

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2|2015

19. Jahrgang

Schwerpunktheft zum Jubiläumskongress Salzburg 2014

Herausgegeben von
Christiane Bahr, Wolfgang W. Keil, Elisabeth Maaß, Christine Wakolbinger

Sonja Kinigadner: Sicher, sauber, schnell und schön – oder selbstbestimmt und unvollkommen 79

FACHBEITRÄGE

Stephan Jürgens-Jahnert, Ulrike Hollick, Klaus Fröhlich-Gildhoff: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen 81

Maïke Rönnau-Böse, Klaus Fröhlich-Gildhoff: Resilienzfokussierte Kinderpsychotherapie 104

Barbara Zach: Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen im psychotherapeutischen Prozess 117

PRAXIS-REFLEXIONEN

Cornelia Kunert: „... es ist nicht so, dass ich es wegtun kann.“ Der schwere Albtraum als Zugang zu dissoziierten traumatischen Erfahrungen in der Personzentrierten Psychotherapie 133

Petra Lichtenberger: „Das ist ein ernstes Thema für mich, wie Sie daran erkennen können, dass ich Spaß mache ...“ – Überlegungen zum Lachen in der Personenzentrierten Psychotherapie 147

Christiane Bahr: Nachhaltig führen 160

REZENSIONEN 169

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, Schützensgasse 25/5
Tel.: +43 664 165 43 03, E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Christiane Bahr, Wolfgang W. Keil, Elisabeth Maaß, Christine Wakolbinger

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 13,00 / 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.

Verleger und Druck

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

Satz und Layout

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

Lektorat

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, 1070 Wien, Mariahilfer Straße 76/3/34
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 Brossi, Jef H.D. Cornelius-White, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehringer, Andrea Felnetmeti, Irmgard Fennes, Jobst Finke, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Susanne Gerckens, Walter Graf, Regula Haefeli, Mark Helle, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Dorothea Hüsson, Dora Iseli Schudel, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Walter Joller, Dietlind Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Jörg Merz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Sibylle Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, 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 Wiltschko, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Carola von Zülów, Günther Zurhorst

(Stand 7. Mai 2015)

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

PERSON

19. Jg. 2015, Heft 2

Schwerpunktheft zum Jubiläumskongress Salzburg 2014

Herausgegeben von

Christiane Bahr, Wolfgang W. Keil, Elisabeth Maaß, Christine Wakolbinger

Inhalt

Editorial 77

Sonja Kinigadner

Sicher, sauber, schnell und schön – oder selbstbestimmt und unvollkommen 79

FACHBEITRÄGE

Stephan Jürgens-Jahnert, Ulrike Hollick, Klaus Fröhlich-Gildhoff

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die
Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen 81

Maike Rönnau-Böse, Klaus Fröhlich-Gildhoff

Resilienzfokussierte Kinderpsychotherapie 104

Barbara Zach

Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen im psychotherapeutischen Prozess 117

PRAXIS-REFLEXIONEN

Cornelia Kunert

„... es ist nicht so, dass ich es wegtun kann.“ Der schwere Albtraum als Zugang zu dissoziierten
traumatischen Erfahrungen in der Personzentrierten Psychotherapie 133

Petra Lichtenberger

„Das ist ein ernstes Thema für mich, wie Sie daran erkennen können, dass ich Spaß mache...“
Überlegungen zum Lachen in der Personenzentrierten Psychotherapie 147

Christiane Bahr

Nachhaltig führen 160

REZENSIONEN

Peter Frenzel

Silke B. Gahleitner, Ingmar Maurer, Eleonore O. Ploil & Ursula Straumann (Hg.): Personzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen. 169

Tobias Steiger

Gerhard Stumm & Wolfgang W. Keil (Hrsg.): Praxis der Personzentrierten Psychotherapie. 171

Veranstaltungskalender 2015/16 173

Editorial

Dieses Heft ist einer Nachlese zum Jubiläumskongress anlässlich des 40jährigen Bestehens der ÖGWG in Kooperation mit allen deutschsprachigen Vereinigungen sowie der 5. Internationalen Fachtagung für Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im September 2014 in Salzburg gewidmet. Von einer so großen Tagung mit 6 Keynotes, etwa 65 Vorträgen und Workshops, der Preisverleihung des Virginia Axline-Preises bzw. des Virginia Axline-Nachwuchspreises, sowie mehreren medialen Veröffentlichungen kann im Rahmen unserer Zeitschrift natürlich nur eine kleine Auslese zu Wort gebracht werden.

