstehen, das nur möglich ist, wenn der Therapeut den Bezugsrahmen des Klienten überschreitet und aus seinem eigenen Bezugssystem versteht. Es ist die Aufgabe des Personenzentrierten Therapeuten, durch ein zeitweises Voraussein im Verstehen dem Klienten zu helfen, sein organismisches Erleben „akkurat“ zu symbolisieren und so in sein Selbstkonzept zu integrieren.

Dieses dem Klienten im Verstehen „Voraussein“, dieses den Klienten „Besser-Verstehen“ entspricht natürlich einem Interpretieren. Im Interpretieren wird der Aussage des Klienten so eine neue Bedeutung zugeschrieben, dass das bisher nicht symbolisierte organismische Erleben mit dem Ziel seiner möglichst „akkuraten Symbolisierung“ angesprochen wird. Es scheint im PZA aber immer noch eine gewisse Unklarheit darüber zu bestehen, ob man den Klienten „besser verstehen darf“, als er sich selbst versteht, und ob also demzufolge ein Interpretieren mit unserem Ansatz vereinbar ist. Im personenzentrierten Schrifttum wird das nicht selten verneint (z. B. Schmid, 1999; Koch, 2012; Mearns & Cooper, 2005). Im Interpretieren wird dabei oft auch ein Verstoß gegen die nicht-direktive Position gesehen,

insofern hier der Therapeut dem Klienten vermeintlich direktiv eine Beurteilung nahelegt. In der Tat gibt es ja auch Interpretationen bzw. Deutungen, die sowohl von ihrer Struktur her wie von der Art, wie sie kommuniziert werden, so wirken können. Dies hat auch Rogers so gesehen, deshalb hat er Leitlinien für ein dem Klientenzentrierten Ansatz angemessenes Interpretieren beschrieben (Rogers, 1942a/1992, S. 186f.). Dies scheint von den Vertretern unseres Ansatzes, für die ein Interpretieren generell unvereinbar mit dem PZA ist, völlig übersehen zu werden.

Eine Herausforderung sehen wir darin, nicht nur hier auf eine nachdrückliche Klarstellung hinzuarbeiten, sondern auch die o.g. Implikationen der personzentrierten Störungstheorie stärker in unserer Therapietheorie abzubilden und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Therapiepraxis eindeutig zu klären.

Herausforderung 5:

Eine Therapie-Technik in der Personzentrierten Psychotherapie? – Zwischen therapeutischer Beliebigkeit und konzeptkonformen Handlungsleitlinien

Rogers hatte in seinem ersten Buch (*Counseling and Psychotherapy*, 1942a/1992) bekanntlich mit der „reflection of feelings“ zumindest im Ansatz bestimmte Handlungsmuster, also so etwas wie eine Therapietechnik beschrieben. In seinem zweiten Buch (*Client-Centered Therapy*, 1951a/1973) äußerte er sich diesbezüglich zurückhaltender. Er hatte Bedenken, dass der Therapeut sich ganz an das Exekutieren einer Therapietechnik verlieren und dabei keine Verbindung mehr zu seinen Einstellungen herstellen könne (ebd., S. 39). Keineswegs aber lehnte er hier die Anwendung einer Therapietechnik eindeutig ab, vielmehr schreibt er, dass der Berater erfolgreich sei, der „über ein System von Einstellungen (verfügt), das von Techniken und Methoden, die mit diesem System übereinstimmen, ergänzt wird“ (ebd., S. 34). Die Anwendung passender Techniken bzw. Methoden bei der Kommunikation der therapeutischen Einstellungen lässt die Therapie also erfolgreicher werden. Dann fährt er fort: „Nach unserer Erfahrung ist ein Berater, der versucht, eine Methode anzuwenden, zum Misserfolg verurteilt, solange diese Methode nicht mit seinen eigenen Grundeinstellungen, übereinstimmt“ (ebd.). Es kommt also auf die Passung der jeweiligen Technik an, um die Einstellung, also z. B. die der Empathie, angemessen zu kommunizieren. Damit wendet sich Rogers auch gegen eine therapeutische Beliebigkeit, nach der es auf die Art der therapeutischen Kommunikationsformen bzw. der Handlungsmuster gar nicht ankomme, wenn nur die personzentrierte Einstellung „echt und tief“ sei.

Rogers hat also die Anwendung einer Technik nicht abgelehnt, er hat allerdings selbst bekanntlich keinen Entwurf dafür vorgelegt. Aber solche Konzepte existieren inzwischen in beeindruckender Breite. Ausdifferenzierungen der Kernbedingungen wurden bereits in den 1960er-Jahren von Carkhuff und Truax vorgeschlagen und stetig weitergeführt, insbesondere für die Tiefe empathischer Reaktionen und für das Beziehungsklären und das Selbstöffnen. Solche Konzepte einer personzentrierten Therapietechnik bzw. entsprechende Vorarbeiten dazu wurden vorgelegt z. B. von Tscheulin (1992), Finke (1994, 2009), Keil (1998), Eckert (2006), Keil und Stumm (2014) und für die Personzentrierte Kinderpsychotherapie wurden von Schmidtchen (1999) Interventionskataloge auf der Grundlage von Feinanalysen des Fachkraft- und Kindverhaltens aufgestellt sowie experimentelle Methoden integriert (Goetze, 2002; Weinberger, 2005) und Verbindungen von klassischem und interaktionellem Vorgehen auf konkreter Handlungsebene konzipiert (Behr, 2008, 2012). Dabei handelt es sich keinesfalls um einen deutschsprachigen Alleingang, wie das als eher konservativ einzustufende *Handbook of Person-Centered Psychotherapy and Counselling* (Cooper et al., 2013) zeigt. Auch die großen Schwestermethoden Focusing, Emotion-Focused Therapy oder Pretherapy verfügen über ausdifferenzierte Handlungsinstrumentarien.

Auf der anderen Seite wird eine Therapietechnik von vielen Vertretern des PZA auch mehr oder weniger entschieden zurückgewiesen, weil das die Unmittelbarkeit der Begegnung von Therapeut und Klient behindere (Schmid, 1999) oder die therapeutische Beziehung instrumentalisieren (Frenzel, 2001), tendenziell mit einer direktiven Einstellung des Therapeuten verbunden sei (Brodley & Brody, 1996), nur das mangelnde Vertrauen in die Selbstentfaltungskräfte des Klienten anzeige (Bozarth, 1996) oder die Gefahr heraufbeschwöre, dass die Technik wichtiger wird als der Klient (Gutberlet, 2003). Angesichts solcher Argumente mag manchmal der Eindruck entstehen, dass hier Rogers hinsichtlich des Ausmaßes von Nicht-Direktivität und der Distanz zum „medizinischen Modell“ überboten werden soll.

Um die manchmal fast vertrackt wirkende Ambivalenz im PZA gegenüber dem Begriff „Technik“ (oder analoger Begriffe wie Handlungskonzepte u. ä.) zu zeigen, sei noch auf ein trotz der hier geübten Kritik empfehlenswertes Buch verwiesen, nämlich von Mearns, Thorne und McLeod (2013/2016): „Personzentrierte Beratung und Psychotherapie in der Praxis“. Die Autoren beschreiben in überzeugender Weise eine Therapietechnik, aber sie vermeiden strikt diesen Begriff oder entsprechende Synonyma. Dies erreichen sie dadurch, dass bei ihnen „Empathie“ wie auch „Kongruenz“ sowohl als Einstellungs- wie als Handlungsmerkmale fungieren. Sie schreiben jedoch (ebd., S. 107), „dass Empathie keine ‚Technik‘ ist ..., sondern eine Seinsweise in der Beziehung zum Klienten“. Sie beschreiben dann aber sehr anschaulich eine „Seinsweise“, die sich in konkreten

Handlungsmustern artikuliert. Diese Ebene der konkreten Artikulation darf aber offenbar als solche nicht benannt werden. Einen anderen, für den PZA offenbar schwierigen Begriff vermeiden sie ebenfalls, den der „Interpretation“, obwohl sie genau eine solche als einen Modus dieser „Seinsweise“ unter dem Namen „komplementäre Empathie“ beschreiben (ebd., S. 109).

Nun dürften allerdings viele Personzentrierte Therapeuten über ein implizites Handlungsmodell verfügen, das heißt, sie haben zumindest vage Vorstellungen davon, wie sie ihr einführendes Verstehen und ihre Kongruenz zum Ausdruck bringen wollen. Gerade weil es nach Rogers darauf ankommt, die geeigneten Techniken bzw. Methoden zu finden, um die personenzentrierten Einstellungen zu kommunizieren (s. o.), müssen diese geeigneten Techniken explizit gemacht und genau beschrieben werden. Wir finden das Zurückweisen einer Therapietechnik durch personenzentrierte Autoren bedenklich. Sie setzen sich damit nicht nur in einen Gegensatz zu den Mainstream-Methoden, sondern sehr oft auch in einen Widerspruch zu ihrer eigenen Therapiepraxis (s. o.; Mearns et al., 2016). Auch erklären diese Autoren meist nie, was sie eigentlich unter einer Therapietechnik genau verstehen. Aber all die im PZA gebräuchlichen Begriffe wie aktives Zuhören, empathic responses, depth reflection, observational empathy, empathic conjecture usw. stellen doch bereits Aspekte einer Therapietechnik dar (siehe dazu Stumm & Keil, 2014).

Was ist unter dem Begriff „Technik“ in der Psychotherapie zu verstehen? Wir schlagen vor, dann von einer „Technik“ zu sprechen, wenn die Kommunikationsmuster, mit denen bestimmte Einstellungen zum Ausdruck gebracht werden, systematisierend beschrieben werden. Dabei werden die impliziten Muster des therapeutischen Kommunikationsverhaltens expliziert und zu einer Art Leitlinie zusammengestellt, die nur als eine Art aktionale Option, nicht als ein starres Regelwerk zu verstehen ist.

Wesentliche Gründe für die Konzeptualisierung einer Therapietechnik sollen im Folgenden zusammengefasst werden:

1. *Handlungsleitlinien zur therapeutischen Orientierung:* Personzentrierte Handlungskonzepte fungieren als Leitlinien, d. h. sie sind keine starren Regeln oder gar Vorschriften. Sie haben die Funktion, Muster therapeutischen Kommunizierens aufzuzeigen, und zwar so, dass diese Muster optimal die personenzentrierten Kernbedingungen zum Ausdruck bringen. Sie sollen dem Therapeuten eine Orientierung in der therapeutischen Situation geben. Außerdem dienen solche Handlungskonzepte als Reflexionsfolie, auf deren Hintergrund, z. B. in der Supervision, die therapeutische Aktivität jeweils beurteilt werden kann.
2. *Klarheit und Eindeutigkeit personenzentrierten Handelns:* Nicht jedes Ausdrucksverhalten ist geeignet, die personenzentrierten Kernmerkmale (core conditions) angemessen zu

kommunizieren. Dem Eindruck einer völligen Beliebigkeit personenzentrierten Handelns ist dadurch zu widersprechen, dass bestimmte Kommunikationsmuster als besonders geeignet zur Realisierung personenzentrierter Einstellungen dargestellt werden.

3. *Sicherung des Identitäts-Profiles:* Die Identität eines Verfahrens ist durch die Darstellung der therapeutischen Einstellung allein nicht ausreichend zu kennzeichnen. Sie wird erst eindeutig bestimmt durch die Störungstheorie und vor allem durch die für das Verfahren typischen Handlungskonzepte. Die Notwendigkeit solcher Identitätskriterien zeigt sich auch darin, dass heute auch andere Verfahren die Empathie, eine respektvolle Zuwendung und therapeutische Kongruenz als Basis ihres Konzeptes reklamieren.
4. *Lehrbarkeit des Verfahrens:* Um ein Verfahren lehrbar zu machen, müssen die Handlungsmuster, mit denen man z. B. die verschiedenen Facetten des Einfühlenden Verstehens kommunizieren kann, exakt beschrieben werden.
5. *Forderungen der Forschung:* Bei Wirksamkeitsvergleichen zwischen den einzelnen Verfahren, z. B. Personzentrierte gegen psychodynamische Therapie, wird es heute üblich, sich weniger an den Namen, den Labels der Verfahren zu orientieren, da diese oft nur eine sehr vage Auskunft über ihre faktische Praxis geben. Um eine praxisrelevante Vergleichbarkeit herzustellen, ist der Bezug auf die jeweiligen Handlungskonzepte bzw. die Therapietechnik der Verfahren wichtig.

Um es abschließend noch einmal zu sagen: Eine Therapietechnik soll für die Arbeit des Therapeuten immer nur einen Rahmen zur optimalen Kommunikation der personenzentrierten Kernbedingungen vorgeben. Dieser Rahmen entbindet den Therapeuten in keiner Weise der Aufgabe, sich immer wieder neu auf den Klienten einzustellen. Die Herausforderung sehen wir darin, „Technik“-Konzepte immer präziser, systematischer und aus klientenzentrierter Sicht nachvollziehbarer zu beschreiben.

Herausforderung 6:

Das klassische Inkongruenzmodell erweitern

Aus dem klassischen Inkongruenzmodell (Rogers, 1951a, 1959a) ergibt sich ein Änderungskonzept, das bis heute für viele Therapeuten und auch für uns eine sehr hilfreiche Landkarte darstellt: Unterschwellige, implizite, also bisher nicht bewusste (klassisches Modell) oder neu konstruierte Erfahrungen (vgl. Herausforderung 3) gelangen durch die Therapie an den „Rand der Gewährerdung“ (Rogers, 1959a/1987, S. 30) und schließlich in die volle Wahrnehmung. Dies wird erreicht durch die therapeutischen Verstehensangebote, die zu vertiefter Selbstexploration

anregen. Und auch: Mit seiner bedingungsreifen Wertschätzung gegenüber jeglicher Erfahrung des Klienten gibt der Therapeut ein Modell; im Sinne des Modelllernens übernimmt der Klient diese Einstellung gegenüber seinen eigenen Erfahrungen und wird so kongruenter. Dieses Veränderungsmodell passt bis heute für sehr viele therapeutische Prozesse. Über Jahrzehnte hinweg gab es keine empirische Evidenz, die diesem Modell widerspräche, das ist eine seiner Stärken.

Heute betrachten wir Therapie- und Beratungsprozesse, wie oben angedeutet, differenzierter, z. B. bezogen auf Störungsbilder und psychosoziale Problemlagen. Wir werden im Folgenden argumentieren, dass dieses Modell für eine Reihe von Fällen nicht optimal passt und dass darum weitere Modellierungen sinnvoll sind.

Störungsspezifische Inkongruenz

Wie kann die spezifische Inkongruenzkonstellation bei umschriebenen Störungsbildern bzw. bei den jeweiligen Störungskategorien der ICD- und DSM-Manuale beschrieben werden? Wie kann der Zusammenhang zwischen den jeweiligen Symptomen und der spezifischen Inkongruenz verstanden werden? Für das störungs- und problemspezifische Verständnis der personenzentrierten Theorie wurde bereits sehr viel getan. Der Hauptfokus war gesundheitspolitisch vorgegeben. Es galt, die Wirksamkeit der Psychotherapieform differenziert für Störungskategorien nachzuweisen. Im Zuge der Forschung wurde dabei auch schon veränderungstheoretisch gedacht. Für die Erwachsenentherapie beschreiben z. B. Finke und Teusch (Finke, 2009; Finke & Teusch, 2007a, b; Teusch, 2014) auch jeweilige Besonderheiten der Inkongruenzkonstellation. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit Elternberatung wurden Handlungsleitlinien zu spezifischen Störungsbildern formuliert, die gleichfalls die besonderen Inkongruenzkonstellation umschreiben und zum Ausgangspunkt für Handlungsleitlinien nehmen (Füßner, Döring, Steinhauser & Zülów, 2012; Jürgens-Jahnert, Boeck-Singelmann, Monden-Engelhardt & Zebiri, 2012; Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2012; Hüsön, Döring & Riedel, 2012; alle als Nachdruck erschienen in Behr, Hüsön, Nuding & Wakolbinger, 2014). Bei dieser Herausforderung zeigen sich deutschsprachige Autoren als weltweit führend. Doch es bleibt noch einiges an Differenzierungen zu leisten, z. B. bei den Modellvorstellungen, wie und warum bestimmte Symptombündel aus welchen Inkongruenzen abzuleiten wären.

Anpassungsstörungen und Erfahrungen, die die Bewältigungsfähigkeit übersteigen

Personen, die einen Verlust, eine akute traumatische Erfahrung, eine überraschende Veränderung in ihrem Leben hinnehmen

mussten, benötigen oft Hilfe. Ihr Selbst ist aber in der Regel nicht inkongruent in dem Sinne, wie Rogers es 1951 und 1959 beschrieben hat. Sie verleugnen nicht unbedingt unterschwellige Erfahrungen, sie leiden nicht unbedingt an Inkongruenzen, die im jahrzehntelangen Sozialisationsprozess durch „conditions of worth“ entstanden wären. Das ist nicht der Punkt. Diese Personen können nicht fassen, was geschehen ist, z. B. bei Trennung, Entlassung, Vertreibung, Vernichtungsbedrohungen, schwerer Erkrankung. Einen Teil der Erfahrungen, die das Unfassbare ausgelöst hat, kann die Person durchaus wahrnehmen, andere Teile vielleicht nicht bzw. nicht konsistent. Diese Erfahrungen sind dann ebenfalls unvereinbar mit dem bestehenden Selbstkonzept. Massive Abwehr will sie fernhalten zum Schutz des Selbstkonzeptes, diese bricht aber immer wieder zusammen. Speierer (1994, 1998, 2013) nennt dies „lebensereignisbedingte Inkongruenz“.

Das personenzentrierte Beziehungsangebot und die Gespräche über die Erfahrungen helfen diesen Personen mehr als alles andere. Es geht nicht in erster Linie darum, unterschwellige Erfahrungen und eine über Jahrzehnte via conditions of worth gewachsene Persönlichkeitsstruktur zu betrachten. Vielmehr sollen traumatische Erfahrungen in das Selbst integriert, verarbeitet, Stück für Stück greifbarer und beherrschbarer werden. Hier erscheint es plausibel, von einer Störung der Selbstentwicklung auszugehen. Durch einschneidende Erfahrungen, nicht durch conditions of worth wurde das Selbstkonzept fragil. Dabei gibt es bedeutsame Unterschiede zwischen Anpassungsstörungen und komplexen Traumatisierungen. Bei Letzteren ist das Selbstkonzept oft wenig kohärent und konstant. Eine Herausforderung könnte vielleicht sogar darin bestehen, eine inkongruenz-unabhängige und doch personenzentrierte Pathologie des Selbstkonzeptes zu entwerfen: für Personen, die aufgrund früher Traumatisierungen nie ein kohärentes Selbstbild und ein sozial angemessenes Selbstideal entwickeln konnten.

Beim Therapeutenverhalten spielen neben klärenden auch Sicherheit und Ermutigung gebende sowie Verlässlichkeit und Wertschätzung anzeigende Interventionen eine besondere Rolle. Sie können eine völlige Desorganisation des Selbst abwenden. Bei Klienten mit komplexer Traumatisierung liegt oft auch eine erhebliche Störung des Beziehungserlebens vor, sodass hier die Arbeit am Beziehungskonzept und an der Bindungsfähigkeit und dem Bindungsvertrauen bzw. der Bindungssicherheit notwendig ist. Hier kommt es natürlich auch sehr auf die Gestaltung und die wiederholte Klärung der therapeutischen Beziehung an (Finke & Teusch, 2007a; Finke, 2008). Im Weiteren soll dann die besondere Art der Inkongruenz aufgelöst werden, indem die unfassbaren Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden.

Den Begriff Inkongruenz schärfer oder weiter fassen?

Auch für psychosoziale Anwendungsfelder, in denen das personenzentrierte Beziehungsangebot höchst wirksam ist, passt die klassische Inkongruenztheorie nicht, etwa die Mediation, Familientherapie und sozialarbeiterische Hilfeformen je nach Ansatzpunkt (wir werden bei Herausforderung 7 darauf zurückkommen). Sollten wir Inkongruenz, da wir ja die gesamte Person sehen, immer als einzigartig und nicht klassifizierbar betrachten (vgl. auch Keil, 2014)? Oder ist es hilfreicher, Spezifika je nach Störungsbild bzw. psychosozialer Problemlage zu umschreiben? Oder sollen wir das Konzept vergessen, wie Tausch, der Nestor der Gesprächspsychotherapie in den deutschsprachigen Ländern, der das Konzept Inkongruenz, wie auch das der Aktualisierungstendenz, für entbehrlich hielt (persönl. Mitteilung, er hat darüber in Schriften nicht einmal argumentiert, sondern die Begriffe einfach nie verwendet). Neben den erwähnten störungsspezifischen Auffassungen sehen wir Speierers Versuch, Inkongruenz deutlich differenzierter und über Rogers hinausgehend zu konzeptualisieren, als eine der großen Herausforderungen für eine moderne personenzentrierte Arbeit. Auch die Arbeit von Speierer droht, trotz vieler auch englischsprachiger Publikationen und Kongresspräsentationen, nicht weitergeführt zu werden. Deutschsprachig wird sie kaum, im Englischen überhaupt nicht zitiert. Viele finden sie zu unverständlich, zu kompliziert (persönl. Mitteilungen), über die Gründe kann hier nicht spekuliert werden. Bemühungen dieser Art, vor allem, wenn sie wie bei Speierer auch noch durch empirische Forschung fundiert werden, benötigt die personenzentrierte Theorie, wenn sie das große Spektrum ihrer Wirkmacht theoretisch nicht zu schmal begründen möchte. Wie die meisten personenzentrierten Fachkräfte sind auch wir fasziniert, wie das personenzentrierte Beziehungsangebot in so vielen zwischenmenschlichen Konstellationen und unterschiedlichen fachlichen Herausforderungen wirkt. Vielleicht können Modellvorstellungen über diese Prozesse, die über das klassische Inkongruenzmodell hinausgehen, unsere Arbeit weiter verbessern und an moderne Lebensverhältnisse, in denen wir uns bewegen, angepasst werden.

Herausforderung 7:

Beratung und ‚soziale Hilfen‘ – neue Wege personenzentrierten Denkens in der Praxis

Unsere heutigen Biografien folgen nicht mehr klassisch-linearen Lebensläufen. Aktuelle Sozialisationsanforderungen sind „durch Entgrenzungen und die Chance und den Zwang zur Selbstorganisation geprägt“ (Böhnisch, Lenz & Schröer, 2009, S. 10). Die daraus resultierende – stets unabgeschlossene (vgl.

Keupp & Höfer, 1997) – Identitätsarbeit mündet in einen komplexen Lebensbewältigungsprozess. Resultat ist ein Prozess zunehmender „Entbettung“, eines „Disembedding“ (Giddens, 1990/1995), mit weitreichenden Konsequenzen für Entwicklungs- und Identitätsprozesse. Aneignungsprozesse eines – gezwungenermaßen – gestaltenden Subjekts im jeweiligen Kontext (vgl. Pauls, 2011) erfordern zahlreiche reflexive Entscheidungs- und Bewältigungsprozesse (vgl. hier und im Folgenden Gahleitner, 2013).

Diese Notwendigkeit, auf die schnell wechselnden sozialen Bedingungen flexibel und dennoch hinreichend zu reagieren, ist für Menschen, die durch physische wie psychische Krankheiten oder weitere Benachteiligungen beeinträchtigt sind, allerdings nicht einzulösen. Die damit verbundenen Belastungen und Risiken bringen so Exklusionsdynamiken hervor, die mit einem Verlust an Teilhabe, jedoch auch manifesten Krankheitsentwicklungen einhergehen (Wilkinson & Pickett, 2010; WHO, 2001). Professionelle Hilfestellung muss daher auch eine Antwort auf gesundheitliche Überforderungen durch psychosoziale Verarbeitungsprozesse postmoderner Lebensverhältnisse – für alle darin lebenden Menschen – bereitstellen. Letztlich geht es um eine „Person-in-environment“-Perspektive (Richmond, 1917).

In vielen Feldern psychosozialer Arbeit erweist sich daher das personenzentrierte Konzept als äußerst hilfreich. Auch hier wären wirkungsorientierte Erklärungsmodelle wertvoll, lassen sich doch viele Probleme sozialarbeiterischer Hilfssituationen mit dem klassischen Inkongruenzmodell nur schwer abbilden. So z. B. in der Mediation oder Familientherapie: Streitende Personen können je für sich inkongruent sein, und je kongruenter sie wären, desto leichter gingen sie durch Konflikte. Auch in der Personenzentrierten Familientherapie können die Familienmitglieder neue Erfahrungen mit sich selbst machen und so persönlich kongruenter werden. Doch diese Möglichkeiten beschreiben den angezielten Prozess nur begrenzt. Konfliktbeteiligte sollen nicht nur sich selbst, sondern auch den Anderen verstehen können (Gordon, 1970). Die weitgehend bedingungs-freie Wertschätzung des Personenzentrierten Mediators oder Familientherapeuten für die Einzelnen möge sich auf die Konfliktbeteiligten übertragen. Diese mögen ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass Menschen in je unterschiedlichen Realitäten leben. Sie mögen dies anerkennen und lernen, wie die andere Person aus ihrem Realitätsverständnis heraus verstanden werden kann (O’Leary, 1999, 2012; Ziebertz, 2008; Behr, 2012). Sie mögen erfahren, auch durch das Therapeutenbeispiel, wie man darüber kommuniziert und zu Kompromissen findet. All diese Prozesse werden durch das klassische Inkongruenzmodell nicht beschrieben, sie verdienen aber eine Modellierung.

Besonders brisant sind Mediationen und Elterngespräche, wie sie Lehrkräfte oder pädagogische Fachkräfte führen müssen

(Aich & Behr, 2015), denn nicht selten schwelt auch ein Konflikt zwischen Fachkraft und Elternteil. Das personenzentrierte Beziehungsangebot kann solche Probleme sehr gut lösen, aber es geht dabei nur wenig um die Symbolisierung neuer Erfahrungen. Diese Überlegungen gelten auch für die diversen Felder der Beratung, hier sind die psychosozialen Problemlagen, die Zielsetzungen und die Settings so unterschiedlich, dass je andere Modellvorstellungen über den Veränderungsprozess gut wären. Bei der Beratung als Überbegriff für viele Arten psychosozialer und anderer Hilfestellungen, z. B. im juristischen, medizinischen, baubiologischen Bereich, geht es zwar auch um die Identifikation von Motivationen, Erfahrungen oder Einstellungen, d. h. um Prozesse, in denen neue Erfahrungen symbolisiert werden. Das klassische Inkongruenzmodell beschreibt dies dann gut. Dennoch arbeiten viele personenzentrierte Fachkräfte in diesem Bereich weniger an der Inkongruenz ihrer Klienten als vielmehr daran, dass diese Halt, Strukturen oder Regeln in ihren Lebensablauf bringen können.

Dies gilt besonders bei Klienten, deren Störung als Folge einer beschädigten Selbstentwicklung zu verstehen ist, also insbesondere für sog. „hard to reach“-Fälle (vgl. dazu Labonté-Roset, Hoefert & Cornel, 2010), die – zumeist aufgrund schwer erschütterter Bindungsrepräsentationen – sozial schlecht integriert sind (vgl. Brackertz, 2007) und deren Vertrauen in Menschen und Institutionen durch zahlreiche Abbrüche zerstört wurde. Es geht dabei häufig um Menschen mit chronischen Belastungen, Erkrankungen oder Behinderungen in Multiproblemsituationen. Frühe und tiefgehende Störungen in der Entwicklung des Selbstkonzeptes wie des Beziehungskonzeptes, wie sie bei schweren Traumata wie z. B. sexueller Gewalt oder Misshandlung entstehen, münden nicht selten in ein inkohärentes, inkonstantes und fragiles Selbstkonzept, verbunden mit einer Störung des Identitäts- und Beziehungserlebens sowie dysfunktionaler Emotionsregulation. Die Selbststruktur dieser Personen ist fragil, hier erleben Helfer eher, dass etwas zusammengesetzt, und weniger, dass etwas bewusst werden sollte. Die Person möge ihre Erfahrung eher organisieren als entdecken. Die Selbst- und Bindungsfunktionen sollen wieder in Fluss gebracht werden. Personenzentriertes behutsames trauma- und bindungssensibles Vorgehen hilft hier, Retraumatisierungen in der Behandlung – sei es Therapie oder Beratung – zu verhindern und gemeinsam auf die Suche nach einem alternativen Selbstkonzept zu gehen (Finke & Teusch, 2007a; Claas, 2007; Gahleitner, 2007).

„Die klassische rogerianische Basis ist hierbei für die Fachkräfte nach wie vor handlungsleitend, auch wenn verhaltensorientierte und systemische Ansätze sich in vielen anderen Bereichen stark ausgebreitet haben: die Unterstützung von kongruenter Selbstwahrnehmung (auch awareness, ‚neudeutsch‘: Achtsamkeit), Selbstakzeptanz durch erfahrene Anerkennung, Wertschätzung und Respekt, Empathie, Realsein. So geschieht in der Personorientierten Beratung ein ‚Mit-Sein‘ im

Sinne einer humanen Nähe, in der ein mitmenschlich-solidarischer Sinn füreinander entstehen kann, jenseits des technisch-instrumentellen Gebrauchs des Anderen. Durch Gegenwärtigkeit, empathische Unterstützung, Abgrenzung und Bestätigung für die Individualität ... wird die in sozialklinischen Kontexten beratende Fachkraft zum authentischen Gegenüber des Klienten bzw. der Klientin, das ‚äußere‘ und ‚innere‘ Hilfen als zwei Seiten derselben Medaille anbietet.“ (Pauls, 2013, S. 171)

Der Personenzentrierte Ansatz ist dabei – ebenso wie in therapeutischen Settings – darauf gerichtet, behutsam beziehungs- und ressourcenorientiert stabilisierende, selbstexplorative Selbstheilungsprozesse anzuregen und auch nach schweren Verletzungen ein Leben mit Lebensqualität zu ermöglichen. Die konsistente personenzentrierte Grundhaltung und Beziehungsgestaltung, das prozess- und erfahrungsorientierte Arbeiten und die Akzeptanz aller Erlebnisinhalte im Begleitungsprozess werden zu den zentralen Inhalten des Beratungsprozesses. In Abgrenzung zur therapeutischen Situation geht es jedoch in diesen sozialtherapeutisch orientierten Beratungssettings niemals nur um die „Beratungsdyade“, sondern um einen „gemeinsam gestalteten Raum des Zwischenmenschlichen“ (Kühn, 2009, S. 135), um die Person in ihrem Umfeld, also darum, innerhalb sozialer Beziehungsnetzwerke – bis hinein in konstruktive Vernetzungssettings zwischen Institutionen – sozialtherapeutisch zu begleiten. Beratung und Soziale Arbeit korrespondieren dabei jedoch ausgesprochen gut mit dem Personenzentrierten Ansatz im aktiven Einbezug sozialer Unterstützung (Weinhold & Nestmann, 2012) sowie partizipativer und ressourcenorientierter Vorgehensweisen (Gahleitner, 2007).

Häufig müssen neben den existenziellen und emotionalen Bedarfslagen der Klientel auch zusätzlich komplexe Interventionsnetzwerke unter Berücksichtigung rechtlicher, institutioneller und sozialräumlicher Aspekte gehandhabt werden, eine Herausforderung, die der Personenzentrierte Ansatz in der Zukunft aktiv aufnehmen und mitgestalten könnte. Denn der Beratung geht es zusätzlich um lebenspraktische Bewältigungsprozesse wie z. B.: Wie organisiere ich mich, sodass es zu meinen derzeit dominierenden Motivationen passt, wie gehe ich mit Änderungen meiner Ziele um, mit einem inkonsistenten sozialen Umfeld? Oft geht es aber zudem für Personen, die durch sich selbst und von anderen nicht als gestört bezeichnet würden, um anderes als Inkongruenzauflösung, z. B. um das Umsetzen von etwas, das schon als richtig erkannt wurde. Oder es geht darum, Fachexpertise mit eigenen, durchaus bekannten Motiven und Einstellungen zu verbinden. Oder darum, Sicherheit und Konsistenz in das eigene Verhalten zu bringen. Das personenzentrierte Beratungsangebot hilft auch hier, aber nicht, weil Inkongruenz aufgelöst worden wäre. Besonders im Beratungsfeld der Sozialen Arbeit, welches sozialtherapeutisch geprägt ist, geht es um eine umfassende Hilfestellung: Die Identitätsarbeit in der heutigen Zeit stellt einen komplexen

Lebensbewältigungsprozess dar, der besonders für benachteiligte und beeinträchtigte Menschen eine große Herausforderung bedeutet.

Eine angemessene professionelle Antwort auf dadurch entstehende gesundheitliche Überforderungen muss Umfeldaspekte oder Exklusionsdynamiken wie z. B. die Chancenstruktur und Intersektionalisierungsaspekte mit berücksichtigen. Es geht darum, die Person in ihrer Lebenswelt zu begreifen und umfassende Unterstützung anzubieten. Personzentrierte Beratung muss hier daher ein alltagsorientiertes, beziehungsorientiertes und sozial unterstützendes, „empowerndes“, inklusionsorientiertes Unterstützungsangebot unterbreiten (Nestmann, 2008; s. u.), die als Orientierungsangebote „zwischen den Anforderungen der gesellschaftlichen Funktionssysteme und den Verarbeitungsmöglichkeiten der individuellen Psyche ... helfen, die Exklusion ... möglichst niedrig zu halten“ (Großmaß, 2006, S. 5). In den letzten Jahren ist zu diesem Thema in der personzentrierten Theoriebildung viel geschehen (GwG-Akademie, 2007), jedoch könnte auch dieser Bereich in der Zukunft eine weitere Ausgestaltung erfahren und auf diese Weise noch stärker Einzug in sozialarbeiterische Beratungskonzepte erhalten (vgl. z. B. bereits Pauls, Stockmann & Reicherts, 2013).

Personzentrierte Beratung beinhaltet daher in Erweiterung der Psychotherapie die Chance eines komplex orientierten methodischen Vorgehens (McLeod, 2004), das alltagsorientiert und niedrigschwellig, beziehungsorientiert und sozial unterstützend stetig neue Orientierungen entwickelt und damit auch in die Zukunft der Versorgung des modernen Menschen weist. Das Kompetenzspektrum klinisch sozialarbeiterisch ausgerichteter Personzentrierter Beratung erstreckt sich dabei „von der Psychosozialen Diagnostik, der professionellen Bindungs- und Beziehungsgestaltung über Gesprächsführungskompetenzen und Wissensbestände individueller klinischer und lebensweltbezogener Veränderungsmodelle bis in System-, Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen“ (Gahleitner, 2011, S. 682). Personzentriertes Denken eignet sich aufgrund seines konsequent sozialrelationalen Charakters hier hervorragend für weitere Theoriebildungen, müsste sich jedoch verstärkt Einbettungs- und Netzwerkaspekten widmen und diese einbeziehen. Soziale Arbeit wiederum muss personzentrierte Beratungskompetenzen noch stärker in Studium und Weiterbildung zur Grundlage erklären. Psychosoziale Beratung künftig personzentriert weiterzuentwickeln, bedeutet vor allem, die Einbettung der Person in Netzwerke noch grundlegender mitzudenken. Hier Modellvorstellungen zu schaffen, hätte einen zukunftsweisenden Charakter für den gesamten personzentrierten Bereich.

Fazit

Rogers war stets gegen die Gründung von Verbänden und die damit verbundenen Strukturen, auch weil er fürchtete, dass so neue Denkweisen gelähmt und Entwicklungen frustriert werden könnten. Er stimmte der Gründung der amerikanischen ADPCA, der Association for the Development of the Person-Centered Approach, erst zu, als diese in ihrer Namensgebung das Ziel der *Entwicklung* des Ansatzes zum Kernpunkt machte. The facts are friendly. Der Personzentrierte Ansatz hat sich nie vor neuen Konzepten, vor Ergebnissen der empirischen Forschung oder vor Theorien benachbarter Disziplinen fürchten müssen (Cooper, Watson & Hölldampf, 2010). Darum plädieren wir dafür, sich diesen und vielleicht auch noch anderen Herausforderungen der fachlichen Zukunft zu stellen. Wenn wir unseren Ansatz ‚aktualisieren‘, bleibt er ein lebendiges Element im Orchester aller therapeutisch-beraterischen Konzepte. Dass er dabei seine Identität verlöre, kann nicht ernsthaft ein Argument sein, liegt es doch an uns selbst, bei allen Entwicklungen die Verbindungen zu den Wurzeln mitzudenken.

Literatur

- Aich, G. & Behr, M. (2015). *Gesprächsführung mit Eltern*. Weinheim: Beltz.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1195–1211). Tübingen: DGVT.
- Barrett-Lennard, G. T. (2013). *The relationship paradigm. Human being beyond individualism* (Reihe: EBL-Schweitzer). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bastine, R. (2008). Vorwort. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 11–12). Tübingen: DGVT.
- Behr, M. (2008). Interaktive Spieltherapie und Heilpädagogik. Ein theoriebegründetes Konzept ‚Interaktionsresonanz‘ für die Kommunikation über Spielhandlungen und Spielzeug. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 115–131). Wien: Krammer.
- Behr, M. (2009). Constructing emotions and accommodating schemas. A model of self-exploration, symbolization, and development. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8(1), 44–62.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. & Hölldampf, D. (2011). Wachsen und sich verändern – Ein interaktionelles und schematheoretisches Modell zu Veränderungsprozessen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S. 39–64). Norderstedt: Books on Demand.
- Behr, M., Hüsson, D., Nuding, D. & Wakolbinger, C. (Hrsg.). (2014). *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien. Personzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten*. Wien: Facultas.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Steiger, T. (Hrsg.). (2012). Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie [Themenheft]. *Person*, 16(1).

- Bergson, H. L. (2013). *Schöpferische Entwicklung* (Reihe: Philosophische Bibliothek, Bd. 639). Hamburg: Meiner (französisches Original erschienen 1907: *L'évolution créatrice*, Paris: Alcan).
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2002). Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 123–146). Wien: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–91). Heidelberg: Springer.
- Bohart, A. C. (2006). Understanding person-centered therapy. A review of Paul Wilkins' person-centered therapy in focus. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(2), 138–143.
- Bohart, A. C. (2007). Taking steps along a path: Full functioning, openness, and personal creativity. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 6(1), 14–29.
- Böhnisch, L., Lenz, K. & Schröer, W. (2009). *Sozialisation und Bewältigung. Eine Einführung in die Sozialisationstheorie der zweiten Moderne* (Reihe: Juventa Paperback). Weinheim: Juventa.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Bd. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bozarth, J. D. (1996). Client-centered therapy and techniques. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 363–368). Frankfurt: Lang.
- Brackertz, N. (2007). *Who is hard to reach and why?* (Series: ISR Working Paper, Vol. 7). Hawthorne, Australia: The Swinburne Institute for Social Research. Verfügbar unter: <http://samac.nl/EUKN2015/www.eukn.org/dsresource9eoe.pdf?objectid=146694> [12. 4. 2016].
- Brodley, B. T. (2006). Non-directivity in client-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5(1), 36–52.
- Brodley, B. T. & Brody, A. F. (1996). Can one use techniques and still be client-centered? In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 369–374). Frankfurt: Lang.
- Buber, M. (1923). *Ich und Du*. Leipzig: Insel.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations. A primer for lay and professional helpers*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine „Traumatherapie“ oder brauchen wir eine Personzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten? In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 10–46). Köln: GwG.
- Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P. F. & Bohart, A. C. (Eds.). (2013). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2nd ed., text rev.). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Cooper, M., Watson, J. C. & Hölldampf, D. (Eds.). (2010). *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counselling, psychotherapy and related practices*. Ross-on-Wye: PCCS.
- Cornelius-White, J. H. D. (2007). The actualizing and formative tendencies: Prioritizing the motivational constructs of the person-centered approach. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(2), 129–140.
- Drieschner, E. (2011). *Bindung und kognitive Entwicklung – ein Zusammenspiel. Ergebnisse der Bindungsforschung für eine frühpädagogische Beziehungsdidaktik. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)* (Reihe: WiFF Expertisen, Bd. 13). München: WiFF. Verfügbar unter: http://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WiFF_Expertise_13_Drieschner_Internet.pdf [12. 4. 2016].
- Eckert, J. (2006). Der therapeutische Prozess in der Praxis. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 219–266). Heidelberg: Springer.
- Ellingham, I. (2001). Carl Rogers' 'congruence' as an organismic, not a Freudian concept. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory, and practice. Bd. 1: Congruence* (pp. 96–115). Ross-on-Wye, UK: PCCS (Original erschienen 1999).
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change*. Washington, DC: APA.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Bd. 1: Allgemeiner Teil* (S. 457–489). Tübingen: DGVT.
- Finke, J. (2009). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007a). Gesprächspsychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung. In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 69–92). Köln: GwG.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007b). Gesprächspsychotherapie der Depression. In J. Kriz & T. Sluneccko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 233–247). Wien: Facultas.
- Frenzel, P. (2001). Der Personzentrierte Ansatz jenseits der Psychotherapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (Reihe: Bibliothek Psychotherapie, Bd. 8; S. 362–392). Wien: Facultas.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hanne, K. (2002). Frühe Beziehungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 369–390). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H. U. (2012). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 16(1), 46–58.
- Füßner, M., Döring, E., Steinhauser, H. & Zülw, C. v. (2012). Angststörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 16(1), 13–31.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2007). Neue Bindungen wagen – Bindungstheorie als Grundlage für beziehungsorientierte Psychotherapie bei komplex traumatisierten KlientInnen. In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 93–115). Köln: GwG.
- Gahleitner, S. B. (2011). Psychosoziale Beratung. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (7., überarb. Aufl.; S. 681–682). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Gahleitner, S. B. (2013). Personzentrierte psychosoziale Traumabehandlung. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personzentrierter Beratung* (S. 175–185). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gaylin, N. L. (2001). *Family, self and psychotherapy. A person-centred perspective* (Series: Person-centred approach and client-centred therapy essential readers). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Giddens, A. (1995). *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp (Original erschienen 1990: *The consequences of modernity*, Cambridge, MA: Polity Press).
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training. The "no-lose" program for raising responsible children*. New York: Wyden.

- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann (Original erschienen 1993: Facilitating emotional change. The moment-by-moment process, New York: Guilford).
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Großmaß, R. (2006). *Beratung als „neue Profession“ – Anstöße und Entwicklungen im Umfeld des Psychotherapeutengesetzes (Deutschland 1999)*. Vortrag in Basel, September 2006. Verfügbar unter: <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/197/beratungsprofession.pdf> [12. 4. 2016].
- Gutberlet, M. (2003). Die personenzentrierte Haltung: Die Kraft, die Veränderung schafft? *Person*, 7(1), 15–23.
- GwG Akademie (Hrsg.). (2007). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG.
- Höger, D. (2000). „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft*, 7(5), 5–17.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Sluneco (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (Reihe: Psychotherapie – Ansätze und Akzente, Bd. 2; S. 64–78). Wien: Facultas.
- Höger, D. (2010). Aktualisierungstendenz – Fragen – Antworten – mehr Fragen. *Person*, 14(2), 142–143.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6(2), 35–44.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47(4), 374–385.
- Hüsson, D., Döring, E. & Riedel, K. (2012). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 16(1), 59–70.
- Jürgens-Jahnert, S., Boeck-Singelmann, C., Monden-Engelhardt, C. & Zebiri, K. (2012). Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. *Person*, 16(1), 32–45.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person*, 18(1), 31–43.
- Keil, W. W. (1998). Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 2(1), 32–44.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2014). Methoden und Techniken. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 35–56). Wien: Springer.
- Keupp, H. & Höfer, R. (Hrsg.). (1997). *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Koch, A. (2012). *Dreams and the person-centered approach. Cherishing client experiencing*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Kriz, J. (2010). Personenzentrierte Systemtheorie. *Person*, 14(2), 99–112.
- Kriz, J. & Stumm, G. (2003). Aktualisierungstendenz. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (Reihe: Leben lernen, Bd. 155; S. 18–21). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Kühn, M. (2009). Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn & W. Weiß (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 127–136). Weinheim: Juventa.
- Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.). (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit*. Uckerland: Schibri.
- Lietaer, G. (2002). The united colors of person-centered and experiential psychotherapies. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1), 4–13.
- Lietaer, G., Vanaerschot, G., Sniijders, J. A. & Takens, R. J. (Hrsg.) (2008). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering*. Utrecht: De Tijdstroom.
- McLeod, J. (2004). *Counselling – eine Einführung in Beratung*. Tübingen: DGVT.
- Mearns, D. (2004). Problem-centered is not person-centered. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3(2), 88–101.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D., Thorne, B. & McLeod, J. (2016). *Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie in der Praxis*. Köln: GwG (englisches Original erschienen 2013: Person-centred counselling in action, Los Angeles, CA: Sage).
- Nestmann, F. (2008). Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. *Beratung Aktuell*, 9(2), 72–96. Verfügbar unter: <http://www.beratung-aktuell.de/Zukunft%20oder%20Beratung.pdf> [12. 4. 2016].
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press.
- O’Leary, C. J. (1999). *Counselling couples and families. A person-centred approach*. London: Sage.
- O’Leary, C. J. (2012). *The practice of person-centered couple and family therapy*. London: Palgrave Macmillan.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., text rev.; pp. 307–389). New York: Wiley & Sons.
- Pascual-Leone, J. (1991). Emotions, development, and psychotherapy: A dialectical-constructivist perspective. In J. D. Safran & L. S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp. 302–335). New York: Guilford.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. (2013). Psychosoziale Beratung als Antwort auf aktuelle Entwicklungen. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personenzentrierter Beratung* (S. 164–174). Weinheim: Beltz Juventa.
- Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.). (2013). *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg: Lambertus.
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Rogers, C. R. (1949b). A coordinated research in psychotherapy: A non-objective introduction. *Journal of Consulting Psychology*, 13(3), 149–153.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–251). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1963/1974). The concept of the fully functioning person. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1(1), 17–26 [Dt.: 1974: Das Ziel: Die sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit. In C. R. Rogers, *Lernen in Freiheit* (S. 268–286). München: Kösel].
- Rogers, C. R. (1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-centered therapy*. München: Kindler (Original erschienen 1951a: Client-centered

- therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1981). *Der neue Mensch* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften). Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1980a: A way of being, Boston, MA: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, New York: McGraw-Hill, S. 184–256).
- Rogers, C. R. (1992). *Die nicht-direktive Beratung* (Reihe: Geist und Psyche; 10.–11. Tsd. d. ungek. Ausg.). Frankfurt: Fischer (Original erschienen 1942a: Counseling and psychotherapy, Boston, MA: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R., Cornelius White, J. H. D. & Cornelius White, C. F. (2005). Reminiscing and predicting: Rogers's beyond words speech and commentary. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(3), 383–396 (Vortrag von 1986).
- Sanders, P. (2007). Schizophrenia is not an illness. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6(2), 112–128.
- Sanders, P. (Ed.). (2012). *The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (2nd ed., text rev.). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schipper, M. (2015). Positive Psychologie. In M. Galliker & U. Wolfradt (Hrsg.), *Kompendium psychologischer Theorien* (S. 350–352). Berlin: Suhrkamp.
- Schleiermacher, F. D. E. (1977). *Hermeneutik und Kritik*. Frankfurt: Suhrkamp (Original erschienen 1838).
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1996). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch, Bd. 2: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1999). Person-Centered Essentials – Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personenzentrierter Ansätze in der Psychotherapie. *Person*, 3(2), 139–141.
- Schmid, P. F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personenzentrierter Therapie. In J. Kriz & T. Slu-necko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (Reihe: Psychotherapie – Ansätze und Akzente, Bd. 2; S. 34–48). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2008). Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Personenzentrierten Ansatzes. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 39(3), 124–130.
- Schmid, P. F. (2013). The most personal ist the most political. Der Therapeut als Politiker – Eine Analyse, ein personenzentriertes Plädoyer und eine Konflikthanzeige. *Person*, 17(1), 47–59.
- Schmidtchen, S. (1999). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* (5., unveränd. Aufl. nach d. 4., neu ausgest. Aufl. v. 1996). Weinheim: Beltz.
- Snijders, H. & Lietaer, G. (2014). Gruppenpsychotherapie. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 187–199). Wien: Springer.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1998). Psychopathology according to the differential incongruence model. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 410–427). New York: Guilford.
- Speierer, G.-W. (2013). Die Differenzierung der Inkongruenz als Ansatzpunkt von Beratung. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personenzentrierter Beratung* (S. 80–97). Weinheim: Beltz Juventa.
- Standal, S. W. (1954). *The need for positive regard: A contribution to client-centered theory*. Dissertation. Chicago, IL: University of Chicago, Department of Psychology.
- Stumm, G. (2010). Die Aktualisierungstendenz: eine Synopse in Thesen. *Person*, 14(2), 135–138.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2014). Theoretische Grundlagen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 3–14). Wien: Springer.
- Teusch, L. (2014). Angst- und Zwangsstörungen. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 215–226). Wien: Springer.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Warner, M. S. (2013). Difficult client process. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & A. C. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centered psychotherapy & counselling* (2nd ed., text rev.; pp. 343–356). Basingstoke: Palgrave.
- Weinberger, S. (2005). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung* (Reihe: Edition Sozial; 2., überarb. u. erg. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4; S. 52–67). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wilkinson, R. G. & Pickett, K. (2010). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind* (3., erw. Aufl.). Berlin: Tolke-mitt bei Zweitausendeins (Original erschienen 2009: The spirit level: Why equality is better for everyone, London: Lane).
- World Health Organization (WHO) (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new perspectives, new hope*. Genf: WHO. Verfügbar unter: www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [12. 4. 2016].
- Ziebertz, T. (2008). Hypothesen zu einer personenzentrierten Theorie der Familie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 39(2), 79–85. Verfügbar unter: <https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/GPB2-2008-ziebertz.pdf> [12. 4. 2016].

Person-Zentriert

Zur Personierung der Existenz – eine „Außensicht“

Alfried Längle
Wien, Österreich

Der Schlüssel zur Existenz wird in der Existenzanalyse und dem Personzentrierten Ansatz in der Aktivierung der Person gesehen. Darum ist ein Vorgehen, das die Ressourcen der Person anspricht und zu mobilisieren versucht, grundlegend für jede Psychotherapie. – Es werden die dynamischen Grund-Aktivitäten der Person beleuchtet (sehend – integrierend – belegend), dann die Voraussetzungen der Ich-Bildung beschrieben (Beachtung – Empathie – Stellungnahme). Im Wechselspiel mit dem Ich kann die Person aktuell und in der Existenz wirksam werden. Im Tiefsten schwingt die Person jedoch in einer spirituellen Tiefe mit dem Sein und dem Leben – um dann dank des Ichs zu einem inneren Gegenüber zu werden. – Eine Aktivierung der Person kann nur erfolgen, wenn sie an diesen Eigenschaften der Person und dem Wechselspiel mit dem Ich ansetzt. – So kann der Mensch über das Person-Sein zum Wesen des Lebens gelangen: zur Seins-Berührung, in der der personale Sinn der Existenz aufgeht.

Schlüsselwörter: Person, Ressourcen, Existenz, Aktualisierung, Spiritualität

The actualization of the person. Existential analytical contributions to the personization of existence. In Existential Analysis and Person Centered Psychotherapy the key to existence is seen in the activation of the person. A procedure addressing and seeking to mobilize the resources of the person is therefore essential in every psychotherapy. — The dynamic basic activities of the person are illuminated (seeing — integrating — encountering), and subsequently the prerequisites for the development of the self are described (attention — empathy — taking position). In interaction with the self, the person can become effective in presence and in existence. Deep down however, the person resonates in a spiritual depth with being and life — subsequently becoming an inner counterpart due to the self. An activation of the person can solely follow, when originating from the characteristics of the person and the interplay with the self. This is how the human being can attain, via personhood, the essence of life: come into contact with being, in which the personal meaning of existence unfolds.

Keywords: person, resources, existence, actualization, spirituality

Auf der Suche ...

Man könnte Therapie im humanistischen Kontext zusammenfassend auch so beschreiben: Es geht darum, die Person aufzusuchen und ihr zum Durchbruch zu verhelfen. Diese Beschreibung ist zwar prägnant, aber ob ihrer Kürze schwer verständlich. Denn sie setzt ein Wissen um die Person voraus und wie man sie praktisch erreichen kann. Davon kann man jedoch nicht immer ausgehen. Der Fokus auf das Verständnis der Person findet sich in der Psychotherapie vor allem in den humanistisch

geprägten Vorgangsweisen. Auf diesen mit dem Mensch-Sein untrennbar verbundenen Aspekt haben sich insbesondere Carl Rogers (1961a; Rogers & Stevens, 1967) und Eugene Gendlin (z. B. 1997) bezogen, aber auch für Viktor Frankl (z. B. 1990) ist er von großer Bedeutung. Im Bewusstsein dieses breiten Fundaments wird dieses grundlegende Konzept der Person hier erneut gedacht, formuliert und an mancher Stelle auch weiterentwickelt, mit dem Ziel, für die Praxis neue Zugänge zu entwickeln.

Im Sinne der Grundlagentheorie für eine Praktikabilität wird hier von der „Aktualisierung der Person“ gesprochen. Dieser Begriff kann in einer ersten Annäherung so verstanden werden, dass die Person „aktuell“ werden soll, und zwar durchaus im umgangssprachlichen Sinne: gegenwärtig, frisch, neu, am Puls des Geschehens stehend. Ein genaueres Verständnis des Begriffs bringt Aktualität mit „Akt“ zusammen, also mit der Handlung. Wenn nun der Mensch in seinem Handeln wesensmäßig zum Vorschein kommt, ist in ihm die Person das

Dr. med., Dr. phil., Hon.-Prof., DDr. h.c. Alfried Längle, geb. 1951, , Arzt für Allgemeinmedizin, Klin. Psychologe, Psychotherapeut, Präsident der Intern. Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse; a.o. Prof. an der HSE Univ. Moskau, Univ.-Doz. an der Uni Klagenfurt, Gastprofessor an der Sigmund-Freud-Univ. in Wien. alfried.laengle@existenzanalyse.org
Korrespondenzadresse: PD DDr. Alfried Längle, 1150 Wien, Eduard-Sueß-Gasse 10

„Aktzentrum“ (Scheler, 1928/1978, S. 38). Die Handlung wird zur aktuellen Vergegenwärtigung der Person. Aber wie kann die Person aktuell werden? In den humanistischen Verfahren ist es ein Ziel, dass unsere Person zum Vorschein und Ausdruck kommen kann. Wir sollen als Personen erstehen, erwachsen, erstarken, uns selbst als Person und die Person anderer entdecken, antreffen, sehen, wertschätzen. Als Person soll der Mensch zur Entfaltung kommen. In der Existenzanalyse spricht man in diesem Zusammenhang auch von der „*Personierung der Existenz*“.

Das Gesicht der Person sehen heißt, ihr in die Augen sehen, sie sehen – wodurch sie auch selbst „sehender“ wird. Die Person sehen entfacht also sozusagen ihr eigenes Sehen. Im Anblick des anderen – und im gleichzeitigen Anblick von sich selbst – entsteht das Feld für den Dialog zwischen den Personen. Dieses Wechselspiel umreißt den Rahmen, in dem die Aktualisierung der Person stattfindet. Wenn wir dabei von Person sprechen, meinen wir das *Echte* im Menschen, das Tiefe, Authentische, das Eigentliche, das wahre Selbst. Nicht die Maske ist gemeint (Rogers, 1980a; Wurmser, 1981/1993), nicht die Rolle, nicht die Funktion, nicht das Gespielte, nicht das Oberflächliche, sondern das Ursprüngliche, das unmittelbare, unpräntöse Angesprochen-Sein in der Tiefe, im Herzen, in der Intimität. Dieser Tiefe sprechen wir eine heilende Kraft zu – denn wer so im Einklang mit sich selber in seinem Grunde ist, regt im anderen Menschen dasselbe spiegelbildlich an. Die Person ins Gespräch einzubringen und sie in den Klientinnen und Klienten zu wecken, ist daher von zentraler therapeutischer Relevanz.

Die Person – das Wesen des Menschen

Wenn man sich an die Person richtet, so geschieht das üblicherweise, indem man sie anspricht und sie ansieht – dem Menschen also ins Gesicht blickt. Dieses „Du“ – und in einem selbst das „Ich“ – meint eine tiefe, intime Innerlichkeit, die dem jeweiligen Menschen alleine gehört und aus der heraus er seine Entscheidungen authentisch und verantwortlich treffen kann und trifft. In dieser Tiefe stehend kann er den fragenden, auch prüfenden Blick des anderen ertragen, wenn er empfindet, dass er sich sieht und dabei empfindet, dass er mit sich selbst im Reinen ist. Die Person hat sozusagen ein inneres „*Gesicht*“. Dies ist auch im Außen sichtbar – sie kann es auch vor anderen „verlieren“. Diese Fähigkeit nennen wir Person (Spaemann, 1996). Weil sie den Menschen im Inneren ausmacht, erhält er durch sie *Würde*. Ein Gesicht zu haben heißt zweierlei: *sichtbar zu sein*, gesehen zu werden; die Person erscheint mit ihrem Gesicht – aber sie ist *selbst* auch *sehend*, sieht das Wesen des anderen, wenn sie die anderen „zu Gesicht“ bekommt.

Die Person ist aber nicht identisch mit dem „Ich“. In der Existenzanalyse z. B. unterscheidet man zwischen Person und Ich, sie haben unterschiedliche Perspektiven und Aufgaben. Während die Person auf das Erschauen des Wesentlichen gerichtet ist, fällt dem Ich die Aufgabe zu, einen Willen hervorzubringen und machbare Entscheidungen zu treffen, die alle anstehenden Kräfte und Dynamiken im Innen und Außen zu berücksichtigen hat. Wenn wir die Person als das Wesen des Menschen ansehen, dann hat diese Differenzierung zur Folge, dass das Ich per se nicht die letzte Instanz des Menschen sein kann. Das kann sich z. B. „unpersönlich“ verhalten. Ist das Ich zu wenig wesentlich (personal oder persönlich), wird es auch egoistisch oder unverschämt. Dann ist das Ich funktional gesteuert oder psychodynamisch getrieben, in moralischer Hinsicht kann daraus Schuld entstehen. Das hat Folgen – es ist für die anderen der Umgang mit ihm schwierig, aber auch für ihn selbst entsteht ein leeres, unerfülltes Leben. Auch hier jedoch ist es nicht die Person, die schuldig wird, sondern das Ich, das nicht auf die Person Bezug nimmt, nicht auf sie hört (vgl. Arendt, 1964). Wesentlich wird das Ich dann, wenn es auf die Person Bezug nimmt, d. h., wenn es der Person den inneren Raum verschafft, sodass sie durch das Ich hindurch in Erscheinung treten kann. Dann verhält sich das Ich persönlich, und von außen wird das Ich als zugänglich in seinem Handeln erlebt.

Die Person, das „Wesen des Menschen“ – also der Mensch in seiner Tiefe und Würde – ist jedoch keine feste Substanz, es ist vielmehr eine reine Fähigkeit, ein Potenzial: die *Fähigkeit zur Resonanz mit dem eigenen Sein* (vgl. auch Fuchs, 2010). Diese spiegelt sich im subjektiven Erleben im Gefühl der inneren *Stimmigkeit*. Stimmigkeit ist ein Erleben von ganzheitlicher Konkordanz, von Einheit, von Beisammensein und Zusammengehören. Als Person ist der Mensch immer seiner inneren Resonanz ausgesetzt, immer kann ein Spüren und ein wohlmeinendes Sprechen aufkommen, beim Hören von Musik, im Gespräch, auf dem Spaziergang, in der Stille, selbst in der Belastung kann man innerlich spüren, ob es noch stimmig ist oder längst nicht mehr. Die Person hat keine andere Aufgabe, als den *wesentlichen* Bezug herzustellen zu allem, worin sich der Mensch befindet. Sie ist keinem subjektiven Zweck untergeordnet, sie ist bis in die Wurzeln hinein frei.

Die Aufgabe der Person lässt sich daher einfach umreißen: „Die Person darf einfach sein.“ Das *Ich* hingegen fasst sich im Willen, in der Handlungsbereitschaft, nicht im bloßen Sein. Es ist das Ich, das „will“, das entscheidet. Das Ich stimmt seine Fähigkeiten mit den äußeren Möglichkeiten ab, wählt den Wert aus, veranlasst die Handlung. Es ist die *Integrationsfläche der inneren und äußeren Ansprüche* im Hinblick auf das Handeln (Längle, 2007, 2012). „Das Ich muss handeln“, seine Aufgabe besteht in der praktischen Gestaltung der Existenz. Geschieht

dies in Abstimmung mit dem eigenen, gefühlten Person-Sein (vgl. auch Gendlin, 1997), dann ist der Mensch wirklich er selbst. Damit bindet das Ich den Menschen in die Welt ein, knüpft an die gegebene innere und äußere Realität an, versucht sich darin zurechtfinden: das Dasein zu sichern, es zu vermehren, zu gestalten, aufgehen zu lassen in größeren Kontexten, entsprechend den vier Grundbedingungen der Existenz (Längle, 1999b, 2008). Geschieht dies mit innerer Zustimmung der Person, lebt der Mensch ganzheitlich. Dann ist er wirklich er selbst. Die Person hingegen ist die Tiefe. Sie handelt nicht. Sie stellt aus dem eigenen Sein ein Potenzial dar, das aus der Freiheit der Seins-Schwingung dem eigenen Ich und dem anderen gegenübertritt und Begegnung sucht.

Das Verhältnis von Ich und Person: das innere Gespräch

Person und Ich schauen mit verschiedenen Perspektiven in die Welt. Durch die unterschiedlichen Aufgaben decken sich das, was die Person wahrnimmt und was das Ich sagt, nicht notwendigerweise. Was die Person als „richtig“ und „stimmig“ ansieht, kann das Ich keineswegs immer leicht umsetzen. Diese Differenz zwischen „richtig und praktisch umsetzbar“, diesen urhumanen Zwiespalt zwischen „ideal und real“ kennt jeder Mensch, schon allein, wenn man an das Essen denkt, dem man nicht widerstehen kann, obwohl man schon satt ist oder gar abnehmen will. Für ein ganzheitliches Sein haben sie sich daher miteinander abzustimmen. Das bedeutet, dass sich das Ich und die Person ganz ursprünglich und notgedrungen in einem ständigen *inneren Gesprächsmodus* befinden. Auf der einen Seite wird *das* laut, was als Resonanz aus der Person auftaucht, und auf der anderen Seite steht das Ich mit seinen Überlegungen und Erfahrungen, gebunden an seine Kräfte, Triebe und Gefühlszustände, und antwortet der Person – oder übergeht sie einfach.

Ich und Person treffen aber nicht nur im Gespräch aufeinander, sondern sind auch ständig miteinander verwoben. So ist ein weiteres Charakteristikum des *Ichs*, dass es *leiblich* ist. Dank seiner Leiblichkeit bildet das Ich eine Brücke zur Welt für die Person. Dem Ich kommt damit eine Mittelstellung zu zwischen der „idealistischen“ Person einerseits und „humaner, praktischer Realität“ andererseits. Diese Realität ist geprägt von Fähigkeiten, Geschicklichkeit, Planung, Vitalität, Erfahrung usw. Das Ich denkt, hat Bewusstsein, Triebe, Bedürfnisse – ist eine leiblich-psychisch-geistige Funktionsgröße. Das Ich muss über seine Fähigkeiten verfügen können, um handeln zu können. Anders gesagt: das Ich muss sich also „haben“, muss sich instrumentalisieren können, d. h. denken können, etwas planen, umsetzen, seine Gefühle kontrollieren können – nur auf dieser Grundlage wird sein Tun ein gestaltetes, ich-haftes Handeln.

Ich-Sein bedeutet daher im Lichte der Anthropologie sowohl, ein Körper zu *sein*, als auch, einen Körper zu *haben*, sowohl, ein Gefühl zu sein, als auch, ein Gefühl zu haben, sowohl, eine Kognition zu sein, als auch, eine Kognition zu haben.

Die *Person* ist hingegen nicht körperlich greifbar, sondern *geistiges Sein*: ist „Wesen“, Geist, Kraft, Wort, logos, memra – die ursprüngliche aramäische Bedeutung von memra und des ins Griechisch übersetzten logos nimmt auf eine innere Bewegung des Lautwerdens Bezug (Längle, 2013a). Person ist das innere Wesen, das durch alle Eindrücke, Erfahrungen und Situationen hindurch jeweils zum Ich spricht (ausführlich in Längle, 2007). Person ist die *innere Resonanz mit dem eigenen Ursprung*, Resonanz aus der Berührung mit dem, was in einem gerade am Werden ist. In diesem Licht erscheint das Person-Sein als *Empfänglich-Sein* dank des eigenen Seins und Lebens. In der Ganzheitlichkeit des Menschen ist die Person als *Schwingung mit dem eigenen Sein* stets zugegen. Weil sie alles durchwest, erleben wir den Körper als Sein *und* als Haben. Darum können wir sagen, dass die Person stets da ist, und auch in allen anthropologischen Dimensionen enthalten ist, wenngleich sie nur in der tiefen inneren Resonanz, in dieser Intimität des Mit-sich-Seins ursprünglich ist, d. h., unvermittelt erlebt werden kann. Aber es haben alle funktionalen Bereiche des Menschen Anteil an der Person und zugleich am Ich: der Körper, die Psyche, die Kognition.

Die Notwendigkeit von Struktur und Prozess

Person und Ich bedienen sich aufgrund ihrer Beschaffenheit und Aufgaben unterschiedlicher *Mittel*, um sich aktualisieren und zum Einsatz bringen zu können. Da die Person keine Substanz hat, besteht sie aus einem dynamischen Fließen von Schwingungen. Das Ich hingegen ist körperlich, psychisch und geistig begründet und erfahrungsgeprägt. Das Zusammenspiel von Person und Ich verlangt ein Ineinandergreifen von *Prozessen* auf Basis und mithilfe von *Strukturen* (vgl. Kolbe, 2014).

Konkret heißt das: Das *Ich* benötigt Strukturen, die ihm eine Festigkeit geben. Es braucht eine Verankerung in seiner Welt und die Verbundenheit mit der eigenen Leiblichkeit, einen Bezug zu seinem Leben und Beziehung zu anderen, ein sich selbst Entgegenreten und ein Begegnen von anderen und schließlich einen Entwurf auf Zukunft hin, um nicht ins Leere zu fallen. Das Ich hat ein Bewusstsein und operiert mit ihm, aber es arbeitet auch unbewusst aus dem Erleben und intuitiv aus dem Spüren sowie aus der Psychodynamik und dem Körpergefühl. Diese vielfältige und komplexe Begründung des Ichs wird in der Existenzanalyse mit „*personal-existenziellen Grundmotivationen*“ beschrieben (Längle, 1999a, b, 2008, 2013b). Dank dieser existenziellen Grundbedingungen entsteht ein offener,

dialogisch gehaltener konstanter Bezug zu den Voraussetzungen des Daseins, wodurch sich das Ich selbst realisieren kann.

Die *Person* besteht dagegen nicht aus der Festigkeit der Struktur, sondern aus einer Offenheit, Freiheit und Dynamik, die sich nicht anders realisieren kann als in Form eines *Prozesses*. Um auf diese Fähigkeit des Menschen zurückgreifen zu können und sie in der Praxis besser und systematisch einsetzen zu können, wurde z. B. die Personale Existenzanalyse als umgreifender Rahmen mit methodischen Unterschritten entwickelt (Längle, 2000). Damit soll es ermöglicht werden, das subjektiv Erlebte zu „durchgeistigen“, d. h., mit dem eigenen Wesen in Verbindung zu bringen (zu „personieren“). Gelingt es, die Person in diesen Prozess zu bringen, kann die Person im jeweils konkret Erlebten zum Vorschein kommen. Damit können Erlebnisse internalisiert und verarbeitet werden. Dieser Prozess geschieht ohnehin spontan und zumeist unbewusst immer dann, wenn der Mensch in Abstimmung mit sich lebt. Im Falle einer Blockade, Überforderung, eines Übergehens oder mangelhaften Vorankommens des Prozesses kann er aber bewusst vom eigenen Ich in Gang gebracht werden z. B. durch Besinnung, Reflexion, Gespräch mit sich und anderen, oder er kann auch von außen durch das Gespräch angestoßen werden. Darum ist dieser Vorgang zentral in der Psychotherapie und Beratung. Nach einem solchen personalen Verarbeitungsprozess kann sich das Ich wieder besser mit „sich selbst“, also mit der eigenen Person in Abstimmung bringen. Methodisch betrachtet sind zur Aktivierung der Person daher beide notwendig: der Bezug auf die *Struktur* der Existenz, die das Ich formiert und damit den Boden abgibt für die ständig stattfindende *Prozessabfolge* der Personierung in jeder Situation. In der Existenzanalyse z. B. wird von einem Wechselspiel zwischen den (verankerten) Grundmotivationen und der (prozesshaften) Personalen Existenzanalyse gesprochen, wodurch Ich und Person miteinander in Verbindung kommen und in Resonanz miteinander bleiben können. Darauf soll im Folgenden kurz eingegangen werden (vgl. dazu ausführlich Längle, 2000, 2008, 2013b).

Grundaktivitäten der Person und Aktivierung über die Begegnung

Die Person hat eine starke Eigenschaft: Sie sucht die *Präsenz*, sie will *Gegen-Wart*. Denn nur im Gegen-wärtig-Sein ist sie aktiviert, nur anhand eines Gegenübers kommt sie in Resonanz. Der Mensch empfindet Schmerz, wenn die Person nicht die Möglichkeit bekommt, sich einzufinden. Aus dem, wie die Person beschaffen ist, von ihrem Wesen her also ist die Person *akthaft* (Scheler, 1928/1978, 1916/1980, S. 382ff.; Vetter, 2004, S. 14; Rogers, 1961a/1988, S. 340). Ihre Veranlagung zur Akthaftigkeit kommt vor allem dadurch zum Ausdruck, dass die

Person immer *um Gegenwärtigkeit bemüht* ist. Durch diese ihre Wesensart kommen der Person drei spezifische Eigenschaften zu. Sie ist dank ihrem Streben nach Gegenwärtigkeit *sehend* – im Sinne von „geistig schauend“. Die Person hat eine „angeborene“, genauer gesagt: wesenseigene Fähigkeit zur phänomenologischen Schau, zum tieferen Sehen, das nicht an der Oberfläche hängen bleibt, sondern zum Wesen, zum eigentlichen Sein durchblicken kann. Denn ihr Blick kommt aus ihrer inneren Resonanzfähigkeit und bezieht das Äußere jeweils auf ihr Inneres. Sie sieht so das Wesen der Dinge, eben das, was sie eigentlich sind, und sieht sie, weil sie im eigenen Wesen sich spiegeln – und sieht umgekehrt ihr eigenes Wesen in ihnen gespiegelt. So findet sich die Person in der Resonanz mit dem Wesen des anderen, aber auch im Gegenüber zum eigenen Ich.

Die Person ist jedoch auch zweitens *integrierend*, d. h. fähig, zu ihr Gehörendes zu erkennen und dem Ich zur Integration anheim zu legen, bzw. sich von dem zu trennen (z. B. bereuen), was nicht zu ihr gehört. Wenn etwas als wesentlich und damit zu einem selbst gehörend empfunden wird, kann sich die Person so vor sich selbst und anderen sehen lassen (Gewissen!). – Und drittens ist die Person *begegnend*: Sie will beim anderen „vor-kommen“ und mit dem Wesen des anderen in geistige Berührung kommen. Denn darin besteht das Herzstück des Dialogs: das Zusammengehörende zu finden in der Unterschiedlichkeit, das „geistige Band“ zu knüpfen zwischen dem Eigenen und dem Anderen.

Die innere Form dessen, was im Außen die Begegnung ist, ist das *innere Gespräch*. Es ist nicht eigentlich *Dialog*, nicht wirklich Wechselrede mit einem anderen. Im inneren Gespräch spricht man mit sich. Es erfüllt daher eine ganz wesentliche Charakteristik des Dialogs nicht, weil die Bereicherung durch das Wesen des Anderen und die grundsätzliche Überraschbarkeit durch die in der Freiheit beruhende Rede des anderen fehlt (Buber, 1929/1974). Dennoch hat das innere Gespräch viele Ähnlichkeiten mit dem äußeren Dialog, sodass man durchaus den Begriff im Sinne eines Analogiebegriffs auch für das innere Gespräch verwenden kann. Denn der Mensch ist von der Andersartigkeit der Welt angesteckt und trägt unterschiedliche Strebungen in sich, obwohl er eine Einheit darstellt, ja kann sogar unterschiedliche und sich widersprechende „An“-Teile in sich tragen. Daher muss sich der Mensch auch immer wieder selbst finden im Gegenüber der Welt und in den verschiedenen Welt- und Selbstbezügen, in denen man sich durchaus auch fremd werden kann.

Durch diese Akthaftigkeit des inneren Zeugens, Sprechens, Resonanz-Habens hebt sich der Mensch aus der Stufe des bloßen Vorhandenseins oder rein vitalen Lebens auf die *Ebene der Existenz*. Sie ist getragen, „gezeugt“ von der Person. Nicht ein passives Vorhandensein kennzeichnet den Menschen – sondern erlebend, abwägend, immer von Stimmigkeit oder

Unstimmigkeit begleitet (Person!), „existiert“ der Mensch. Um dieser Akthaftigkeit der Person adäquat begegnen zu können, braucht es im therapeutischen Rahmen eine „*teilnehmende Präsenz*“ der Therapeutinnen und Therapeuten als Grundhaltung – und ihre mutige Offenheit, sich selbst betreffen zu lassen, wodurch die Akthaftigkeit der Person in den Klientinnen und Klienten geweckt, gestärkt, verstärkt und überformt werden kann. Die von Carl Rogers (1957a) beschriebenen Grundvariablen bedingungslose Wertschätzung (unconditional positive regard), Empathie (accurate empathy) und Echtheit (genuineness/authenticity, auch Kongruenz) gelten heute gemeinhin als hinreichende oder zumindest unzweifelhaft förderliche Faktoren für eine gelingende Psychotherapie (Rogers, 1957a, 1961a; für einen Überblick: Bergin & Garfield, 1971; Grawe et al., 1994, S. 140). Sauer (1993) verwies zu Recht darauf, dass diese Grundvariablen nicht als isolierte Faktoren wirksam sind, sondern vor allem in ihrer Integration. Schon Rogers (1986h/1991, S. 241) sprach von einem „way of being“ und nicht von Variablen oder gar Methoden. Nach Rogers sind noch drei weitere Faktoren für die Gesamtheit der Therapie-Effizienz zu beachten (Kriz, 2001, S. 177). Dies unterstreicht den nicht-technischen Charakter der personalen „Faktoren“, die eigentlich eine ganzheitliche Haltung darstellen (Kriz & Längle, 2012).

Die Aktivierung der Person über das Ich

Die Person ist allerdings praktisch am besten erreichbar über das Ich. Die Person erscheint immer als ich-haft. Das *Ich* ist der *wichtigste Vermittler der Person*. Das Ich besteht jedoch nicht für sich allein, ist keine abgekapselte Monade, sondern ist über Grundmotivationen „*existenziell verankert*“, atmend verbunden mit der Welt und eins mit dem Körper, mit „*Leib und Leben*“, selbstreflektierend und begegnend sich selbst und anderen gegeben sowie bezogen auf seine Kontexte sowie auf Zukünftiges (Längle, 1999b, 2008, 2013 b). Durch diese existenziellen Strukturen kann sich das Ich im Sein, im Leben, in der Gemeinschaft und im Werdensprozess verankern. Das Ich braucht daher Erfahrungen, die Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit, das Finden der für es gültigen Wahrheit; die Wärme der Beziehung; die Begegnung mit dem Du; das Sich-Finden im größeren Ganzen, in welchem es wachsen und werden kann. – Diese Basis des Ichs ist darum auch Voraussetzung zur Mobilisierung der Person.

Für die spezielle Aufgabe des Ichs, *Zugang zum eigenen Person-Sein* zu finden, also um authentisch zu sein und nicht nur irgendwie zu reagieren und sein Leben über die Bühne zu bringen, braucht das Ich notwendigerweise die personale Erfahrung der Begegnung mit anderen Personen. Die Essenz der Begegnung besteht im Erleben von drei Erfahrungen, die

für das personbezogene Ich die Grundlage seiner Aktivität abgibt: die Erfahrung von *Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung*. Diese spezifisch personalen Aktivitäten des Ichs erschließen den *Zugang zur inneren Resonanzfähigkeit* (also den Zugang zur Person) und bringen sie in die Gegenwart, wodurch die Person das Ich nicht mehr nur durchwirkt, sondern das Ich auch aktiv die Fähigkeiten der Person fokussieren und einsetzen kann. Damit ist eine große Erweiterung des Handlungsrepertoires des Ichs verbunden. Und umgekehrt: Die Person braucht das Ich, um ganz in Erscheinung treten zu können. Natürlich ist Persönlichkeit auch ohne das ich-hafte Erleben im Menschen zugegen: körperlich, psychisch, kognitiv, im Handeln – der Mensch ist nie ohne zumindest eine Spur Persönlichkeit, die sich in den unterschiedlichen Dimensionen des Mensch-Seins ausdrückt (vgl. dazu auch das analoge Verständnis von Merleau-Ponty der Geistigkeit bei Sexualität: 1945/1972, S. 183ff.; Kovacs, 1982; Längle, 2011b). Es versteht sich daher von selbst, dass die Person ein aktionsfähiges, intaktes Ich braucht, damit sie das Ich durchwirken kann. Ein solches Ich ist gleichsam porös für die Resonanzen der Person, wird von ihnen „*durchklungen*“ (per-sonat), verklammert sich nicht in psychodynamischen Copingreaktionen und ist nicht in einseitigen Anforderungen fixiert. So kann sich das Ich von sich aus (selbstgestaltend) auf die eigene Person beziehen und sich aktiv mit ihr abstimmen, wenn seine Funktionen ausgebildet sind. Fehlten dem Ich zur Ausbildung seiner Funktionen ausreichend (gute) Begegnung mit anderen Personen, dann stellen Therapie, Beratung und Coachings (Längle & Bürgi, 2014) eine wichtige Möglichkeit dar, das Ausstehende nachzuholen. Darum ist Begegnung implizit oder explizit ein zentraler Wirkfaktor der Psychotherapie (vgl. z. B. Eberwein & Thielen, 2014).

Wenn wir diese Aufgabe des Ichs für die Praxis konkretisieren, dann bedeutet das, dass zur Mobilisierung der Person und ihrer Potenziale vonseiten der Professionellen in Therapie, Beratung und Coaching die *Beachtung, Empathie und Begegnung* bzw. *Stellungnahme* besonders zu beachten sind. In der Personalen Existenzanalyse gehen Therapeutinnen und Therapeuten das Erleben der Patientinnen bzw. Patienten mit dem eigenen Erleben mit durch, lassen es auf sich wirken und schauen, was die Person in ihnen dazu „*sagt*“, bis hin zu den Reaktionen des Körpers, der Psyche und der Gedanken. Therapeutinnen und Therapeuten sind daher beachtend und empathisch zugegen und geben *Stellungnahmen* zu dem, was die Patientinnen und Patienten entwickeln. Im Prozess sind die *Stellungnahmen* oftmals erst *Anfragen* oder *Ergänzungen*, jeder Schritt aber schließt mit einer *Bestätigung* und mit *Verstehen* ab. Damit kommt in jedem Schritt eine *Wertschätzung* für das von den Patientinnen bzw. Patienten Gehobene zum Ausdruck (vgl. dazu Längle, 1993, 1999a, 2000).

Das Hereinkommen der Person – Resonanz und inneres Gespräch

Die Person ist durch und durch *phänomenologisch*. Das heißt mit anderen Worten: Das Wesen des Menschen – er als Person also – steht in Empfang für das Wesen des *anderen* Menschen bzw. das Wesentliche einer Situation oder Handlung. Einfacher gesagt: Ist der Mensch wesentlich, so ist er „in einer Wellenlänge“ mit dem Wesen des anderen (bzw. dem Wesentlichen der Situation). Das verändert natürlich den Charakter des Gesprächs. Bin ich beispielsweise als Person zugegen und aktiviert, so bin ich offen – eben sehend, hörend, schauend zugegen. Ich versuche, in Resonanz zu kommen mit dem, was der/die andere meint und worum es ihm/ihr eigentlich geht, will es erspüren und mich darauf beziehen. Bin ich weniger personal zugegen, dann bin ich z. B. mehr mit eigenen Interessen befasst, versuche Recht zu bekommen, mich zu schützen, eine Allianz mit jemandem aufzubauen usw. Oft geht es in Gesprächen so zu, und dann kommt es zur Diskussion, zur Unterhaltung und Lachen oder zum Streit, und das mag auch gut sein. Im personalen Bezug aber kann ein *Dialog* entstehen. Ist es Dialog, so herrscht eine andere Atmosphäre: Es ist eine Stille zugegen, es besteht ein intimer Charakter. Dann kommt uns die Person vor allem mit ihrem Ge-Sicht entgegen.

Die Person hat ein *Ant-Litz*, mit dem sie uns „entgegen-schaut“ (ant- bedeutet entgegen). Was uns da entgegenblickt, ist keine Substanz, kein Gegenstand, der festgehalten werden könnte. Es ist eine Offenheit, in deren Mitte innere Resonanz ist, Wirkung, Potenzial. Man kann es manchmal sehen z. B. als Glanz im Auge. Es kann nicht anders gesehen werden als anhand des eigenen Wesens – eben phänomenologisch, indem man es vorurteilsfrei und offen auf sich wirken lässt. Um eine Person zu Gesicht zu bekommen (oder auch, um sich zu Gesicht zu bekommen), braucht es eine Bereitschaft und Fähigkeit des Auf-sich-wirken-lassen-Könnens. Nur eine Haltung, die selbst wesentlich ist, die bereit ist, das eigene Wesen der Wahrnehmung zur Verfügung zu stellen, ist der Person würdig, entspricht ihr und lässt sie uns auch antreffen. Die Person kann auf dieser Basis andere Personen sehen, verstehen, mitfühlen, wertschätzen. Diese Fähigkeit, tief zu sehen, kann die Person aber auch ausüben im Schauen auf die Struktur der Existenz.

Der phänomenologische Blick erschließt ihr das *Dasein bis in seinen Wesensgrund*. Auch das wird als Glück erlebt, wenn wir staunend berührt sind von der Schönheit einer Blüte, eines Sonnenuntergangs, vom Ausdruck eines Blickes, von einer Musik – es handelt sich dabei um ein Angerührt-Werden als Person. Plötzlich oder langsam ahnend „durchblickt“ man das Vordergründige und sieht in die Tiefe des Seins. Das kann in der Stille sein oder angehalten durch ein Leid, durch eine schöne Erfahrung oder gänzlich überraschend jederzeit. Durch sein

Person-Sein sind dem Menschen intuitiv die Dimensionen der Existenz bis in ihren Grund hinein ahnend und spürend zugänglich (Längle, 2011a).

Als Person kommt der Mensch in Resonanz mit den tiefen und tiefsten Strukturen der Existenz und entnimmt ihr – dank ihrer wesensmäßigen phänomenologischen Kapazität – einen phänomenalen Gehalt, der zumeist nicht bewusst ist, aber gefühlt wird. Fehlt dieser gespürte Zugang zu diesen tiefen Strukturen kommt es zu irrationalen Verunsicherungen, Belastungsgefühlen, Selbstentfremdung und Empfinden einer Absurdität der Existenz. Die Person ist aber nicht nur sehend und hat ein Ant-Litz, sondern sie ist auch *sprechend* und gibt „*Ant-Wort*“ (Längle, 1993, 2000), spricht gleichermaßen nach innen (im inneren Gespräch zum Ich) wie nach außen (im Dialog mit dem Du).

Grundlage für das Person-Sein und die innere Erfüllung ist das *innere Gespräch*, in welchem die Person nicht nur vor sich selbst gleichsam sichtbar wird, sondern auch Gehör beim Ich erhält. Auf was sich das bezieht, was da laut wird in mir, in uns, ist die *Resonanz mit dem Wesensgehalt des Daseins* und seiner uns übersteigenden, unfasslichen Größe. Sie wird nicht nur erkannt, sondern sie berührt uns, erfasst die phänomenologische Person „im Herzen“. Dazu kommt also, dass wir *fühlend* sind. Dass ich lebe. Dass ich *mein Sein fühlen* kann. Fühlend zu sein – in diesem *ursprünglichen Eins-Sein* mit dem Sein und dem Leben ist der *Boden des Person-Seins*. Hier gibt es *keinen Dialog* mehr, sondern es ist reine Resonanz. Es verstummt das Gespräch und weicht dem Ergriffen-Sein. Weicht dem Sein. Hier ist der Ursprung, da gibt es nichts mehr zu tun, nur noch zu sein. Der Zugang zu dieser Tiefe wird z. B. auch im Zen-Buddhismus geübt (z. B. Thich Nhat Hanh, 1972/2003).

Das Werden des inneren Gegenübers

Dieses Durchdrungen- und Getragen-Sein von der „Kraftwelle der Person“ (Längle, 2013a, S. 53) trifft nun auf das *strukturierte Gegenüber des Ichs*, mit dem es in Austausch tritt. Die Person erhält durch das Ich einen Kontrahenten, findet Sprache, bekommt sich selbst zu Gesicht und kann wirksam werden. Durch dieses Wechselspiel zwischen Person und Ich kommt der Mensch aus der *Resonanzebene* in die *Entwurfsebene* (Existenz wird zum „Pro-Jekt“ – vgl. Sartre, 1943/1993), aus der *vegetativen* in die *existenzielle* (kreative, produktive) Ebene. In der tiefsten, sprachlosen, reinen Resonanzebene ist das tiefe Gefühl: „Ich BIN“ verankert. Darum können wir sagen: Ich *bin* mein Körper, ich *bin* meine Gefühle und Stimmungen usw. Erst in der Entwurfsebene, im Sich-gegenüber-Haben beginnt der Mensch, seine *Identität* in dieser Welt zu suchen als Existierender, nicht Festgelegter, Schaffender, Freier, der über sich

entscheidet und so sein Eigenes schaffen kann, es aber auch abgrenzen muss und bewahren, nach außen hin und nach innen hin, wofür ihm die Selbst-Distanzierung und die Trotzmacht des Geistes (Frankl, 1990) helfen kann. Erst durch das Ich wird der Mensch persönlich, wird sein Dasein ich-haft angebunden. Aber nicht nur sich kann er nun konturieren, er kann das Eigene auch wieder *aufgehen lassen in einem anderen*, es fruchtbar werden lassen in der Hingabe an andere und anderes (was Frankls Selbst-Transzendenz entspricht: Frankl, 1990). Hier nun erhält das tiefe Gefühl des „Ich BIN“ einen anderen Akzent: „Ich bin ICH“ (vgl. Lévinas, 1947/1978, S. 38: „Man ist nicht, man ist sich!“). Und aus dieser Ebene sind Körper und Gefühle in einem anderen Modus zugegen: Nun können wir neben dem „ich *bin* mein Körper und meine Gefühle“ auch sagen: „Ich *habe* meinen Körper und meine Gefühle“. „Ich“ ist noch etwas anderes als nur Sein, etwas „Exzentrisches“ (Plessner, 1928/1975, S. 301ff.), etwas, das zwar auf Körper und Gefühle angewiesen ist und darin steht und lebt, das es aber auch zugleich zurücklässt, es übersteigt, von Körper und Gefühlen distanziert ist und sie zum Objekt hat. Sie stehen dem Subjekt, dem „eigentlichen Ich“ gegenüber, das Ich kann mit ihnen umgehen, über sie bis zu einem gewissen Grad verfügen. Doch als „Sub-Jekt“ von Körper und Psyche ist das Ich zugleich auch beiden unterworfen (sub-jicere – unterwerfen) und von ihnen abhängig, bleibt in einer unauflöselichen Einheit mit ihnen. Durch diese Differenz zwischen Ich und Person entsteht ein Raum, der den *inneren Dialog* ermöglicht. Diese innere Zwiesprache ermöglicht das Entscheidende für das menschliche Dasein: Es hebt den Menschen aus dem bloßen Vorhandensein in die *Existenz*. Der Mensch steht damit in einem größeren Rahmen, findet sich in einer inneren Welt und in einem äußeren Kontext, worin die Person, vermittelt durch das Ich, auch wieder aufgehen und fruchtbar werden kann. Sein und Leben erhalten nun ein *Selbst-Verständnis* und können in einem *Werden* aufgehen.

Dialog ist eine Form, sich ins Sein zu bringen, um sich dann im Sein zu begreifen. Diese Möglichkeit hebt den Menschen aus dem bloßen Vorhandensein in die *Existenz*, wobei der Dialog für die Person der *Weg zum Sein* ist – für einen selbst, wie auch für das Beisammensein mit den anderen. Das Wesen des Dialogs ist das Miteinander-Sein, das Sich-Antreffen im Bei-einander-Sein. Der Mensch steht im Sein, doch die Person bringt das Sein im Menschen zum Schwingen. Letztlich geht es darum, *mit sich* zu sein, im inneren und äußeren Dialog stets neu zu werden, sich neu zu finden, die Person ankommen zu lassen – sein Sein zu „personieren“. Die Aktivierung der Person kann daher nicht instrumentell über Techniken erreicht werden – das würde ihr nicht gerecht und wäre kaum möglich, da die Person als das Freie nicht „in den Griff“ zu nehmen oder zu bekommen ist. Jeder Stimulations- oder

Manipulationsversuch würde sie zudem verletzen, da es gegen ihr Wesen ginge. Darum können wir grundsätzlich festhalten: Die Aktivierung der Person kann *nur über die Person* erfolgen – über die Person des anderen oder durch das eigene Ich, das sich im inneren Dialog an die Person wendet. Es braucht eine *personale Haltung* in der Begegnung, eine *personale Gesprächsführung*, damit sich Person zu Person gesellen kann und miteinander in Resonanz geraten.

Nichts wirkt aktivierender auf die Person als das Gesehen- und Angesprochen-Werden durch eine andere Person. Im Antlitz des anderen wird ihr das eigene Gesicht gewahrt. In einem spürenden, auf Stimmigkeit achtenden Gleichklang, der die Unterschiedlichkeit der Individualität berücksichtigt, aber die Zusammengehörigkeit in der Tiefe erlebbar macht, schwingt die Person an und hebt sich in die Aktualisierung durch das eigene Ich. Der Rahmen ist von Respekt getragen und von der Haltung der Offenheit und des Raum-Gebens geprägt. Um die Person zu aktivieren, bedarf es des *An-Sehens* und des *An-Sprechens*, des Gesichts und des Gesprächs, des Antlitzes und der Antwort – es bedarf in einem Wort des *Dialogs*. Er lebt aus dem Sich-Öffnen für den anderen, hat die *phänomenologische Offenheit* als Haltung. Dies genügt manchmal nicht – dann bedarf es des intensivierten, systematischen Dabei-Seins (in der Existenzanalyse steht dafür die Methode der Personalen Existenzanalyse). Und entwicklungsgeschichtlich bedarf es des *Aufbaus der Ich-Strukturen*, die durch die Grundaktivitäten des Ansehens, Ernstnehmens und Wertschätzens entstehen (Längle, 2008), damit der Einzelne selbst einen erweiterten und besseren Zugang zur eigenen und anderen Person hat. *Während das Ich jedoch handeln muss, darf die Person einfach sein*. Wenn dies so ist, geht es dem Menschen wesentlich darum, zu mehr Sein zu kommen. Sich sein lassen können, mit Humor, mit der eigenen Leiblichkeit, mit mehr Mögen, mit mehr Freude und Einverständnis. Es geht um alle Dimensionen der Existenz – um mehr Da-Sein, Wert-Sein, Selbst-Sein und im Ganzen-Sein.

Im Lichte dieses Person-Verständnisses wird deutlich: Vom Wesen her sind wir letztlich *nicht da, um zu schaffen*, ja nicht einmal, um zu handeln. Schaffen und Handeln beschreiben nur die Bedingungen, um uns am Leben zu erhalten. Denn vom Wesen her sind wir *da, um zu sein*.

Literatur

- Arendt, H. (1964). *Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen* (Reihe: Piper Paperback). München: Piper.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Hrsg.). (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Buber, M. (1974). Zwiesprache. In Heidelberg (Hrsg.), *Das Dialogische Prinzip* (S. 171–214). Heidelberg: Schneider (Original erschienen 1929).

- Eberwein, W. & Thielen, J. (Hrsg.). (2014). *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit* (Reihe: Therapie & Beratung). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Frankl, V.E. (1990). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie* (durchges. Neuausg.). München: Piper.
- Fuchs, T. (2010). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (3., akt. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gendlin, E.T. (1997). *Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective* (Reihe: Northwestern University studies in phenomenology & existential philosophy; Neudr.). Evanston, Ill: Northwestern University Press (Original erschienen 1962).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Kolbe, C. (2014). Person und Struktur – Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit. *Existenzanalyse*, 31(2), 32–41.
- Kovacs, G. (1982). The personalistic understanding of the body and sexuality in Merleau-Ponty. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 18(1–3), 207–217.
- Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (Reihe: Schlüsselbegriffe; 5., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kriz, J. & Längle, A. (2012). Commentary. A European perspective on the position papers. *Psychotherapy*, 49(4), 475–479. Verfügbar unter: http://www.laengle.info/userfile/doc/Kriz-&-L%C3%A4ngle_A-European-perspective-on-the-position-papers.pdf [12. 4. 2015].
- Längle, A. (1993). Personale Existenzanalyse. In A. Längle (Hrsg.), *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge* (Reihe: Tagungsberichte der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Bd. 6, 1/2; S. 133–160). Wien: GLE.
- Längle, A. (1999a). Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). *Existenzanalyse* 16(1), 18–25. Verfügbar unter: <http://laengle.com/downloads/PEA-Anth99.pdf> [12. 4. 2015].
- Längle, A. (1999b). Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. *Fundamenta Psychiatrica*, 12(3), 139–146. Verfügbar unter: <http://webaholics.at/userfile/doc/Fundamenta-Psych1-EA---Zustimm-99.pdf> [12. 4. 2015].
- Längle, A. (Hrsg.). (2000). *Praxis der Personalen Existenzanalyse*. Wien: Facultas.
- Längle, A. (2007). Existenzanalyse der Freiheit – Zur lebenspraktischen und psychotherapeutischen Fundierung personaler Freiheit. In E. J. Bauer (Hrsg.), *Freiheit in philosophischer, neurowissenschaftlicher und psychotherapeutischer Perspektive* (S. 147–182). München: Fink. Verfügbar unter: <http://www.webaholics.at/userfile/doc/Freiheit---E.-Bauer-2006-publ.pdf> [12. 4. 2015].
- Längle, A. (2008). Existenzanalyse. In A. Längle & A. Holzhey-Kunz (Hrsg.), *Existenzanalyse und Daseinsanalyse* (Reihe: Psychotherapie: Ansätze und Akzente, Bd. 3; S. 29–180). Stuttgart: facultas.wuv.
- Längle, A. (2011a). Geist und Existenz. Zur inhärenten Spiritualität der Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 28(2), 18–31. Verfügbar unter: <http://laengle.info/downloads/EA%20in%20Stumm%20Psth%20-%20Schulen%20u%20Methoden%20-%20Falter-Verl%202011.pdf> [12. 4. 2015].
- Längle, A. (2011b). Sexualität – die Lust am Leben. Was in der Sexualität gesucht und gefunden werden kann. In D. Bach & F. Böhmer (Hrsg.), *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter* (S. 13–36). Wien: Böhlau.
- Längle, A. (2012). Vom gelassenen Wollen zum erzwungenen Lassen. Zur Praxis der realen Freiheit. *Existenzanalyse* 29(2), 15–30.
- Längle, A. (2013a). Das Richtige spüren. Authentizität und Gewissen. *Existenzanalyse*, 30(2), 46–58.
- Längle, A. (2013b). *Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen*. Wien: Facultas.
- Längle, A. & Bürgi, D. (2014). *Existentielles Coaching. Theoretische Orientierung, Grundlagen und Praxis für Coaching, Organisationsberatung und Supervision*. Wien: Facultas.
- Lévinas, E. (1978). *De l'existence à l'existant*. Paris: Vrin (Original erschienen 1947).
- Merleau-Ponty, M. (1972). *Phénoménologie de la perception* (Reihe: Bibliothèque des idées). Paris: Gallimard (Original erschienen 1945).
- Plessner, H. (1975). *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie* (3., unveränd. Aufl.). Berlin: Gruyter (Original erschienen 1928).
- Rogers, C.R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C.R. (1961a). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C.R. (1980a). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin
- Rogers, C.R. (1988). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften; 4., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Klett (englisches Original erschienen 1961a: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C.R. (1991). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C.R. Rogers & P.F. Schmid (Hrsg.), *Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Reihe: Edition Psychologie und Pädagogik; S. 238–256). Mainz: Grünewald (englisches Original erschienen 1986h: A client-centered/person-centered approach to therapy. In: Psychotherapist's casebook. Theory and techniques in the practice of modern therapies. San Francisco, CA: Jossey-Bass).
- Rogers, C.R. & Stevens, B. (1967). *Person to person. The problem of being human. A new trend in psychology*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Sartre, J.P. (1993). *Das Sein und das Nichts*. Hamburg: Rowohlt (französisches Original erschienen 1943: L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique. Paris: Gallimard).
- Sauer, J. (1993). Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 1(2), 67–80.
- Scheler, M. (1978). *Die Stellung des Menschen im Kosmos* (9., unveränd. Aufl.). Bern: Francke (Original erschienen 1928).
- Scheler, M. (1980). *Gesammelte Werke. Band 2: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus* (6., durchges. Aufl.). Bern: Francke (Original erschienen 1916).
- Spaemann, R. (1996). *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen 'etwas' und 'jemand'*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thich Nhat Hanh (2003). *Schlüssel zum Zen. Der Weg zu einem achtsamen Leben* (Reihe: Herder-Spektrum, Bd. 5335; 3., durchges. u. korr. Aufl.). Freiburg: Herder (französisches Original erschienen 1972: Clés pour le zen. Un guide vibrant pour la pratique du zen. Paris: Seghers).
- Vetter, H. (2004). *Wörterbuch der phänomenologischen Begriffe* (Reihe: Philosophische Bibliothek, Bd. 555). Hamburg: Meiner.
- Wurmser, L. (1993). *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten* (2., erw. Aufl.). Berlin: Springer (englisches Original erschienen 1981: The mask of shame. Maryland, MD: Johns Hopkins University Press).

Personzentrierte Therapie von Schmerzsyndromen

Daniela Leithner

Wien, Österreich

Jobst Finke

Universität Duisburg-Essen, Deutschland

Bei chronischen Schmerzen, bekanntlich ein überaus verbreitetes Phänomen, sind fast immer auch psychosoziale Bedingungsfaktoren beteiligt. Wegen dieser Verschränkung von somatischen mit psychosozialen Faktoren bei chronischen Schmerzsyndromen stellen diese eine besondere Herausforderung für die Psychotherapie im Allgemeinen und die Personzentrierte Psychotherapie im Besonderen dar. Im Folgenden soll das personzentrierte Vorgehen bei diesem Störungsbild auf dem Hintergrund der Phaseinteilung der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie nach Swildens beschrieben werden. Dabei sollen die konsequente Berücksichtigung der personzentrierten Störungstheorie, das Erörtern der Besonderheiten der therapeutischen Beziehung bei diesen Klienten¹ wie eine ausgeprägte Praxisnähe wesentliche Darstellungsmerkmale sein.

Schlüsselwörter: Chronisches Schmerzsyndrom, bio-psycho-soziales Störungsmodell, therapeutische Beziehung, prozessphasenorientiertes Vorgehen

Person-Centered Therapy for Pain Syndromes. Chronic pain, recognized as a widespread phenomenon, almost always involves psychosocial determining factors. Due to this interlinkage of somatic and psychosocial factors in chronic pain syndromes, such syndromes present a particular challenge to the field of psychotherapy in general, and person-centered therapy in particular. The following describes the person-centered approach to this disorder, against the backdrop of Swildens's process-oriented model. Thus, the consistent consideration of person-centered disorder theory, the discussion of features of the therapeutic relationship with these clients, and a distinctly hands-on nature of practice shall be important characteristics.

Keywords: chronic pain syndrome, bio-psycho-social model of disorder, therapeutic relationship, process oriented approach

Die psychotherapeutische Beschäftigung mit körperlich empfundenen Schmerzen ist deshalb so wichtig, weil vor allem chronische Schmerzzustände ein bedeutsames und weit verbreitetes Phänomen darstellen. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden betreffen 4–10 % der Bevölkerung (Schaefer et al., 2012). Hochrechnungen zufolge sind ca. 5–8 Millionen deutsche Bürger von chronischen Schmerzen betroffen, die sie in ihrem Alltag, Beruf und in ihrer Freizeit einschränken (Kappesser & Hermann, 2013; Schmidt, Fahland & Kohlmann, 2011). Für Österreich geben nach einer Erhebung von Statistik Austria (2012) aus der Gruppe berufstätiger Personen 23,9 % der Frauen und 22,0 % der Männer als dauerhaft vorliegende Gesundheitsbeschwerden „Schmerz-Probleme mit Rücken oder Nacken“ an.

Mag.^a Daniela Leithner, MSc, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Klinische und Gesundheitspsychologin; tätig im Zentrum für Ambulante Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt in Wien sowie in freier Praxis. Kontakt: praxis@danielaleithner.at

Dr. Jobst Finke, Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin sowie Neurologie/Psychiatrie. Ausbilder in der GwG und ÄGG. Kontakt: jobst.finke@uni-due.de

Die starke Verbreitung chronischer Schmerzzustände führt sowohl für die Gesellschaft wie vor allem natürlich für die Betroffenen selbst zu gravierenden Folgeproblemen, körperlich (z. B. chronische Fehlhaltungen, chronischer Schmerzmittelmissbrauch), psychosozial und ökonomisch (Schmidt, Fahland & Kohlmann, 2011). Schon insofern stellen diese Schmerzerkrankungen eine große Herausforderung für die Gesundheitsdienste einer Gesellschaft und die in der Heilkunde Tätigen dar.

Die Psychotherapie als ein Element einer multimodalen Behandlung chronischer Schmerzen ist in den entsprechenden Leitlinien längst empfohlen, erneut in der jüngsten S3-Leitlinie (Schaefer et al., 2012). Grundlage ist eine ganzheitliche Verstehensweise chronischer Schmerzzustände. „Aktuelle ätiopathologische Modelle gehen von einer komplexen Wechselwirkung psychosozialer, biologischer, iatrogen/medizinsystemischer und soziokultureller Faktoren aus, die zu neurobiologischen Veränderungen führen können und bei Disposition, Auslösung und Chronifizierung der Schmerzen zusammenspielen.“

¹ Im Folgenden wird im Sinne der leichteren Lesbarkeit die männliche Form als reine Funktionsbezeichnung verwendet, gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

(Schaefer et al., 2012, S. 804) Gefordert ist hier natürlich auch die Personenzentrierte Psychotherapie, für die es leider nur wenige Arbeiten gibt, die sich mit diesem Thema beschäftigen (Leithner, 2013). Hier sind zu nennen die Artikel von Geiser (2010) und Leithner (2013) sowie einige Arbeiten, die sich mit focusingorientiertem Vorgehen beschäftigen (Müller & Feuerstein, 2000; Kopp, 2008; Hinterkopf, 2010) bzw. spezifische Aspekte thematisieren (Eggendorf, 1995; Macke-Bruck, 2006).

Diagnostische und pathogenetische Überlegungen

Da das Schmerzerleben selbst ein psychisches Phänomen ist, sind besonders bei chronischem Schmerz auch dann psychologische Faktoren beteiligt, wenn man die primäre Ursache des Schmerzes in somatischen Schädigungen sehen kann. Die „Schmerzbereitschaft“ wie die Schmerzverarbeitung bzw. -bewältigung kann eben bei verschiedenen Personen wie jeweils auch in verschiedenen Lebenssituationen sehr unterschiedlich sein. Da man andererseits bei funktionell bzw. psychogen anmutenden Schmerzen selten auch kleinste organische „Unregelmäßigkeiten“ und ihre mögliche ursächliche Beteiligung am Schmerzerleben ganz ausschließen kann, wird zunehmend die Trennung zwischen psychogen bedingten Schmerzen und organisch bedingten Schmerzsyndromen relativiert (Schors & Ahrens, 2002). Dies wird durch die Einführung der F45.41-Diagnose in der revidierten Fassung der ICD-10 (aktuell: ICD-10-GM Version 2014; vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI, 2014; Nilges & Rief, 2010; Nickel, Hardt, Kappis, Schwab & Egle, 2009) wie auch in der Neuklassifizierung des DSM-V (Lau, Löwe, Langs & Voigt, 2013) sichtbar. So können wir sagen, dass körperliche und psychische Faktoren immer verwoben sind, wobei im Einzelfall primär die psychischen oder aber die somatischen Bedingungsfaktoren überwiegen können. Ein primär körperlich bedingter Schmerz kann durch eine psychische „Fehlverarbeitung“ chronifizieren. Umgekehrt kann ein psychogen ausgelöster Schmerz schon dadurch chronisch werden, dass über das Schmerzgedächtnis neuronale Bahnungen eingeschliffen werden, die dann gewissermaßen ein organisches Korrelat dieser Chronifizierungsprozesse darstellen. Längerdauernder Schmerz führt nämlich in jedem Fall „zu Gedächtnisspuren und damit einhergehenden Veränderungen auf allen Ebenen des nozizeptiven Systems.“ (Flor, 2011, S. 91)

Als das Schmerzsyndrom modulierende Einflussgrößen, die im ungünstigen Fall auch für seine Chronifizierung verantwortlich sind, sieht man heute unter anderem folgende, auch durch empirische Studien gesicherte und als „Yellow Flags“ zusammenfassend benannte Faktoren an (Egle & Kröner-Herwig, 2000; Pfingsten, Korb & Hasenbring, 2011):

- Erwartungshaltung
Schmerzen kann man durch Ablenkung positiv beeinflussen, aber man kann sie auch durch die Fixierung der Aufmerksamkeit auf sie verstärken. Eine ständig angespannte Erwartung gegenüber ihrem Auftreten oder die Befürchtung ihrer Verschlimmerung kann zu ihrer Chronifizierung beitragen.
 - Komorbidität Angst und Depression
Eine Angst- oder eine depressive Erkrankung kann das Schmerzerleben verstärken.
 - Krankheitsgewinn
Soziale Zuwendung und Beachtung, die in einem entsprechenden Zusammenhang mit dem Schmerzerleben stehen, können zu dessen Aufrechterhaltung und Verstärkung führen.
 - Bewältigungshaltung
Eine passive Hilfserwartung und vor allem eine resignativ-fatalistische Haltung mit der Überzeugung, dem Schicksal ausgeliefert zu sein, erhöhen das Risiko zur Schmerzchronifizierung.
 - Frühe Schmerzerfahrungen
Frühe Schmerzerfahrungen können die Empfindlichkeit für Schmerzreize erhöhen. Auch Traumatisierungen in der Kindheit oder Jugendzeit, etwa durch körperliche Misshandlung oder durch sexuellen Missbrauch, können, vor allem wenn sie mit der Ausbildung einer resignativ-fatalistischen Bewältigungshaltung verbunden sind, die Bereitschaft zur Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms erhöhen.
 - Kulturell geprägte Erwartungen
Transkulturelle Untersuchungen machten deutlich, dass die Bereitschaft zur Ausbildung eines Schmerzsyndroms auch durch Erwartungshaltungen gefördert wird, die durch bestimmte, für eine Kultur typische Weltdeutungen und Krankheitskonzepte vorgegeben sind und charakteristischen Rollenzuschreibungen der Mitglieder einer jeweiligen Gesellschaft entsprechen. So scheint z. B. in eher noch vormodernen Gesellschaften die Neigung zum „Somatisieren“, also die Tendenz, seelische Befindlichkeitsstörungen in Gestalt von körperlichen Beschwerden, eben oft auch Schmerzen, auszudrücken, größer zu sein als in den modernen Industriegesellschaften (Reisch, 1994).
- Aus diesen Darstellungen dürfte deutlich werden, dass neben somatisch-biologischen Faktoren auch psychologische und soziologische sowohl bei der Entwicklung wie aber auch bei der Aufrechterhaltung eines Schmerzsyndroms immer eine Rolle spielen. Das meint die oft zu hörende Parole, dass die Beurteilung von Schmerzsyndromen aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive erfolgen sollte.

Das personenzentrierte Verständnis funktioneller Schmerzstörungen

Bei der Frage nach dem Grundverständnis der psychischen Faktoren von chronischen Schmerzstörungen, das der personenzentrierten Störungstheorie entspricht, wird natürlich zunächst der Bezug auf das Inkongruenzmodell nahegelegt. Nach diesem Modell werden bekanntlich die Aspekte des organismischen Erlebens, die mit dem Selbstkonzept einer Person nicht vereinbar sind, gar nicht oder verzerrt symbolisiert (Rogers, 1959/1987, S. 29ff). Danach wäre der Schmerz als eine verzerrte Symbolisierung bestimmter Erlebensinhalte zu verstehen. Hier ist zu denken etwa an ausgeprägt aggressive Gefühle gegenüber nahen Bezugspersonen, die aber, wenn sie exakt symbolisiert, also voll und in ganzer Klarheit bewusst würden, quälende Schuldgefühle auslösen würden (Leithner, 2013), so dass das aggressive Erleben vom Gewähr- bzw. vom Bewusstsein ausgeschlossen und in Form von Schmerzen verzerrt symbolisiert wird. Aber auch Schuldgefühle selber können sich in der Verkleidung bzw. in der verzerrten Symbolisierung von Schmerzen zeigen. Die seelischen Schmerzen, die Schuldgefühle oft bedeuten, würden dann als körperlich empfundene Schmerzen auftreten. Die körperlich empfundenen Schmerzen könnte man dann gewissermaßen auch als ein Sinnbild für eine Art von Sühne und Selbstbestrafung verstehen, zu denen sich der Klient wegen der Schuldgefühle genötigt fühlt. Diese körperlichen Schmerzen sollen dabei, so könnte man vermuten, insofern auch von den Schuldgefühlen entlasten, als eben nun der Klient sich gewissermaßen einer Buße durch das Erleiden körperlicher Schmerzen unterzieht.

Auch Trauer und Depression im Rahmen eines „schmerzhaften“ Verlustes, etwa eines nahen Angehörigen, können in Form von körperlichen Schmerzen symbolisiert werden. Dabei kann der verstehende Zugang zu dieser Form der Symbolisierungsverzerrung ergeben, dass für den Klienten der körperliche Schmerz gegenüber dem seelischen Schmerz das kleinere Übel ist. Der Körper-Schmerz stünde hier also im Dienst der Abwehr (Rogers, 1959/1987, S. 32) bzw. der Bewältigung des schmerzhaften Verlustes, also des „Seelen-Schmerzes“.

Rogers sieht bekanntlich in dem Bedürfnis nach positiver Beachtung ein für den Menschen sehr zentrales Motiv (Rogers 1959/1987, S. 34). Bei nicht wenigen Klienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom ist dieses Bedürfnis sehr frustriert worden. Das dadurch bewirkte Erleben von Demütigung und Scham ist für sie so unerträglich, dass sie es nicht exakt symbolisieren können. Die verzerrte Symbolisierung dieses Erlebens als körperlicher Schmerz hat dabei auch eine interpersonale Bedeutung. Es schützt die Klienten vor der befürchteten Möglichkeit, bei der forcierten Suche nach Beachtung als „geltungssüchtig“, „narzisstisch anspruchsvoll“ oder überhaupt

psychisch überempfindlich gesehen zu werden. Das körperliche Leiden dagegen stellt in gewissermaßen unverfänglicher Weise die Beachtung seitens der Umgebung sicher. Genau diese Konstellation kann aber auch eine erhebliche Erschwernis für den therapeutischen Prozess darstellen, in dem ja die Symbolisierungsverzerrung geklärt werden, d. h. der Klient seine ursprünglichen Gefühle von Kränkung und Beschämung aufgrund der ihm versagten Beachtung „exakt symbolisieren“ soll (Rogers, a. a. O.). Der Klient muss sich dabei aber nicht nur mit negativen und quälenden Gefühlen konfrontieren, sondern er befürchtet auch eine weitere Beschämung durch seine wesentlichen Bezugspersonen, die ihn nun als „Simulanten“ ansehen könnten, der bisher Beachtung und Zuwendung durch unlautere Mittel „eingeheimst“ hat.

Das personenzentrierte Therapiekonzept bei Schmerzstörungen

Aus didaktischen, aber auch therapeutisch-sachlichen Gründen möchten wir vorschlagen, bei der Beschreibung des therapeutischen Vorgehens uns an der Phaseneinteilung des Prozessmodells von Swildens (2015) zu orientieren. Denn dadurch wird eine klare Gliederung der Darstellung der Behandlungspraxis vorgegeben. Dabei sehen wir in diesem Zusammenhang aber hierin nicht die Anwendung einer spezifischen Methode der Personenzentrierten Psychotherapie, vielmehr soll uns hier dieses Modell als Beschreibungsfolie dienen, die eine ebenso kohärente wie systematische Darstellung des therapeutischen Vorgehens ermöglichen soll. So wird hierdurch auch auf die ausdrückliche Beschäftigung mit der Symptomatik des Klienten hingewiesen, was gerade bei Klienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom wichtig ist, da diese Klienten sich bei einem zu frühen Ansprechen anderer Themen leicht unverstanden und zurückgewiesen fühlen würden. Die Orientierung an den einzelnen Therapiephasen fördert die Achtsamkeit für die jeweilige Thematik und besonders eben auch für die des Schmerzsymptoms. Swildens (2015) hat in seiner „Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie“ bekanntlich vier Phasen unterschieden, die Prämotivations-, die Symptom-, die Problem- und die existenzielle Phase. Mit diesen Phasen werden auch die Schlüsselthemen beschrieben, die im Verlauf der Therapie jeweils maßgeblich werden können (Finke, 2006).

Die Prämotivationsphase

Klienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom sind häufig „geschickte“ Patienten, d. h. sie haben das Aufsuchen eines Psychotherapeuten nicht von sich aus intendiert, sondern wurden eben von anderen, z. B. dem Hausarzt, dazu angehalten. Oft

scheint der zuweisende Arzt gesagt zu haben, „alle Untersuchungen haben gezeigt, dass Sie nichts haben. Gehen Sie mal zum Psychotherapeuten.“ Selbst wenn der Arzt den Mangel an organisch-pathologischen Befunden, die bisher fehlende Wirksamkeit medizinisch-somatischer Behandlungsmaßnahmen und die sich daraus ergebenden Erwägungen tatsächlich um einiges differenzierter erläutert hat, hat der Klient oft nur das oben Genannte verstanden. Wenn der Klient dann trotzdem „folgsam“ ist und einen Psychotherapeuten aufsucht (und nicht gleich den nächsten oder übernächsten Arzt), dann wird er diesem Psychotherapeuten mit Skepsis begegnen. Er fühlt sich vermutlich an der „falschen Adresse“, betrachtet die Konsultation als „Sackgasse“ und kommt ohne Erwartung auf wirkliche Unterstützung. Möglicherweise hat er sogar die Befürchtung, der Therapeut wolle ihn, da er ja sein körperliches Leiden nicht ernst nähme, sondern davon ausgehe, dass „alles nur seelisch“ oder gar „nur eingebildet“ sei, bloßstellen, entlarven und beschämen. Deshalb kommt es, um den Klienten zu einer Psychotherapie zu motivieren, zunächst darauf an, eine Begegnung und ein Verstehen anzubieten, die Vertrauen ermöglichen.

So wird der Therapeut dem Klienten versichern, dass er das Schmerzerleben des Klienten durchaus ernst nehme und als eine reale Gegebenheit ansehe. Dabei wird er gegebenenfalls auch ziemlich bald direkt das Misstrauen und die Skepsis des Klienten über den Weg des *Beziehungsklärens* (Finke, 2004) ansprechen.

K: *Aber ich habe doch diese dauernden Schmerzen, auch wenn der Arzt sagt, ich hätte nichts.*

T: *Sie fühlen sich da sehr unverstanden und wissen gar nicht, wem Sie noch trauen sollen.*

K: *Ja, ich bilde mir die Schmerzen doch nicht einfach ein oder will etwas vortäuschen.*

T: *Sie befürchten vielleicht, dass auch ich so denken könnte, dass auch ich Sie für einen Simulanten halten könnte.*

Um Vertrauen und Therapie-Bereitschaft des Klienten aufzubauen, sollte der Klient erfahren, was in der Therapie passieren wird. Der Therapeut wird dem Klienten erläutern, worum es in den Gesprächen gehen könnte. Er wird vielleicht sagen, dass ausführlich die Schmerzen thematisiert werden sollten und dem Thema bereits im Erstgespräch gebührenden Raum geben. Der Therapeut wird eventuell sogar explizit aussprechen, dass er dem Klienten in seiner Darstellung „glaubt“ und damit auch die Schmerzen als real vorhanden annehmen kann. Ansatzweise könnte schon besprochen werden, was dann ausführlich in der Symptomphase thematisiert werden sollte, nämlich wie der Klient die Schmerzen im Einzelnen erlebt, wie er damit jeweils umgeht, ob er für sich selbst schon Techniken gefunden

hat, sie abzumildern und welche Unterstützung und welches Verständnis er hier in seiner Familie und auf seinem Arbeitsplatz findet. Der Therapeut wird damit dem Klienten die Besorgnis nehmen, dass er nur auf seine „Probleme“, seine inneren Schwierigkeiten und „Charaktermängel“ als vermeintliche Ursachen der Schmerzen angesprochen werden soll. Es soll dem Klienten vermittelt werden, dass es nicht um eine befürchtete Bloßstellung (etwa im Sinne von „all diese Schmerzen sind ja doch nur die Folge Ihrer schlechten Ehe und Ihres schlechten Durchsetzungsvermögens“), sondern um eine ernsthafte Auseinandersetzung mit seinem Leiden geht, um so sein Zutrauen zum therapeutischen Prozess zu gewinnen.

Eventuell ist es hilfreich, dem Klienten ein ganzheitliches Verstehensmodell chronischer Schmerzen anzubieten. Dabei können Inhalte aufgegriffen werden, die der Klient davor selbst in seine Darstellung eingebracht hat. Basierend auf dem empathisch Verstandenen wird ein Blick angeboten, der die Situation des Klienten umfassender betrachtet. Dem Schmerzpatienten wird ermöglicht, chronische Schmerzen als ein bio-psycho-sozio-kulturelles Geschehen zu verstehen. Schmerzen, auch körperlich verursacht, ziehen bei längerem Bestehenbleiben unabdinglich Folgen auf psychischer und sozialer Ebene nach sich (Leidensdruck, sozialen Rückzug, Verlust des Arbeitsplatzes, Irritationen in den familiären Beziehungen). Einem solchen Verstehensmodell chronischer Schmerzen können die betroffenen Klienten oftmals nicht nur leicht zustimmen, sondern es ist häufig gleichsam ein „Türöffner“, so dass der Klient selbst erstmals die umfassenderen Aspekte seines Betroffenseins und Leidens thematisiert. Klienten erleben sich hier oft wirklich ernst genommen und können erstes Vertrauen fassen.

T: *Sie haben vorhin ja erwähnt, wie belastend die Situation für Sie Ihrer Frau gegenüber ist, dass Sie da ein schlechtes Gewissen haben, weil Ihre Frau die gesamte Arbeit übernimmt, die schweren Einkäufe erledigt und im Haushalt alles übernehmen muss. Sie haben erzählt, wie schmerzhaft es für Sie ist, dass Sie nicht mit ihrer Tochter herumtollen können und das Gefühl haben, als Vater ganz zu versagen. Und Sie haben beschrieben, wie hohen Druck es Ihnen macht, wieder arbeitsfähig zu werden.*

K: *Ja, genau. Das macht mich alles psychisch fertig.*

T: *Da ist dann durch den Schmerz auch so vieles andere in Ihrem Leben betroffen.*

K: *Ja, eigentlich hat der alles kaputt gemacht. Wir haben jetzt die Sorgen wegen dem Geld. Und ich bin schuld!*

T: *Da haben Sie Ihrer Familie gegenüber regelrecht ein schlechtes Gewissen. Neben diesen schlimmen körperlichen Schmerzen gibt es jetzt noch diese belastenden Schuldgefühle.*

Hier werden schon Themen kurz benannt, die in den folgenden Phasen zu vertiefen sind. In der Prämotivationsphase dürfen sie fürs Erste so stehen bleiben bzw. fallweise kann es günstig sein, dem Klienten zu vermitteln, dass bio-psycho-soziale Zusammenhänge bei längerdauernden Schmerzen „normal“ sind und weder eine besonders schlechte Situation noch ein Versagen bedeuten. Wesentlich scheint auch, wie es Swildens (2015) für die Prämotivationsphase mit depressiven Klienten vorschlägt, neben der Information auch Hoffnung auf eine Verbesserung zu wecken. Bei Schmerzpatienten ist oft eine stark spürbare Stagnation und Resignation gegeben. Die Änderungshoffnung ist gering, dennoch ergreifen viele gern den „Strohalm“ einer Besserungsperspektive, wenn auch zu diesem Zeitpunkt für sie nicht erkennbar ist, wie es zu einer Veränderung kommen könnte.

K: Ich kann mir nicht vorstellen, wie sich das ändern soll, ich weiß nicht, wie Gespräche meine körperliche Situation ändern sollen. Eigentlich kann ich es nicht wirklich glauben, dass es gut wird, bisher hat nichts geholfen, aber ich nehme jetzt einfach Ihr Angebot an, irgendetwas muss ich ja tun.

T: Das finde ich gut. Es kann ja auch manchmal sogar spannend sein, einfach mal etwas ganz Neues auszuprobieren.

Der Therapeut versucht hier, Gefühle von Neugier und Experimentierfreude zu stimulieren. Er darf dabei eine aktiv ermutigende Rolle einnehmen und ein Stück weit seine Expertise einbringen, um einem Klienten ein alternatives Erwartungsmodell aufzuzeigen.

T: Ich kann gut verstehen, dass das im Moment schwer vorstellbar ist für Sie, wie sich durch psychotherapeutische Gespräche Ihre Schmerzen verringern sollen. Doch ich sehe viele Klientinnen, die sich in einer ganz ähnlichen Situation wie Sie befinden und erlebe, wie auch nach langer Schmerzdauer spürbare Verbesserungen möglich sind.

Die Symptomphase

Das geduldige Arbeiten auf der Ebene dieser Phase ist für Schmerzpatienten besonders wichtig. Dabei könnte der Begriff „Phase“ hier suggerieren, dass es sich um eine „Durchgangsphase“ handelt, deren Thematik nach einer bestimmten Zeit als erledigt gelten kann. Es ist jedoch die Schmerzproblematik oft außergewöhnlich lange noch ein zentrales Thema, auch in späteren Phasen.

- Die positive und geduldige Beachtung des Schmerzsymptoms Bei vielen Klienten mit anderen Störungen, etwa solchen mit einer mittelgradigen depressiven Symptomatik infolge von

Beziehungskonflikten, spielt die Symptomphase insofern nur eine untergeordnete Rolle, als die Klienten ihre depressiven Beschwerden nur sehr kurz erwähnen, um dann von sich aus sehr bald auf ihre zentralen Beziehungsprobleme zu sprechen zu kommen. Schmerzpatienten hingegen haben ein starkes Bedürfnis, von ihren Beschwerden zu sprechen und fühlen sich nur angenommen und positiv beachtet, wenn der Therapeut ebenso geduldig wie einfühlsam auf ihre Symptomschilderung eingeht. Der Schmerz ist hier nicht selten zu einem zentralen Lebensthema geworden und dementsprechend muss der Therapeut dieses Thema immer wieder in seinen verschiedenen Facetten aufgreifen. Dabei sollte der Therapeut damit rechnen, dass viele Schmerzpatienten, wie Klienten mit anderen psychosomatischen bzw. somatoformen Störungen auch (Sachse, 1995, 142ff), eine „alexithyme“, also die Verbalisierung betreffende, verminderte Fähigkeit zeigen, ihr schmerzabhängiges Erleben und ihre Gefühle differenziert wahrzunehmen und zu explorieren. Deutlich wird dies sowohl im Gespräch über das innere Erleben als auch über körperliche Empfindungen. Die Einladung, andere Körperbereiche als das Schmerzareal bewusst wahrzunehmen, ist für Betroffene oft schwierig umzusetzen. Andere Körperregionen oder andere Empfindungen als Schmerz können oftmals nur erschwert, manchmal zunächst gar nicht gespürt werden (Leithner, 2013). Die Wahrnehmung und die verbale Schilderung der Schmerz-Beschwerden und der dadurch bedingten Beeinträchtigung sind dagegen oft sehr ausgeprägt und ausführlich.

Bei Herrn G., einem 44-jährigen Verwaltungsangestellten, nimmt die Beschäftigung mit dem Schmerz, mit den vorliegenden Einschränkungen und Therapiemaßnahmen nicht nur den überwiegenden Teil des Alltags ein, sondern auch große Teile der Therapiesitzungen. Dem Klienten ist es äußerst wichtig, detailliert davon zu berichten. Dazu zählt die teils wiederholte Nacherzählung von Gesprächen mit anderen Behandlern bzw. von schmerzbezogenen Erlebnissen. Es ist kaum möglich, zu den berichteten Fakten erlebensbezogene Wahrnehmungen zu ergründen. Der Patient reagiert fast ein wenig ungehalten auf Unterbrechungen, auf Versuche des Nachfragens zu persönlichen Aspekten. Später im Behandlungsverlauf wird deutlich, dass Herr G. in der Tat wenig Zugang zu seinem Erleben hat, wenig über seine „innere Welt“ (Rogers, 1977, S. 184) zu wissen scheint, sich kaum spüren kann außerhalb des konkreten Rückenschmerzes.

Bei vielen dieser Klienten werden offene Fragen oft eng umgrenzt verstanden und auf die Schmerzthematik bezogen und so mit einer erneuten Beschwerdeschilderung beantwortet. Viel Raum nimmt die Erläuterung äußerer Lebensbereiche und konkreter Tätigkeiten ein, die durch den Schmerz „nicht mehr möglich sind“. Dabei mutet die Schilderung der Beschwerden

in ihrer Qualität häufig an wie eine Anklage. Das „Schicksal“ des Geschlagenseins mit Schmerzen wird oft als „ungerecht“ erlebt, vor allem aber auch als „selbst-fremd“, nicht zur eigenen Person gehörig. Damit schreibt der Klient auch die Möglichkeit zu einer Veränderbarkeit der Situation nicht sich selbst zu. Es besteht eine passive Hilfserwartung. Die Lösung wird im Außen gesucht. Dabei schwanken die Klienten oftmals zwischen geringer Änderungserwartung und scheinbar hoher Hoffnung bzw. intensivem Appell, dass der Behandler die Situation löst (Binder & Binder, 1991). Hier muss der Letztere natürlich darauf hinarbeiten, dass der Klient zunehmend seine eigene Expertise wahrnehmen, an seine Selbstwirksamkeit glauben und Freude an „schmerzfernen“ Aktivitäten, etwa sportlicher Art, entwickeln kann (Finke, 2004).

Wesentlich ist, dass der Therapeut die Symptomatik ernst nimmt und nicht zu rasch versucht ist, psychologische Deutungen anzubieten. Besonders bei diesen Klienten geht es darum zu versuchen, sich in die komplexe Welt des Klienten einzufühlen und das Symptom in seiner Erlebnisqualität zu verstehen.

Einem so geduldigen, achtsamen und strikt das Prinzip des *bedingungslosen Akzeptierens und Wertschätzens* berücksichtigendes Vorgehen können aber auf Seiten des Therapeuten erhebliche „innere“ Schwierigkeiten entgegenstehen. Einerseits kann ihm die zunächst mangelnde Fähigkeit des Klienten zu vertiefter Selbstexploration wie ein trotziges Abwehren und verbissenes Ausweichen erscheinen, was im Therapeuten Ärger und eine zunehmende Gereiztheit auslösen kann. Andererseits kann das scheinbar ebenso unbeirrbar wie anscheinend gar auftrumpfende introspektive Sich-Verweigern des Klienten im Therapeuten Kompetenz Zweifel und starke Verunsicherung hervorrufen. Wenn sich etwa nach Monaten therapeutischen Bemühens aus der Sicht des Therapeuten die Abwehr des Klienten gegenüber seinen Verstehensangeboten noch kaum geändert hat, können Ungeduld, Ärger, Ohnmachtsgefühle und Inkompetenzscham den Therapeuten dazu verführen, einen „Fortschritt“ des Klienten erzwingen zu wollen und diesen mit „lösungsorientierten“ Ratschlägen oder „weiterführenden“ Deutungsangeboten zu überschütten. Auch kann im Therapeuten das Bedürfnis aufkommen, den Klienten „loszuwerden“ und ihn an eine „geeignete“ Stelle, etwa eine Klinik, zu verweisen. Da solche Gefühle und Bedürfnisse im krassen Gegensatz zu den hohen Idealbildungen des Personenzentrierten Ansatzes stehen, kann der Therapeut dazu neigen, diese Gefühle und Bedürfnisse zu verleugnen. Durch den so bedingten Mangel an Kongruenz würde der Therapieverlauf eventuell weiter erschwert. Ein klares Wissen um solche Gefahren bei der Begegnung mit dem chronischen Schmerzsyndrom, kann diese Gefahren schon etwas mildern (Macke-Bruck, 2006).

- Vergegenwärtigen des Schmerzerlebens

Der Therapeut gibt hier dem Klienten die Gelegenheit und ausreichend Raum, seine Beschwerden in den subjektiv wichtigen Facetten ausführlich zu schildern, was meist ein starkes Bedürfnis dieser Klienten ist, weil sie sich dadurch in ihrem Leiden an- und ernst genommen fühlen und so auch zunehmend Vertrauen zum Therapeuten fassen können. Der Therapeut wird dann aber auch den Klienten bitten, sein Erleben gegenüber den Schmerzen darzustellen. Erlebt er sich angesichts der Schmerzen hilflos, machtlos, ihnen total ausgeliefert? Erlebt er sie als wildes, reißendes Tier oder als unbarmherzigen, düsteren, ihn absolut beherrschenden Despoten? Oder erlebt er vielmehr Gefühle von Ärger auf den Schmerz, auf den eigenen Körper? Oder gibt es auch Momente, in denen er das Gefühl hat, sich vom Schmerz etwas lösen oder sich gar ein wenig mit ihm versöhnen zu können?

Dieses bewusste Wahrnehmen und Verbalisieren muss durch den Therapeuten geduldig immer wieder angeregt werden. Klienten mit chronischen Schmerzen nehmen zunächst oftmals keine anderen Erfahrungen mehr wahr als den Schmerz an sich. Die emotionale Distanz zwischen der eigenen Person und dem Schmerz scheint verloren gegangen. Gleichzeitig wird in eher kognitiver Hinsicht der Schmerz dabei als etwas Fremdes, nicht zur Person Gehörendes gesehen. Es ist, als würde die gesamte Person vom Schmerz dominiert im Sinn von „ich bin Gefangener des Schmerzes“ statt einem Erleben von „ich habe Schmerzen“. Durch die oben genannten Eingaben soll der Klient angeregt werden, gegenüber dem Schmerzerleben zunehmend Abstand zu gewinnen. Mit dieser veränderten Perspektive kann allmählich ein Wahrnehmen der eigenen Person als Fühlende und Handelnde wieder etabliert werden.

Bei den nicht selten erlebens- und ausdrucksgehemmten Klienten empfiehlt es sich dabei, eine bildhafte, metaphorreiche Sprache zu verwenden, um so die Klienten zu einem phantasievollen, emotionsbezogenen Denken zu ermutigen und anzuregen und so ihren Erlebenshorizont über das Schmerzthema hinaus zu erweitern (Leithner, 2013).

Dem Klienten eine gewisse Distanz zum Symptom zu ermöglichen, damit er so sein Erlebensspektrum wieder erweiterter zur Verfügung hat und sich auch wieder für Aspekte außerhalb der Schmerzerfahrung öffnen kann, wird das Ziel nicht nur in der Symptom-, sondern auch noch in der Problemphase sein müssen.

- Arbeit am subjektiven Krankheitskonzept des Klienten

Ziel ist das Klären des Modells, nach dem der Klient seine Schmerz- und Beschwerdesituation versteht, sowie ein zunehmendes Erweitern und Verändern dieses Modells.

Sein Interesse an der Person, am Erleben und Denken des Klienten zeigt der Therapeut hier dadurch, dass er ihn

nach dessen Vorstellungen über Ursachen und Entstehen der Schmerzen fragt. Der Klient soll dabei angeregt werden, das Erleben seines gesundheitlichen Zustandes auch in Verbindung mit seiner sozialen und beruflichen Situation präzise zu vergegenwärtigen

Im Folgenden ein Ausschnitt vom Beginn der Therapie des o. g. Klienten, des Herrn G.:

T: *Was vermuten denn Sie selbst, wodurch diese Beschwerden bei Ihnen zustande gekommen sind?*

K: *Ich weiß nicht. Durch das viele Sitzen vielleicht? Das ist eigentlich das Einzige, was mir einfällt. Ich sitze seit der Schulzeit. In meinem Beruf sitze ich, bei meinem Hobby sitze ich auch. Da haben manche Therapeuten gesagt, dass vielleicht das viele Sitzen schuld ist. Ja, das ist das einzige, was einem einfällt.*

T: *Da könnte das viele Sitzen anstrengend gewesen sein für Ihren Rücken, aber da ist vielleicht auch so ein Teil, der bisher noch gar nicht klar ist, warum Sie da so große Beschwerden bekommen haben?*

K: *Vielleicht ist es ja auch ganz was anderes. Einmal hat auch ein Therapeut gemeint, dass ich Stress habe. Aber ich habe keinen Stress.*

T: *Da war schon einmal die Frage, ob es da Stress oder eine andere Form von Belastung gibt, die mit den Schmerzen zu tun haben könnte.*

K: *Ja, aber zu Stress fällt mir nichts ein. Was ist schon Stress? Man arbeitet halt so normal. Also ich finde das normal. Ich glaube nicht, dass ich Stress habe.*

T: *Also, wenn Sie so an Ihre Arbeitssituation denken, dann haben Sie dort nicht das Gefühl, dass Sie besonderen Stress haben. Das fühlt sich auch nicht wie die richtige Erklärung für Ihre Schmerzen an. Ist das mehr so, dass Sie da noch gar nicht so eine konkrete Vermutung haben, wodurch diese Schmerzen verursacht wurden?*

K: *Eigentlich kann ich sie mir nicht erklären.*

T: *Sie selbst haben noch keine konkrete Idee, was diese Schmerzen verursacht haben könnte. Und auch die Erklärungen, die Sie von außen gehört haben, scheinen nicht alles abdecken zu können. Da befinden Sie sich also in einer Situation, wo niemand so richtig erklären kann, was los ist?*

K: *Ja, niemand kennt sich aus. Und dann stehe ich wieder ganz allein da.*

T: *Ich lade Sie ein, dass wir beide uns nun gemeinsam mit all den Fragen beschäftigen, die mit Ihren Schmerzen im Zusammenhang stehen, und dabei ganz auf Ihre persönliche Situation einzugehen.*

Manche Klienten haben wenige Erklärungen für ihre Symptomatik, scheinen diesbezüglich wie orientierungslos. Andere Klienten haben sehr klare, oft aber eben im weiteren Sinne

somatische Ursachenvorstellungen. Auch wenn manche Vorstellungen dann dem Therapeuten etwas abwegig erscheinen mögen, wird er das natürlich nicht brüsk äußern, sondern behutsam weiterfragen und dabei eventuell vorsichtig versuchen, bestimmte Widersprüche dieser Krankheitstheorie mit bestimmten realen Gegebenheiten aufzuzeigen. Wie beiläufig wird er dann gelegentlich auch sagen, dass seelische Belastungen zur Verschlimmerung von Schmerzen beitragen können und dass umgekehrt eine positiv gefärbte Stimmungslage und eine gute psychische Situation die Schmerzwahrnehmung positiv beeinflussen können. Wenn hier der Therapeut im behutsamen Aufzeigen von möglichen psychischen Einflussfaktoren nicht drängend ist, wird dies den Klienten für die Psychotherapie aufschließen.