Unter dem Motto „Sicher, sauber, schnell und schön – oder selbstbestimmt und unvollkommen?“ wollte sich der Kongress mit verschiedenen Aspekten des Umgangs und der Reaktionen der Personzentrierten Psychotherapie auf gesellschaftliche Entwicklungen und zeitgeistige Normen auseinandersetzen. Eine kurze Darstellung zur Entwicklung dieses Leitthemas gibt die Vorsitzende der ÖGWG, *Sonja Kinigadner*, in ihrem den Beiträgen zu diesem Heft vorangestellten Text.

Eine pointierte Position innerhalb des Leitthemas hat *Peter F. Schmid* eingenommen, der dafür plädiert, die Personzentrierte Psychotherapie zu einer umfassenden Soziotherapie als „Therapie an gesellschaftlichen Gruppen und der Gesellschaft als solcher“ zu entwickeln, wobei psychotherapeutisches Handeln immer auch politisches Handeln ist und der Psychotherapeut zugleich politisch tätig sein muss. PERSON hat die Position von *Schmid* unter dem Titel „The most personal is the most political“ schon im Heft 1/2013 herausgebracht.

Jürgen Kriz hat in ganz anderer Weise gefordert, dass sich der Personzentrierte Ansatz umfassender (als bloß im Fokus auf Zweier-Beziehungen) mit den Auswirkungen makrosozialer Bedingungen auf den Aktualisierungsprozess der Person befassen soll. Der Auffassung von der Aktualisierungstendenz in der „Personzentrierten Systemtheorie“ (von *Kriz* etwa schon in PERSON 2/2010 dargestellt) folgend, geht es dabei weder um eine reine „Entwicklung aus sich selbst heraus“, noch um volle Adaption an die sozialen Bedingungen, sondern um eine „sozial verantwortliche Nonkonformität“.

Lore Korbei hat in ihrer Keynote ebenfalls dargelegt, dass und wie die Klientenzentrierte Psychotherapie die Entwicklung von „personal power“ fördert und damit dem Individuum im Spannungsfeld zwischen Person und Gesellschaft sowohl Veränderungspotenzial wie Anpassung an das Gegebene ermöglicht.

Die meisten Kongressbeiträge haben sich jedoch weniger mit makrosozialen oder soziotherapeutischen Aspekten befasst, sondern waren dem psychotherapeutischen Umgang mit den Auswirkungen gesellschaftlicher Einflüsse und Entwicklungen bzw. überhaupt mit dem sorgsamem Aufsuchen, Finden und Entwickeln eigener persönlicher Ressourcen und Potenziale gewidmet.

So hat etwa *Jobst Finke* darauf hingewiesen, dass der gesellschaftliche Druck, solchen Konformitätserwartungen, wie sie im Kongressmotto beispielhaft benannt werden, zu entsprechen, das authentische Selbstsein, die Individualität und die Intimität des eigenen persönlichen Raumes der Person beschädigen oder verhindern. Wenn dann das Bemühen, den gesellschaftlichen Normen zu entsprechen, nicht den gewünschten Erfolg bringt und statt Anerkennung durch das maßgebliche Umfeld Zurückweisung und Entwertung geerntet werden, kann dies eine tiefe Beschämung mit Gefühlen der Erniedrigung und depressiv gestimmter Ohnmacht zur Folge haben. Die Personzentrierte Psychotherapie solcher Selbstentfremdung impliziert eine intensive Auseinandersetzung mit den verinnerlichten Wert-Bedingungen des sozialen Umfeldes, wobei den gesellschaftlichen Konformitätserwartungen gegenüber auch eine „Unvollkommenheitstoleranz“ entwickelt werden soll. Die Abgrenzung gegenüber externen Normen ist jedoch nicht mit einer Aufkündigung der gesellschaftlichen Bezogenheit zu verbinden, es gilt vielmehr, die Grenzen zwischen der Selbstidentität und der Gruppenidentität immer wieder neu auszuloten.