Manchmal ist es zunächst ganz unklar, welche Faktoren mit den Schmerzen in Zusammenhang stehen könnten. In anderen Fällen scheinen Zusammenhänge mit bestimmten Ereignissen oder Lebenssituationen für Außenstehende offensichtlich, die aber vom Klienten noch nicht in Beziehung zu seinem Leiden gebracht werden. Gerade auch hier ist es wichtig, nicht zu rasch einen bestimmten Sinnzusammenhang nahe zu legen, sondern sich am Erleben bzw. am inneren Bezugsrahmen des Klienten zu orientieren und sich zunächst nur sehr behutsam im Ansprechen möglicher Bezüge auf noch kaum symbolisierte Sinngehalte am Rande des Bewusstseins des Klienten zu bewegen (Leithner, 2013).

Wie schon mehrfach angedeutet, benötigt der Versuch, beim Klienten die Reflexion der Schmerzkonzepte anzuregen, ein hohes Ausmaß an Geduld (Leithner, 2013). Der scheinbar oft geringe Fortschritt hierbei mag den Ehrgeiz des Therapeuten frustrieren, dennoch muss er sich bemühen, Erleben und inneren Bezugsrahmen der Person ernst zu nehmen und ebenso das „Tempo“, mit dem der Klient sich im Weiteren wichtigen Themen nähern kann, zu akzeptieren.

Der Therapeut sollte den Klienten nicht nur nach dem Krankheits- sondern auch nach seinem Therapiekonzept fragen. Was glaubt der Klient, könne ihm helfen? Mit welchen Maßnahmen hat er bisher schon positive Erfahrungen gemacht? Hier zeigt der Therapeut sein Interesse für die „innere Welt“ des Klienten (Rogers, 1977, S. 20), über die diese Klienten, wie oben schon angedeutet, oft nur schwer reden können. Außerdem kann der Therapeut eventuell manche Aspekte dieses Konzeptes in nur etwas modifizierter Form positiv aufgreifen, was für den Klienten natürlich sehr motivierend sein dürfte.

- Der Schmerz im sozialen Kontext

Um die Möglichkeit zu eröffnen, zunehmend über die mehr psychischen Dimensionen der Schmerzen zu sprechen (und so dem Klienten zu helfen, seine Schmerzen zunehmend „exakter“

zu symbolisieren), kann man vorsichtig die Beziehung des Klienten zu seinem sozialen Umfeld thematisieren. Der Therapeut fragt hier nicht nach Beziehungskonflikten „an sich“, sondern nur nach günstigen oder weniger günstigen Einflussnahmen auf seine Beschwerden, er stellt also Letztere zunächst weder in ihrem faktischen Bestehen noch hinsichtlich ihrer vermeintlich körperlichen Verursachung infrage (Reisch, 1994). Der Therapeut könnte den Klienten z. B. einfühlsam fragen, ob er sich durch seine Angehörigen gestützt fühle, ob seine Berufskollegen für sein Leiden Verständnis hätten, wie es ihm durch sein Umfeld erleichtert würde, seine Schmerzen zu ertragen. Wann sind seine Schmerzen quälender, wenn er allein oder in Gesellschaft ist? Welche Art von Gesellschaft ist hier besonders hilfreich für ihn? Was könnten seine Angehörigen unternehmen, um ihm noch besser zu helfen? Wie wäre seine berufliche Situation zu verbessern, um das Ertragen der Schmerzen zu erleichtern?

Häufig von Klienten genannt werden Gefühle der Schuld den Familienmitgliedern gegenüber. Schmerzpatienten sind nicht selten geplagt von schlechtem Gewissen und hoher Scham, dass Nahestehende wegen ihnen Mehrarbeit haben oder emotional belastet sind. Diese Klienten leiden, wenn ihre Partner erforderliche Tätigkeiten im Haushalt zur Gänze übernehmen müssen (schwere Einkäufe tragen, Putzen, Reparaturarbeiten erledigen). Dies führt bei diesen Klienten zu einem Gefühl von Wertlosigkeit. Gleichzeitig ist hoher innerer Druck gegeben, wieder zu „funktionieren“. Dass sich manche Klienten andererseits genau eine solche Zuwendung ihrer Angehörigen als eine Art „Liebesbeweis“ wünschen, liegt dann meist völlig außerhalb ihrer Gewährwerdung. Hier gilt es natürlich, diese Inkongruenz zwischen den Schuldgefühlen einerseits und dem kaum symbolisierten Bedürfnis nach positiver Beachtung andererseits sehr behutsam zu verdeutlichen.

Von einem Teil der Betroffenen gibt es das Bestreben, möglichst „tapfer“ zu sein und sich im familiären Alltag die Belastung nicht anmerken zu lassen. Ebenso verhält es sich teils bei Angehörigen. Mittels Rückzug und unter dem inneren Anspruch, das Schwierige alleine zu bewältigen, sind beide Seiten um gegenseitige Schonung bemüht, was zu innerer Anspannung, eventuell unterschwellig zu gegenseitigen, unausgesprochenen Schuldvorwürfen und Aggressionen und damit zu einer starken Belastung der familiären Beziehungen führen kann, die sich dann wiederum verstärkend auf das Schmerzerleben auswirken, so dass die Betroffenen in einen Teufelskreis kommen können. Auch diese Beziehungskonflikte sind natürlich im Laufe der Therapie zu klären mit dem Ziel, das Interaktionsverhalten der Beteiligten auch in dem Sinne zu ändern, dass das Bedürfnis nach positiver Beachtung des Klienten unabhängig vom Schmerzerleben befriedigt wird.

- Mangel an Änderungsoptimismus und die Frage nach dem Krankheitsgewinn

Die Ausgangssituation in der Psychotherapie ist oftmals davon bestimmt, dass der Klient schon eine große Anzahl an somatischen Therapiemaßnahmen erhalten hat, die aber bisher zu keiner nachhaltigen Besserung geführt haben. Häufig gibt es bereits negative Konsequenzen im beruflichen und sozialen Kontext. Aufgrund der langen erfolglosen Behandlungskarriere wird die gesundheitliche Situation als „unveränderlich“ erlebt. Hier könnte der Therapeut versuchen, einen Änderungsoptimismus zu initiieren. Dazu gehört auch, den Klienten zu unterstützen, wieder vielfältigere Aspekte der eigenen Person wahrzunehmen, die zuvor hinter das Schmerzerleben getreten sind. Wichtig hier scheint eine von ehrlichem Interesse und Kongruenz geprägte Begegnung mit dem Klienten. Gleichzeitig sollte der Therapeut sich fragen, was den Klienten von einer Gesundung vielleicht abhalten könnte, was er eventuell mehr fürchtet, als die Schmerzen. Sein möglicher Krankheitsgewinn könnte etwa im Vermeiden des Austragens von schweren familiären oder ehelichen Konflikten bestehen. Die Bearbeitung einer solchen Konstellation wäre dann allerdings schon die Aufgabe in der Problemphase (s. u.).

- Therapeut-Klient-Beziehung

Bei vielen Schmerzpatienten wurde das Bedürfnis nach positiver Beachtung der eigenen Person im Laufe ihres Lebens öfter verletzt. In der psychotherapeutischen Arbeit entsteht der Eindruck, dass für Schmerzklienten die Beziehungsebene ganz vorrangig bedeutsam ist. Diese Klienten scheinen das „Ernstgenommenwerden“ durch das Gegenüber genau zu überprüfen. Nur wenn sie das Gefühl haben, mit ihren Schmerzen anerkannt und verstanden zu werden, lassen sie sich auf das therapeutische Angebot ein. Es ist also wichtig, dass der Therapeut schon in der ersten Begegnung sein aufrichtiges Interesse und seine positive Beachtung deutlich werden lässt. Dennoch werden viele Klienten immer wieder einmal das misstrauische Gefühl haben, der Therapeut nehme ihre Schmerzen nicht wirklich ernst, könne sie in ihrem Schmerzleben eigentlich nicht verstehen. Hier ist es, wie schon oben gezeigt, wichtig, die Klienten über das *Beziehungsklären* anzuregen, solche Beziehungsbefürchtungen möglichst offen zu äußern (Finke, 2004).

Die Problemphase

Mit dem Erörtern der obigen Punkte wird bereits zur Thematik der Problemphase übergeleitet. Es sollte deutlich geworden sein, dass dieses Überleiten besonders behutsam zu gestalten ist, um bei den Klienten keine Schamängste und damit stärkere Abwehr zu provozieren. Ein Gefühl der Scham kann sich bei diesen Klienten schon durch die intensivere Thematisierung ihres

Beziehungserlebens einstellen, wodurch ja indirekt ihr bisheriges, körperbezogenes Krankheitskonzept falsifiziert werden könnte. Zudem ist das Selbstkonzept, insbesondere das Selbstideal, vieler dieser Klienten in oft etwas rigider Weise darauf ausgerichtet, dass bei ihnen in psychischer Hinsicht „alles in Ordnung“ ist und sie insofern „keine Probleme“ haben. Die Schwierigkeiten, die sich hier einer vertieften Selbstexploration entgegenstellen, sind bei diesen Klienten einerseits wohl abwehrbedingt (Reisch, 1994), scheinen bei einem Teil der Klienten aber auch mit einem Defizit an Fertigkeiten zusammenzuhängen, das eigene Erleben, die eigene „innere Welt“ wahrzunehmen (Sachse, 1995). Die Klienten müssen so im Laufe der Therapie oft erst mühsam lernen, sich mit ihren eigenen Gefühlen zu beschäftigen und diese präzise zu identifizieren und zu differenzieren.

- Problembewusstsein schaffen

Mit „Problembewusstsein“ ist hier das oben schon Angedeutete gemeint, nämlich dass der Klient es als bedeutungsvoll erleben kann, sich mit seiner „inneren Welt“ (Rogers, 1977, S. 184) zu beschäftigen, auf seine Empfindungen zu lauschen, seine Gefühle wahrzunehmen und präzise zu benennen. Dies ist der erste Schritt, um dann bei sich u. U. auch widerstreitende Gefühle und unvereinbare Bedürfnisse als mögliche Bedingungsfaktoren von Schmerzen entdecken zu können.

Der Klient, Herr B., ein 53-jähriger Elektroinstallateur, erzählt in gereiztem Tonfall eine Episode vom Herweg, schlussfolgernd meint er: „In der Stadt ist sowieso jeder rücksichtslos.“ Ein Nachfragen des Therapeuten wehrt er wiederholt ab.

K: So ist es halt in dieser Welt. Da denke ich nicht weiter darüber nach.

T: Doch es scheint Sie gestört zu haben.

K: So sind Menschen halt. Wozu sich Gedanken machen? Es ändert ja sowieso nichts.

T: Sie können das nicht ändern, dass andere da wenig rücksichtsvoll sind, auch Ihnen gegenüber. Aber es hat Sie getroffen, ich höre, wie eigentlich unangenehm Ihnen das ist, wenn jemand so achtlos Ihnen gegenüber ist.

K: Das ist so eine kleine Geschichte, das ist ja ganz unwichtig.

T: Ja, natürlich, das ist eine kleine Episode. Aber auch kleine Erlebnisse können und dürfen berühren.

K: Wie soll mich das berühren? Mit so etwas muss man doch einfach zurechtkommen. Das interessiert doch niemanden, wie es mir dabei geht.

T: Sie haben den Eindruck, das ist so ganz unwichtig, nicht nur für andere, sondern auch für Sie selbst, dem länger nachzugehen. Und doch hat dieses kleine Erlebnis Sie bis hierher beschäftigt. Natürlich kommen Sie damit zurecht, aber es scheint Sie doch berührt zu haben. Können Sie spüren, in welcher Weise Sie das berührt hat?

K: Es nervt mich. Und ich erlebe so etwas so oft.

T: Macht es Sie dann mehr ärgerlich oder traurig oder auch ein bisschen hilflos?

K: Ärgerlich macht es mich sicher. Das andere hätte ich bis jetzt nicht gespürt. Aber wenn Sie das so sagen, ja, es macht mich auch traurig. Das passiert ja oft auch in Situationen mit meinen Freunden oder meiner Partnerin. Die sind auch in gewisser Weise rücksichtslos. Und das verstehe ich eigentlich nicht. Andere Menschen, die wissen ja nicht, was mir wichtig ist und denen bin ich gleichgültig, aber meine Freunde, die sollten es wissen und die sollten mich kennen. Und ich sage ja ganz deutlich, was ich will oder was ich nicht will. Und es verletzt mich, wenn sie es dann einfach nicht respektieren.

T: Das widerfährt Ihnen öfters, dass Freunde da nicht gut wahrnehmen oder nicht anerkennen, was Ihre Anliegen sind?

K: Ja, ganz oft passiert das. Und ich verstehe es wirklich nicht. (Klient beginnt zu weinen.)

T: Das berührt Sie, dass Sie da öfters nicht ernst genommen werden. (Pause) Ich kann das verstehen, dass es etwas Schmerzliches hat, wenn Sie sich durch Ihre Freunde, die Sie mir immer als so positiv geschildert haben und die Ihnen sehr wichtig sind, nicht ausreichend wahrgenommen erleben.

Der Therapeut greift hier eine auf den ersten Blick scheinbar belanglose Episode des Klienten recht ausführlich auf, weil er den Eindruck hat, dass sich hier ein schwerwiegendes Persönlichkeitsproblem des Klienten andeutet. Dieses, nämlich eine überaus leichte Verletzbarkeit seines Selbstwerterlebens, könnte auch im Zusammenhang mit seiner Schmerzsymptomatik stehen. Die körperlich empfundenen Schmerzen wären dann als verzerrte Symbolisierung eines „Seelenschmerzes“ zu verstehen, der ihm durch die offenbar häufigen Kränkungen seiner Selbstachtung seitens seiner Umgebung zugefügt werden. Durch das oben stehende Gespräch scheint eine Einsicht in diese Problemlage für den Klienten schon recht gut vorbereitet zu sein.

- Beziehungserfahrungen und Beziehungserwartungen des Klienten

Durch die vorhergegangene Abklärung des sozialen Umfelds sind Beziehungssituationen des Klienten schon ansatzweise thematisiert worden. Der Klient kann nun angeregt werden, diese Situation und vor allem auch das Verhalten der Beziehungspartner ihm gegenüber näher zu schildern. Dabei kann der Therapeut damit rechnen, dass es dem Klienten zunächst leichter fällt, sich mit anderen auseinanderzusetzen und diese zu bewerten als solches gegenüber sich selbst zu tun. Insofern bestünden hier Parallelen zu psychosomatisch gestörten Klienten (Sachse, 1995). Ein weiterer Schritt zu einer tieferen

Selbstexploration ist es, wenn der Klient sodann seine Erwartungen an diese anderen in möglichst differenzierender Weise schildert. Dabei ist es für die nötige Erlebensaktivierung sinnvoll, solches anhand der intensiven Vergegenwärtigung einer ganz konkreten Beziehungsepisode zu tun.

In einem nächsten Schritt könnte dann der Klient gebeten werden, seine eigenen Beziehungserwartungen zu bewerten, d. h. sie etwa auf ihre Angemessenheit hin einzuschätzen. Da sich hierbei der Klient mit seinem eigenen normativen Bezugssystem und seinem Selbstideal auseinandersetzen muss, wäre dies ein gravierender Schritt zur vertieften Selbstexploration, was aber gerade deswegen für den Klienten zunächst mit Schwierigkeiten verbunden sein könnte. Sobald dies aber dem Klienten in dem akzeptierenden, wertschätzenden Klima der therapeutischen Beziehung zunehmend besser gelingt, kann dieses Bezugssystem und das Selbstkonzept behutsam infrage gestellt und so modifiziert werden. Dazu kann es auch hilfreich sein, dass sich der Klient mit früheren Beziehungserfahrungen und den entsprechenden „Bewertungsbedingungen“ seitens relevanter Bezugspersonen, denen er etwa in seiner Kindheit und Jugendzeit ausgesetzt war (Rogers, 1959/1987, S. 36), auseinandersetzt.

Frau K., eine 39-jährige städtische Angestellte, fühlt sich aufgrund der Rückenschmerzproblematik außerstande, ihre berufliche sitzende Bürotätigkeit auszuüben und ist seit mehreren Monaten im Krankenstand. In den therapeutischen Gesprächen zeigt sich, dass sich in der aktuellen Lebenssituation biographische Erfahrungen aus der Kindheit sowie aus dem jungen Erwachsenenalter wiederholen. Grenzverletzungen in Beziehungen und Überforderung auf Seiten der Klientin, der sie sich ohnmächtig ausgeliefert fühlte, kamen anamnestisch immer wieder in ähnlicher Art vor. Die Klientin litt unter den Demütigungen einer emotional kühlen, herrischen Mutter, die jegliche Autonomiebestrebungen untergrub. Ähnliches wiederholte sich in der Ehe der Klientin. Diese gravierenden Beziehungserfahrungen führen zu gegenwärtig negativen Beziehungserwartungen, die sich zu Beginn der Therapie manchmal andeutungsweise auch gegenüber dem Therapeuten zeigten. Im beruflichen Kontext erwartet die Klientin von Kollegen und Vorgesetzten leicht Kritik und Missachtung ihrer eigenen Bedürfnisse. Diese Erwartungen scheinen in der Realität ihrer beruflichen Situation nur ansatzweise gerechtfertigt zu sein, dennoch fühlt sich die Klientin ständig bedroht und wehrlos. Auf Basis dieser Rückschau kann die Klientin dem Gedanken zustimmen, dass der Rückenschmerz ihr einen Ausweg aus einer stark ängstigenden beruflichen Situation ermöglicht. Im Vordergrund steht die Angst, bei Rückkehr in den Beruf, erneut keine Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben, sich bei Druck, Überforderung, und Grenzverletzungen zu schützen. Im weiteren Therapieverlauf gelingt eine vertiefende

Auseinandersetzung mit diesen Ängsten, anderen wehrlos ausgeliefert zu sein, sich nicht abgrenzen, sich nicht behaupten zu können. Das Gefühl der Belastung durch die Schmerzen tritt im Rahmen der intensiven Auseinandersetzung mit diesen Erlebnissen rasch in den Hintergrund. Dies ist ein Beispiel für den bei „Schmerzklienten“ leider nicht sehr häufigen Fall einer relativ zügigen Neubewertung der Schmerzsymptomatik unter einer vertieften Selbstexploration.

- Das Beziehungserleben von Klient und Therapeut

In den oben stehenden Erörterungen und Fallskizzen wurden schon die eher negativen Beziehungserwartungen vieler Schmerzklienten angesprochen. In der therapeutischen Situation werden Ängstlichkeit, Rückzugsneigung und Misstrauen gegenüber jener Person aktiviert, gegenüber der sie sich mit der Kundgabe ihres innersten Erlebens in besonderer Weise ausliefern sollen. Andererseits sehnen sich grade Schmerzklienten nach Menschen, die ihr Leiden anerkennen und bereit sind, es nachzuempfinden. Die Klienten befinden sich ihrem Therapeuten gegenüber zunächst in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt. Dies muss der Therapeut wissen, um manche, den Therapieprozess „störende“ Verhaltensweisen verstehen und schließlich diesen Konflikt auch über das *Beziehungsklären* (Finke, 2004) bearbeiten zu können.

Der Therapeut soll also über das Beziehungsklären dem Klienten die Gelegenheit geben, sein Erleben der Beziehung zum Therapeuten zu verbalisieren. So kann der Klient in einer aktuellen Situation, also ganz im Hier und Jetzt und insofern mit der entsprechenden Erlebensaktivierung, über sein Beziehungserleben und seine Beziehungserwartungen sprechen. Dies kann für den Klienten eine wichtige Erfahrung sein, wie man Beziehungskonflikte unmittelbar klären und modifizieren kann, ohne dass die Beziehung als ganze dadurch bedroht, sondern im Gegenteil eventuell vertieft wird. Sodann kann der Klient die entscheidende Erfahrung machen, wie er durch solch ein Beziehungsklären seine im Falle von Schmerzpatienten häufigen Beziehungsbefürchtungen korrigieren kann, der Therapeut würde ihn insgeheim verachten und nur darauf aus sein, ihn bloß stellen, ihn entlarven und ihn der Unwahrhaftigkeit überführen zu wollen. So kann der Klient auch sein eigenes, von Misstrauen, Ängstlichkeit und Abwehr geprägtes Beziehungsangebot ändern.

Herr N., ein 23-jähriger technischer Zeichner, leidet seit gut einem Jahr unter häufigen Rückenschmerzen. Der zunächst um ein sicheres Auftreten bemühte Mann ist im Gespräch immer wieder gerührt und weint, anschließend wirkt er gereizt, ungeduldig mit sich selbst.

K: Ich muss das endlich hinbekommen! So war ich nie! Und dann heule ich noch wie ein kleines Kind.

T: *Da sind Sie jetzt fast ein bisschen ärgerlich auf sich. Das fühlt sich für Sie unangenehm an, dass ich Sie weinen sehe?*

K: *Ich war immer stark. Mich hat vorher noch nie jemand weinen gesehen. Und bei Ihnen passiert mir das jede Stunde. Das ist unnötig.*

T: *Sie sagen „unnötig“. Das kommt Ihnen so wie „lächerlich“ vor oder übertrieben? So, als wäre das peinlich mir gegenüber?*

K: *„Lächerlich, peinlich“ trifft es genau.*

T: *Haben Sie da die Sorge, dass ich Sie lächerlich finden könnte?*

K: *Ich schäme mich so vor Ihnen.*

T: *Weil Sie befürchten, ich könnte Sie jetzt verachten?*

K: *Ja, natürlich. Einen weinenden Mann verachtet man doch!*

T: *„Ein Mann weint nicht“ – das ist so Ihr Idealbild und Sie befürchten, dass auch ich insgeheim diesem Ideal anhänge.*

K: *Na, alle haben doch dieses Ideal. Das ist halt in unserer Gesellschaft so.*

T: *Und deshalb glauben Sie, auch ich würde Sie als irgendwie unmännlich und schwächlich ansehen?*

Durch dieses ausführliche Eingehen auf die Beziehungsbefürchtungen des Klienten können diese in Bezug auf den Therapeuten korrigiert werden. Im Weiteren können aber auch die generellen Beziehungsängste des Klienten besprochen und relevante Aspekte des Selbstkonzepts, speziell seines Selbstideals thematisiert und werden. Durch das beharrliche Aufgreifen dieser spezifischen Aspekte seines Selbstkonzeptes soll der Klient angeregt werden, diese Projektion seiner Befürchtungen zurückzunehmen und sein Selbstkonzept modifizieren zu können.

Die Beziehungsproblematik, die sich auf der anderen Seite für den Therapeuten in der Begegnung mit Schmerzklienten ergeben kann, wurde schon im Kapitel „Die Symptomphase“ beschrieben.

Die existenzielle Phase

Die Thematik dieser Phase ist für Schmerzklienten insofern wichtig, als hier die Schmerzthematik in Konkurrenz zu anderen Themen relativiert werden kann. Das Problem bei diesen Klienten besteht ja oft darin, dass der Schmerz zum einzigen Lebensthema geworden ist und schon dadurch die weitere Chronifizierung verstärkt wird (s. o.). Da erwiesen ist, dass eine Änderung der Erwartungshaltung und damit auch gezielte Ablenkung sich auf eine Minderung des Schmerzerlebens auswirkt, ist es wichtig, das Augenmerk des Klienten auf andere Themen zu lenken. Dabei muss es auch darum gehen, alte Interessen zu reaktivieren und neue anzuregen. Auch ist es wichtig, jene Lebensbereiche zu fokussieren, mit denen der Klient eigentlich zufrieden ist. „Wenn ich die Schmerzen nicht hätte, wäre alles gut“, sagen viele dieser Klienten häufig. Hier muss der

Therapeut ansetzen: Was wäre besonders gut, worauf würde er sich freuen? Oder was würde er vielleicht doch gerne verändern? Wie würde er dann seine Ehe und die Beziehung zu seinen Kindern gestalten? Welche anderen Beziehungen würde er dann mehr pflegen? Welche Lieblingsbeschäftigungen von früher würde er wieder aufnehmen? Was würde er dann vom Leben erwarten? Was würde ihm eine besondere Erfüllung und ein entscheidendes Sinn-Erleben geben? Was würde er an seinem Leben ändern?

Schlussbetrachtung

Klienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom werden von vielen Therapeuten als „schwierige“ Klienten erlebt. Sie sind gerade auch im Sinne und unter den üblichen Voraussetzungen der Personenzentrierten Psychotherapie keine „idealen“ Klienten. Denn dieses Verfahren setzt ja in seiner Therapietheorie mit ihren eher non-direktiven, nicht forciert zielsetzenden und nicht strukturgebenden Aspekten eine primär zur Selbstexploration motivierte, änderungswillige (in psychischer Hinsicht) und bei aller möglichen Selbstunsicherheit doch zielbewusste und auch weitgehend autonome, jedenfalls nicht völlig abhängige Persönlichkeit voraus. Solchen Vorstellungen entsprechen viele Schmerz-Klienten gerade nicht. Welche Konsequenzen sich daraus für das therapeutische Vorgehen ergeben, sollte hier dargestellt werden. Zwei Aspekte, die sich hier zeigten, seien noch einmal besonders hervorgehoben. Die Vermeidungshaltung dieser Klienten gegenüber einer Selbstreflexion, also die oft starke Abwehr gegenüber so etwas wie Selbstexploration, erfordert die Bereitschaft des Therapeuten, diese Haltung zunächst einmal bedingungslos zu akzeptieren, was keinesfalls immer leicht fällt. Sie erfordert weiterhin ein geduldiges wie aber auch ein durch eine besondere Schrittfolge nicht ganz unstrukturiertes Vorgehen. Denn diese Schrittfolge kann es dem Therapeuten erleichtern, die Klienten in ihren Schutzmechanismen nicht zu überfordern und sehr darauf zu achten, ihre Abwehr aufzulösen, ohne die Klienten in ihrer Selbstachtung zu beschädigen.

Gegenüber dem „klassischen“ Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie besteht so ein Unterschied auch darin, dass der Therapeut in seinen Verbalisierungen zunächst kaum auf die Sphäre des Gefühlshaften, des spontanen Erlebens und der aktuellen Stimmung seines Klienten fokussiert. Vielmehr werden seine anfänglichen Kontaktnahmen natürlich das Erleben der Beschwerden, der Symptome, im Fokus haben, aber so, dass zunächst nur wenig unmittelbar Emotionales, sondern eher etwas Kognitives thematisiert wird. Der Therapeut wird sich mit dem Krankheitskonzept seines Klienten beschäftigen, mit dessen Stellungnahmen und Meinungen bezüglich

der Ursachen der Symptome, aber auch ihrer Konsequenzen im beruflichen und privaten Bereich usw. Ein „klassisches“, strikt konzeptkonformes Vorgehen mit seinem stark erlebensaktivierenden Moment würde bei diesen Klienten im Anfangsstadium der Therapie zu viele Näheängste auslösen (Reisch, 1994). Hier ist einmal die zwischenmenschliche Nähe zum Therapeuten gemeint, sodann aber auch so etwas wie Selbstnähe, d. h. die Nähe zur eigenen inneren Welt, die der Klient bisher angstvoll vor jeder Gewährleistung abgeschottet hatte und in der sich zu bewegen er bisher auch völlig ungeübt ist. So ist erst eine längere Zeit der Vertrauensbildung nötig, bevor der Klient, gewissermaßen an der Hand des Therapeuten, die ersten Schritte in diese innere Welt unternimmt, d. h. so etwas wie personzentrierte Selbstexploration seiner Gefühle und Bedürfnisse in all ihrer irritierenden Vielfältigkeit, Ambivalenz und Widersprüchlichkeit vollziehen kann.

Im Zusammenhang mit der Frage, wie konzeptkonform unser Vorgehen ist, wird auch das Thema der Non-Direktivität berührt. Haben wir in diesem Punkt mit dem oben Erörterten gegen eine Leitlinie unseres Ansatzes verstoßen, da wir öfters therapeutische Zielsetzungen formuliert haben? Wenn wir diese Frage verneinen, so wollen wir damit zeigen, dass diese Leitlinie gelegentlich missverstanden wird und zwar in dem Sinne, dass der Therapeut für die Arbeit mit dem Klienten vermeintlich keinerlei Intentionen haben dürfte, dass er ihm durchgehend ohne jede umschriebene Absicht, ohne jede Zwecksetzung für die gemeinsame Arbeit begegnen müsse. Dem Buch *Die nicht-direktive Beratung* (Rogers, 1942/1992) jedoch ist zu entnehmen, dass es Rogers in diesem Zusammenhang zunächst vor allem darum geht, dass der Therapeut dem Klienten keine inhaltlichen Ziele für dessen Lebensentscheidungen vorgibt, dass er bei Konfliktsituationen keine inhaltlichen Lösungsvorschläge macht. Insofern sind ihm auch alle Techniken wie Beraten, Empfehlen, suggestives Überreden und Ermahnen obsolet (a. a. O. S. 29ff). Das Prinzip des Non-Direktiven gilt also zunächst für das auf außertherapeutische Situationen, also auf den Lebensalltag, gerichtete Planen, Entscheiden und Handeln des Klienten, auf welches der Therapeut eben keinen inhaltlichen Einfluss nehmen soll. Das Ziel in der therapeutischen Situation ist es sodann, den Klienten für sich selbst frei zu machen. Aus diesem obersten Ziel ergeben sich verschiedene Subziele, Rogers nennt hier u. a. (a. a. O. S. 42ff) das Ermutigen zum freien Ausdruck der Gefühle, die Fähigkeit zum Erkennen und Anerkennen auch von negativen Gefühlen und Strebungen, die Entwicklung von Einsicht in die eigenen Bedürfnisse und Handlungsmotive, das Klären von Wahlmöglichkeiten bei anstehenden Entscheidungen. Rogers geht also davon aus, dass der Therapeut natürlich bestimmte, jeweils konzeptkonforme Intentionen verfolgt. Aber schon die Art dieser Intentionen dürfte ein nicht-direktives Vorgehen nahelegen, wenn man darunter

versteht, wie Rogers dies im Weiteren deutlich macht, dass der Therapeut die hiermit verbundenen Ziele natürlich nicht gewissermaßen über den Kopf (und das Erleben) des Klienten hinweg und völlig losgelöst von jedem Aufeinander-Bezogen-Sein zu verfolgen versucht. Vielmehr wird der Therapeut die sich aus diesen Zielen ergebenden Vorgehensweisen subtil und ständig mit dem jeweils aktuellen Erleben und Befinden des Klienten abzugleichen suchen. Zwischen therapeutischer Intentionalität und der ständigen Ausrichtung auf das Erleben des Klienten ist so eine konstruktive Synthese herzustellen, eine Synthese, die eine thematische wie auch emotionale Korrespondenz zwischen Klientenäußerung und therapeutischer Intervention gewährleistet. Ganz in diesem Sinne seien unsere Zielvorstellungen bei der Therapie von Schmerz-Klienten hier noch einmal zusammengefasst:

- Die „alexithymen“ Klienten zu vertiefter Selbstexploration anregen, d. h. sie darin zu unterstützen, ihr implizites Erleben zu „mentalisieren“ (Fonagy et al., 2011), es also durch „Verwörtern“, durch Verbalisieren zu explizieren bzw. „exakt zu symbolisieren“ (Rogers, 1959/1987).
- Den Schmerz auch in seinem Zusammenhang mit anderem Erleben wahrnehmen.
- Den Schmerz als eine eventuell sinnvolle Antwort des Organismus anerkennen.
- Zu verhindern, dass der Schmerz das einzige Lebens-thema des Klienten wird, diesen vielmehr zu motivieren, sich auch anderen Erlebensbereichen wieder zu öffnen, früheren Interessen und Neigungen wieder nachzugehen usw.

Abschließend sei, um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, im Sinne des bereits oben Ausgeführten die hier erfolgte Bezugnahme auf das Phasenmodell von Swildens nochmals erläutert. Zunächst ist hier dieses Modell nur gemeint als Beschreibungs- und Ordnungsraster für die vorliegende Darstellung, um bei der Fülle der relevanten Themen eine gewisse Systematik eben dieser Darstellung zu gewährleisten. Für den praktizierenden Therapeuten ist sodann die mit diesem Phasenmodell implizierte Schrittfolge des therapeutischen Vorgehens hier nur im Sinne einer Orientierungsfunktion gemeint. Keinesfalls soll damit die Erwartung verbunden sein, dass der Therapeut im Sinne etwa einer manualgeleiteten Therapie sich immer streng an die thematische Abfolge dieser Phasen hält und das therapeutische Gespräch entsprechend dieser Abfolge direktiv lenkt. Dieses Modell soll vielmehr als Reflexionsfolie fungieren, auf deren Hintergrund der Therapeut seine thematischen Fokussierungen und seine Verstehensangebote betrachten und z. B. hinsichtlich Umfang und angemessenem Zeitpunkt bewerten kann.

Literatur

- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI. (2014). *ICD-10-GM 2014. Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification Version 2014*. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014> [Mai 2015].
- Egendorf, A. (1995). Hearing people through their pain. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 5–28.
- Egle, U. T. & Kröner-Herwig, B. (2000). Schmerz. In W. Senf, M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 524–536). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2006). Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Depression. *Person*, 10(1), 29–42.
- Flor, H. (2011). Neurobiologische und psychobiologische Faktoren der Chronifizierung und Plastizität. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie*. 7. Auflage (S. 89–104). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2011). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Geiser, Ch. (2010). Moments of Movement: Carrying Forward Structure-Bound Processes in Work with Clients Suffering from Chronic Pain. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies PCEP Journal*, 9(2), 95–106. <http://christianegeiser.ch/texte/fachtexte/aktuelle-artikel> [Januar 2013].
- Hinterkopf, E. (2010). An integrated approach to processing aging and pain. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 22(1), 130–138.
- Kappesser, J., Hermann, Ch. (2013). Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen. *Psychotherapeut*, 58(5), 503–517.
- Kopp, D. (2008). *Der Einfluß von Focusing auf das Schmerzerleben von chronischen Schmerzpatienten: Eine Evaluationsstudie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Focusing Gesellschaft und der AOK Gesundheitskasse*. Diplomarbeit Universität Koblenz-Landau. Grin Verlag.
- Lau, K., Löwe, B., Langs, G. & Voigt, K. (2013). Aus zwei mach vier. Neuklassifikation der Somatisierungsstörung, undifferenzierter somatoformer Störung, Schmerzstörung und Hypochondrie im DSM-5. *Psychotherapeut*, 58(6), 545–551.
- Leithner, D. (2013). Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz. Preliminary Study. *Person*, 17(1), 1–17.
- Macke-Bruck, B. (2006). Nicht-enden-wollender Schmerz. Personenzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliativ Care Team. *Person*, 10(1), 43–54.
- Müller, D. & Feuerstein, H. J. (2000). Chronische körperliche Schmerzen: dein Körper weiß die Antwort? In H. J. Feuerstein, D. Müller, & A. Weiser Cornell (Hrsg.), *Focusing im Prozess* (S. 265–287). Köln: GwG-Verlag.
- Nickel, R., Hardt, J., Kappis, B., Schwab, R. & Egle, U. T. (2009). Somatoforme Störungen mit Leitsymptom Schmerz. Ergebnisse zur Differenzierung einer häufigen Krankheitsgruppe. *Schmerz*, 23(4), 392–398.
- Nilges, P. & Rief, W. (2010). F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine Kodierhilfe. *Schmerz*, 24, 209–212.
- Pfingsten, M., Korb, J. & Hasenbring, M. (2011). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie*. 7. Auflage (S. 115–134). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbar Nähe – Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer.
- Rogers, C. R. (1942/1992). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer. (Orig. ersch. 1942: *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw Hill, 184–256).
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler; ab 1983 Frankfurt/M.: Fischer Tb.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Patient in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Herrmann, M. & Henningsen, P. (2012). Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Klinische Leitlinie. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(47), 803–813.
- Schmidt, C. O., Fahland, R. A. & Kohlmann, T. (2011). Epidemiologie und gesundheitsökonomische Aspekte des chronischen Schmerzes. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie*. 7. Auflage (S. 15–28). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Schors, R. & Ahrens, S. (2002). Schmerzsyndrome. In S. Ahrens & W. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin* (S. 387–398). Stuttgart: Schattauer.
- Swildens, H. (2015). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG. (Orig. ersch. 1997: *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht: de Tijdstroom).
- Statistik Austria (2012). *Beschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Mikrozensus-Arbeitskräfte-Erhebung Ad-hoc-Modul 2011*. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitsliche_beeintraechtigungen/index.html [22. 1. 2014].

Die natürliche Adaption in der personenzentrierten Psychotherapie

Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen

Magdalena Kriesche
Wien, Österreich

Der vorliegende Artikel befasst sich mit der Frage, wie sich personenzentrierte Psychotherapeutinnen auf ihre Klientinnen einstellen und welche Mechanismen diesen Einstellungs- bzw. Anpassungsprozessen zugrunde liegen. Es wird auf Adaptionformen wie die ziel- und ergebnisorientierte Adaption, die beziehungsorientierte Adaption sowie auf die Perspektive der Selektion (Hutterer, 2005) eingegangen, um schließlich das Konzept der natürlichen Adaption vorzustellen. Die natürliche Adaption stellt eine Zwischenperspektive zu den genannten Adaptionformen dar, sowie den Versuch der Komplexität der therapeutischen Praxis gerecht zu werden. Hierbei wird besonders auf das Konzept des impliziten Wissens Bezug genommen, das seinen Ausdruck sowohl in verinnerlichtem Beziehungswissen als auch in verinnerlichtem Theoriewissen findet. Im Zuge einer empirischen Studie mittels des Persönlichen Gespräches nach Langer (2000) wird die Relevanz dieses Phänomens in der Praxis untersucht.

Schlüsselwörter: Anpassungsprozesse, natürliche Adaption, implizites Wissen

Natural adaption in Person Centered Psychotherapy. The article at hand deals with the question how person-centred therapists adapt themselves to their clients and which mechanisms underlie this process. Different forms of adaption like relationship-oriented and aim- and effect-oriented adaption are discussed as well as the selective approach (Hutterer, 2005) within person-centred therapy. Next, the natural adaption is introduced. The article aims to develop a perspective of adaptive proceeding, which can be found between the different forms of adaptive proceeding in person-centred therapy. Furthermore it aims to come up to the complexity of the therapeutic practice. For the thesis of natural adaption the concept of tacit knowing is especially meaningful, which expresses itself in internalized knowledge about relationships and internalized theoretical knowledge. With a qualitative survey, based on the method of “the personal interview” by Langer (2000), the phenomenon of natural adaption is examined in therapeutical practice.

Keywords: Adaption processes, natural adaption, tacit knowing

„Wir wissen mehr, als wir zu sagen wissen.“
(in Anlehnung an Polanyi, 1985)

Den Ausgangspunkt der Überlegungen zu einer natürlichen Adaption¹ in der personenzentrierten Psychotherapie bildet die Auseinandersetzung mit differentiellen Konzepten und adaptiven Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie², die im Verlauf der historischen Entwicklung des Ansatzes formuliert wurden. Zwar finden sich in der Literatur zahlreiche ausformulierte differentielle Behandlungs- bzw. Therapie(prozess)

konzepte (vgl. Frohburg, 2005), jedoch gibt es kaum eine allgemeine Auseinandersetzung mit den Begriffen „adaptive Vorgehen“ bzw. „adaptive Interventionsstrategien“. Mit diesen Begriffen werden Anpassungsprozesse des therapeutischen

Mag.^a Magdalena Kriesche (vormals Tojčić), geb. 1982, Pädagogin, Sonder- und Heilpädagogin und Personenzentrierte Psychotherapeutin; tätig im Familienzentrum Baden der Caritas sowie in Wien in freier Praxis; Kontakt: magdalena.kriesche@teletronic.at

-
- 1 Die Grundlage des vorliegenden Artikels bildet meine Diplomarbeit, die ich im Rahmen des Projektstudiums Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung im Jahr 2010 an der Universität Wien verfasst habe.
 - 2 In diesem Artikel werden überwiegend die Begriffe „personenzentrierter Ansatz“ und „personenzentrierte Psychotherapie“ verwendet, um das breite Spektrum personenzentrierter Therapiekonzept(weiter)entwicklungen zu berücksichtigen. Die in der Literatur vorkommenden Begriffe „personenzentrierte Psychotherapie“, „klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Gesprächspsychotherapie“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Der Begriff „personenzentrierte Psychotherapie“ wird besonders dann verwendet, wenn Bezug auf die therapeutische Beziehung genommen wird.

Vorgehens an unterschiedliche Bedingungen beschrieben, die sowohl positiv als auch negativ konnotiert werden (z. B. Frohburg, 1989; Hutterer, 2005). Nach Frohburg (1989, 1992) lassen sich adaptive Interventionsstrategien in konzeptexterne und konzeptinterne Strategien unterscheiden, wobei konzeptexterne Strategien in Methodenintegration und Methodenkombination und konzeptinterne Strategien in Methodenerweiterung und Methodendifferenzierung unterteilt werden können. Eine andere Art der Unterscheidung trifft Hutterer (2005), der zwischen beziehungsorientierter Adaption, ziel- und ergebnisorientierter Adaption differenziert und die Perspektive der Selektion bzw. des selektiven Vorgehens einführt.

Die Frage, die sich aus der Beschäftigung mit unterschiedlichen Adaptionformen in der personenzentrierten Psychotherapie ergibt ist, ob es abseits jener in der Literatur beschriebenen Adaptionformen eine Adaptionform gibt, die dem personenzentrierten Ansatz in Theorie und Praxis von jeher immanent ist. Diese Adaptionform wird als „natürlich“ bezeichnet, da sie dem Wesen bzw. der Natur des Ansatzes entspringt und entspricht. Dazu erscheint es wichtig sich den Anpassungs- bzw. Einstellungsprozesse aufseiten der Therapeutin³ und den ihnen zugrunde liegenden Mechanismen zu widmen.

Es wird davon ausgegangen, dass Therapeutinnen in ihrer Arbeit weit mehr wissen, als sie zu sagen wissen und das personenzentrierte Beziehungsangebot nicht nur der personenzentrierten Therapietheorie entsprechend verwirklichen, sondern auch ihre persönlichen Möglichkeiten und Voraussetzungen eine wichtige Rolle für Anpassungsprozesse in der Therapie spielen. Mittelpunkt des Interesses stellen die Präsenz der Therapeutin, ihre Kongruenz sowie ihre Empathie dar. In diesen Variablen findet sowohl die Persönlichkeit der Therapeutin als auch ihr Erfahrungswissen, im Sinne impliziten Wissens (inklusive verinnerlichtem Theoriewissen), Niederschlag und wirkt so in der Beziehungsgestaltung mit der Klientin mit. Nachdem die Persönlichkeit der Therapeutin für ihre „Wirksamkeit“ entscheidend ist und authentische Reaktionen je nach Persönlichkeit recht unterschiedlich ausfallen können (Hutterer, 2005), rückt die Persönlichkeit der Therapeutin in Verbindung mit ihrem impliziten Erfahrungswissen in den Fokus der Betrachtung adaptiver Strategien und differentiellen Vorgehens.