Ein hervorragendes Beispiel für das dafür notwendige sorgsame Herausarbeiten und Entwickeln der eigenen Strukturen kann in der Personzentrierten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS (einer gewissermaßen zeitgeistadäquaten Störung) gesehen werden, für welche *Stephan Jürgens-Jahnert*, *Ulrike Hollick* & *Klaus Fröhlich-Gildhoff* umfassende Handlungsleitlinien entwickelt haben und in diesem Heft veröffentlichen. Es wird dabei u. a. dargestellt, dass dem Kind die Möglichkeit geboten werden soll, seine Selbststruktur von innen heraus aufzubauen und diese nicht – wie in den bislang bekannten Verfahren – von außen strukturiert werden soll. (Bei dieser Gelegenheit sei darauf verwiesen, dass bereits in PERSON 1/2012 Handlungsleitlinien der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei 4 weiteren Störungsformen erschienen sind.)

Mit einer ebenfalls sorgsamem Entwicklung eigenen Potentials befasst sich die Resilienzförderung in der Kinderpsychotherapie. *Maïke Rönnau-Böse und Klaus Fröhlich-Gildhoff* geben dazu in ihrem Artikel einen Überblick über die Ergebnisse der Resilienzforschung, diskutieren diese in Verbindung mit dem Personenzentrierten Ansatz und entwerfen schließlich einen Ansatz einer resilienzfokussierten Kinderpsychotherapie.

Den sorgsamem Umgang mit eigenem Erleben dokumentiert auch *Barbara Zach* in ihrem Beitrag zum erotischen Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im therapeutischen Prozess. Dieser Beitrag referiert eine qualitativ-empirische Untersuchung im Rahmen einer Masterthese an der Donau-Universität Krems.

Die Fachbeiträge werden abgerundet durch drei Reflexionen aus der praktischen Arbeit, welche ebenfalls das engagierte und geduldige Aufsuchen und Entwickeln eigener Potenziale eindrucksvoll belegen. *Cornelia Kunert* befasst sich ausführlich mit der therapeutischen Arbeit an einem Albtraum, *Petra Lichtenberger* reflektiert über das Lachen in der Personenzentrierten Psychotherapie und *Christiane Bahr* analysiert Hintergründe und Ablauf eines Workshops über nachhaltiges Führen für Führungskräfte eines Seniorenheims, der in einen langfristigen Reflexions- und Supervisionsprozess eingebettet war.

Zuletzt noch ein Gedanke von *Sabine Weinberger*, die in ihrer Dankesrede anlässlich des ihr verliehenen Virginia Axline-Preises sinngemäß folgendes gesagt hat: „Eine gesunde Person kann sagen: ‚Ich hab mich selbst so lieb‘. Und darum geht es in einer Personenzentrierten Psychotherapie: Das Gute in sich selbst (wieder)finden zu lernen.“

Abschließend noch einige Mitteilungen in eigener Sache. Mit Ende des Vorjahres haben sich *Gerhard Stumm* und *Jobst Finke* aus der Redaktion zurückgezogen und wir möchten beiden auch an dieser Stelle für ihre langjährige und unsere Zeitschrift prägende Mitarbeit herzlich danken. Seit dem Vorjahr arbeitet *Gerhard Pawlowsky* (auf einem Platz der *pca.acp*) in der Redaktion mit und im Lauf dieses Jahres steigen *Jeanette Bischoff* (für die DPGG) und *Hans-Jürgen Luderer* (für die ÄGG) neu in die Redaktion ein; wir möchten sie hier herzlich begrüßen.

Zu guter Letzt sei noch vermeldet, dass es dem GwG-Verlag gelungen ist, den langjährigen Bestseller des Verlags, die „Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie“ von *Hans Swildens* in zweiter Auflage überarbeitet und neu übersetzt herauszubringen.