Die Frage nach einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz erschließt insofern eine Forschungslücke, als es in der Literatur keine hinreichende Auseinandersetzung mit

Einstellungsprozessen von Therapeutinnen unter dem Fokus impliziten Wissens gibt, die sich sowohl mit implizitem Beziehungs- und Erfahrungswissen als auch mit verinnerlichtem Theoriewissen befasst. Der Nutzen dieser Auseinandersetzung für die personenzentrierte Psychotherapie ist hinsichtlich des Ausbildungswesens und der Entwicklung des eigenen Stils der angehenden Therapeutinnen zu sehen und stellt den Versuch dar der Komplexität der therapeutischen Praxis zu begegnen. Darüber hinaus können die dargelegten Sichtweisen teilweise zur Auflockerung in der Diskussion um störungsspezifische Konzepte beitragen.

Adaption im personenzentrierten Ansatz

Frohburg (1992), die sich mit Adaption in der Psychotherapie im Allgemeinen und im Speziellen in der personenzentrierten Psychotherapie auseinandersetzt, führt an, dass der Anwendung adaptiver Strategien grundsätzlich zwei Intentionen zugrunde liegen: „Einmal das Anliegen, durch eine weitgehende Individualisierung der Behandlung den Therapieprozess zu optimieren und dadurch die therapeutische Effizienz zu verbessern und zum anderen das Ziel, den Anwendungsbereich psychotherapeutischer Einflussmöglichkeiten zu erweitern.“ (S. 67). In dieser Darstellung werden konzeptübergreifende Adaptionsansätze (Methodenintegration, Methodenkombination) und konzeptinterne Adaptionsansätze (Differenzielle Psychotherapie, Methodenerweiterung) unterschieden. Die Autorin geht davon aus, dass sich Psychotherapeutinnen bei der Umsetzung adaptiver Strategien „impliziter oder expliziter Entscheidungsheuristiken“ (S. 68) bedienen, um eine entsprechende Anpassung vorzunehmen. „Diese lassen sich als Konditionsregeln beschreiben: wenn Bedingung X gegeben ist oder eintritt, ist das Therapeutenverhalten in Richtung Y zu verändern.“ (Frohburg, 1992, S. 68). Dabei präzisiert Frohburg, dass diese Modifizierungen oder Anpassungen nicht allzu subjektiv oder ohne wissenschaftliche Basis vorgenommen werden sollten und daher im Einzelnen einer Begründung bzw. Bestimmung bedürfen. Ausgangspunkte solcher Anpassungen können „[...] im Bereich der Nosologie, der persönlichkeits-, störungs- und handlungsbezogenen Psychodiagnostik, der speziellen Therapieprozess-Merkmale, vielleicht auch im Alter und Geschlecht der Patienten (oder Therapeuten) oder anderswo gesucht werden.“ (Frohburg, 1992, S. 68).

Begibt man sich, von dieser recht geradlinig und die therapeutische Praxis stark vereinfachenden und technologisierenden Darstellung, eine Ebene tiefer, so lassen sich zwei weitere Adaptionformen beschreiben, die sowohl konzeptextern bzw. konzeptübergreifend als auch konzeptintern vorgenommen werden können. Diese beschreibt Hutterer (2005) als

³ Es werden überwiegend die Termini „Therapeutin“ und „Klientin“ verwendet, da es in der Praxis mehr weibliche Therapeutinnen und Klientinnen gibt als männliche Therapeuten und Klienten. Es sind aber in jedem Fall sowohl männliche als auch weibliche TherapeutInnen und KlientInnen angesprochen. Wird in der zitierten Literatur oder von einer der GesprächspartnerInnen die männliche Form verwendet, so wird diese auch im Text übernommen.

ziel- und ergebnisorientierte Adaption und als beziehungsorientierte Adaption.

Unter einer **ziel- und ergebnisorientierten Adaption** versteht man jene Anpassungen und Bemühungen, die auf die Optimierung des therapeutischen Handelns abzielen, um abgrenzbare Therapieziele umzusetzen. Bei diesem Vorgehen wird die Therapeutin zur Expertin, die ihr Bedingungs- und Änderungswissen einsetzt, um bestimmte Ziele zu realisieren. Die Entscheidungen für bestimmte Interventionen und Handlungsweisen erfolgen auf rationaler Basis und können je nach Wissensstand der Therapeutin sehr unterschiedlich gestaltet sein (Hutterer, 2005). Alles in allem ist die Absicht jene, für jedes Störungsbild, jedes Verhalten und jede Besonderheit passende Interventionen, Methoden und Techniken bereitzustellen und somit eine so genannte differentielle Indikationsstellung vornehmen zu können. Biermann-Ratjen et al. (2003) meinen dazu: „Das dem adaptiven Indikationsmodell zugrunde liegende Prinzip ist mit wesentlichen Prinzipien des Klientenzentrierten Konzepts nicht kompatibel.“ (S.167). Nachdem der Therapeutin nur ein gewisses Maß an Bedingungs- und Änderungswissen zur Verfügung steht und dieses nicht unbegrenzt erweiterbar ist, stößt dieses Vorgehen hier an seine Grenzen. Darüber hinaus kann nicht davon ausgegangen werden, dass für jede Eventualität der Praxis eine abgestimmte Theorie oder ein abgestimmtes Konzept elaboriert werden kann, auch wenn Autoren wie Sachse (1999) anderes suggerieren.

Die **beziehungsorientierte Adaption** hingegen fokussiert nicht auf die Erreichung bestimmter Therapieziele, sondern auf die Verwirklichung einer bestimmten Qualität von Beziehung mit der Klientin. Die Therapeutin versucht sich auf die Klientin, ihre individuellen Probleme, ihr Erleben, ihre Art sich auszudrücken etc. einzustellen, bzw. in diese einzufühlen. „[...] die adaptive Verwirklichung personenzentrierter Handlungsprinzipien kennt nur ein zentrales Kriterium: das empathische Bemühen um eine optimale Individualisierung in der therapeutischen Vorgangsweise.“ (Hutterer, 2005, S.10). Hierbei ist die Herstellung des Kontakts zwischen Therapeutin und Klientin, das Aufrechterhalten der Interaktion und die Vermittlung der therapeutischen Präsenz wesentlich. „Je nachdem, mit welchen Inhalten, Ausdrucks- und Erlebnisformen von Klienten Therapeuten konfrontiert sind, können ihre Kontakt- und Einfühlungsbemühungen sehr unterschiedlich ausfallen.“ (Hutterer, 2005, S.10). Im Gegensatz zur ziel- und ergebnisorientierten Adaption stehen bei der beziehungsorientierten Adaption nicht rationale Überlegungen und Entscheidungen im Vordergrund, sondern Handlungsweisen, die stark von implizitem Wissen geleitet sind und eine wirkungsvolle Handlungsorientierung darstellen, die nicht durch explizites und noch so gut abgestimmtes Regelwissen ersetzbar sind (Hutterer, 2005). Die Begrenztheit des Erfahrungserwerbes ist jedoch eng verbunden

mit der Begrenztheit impliziten Wissens, womit die Grenzen der beziehungsorientierten Adaption aufgezeigt werden. „Die Endlichkeit des Lebens und die Gerichtetheit jeder individuellen Biographie erlauben es keinem individuellen Therapeuten qualitativ und quantitativ unbeschränkt Erfahrungen zu machen.“ (Hutterer, 2005, S.11). Darüber hinaus ist es nicht möglich, zu beliebig vielen Menschen eine Beziehung von gleichermaßen hoher Qualität aufzubauen, weder in der Psychotherapie noch in anderen zwischenmenschlichen Kontexten (Hutterer, 2005).

Differentielles Vorgehen in der personenzentrierten Psychotherapie erschöpft sich jedoch nicht alleine in adaptiven Strategien, sondern schließt selektive Strategien ebenso mit ein. Unter **selektiven Strategien** oder selektivem Vorgehen versteht man, dass sich die Therapeutin bereits im Vorfeld ihrer therapeutischen Arbeit ihrer persönlichen Stärken und Grenzen bewusst ist und diese auch in der „Wahl“ ihrer Klientinnen berücksichtigt (Hutterer, 2005). Hier spricht Hutterer (2005) auch von der „Ansprechbarkeit des Praktikers für einen Klienten“ (S.15). Der Autor geht davon aus, dass es nicht eine einzige personenzentrierte Psychotherapeutin gibt, die in der Lage ist, jegliches Störungsbild, das sich im Indikationsprofil personenzentrierter Psychotherapie befindet, gleich gut und erfolgreich zu behandeln. Eckert (2007) meint dazu, dass eine „gute“ Psychotherapeutin wisse, „für welche Patienten er (sie) ein(e) „gute(r)“ Therapeut(in) sein kann und für welche nicht“ (S.24). Entscheidend ist, dass die individuelle Persönlichkeit der Therapeutin ebenso wirksam für den Therapieprozess ist wie auch andere Therapiemerkmale. Dieser Zusammenhang wird auch am Thema der Passung in der Psychotherapie verdeutlicht. Für die Passung zwischen Klientin und Therapeutin, kommen nicht nur therapiebezogene Merkmale der Therapeutin zum Tragen, sondern ebenso personenbezogene Merkmale (Kriz, 2005).

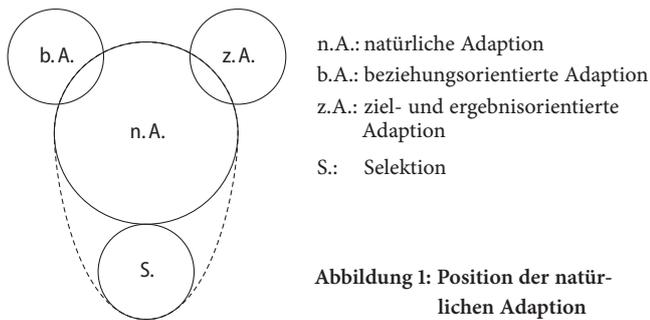
Das Konzept der natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz

Versuch einer Definition

Unter dem Begriff der natürlichen Adaption werden all jene Anpassungsvorgänge verstanden, die dem personenzentrierten Therapiekonzept, ausgehend von den therapeutischen Grundhaltungen, von jeher immanent sind. Als natürlich wird diese Adaptionsform deshalb bezeichnet, da die zugrundeliegenden Mechanismen der Natur bzw. dem Wesen des personenzentrierten Ansatzes entsprechen und entspringen. Sie ist als natürlich zu bezeichnen, weil sie auf implizitem Wissen aufbaut,

das jedem expliziten Wissen zugrunde liegt, sowie jedem Erkenntnis- und Verstehensprozess innewohnt (Polanyi, 1985). Die natürliche Adaption stellt eine „Zwischen-Position“ bzw. ein Bindeglied zwischen der von Hutterer (2005) beschriebenen beziehungsorientierten Adaption, der ziel- und ergebnisorientierten Adaption und der Selektion dar.

Anhand folgender Abbildung soll die Position der natürlichen Adaption veranschaulicht werden



Das Verhältnis der natürlichen Adaption zu beziehungsorientierter Adaption, ziel- und ergebnisorientierter Adaption und Selektion

Abbildung 1 veranschaulicht, dass die natürliche Adaption größere Teile der beziehungsorientierten Adaption umfasst sowie kleinere Teile der ziel- und ergebnisorientierten Adaption. Die Grundlage der natürlichen Adaption bildet dabei die Selektion. Die natürliche Adaption baut aber nicht lediglich auf Selektion bzw. selektiven Strategien auf, sondern umfasst diese gleichzeitig. Nachdem Therapeutin und auch Klientin als Personen bereits selektiv und auf ihre Individualität selektiert sind, sowie jede Therapeutin über ganz unterschiedliche Vorerfahrungen (beruflicher und privater Natur), Ressourcen, Potentiale, Fähigkeiten, Charakterzüge etc. verfügt und daher niemals „alles“ können, wissen, erfahren, erleben und vielleicht auch verstehen kann, ist Selektion integraler Bestandteil von Psychotherapie. Ist sich die Therapeutin ihrer Stärken und Grenzen bewusst und berücksichtigt diese entsprechend in der „Wahl“ ihrer Klientinnen, bildet Selektion die Grundlage ihres weiteren therapeutischen Agens (Hutterer, 2005). Dies wird von Frohburg (1989, 1992) weiter unterstützt, die davon ausgeht, dass Anpassungsvorgänge auch an Merkmale stattfinden können, die sich aufseiten der Therapeutin befinden. Es lässt sich daher unterstreichen, dass die Persönlichkeit der Therapeutin sowohl für Anpassungsvorgänge in der Psychotherapie als auch für ihre „Wirksamkeit“ eine Rolle spielt (Hutterer, 2005). Natürliche Adaption umfasst hinsichtlich beziehungsorientierter Adaption, die Annahme der Einzigartigkeit jeder therapeutischen

Beziehung und der Verwirklichung des einführenden Verstehens seitens der Therapeutin. Die Einzigartigkeit jeder Beziehung (und jeder beteiligten Person) impliziert unterschiedliche Einstellungs- und Anpassungsprozesse seitens der Therapeutin, die sich „jeweils individuell auf die verbale Exploration der unterschiedlichen Belastungen und Probleme von Klienten einstellt“ (Hutterer, 2005, S. 10). Dieses Einstellen auf und Einfühlen in unterschiedliche Lebensformen, Probleme und Belastungen von Klientinnen stellt gleichzeitig auch den Brückenschlag zur ziel- und ergebnisorientierten Adaption dar. Ausgangspunkt der Überlegungen ist hierbei, dass es Lebensformen gibt, die für ein Störungsbild charakteristisch sind bzw. sein können, und diese auch der Störungslehre entsprechend in der Ausbildung vermittelt werden. Dabei wird angenommen, dass Ausbildungsinhalte in Verbindung mit praktischer Erfahrung über die Zeit hinweg so weit verinnerlicht werden können, dass diese in der therapeutischen Arbeit implizit wirksam werden (Polanyi, 1985; Klappacher, 2006).

Natürliche Adaption enthält größere Teile beziehungsorientierter Adaption als ziel- und ergebnisorientierter Adaption, da angenommen werden kann, dass die Therapeutin über mehr implizites Wissen über Beziehungen und Beziehungsgestaltung verfügt als über verinnerlichtes Theoriewissen. Da der Mensch beziehungsangewiesen ist und von Anfang an in Beziehung zu anderen steht (z. B. Schmid, 2002) wird angenommen, dass die Therapeutin in ihrem bisherigen Leben bereits viel implizites Wissen über Beziehungen erworben hat, das nun auch in ihrer professionellen Tätigkeit implizit wirksam ist.

Merkmale und Mechanismen natürlicher Adaption

Kennzeichnend für natürliche Adaption ist, dass Anpassungsprozesse in der Therapie wie von selbst zu laufen scheinen und keiner bewussten Überlegung seitens der Therapeutin bedürfen. Anpassungen werden quasi im Fluss des therapeutischen Tuns automatisch (daher nicht bewusst) von der Therapeutin vorgenommen und sind nicht vollständig explizierbar. Der Fluss der therapeutischen Arbeit kann auch beinhalten, dass die Therapeutin völlig in ihrem Tun aufgeht, was nach Csikszentmihalyi (1985, 1990) als „flow“ bezeichnet werden kann. „Im Flow-Zustand folgt Handlung auf Handlung und zwar nach einer inneren Logik, die kein bewußtes Eingreifen von seiten des Handelnden zu erfordern scheint. Der Handelnde erlebt den Prozeß als einheitliches „Fließen“ von einem Augenblick zum nächsten [...]“ (Hutterer, 2004, S. 247). In diesem Fließ-Erlebnis verschmelzen Handlung und Bewusstsein gewissermaßen und die betreffende Person ist völlig in ihre Aktivität vertieft und auf sie konzentriert (Hutterer, 2004). „Sobald sich jedoch die Aufmerksamkeit teilt, indem man die eigene Aktivität von außen

sieht, wird der „flow“ unterbrochen.“ (Hutterer, 2004, S. 247). Bis zu einer solchen Unterbrechung verfügen Anpassungsprozesse oder Anpassungsleistungen über einen intuitiven und selbstverständlichen Charakter und können auch als „Bauchentscheidungen“ (Gigerenzer, 2008) bezeichnet werden. Entscheidend ist, dass die Therapeutinnen in ihrer Arbeit weit mehr zu wissen scheinen, als sie zu sagen wissen. Dies deutet auf den großen Anteil impliziten Wissens hin, der an der therapeutischen Arbeit beteiligt ist und quasi die Triebfeder natürlicher Adaption darstellt.

Implizites Wissen

Laut Klappacher (2006) verhält es sich mit dem Verhältnis von explizitem zu implizitem Wissen so wie mit der Spitze und dem Fundament eines Eisberges, der im Ozean schwimmt – nur ein Neuntel ragt dabei über die Wasseroberfläche. So bildet das implizite Wissen das Fundament, auf das jegliches explizite Wissen aufbaut (Klappacher, 2006), wobei es kaum explizites bzw. implizites Wissen in seiner jeweiligen Reinform gibt. Wichtig zu unterscheiden ist, dass implizites Wissen einen dynamischen Wissensbegriff beschreibt, hingegen explizites Wissen einen statischen. Implizites Wissen „[...] findet seinen Ausdruck in Form einer erfolgreich ausgeführten körperlich-praktischen oder geistigen Tätigkeit.“ (Klappacher, 2006, S. 19), die der Handlung zugrunde liegenden Regeln bleiben allerdings unausgesprochen bzw. unformuliert. Implizites Wissen ist persönliches und soziales Wissen, das weder losgelöst von seiner Trägerin noch von dem sozialen und kulturellen Kontext, in das es eingebettet ist, gesehen werden kann (Klappacher, 2006). Dies gilt ebenso für das therapeutische Handlungswissen einer Therapeutin, das sowohl in der Wissensträgerin als auch im sozialen und kulturellen Kontext verankert ist. Der Stellenwert, den die Persönlichkeit der Therapeutin in der Psychotherapie einnimmt, erfährt damit nochmals eine besondere Akzentsetzung. In dieser Sichtweise werden verinnerlichte Lernerfahrungen der Therapeutin, aber auch der Kontext, in dem die Therapeutin ihre mentalen (und vermutlich auch emotionalen) Fähigkeiten entwickelt hat (beeinflusst durch Erziehung, Sprache, Kultur etc.) (Klappacher, 2006), hervorgehoben, die wiederum maßgeblichen (impliziten) Einfluss auf ihr Tun haben. Das Handeln der Therapeutin kann in dieser Denkweise als ein „flexible(s) Anpassen an Besonderheiten und Unvorhersehbarkeiten der Situation“ (Klappacher, 2006, S. 24f.) verstanden werden, was den adaptiven Aspekt therapeutischen Handelns nochmals hervorhebt. Das Verinnerlichen von Lehren lässt sich auch in Bezug auf psychotherapeutische Ansätze verstehen, da das jeweilige Therapiekonzept im Handeln der Therapeutin wirkungsvoll wird, ohne dass es sich unbedingt explizieren lässt. Das schließt mit ein, dass ehemals explizite Inhalte (wie z. B.

störungsspezifisches Wissen) so weit verinnerlicht werden können, dass sie zwar im Handeln wirkungsvoll sind, aber nicht mehr entsprechend artikulierbar sind. Dazu lässt sich noch hinzufügen, dass prinzipiell auch andere verinnerlichte Überzeugungen (z. B. in Bezug auf Beziehungsgestaltung, Krankheitsentstehung etc.) in der Praxis implizit wirksam werden können, zumal implizite Schlüsse oder Integrationen nicht unfehlbar sind und daher auch „Missverständnisse“ oder „Missintegrationen“ handlungsleitend werden können. Laut Klappacher (2006) erweisen sich solche quasi fehlgeschlagene implizite Integrationen als besonders veränderungsresistent.

Natürliche Adaption in der personenzentrierten Psychotherapie

Im Bereich der Literatur lassen sich etliche Bereiche finden, die auf das Vorhandensein einer natürlichen Adaption hindeuten und im Folgenden näher umrissen werden sollen.

Präsenz und Wahrnehmung

Den Ausgangspunkt der Überlegungen bildet sowohl in der Theorie als auch in der Praxis die Präsenz der Therapeutin. Schmid (2002, 2007) meint, dass es sich bei der Beschreibung der Grundhaltungen der Therapeutin (Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie) um eine detaillierte Beschreibung der Gegenwärtigkeit bzw. Präsenz der Therapeutin handelt und meint weiter, dass Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie „[...] drei Dimensionen dieser *einen* Grundhaltung sind.“ (Schmid, 2007, S. 44). Dabei schließt der Begriff „Gegenwärtigkeit“ das Gewordensein der Therapeutin, einen Entwurf von Zukunft sowie ihr Werdenkönnen mit ein und kann (begegnungsphilosophisch) verstanden werden als „[...] authentische Haltung, in der jeweiligen Gegenwart des Anderen zu sein, präsent zu sein, für sich und für die anderen im jeweils gegebenen Moment bedingungslos offen zu sein: Es ist ebenso staunende Offenheit für das eigene Erleben erforderlich [...]“ (Schmid, 2007, S. 44). Die Therapeutin kann hier als Person mit ihrem (zum jeweiligen Zeitpunkt) vollständigen impliziten und expliziten Erfahrungs-Wissen verstanden werden, die im jeweiligen Moment auf ihre umfassende Erfahrung zurückgreifen bzw. diese nutzen kann.

Um für die Klientin sowie für sich und das eigene Erleben bedingungslos offen zu sein, ist eine hohe und umfassende Wahrnehmungsfähigkeit, Aufmerksamkeit sowie ein hohes Ausmaß an Selbstreflexivität seitens der Therapeutin erforderlich. Wahrnehmung wird als komplexer Prozess verstanden, der über das bloße Wahrnehmen der Umwelt über unsere fünf Sinne hinausgeht, zumal Wahrnehmung auch eine reflexive

Komponente beinhaltet (Goldstein, 2002). Polanyi (1985) versteht Wahrnehmung als reduzierteste Form impliziten Wissens bzw. Schließens, da sie eine „[...] Brücke zwischen den höheren schöpferischen Fähigkeiten des Menschen und den somatischen Prozessen [...]“ (S.16) darstellt.

Wahrnehmung und Sprache

Zum funktionalen Bereich der Wahrnehmung gehört auch die Wahrnehmung der sozialen Kommunikation, die auch die Sprache miteinschließt. Diese Wahrnehmung umfasst „[...] die Wahrnehmungsvorgänge beim Sprechen und Zuhören, einschließlich dem Erfassen der nichtverbalen Kommunikation durch Mimik, Gestik und Bewegungen. Dies umfasst alle Leistungen der Wahrnehmung, die am Verstehen, dem emotionalen Erleben und der Regulation von sozialen Interaktionen beteiligt sind.“ (Goldstein, 2002, S. 5). Dazu meint Zurhorst (2007), dass sich die therapeutische Beziehung unter anderem in einer gemeinsamen Sprache, einschließlich der Körpersprache, und einer gemeinsamen Verständigung vollzieht. Die Wahrnehmung der Therapeutin umfasst und erfasst daher viele unterschiedliche Aspekte einer Situation, der Umwelt bzw. einer anderen Person. Dabei spielt im Sinne des impliziten Wissens die unterschwellige Aufmerksamkeit der Therapeutin auf Einzelheiten sowie ihre bewusste Aufmerksamkeit auf die zu verstehende Person eine Rolle für den Wahrnehmungsprozess.

Empathie und Intuition

Die Empathie bzw. das Wesen der Empathie stellt einen „Ort“ in der personenzentrierten Psychotherapie dar, an dem zahlreiche adaptive Prozesse ablaufen. Die Therapeutin ist bestrebt sich in den inneren Bezugsrahmen der Klientin einzufühlen und die Gefühle und das Erleben der Klientin so zu verstehen, als wäre es ihr eigenes. Diese „Als-ob-Komponente“ der Empathie beinhaltet adaptive Prozesse seitens der Therapeutin, die sich an den inneren Bezugsrahmen sowie an das Empfinden und Erleben der Klientin anpasst. Dabei spürt die Therapeutin die Gefühle und persönlichen Bedeutungen der Klientin und teilt diese der Klientin mit (Rogers, 1980/2007). Im Sinne einer hermeneutischen Empathie (Keil, 1992) ist die Therapeutin in ihrem empathischen Verstehen darum bemüht „[...] die lebensgeschichtlich gewordene Bedeutung der Inkongruenz intuitiv zu erspüren und zu erfassen.“ (S. 88). Dafür bedarf es laut Keil (1992) eines psychotherapeutisch geschulten Wahrnehmungsvermögens und führt weiter aus, dass hermeneutische Empathie, wenn sie (durch Ausbildung) am eigenen Leibe erfahren wird, die „Grundlage für therapeutische Intuition“ (S. 90) bilden kann. Diesen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass in

der therapeutischen Arbeit große Anteile impliziten Wissens enthalten sind, da Intuition nach Polanyi als Leistung impliziten Wissens bzw. impliziten Schließens aufgefasst werden kann (Klappacher, 2006).

Empathie und Körperlichkeit

Staemmler (2009) geht in seiner Auseinandersetzung mit der Empathie in der Psychotherapie auf den Aspekt der Körperlichkeit von Einfühlung ein. So verweist der Autor darauf, dass eine „Entkörperlichung“ (Staemmler, 2009, S. 31) in der Psychotherapie sowie eine Entkörperlichung der Empathie im vorherrschenden wissenschaftlichen Forschungsparadigma zu erkennen ist. Schmid (2007) nimmt Bezug darauf, dass die Präsenz der Therapeutin immer auch eine körperliche Präsenz ist und Begegnung daher auch ein „[...] intimes, sinnliches und sinnhaftes Geschehen (ist).“ (S. 44) sowie darauf, dass Psychotherapie immer ganzheitliche Therapie einer Person mit Leib, Seele und Geist ist. Auch Polanyi (1985) verweist darauf, dass es unser Körper ist, mit dem wir unserer Umwelt gegenwärtig werden. So sieht er den Körper als „[...] das grundlegende Instrument, über das wir sämtliche intellektuellen oder praktischen Kenntnisse von der äußeren Welt gewinnen.“ (S. 23). Dies schließt ebenso das Wahrnehmen und Verstehen einer anderen Person mit ein. Polanyi (1985) geht dabei davon aus, dass wir uns auf die Wahrnehmungen unseres Körpers verlassen. Hier lässt sich eine Verbindung zu Gendlin (1984) finden, der von „implizitem Erleben“ spricht und dabei jene Aspekte des Erlebens beschreibt, die im Erleben und Verhalten bereits implizit wirksam sind. Dieses implizite Erleben ist zwar bereits körperlich spürbar, jedoch (noch) nicht bewusst und begrifflich fassbar (Stumm & Pritz, 2007). Es ist anzunehmen, dass diese Form des Erlebens nicht nur aufseiten der Klientin sondern auch aufseiten der Therapeutin in der therapeutischen Arbeit gefunden werden kann.

Gegenseitigkeit, Resonanz und Passung

Ein weiterer Aspekt, der eng mit der Empathie verknüpft ist, ist die teilweise⁴ Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin. Wie Fehringer (1992) meint: „Zuerst muss man zu zweit sein.“ (S. 117). Nicht nur die Therapeutin ist darum bemüht sich in die Klientin einzufühlen und diese zu verstehen, sondern auch für die Klientin ist die Therapeutin eine „Andere“ (in Anlehnung an Schmid, z. B. 2009), die es zu verstehen gilt. Könnte die

⁴ Der Zusatz „teilweise“ wurde hier verwendet um jene „Einschränkung“ des Dialog-Konzeptes in der personenzentrierten Psychotherapie hervorzuheben, die Buber 1957 im Gespräch mit Rogers betonte, zumal es in der psychotherapeutischen Beziehung keine vollständige Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin geben kann (Beck, 1991).

Klientin nicht auch (einfühlsam) die Bemühungen der Therapeutin verstehen und wahrnehmen, so wäre die sechste Bedingung nach Rogers nicht erfüllt. Rogers (1957/2007) beschreibt dies als: „The communication to the client of the therapist’s empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.“ (S. 241). Hier lässt sich anmerken, dass der Aspekt einer „gemeinsamen Beziehung“ und daher der beiderseitigen Beteiligung von Therapeutin und Klientin von etlichen Autoren hervorgehoben wird (z. B. Schmid, 2002, 2007; Zurhorst, 2007). Daran knüpft auch die emotionale Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin sowie die Passung von Therapeutin und Klientin an. Gindl (2002) geht davon aus, dass Resonanz ein Grundprinzip therapeutischer Beziehungen darstellt und meint im Sinne eines dialogischen Resonanzverständnisses:

Der dialogische Prozess ist sozusagen ein Schwingungsgeschehen zwischen zwei aufeinander angewiesenen und einander entgegengesetzten Polen. Dabei werden diese Pole nicht wie im dialektischen Prozess zu einer Synthese vereinigt, sondern bleiben als solche in ihrer Eigenheit bei gleichzeitigem Aufeinander-angewiesen-und-bezogen-Sein bestehen. (S. 27)

Dialogische oder personale Resonanz hat ihren Ursprung in Therapeutin und Klientin bzw. in der gemeinsamen Beziehung (Schmid, 2008). Diese Art der Resonanz ist von Selbstresonanz und empathischer Resonanz (konkordant und/oder komplementär) zu unterscheiden, die ebenso in der Therapie in Erscheinung treten (Schmid, 2008). Gindl (2002) geht weiters darauf ein, wie Resonanz im Gegenüber erzeugt wird. Dabei führt sie an, dass das Gesamt des Ausdrucks, gesprochene Worte, Körperausdruck, Stimmklang und affektiver Gehalt des Gesagten beinhaltet und auf die Therapeutin wirkt – sowie umgekehrt auf die Klientin.

Vom Aspekt der Resonanz aus lässt sich eine Verbindung zur Passung in der therapeutischen Beziehung herstellen. Passung beinhaltet seitens Therapeutin und Klientin personale Merkmale und seitens der Therapeutin therapiebezogene Merkmale. Therapiebezogenen Merkmale hängen eng mit dem Behandlungsmodell der Therapeutin zusammen, das in das jeweilige Therapiekonzept eingebettet ist und sich sowohl implizit als auch explizit in der zwischenmenschlichen Haltung der Therapeutin der Klientin gegenüber äußert (z. B. in einer empathischen Haltung) (Kriz, 2005).

Die beschriebenen Bereiche sind als Teilaspekte eines umfassenden Einstellungsprozesses zu verstehen, der von der Therapeutin zahlreiche unterschiedliche und komplexe Anpassungsvorgänge erfordert.

Die empirische Untersuchung

Um die Relevanz des Phänomens der natürlichen Adaption in der therapeutischen Praxis zu untersuchen, wurde im Anschluss an die erst theoretischen Überlegungen, eine empirische Studie mittels des Persönlichen Gesprächs nach Langer (2000) durchgeführt. Diese Untersuchungsmethode ist der qualitativen Sozialforschung zuzuordnen und wurde in Anlehnung an die personenzentrierte Psychotherapie nach Carl Rogers und die Themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn entwickelt. Die Interviews werden mit der Eingangsfrage („Wie stellen Sie sich als personenzentrierte Psychotherapeutin/Psychotherapeut in der Therapie auf Ihre Klientinnen und Klienten ein bzw. von Klient zu Klient um und welche Prozesse laufen dabei bei Ihnen ab?“) eröffnet und dauern so lange bis die Interviewpersonen alles für sie Relevante zur Thematik gesagt haben.

Die Forscherin ist in ihrer Forschungsarbeit selbst eine Suchende und tritt nicht in der Rolle einer Expertin auf (Langer, 2000), viel mehr steht die Begegnung von Person zu Person im Vordergrund. Die Forscherin ist in der Gesprächssituation kongruent und der anderen Person gegenüber wertschätzend und begleitet das „Erzählen und die Art, wie sich die Person ausdrückt“ (S. 21) mit verstehender Resonanz. Die Forscherin kann Verständnis- bzw. „Verstehensfragen“ stellen, um Beispiele bitten und sich rückversichern, alles Relevante zum Thema richtig verstanden zu haben. So entwickelt sich zwischen Forscherin und Gesprächspartnerin im Sinne der Themenzentrierten Interaktion von Unterthema zu Unterthema ein Prozess des „lebendigen Miteinander-Lernens, Miteinander-Arbeitens und Miteinander-Seins“ (Langer, 2000, S. 29). Diese Interviewform stellt einen möglichst großen Erzählraum zur Verfügung, der tiefe Einblicke in die Erfahrungs- und Gefühlswelt der Interviewpersonen gewährt. Auf diesem Wege können Anteile impliziten Wissens sprachlich erhellt werden und so einer andern Person zugänglich gemacht werden. Dabei ist es der Forscherin auf diesem Wege „[...] ohnehin nur möglich, aus dem Meer des Erlebten und Bedachten, das eine Person zu einem Thema in sich trägt, ein Aquarium zu füllen.“ (Langer, 2000, S. 41).

Ziel dieser Art von Forschung ist nicht allgemeingültige Aussagen zu treffen, sondern „die Vielfalt von Handlungs-, Erlebens-, Gefühls-, Bewertungs- und Gestaltungsmöglichkeiten“ (Langer, 2000, S. 15) zu einem bestimmten Thema aufzuzeigen.

Stichprobe

Für die Untersuchung wurden acht Personen, davon sechs Frauen und zwei Männer ausgewählt, die mit der Zusatzbezeichnung „Personenzentrierte Psychotherapie“ mindestens

fünf Jahre in der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen waren. Die durchschnittliche Eintragungsdauer der Teilnehmenden betrug zum damaligen Zeitpunkt (2009) allerdings 15 Jahre, lediglich eine Therapeutin hatte erst vor fünf Jahren ihre Ausbildung abgeschlossen. Die tatsächliche berufliche Tätigkeit betrug bei drei Personen allerdings rund 30 Jahre. Idealerweise, jedoch nicht notwendigerweise, sollten die Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildungskontexten tätig sein, was zum damaligen Zeitpunkt auf sieben der acht Personen zutraf.

Bearbeitung der Gespräche

Nachdem von den aufgezeichneten Gesprächen, die durchschnittlich 50 bis 60 Minuten dauerten, sprachbereinigte Transkripte erstellt wurden, wurden die Aussagen der Interviewpersonen im nächsten Schritt zu Verdichtungsprotokollen thematisch zusammengefasst. Diese stellen eine „konzentrierte, geordnete, verständnisfördernd gestaltete Bearbeitung“ (Langner, 2000, S. 58) des jeweiligen Gesprächs dar, wobei diese eine „reine Dokumentation“ (ebd.) des Gesprächs darstellen und

keine Interpretationen enthalten. Im Zuge der anschließenden Validierung hatten die Teilnehmenden nochmals die Möglichkeit, schriftlich Aussagen zu berichtigen, zu ergänzen oder gänzlich zu streichen. Im letzten Schritt werden die Verdichtungsprotokolle aller Gespräche zusammengeführt und die Aussagen weiter thematisch verdichtet. Auf diesem Wege werden jene Themenfelder herausgearbeitet und präzisiert, die anschließend in Bezug zu den theoretischen Überlegungen zur natürlichen Adaption gesetzt werden.

Ergebnisse

Die Untersuchungsergebnisse können im Rahmen dieses Artikels nur in Form der Überschriften der Themenbereiche dargestellt werden, da eine adäquate Ergebnisdarstellung nach dieser Methode direkte und indirekte Aussagen zu jedem Themenbereich beinhaltet und quasi jede Person zu Wort kommt, die eine Aussage zum jeweiligen Themenbereich getroffen hat. Die folgende Tabelle gibt jedoch einen Einblick in die Vielschichtigkeit des Themenbereichs und in die Komplexität von Einstellungsprozessen:

Beschreibung in der Praxis	Verknüpfung mit der Theorie
1. Erstes Einstellen und Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit / Einstellen über Bauch und Hirn	
Rahmenbedingungen, die Einstellungsprozesse erleichtern: <ul style="list-style-type: none"> • Pausen • Abwechslung zwischen Settings • Abwechslung zwischen Störungsbildern 	Selektives Vorgehen (Hutterer, 2005): <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen • „Wahl“ der Klientinnen um optimale personenzentrierte Haltung zu verwirklichen
Einstellungsprozesse verlaufen: <ul style="list-style-type: none"> • bewusst – überlegt • spontan – intuitiv / über „den Bauch und wenig übers Hirn“ 	Polanyis Begriff von Intuition (1985) „Bauchentscheidungen“ (Gigerenzer, 2008)
2. Offenheit	
Offenheit für: <ul style="list-style-type: none"> • die Klientin / Erleben der Klientin • das eigene Erleben 	Präsenz der Therapeutin (2007)
Einstellen auf die ganze Person, unterschwellige Wahrnehmung ihrer Einzelheiten	psychotherapeutisch geschulte Wahrnehmungsfähigkeit als Grundlage hermeneutischer Empathie (Keil, 1992) implizites Schließen inkl. Verinnerlichtem Theoriewissen (Klappacher, 2006)
3. Wahrnehmung und Resonanz	
<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Wahrnehmung in der therapeutischen Situation • Wahrnehmung von Veränderungen (sowohl bei Kl. als auch Th.) • Betonung der körperlichen Ebene der Wahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Präsenz der Therapeutin (Schmid, 2007) • reflexive Komponente der Wahrnehmung (Goldstein, 2002) • körperliche Ebene der Wahrnehmung (Zurhorst, 2007)
Resonanzgeschehen entscheidend dafür, ob eine therapeutische Beziehung entsteht / fehlende Resonanz verknüpft mit erschwerter Einfühlung	Empathie als Form emotionaler Resonanz / erschwerte Empathie als Mangel emotionaler Resonanz (Gindl, 2002) wechselseitiger Charakter von Resonanz (Schmid, 2008), (Gindl, 2002)

4. Schwierige Situationen und Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeit	
Irritationen der therapeutischen Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> • Verlust des intuitiven Charakters • Fluss der Arbeit wird unterbrochen • vermehrt bewusste/theoretische Überlegungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil impliziten Wissens fällt in schwierigen Situationen geringer aus als Anteil expliziten Wissens • Fließerlebnisse / Flow (Csikszentmihalyi, 1985, 1990)
5. Beziehung und Passung	
Passung als entscheidende Therapiefrage – Merkmale guter Passung entziehen sich größtenteils der sprachlichen Explikation	hoher Anteil impliziten Beziehungswissens
Betonung der gemeinsamen Beziehung	Stellenwert der Persönlichkeit der Therapeutin in der th. Arbeit (Schmid, 2007), (Hutterer, 2005)
6. Erfahrung und Ortskenntnis	
Ortskenntnis: <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrung in der therapeutischen Arbeit • explizites Theoriewissen (Therapitheorie, störungsspezifisches Wissen) • Selbsterfahrung • Vertrauen in die eigene Wahrnehmungsfähigkeit 	in großen Teilen Konzept natürlicher Adaption; verinnerlichtes Theoriewissen findet keine explizite Erwähnung
7. Die eigene Persönlichkeit / das eigene Gewordensein	
Stellenwert der eigenen Persönlichkeit / des eigenen Gewordenseins hervorgehoben: <ul style="list-style-type: none"> • förderliche Aspekte (z. B. erleichterte Einfühlung) • hinderliche Aspekte (z. B. Gefahr eines „Vorab-Fokus“) 	räsenz und Persönlichkeit der Therapeutin, die immer deren Gewordensein, Gegenwärtigkeit und Werdenkönnen umfasst (Schmid, 2007)
Umsetzung des personenzentrierten Beziehungsangebotes dem eigenen Naturell entsprechend	„Wirksamkeit“ der Therapeutin in engem Zusammenhang mit deren Persönlichkeit (Hutterer, 2005)
Widerspiegelung eigener Therapieerfahrung (Lehrtherapie) in der therapeutischen Beziehungsgestaltung	implizites Lernen als Lernen durch Erfahrung in einer Expertinnenkultur (Klappacher, 2006)
8. Störungsspezifisches Wissen	
explizites und implizites störungsspezifisches Wissen werden in der therapeutischen Arbeit beschrieben	implizites Wissen / natürliche Adaption
explizites störungsspezifisches Wissen als Unterstützung für: <ul style="list-style-type: none"> • schwierige Situationen • schwierige Erlebensformen (z. B. Persönlichkeitsstörungen) 	ziel- und ergebnisorientierte Adaption (Hutterer, 2005) als ein möglicher Teil von Einstellungsprozessen
9. Therapeutische Interaktion	
Hin und Her in den Therapiestunden als: <ul style="list-style-type: none"> • „Ping-Pong“ • automatisches Reagieren in Hier und Jetzt, das wie von selbst läuft • leichte Bewegung, die keiner bewussten Überlegung bedarf 	<ul style="list-style-type: none"> • Fließerlebnisse / Flow (Csikszentmihalyi, 1985, 1990) • implizites Wissen im Sinne einer „erfolgreich ausgeführten körperlich-praktischen oder geistigen Tätigkeit“ (Klappacher, 2006, S. 19).
10. Auf sich selbst schauen	
hoher Stellenwert von Psychohygiene: <ul style="list-style-type: none"> • Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Arbeit • Trennung von Berufs- und Privatleben • theoretische Auseinandersetzung mit der therapeutischen Arbeit • Selbstreflexion • Supervision 	selektives Vorgehen in Bezug auf Arbeits- und Beziehungsgestaltung (Hutterer, 2005) als Basis von natürlicher Adaption
11. Relevanz der Ausbildung	
hoher Stellenwert von Ausbildung: <ul style="list-style-type: none"> • personenzentrierte Grundlagen absichern vor der Entwicklung des eigenen Stils • eigene Ausbildungstätigkeit als Anlass zur ständigen Auseinandersetzung mit eigener therapeutischer Tätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • implizites / explizites Lernen • Versuch sprachlicher Erhellung (Polanyi, 1985) implizit wirksamer Anteile der therapeutischen Tätigkeit

Tabelle 1: Hauptergebnisse der empirischen Studie

Diskussion

Reflexion der Methode

Die qualitative Forschung mittels des Persönlichen Gesprächs nach Langer (2000) hat ihre Grenzen bei der Mitteilungsbereitschaft und der Mitteilungsmöglichkeit der Gesprächspartnerinnen. Sie erschöpft sich auch dort, wo der sprachliche Ausdruck begrenzt (möglich) ist und Erfahrungen nicht in Worte gefasst werden können. Dennoch ermöglicht es diese Art der Forschung am ehesten implizite Anteile der therapeutischen Arbeit sprachlich zu erhellen und der wissenschaftlichen Bearbeitung zugänglich zu machen. Der zur Verfügung gestellte breite „Erzählraum“, die Vertraulichkeit des Gesprächs und die nicht-wertende Haltung der Gesprächsführenden ermöglichen es den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern sich mit eigenen Erfahrungen auseinanderzusetzen und auch neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Implikationen für Theorie und Praxis

Das Konzept der natürlichen Adaption stellt eine „Zwischen-Position“ zu den bisher beschriebenen Adaptionsformen in der personenzentrierten Psychotherapie dar und zielt darauf ab, die Komplexität der therapeutischen Praxis näher zu beleuchten, sowie differentielle Konzepte unter einem neuen Gesichtspunkt zu betrachten. Das Konzept erkennt den Anteil verinnerlichten persönlichen und professionellen Erfahrungswissens der Therapeutin an, sowie den Anteil verinnerlichten Theoriewissens und betont, dass verinnerlichtes störungsspezifisches (Erfahrungs-) Wissen ebenso an Einstellungsprozessen beteiligt ist, wie Wissen und Erfahrung um Beziehungen und Beziehungsgestaltung. Wichtig ist es Aspekte personenzentrierter Beziehungsgestaltung aufzuzeigen, die ihrer Natur nach, in Theorie und Praxis, adaptive Momente enthalten (z. B. Empathie, Präsenz). Es wird daher weder die Absicht verfolgt, personenzentrierter Theorie und Praxis etwas hinzuzufügen oder gar abzusprechen, sondern viel mehr Vorhandenes sichtbar zu machen. Darin liegt allerdings gleichzeitig die Gefahr einer gewissen Beliebigkeit. Auf diesem Wege könnte jegliches therapeutische (oder vielleicht auch nicht-therapeutische) Vorgehen als natürlich klassifiziert werden, sobald es in der Therapie implizit wirksam wird. Nachdem die personenzentrierte Psychotherapie ein hohes Maß an Individualisierung (Kongruenz äußert sich von Therapeutin zu Therapeutin unterschiedlich) und Individualisierbarkeit mit sich bringt und gleichzeitig immer wieder ein Ort der Methodenleihe und Methodenintegration ist (Hutterer, 2005), könnte diese Entwicklung durch das vorliegende Konzept weiter voran getrieben werden. Da die Bedeutung der Persönlichkeit der Therapeutin besonders hervorgehoben wird, könnte im Sinne impliziten Wissens argumentiert werden, dass jede

Therapeutin andere implizite Anteile in ihre Arbeit einbringt und die Umsetzung des personenzentrierten Konzeptes daher eine große Schwankungsbreite aufweist bzw. aufweisen muss. Dabei könnten gänzlich therapie-fremde Aspekte, sowie nicht-personenzentrierte Aspekte in die Therapie Einzug halten und legitimiert werden. Als Argumentationsgrundlage für die Entwicklung weiterer differentieller Konzepte könnte die natürliche Adaption insofern herangezogen werden, als argumentiert werden könnte, dass es sich bei differentiellen Konzepten lediglich um den Versuch handle, implizit leitende Erfahrungen und Überzeugungen transparenter zu machen. Dagegen lässt sich einerseits argumentieren, dass bei dem Versuch, etwas Implizites explizit zu machen, das Wesentliche verloren geht (Klappacher, 2006). Andererseits setzt natürliche Adaption im Vorfeld eine weitgehende „Identifizierung“ (Polanyi, 1985) mit dem personenzentrierten Grundkonzept voraus. Erst wenn theoretische Inhalte und Erfahrungen in der Psychotherapieausbildung verinnerlicht wurden, können sie auch implizit handlungsleitend werden. Diese Verinnerlichung bzw. Identifizierung beschreibt Polanyi (1985) als besondere Erscheinungsform der Einfühlung (in eine Thematik/Theorie). Jene Erfahrungen und Überzeugungen, die zwar handlungsleitend sind, jedoch nicht-therapeutisch sind, gilt es im Zuge von Lehrtherapie und Supervision sichtbar zu machen und im Zuge dessen einen adäquaten Umgang mit diesen zu finden. Dies gilt nicht nur für die Zeit der Ausbildung, sondern für die gesamte Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit. Denn auch die Therapeutin lebt in ständiger Entwicklung und macht laufend Erfahrungen – sie ist daher nie „ausgelernt“. Gerade in der Psychotherapieausbildung bedarf es der Verschränkung von explizitem und implizitem Lernen. Lehrtherapie, Supervision und eigene praktische Tätigkeit sind neben der Vermittlung expliziter Lerninhalte unverzichtbare Bestandteile einer fundierten Ausbildung. Persönliche, praktische eigene Erfahrung kann durch kein noch so umfassendes oder detailreiches Behandlungskonzept oder Manual ersetzt werden.