*Christiane Bahr, Wolfgang W. Keil,
Elisabeth Maaß, Christine Wakolbinger*

*Zum Jubiläumskongress unserer Verbände
am 25.–27. September 2014 in Salzburg*

Sicher, sauber, schnell und schön – oder selbstbestimmt und unvollkommen Personzentrierte Psychotherapie in Begegnung mit gesellschaftlichen Normen

Sonja Kinigadner

Bis zu den 1990er Jahren schien die Welt eigentlich schön. Man konnte sich mit dem Studium Zeit lassen, die Jobs anschließend aussuchen und am Abend Freunde wie ausgemacht treffen. Bei der Kleidung war ein gewisses Understatement in, die Beinhaare waren noch nicht rasiert, der Sex mit Pille seit Jahren luftiger und die Kinder in der Alternativschule.

Dann kam schleichend die Wende: Anforderungen wie „sicher, sauber, schnell und schön“ hatten sich verdoppelt und verdreifacht. Viele – auch wir Therapeutinnen und Therapeuten – rutschten in ein Bedingungs- und Normgefüge, das wir inzwischen als gegeben anzunehmen gelernt und auf das wir mit einer entsprechenden Ausrichtung unseres Selbstideals reagiert haben. Erst in Erschöpfungs- (F48.0) oder Entfremdungszuständen (F32.1), beim Auftreten von starker Angst (F 41.0, F41.1) oder übermäßigen Kontrollbedürfnissen (F 42.0, F42.2) und bei psychosomatischen Beschwerden (F45) beginnen die Menschen, die bisher fraglose Anpassung wahr zu haben und sich des Versagens, der Entmachtung, der emotionalen Labilität und des Verlustes an Selbstvertrauen bewusst zu werden: Ein Resultat primärer oder sekundärer Inkongruenz, je nach Umfang und Vorgeschichte der Störung organismischen Erlebens.

Wenn wir unseren Blick von der Einzelperson, dem Betroffenen, der Klientin, dem Coachee erheben, merken wir, dass wir dies alles selbst auch kennen, weil sich unsere westeuropäische Welt und somit auch wir uns dahin verändert haben. „Sicher, sauber, schnell und schön“ und die anderen Normen des Perfektionismus und der Tüchtigkeit sind im Sinn von Carl Rogers kollektive, gesellschaftliche Bewertungsbedingungen, die Personen dazu bringen können, ihr organismisches Erleben zugunsten einer Anpassung an diese Bedingungen bis zur Störungswertigkeit zu verdrängen.

Zur Heilung oder auch im Beratungskonzept zur Unterstützung von Empowerment und Resilienz schaffen wir in unserem personzentrierten Ansatz einen Rahmen, der durch die sechs Bedingungen für Veränderung geprägt ist. Was aber ist zu bedenken, wenn wir nun mit unseren KlientInnen im selben Boot sitzen? Das kann Auswirkungen auf die Bedingungen 2 und 3 haben:

Eine der beiden Personen (Klientin, Klient) befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz. Die andere Person (Therapeutin, Therapeut) ist mit sich selbst kongruent (d. h. mindestens im Bereich der Beziehung zur Klientin oder zum Klienten offen für das wirkliche eigene Erleben).

Die Therapeutenperson wird in der Begegnung mit der Klientin oder dem Klienten mit Situationsschilderungen konfrontiert, die auch ihre eigenen sein könnten. Sie könnte emotionale Reaktionen empfinden wie Mitgefühl, Identifizierung, Bagatellisierung der eigenen Überforderung, Idealisierung des eigenen Engagements oder Hilflosigkeit und Verzweiflung den Anforderungen gegenüber, sowie Schamgefühle, es selbst nicht besser zu können. All dieses Erleben müsste die Therapeutenperson nun korrekt symbolisieren, um sich selbst und ihrer Klientin, ihrem Klienten gegenüber offen bleiben zu können. Die Situation ist nur zu lösen, indem die Therapeutenperson gut pendeln kann zwischen der eigenen, angesprochenen Betroffenheit, der Wahrnehmung ihrer möglichen Abwehr gegen ihr Verstrickt-Sein in den Zeitgeist und dies alles nützen für ein vertieftes Verständnis für die Klientin, den Klienten.