Daher wird, im Sinne natürlicher Adaption, der Stellenwert einer fundierten Ausbildung mit großem Schwerpunkt auf implizites Lernen bzw. auf Sozialisationsprozesse in Expertenkulturen (Klappacher, 2006) betont. Das Konzept wendet sich daher gegen eine zunehmende Verschulung von Psychotherapieausbildungen und gegen die weitere Ausdifferenzierung differentieller Konzepte, die oftmals eine einfache und rasche Lernbarkeit und Anwendbarkeit der personenzentrierten Psychotherapie suggerieren (vgl. Hutterer, 2005).

Auf der Ebene personenzentrierter Therapietheorie wäre eine umfassendere Auseinandersetzung mit adaptiven und impliziten Aspekten der Beziehungsgestaltung wichtig, um das Konzept weiter zu festigen. Ebenso wären weitere empirische Untersuchungen zu weiterführenden Fragestellungen

interessant. Die Frage, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Einstellungsprozessen bzw. der Verwirklichung des personenzentrierten Beziehungsangebotes gibt wurde im Zuge der Untersuchung aufgeworfen, da es zum Bereich „Intuition“ keine Aussagen der männlichen Teilnehmer gab. Dieser Aspekt wäre vor allem in Hinblick auf implizites Wissen zu untersuchen, da sich in der Bildung impliziten Wissens (und auch in der Art, wie Erfahrungen gesammelt werden) der Kontext, in dem die betreffende Person eingebettet ist (Erziehung, Sprache, Kultur etc.) niederschlägt. (Klappacher, 2006). Dies betrifft vermutlich auch den geschlechtsspezifischen Kontext. So könnten weitere Aspekte von Einstellungsprozessen beschrieben werden und das Konzept der natürlichen Adaption weiter ausgebaut werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das vorgestellte Konzept den Versuch darstellt, einen personenzentrierten Blick auf personenzentrierte Theorie und Praxis zu werfen und Vorhandenes sichtbar zu machen.

Literatur

- Beck, H. (1991). *Buber und Rogers. Das Dialogische und das Gespräch*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H. (2003). *Gesprächspsychotherapie, Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Csikszentmihalyi, M. (1985). *Das Flow-Erlebnis: Jenseits von Angst und Langeweile: Im Tun aufgehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The Psychology Of Optimal Experience*. New York: Harper Perennial.
- Eckert, J. (2007): Gesprächspsychotherapie. In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. (3. Aufl.), Heidelberg: Springer Medizin Verlag (S. 233–287).
- Fehringer, C. (1992). Mein Kopf weiß oft nicht, was mein Mund spricht. Therapeutische Beziehung als Sprachgeschehen. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie (S. 365–380).
- Frohburg, I. (1989). Zur Entwicklung adaptiver Strategien in der Psychotherapie. In I. Frohburg & S. Schönian (Hrsg.), *Adaptive Strategien in der Psychotherapie*. Berlin: Verlag der Gesellschaft für Psychologie der DDR (S. 4–14).
- Frohburg, I. (1992). Unterschiedliche Konzepte adaptiver Interventionsstrategien in der Gesprächspsychotherapie. In R. Sachse, G. Lietzer & W. B. Stiles, (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag (S. 67–79).
- Frohburg, I. (2005). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 1/2005, 22–28.
- Gendlin, E.T. (1984). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. (4. Aufl.), Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Gigerenzer, G. (2008). *Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- Gindl, B. (2002). *Anklang – Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Goldstein, E.B. (2002). *Wahrnehmungspsychologie*. (2. dt. Aufl.) Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Heinerth, K. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: J. Eckert, D. Höger & H.W. Linster (Hrsg.), (1997). *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen*. Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag (S. 50–72).
- Hutterer, R. (2004). Vervielfältigte Version von: R. Hutterer (1998). *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität einer interdisziplinären Denkrichtung*. Wien: Springer.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differentielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärung und Problematifizierung, *Person*, 1/2005, 1–21.
- Keil, W.W. (1992) Hermeneutische Empathie. In R. Stipsits & R. Hutterer, (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie*. Wien: WUV Universitätsverlag (S. 83–91).
- Klappacher C. (2006). *Implizites Wissen und Intuition. Warum wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen: Die Rolle des Impliziten Wissens im Erkenntnisprozess*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2005, 12–20.
- Langer, I. (2000). *Das persönliche Gespräch als Weg in der psychologischen Forschung*. Köln: GwG-Verlag.
- Polanyi, M. (1985). *Implizites Wissen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rogers, C.R. (1957/2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 44, 240–248.
- Rogers, C.R. (1980/2007). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schmid, P.F. (2002). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien, New York: Springer Verlag (S. 75–106).
- Schmid, P.F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personenzentrierter Therapie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. Wien: Facultas (S. 34–48).
- Schmid, P.F. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personenzentrierte Psychotherapie als kreativer Prozess des Miteinanders und Einander-Gegenüber. *Person*, 1/2008, 22–34.
- Schmid, P.F. (2009). „HIER BIN ICH“. Zu einem dialogischen Verständnis des Personenzentrierten Ansatzes. *Person*, 2/2009, 155–165.
- Stammmler, F.- M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stumm, G. & Keil, W.W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien, New York: Springer Verlag (S. 1–64).
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) (2007). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien, New York: Springer Verlag.
- Zurhorst, G. (2007). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie (GPT). Jenseits von Deutungs- und Manipulationsmacht. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. Wien: Facultas (S. 79–94).

Internetquellen

- Tojčić, M. (2010). *Die natürliche Adaption im personenzentrierten Ansatz. Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Verfügbar unter: http://othes.univie.ac.at/9676/1/2010-04-21_0106494.pdf

Empathie und Empirie: Rogers' Verstehenszugänge und ihre Voraussetzungen in der Erkenntnistheorie Schopenhauers

Ein philosophischer Anstoß

Gerhard Lukits

Linz, Österreich

Im vorliegenden Artikel versucht der Autor, eine mögliche geistesgeschichtliche Voraussetzung des Person-zentrierten Ansatzes zu skizzieren. Er geht dabei seiner Beobachtung nach, dass es bei maßgeblichen philosophischen Strömungen, von denen sich Rogers prägen ließ, Bezugnahmen auf das Denken Schopenhauers gibt. So sei es, neben allen Unterschieden in anderen Hinsichten, zu bemerkenswerten Übereinstimmungen zwischen Schopenhauer und Rogers gekommen, wo es um eine grundlegende doppelte Struktur der menschlichen Wirklichkeit und mögliche Zugänge zu ihr geht. Schopenhauers zwei Wirklichkeitsebenen „Wille“ und „Vorstellung“ finden sich demnach in Rogers' theoretischen Annahmen von „Aktualisierungstendenz“ (bzw. einer „Formativen Tendenz“) und „Selbstkonzept“ wieder. Hat Rogers also, wohl ohne maßgeblich Schopenhauer selbst rezipiert zu haben, Teile seiner Philosophie wieder zusammengeführt, die von an ihn anschließenden Strömungen vereinseitigt worden waren? Damit hätte er eine Theorie geschaffen, die in ihrer Grundfigur an diejenige Schopenhauers angelehnt ist, und die sich durch ihre Offenheit für zwei fundamental verschiedene Gesichtspunkte auszeichnet. Ihnen entsprechen demnach als Verstehenszugänge Empathie und Empirie – auf die ihr in der Psychotherapie zuordenbaren Bereiche ließe sich dann auch die Philosophie Schopenhauers klärend befragen. Denn „Verwirrung entsteht nur dann, wenn es nicht klar ist, um welchen Typ von Wissen es sich im speziellen Falle handelt.“ (Rogers, s. u.)

Schlüsselwörter: Empathie, Methodologie, Selbstkonzept, Aktualisierungstendenz, Schopenhauer

Empathy and Empiricism. Rogers' methodology and its foundation in the epistemology of Schopenhauer. A philosophic impulse. In the following article the author attempts to sketch a possible epistemological fundament of the Person Centered-Approach. He aims to show that significant schools of thought found to have influenced Rogers, refer to the philosophy of Schopenhauer. So, aside from all differences in other respects, remarkable analogies would have occurred between Schopenhauer and Rogers, where it's about a fundamental dichotomous structure of the human reality and possible accesses to it. According to that Schopenhauer's two levels of reality, 'will' and 'representation', can be found in Rogers' theoretical theses on 'actualization tendency' (or a 'formative tendency') and the 'concept of self'. Did Rogers also, without delving too deeply into Schopenhauer, reunite these aspects of his philosophy, which were separated by schools succeeding him? In so doing Rogers would have developed a theory, which, in its most basic form, resembles Schopenhauer's and also stands out for its unbiased approach to fundamentally different perspectives that, methodologically speaking, equate to empathy and empiricism. Thus Schopenhauer's philosophy might be useful for an understanding of these corresponding areas of the Person Centered-Approach. For „... confusion arises only when one is not clear as to the type of knowledge which is being specified.“ (Rogers, 1959, p. 212)

Keywords: Empathy, Methodology, Concept of Self, Actualization Tendency, Schopenhauer

Die Zeitschrift Person gibt in den letzten Jahrzehnten Zeugenschaft dafür ab, wie sehr sich das Instrumentarium des Person-zentrierten Ansatzes, auf psychische Phänomene einzugehen und sie methodisch begreifen zu wollen, ständig entwickelt und erweitert. Vorgegeben als maßgeblichen Verstehenszugang

zur Wirklichkeit der Klientin¹ hat Rogers die Empathie, die einen an ihrem Erleben und an ihrem inneren Bezugsrahmen orientierten Vorgang meint (vgl. Rogers, 1987, S. 37). Dieser Zugang hat sich mittlerweile ins Hermeneutische geöffnet, wofür besonders W. Keil mit der von ihm formulierten Methode der „Hermeneutischen Empathie“ (vgl. W. Keil, 1997) steht.

Mag. Gerhard Lukits, geboren 1967 im oberösterreichischen Kremstal, ist von seiner Grundausbildung her Philologe. Er lebt und arbeitet (als Psychotherapeut in freier Praxis, als Lehrtherapeut und Ausbilder der ÖGWG) in Linz. Korrespondenzadresse: Mag. Gerhard Lukits, Bockgasse 21, 4020 Linz, Österreich; E-Mail: gerhard.l@personcentered.net

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

Besonders bemerkenswert ist auch, dass aktuell zahlreiche Instrumente Eingang in die therapeutische Praxis finden, die einen primär empirischen Hintergrund haben: Anamnese, Diagnose, störungsspezifische Vorgangsweisen, Therapiepläne und -manuale, Fragebögen, Testungen, Evaluationen etc. sind entweder zu verpflichtenden Bestandteilen jeder Personzentrierten Psychotherapie geworden, oder sie stehen ihr als Repertoire zur Verfügung.

Das gesamte Lebenswerk von Rogers spricht dafür, dass er den Personzentrierten Ansatz in einer grundsätzlichen Offenheit für alle wissenschaftlich anerkannten methodischen Richtungen angelegt hat. Auffällig ist dabei, dass er selbst umfangreich und verdienstvoll empirisch geforscht hat (vgl. Kriz, 2001), in der unmittelbaren therapeutischen Arbeit mit seinen Klienten aber fast ausschließlich auf den empathischen Verstehensprozess gesetzt hat: „In der von Augenblick zu Augenblick stattfindenden Begegnung in der Psychotherapie ist das hervorstechendste Element in der Arbeit des Therapeuten die Fähigkeit, genau und empfindsam die Erfahrungen und Gefühle des Klienten und die Bedeutungen, die sie für ihn haben, zu verstehen.“ (Rogers, 1991/1998, S. 194) Damit nimmt Rogers eine offene, aber auch differenzierte Haltung in seiner Methodik ein: „Der Grund für die Ausarbeitung dieser verschiedenen Arten von Wissen besteht darin, dass sie alle ihre eigene Nützlichkeit haben. Verwirrung entsteht nur dann, wenn es nicht klar ist, um welchen Typ von Wissen es sich im speziellen Falle handelt.“ (Rogers, 1987/1991, S. 39) Faktisch gibt es, aus dieser Differenziertheit heraus, bei ihm die abgesteckten Bereiche der gelebten psychotherapeutischen Praxis und der Psychotherapieforschung, Bereiche, in denen er die Verstehenszugänge Empathie und Empirie (bzw. auch die Analyse im Sinne von Begriffs- und Theoriebildung) in ganz verschiedener Gewichtung anwendet.

Grundsätzlich gehört es zu den Grundregeln von Wissenschaftlichkeit, die jedem Erkenntnisfeld adäquate Methode zu wählen. Andererseits ist eine solche Wahl unbedingt begründungsbedürftig: Was sind die besonderen Qualitäten einer empirischen Vorgangsweise, um psychische Phänomene zu erfassen, (worin) hat sie aber auch ihre Grenzen? Worin liegen die Qualitäten und Grenzen eines am Erleben orientierten, phänomenologischen Erkenntnisvorganges? Wie ist die Praxis von Rogers, Empathie und Empirie als Verstehenszugänge in den Bereichen der konkreten therapeutischen Arbeit und der Forschung unterschiedlich einzusetzen, nachvollziehbar?

Es ist die These dieses Artikels, dass die bei Rogers durchgängig vorzufindende Differenziertheit in seinem Methodeneinsatz in den erkenntnistheoretischen Voraussetzungen aus Arthur Schopenhauers (1788–1860) Hauptwerk „Die Welt als Wille und Vorstellung“ (1819) begründet ist. Während Freud direkt von diesen Voraussetzungen geprägt ist, hätte Rogers

sie sich demnach eher auf dem Umweg über die Psychoanalyse, über die philosophischen Richtungen des Vitalismus, der Phänomenologie und des von ihr stark beeinflussten Existenzialismus angeeignet (vgl. Hutterer, 1998). Umso erstaunlicher wäre es dann, wie treffend Rogers die Grundfigur der Philosophie Schopenhauers in seinen Ansatz umgesetzt hat. Auch in seine Methodologie hätte er sie implizit übernommen: So kann eine Darstellung des Zusammenhanges zwischen Schopenhauers und Rogers' Grundgedanken, die ich nun in einem ersten Schritt vornehmen möchte, vielleicht zu einer für unsere Fragestellungen nicht unwesentlichen Klärung beitragen.

Wie dem Individuum die Welt erscheint: Die „Welt als Vorstellung“ bei Schopenhauer und das „Selbstkonzept“ bei Rogers

Schon im zweiten Absatz seines Hauptwerkes macht Schopenhauer klar, dass das Individuum im Mittelpunkt all seiner Überlegungen steht: „Dasjenige, was alles erkennt und von keinem erkannt wird, ist das Subjekt. Es ist sonach Träger der Welt, die durchgängige, stets vorausgesetzte Bedingung alles Erscheinenden, alles Objekts: denn nur für das Subjekt ist, was nur immer da ist.“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 2, S. 33) Welt und Subjekt fallen zusammen, in einem gewissen Sinn sind sie eins, denn das Subjekt ist „Träger der Welt“. Schopenhauer erklärt aufs Erste die Wirklichkeit ganz aus diesem Blickwinkel, so dass seine Philosophie ebenso ein Versuch der Weltdeutung wie eine umfassende Wahrnehmungspsychologie des Individuums ist. An diesem Ausgangspunkt findet sich auch Rogers wieder: „Die einzige Wirklichkeit, die ich überhaupt kennen kann, sind die Welt und das Universum so, wie ich sie wahrnehme und in diesem Augenblick erlebe. Die einzige Wirklichkeit, die Sie überhaupt kennen können, sind die Welt und das Universum so, wie Sie sie im Augenblick erleben.“ (Rogers/Rosenberg 1977, S. 179) In dieser Einigkeit spielt freilich Schopenhauer die Rolle eines philosophischen Vorgängers, Rogers die Rolle desjenigen, der dessen subjektivistischen Ansatz ebenso wie der Konstruktivismus (vgl. Frenzel, 1991) übernommen hat. Allerdings hat Schopenhauer in seiner Philosophie auch noch eine zweite, für ihn wesentlichere Ebene eingeführt, wie wir unten darstellen werden. Sie hat im Konstruktivismus keinen Boden gefunden, sehr wohl aber im Personzentrierten Ansatz: Rogers sieht wie Schopenhauer die subjektive Wahrnehmung des Individuums nur als die eine Seite seiner Wirklichkeit an, sodass er in der Gesamtheit dem Denken Schopenhauers sehr nahesteht, während der Konstruktivismus nur *eine* Dimension davon abbildet.

Vorläufig wollen wir jedoch noch bei der vom Individuum subjektiv wahrgenommenen Wirklichkeit bleiben, die

Schopenhauer mit „Die Welt als Vorstellung“ bezeichnet. In höchster Akribie und Ausführlichkeit stellt er in seinem Hauptwerk dar, wie sich diese aufbaut: Das Individuum ist eigentlich mit einem Wust von rein physikalischen, an sich bedeutungslosen, nicht immer zusammenhängenden Reizen, wie mit diversen Schall- und Lichtwellen oder mit taktilen Empfindungen etc. konfrontiert, die der Verstand in eine geordnete Vorstellung von der Welt umzusetzen gelernt hat:

„Aber wie mit dem Eintritt der Sonne die sichtbare Welt dasteht; so verwandelt der Verstand mit einem Schlage, durch seine einzige, einfache Funktion, die dumpfe, nichtssagende Empfindung in Anschauung. Was das Auge, das Ohr, die Hand empfindet, ist nicht die Anschauung: es sind bloße Data. Erst indem der Verstand von der Wirkung auf die Ursache übergeht, steht die Welt da, als Anschauung im Raume ausgebreitet ...“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 4, S. 42)

In sehr komplexen Prozessen, die nachzuvollziehen den Rahmen dieses Artikels bei weitem sprengen würde, bringt das Gehirn *seine* Ordnung in die Vielzahl an Reizen, die es über die Sinnesorgane empfängt. Um dies tun zu können, muss es sich aufs erste *seine* Kategorien und Wahrnehmungsmuster zulegen, in welche die empfangenen Daten eingereiht werden können, um schließlich zu Bedeutungszusammenhängen verknüpft zu werden. Nach und nach baut sich so ein Bild von der Wirklichkeit – die Wirklichkeit des Individuums selbst – auf, verbunden mit der Fähigkeit, neu hinzukommende Erfahrungen in ein mittlerweile immer komplexer werdendes Konzept von der Welt unterzubringen. Freilich bedarf das Gehirn irgendeines leitenden Gesichtspunkts, nach denen es eine solche Aufbauarbeit leisten kann, und Schopenhauer ist überzeugt davon, dass dieser einzig in der Kausalität besteht (siehe auch am Ende des letzten Zitats): Alle Kategorien der Wahrnehmung, alle Wahrnehmungsmuster, aber auch alle konkreten Vorstellungen und Wahrnehmungen der Wirklichkeit bilden *einen* Komplex, in dem alles durch das Prinzip von Ursache und Wirkung zusammengehalten wird:

„Dieser Art, nach Gründen zu fragen, ist gemeinsam, dass es uns schlechterdings unmöglich ist, etwas „Einzelnes, Abgerisenes“ in unserer Vorstellung zu haben; wenn und sofern etwas in unsere Vorstellung kommt (und damit für uns existiert), ist es immer schon ins Netz der Gründe verstrickt. Wenn Leibnitz sagt: „Die Natur macht keine Sprünge“, so würde Schopenhauer sagen: Unsere Vorstellung erlaubt es nicht, dass irgendetwas ‚Sprünge‘ macht.“ (Safranski, 1987/2013, S. 235)

Bei solchen Passagen drängen sich Verbindungen zum Begriff des Selbstkonzepts (und seiner Erhaltungstendenz) auf, das Rogers einmal als „strukturierte, konsistente Vorstellungsgestalt“ (Stumm, Wiltschko & W. Keil, S. 278) charakterisiert hat. Will man sich auf die Lektüre der ersten Kapitel von „Die Welt als Wille und Vorstellung“ einlassen, entwickeln sich aus

solchen Verbindungen bald Parallelen, aus ihnen eine mögliche Parallelität zwischen Schopenhauers „Vorstellungswelt“ und Rogers’ „Selbstkonzept“. Freilich gibt es auch deutliche Unterschiede, etwa den semantischen, dass der von Schopenhauer vielfach verwendete Begriff „selbst“, vergleichbar mit dem aktuell vielfältigen Alltagsgebrauch des Wortes, grundsätzlich nicht mit dem Begriff „Selbst“ bei Rogers korreliert. Außerdem spielt Schopenhauers Kausalitätsprinzip bei Rogers keine explizite Rolle, taucht aber im personenzentrierten Ansatz transformiert ins moderne Bild der „Vernetzung“ wieder auf (s. u.). Die beiden Denker bewegen sich in ihrem thematischen Schwerpunkt auf verschiedenen Gebieten, Schopenhauer auf dem Gebiet der Philosophie und der Erkenntnistheorie, Rogers auf dem Gebiet der Psychotherapie und der Persönlichkeitstheorie – in der grundlegenden Denkfigur gibt es jedoch eine Ähnlichkeit. So spielt der Begriff der Erfahrung eine zentrale Rolle nicht nur für die Definition des Selbstkonzepts, wie sie etwa Heinerth vornimmt: „Das Selbstkonzept ist ein Ganzes aus der Summe und Vernetzung aller signifikanten Erfahrungen, die das Individuum symbolisiert. Es besteht aus Vorstellungen, Bildern, Empfindungen, Gefühlen, Gedanken, Worten, Sätzen und den dazugehörigen Werten.“ (Stumm, Wiltschko & W. Keil, S. 278) Hier findet sich das gemeinsame Motiv des Gesamtzusammenhanges wieder, der für Schopenhauer ein kausaler ist, für Rogers eine in sich vernetzte Gestalt. Der Stoff dafür ist bei ihm die Erfahrung, und genauso gilt das für die „Vorstellungswelt“ Schopenhauers: „Erfahrung geht von den Sinneswahrnehmungen aus, verknüpft deren unstrukturierte Vielfalt aber unter dem einheitsstiftenden Aspekt, dass alle Sinneseindrücke Wahrnehmungen *eines* Bewusstseins sind“ (Möbuß 1998/2010, S. 56) Somit gibt es für Schopenhauer nur Erfahrung, die einer Vorstellungswelt entspricht – Vorstellung und Erfahrung gehören für ihn sogar noch enger zusammen als für Rogers.

In Heinerths soeben zitierter Definition fehlt noch der ausdrückliche Rück-Bezug des Selbstkonzepts auf das jeweilige Individuum selbst, er fügt ihn aber sogleich durch das Rogers-Zitat hinzu: „Man kann es sich als eine strukturierte, konsistente Vorstellungsgestalt denken, die sich zusammensetzt aus den Wahrnehmungen vom Ich oder Mich und den Wahrnehmungen von den Beziehungen dieses Ich zur Außenwelt und zu anderen Personen. Dazu gehören auch die mit diesen Wahrnehmungen verbundenen Wertvorstellungen.“ (Rogers, 1975/1977, S. 35f.) Das Individuum steht nicht nur im Mittelpunkt aller seiner Wahrnehmungen, es ist auch ihr Bezugspunkt. Dass dies ebenso für Schopenhauers Philosophie gilt, haben wir oben schon dargestellt. Schopenhauer betont aber darüber hinaus noch Aspekte der individuellen „Vorstellungswelt“, die bei Rogers das „Wirklichkeitskonzept“ eines Menschen zu einem „Selbst-Konzept“ und sogar zu einem „Selbst“ machen: Auch bei Schopenhauer *hat* ein Individuum nicht

seine Vorstellungswelt, sondern *diese definiert im Gegenteil das Individuum* als ein Ich gegenüber einer Außenwelt bzw. gegenüber Objekten. Subjekt zu sein ist an eine individuelle Vorstellungswelt gebunden, da diese ein Ich-Selbst-Sein erst konstituiert, indem es ihm eine bestimmte, abgrenzbare Identität, ja überhaupt erst Existenz verleiht: „Das Subjekt liegt nicht in Raum und Zeit: ... verschwände aber auch jenes einzige, so wäre die Welt als Vorstellung nicht mehr. Diese Hälften sind daher unzertrennlich, selbst für den Gedanken: denn jede von beiden hat nur durch und für die andere Bedeutung und Dasein, ist mit ihr da und verschwindet mit ihr. Sie begrenzen sich unmittelbar: wo das Objekt anfängt, hört das Subjekt auf.“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 2, S. 34)

Dem Individuum gibt seine Vorstellungswelt nicht nur die Möglichkeit, Wirklichkeit wahrzunehmen, sondern sich darin auch selbst zu definieren und eine eigene Identität herauszubilden. Darüber hinaus besteht seine Vorstellungswelt, vergleichbar dem Selbstkonzept, nicht nur aus Vorstellungen über außerhalb seiner selbst liegende Objekte, sondern wesentlich aus Vorstellungen über sich selbst: Das Subjekt wird zum Betrachter seiner selbst, seiner Körperlichkeit und seiner grundlegenden Materialität – in dieser Reflexion wird es für sich selbst zum Objekt, es ist ein wechselseitiges „Ich oder Mich“ (siehe letztes Rogerszitat): „Ein Wesen ist es im Grunde, das sich selbst anschaut und von sich selbst angeschaut wird ... Dieses beide umfassende Ganze ist die Welt als Vorstellung.“ (Schopenhauer, 1819/1996, II, § 1, S. 30)

Die schöpferische Kraft des Lebens: Der „Wille“ bei Schopenhauer und die „Aktualisierungstendenz“ bei Rogers

Folgt man den Überlegungen des zweiten Kapitels, hätte Schopenhauer wesentliche Charakteristika, die im Personenzentrierten Ansatz dem Selbstkonzept zugeschrieben werden, in ihrer Grundlinie für die „Vorstellungswelt“ des Individuums schon vorgezeichnet. Diese ist bei ihm als Philosophen, wie oben beschrieben, Trägerin anderer Themen, Inhalte und Wertungen als beim Psychotherapeuten Rogers – im vorliegenden Artikel soll es aber ausdrücklich nur um die Grundstruktur an sich gehen, eine Struktur, in der „Vorstellungswelt“ und „Selbstkonzept“ jeweils nur *einen* von zwei Teilen einer doppelten Figur menschlichen Daseins und Wahrnehmens repräsentieren:

Am Anfang des zweiten Buches vollzieht Schopenhauer eine Wendung hin zu einer zweiten Dimension von Welt und menschlicher Existenz, indem er beim Selbstbezug zum eigenen Leib ansetzt: Dem Individuum „... ist dieser Leib auf zwei verschiedene Weise gegeben: einmal als Vorstellung in verständiger Anschauung, als Objekt unter Objekten, und den Gesetzen

dieser unterworfen ...“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 18, S. 157) Zu der Vorstellungswelt eines Menschen gehört wie alles, was ihn betrifft und ausmacht, auch sein Körper. Jedes Individuum hat ein Bild davon, wie sein Körper aussieht, woraus er sich zusammensetzt und wie er sich bewegt. Dieses ist durch Erfahrungen gewonnen, etwa durch die Begegnung mit dem eigenen Spiegelbild, durch Rückmeldungen von anderen oder durch die Lektüre eines Anatomielexikons. In alledem bewegt sich ein Mensch in seiner empirischen „Vorstellungswelt“ von sich selbst, nach unserer Lesart in seinem Selbstkonzept. Damit gibt sich aber Schopenhauer nicht zufrieden, ebenso wenig wie Rogers: Wie ein Mensch seinen Leib wahrnimmt, ist *eine* Ebene, es gibt aber auch noch die andere, sogar grundlegendere Ebene, dass dieser Leib ja auch unabhängig von jedem Wahrgenommenwerden real da ist (etwa im traumlosen Tiefschlaf). Dem Individuum ist sein Leib einerseits als Vorstellung gegeben, „... sodann aber auch auf eine ganz andere Weise, nämlich als jenes jedem unmittelbar Bekannte, welches das Wort Wille bezeichnet“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 18, S. 157) ... „der Begriff Wille ist der einzige, unter allen möglichen, welcher seinen Ursprung nicht in der Erscheinung, nicht in bloßer anschaulicher Vorstellung hat, sondern aus dem Innern kommt, aus dem unmittelbarsten Bewusstsein eines jeden hervorgeht, in welchem dieser sein eigenes Individuum, seinem Wesen nach, unmittelbar, ohne alle Form, selbst ohne die von Subjekt und Objekt, erkennt und zugleich selbst ist, da hier das Erkennende und das Erkannte zusammenfallen.“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 22, S. 172f.)

Schopenhauer unterscheidet wie Rogers zwei Ebenen der Existenz, die sich auch als zwei Ebenen der Wahrnehmung zeigen: Ein Mensch kann seine Hand oder sich selbst quasi von außen betrachten und gedanklich einen vielfältigen Bezug dazu haben, womit sich seine Wahrnehmung im Bereich der Vorstellungen bewegt. Er kann das Dasein seiner Hand oder seiner selbst aber auch von innen heraus, leiblich, im Hier und Jetzt spüren, fühlen und erleben. Damit befindet sich seine Wahrnehmung im Bereich des so genannten „Willens“, in dem es keinen Abstand zwischen Wahrnehmendem und Wahrgenommenem, keine Trennung zwischen „Ich und Mich“ mehr gibt: „Wille ist der Name für die Selbsterfahrung des eigenen Leibes. Nur der eigene Leib ist jene Realität, die ich nicht nur als Vorstellung habe, sondern die ich selber bin ... Die Selbsterfahrung des eigenen Leibes ist der einzige Punkt, wo ich erfahren kann, was die Welt ist, außer dass sie meine Vorstellung ist.“ (Safranski, 1987/2013, S. 317)

Der „Wille“ Schopenhauers hat nicht unsere Bedeutung von „Wollen“, er bezeichnet das unmittelbar gegebene, leibliche Dasein und alles, was dazugehört, also auch alle Empfindungen und Gefühle (vgl. Eisler, 1912, S. 654). Genau genommen sind diese aber *Ausdruck* des „Willens“, den Schopenhauer primär

als schöpferische Lebenskraft versteht. „Dieser Begriff Wille im Sinn Schopenhauers hat nur wenig mit dem Begriff Wille zu tun, wie wir ihn verwenden. Es handelt sich nur ganz peripher um das bewusste Wollen, im Sinne von ‚ich will heute abends ein Buch lesen‘. Nein, dieser Begriff Wille, wie ihn Schopenhauer versteht, ist vornehmlich etwas gänzlich Unbewusstes, eine drängende Lebenskraft, die sich zumeist der vernünftigen Kontrolle gerade entzieht. Der Wille ist die Macht, die der Welt innewohnt, sie erschafft und in allen ihren vielen Erscheinungen anwesend ist. Es ist die Macht, die Planeten kreisen lässt, in den Kräften der Erdanziehung oder des Magnetismus präsent ist, und insbesondere das Leben kreiert und mit Energie durchwirkt. Der Wille ist die Lebenskraft, die in der Natur und in uns brodeln und uns deshalb etwas unmittelbar Bekanntes ist.“ (Liederer, 2011, 00,59,32–1,00,34) Schopenhauer versteht unter Wille eine der Welt und jeder einzelnen Gegebenheit innewohnende schöpferische Kraft, die in eine unbegrenzte Richtung geht: „In der Tat gehört Abwesenheit alles Zieles, aller Grenzen, zum Wesen des Willens an sich, der ein endloses Streben ist ... Jedes erreichte Ziel ist wieder Anfang einer neuen Laufbahn, und so ins Unendliche ...“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 29, S. 240) Der Wille bringt ordnende Gesetzmäßigkeiten hervor und wirkt in ihnen, er bringt Leben hervor und drängt auf die Entfaltung seiner Energie: Er „ist nie träge, absolut unermüdlich, seine Tätigkeit ist seine Essenz, er hört nie auf zu wollen, und wann er, während des tiefen Schlafs, vom Intellekt verlassen ist und daher nicht auf Motive nach außen wirken kann, ist er als Lebenskraft tätig, besorgt desto ungestörter die innere Ökonomie des Organismus und bringt auch als *vis naturae medicatrix* (als Heilkraft der Natur) die eingeschlichenen Unregelmäßigkeiten desselben wieder in Ordnung ... Seine Unermüdlichkeit teilt er, auf die Dauer des Lebens, dem *Herzen* mit, diesem *primum mobile* (ersten Beweggrund) des Organismus, welches deshalb sein Symbol und Synonym geworden ist.“ (Schopenhauer, 1819/1996, II, § 19, S. 276f.) Der Wille bezeichnet eine „Lebenskraft“, die wie die Aktualisierungstendenz unermüdlich „zur Entwicklung drängt. Er ist darüber hinaus eine ordnende Kraft jedes Organismus, die am ungestörtesten jenseits von Intellekt und Bewusstsein wirkt, und scheint auch darin der Aktualisierungstendenz vergleichbar. Eher als den „Vorstellungen“ teilt sich der Wille dem Herzen mit, das in dessen Sinn rastlos arbeitet – wenn Schopenhauer von der Symbolik des Herzens spricht, verbindet er damit aber wohl nicht zuletzt die ihm symbolisch zugeschriebenen Qualitäten des intensiv leiblichen Fühlens, der Sympathie und der Empathie mit. Wenn ein Mensch, etwa durch die Möglichkeiten, die sich durch diesen engen Zusammenhang zwischen Wille, Organismus und „Herz“ auftun, tiefere Einsicht über den Willen gewinnt, sagt ihm Schopenhauer zu: „Nicht allein in denjenigen Erscheinungen, welche seiner eigenen ganz ähnlich

sind, in Menschen und Tieren, wird er als ihr innerstes Wesen jenen nämlichen Willen anerkennen; sondern die fortgesetzte Reflexion wird ihn dahin leiten, auch die Kraft, welche in der Pflanze treibt und vegetiert, ja, die Kraft, durch welche der Kristall anschießt, die, welche den Magnet zum Nordpol wendet ... – diese alle nur in der Erscheinung für verschieden, ihrem inneren Wesen nach aber als dasselbe zu erkennen, als jenes ihm unmittelbar so intim und besser als alles andere Bekannte, was da, wo es am deutlichsten hervortritt, Wille heißt.“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 21, S. 170)

Diese Passage erinnert sogar in ihrem Duktus an das bekannte Kapitel in Rogers' „Der neue Mensch“, in dem er die formative Tendenz in geradezu kosmischen Bildern beschreibt (vgl. Rogers, 1981/2007, S. 75–77). Derartige Parallelen sind sicher kein Zufall, sondern geistesgeschichtlich gut nachvollziehbar: Als Vertreter der Lebensphilosophie, einer philosophischen Richtung des 19. und 20. Jahrhunderts, hat Bergson Schopenhauers Willensansatz bis hin zu dessen Formulierungen aufgegriffen (vgl. Bönke, 1916) und in die Annahme eines „Élan vital“ umgesetzt (vgl. Bergson, 1921). Rogers wiederum hat sich mit der Lebensphilosophie auseinandergesetzt (vgl. Hutterer, 1998) und den „Élan vital“ in die für ihn fundamentale Annahme einer Aktualisierungstendenz auf der personalen Ebene, einer „Formativen Tendenz“ in einer umfassenderen Perspektive transformiert – wahrscheinlich ohne Schopenhauer als den Urheber dieser Ideen selbst rezipiert zu haben.

Es gibt aber auch noch einen zweiten Weg, der sich von Rogers' Annahme einer fundamentalen Entwicklungstendenz bis zu Schopenhauers „Wille“ zurückverfolgen lässt, nämlich über die Psychoanalyse: Als begeisterter Kenner Schopenhauers hat Freud den Willen in die libidinösen Triebkräfte des Es übersetzt, was ihm auch den Ruf eines egoistischen, vorwiegend sexuellen Überlebenstriebes beschert hat (vgl. Gödde, 2009). Damit bezieht sich Freud aber auf Überlegungen Schopenhauers nicht über den Willen an sich, sondern über den individualisierten Willen, also den Willen unter der Voraussetzung des *principium individuationis* (vgl. Schopenhauer, 1819/1996, I, § 44 und § 60), der dann eine starke Selbsterhaltungs- und Fortpflanzungstendenz entwickeln würde: „Daher kann in solchem Fall die Natur ihren Zweck nur dadurch erreichen, dass sie dem Individuo einen gewissen *Wahn* einpflanzt, vermöge dessen ihm als ein Gut für sich selbst erscheint, was in Wahrheit bloß eines für die Gattung ist ... Dieser Wahn ist der Instinkt.“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 44, S. 688) Insgesamt ist für Schopenhauer der leidvolle „Wahnsinn“, den er in seinem bekannten Pessimismus in aller lebendigen Existenz sieht, nicht auf den Willen an sich, sondern auf die mit jeder Individualisierung entstehende Instinkthaftigkeit des Sexuellen und die damit verbundenen Egoismen zurückzuführen. Davon hat Rogers in seine Theorie den Aspekt der Selbsterhaltung

aufgenommen, den er aber nicht so darwinistisch konnotiert wie Freud, an den er sich dabei anlehnt. Vielmehr wendet er die Grundidee von einer schöpferischen Lebenskraft ins Erfreuliche: Wenn ein Mensch sich im Spüren, im Erleben, im einfachen So-Sein seinem unmittelbar vorhandenen, leiblichen Wesen zuwendet, wird er dort nicht Abgründe dunkler Triebhaftigkeit vorfinden, sondern seine konstruktive, soziale, schöpferische Essenz.

Empathie und Empirie

„Sein als Sein ist gut‘. Das ist also, was ich die Wesensnatur des Menschen nennen würde ... Der Mensch, wie er in Zeit und Raum, in Biographie und Geschichte lebt, dieser Mensch ist nicht einfach das Gegenteil der Wesensnatur des Menschen, weil er dann nicht länger Mensch wäre. Aber seine zeitliche, historische Natur ist eine Verzerrung seiner Wesensnatur, und bei dem Versuch, sie zu erreichen, widerspricht er vielleicht seiner wahren Natur. Es ist eine gewaltige Mischung, und um die wahre menschliche Kategorie zu verstehen, müssen wir diese zwei Elemente unterscheiden.“ (Rogers & Schmid, 1991, S. 261)

Bisher ist in diesem Artikel dargestellt worden, wie Rogers in der Entwicklung seiner Theorie im Wesentlichen auf eine Dichotomie zurückkommt, die Schopenhauer im Werk „Die Welt als Wille und Vorstellung“ angenommen und formuliert hat. Demnach besteht die Wirklichkeit aus zwei Ebenen, die sich in ihrem Wesen grundlegend voneinander unterscheiden, und die bei Schopenhauer zueinander stehen wie ein Hintergrund und ein Vordergrund derselben Gegebenheit: Im tragenden Hintergrund steht bei Schopenhauer mit dem „Willen“ eine universelle, schöpferische, Kraft jenseits der empirisch-verstandesmäßigen Wahrnehmbarkeit, die das Leben in Richtung weiterer Entwicklung drängt. Ausdruck davon ist auch die reale leibliche Wirklichkeit eines Individuums. Dem vergleichbar ist bei Rogers die Annahme einer Formativen Tendenz bzw. bei einer Person einer Aktualisierungstendenz und eines „Organismischen“. Dessen unmittelbares Erleben, dessen Art von Bewertungen und „Weisheit“ (vgl. W. Keil, 2005, S. 3, und Stumm & W. Keil, 2014, S. 6f.) fehlen dem Selbstkonzept an sich. Die personenzentrierte Annahme eines Selbstkonzepts wiederum korreliert, bei allen Unterschieden zu dessen vorwiegend philosophischem Zugang, mit der einer „Welt der Vorstellung“ bei Schopenhauer: In ihr zeigt sich die Wirklichkeit, in deren Mittel- und Bezugspunkt immer das Selbst eines Individuums steht, aus dem relativen Blickwinkel seiner spezifischen Wahrnehmungskategorien, Wahrnehmungsmuster und seiner bisherigen Erfahrungen – Wie diese beiden Ebenen sich im Bewusstsein einer Person zueinander verhalten, eröffnet schon bei Schopenhauer implizit die Frage nach dem

Wesen von Kongruenz und Inkongruenz, auf die ich aber in diesem Rahmen nicht ausdrücklich eingehen kann.

Nach Schopenhauer gibt es das Individuum einerseits in seinem leiblich-emotionalen Dasein, doch vordergründig existiert es auf einer anderen Ebene, nämlich in seinen Vorstellungen über sich – Rogers bildet diese Denkfigur in ihren Grundzügen ab, umgesetzt in eine psychotherapeutische Persönlichkeits- und Wahrnehmungstheorie. Auch da, wo es um Verstehenszugänge zu den beiden Dimensionen der Wirklichkeit geht, gibt es in der Grundlinie eine hohe Vergleichbarkeit zwischen Rogers und Schopenhauer: Die Ebene der Vorstellung bzw. des Selbstkonzepts ist die Ebene der Erfahrung, seiner Verarbeitung und des Diskurses darüber, sei dies nun ein persönlicher innerer Diskurs oder der Diskurs einer Wissenschaft. Da der einzelne Mensch ein in seinen Wahrnehmungen existierendes, (selbst-)konzeptbildendes Wesen ist, muss er sich notwendigerweise auf dieser Ebene mit sich und der Welt auseinandersetzen, vor allem mit den Mitteln des Sammelns von Erfahrungen, des Denkens und Kombinierens. In Wissenschaft und Forschung geschieht dies, in einem anderen Rahmen, mit den Mitteln von Empirie und Analyse. Schopenhauer zufolge bewegen sie sich damit aber immer auf dem Boden der „Vorstellungen“, eingeschlossen wohl auch seine eigene Philosophie. Deutlich grenzt er sich jedoch davon ab, die Ebene von Empirie und Intellekt, also die „Welt als Vorstellung“ zu verabsolutieren, wie es später im Konstruktivismus geschieht. Außerdem nimmt er Abstand davon, auf dieser „äußeren“ Ebene den Dingen auf den Grund gehen zu wollen, wie er es bei Kant sieht: „Ein wesentlicher Unterschied zwischen Kants Methode und der, welche ich befolge, liegt darin, dass er von der mittelbaren, der reflektierten Erkenntnis ausgeht, ich dagegen von der unmittelbaren, der intuitiven ...“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, Anhang, S. 609f.) Er hält Kant vor, dass er auf der Ebene der Vorstellung und mit den Mitteln des Verstandes nach Einsichten über Gegebenheiten sucht, die sich auf der Ebene des leibhaften Daseins befinden: „Aus dieser ganzen Darstellung geht sicher und deutlich hervor, dass die Absicht, das Wesen an sich der Dinge zu erfassen, schlechthin unerreichbar ist aus dem Wege der bloßen Erkenntnisse und Vorstellung; weil diese stets von außen zu den Dingen kommt und daher ewig draußen bleiben muss.“ (Schopenhauer, 1819/1996, II, § 1, S. 22) Mit dem „Wesen der Dinge“ meint Schopenhauer „die Welt als Wille“, also das schöpferisch-lebendige Dasein jenseits aller Bedeutungsgebungen durch Verstand und Erfahrung. Wer sie als Wissenschaftlerin mithilfe von Intellekt oder Empirie zu erfassen versucht, erkennt nicht, „dass von außen dem Wesen der Dinge nimmermehr beizukommen ist: wie immer man auch forschen mag, so gewinnt man nichts als Bilder und Namen. Man gleicht einem, der um ein Schloss herumgeht, vergeblich einen Eingang suchend, und einstweilen die Fassaden skizzierend. Und doch

ist dies der Weg, den alle Philosophen vor mir gegangen sind.“ (Schopenhauer, 1819/1996, I, § 17, S. 156)

Wenigstens aus personenzentrierter Sicht ist es Schopenhauer hoch anzurechnen, dass er, nach Kants gegenteiligem Verdikt, die Wirklichkeit jenseits aller Konstruktionen des Verstandes wieder als etwas ins Spiel gebracht hat, zu dem Verstehen einen Zugang finden kann – Ja, für ihn gibt es eine auf den Grund gehende Einsicht nur in einem Zugang, den der Mensch sich auf-tun kann, indem er sich für die Unmittelbarkeit seiner eigenen Existenz und Leiblichkeit öffnet. Der Begriff „Intuition“, den Schopenhauer immer wieder dafür verwendet, meint dabei keineswegs ein „irrationales Bauchgefühl“, sondern einen Zu-gang „innerer Anschauung“, der aus einem Bewusst-Sein her-vorgeht. Damit hat Schopenhauer einen neuen Weg beschriftet, den er umso mehr gegen die Methoden von Empirie und Analyse absetzte, als diese zu seiner Zeit schon ausgereift und in der Philosophie etabliert waren – seine eigene „intuitive“ Methodik steckte dagegen noch ganz in den Kinderschuhen, war also bei ihm noch mehr abstrakter Anspruch als greifbarer Inhalt (vgl. Binswanger, 1922, S. 245).

Immerhin gewinnt an einer Stelle, wo er das Mitleid als Fundament seiner Ethik beschreibt, der von ihm vorgegebene Weg des unmittelbaren, intuitiven, leibhaften Verstehens doch Kontur für uns. Bezeichnenderweise gelingt dies anhand eines Phänomens, das in einer gewissen Verwandtschaft zur Empa-thie steht: „Wie ist es nun aber möglich, dass ein Leiden, wel-ches nicht meines ist, nicht mich trifft, doch eben so unmittel-bar, wie sonst nur mein eigenes, Motiv für mich werden, mich zum Handeln bewegen soll? Wie gesagt, nur dadurch, dass ich es, obgleich mir nur als Äußeres, bloß vermittelt der äußeren Anschauung oder Kunde gegeben, dennoch mitempfinde, es als meines fühle, und doch nicht in mir, sondern in einem An-dern. Dies aber setzt voraus, dass ich mich mit dem Andern gewissermaßen identifiziert habe und folglich die Schranke zwischen Ich und Nicht-Ich, für den Augenblick, aufgehoben sei: nur dann wird die Angelegenheit des Andern, sein Bedürf-nis, seine Not, sein Leiden, unmittelbar zum meinigen: dann erblicke ich ihn nicht mehr, wie ihn doch die empirische An-schauung gibt, als ein mir Fremdes, mir Gleichgültiges, von mir gänzlich Verschiedenes, sondern in ihm leide ich mit, trotz dem, dass seine Haut meine Nerven nicht einschließt. Nur dadurch kann sein Wehe, seine Not Motiv für mich werden: außerdem kann es durchaus nur meine eigene. Dieser Vorgang ist, ich wiederhole es, mysteriös: denn er ist etwas, wovon die Ver-nunft keine unmittelbare Rechenschaft geben kann, und des-sen Gründe auf dem Wege der Erfahrung nicht auszumitteln sind.“ (Schopenhauer, 1841/2008, S. 233–234).

Diese Passage, besonders der letzte Satz, ist ein guter Beleg dafür, wie Schopenhauer zwischen „äußerer“, „empirischer Anschauung“ und Intellekt einerseits, und dem „mysteriösen“

Vorgang der Einfühlung, hier in Form von Mitleid, deutlich unterscheidet. Mit den Mitteln von Empirie und Analyse kann „die Schranke zwischen Ich und Nicht-Ich“, die Trennung zwi-schen einem Subjekt und einem Objekt der Wahrnehmung nicht aufgehoben werden – dies geschieht nur auf der ande-ren Ebene leibhafter Wahrnehmung, die nur „für den Augen-blick“, im Mitempfinden, im Fühlen, in der Sym-pathie besteht.

Außerdem sind Schopenhauers Überlegungen zum Phäno-men des Mitleids eine bemerkenswerte Vorlage zum Thema Empathie an sich, das ja Freud als erster zum Thema der Psy-chotherapie gemacht hat (vgl. Hutterer, 1998). Insgesamt konnte Rogers aus der Psychoanalyse, etwa in ihrer methodischen Grundhaltung „gleichschwebender Aufmerksamkeit“, und da-rüber hinaus aus einer noch viel breiteren Palette von metho-dischen Ansätzen schöpfen, denen Schopenhauers Grundidee gemeinsam war: Es gibt eine von Vorstellungen unabhängige Wirklichkeit, die dem Menschen aus einer Offenheit für sein existenzielles Dasein und für seine Leiblichkeit heraus zugäng-lich ist. Vor allem hat Rogers diesbezüglich an Methoden der Phänomenologie angeknüpft, die zu seiner Zeit viel Anerken-nung genoss, nicht zuletzt, weil der damals moderne Existen-zialismus offen Anleihe bei ihr genommen hat – in der Ausein-andersetzung mit dem Existenzialismus geht Rogers aber auch insofern den Spuren Schopenhauers nach, als der Existenzia-lismus von Nietzsche und dieser wiederum von Schopenhauer stark geprägt waren (vgl. Hutterer, 1998).

So konnte sich Rogers auf zahlreiche Denker berufen, die den bei Schopenhauer noch schwer greifbaren Anspruch auf „intuitive Erkenntnismöglichkeiten“ in mittlerweile etablierte Methoden umgesetzt hatten. Damit gab es für ihn keine Not-wendigkeit, sie hervorstreichen, etwa indem er andere metho-dische Richtungen abgetan hätte. Im Gegenteil hat Rogers, wie am Anfang des Artikels schon erwähnt, selbst sehr ernst-haft empirisch geforscht und analytisch gedacht, hat dabei aber doch eine Unterscheidung eingehalten, die meiner Auffassung nach auf Schopenhauer zurückgeht: Die Ebene von Wissen-schaft und Forschung ist „die Welt als Vorstellung“, also eine Welt von Theorien und Modellen, in die Gegebenheiten einge-ordnet und gefasst werden, ohne dass sie so in ihrem lebendigen Dasein *erfasst* würden. Die Ergebnisse von wissenschaftlichen Untersuchungen (selbst wenn sie einen phänomenologischen Ausgangspunkt haben) speisen sich aus Daten, Erfahrungen und ihrer Verknüpfung, und daher entsprechen dieser Ebene primär die methodischen Zugänge von Empirie und Analyse. In der unmittelbaren therapeutischen Praxis tritt bei Rogers das Interesse an diesen Verstehenszugängen deutlich in den Hinter-grund. Hier setzt er in seinem Verstehenwollen nicht auf Daten *von* seinen Klientinnen, nicht auf Anamnesen, Diagnosen oder Testungen, nicht also auf die Verarbeitung von empirischem Material und ebenso wenig auf Analysen – sondern er setzt

in einer eindeutigen Priorität auf den erlebten empathischen Kontakt *mit* dem leibhaften Sosein seiner Gesprächspartner.

Für eine solche Differenzierung könnte auch die Metapher von „Rahmen“ und „Inhalt“ hilfreich sein, die sich ja bei Rogers immer wieder findet: Selbstverständlich bedarf jede psychotherapeutische Arbeit eines Rahmens, alleine schon in einem sicheren Setting, aber auch in der Ausbildung der Psychotherapeutin, in ihrer Erfahrung und ihrem Wissen. Es gibt einen gesellschaftlich vorgegebenen Rahmen, und nicht zuletzt den Rahmen von Wissenschaft, Forschung und Qualitätssicherung. Diesen Gesamtrahmen, der natürlich ständig in Bewegung bleibt, muss der Psychotherapeut immer wieder neu schaffen und mitbringen, etwa indem er aktuelles, relevantes (z. B. störungsspezifisches) Fachwissen im Hintergrund hat, oder auch indem er sich (z. B. in einer Anamnese) Informationen erwirbt. Es könnte aber im Sinne der angesprochenen Differenzierung zwischen den zwei besprochenen, fundamental verschiedenen Gesichtspunkten wichtig sein, diesen unabdingbaren und unterstützenden „Rahmen“ vom „Inhalt“ einer Personzentrierten Psychotherapie bewusst zu unterscheiden, also von dem, was Rogers als ihr eigentliches Wirkungspotential angesehen hat: Die Aktualisierungstendenz einer Klientin wird demnach nicht durch die beschriebenen Rahmenbedingungen, sondern durch die ihr entgegengebrachten Haltungen gefördert, also durch die gelebte Beziehung, die sich auf der Ebene des Verstehens in erlebter, leibhafter Empathie vollzieht. Auf dieser Ebene geht es, wenigstens ausgehend von den in diesem Artikel verfolgten Voraussetzungen und Überlegungen, nicht um Daten, Konstrukte oder Konzepte, sondern um ein Verstehen im Lebendigen und im Dasein.

Schlussfolgerungen

Schopenhauer und Rogers sind beide Denker, die sich gründlich mit der menschlichen Existenz auseinandergesetzt haben. Daher gibt es natürlich viele Möglichkeiten, sie miteinander zu vergleichen, und es gibt auch viele Unterschiede zwischen ihnen. Gegenstand dieses Artikels ist jedoch nicht ein umfassender Vergleich ihrer Theorien, sondern der Hinweis auf eine bestimmte inhaltliche Parallelität zwischen ihnen, die freilich ganz grundlegend ist: Wie schon Kant gehen beide von einer, zumindest aus menschlicher Sicht, doppelten Struktur der (lebendigen) Wirklichkeit aus, nämlich einerseits von der Ebene des Lebendigen, Schöpferischen selbst, die sich bei Schopenhauer im „Willen“, bei Rogers im Organismischen und der Aktualisierungstendenz ausdrückt. Andererseits gibt es eine Ebene der Konstruktionen *darüber*, die mit jeweils durch bestimmte Wahrnehmungsmuster bedingten Erfahrungen zusammenhängt, individuell gesehen bei Rogers das Selbstkonzept, bei

Schopenhauer die „Welt als Vorstellung“ einer Person. Im Gegensatz zu Kant meint Schopenhauer, dass der Mensch in seiner Wahrnehmung auch einen Zugang zum Lebendigen selbst haben kann, nämlich über sein Erleben, das im Körperlichen und damit im Lebendigen selbst verankert ist – diese Überzeugung, dass es dazu prinzipiell doch einen Zugang gibt, findet sich bei Rogers wieder, wenn er von „organismischem Erleben“ spricht, und wenn ihm das Spüren oder Fühlen als Qualitäten des unmittelbaren Erlebens besonders wichtig sind. In dieser Arbeit ist versucht worden, diese inhaltliche Verwandtschaft zwischen den beiden darzustellen, die eine sehr basale und vor allem strukturelle ist. Im beschränkten Rahmen dieses Artikels mussten wir uns damit begnügen, vor allem die Paralleltäten in dieser gemeinsamen Denkfigur darzustellen – wie sie sich bei bzw. zwischen beiden dann genauer ausdifferenziert und in verschiedene Richtungen ausprägt, könnte Gegenstand vielfältiger weiterer Überlegungen sein.

Eine zusätzliche Dimension gewinnt die grundlegende inhaltliche Verwandtschaft in der ontologisch-erkenntnistheoretischen Basis der Theorien beider durch die Beobachtung, dass Rogers sich zwar von diversen philosophischen Richtungen prägen hat lassen, dass aber viele von ihnen ihrerseits stark von Schopenhauer beeinflusst waren. Im Lauf (der Verfassung) des Artikels hat sich herauskristallisiert, dass Rogers wohl Schopenhauer nicht maßgeblich direkt rezipiert hat, dessen Grundidee aber wahrscheinlich über seine verschiedenen philosophischen Nachfahren überliefert bekommen hat. Interessanterweise dürfte er Schopenhauers zweifache Denkfigur vorwiegend von jeweils einer Seite her kennengelernt haben, die „Welt als Vorstellung“ vom Konstruktivismus her, die „Welt als Wille“ im Sinne eines schöpferischen Lebensprinzips vom Vitalismus her. Weniger einseitig, aber dementsprechend unschärfer hätte er demnach Aspekte der Grundfigur des Philosophen über die Psychoanalyse, den Existenzialismus und die Phänomenologie mitbekommen. Insgesamt wäre damit, in bildlicher Emphase gesprochen, in Schopenhauer ein „philosophischer Ahnherr“ von Rogers entdeckt, ein Ahnherr, den Rogers allerdings nie wirklich selbst kennengelernt hat. Eine solche Metapher deutet an, dass dieser Artikel auch als ein Beitrag zu einer philosophischen Identitätsbildung des Personzentrierten Ansatzes gedacht ist: Ist dieser vielleicht die zusehender werdende, menschenfreundliche psychologische Spielart der Philosophie des als pessimistisch und sogar misanthropisch bekannten Schopenhauer, also eine Spielart seiner Philosophie unter einem positiven, humanistischen Vorzeichen? Freilich ist der mögliche geistesgeschichtliche Zusammenhang zwischen Schopenhauer und Rogers, der über den inhaltlichen noch hinausgeht, hier bei weitem noch nicht nachvollzogen, ausgeführt und durchargumentiert, sodass eine solche Zuordnung voreilig und zu umfassend wäre: Diesbezüglich wie insgesamt

kann es sich, realistisch besehen, bei diesem Artikel nur um die Skizzierung einer Idee und den ersten Schritt handeln, sie als Denkansatz plausibel zu machen.

Unter diesen Vorbehalten kommen wir zu den Schlussfolgerungen, die sich aus dem besprochenen Konnex zwischen Rogers und Schopenhauer ziehen lassen, einem Konnex, in dem es nicht nur um eine Dichotomie der Wirklichkeit, sondern auch um eine der Wahrnehmung geht. Aus der vorliegenden Auseinandersetzung damit kann für den Personzentrierten Ansatz gefolgert werden, dass immer, wenn ein Mensch Verstehen und Verständnis erfahren soll, beide Ebenen seiner Existenz zu berücksichtigen sind: Die Ebene seiner Vorstellungen und seiner Konstruktionen, die mit seinem bisherigen Gewordensein und seinen Erfahrungen zusammenhängen, sowie die andere Ebene des mit seinem Körperlichen eng verbundenen Erlebens. Diesen Ebenen entsprechen auf der einen Seite empirische, analytische und hermeneutische Verstehenszugänge, die in der Personzentrierten Psychotherapie in vielfältiger Form anwendbar sind. Auf der anderen Seite steht der empathische, am aktuellen Erleben von Therapeutin und Klient orientierte, eher phänomenologische Verstehenszugang, in dem es aber auch wesentlich um eine gelebte Haltung geht. Natürlich gehen diese Verstehenszugänge in der Praxis oft ineinander über, sowie in der konkreten Realität Erleben und Vorstellungen, Organismisches und Selbstkonzept ineinandergreifen und miteinander „verwachsen“ („konkret“) sind. Umso mehr kann die Auseinandersetzung mit der dargestellten dichotomen Struktur als Anregung genommen werden, die beiden Ebenen immer wieder voneinander zu differenzieren und zu reflektieren, ob ihnen in einem therapeutischen Verstehensprozess jeweils Genüge getan wird.

Literatur

- Bergson, H. (1921). *Schöpferische Entwicklung*. Jena: Diederichs (Original erschienen 1907: *L'Evolution créatrice*. Paris).
- Binswanger, L. (1922). *Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie*. Berlin: Springer.
- Bönke, H. (1916). Wörtliche Übereinstimmungen mit Schopenhauer bei Bergson. *Schopenhauer Jahrbuch* 1916, S. 37–86
- Eisler, R. (1912). *Philosophenlexikon: Leben, Werke und Lehren der Denker*. Berlin: E. S. Mittler.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächs-psychotherapie*. Stuttgart: Thieme
- Frenzel, P. (Hrsg.) (1991). *Selbsterfahrung als Selbsterfindung. Der Personzentrierte Ansatz von Carl R. Rogers im Lichte von Konstruktivismus und Postmoderne*. Regensburg: Roderer-Verlag.
- Glaserfeld, E. v. (1996). *Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Gödde, G. (2009). *Traditionslinien des Unbewussten. Schopenhauer – Nietzsche – Freud*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Hutterer, R. (1998). *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität*. Wien: Springer.
- Keil, W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, S. 5–13.
- Keil, W. (2005). *Menschenbild und Persönlichkeitstheorie der Klientenzentrierten Psychotherapie*. (Online verfügbar unter: www.donau-uni.ac.at/de/studium/oegwg).
- Kriz, J. (1994). *Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kriz, J. (2001). Rogers' Verhältnis zur Wissenschaft. *Person*, 5(2), S. 23–26.
- Liederer, Ch. (2011). *Die Kraft des Lebens. Schopenhauers Welt als Wille und Vorstellung* (Hörbuch, 2 h 35 min.). Darmstadt: WBG (Auditorium maximum).
- Mittelstraß, J. (Hg.) (1995). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Stuttgart: Metzlersche Verlagsbuchhandlung u. C. E. Pöschelverlag.
- Möbuß, S. (2010). *Schopenhauer für Anfänger. Die Welt als Wille und Vorstellung*. München: dtv.
- Rogers, C. R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG. Original erschienen 1959; Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.). *Psychology. A study of a science* (Vol. 3, pp. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. & Rosenberg, R. (Hrsg.) (1980). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1977: *A pessoa como Centro*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária).
- Rogers, C. R. & Schmid, P. (1991). *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers*. Mainz: Grünewald.
- Safranski, R. (2013). *Schopenhauer und Die wilden Jahre der Philosophie*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- Schopenhauer, A. (1841). Die beiden Grundprobleme der Ethik. Frankfurt: Hermann (Digitalisiert und online gestellt im MDZ-Reader: 2008).
- Schopenhauer, A. (1996). *Die Welt als Wille und Vorstellung*. Band I und II. Frankfurt: Insel Verlag. (Original erschienen 1819: Leipzig).
- Stumm, G. (2010). Die Aktualisierungstendenz im Brennpunkt. *Person*, 14(2), S. 135–150.
- Stumm, G. & Keil, W. (Hrsg.) (2014). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Stumm, G., Wiltschko, J., & Keil, W. W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Rezensionen*

Annette Jessinghaus

Peter Knienider: Paranoia. Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie.

Köln: GwG-Verlag, 2014, 172 Seiten, ISBN: 978-3-926842-53-4. EUR 21,00 [nur beim Verlag: www.gwg-ev.org/publikationen/paranoia oder über www.amazon.de (dort EUR 21,90) beziehbar].

Das vorliegende Buch über die störungsspezifische Klientenzentrierte Psychotherapie der Paranoia verdient bereits insofern Beachtung, als es nur wenige Veröffentlichungen zu diesem Thema gibt. Der Autor ist als niedergelassener Klientenzentrierter Psychotherapeut und als Arzt an einer psychiatrischen Abteilung mit Versorgungsauftrag tätig. Die Inhalte des Buches basieren auf der ausführlich gewürdigten Literatur zu diesem Thema und den klinischen Erfahrungen des Autors.

Die Ermutigung zur therapeutischen Arbeit mit schwer kranken Menschen entspringt der Haltung des Autors, gegen die Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen mit paranoidem Erleben einzutreten. Damit trägt er der Tatsache Rechnung, dass wahnhaft und schizophrene Erkrankte nicht nur in psychotherapeutischen Praxen unterrepräsentiert sind, sondern auch in psychiatrischen Kliniken kaum psychotherapeutisch behandelt werden. Dabei tragen die negativen Verlaufserwartungen und die pessimistische Einschätzung der psychotherapeutischen Beeinflussbarkeit durch Behandlerinnen¹ zu einer Chronifizierung der Erkrankung bei, worauf ich noch zurückkommen werde.

Das Buch gibt zunächst eine Übersicht über die einzelnen Krankheitsbilder mit paranoidem Erleben, die anhand von Fallbeispielen anschaulich gemacht werden. Danach werden Störungsmodelle zum Verständnis der Entstehung paranoiden Erlebens vorgestellt. Hier beleuchtet der Autor neben der klientenzentrierten u. a. auch entwicklungspsychologische, evolutionsbiologische und interkulturelle Perspektiven und zieht aus den verschiedenen Störungskonzepten Konsequenzen für die therapeutische Beziehungsgestaltung. Der Autor vertritt die Auffassung, dass insbesondere bei wahnhaftem, schwer einfühlbarem Erleben die intuitive Empathie der Therapeutin durch eine störungsbezogene Herangehensweise unterstützt und erweitert werden kann.

So leitet sich beispielsweise aus der entwicklungspsychologischen Sichtweise (die hier nicht explizit ausgeführt wird) nachvollziehbar ab, dass in der Interaktion mit paranoid Erkrankten eindeutige Signale, Zuverlässigkeit, Berechenbarkeit und Redundanz wichtig sind.

Beispielhaft sei von den verschiedenen Störungskonzepten die interkulturelle Sichtweise paranoider Erkrankungen erwähnt. Hierbei geht es u. a. um die kulturelle Bedeutung von Erkrankungen, die gesellschaftliche Stellung und Akzeptanz von Erkrankten sowie die Bewertung sozialer Folgen wie z. B. den Verlust der Erwerbstätigkeit. In sog. soziozentrisch-prämodernen Gesellschaften werden paranoide und halluzinatorische Symptome im Rahmen spiritueller oder übernatürlicher Erklärungsmodelle akzeptiert; das Ausmaß an Schuldgefühlen und Verurteilung sind dadurch bei Erkrankten und Angehörigen geringer. Die Erwartung eines kurzen Krankheitsverlaufs, eine bessere Integration der Betroffenen in ihre Familien sowie die „Sinngabe“ von Krankheit erklären, warum sich in großen Studien der WHO ein wesentlich günstigerer Verlauf der Schizophrenie in prämodernen Gesellschaften („Entwicklungsländern“) gezeigt hat.

Dagegen tragen egozentrisch-moderne Kulturen wie die unsere, mit der fehlenden Akzeptanz für psychotische Symptome, der Erwartung eines ungünstigen Krankheitsverlaufs und der negativen Bewertung fehlender Erwerbstätigkeit zu einer Verschlimmerung und Chronifizierung bei. Dies ist auch für Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen bedeutsam, wenn wir gerade in der Akutbehandlung von schizophren Erkrankten Krankheitssymptome möglichst schnell beseitigen möchten und (wenn auch nur unausgesprochene) ungünstige Verlaufserwartungen haben. Aus den Erkenntnissen des interkulturellen Vergleichs folgert der Autor, dass die Auseinandersetzung mit der Verstehbarkeit und dem Sinn der Symptome, das Anbieten alternativer Werte und die Förderung sozialer Kontakte

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

1 Im Sinne der besseren Lesbarkeit wird im Text ausschließlich die weibliche Form verwendet. Gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter.

einen wichtigen Platz im psychotherapeutischen Geschehen haben sollten.

In den beiden Psychotherapie-Kapiteln geht der Autor zunächst auf die wissenschaftlichen Daten zur Wirksamkeit der Person- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapie bei paranoiden Erkrankungen ein. Für den Therapieerfolg bei schizophrenen Patientinnen ist die Qualität der therapeutischen Beziehung wichtiger als die Selbstexploration. Die therapeutische Beziehung hat sich mittlerweile therapieschulenübergreifend als wichtigster Wirkfaktor herausgestellt. Für schizophren Erkrankte scheint jedoch von besonderer Bedeutung zu sein, dass sich Therapeutinnen kongruent verhalten. Die Wahrnehmung der Echtheit der Therapeutin ist für den Therapieerfolg noch bedeutsamer als die Wahrnehmung von Empathie.

Zur Verwirklichung von Kongruenz empfiehlt der Autor zunächst eine respektvolle und angstfreie Haltung der Therapeutin gegenüber dem oft bizarren oder beunruhigenden Erleben der Patientin. Darüber hinaus sollten die aus dem Therapieprinzip Echtheit abgeleiteten Interventionstechniken „Konfrontation“, „Beziehungsklären“ und „Selbsteinbringen“ verwirklicht werden. Konfrontation der Patientin mit einer alternativen Erlebnisweise geschieht allein schon dann, wenn die Therapeutin „ihre Realität“ der wahnhaften Erlebenswelt der Patientin gegenüberstellt. Bei Misstrauen und Feindseligkeit ist das Beziehungsklären hilfreich. Daneben empfiehlt der Autor stützendes Selbsteinbringen. Wenn die Therapeutin beispielsweise auch etwas über ihre Person preisgeben kann (wie Alter, Wohnort oder eine Lieblingsessspeise), verringert dies die Entfremdung der Patientin und wirkt förderlich auf den Kontakt.

Ich teile die Ansicht des Autors, dass bei Patientinnen mit paranoidem Erleben, insbesondere bei schizophren Erkrankten, das Therapieangebot der Dialogbeziehung von großer Bedeutung ist. Das klassische personzentrierte Vorgehen mit vorwiegenden Interventionen aus der Alter-Ego-Position würde die Patientinnen aufgrund der Störung ihrer Selbst- und Fremdwahrnehmung zu sehr auf sich selbst verweisen und irritieren. Die Therapeutin soll sich daher transparent machen und als reales Gegenüber greifbar sein.

Hierzu möchte ich ergänzen, dass von den Interventionen aus der Dialogbeziehung heraus das Mitteilen der eigenen emotionalen Resonanz eher zurückhaltend eingesetzt werden sollte. Anders als beim störungsbezogenen Vorgehen bei anderen schweren, z. B. emotional-instabilen, Persönlichkeitsstörungen, bei dem die Therapeutin sich auch mit ihren Emotionen zur Klientin transparent macht, könnte dieses Vorgehen gerade paranoide Patientinnen massiv irritieren. Vorsichtige Konfrontationen mit der anderen Sichtweise der Realität und stützendes Selbsteinbringen (Preisgabe von Persönlichem ohne starke emotionale Färbung), wie der Autor sie empfiehlt, können der Patientin dagegen Struktur und Halt geben.

Besonderes Augenmerk legt der Autor auf die von Rogers formulierte Bedingung Kontakt. Schwer kranke Menschen, insbesondere schizophrene und wahnhaft Erkrankte, stellen, so der Autor, nicht immer von sich aus Kontakt zur Therapeutin her. Was bei „relativ gesunden“ Klientinnen keiner weiteren therapeutischen Arbeit bedarf, ist in diesem Falle aktiv anzugehen. Denn bei Kontaktlosigkeit können die therapeutischen Variablen Akzeptanz, einfühlerndes Verstehen und Kongruenz gar nicht wirken. Zur Herstellung und Förderung von Kontakt verweist der Autor auf Interventionstechniken aus der Prä-Therapie wie Kontaktreflexionen und Körperhaltungsreflexionen.

In Bezug auf das Therapieprinzip der Empathie merkt der Autor kritisch an, dass es bei wahnhaft Erkrankten nicht so sehr um das sachlich genaue und richtige Erfassen von Zusammenhängen gehe. Dies könne ohne eine gute therapeutische Beziehung von der Patientin schnell als Verfolgung oder Bedrohung erlebt werden („die kann meine Gedanken lesen“). Wichtiger als die Inhalte genau zu erfassen sei daher, den Fokus auf den begleitenden Affekt (also die Irritation, Verunsicherung und Angst) zu legen. Aufgrund der kommunikativen Einschränkungen (Störungen der Wahrnehmung und Kognition) fällt es gerade vielen schizophren Erkrankten schwer, die Mimik ihres Gegenübers richtig einzuschätzen. Hier ist es wichtig, dass die Therapeutin auf die Eindeutigkeit ihrer Signale achtet (im Sinne der therapeutischen Kongruenz).

Für das therapeutische Setting mit akut psychotisch Erkrankten empfiehlt der Autor kurze, zuverlässige und ritualisierte Kontakte. Die Kontaktaufnahme sollte in unbedrohlichen Alltagssituationen erfolgen, auch durch gemeinsame Spaziergänge oder Alltagstätigkeiten; eventuell kann die Therapeutin die gemeinsamen Handlungen kommentieren (ähnlich der Kommunikation zwischen Säugling und primärer Bezugsperson). Daneben soll die Therapeutin Grenzen setzen, Halt geben ohne Angst, aktiv sein und Mut zur Improvisation haben.

Das Buch ist insgesamt sehr anschaulich und praxisnah geschrieben, es gibt einen guten Überblick über die Krankheitsbilder und ihre Störungskonzepte. Die sehr zahlreichen Unterkapitel wirken anfangs etwas verwirrend, werden bei der Nachschau aber durchsichtig. Die therapeutischen Ableitungen aus den Störungskonzepten sind anschaulich und nachvollziehbar beschrieben, und einige ganz praktische Interventionsbeispiele lassen den großen praktischen Erfahrungsschatz des Autors erkennen. An einigen Stellen hätte ich mir noch mehr Einblicke in das konkrete therapeutische Vorgehen und das verwirklichte Beziehungsangebot des Autors gewünscht. In seiner zutiefst humanistischen Haltung gelingt es dem Autor, Neugier zu wecken und die eigene therapeutische Arbeit zu erweitern. Alles in allem ist das hier rezensierte Buch eine große Bereicherung und Ermutigung zur psychotherapeutischen Arbeit mit schwer kranken Menschen.

Christian Metz

Michael Utsch, Raphael M. Bonelli & Samuel Pfeifer: Psychotherapie und Spiritualität. Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen.

Berlin, Heidelberg: Springer, 2014, 220 Seiten, ISBN: 978-3-642-02522-8. EUR (D) 34,99 / EUR (A) 35,97 / CHF 48,90.

Das Buch der drei Herausgeber Michael Utsch (Deutschland), Raphael M. Bonelli (Österreich) und Samuel Pfeifer (Schweiz) legt eine stärkere Berücksichtigung und gründliche Auseinandersetzung mit religiösen und spirituellen Themen im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen wie auch in Selbsterfahrung und Weiterbildung nahe. Dies umso mehr, da die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Umfragen zufolge eher zu den religiös „unmusikalischsten“ zählt. Insbesondere die deutschsprachige Psychiatrie und Psychotherapie hat die Beschäftigung mit religiösen und spirituellen Themen lange Zeit vermieden – und gerade in letzter Zeit wird diese ablehnende Skepsis – in bisweilen scherenschnittartig vereinfachten Diskursen – wieder vehementer artikuliert. So leistet das Buch von Utsch, Bonelli und Pfeifer einen wichtigen Beitrag zu einem „professionellen“ Umgang mit (fremden) Glaubensüberzeugungen, Sinnfragen und Transzendenz, indem eine kritische Reflexion der jeweiligen kulturellen Prägung, der persönlichen Wertvorstellungen (und Wertekrisen) sowie Glaubensüberzeugungen gegenüber den existenziellen Unsicherheiten angeregt wird.

Die drei Autoren kommen aus unterschiedlichen Grundberufen (Religionspsychologe, Neurowissenschaftler, Psychiater), haben verschiedene Therapieausbildungen absolviert (Psychoanalyse, systemische Familientherapie, kognitive Verhaltenstherapie) und sind in unterschiedlichen Praxisfeldern tätig. Diese Differenz der Perspektiven kommt der Bearbeitung der einzelnen Kapitel zugute.

Das Verstehen der Auswirkungen religiöser Überzeugungen und spiritueller Praktiken, die krankmachend wie gesundheitsförderlich sein können, lassen die ambivalenten Wirkungen des Glaubens (welcher Art auch immer) deutlicher wahrnehmen und unterscheiden. Hierzu ist ein kultursensibler Umgang mit der Vielfalt an Religionen und Weltanschauungen erforderlich, der zugleich auch die Grenzen des interkulturellen Verstehens und Mitvollziehens anerkennt. Dies wird etwa anhand der unterschiedlichen Zugänge zum Phänomen „Besessenheit“ beispielhaft konkretisiert.

Primär werden vier Hypothesen in theoretischer Darstellung und durch praktische Hilfestellungen entfaltet und unterstützt:

(1) Zahlreiche religionspsychologische Befunde belegen, dass Religiosität und Spiritualität als wichtige menschliche Erlebens- und Verhaltensweisen wahrzunehmen sind, die Bestandteil einer ganzheitlichen psychotherapeutischen Behandlung sein sollen.

(2) Gelebter Glaube kann sich positiv auf die Gesundheit auswirken und eine Krankheitsbewältigung effektiv unterstützen, negative Gottesbilder können Wohlbefinden und einen Gesundungsprozess behindern.

(3) Eine spirituelle Begleitung ist insbesondere bei der Bewältigung schwerer Lebenskrisen und Traumatisierungen unverzichtbar. Die Anerkennung religiös-spirituelle Bedürfnisse wie auch Kompetenzen zeichnet hier die (vermittelnde) Bedeutung einer interkulturellen Psychotherapie aus.

(4) Um der multireligiösen Vielfalt und den individuellen spirituellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, sind ausreichend Selbsterfahrung und Weiterbildungen zu diesen Themen für Therapeutinnen und Therapeuten wichtig. Kompetenz im Umgang mit spirituellen Fragen beginnt mit dem Verständnis der eigenen spirituell-religiösen Biographie und der Reflexion und Transparenz des eigenen weltanschaulichen Standorts und macht darüber hinaus religionswissenschaftliche Grundkenntnisse erforderlich.

Teil I behandelt den *professionellen Umgang mit Sinnfragen und Transzendenz in der Psychotherapie*: Existenzielle Fragen und Sehnsüchte, Sinnkrisen und Orientierungskonflikte sowie die Suche nach tragfähigen Werten sind wesentliche Anknüpfungspunkte in der therapeutischen Praxis. Dabei werden auch die Schwierigkeiten, „Glaube“ psychologisch zu erfassen und zu messen, bewusst: Die gebräuchliche Instrumente einer religiös-spirituellen Anamnese weisen unterschiedliche Intensität und Tiefe bei der Erhebung und Einbeziehung des jeweiligen subjektiven Erlebens und dessen (spiritueller) Deutung auf. Wenngleich die Bereiche Religiosität und Spiritualität anfällig erscheinen für weltflüchtige Idealisierungen und Projektionen, stellt sich doch auch die Frage, inwieweit Tabuisierung und Unbehagen in der Psychotherapie gegenüber spirituellem Erleben und religiösem Verhalten auch den Machtkampf um die Deutungsmacht über gelingendes Leben widerspiegelt.

Teil II setzt sich im fachlichen Diskurs mit aktuellen Veröffentlichungen und Studien mit *Spiritualität aus psychotherapeutischer Sicht* auseinander und reflektiert ihre Bedeutung in den vier häufigsten Verfahren (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie und Humanistische Therapien). Dabei erscheint der Unterschied von wissenschaftlicher Heilbehandlung, (esoterischer) Wirklichkeitsdeutung und

weltanschaulicher Heilserfahrung und -vermittlung beachtenswert; dies gilt auch für die Praxis-Frage, inwieweit spirituelle Interventionen einzubeziehen oder auszuschließen sind und wie deren Wirksamkeit empirisch überprüfbar ist. Die Beachtung der „spirituellen Haltung als therapeutisches Basisverhalten“ (S. 116), die Berücksichtigung der Einflüsse und Ressourcen des sozialen Umfeldes (näher hin einer religiösen Gemeinschaft oder Gemeinde) sowie die ethische Reflexion bei der Einbeziehung spiritueller Interventionen verdeutlichen die Verantwortung einer kulturell-spirituell sensitiven Psychotherapie. Weiters werden noch Aspekte der Religionsforschung in der Psychiatrie und Psychotherapie skizziert sowie Hinweise zum Umgang mit Schuld und Schuldgefühlen.

Teil III widmet sich dem Stellenwert von *Spiritualität in der psychotherapeutischen Praxis* im Zusammenhang mit einzelnen Krankheitsbildern (Depression; Suizidalität; Ängste und Neurosen; Zwangsstörungen; Traumaverarbeitung; Wahnerkrankungen).

Teil IV greift konkrete *Berührungspunkte zwischen Psychotherapie und Spiritualität* auf: der Stellenwert von Religiosität und Spiritualität bei der Entwicklung der Persönlichkeit und der Wertvorstellungen; die psychodynamischen und psychotherapeutischen Aspekte des Gebets; die psychohygienische Bedeutung der Vergebung sowie die Frage nach den Möglichkeiten

und Grenzen von professioneller Begleitung bei der spirituellen Suche und individuellen Sinngebung.

Resümee

Das 220 Seiten umfassende Buch bietet einen guten Überblick zum aktuellen Wissensstand auf dem Schnittpunkt von Psychotherapie und Spiritualität. Diese Fakten werden aus psychologischer Perspektive diskutiert und mit psychologischen Erklärungsmodellen in Verbindung gebracht. Die Autoren verdeutlichen damit überzeugend, dass und wie die spirituelle Dimension als ein Kernbereich des Menschen in seiner bio-psycho-sozial-spirituellen Einheit stärker und ausdrücklicher wahrzunehmen und einzubeziehen ist: Was bedeutet dies für die psychotherapeutische Praxis? Worauf ist besser und verstärkt zu achten im Umgang mit existenziellen Krisen?

Diese Fragen erhalten in den 21 übersichtlich strukturierten Kapiteln wie auch durch die eingefügten Tabellen, mit den jeweils angefügten Literaturverzeichnissen sowie einem ausführlichen Stichwortverzeichnis reichlich Anregung für eine weiterführende Auseinandersetzung und fachliche Vertiefung. Es ist zu wünschen, dass das zunehmende Interesse und die international wahrnehmbare Aufmerksamkeit gegenüber Spiritualität und Spiritual Care sich auch im deutschsprachigen Raum der Psychotherapie verstärken.

(Akademische) Abschluss- bzw. Masterarbeiten aus allen deutschsprachigen person-/klientenzentrierten Ausbildungen der Jahre 2013 bis 2016

Die folgende Tabelle zeigt alle Abschluss- bzw. Masterarbeiten aus den deutschsprachigen person- bzw. klientenzentrierten Ausbildungen der letzten Jahre 2013–2016.

Für eine bessere Übersicht sind die Arbeiten nach Themenschwerpunkten geordnet: A = Anwendungen, AB = Ausbildung,

G = Grundlagen, K = Klinische Erkrankungen, P = Phänomene. Innerhalb dieser Themenschwerpunkte werden ähnliche Arbeiten zusammengefasst. Die Zuordnung zu den Themen erfolgte durch die Heftherausgeber/innen.

Anfragen zu Arbeiten richten Sie bitte an die unten genannten Kontaktmailadressen.

Name	Titel der Arbeit	Jahr	Art d. Arbeit	Themenschwerpunkt	Institution
Block Dirk	Ansatz einer personzentrierten Organisationsentwicklung – Fallstudie in einem multinationalen Chemieunternehmen im Bereich Produktion.	2013	MT	A Arbeit	LG Bochum
Esher Thomas	Konzept Person-zentrierter Personal- und Organisationsentwicklung.	2013	MT	A Arbeit	LG Bochum
Fietze Hubert	Motivierende Gesprächsführung im Kontext transformationaler Führung.	2013	MT	A Arbeit	LG Bochum
Crefeld-Halbeisen Julia Daphne May	Der Personzentrierte Ansatz in seiner kommunikationspsychologischen Bedeutung als Grundhaltung für eine zielführende Interne Unternehmenskommunikation.	2013	MT	A Arbeit	LG Bochum
Kosmala Christa	Der Personzentrierte Ansatz als Kommunikationsmodell in der modernen Arbeitswelt. Wirklichkeiten, Möglichkeiten, Grenzen.	2013	MT	A Arbeit	LG Bochum
Gaßmann Mirjam	Teamleitung in der integrierten Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Menschen, Bedarfsanalyse zur gelingenden Leitungsfähigkeit.	2014	MT	A Arbeit	LG Bochum
Teufelhart Heinz	Beratung und Psychotherapie. Verhältnis und Funktionen: Gemeinsames und Differentes.	2015	AA	A Beratung	IPS
Münch Anne Sarah	Bedingungen und Perspektiven personzentrierter Beratung in der Bundesrepublik Deutschland.	2013	MT	A Beratung	LG Bochum
Feichtinger Heidi	Die Unterschiede zwischen Therapie und Beratung.	2015	AA	A Beratung	ÖGWG
Haufe Alexandra	Kann der personzentrierte Ansatz zur Burn-out-Prävention von Mitarbeitern des Allgemeinen Dienstes des Jugendamtes beitragen?	2014	MT	A Burnout	LG Bochum
Franz Simone	Demut als Haltung im Coaching.	2015	MT	A Coaching	LG Bochum
Fries Martina	Supervision und Coaching: ein „Anders-Ort“? – Impulse nach Michel Foucault für eine gegenwärtige arbeitsweltliche Beratung.	2015	MT	A Coaching	LG Bochum
Schröder Michael	Erziehungskompetenz als Ressource? Zur Stärkung positiver Eltern-Kind-Beziehungen durch Elternkurse auf der Grundlage des Personzentrierten Ansatzes am Beispiel psychisch erkrankter Mütter und Väter in tagesklinischer Behandlung.	2013	MT	A Erziehung	LG Bochum

(AKADEMISCHE) ABSCHLUSS- BZW. MASTERARBEITEN

Name	Titel der Arbeit	Jahr	Art d. Arbeit	Themenschwerpunkt	Institution
Ferdinand-Storb Petra	Ich-Du-Wir: Ein personzentriertes Jugendprojekt zum Abbau von Vorurteilen und der Integration von Jugendlichen verschiedener Herkunft.	2013	MT	A Kultur & Migration	LG Bochum
Fischer Katharina	Konzept einer personzentrierten Lehrerbildung.	2013	AA	A Lehrerbildung	IPS
Bauer Ursula	Personzentrierte Psychotherapie, Focusing und Expressive Arts.	2016	AA	A Methoden & Therapie	Forum
Breitschopf Helene	Personzentrierte Psychotherapie und Hakomi – zwei kompatible Methoden?	2015	AA	A Methoden & Therapie	Forum
Mente Gerald	Das Jugendcoaching: Ein personzentriertes Beziehungsangebot.	2015	AA	A Methoden & Therapie	Forum
Scheuringer Andrea	„In Kontakt kommen“ – Prä-Therapie mit hochbetagten Personen.	2015	AA	A Methoden & Therapie	Forum
Schiefermüller Sabine	Personzentrierte Aufstellungsarbeit – Ein scheinbarer Widerspruch?	2014	AA	A Methoden & Therapie	Forum
Köck Christoph	Meditation und Psychotherapie. Wie Meditation therapeutische Präsenz vertiefen kann.	2013	AA	A Methoden & Therapie	IPS
Flerlage-Haardt Marion	Die Bedeutung der Selbstaktualisierungs- und Selbstgestaltungskräfte im kunsttherapeutischen Prozess.	2013	MT	A Methoden & Therapie	LG Bochum
Majcen Brigitte	Klientenzentrierte Psychotherapie und Kunsttherapie. Wie und wodurch konnte Frau K. ihr Leben so schnell und effizient verändern? Zugfahrt mit einer Klientin, Reorganisation im Eilzug.	2014	AA	A Methoden & Therapie	ÖGWG
Thauerböck Johann	Dokumentation von Gruppenpsychotherapie.	2016	AA	A Methoden & Therapie	ÖGWG
Wiesinger Sandra	Klientenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapie im Einzel- und Familiensetting.	2015	AA	A Methoden & Therapie	ÖGWG
Heckmann Stefanie	Persönlichkeitsentwicklung durch personzentrierte Interaktion im Spiel.	2015	MT	A Persönlichkeit & Entwicklung	LG Bochum
Kappler-Pflumm Ina	Die Wirksamkeit von Empathie in Heilbehandlungen.	2013	MT	A Therapeutische Grundhaltungen	LG Bochum
Meinhart Stefan	Empathie – Haltung oder Technik? Gegenüberstellung der Empathie in Psychotherapie und Mediation.	2014	AA	A Therapeutische Grundhaltungen	VRP
Straßer-Wiesenberger Marie-Therese	Notwendige und hinreichende (Rahmen-)Bedingungen für PsychotherapeutInnen. Gesellschaftspolitische Aspekte psychotherapeutischer Arbeit und Ausbildung – aus einem personzentrierten Blickwinkel.	2013	AA	AB Ausbildung	Forum
Cerny Robert	Person zentriert sein. Überlegungen zur Theorie und Praxis des personzentrierten Ansatzes anhand meiner eigenen therapeutischen Erfahrungen.	2013	AA	AB Ausbildung	IPS
Trobts Susanne	Mein Weg zur Beratung und Psychotherapie.	2014	AA	AB Beratung	Forum
Kraus Verena	Auswirkungen der Persönlichkeitsentwicklung personzentrierter PsychotherapeutInnen im Rahmen der Ausbildung auf die partnerschaftliche Beziehung. Erforscht anhand einer qualitativen Studie.	2014	AA	AB Persönlichkeit & Entwicklung	IPS
Böhme Anna	(...) wie viel Raum gebe ich mir und meiner persönlichen Entwicklung? – Das Erleben psychotherapeutischer Ausbildungen.	2015	MT	AB Persönlichkeit & Entwicklung	LG Bochum
Gugler Margarete	Die Vertiefung der Empathie in der Ausbildung zur Klientenzentrierten Psychotherapie.	2014	MT	AB Therapeutische Grundhaltungen	ÖGWG