Übrig bleibt: Wie Umgehen mit der Verzweiflung und dem Erleben von Machtlosigkeit angesichts unbeeinflussbarer, nicht mit dem organismischen Erleben übereinstimmender

Normerwartungen der Gesellschaft? Das führt zu Bedingung 4 des therapeutischen Angebotes:

Die Therapeutenperson erlebt unbedingte Wertschätzung für das gesamte Erleben des Klienten und kann die Klientin, den Klienten von deren bzw. dessen inneren Bezugsrahmen her empathisch verstehen.

Und hier findet die Therapeutenperson ein inneres Erleben, das zwischen gewolltem Hingegen- und hilflosem Ausgeliefertsein an die Bedingungen des Zeitgeistes schwankt. Vom inneren Bezugsrahmen her kann es die Klientin, der Klient ebenso genussvoll wie grausam zwingend erleben, die Schönheit zu pflegen, die Leistungsgrenzen auszutesten, das Kind in seinen Talenten fördern zu wollen oder eine angesehene Position anzustreben. Die Therapeutenperson kann dazu aber zwei Ausgangssituationen beobachten:

Es können einerseits Personen betroffen sein, die an sich eine stabile und integrierte Selbststruktur haben, aber durch die gegenwärtige Situation eines Zeitgeistes von Grenzenlosigkeit und Perfektionismus über mehrere Monate oder Jahre unter traumatisierenden Stress geraten sind und eine gravierende Schädigung erfahren haben. „Ich kenne mich selbst nicht mehr“ ist dann Ausdruck einer schwerwiegenden Identitätsstörung.

Das Ausgeliefertsein an „Sicher, sauber, schnell und schön“ kann aber auch mit einer schleichenden chronischen Situation der Traumatisierung in der Geschichte der Klientin oder des Klienten durch chronische Überforderungen, Gewalterfahrung und/oder Vernachlässigung zu tun haben. Ergebnis kann dann ein Strukturdefizit und eine Ausrichtung auf einen perfektionistischen, anpassungsorientierten oder ehrgeizigen Verhaltensstil sein, so dass die Person sich selbst für passend befindet.

In beiden Situationen, so meine Hypothese, braucht es jedenfalls mehr gegenüber diesem gewaltigen wirtschaftlichen und

gesellschaftlichen Druck als das Verstehen und Akzeptieren durch eine einzelne Person. Wir sind ziemlich hilflos der Macht der Konzerne, der Schönheitsindustrie, den Auflagen des Bildungssystems ausgeliefert, wenn es dem Einzelnen nicht gelingt, eine größere Gruppe von Personen um sich zu haben, die mehr zu tun bereit ist als ihn oder sie zu verstehen und anzunehmen. Gandhi prägte den Begriff des zivilen Ungehorsams, die Soziologie den Begriff der Zivilgesellschaft. Deshalb glaube ich – und die KlientInnen bestätigen dies – dass die erste therapeutische Bedingung für Veränderung: „Es besteht ein psychologischer Kontakt zwischen Klient und Therapeut“ für die Begegnung mit dem Zeitgeist weitaus effektiver wird, wenn auch „ein psychologischer Kontakt zwischen Klientinnen und Klienten und einem gleichgesinnten Kollektiv“ besteht. Wir alle profitieren von Psychotherapiegruppen, Internetplattformen oder Selbsthilfegruppen, die uns im zivilen Ungehorsam stützen. Auch wir Therapeutinnen und Therapeuten brauchen Kollektive, um die Bedingungen des Zeitgeistes zu hinterfragen und uns mit ihnen auseinander setzen zu können. Ein Kollektiv, das wir selbst nützen können, sind zum Beispiel Tagungen, die Mitarbeit in Gremien und Netzwerken oder die gemeinsame Pressearbeit. Aus diesen kollektiven Aktivitäten heraus können wir unser Wissen um das Heilsein und seine Verstörung immer wieder öffentlich kund tun.