(AKADEMISCHE) ABSCHLUSS- BZW. MASTERARBEITEN

Name	Titel der Arbeit	Jahr	Art d. Arbeit	Themenschwerpunkt	Institution
Petschnigg Claudia	Die Wirksamkeit personenzentrierter prozessualer Diagnostik im therapeutischen Prozess.	2013	AA	G Diagnostik	Forum
Rieger Hubert	Macht und Ohnmacht der Diagnose in der Klientenzentrierten Psychotherapie.	2013	MT	G Macht	ÖGWG
Handler-Pale Christiane	Winnicotts „Holding Function“ im personenzentrierten Kontext.	2014	AA	G Methoden & Therapie	Forum
Schüller Inge	Holt man den Dämon ans Licht, verliert er seine Macht. Exakte Symbolisierung ist heilsam oder „Die Tatsachen sind freundlich“.	2014	AA	G Methoden & Therapie	Forum
Bruckner Gerhard Erich	Schau genau – Rahmenbedingungen und Möglichkeiten einer herausfordernden psychotherapeutischen Beziehung.	2015	AA	G Methoden & Therapie	IPS
Mader Margarete	„In Wahrheit bin ich nicht ihr, sondern mir selbst begegnet.“ Heilsame Momente in der Personenzentrierten Psychotherapie.	2013	MT	G Methoden & Therapie	ÖGWG
Fillafer Petra	Eine Schatzsuche. – Die abenteuerliche Reise zum Verstehen des Klienten.	2014	AA	G Methoden & Therapie	ÖGWG
Goldmann Birgit	Die Konzeption der Teilpersönlichkeiten/ Konfigurationen und ihre Bedeutung für die Personenzentrierte Psychotherapie in Theorie und Praxis.	2013	AA	G Methoden & Therapie	Forum
Diwald Bernhard	Der nichttriviale Mensch. Eine Auseinandersetzung mit der Aktualisierungstendenz im Kontext Raum und Zeit.	2016	AA	G Motive	IPS
Mühlegger Gerda	„Wer die Musik nicht hört, hält die Tanzenden für wahnsinnig“ (Gerhard Fritsch) – Ein entwicklungspsychologischer Zugang zum Verständnis von früh verletzten KlientInnen.	2013	AA	G Persönlichkeit & Entwicklung	Forum
Hehenberger Elke	Bejahende Genaue Selbstbeachtung – meine Leitlinie in der psychotherapeutischen Praxis.	2013	AA	G Selbstbeachtung	Forum
Gattinger Monika	Die Integration kindlicher Anteile als wesentlicher Bestandteil eines gelungenen selbstempathischen Prozesses.	2013	MT	G Selbstempathie	ÖGWG
Lindenbauer Karl	Das Ich bei Eugene T. Gendlin.	2013	MT	G Selbstkonzept	ÖGWG
Gänsbacher Rita	Destruktive Tendenzen des Organismus. Oder: Selbsterhaltung durch Prozesse der Desorganisation.	2014	AA	G Selbstschädigung	Forum
Dorfmeister-Klasek Iris	Was muss ich dir geben, damit ich das bekomme, was ich brauche? Oder der Prozess zu selbstwirksamem Erleben.	2015	AA	G Selbstwirksamkeit	Forum
Sabaini Wolfgang	Störungsspezifität und Beziehung. Zur Bedeutung kognitiven störungsspezifischen Wissens in der Gestaltung einer wirksamen therapeutischen Beziehung in Theorie und Praxis.	2016	AA	G Therapeutische Beziehung	ÖGWG
Häuplik Gerda Maria	Bilder der Gegenwärtigkeit.	2013	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	Forum
Ranzenberger Hubert	Kongruenz.	2013	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	Forum
Scharwitzl-Adler Michaela	„Zeig mir wer du bist, damit ich prüfe, wer ich bin und wer ich einmal werden will.“ Die Kongruenz der Therapeutin in der Arbeit mit Jugendlichen.	2013	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	Forum
Verhnjak Eva	Das therapeutische Beziehungsgeschehen im Hinblick auf Inkongruenz und Ambivalenz.	2014	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	Forum

(AKADEMISCHE) ABSCHLUSS- BZW. MASTERARBEITEN

Name	Titel der Arbeit	Jahr	Art d. Arbeit	Themenschwerpunkt	Institution
Jahn-Six Barbara	Am Anfang ist die Haltung, das Wort kommt erst viel später. Das Zusammenspiel von Kongruenz, Kommunikation und Sprache und seine bedeutende Wirkung im Personenzentrierten Ansatz.	2013	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	IPS
Teuschl Sophie Lea	Theorie der Empathie in neurobiologischer Begründung und ihre Anwendung in der person-zentrierten Psychotherapie.	2015	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	IPS
Schlager Petra	Der Stellenwert von Wertschätzung in der Personenzentrierten Psychotherapie.	2015	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	VRP
Olbrich Thomas	Authentizität. Der persönliche Stil des Therapeuten.	2015	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	IPS
Hacker Ingrid	Ein- und Ausschlüßungen. Begriffe von Würde und Anerkennung als Herausforderungen für Psychotherapie nach Carl R. Rogers.	2015	MT	G Therapeutische Grundhaltungen	ÖGWG
Orthaber Julia	Kongruenter Therapeut und kongruente Therapeutin.	2013	MT	G Therapeutische Grundhaltungen	ÖGWG
Kogler Irmgard	Die Kongruenzfähigkeit der Therapeutin.	2013	AA	G Therapeutische Grundhaltungen	ÖGWG
Walchshofer-Pecka Michaela	Sicherheit versus Autonomie. Störungsspezifische Überlegungen zu Inkongruenz und Beziehungsgestaltung von Menschen mit Angststörungen.	2014	AA	K Angststörung	Forum
Weitgasser Maria	Mut zum Risiko? Therapeutisches Arbeiten mit einer sozialphobischen Klientin.	2014	AA	K Angststörung	Forum
Baumgartner Anita	Das Große „ICH BIN ICH“. Falldokumentation einer Klientin mit einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom.	2013	AA	K Depression	ÖGWG
Feil Maria	Die Depression in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Ätiologie und Behandlung.	2015	AA	K Depression	ÖGWG
Matthias Fischer	Verlauf zweier Klientenzentrierter Psychotherapien mit depressiven Klientinnen.	2014	AA	K Depression	ÖGWG
Ros Romana	Klientenzentrierte Konzepte zu Entwicklung und Symptomatik der Depression.	2014	AA	K Depression	ÖGWG
Hinkelmann Regine	Coaching für Klienten mit ADHS-Symptomen.	2015	MT	K Entwicklungsstörungen	LG Bochum
Weber Petra	Zur Verhaltensauffälligkeit erzogen? Eine Untersuchung über mögliche Zusammenhänge zwischen Erziehungsstil und externalisierender Symptomatik in TAF-betreuten Multiproblemfamilien aus Klientenzentrierter Sicht.	2014	MT	K Erziehung	ÖGWG
Wimmer Wolfgang	Der personzentrierte Ansatz in der Betreuung intellektuell minderbegabter und mehrfachbehinderter Menschen – ein Erfahrungsbericht.	2015	AA	K Kognitive Beeinträchtigung	IPS
Jesina Wolfgang	(Wie) lassen sich (vorgegebene) Ziel-Definitionen im Rahmen einer multiprofessionellen Reha-Einrichtung und Kurzzeittherapie mit einem personzentrierten Zugang und Verständnis vereinbaren?	2013	AA	K Methoden & Therapie	Forum
Reitterer Eva	Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie im Rahmen medizinischer Rehabilitation für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen.	2013	AA	K Methoden & Therapie	VRP
Burger Gerda	Der Klientenzentrierte Ansatz bei einer Borderline-Störung.	2015	AA	K Persönlichkeitsstörung	ÖGWG

(AKADEMISCHE) ABSCHLUSS- BZW. MASTERARBEITEN

Name	Titel der Arbeit	Jahr	Art d. Arbeit	Themenschwerpunkt	Institution
Eccher Theresia	Drei Therapiestunden mit dem Borderline-Phänomen.	2014	AA	K Persönlichkeitsstörung	ÖGWG
Galanda Cornelia	Über die Vereinbarkeit von personenzentrierter psychiatrischer und psychotherapeutischer Arbeit.	2014	AA	K Psychiatrie	IPS
Noisternigg Bianca	Psychosomatik in der klientenzentrierten Psychotherapie. Von der funktionalen Identität der emotionalen, gedanklichen und körperlichen Selbstorganisation.	2013	AA	K Psychosomatik	ÖGWG
Kling Ronald	Die schizophrene Psychose im akutpsychiatrischen Setting aus personenzentrierter Sicht.	2015	AA	K Schizophrenie	Forum
Veith Cornelia	Klientenzentrierte Interventionen bei selbstverletzendem Verhalten.	2013	AA	K Selbstschädigung	ÖGWG
Aichinger Elisabeth	Das Hilfreiche und Wertvolle einer personenzentrierten Beziehung im Kontext von Suchttherapie.	2014	AA	K Sucht	Forum
Schwarzl Norbert	Personenzentrierte Psychotherapie von Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen – am Beispiel meiner Arbeit in der Drogenberatungsstelle Point.	2015	AA	K Sucht	Forum
Waldhaus Annika	Wachstumsgifte und einstürzende Altbauten. Ein Beitrag zum Strukturwandel in der fremdmotivierten Therapie Drogenabhängiger aus personenzentrierter Sicht.	2015	AA	K Sucht	IPS
Griller Sabine	Alkoholabhängigkeit als Beispiel der Sucht- und Drangkrankheiten.	2015	AA	K Sucht	ÖGWG
Mittermayr Eva	Sucht und Klientenzentrierte Psychotherapie.	2016	AA	K Sucht	ÖGWG
Winter-Sporn Maja	Stigma Sucht. Gedanken zu einer tabuisierten Krankheit.	2013	AA	K Sucht	VRP
Grünberger-Philipp Renate	Sucht und Trauma. Literaturstudie zur Erörterung der therapeutischen Wirksamkeit von Klientenzentrierten Grundhaltungen und störungsspezifischen Interventionen bei abhängigkeitskranken Menschen mit Traumafolgestörungen.	2014	MT	K Sucht & Trauma	ÖGWG
Almesberger Tanja	Klientenzentrierte Haltung zu suizidalen Klienten. Theorie und Praxis.	2014	MT	K Suizidalität	ÖGWG
Hadzic Mirela	Trauma. Diagnostik und personenzentriertes Verständnis.	2015	AA	K Trauma	IPS
Hauer Georg	Unfassbarkeit erfassen. Beziehungsgestaltung mit akut-traumatisierten Menschen.	2013	MT	K Trauma	ÖGWG
Schrotter Michael	Der Körper als Spiegel des Prozesses in der Klientenzentrierten Psychotherapie mit traumatisierten Menschen.	2016	MT	K Trauma	ÖGWG
Amann Heidi	Vom sich Verlieren und Wiederfinden – Zur psychotherapeutischen Arbeit mit Schädelhirntrauma-Betroffenen.	2014	MT	K Trauma	ÖGWG
Kraml Katharina	Klientenzentrierte Therapie bei posttraumatischer Belastungsstörung.	2015	AA	K Trauma	ÖGWG
Zitterer Hermine	„Abschied“ – der Verschluss meiner Perlenkette.	2014	AA	P Abschied	ÖGWG
Juraske Astrid	Wie förderlich ist Achtsamkeitsmediation für den Therapieprozess?	2014	AA	P Achtsamkeit	Forum
Tojic Magdalena	Die natürliche Adaption im personenzentrierten Ansatz. Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen.	2013	AA	P Adaption	VRP
Harzhauser Elke	Aggression im Personenzentrierten Ansatz – Ferrari, VW-Käfer oder Geländewagen?	2016	AA	P Aggression	Forum

(AKADEMISCHE) ABSCHLUSS- BZW. MASTERARBEITEN

Name	Titel der Arbeit	Jahr	Art d. Arbeit	Themenschwerpunkt	Institution
Richter Thomas	Begegnung mit Aggression. Inter- und intrapersonale Entwicklungsmöglichkeiten durch Selbsterfahrung und Therapie.	2015	AA	P Aggression	IPS
Wegleitner-Ceppel Pia	„Muss ich das erdulden?“ – Demut, eine Form weiblicher Aggression.	2015	AA	P Aggression	IPS
Ikrath Bettina	Altern und Werden. Einstieg in die Psychotherapieausbildung jenseits der Lebensmitte als Ausdruck der Aktualisierungstendenz.	2014	AA	P Alter	Forum
Markowitsch Susanna	Alter(n) – ein Aspekt personenzentrierter Psychotherapie.	2013	AA	P Alter	IPS
Ettel Christa	Nützt denn das etwas? Gedanken zur Personenzentrierten Psychotherapie mit alten und hochbetagten Menschen im Kontext eines Pflegeheimes.	2013	AA	P Alter	VRP
Rastoka Tanja	Psychische Veränderungen im Alter. Eine personenzentrierte Sichtweise.	2014	AA	P Alter	VRP
Horatschek Peter	Armut und Mangel.	2015	AA	P Armut	Forum
Kogelbauer Ursula	Auch Eltern waren einmal Kinder. Die Bedeutung von Bindung im Personenzentrierten Ansatz aus kinderpsychiatrischer Sicht.	2013	AA	P Bindung	Forum
Riemer Friederike	Burnout aus der Sicht einer Personenzentrierten Psychotherapeutin.	2013	AA	P Burnout	Forum
Steiner Margarete	Eine personenzentrierte Theorie zur Entstehung von Burnout.	2013	AA	P Burnout	IPS
Lindorfer Silvia	Das Spektrum dissoziativen Erlebens. Welches Verständnis von Dissoziation haben Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und wie gehen sie mit dissoziativem Erleben um?	2015	MT	P Dissoziation	ÖGWG
Piotrowska, A	Die Rolle der Sprachkompetenz für die Regulation von Emotionen.	2014	AA	P Emotionsregulation	pca.acp
Zach Barbara	Goldmine und Minenfeld. Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im psychotherapeutischen Prozess.	2013	MT	P Erotik	ÖGWG
Basler Ronald	Freiheit und Verantwortung. Die Bedeutung zweier existenzieller Phänomene für den Personenzentrierten Ansatz.	2013	AA	P Existenz	Forum
Kunert Cornelia	Werden wollen wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personenzentrierter Standpunkt.	2013	AA	P Geschlechtsidentität	Forum
Redl Christa	Does Gender matter? Gerechtigkeit für Frauen im Personenzentrierten Ansatz.	2013	AA	P Geschlechtsidentität	Forum
Tober Dieter	Wann ist ein Mann ein Mann. Dem Mann zur Sprache verhelfen, Kontakt zu sich und seinen Gefühlen.	2015	AA	P Geschlechtsidentität	Forum
Lebeth Sibylle	Identitäten zwischen den Geschlechtern: Eine personenzentrierte Spurensuche.	2014	AA	P Geschlechtsidentität	IPS
Facchin-Selb Axel	Gewalt – Verstehen aus personenzentrierter Sicht.	2013	AA	P Gewalt	IPS
Witting-Schön Matthias	Von der Suche nach Glück – und vom Finden in der personenzentrierten Psychotherapie.	2014	AA	P Glück	Forum
Kunert Elke	Die Suche nach Glück in Personenzentrierter Psychotherapie. Der Weg vom Überleben zum Leben.	2014	AA	P Glück	IPS

(AKADEMISCHE) ABSCHLUSS- BZW. MASTERARBEITEN

Name	Titel der Arbeit	Jahr	Art d. Arbeit	Themenschwerpunkt	Institution
Swoboda Johanna	Fluch und Segen der Hochsensibilität. Über das Empathie-Erleben hochsensibler klientenzentrierter Psychotherapeutinnen.	2015	MT	P Hochsensibilität	ÖGWG
Pilz Markus	Humor und Therapie aus integrativ-personenzentrierter Perspektive.	2015	AA	P Humor & Lachen	Forum
Lichtenberger Petra	Lachen in der Psychotherapie.	2013	AA	P Humor & Lachen	VRP
Nicolai, U.	Personzentrierte Beratung bei Schwerhörigkeit.	2016	AA	P Körperliche Beeinträchtigung	pca.acp
Pöschl Helga	Der Weg zurück ins Leben – Das therapeutische Beziehungsangebot als Wegbereiter für Menschen in Krisensituationen.	2014	AA	P Krise	ÖGWG
Friedl-Rekel Waltraut	Kultursensible Begegnung. Was ist aus der Sicht der Klienten- bzw. Personzentrierten Psychotherapie erforderlich oder hilfreich für das Gelingen der therapeutischen Beziehung insbesondere mit Klientinnen mit Migrationshintergrund und aus dem islamischen Kulturkreis?	2016	MT	P Kultur & Migration	ÖGWG
Pinzker Inge	„Die Dolmetscherin als Mensch zu sehen, das muss man auch üben.“ – Dolmetschvermittelte Personzentrierte Psychotherapie mit Flüchtlingen.	2015	MT	P Kultur & Migration	ÖGWG
Pesendorfer Harald	Das Erbe unserer Väter. Personzentrierte Arbeit mit Söhnen übermächtiger Väter.	2015	AA	P Macht	Forum
Underberg Christiane	Das Konzept des Inneren Teams in der Klientenzentrierten Psychotherapie – Ein Weg zur Förderung des Therapieprozesses.	2015	MT	P Methoden & Therapie	ÖGWG
Andiel Mella	Gelebte Philosophie – Aspekte zwischen Misanthropie und personzentriertem Menschenbild.	2013	AA	P Motive	IPS
Huppmann Barbara	Der Freitod in der Aktualisierungstendenz.	2015	AA	P Motive	IPS
Winkler Doris	Die Therapiemotivation im Zwangskontext.	2013	MT	P Motive	ÖGWG
Grosinger-Quass Magdalena	Aktualisierungstendenz und Demenz.	2015	AA	P Motive	VRP
Wasinger-Brandweiner Verena	„Flügge werden“ - Die Autonomieentwicklung junger Erwachsener aus personenzentrierter Sicht.	2015	AA	P Persönlichkeit & Entwicklung	Forum
Lischke-Arzt Claudia	Prokrastination. Eine Annäherung aus personenzentrierter Sicht.	2014	MT	P Prokrastination	LG Bochum
Kurl Neena	„Und wie ist es trotzdem weiter gegangen?“ (M)Eine personenzentrierte Betrachtung der Resilienz.	2014	AA	P Resilienz	Forum
Gschwend, B.	Ressourcenaktivierung in der Gesprächsführung.	2016	AA	P Ressourcen	pca.acp
Buchner Karin	Scham – ein vernachlässigter Affekt. Über die Bedeutung der Scham in der klientenzentrierten Psychotherapie von Menschen mit Borderline-Störung.	2015	MT	P Scham	ÖGWG
Bernasconi Pelufo Ana Inés	Notlösung Besuchsbegleitung: Die Scheidungskrise und ihre Auswirkungen auf die Familie.	2016	AA	P Scheidung	IPS
Szurmant Rainer	Kein Gegenüber – keine Begegnung. Psychotisches Erleben als Bedrohung des Selbstkonzeptes des Therapeuten.	2013	AA	P Selbstkonzept	IPS
Wimmer Eva	Die Wirkmacht der Person. Quantenphysik und Psychotherapie im Kontext.	2014	AA	P Selbstwirksamkeit	IPS
Blaschinz Tina	Das Thema Sexualität in der Personzentrierten Psychotherapie.	2016	MT	P Sexualität	ÖGWG

(AKADEMISCHE) ABSCHLUSS- BZW. MASTERARBEITEN

Name	Titel der Arbeit	Jahr	Art d. Arbeit	Themenschwerpunkt	Institution
v. Mörl Benedikt	„Es ist mir wichtig in meiner Spiritualität kongruent zu werden, und sie in meine psychotherapeutische Arbeit einfließen zu lassen!“	2014	AA	P Spiritualität	Forum
Werkhausen Marius	Sport und der Personzentrierte Ansatz – Auf dem Weg zur Fully-Functioning-Person.	2014	MT	P Sport	LG Bochum
Charwath-Klinger Ulrike	Die Realisierung der Therapiebedingung „Empathie“ in der klientenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Eine theoretische Recherche und Erfahrungen aus der eigenen Praxis.	2016	AA	P Therapeutische Grundhaltungen	ÖGWG
Mayrhofer Klaus	Die Bedeutung von Pausen für die Kongruenz in der klientenzentrierten Therapie anhand eines Therapiebeispiels.	2016	AA	P Therapeutische Grundhaltungen	ÖGWG
Schouweiler Martine	Wenn sich Klienten wortlos von ihren Therapeuten trennen.	2013	MT	P Therapieabbruch	ÖGWG
Heine Gernot	Die Angst vor dem Tod in der personzentrierten Psychotherapie.	2015	AA	P Tod	Forum
Hanke Elisabeth	Tod, Trauer und Abschiednehmen in der Psychotherapie.	2015	AA	P Tod	IPS
Pöllhuber Betina	Mit Todesangst leben. Eine qualitative Studie zum Erleben von Menschen, die krebskrank sind oder an einer unheilbaren progredienten Krankheit leiden.	2014	MT	P Tod	ÖGWG
Fischhof Lea Gila	Der Traum – Ausdruck organismischen Erlebens.	2015	AA	P Traum	Forum
Lang Claudia	Everybody's Darling oder das Erbe einer traumatischen Kindheit.	2014	AA	P Trauma	ÖGWG

*Anmerkungen***Art der Arbeit:**

MT = Masterthese, AA = Akademische Abschlussarbeit

Themenschwerpunkt:

A = Anwendung, AB = Ausbildung, G = Grundlagen, K = Klinische Erkrankungen, P = Phänomene

Institution und Kontakt:

Forum = Forum - Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis
(AT): buero@forum-personzentriert.at

IPS = Institut für Personzentrierte Studien (AT): office@apg-ips.at

LG Bochum = Lehrgang Bochum, Masterstudium „Personzentrierte Beratung Counselling“ an der Evangelischen Fachhochschule in Bochum (DE)
(Liste von der GwG zur Verfügung gestellt): barg@gwg-ev.org

ÖGWG = Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (AT):
wolfgang@keil.or.at

pca.acp = Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz
(CH): malliker@web.de

VRP = Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (AT): ingrid.hacker@gmx.at

Internationale Veranstaltungen 2016

PCE Conference, New York

Zeit: 20.–24. Juli 2016

Ort: New York, USA

Info: <http://www.nypcpc.org/pce2016/>

International Focusing Conference 2016

Zeit: 20.–24. Juli 2016

Ort: Cambridge, UK

Info: <http://www.focusingconference2016.uk/>

Internationale Focusing Sommerschule

Zeit: 24.–28. Juli 2016 und 30. Juli–3. August 2016

Ort: Bodensee, Achberg bei Lindau am Deutschland

Info: adpca2015@gmail.com

Focusing Woche Achberg

Zeit: 4.–10. August 2016

Ort: Achberg (Lindau/Bodensee)

Info: <http://www.focusing-netzwerk.de/index.php/focusing-wochen>

Focusing Institute Summer School

Zeit: 21.–27. August 2016

Ort: Joshua Tree, California

Info: <http://www.focusing.org>

IGB-Stuttgart Encounter

Zeit: 14. und 15. Oktober 2016

Ort: Stuttgart

Info: www.igb-stuttgart.de/fortbildungstage

20 Jahre Forum

Zeit: 15.–16. Oktober 2016

Ort: Wien, Österreich

Info: www.forum-personzentriert.at

Jubiläumskongress „Diversität“

anlässlich 20-jährigen Bestehens des IPS

Zeit: 25.–26. November 2016

Ort: wird noch bekanntgegeben

Info: www.institut@apg-ips.at

ÖGWG-Woche: Spezielle Settings

Zeit: 26.–29. Oktober 2016

Ort: Schloss Goldegg / Salzburg, Österreich

Info: www.oegwg.at



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTT GART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr & Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer – veranstaltet als größtes personzentriertes Institut in Süddeutschland regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept.

Das IGB ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON.

Neben den Weiterbildungen in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG - Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. bietet das Institut Weiterbildungen in Personzentrierter Traumatherapie, Prüfungsvorbereitungskurse für die Heilpraktiker-Psychotherapie-Prüfung beim Gesundheitsamt und ein- oder zweitägige Fortbildungsveranstaltungen. Alle Referent_inn_en sind erfahrene Therapeut_inn_en und Berater_inn_en mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten sowie regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichen.

Weitere Informationen über das IGB, zu den Weiterbildungsangeboten und den Referent_inn_en finden Sie auf der Homepage unter: www.igb-stuttgart.de

Weiterbildung – Personzentrierte Traumatherapie und Traumapädagogik 2016/2017

In Therapie und Beratung treffen wir häufig auf Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, die Opfer von Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Gewalt wurden oder immer noch sind. Auch das Erleben von häuslicher Gewalt und psychisch- oder suchtkranken Eltern kann erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung haben. Da meist ein Schweigebot gilt und Kinder schnell in einen Loyalitätskonflikt geraten, entwickeln sie häufig Symptome, denen wir in der Therapie, Beratung oder in pädagogischen Handlungsfeldern begegnen. Auch Erwachsene leiden häufig ein Leben lang unter den Folgen traumatischer Erfahrungen. Um die unterschiedlichen Symptome zu verstehen und angemessen darauf reagieren zu können, ist ein therapeutisches und beratendes Vorgehen nötig, das die Kenntnisse der Psychotraumatologie berücksichtigt. In diesem Weiterbildungsangebot geht es um die Vermittlung von grundlegendem Fachwissen zur Kindeswohlgefährdung, Traumatisierung und Diagnostik sowie um das psychotherapeutische und beratende Vorgehen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit traumatischen Erfahrungen.

Inhalte: Formen der Kindeswohlgefährdung und Signale, Seelische Beeinträchtigungen bei Erwachsenen, Grundlagen der Psychotraumatologie, gesetzlich vorgeschriebene Verfahrensweisen und Aufgaben der Kinderschutzfachkraft/insofern erfahrene Fachkraft; Personzentrierte Therapie und Beratung mit ergänzenden Methoden für traumatisierte Personen; Elternarbeit und Traumapädagogik; Fallsupervision.

Kursleitung: Dorothea Hüsson; Diplomsozialpädagogin, Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (GwG), Ausbilderin für Personzentrierte Beratung (GwG) und Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), langjährige Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen, ehemalige Leitung einer Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt, derzeitige Tätigkeit therapeutisch in freier Praxis und in der Lehre an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd und am IGB.

Termine: 9./10.12.2016; 20./21.1.2017; 31.3./1.4.2017 und 7./8.7.2017

Ort: IGB Stuttgart, Wörishofenerstraße 54, 70374 Stuttgart Bad-Cannstatt

Kosten: 990€, zahlbar in 6 monatlichen Raten à 169€

Zugangsvoraussetzungen: Grundkompetenzen in Beratung oder Psychotherapie

Anmeldung und weitere Informationen: Dorothea Hüsson; E-mail: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de; fon: +497114403916

Neue Weiterbildungen nach den Richtlinien der GwG

Personzentrierte Psychotherapie/Beratung mit Kinder- und Jugendlichen

Modul 1: Beginn Oktober 2016- alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Beratung (DGfB)

Modul 1: Beginn Oktober 2016 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Psychotherapie Modul 1: Beginn Oktober 2016



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

SPEZIELLE SETTINGS

Zeitlimitierte Therapie • Kinderpsychotherapie • Gruppenpsychotherapie

ÖGWG-WOCHE

26. – 29. OKTOBER 2016 in Goldegg / Salzburg

	MITTWOCH, 26. OKTOBER	DONNERSTAG, 27. OKTOBER	FREITAG, 28. OKTOBER	SAMSTAG, 29. OKTOBER
09:00 – 10:30	Ab 10:30 Eintrudeln, registrieren, einen Drink nehmen	Peter Pearce Time limited Psychotherapy with Anxiety and Depression	Elisabeth Maaß, Astrid Naderer Im Malraum mit Gruppen	Lukas Wagner Digitale Lebenswelten von Jugendlichen
11:00 – 12:30	11:00 Eröffnungs-Werkstatt 12:00 Wolfgang Keil Geschichte und therapeutische Überlegungen zu Lang- und Kurzzeittherapien	Peter Pearce Time limited Psychotherapy with Anxiety and Depression	Sonja Kinigadner Das Nutzen inkongruenter Kommunikation für Veränderung in der Gruppentherapie Hubert Rieger Das Potenzial der Beziehung im Setting der Kurzzeittherapie	Lern-Werkstatt Sylvia Keil, Jürgen Kroemer, Brigitte Pelinka Ethische Entscheidungswege bei zeitlimitierten, Kinder- und Gruppentherapien in vivo
MITTAGSPAUSE		12:30 – 14:30	12:30 – 14:30	12:30 – 13:30 Abschluss der Tagung
14:30 – 16:00	Marc Montgomery Lässer Der Personzentrierte Ansatz in der klinischen Neuropsychologie Eva Brenner, Katja Ruzicka Jugendgruppen im institutionel- len Rahmen	Peter Pearce Time limited Psychotherapy with Anxiety and Depression	Zukunfts-Werkstatt - Zeitlimitierte Psychotherapie - Gruppenpsychotherapie - Kinder- und Jugendpsychotherapie - Personzentrierte Akademie - Den personzentrierten Ansatz verbreiten	
16:45 – 18:00	Charlotte Aschauer Die Bedeutung der Kohäsivität in der personzentrierten Grup- pentherapie Inghwio aus der Schmitten „Spielen und Abmachungen“ Kinder und Eltern im therapeutischen Prozess	Peter Pearce Time limited Psychotherapy with Anxiety and Depression	16:00 Generalversammlung	
ABENDESSEN		18:00 – 19:00	19:00	
19:00 – 20:30	Ursula Hörtenhuber Personzentrierte Gruppen- psychotherapie in der psychiatrischen Klinik	Abend-Werkstatt Reflexionen zum Tag Arbeitsgruppen	ÖGWG-FEST	

Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz
Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

pca.acp

Société Suisse pour l'approche centrée sur la personne
Formation. Psychothérapie. Relation d'aide.
Società Svizzera per l'approccio centrato sulla persona
Formazione. Psicoterapia. Relazione d'aiuto.

KURSPROGRAMM 2016 WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

Berufsbegleitende Weiterbildung für PsychologInnen, ÄrztInnen und HochschulabsolventInnen im Bereich der Humanwissenschaften mit zusätzlichen Qualifikationen gemäss Weiterbildungsrichtlinien. FSP-, SPV- und SBAP-Anerkennung.

BAG-anerkannt gemäss PsyG.

Weiterbildung in Personzentrierter Beratung Niveau I und Diplomniveau II oder 3-jährige Kompaktausbildung

Zwei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen und anderen Berufen. SGfB-anerkannt, Zugang zur eidgenössischen Fachprüfung.

Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und Kurse zum Kennenlernen des PCA, Fachtagungen

z.B. Focusing, Selbsterfahrungskurse, Achtsamkeit für TherapeutInnen und BeraterInnen, therapeutisches Spiel, Krisenintervention und vieles mehr ...

Detaillierte Kursausschreibungen und Anmeldung unter:

<http://www.pca-acp.ch/de/Weiterbildung/Kursprogramm.38.html> oder

pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | info@pca-acp.ch

**Information/Anmeldung: Sekretariat pca.acp, Tel. 044 244 71 71 70,
info@pca-acp.ch, www.pca-acp.ch**

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

20 JAHRE FORUM

Symposium „Empathie – wieviel Mitgefühl braucht die Welt?“

Zeit: Samstag, 15. Oktober 2016, 9:30 – 18:30 Uhr – anschließend „In Kongruenz-Fest“

Sonntag, 16. Oktober 2016, 9:30 – 14:00 Uhr

Ort: Kardinal König Haus ■ Kardinal König Platz 3 ■ A-1130 Wien

VORTRÄGE

- Empathie und Trauma: Möglichkeiten der Bewältigung - trotz der Katastrophe (*Silke Birgitta Gahleitner*)
- Wieviel Mitgefühl braucht die Welt? Zur gesellschaftspolitischen Dimension von Psychotherapie (*Martin Schenk*)

WORKSHOPS

- Apropos Offenheit und Vielfalt: Wer für alles offen ist, ist nicht ganz dicht!? (*Nora Nemeskeri & Gerhard Stumm*)
- Hermeneutische Empathie und Prozessuale Diagnostik in der Personzentrierten Psychotherapie (*Sylvia Keil & Wolfgang Keil*)
- Alt werden im Beruf (*Sylvia Gaul & Heidi Müllner-Sari*)
- Empathie körperlich (*Harald Doppelhofer & Irmgard Fennes*)
- Expressive Arts als förderliche Möglichkeit (selbst-)empathisches Verstehen zu vertiefen (*Astrid Juraske & Inge-Marie Lajda*)
- Beeing a child psychotherapist. Herausforderungen und Anforderungen in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (*Barbara Reisel & Christine Wakolbinger*)
- „...wenn es gelingt, nicht zu bewerten...“ Empathie in der Arbeit mit TransPersonen (*Cornelia Kunert*)
- „Der Augenblick macht was mit uns“ – Mitgefühl erwächst aus Aufmerksamkeit (*Bernhard Hubacek*)
- Take care! Compassion und Compassion Fatigue im Spannungsfeld lebensfreundlicher Sorge (*Christian Metz*)

► **Begegnung mit vielen Weggefährtinnen und -gefährten der letzten 20 Jahre**

► **Feier der Fachspezifikum-Abschlüsse**

► **Zukunfts-Visionen und -Perspektiven als FORUM**

Anmeldung: buero@forum-personenzentriert.at oder über die Website: www.forum-personenzentriert.at

Teilnahmegebühr: € 220,-

Bei Übernachtungswunsch bitten wir Sie, sich mit der Rezeption des Kardinal König Hauses in Verbindung zu setzen: www.kardinal-koenig-haus.at

Genauere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Programm unter www.forum-personenzentriert.at

Forum^o

Dave Mearns, Brian Thorne & John McLeod

Personzentrierte Beratung und
Psychotherapie in der Praxis



Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.

 GwG-Verlag

Dave Mearns, Brian Thorne & John McLeod

Personzentrierte Beratung und Psychotherapie in der Praxis

GwG-Verlag, Köln 2016

ca. 320 Seiten, kart.

37,90 Euro

ISBN 978-3-926842-56-5

Seit fünfundzwanzig Jahren ist das Buch Person-centred Counselling in Action ein Bestseller in Großbritannien, denn es ist eines der wichtigsten Werke in der britischen Personzentrierten Ausbildung. Es wurde bereits mehrere Male überarbeitet, und nun liegt die vierte englische Ausgabe vor. Diese ist insofern auch außerhalb des englischen Sprachraums von großem Interesse, als sie sowohl die Theorie als auch die Praxis des Personzentrierten Ansatzes sowie die verschiedenen neuesten Entwicklungen innerhalb dieses Ansatzes seit Carl Rogers klar darstellt. Hier sei angemerkt, dass die Autoren deutlich eine beziehungsorientierte Vorgehensweise bevorzugen, und in diesem Zusammenhang hie und da Vergleiche mit anderen Autoren anstellen, die eher strikt non-direktiv arbeiten. Der Wert des Buches liegt insbesondere auch darin, dass es zuerst jeder Kernbedingung ein eigenes Kapitel widmet und dann mit äußerst detaillierten praktischen Beispielen den „Anfang“, die „Mitte“ und das „Ende“ eines Beratungs- oder Psychotherapieprozesses in jeweils einem Kapitel besprechen. Außerdem wurde dieser Ausgabe ein Kapitel von John McLeod über die für den Ansatz relevante wissenschaftliche Forschung hinzugefügt. Daher bringt der GwG-Verlag nun zum ersten Mal die deutsche Fassung dieses grundlegenden Werkes heraus. Indem es nun dem deutschen Sprachraum ebenfalls zugänglich sein wird, wird das Buch für jene Leserinnen und Leser, die sich in Ausbildung befinden oder sich darauf vorbereiten, eine Inspiration sein, aber auch Psychotherapeuten und Berater mit viel Praxiserfahrung und theoretischen Kenntnissen werden hier neue Anregungen finden.

GwG-Verlag

Melatengürtel 125a | 50825 Köln | Tel. 0221 925908-0 | Fax: 0221 251276 | verlag@gwg-ev.org | www.gwg-ev.org

 GwG-Akademie

Dr. Ernst Kern und Lisa Große-Rhode

Neue GwG-Weiterbildung „Personzentrierte Körperpsychotherapie“

Beginn: 04.11.2016

Ort: Mainz

Die Weiterbildung versteht sich vor dem Hintergrund einer humanistischen Psychotherapie als spezieller körperpsychotherapeutischer Ansatz der Personzentrierten Psychotherapie. Diese wird integrativ verstanden, wobei sowohl der experientielle Zweig (Focusing, emotionsfokussierte Therapie) als auch entwicklungspsychologische Modelle und Perspektiven den Bezug zu und den Anschluss an aktuelle klinische Vorgehensweisen der Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie ermöglichen. Die Weiterbildung beinhaltet insgesamt 8 Wochenenden und 3 Supervisionstage.

Zielgruppe: Mitarbeiter in therapeutisch, beraterischen Bereichen, die Personzentrierte Körperpsychotherapie in ihre Arbeit integrieren möchten, mit therapeutischer Grundausbildung, es sollte aktuell mit Therapie/Beratungs-Klienten gearbeitet werden.

Anmeldung und weitere Informationen:

GwG- Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

Melatengürtel 125 a

50825 Köln

0049 (0)221 925908-50

brandt@gwg-ev.org

www.gwg-ev.org

16. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium – 16.12.2016

Seelennot und Körperqual – Personzentrierte Konzepte bei psychosomatischen Störungen

Veranstalter:

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen

Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel (auch Tagungsort)

Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

Programm (Freitag, 16.12.2016)

8.45 Uhr **Anmeldung u Begrüßung**

9.15–11.00 Uhr **Vorträge**

Mark Galliker: Das Leib-Seele-Verhältnis – von Descartes bis Gendlin

Holger Süß: Der Körper spricht – Personzentrierte Therapie bei somatoformen Störungen

11.30–13.00 Uhr **Vorträge**

Uwe Knierim: Der Körper schreit, die Seele schweigt – Psychotherapie somatoformer Schmerzstörungen

Christoph Schildger: diagnostische und therapeutische Konzepte bei funktionellen Magen-Darmbeschwerden

13.00–14.00 Uhr Mittagsimbiss

Parallel laufende Workshops

14.00–16.00 Uhr

- 1) Nini de Graaff: Focusing, eine erlebnisaktivierende Methode der Personzentrierten Psychotherapie
- 2) Arnulf Müller: Herzleiden und Herzeleid – Psychokardiologie
- 3) Bernhard Werner: Regulation des instabilen Körper-Seele-Systems – Ansätze aus der körperorientierten Psychotherapie
- 4) Gert-W. Speierer: Das personzentrierte Konzept krankhaften Erlebens, differenzieller Behandlung und heilsamer Erfahrungen bei psychosomatischen Störungen

16.30–18.00 Uhr **Mitgliederversammlung der ÄGG**

Vortragsgebühren 30 €,

Workshop-Gebühren 30 €

Teilnahme für ÄGG-Mitglieder und Mitarbeiter des EvK kostenfrei

CME-Zertifizierung beantragt

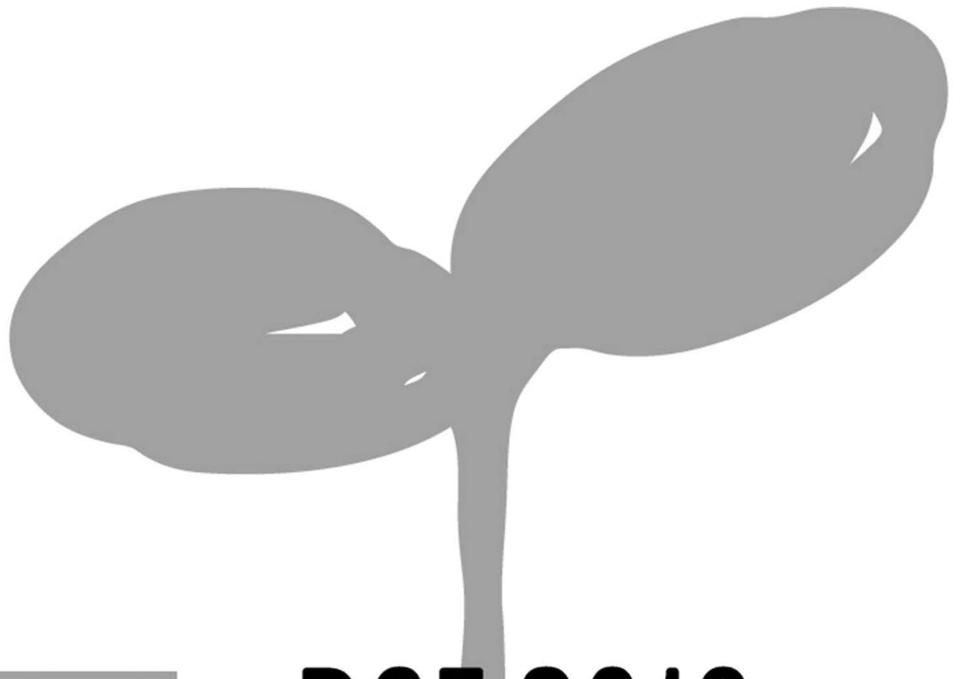
Programme, Anmeldung und Information

Sekretariat Frau Lührmann-Ott

Telefon: 02305/102-2858

Fax: 02305/102-2860

E-Mail: g.ott@evk-castrop-rauxel.de



8-12 JULY 2018
PRE-CONFERENCE 6-8 JULY 2018

SIGMUND FREUD PRIVATE UNIVERSITY VIENNA
FREUDPLATZ 1, 1020 VIENNA, AUSTRIA



WAPCEPC
World Association for Person Centered &
Experiential Psychotherapy & Counseling

WWW.PCE2018.COM

PCE 2018
FACILITATING
HOPE

PERSONAL & SOCIETAL
CHALLENGES

13TH WORLD CONFERENCE
FOR PERSON-CENTERED
& EXPERIENTIAL PSYCHO-
THERAPY & COUNSELING

VIENNA JULY 2018

SAVE
THE DATE



Jubiläumskongress 20 Jahre IPS

Fest-Veranstaltung zum 20jährigen Bestehen des Instituts für Personzentrierte Studien

Diversität – Chancen und Aufgaben in einer sich wandelnden Gesellschaft
Über den Personzentrierten Umgang mit dem Eigenen und dem Fremden

Diese Fest-Veranstaltung des APG•IPS besteht aus zwei Teilen:

Freitag, 25. November 2016: Zertifikatsverleihung, Fest-Vortrag von Peter F. Schmid,
am Abend findet die 20-Jahr-Feier statt.

Samstag, 26. November 2016: (ganztägig): ist dem Thema Diversität gewidmet und beinhaltet
diverse Workshops und einen Vortrag von Divine Charura.

Mit dieser Veranstaltung wollen wir unsere Bezugssysteme kritisch reflektieren und tradierte
Gewissheiten in den Wissenschaften, in der Gesellschaft und unserem alltäglichen Handeln
hinterfragen.

Der Begriff Diversität fokussiert auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Personen.
Es stehen dabei historisch gewachsene gesellschaftliche Differenzsetzungen im Mittelpunkt, die
soziale Ungleichheiten hervorgebracht haben. Die Auseinandersetzung mit Diversität verläuft
multi-, inter- und transdisziplinär.

Was passiert, wenn nicht nur eine Diversitätsdimension, wie beispielsweise Alter, in sozialen
Situationen hergestellt und wirksam wird, sondern je nach Situation und Kontext eine jeweils
spezifische Verschränkung mehrerer Diversitäten zum Tragen kommt?

Solche Phänomene können zu einer Mehrfachdiskriminierung beitragen, wenn sich beispielsweise
Geschlecht, Hautfarbe, Religion und Alter in einer bestimmten Situation verschränken und sich
damit massiv auf Entscheidungen auswirken. Diversitätsdimensionen können sich dabei gegen-
seitig verstärken, abschwächen oder auch verändern.

In dieser Veranstaltung soll ein personzentriertes Verständnis herausgearbeitet werden in Hinblick
auf die mögliche Verschränkung von Diversitäten und den damit verbundenen Wechselwirkungen.

Workshops mit dem Blick auf

- Ethnizität und Nationalität
- Behinderungen und Beeinträchtigungen
- sexuelle Orientierungen
- Religionen und Weltanschauungen

Gestaltet von AusbilderInnen und KandidatInnen der Akademie und Mitgliedern des APG•IPS.

Bei Interesse an diesem Jubiläumskongress bitte um E-Mail an institut@apg-ips.at.

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

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

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

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39
Tel.: +43 664 88 65 95 37, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

oder

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

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Richtwert 5000, max. 8000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

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

Rezensionen

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

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

- Dr. Christiane Bahr, Salzburg, E-Mail: bahrchristiane@hotmail.com
- Mag.^a Monika Tuczai, Wien, E-Mail: monika.tuczai@gmx.at

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

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

Urheberrecht

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