„Das therapeutische Angebot der Grundhaltungen muss von der Klientin, vom Klienten zumindest im Ansatz wahrgenommen werden können“, wird in der 6. Bedingung gefordert. In einer neuen Form könnte dies besonders dann erfüllt werden, wenn die Klientinnen und Klienten wahrnehmen, dass sich ihre Therapeutinnen und Therapeuten selbst aktiv in den öffentlichen Diskurs um die zeitgeistbedingten verstörenden Gesellschaftsbedingungen eingeschaltet haben.

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS): Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Stephan Jürgens-Jahnert
Wetter (Hess.), Deutschland

Ulrike Hollick
Weimar (Lahn), Deutschland

Klaus Fröhlich-Gildhoff
Freiburg, Deutschland

In diesem Artikel werden Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit ADHS und deren Bezugspersonen vorgestellt.

Grundlage für das Störungsverständnis ist ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell. Unter Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse und der praktischen therapeutischen Erfahrung zielt das personzentrierte Psychotherapiekonzept darauf ab, dem Kind die Möglichkeit zu bieten, seine Selbststruktur von innen heraus aufzubauen und nicht – wie in den bislang bekannten Verfahren – es von außen zu strukturieren.

Entscheidend ist dabei, dass ein innerer Bezug zu dem Kind mit ADHS-Symptomen und seiner besonderen Art der Wahrnehmung aufgebaut wird. Neben der personzentrierten Grundhaltung sind hier eine deutliche Präsenz des Therapeuten, ein eng bezogenes affektives Einschwingen, das Anregen von Symbolisierungsprozessen sowie Angebote zur Ressourcenaktivierung erforderlich, um so schrittweise neue intra-psychische Strukturen anzuregen.

Die Handlungsleitlinien präzisieren dieses innovative Konzept und differenzieren es nach der Arbeit mit dem Kind und den Bezugspersonen sowie nach unterschiedlichen Therapiephasen.

Schlüsselwörter: Leitlinien, ADHS, bio-psycho-soziales Erklärungsmodell, Personzentrierte Psychotherapie

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD): Therapeutic guidelines for person-centered psychotherapy with children, adolescents and related persons. This article presents guidelines for person-centered psychotherapy with children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder, their families and related persons.

The disorder is explained by a bio-psycho-social model. Taking into account scientific findings and practice experience the PCA based therapy concept aims at building up the child's self-structure from inside and not – as in previous concepts – by structuring it from outside.

In this context it is of great significance that the therapist develops a high affinity for the child's inner structure and its particular perception of the world. Based on the person-centered attitude the therapist's presence, a close empathic attuning, the stimulation of symbolizing processes as well as the activation of the child's resources are essential to bring about the development of new intra-psychic structures.

The therapeutic guidelines specify this innovative concept. They make concrete suggestions referring to the different stages of the therapeutic process for the therapy of the ADHD-child/adolescent as well as for the cooperation with his family and other persons related to the client.

Keywords: therapeutic guidelines, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), bio-psycho-social explanation model, person-centered psychotherapy with children and adolescents

Stephan Jürgens-Jahnert, geb. 1951, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Ulrike Hollick, geb. 1973, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Ausbilderin in Personenzentrierter Beratung mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Lehrbeauftragte an der Philipps-Universität Marburg für Kinderspieltherapie, tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Prof. Dr., geb. 1956, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Evangelische Hochschule Freiburg, D-79114 Freiburg, Bugginger Str. 38
E-Mail: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de.

Vorbemerkung

ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) ist eine der häufigsten Diagnosen in der Kinderpsychotherapie und -psychiatrie. Um dieses Störungsbild ist seit vielen Jahren eine heftige Fachdebatte v. a. zwischen Vertretern einer eher medizinisch-biologischen Sicht und solchen einer humanistischen und psychodynamischen Perspektive entstanden. Verbunden damit ist die Diskussion um die extreme, in den letzten 15 Jahren um mehr als das 150-fache gestiegene Medikamentengabe (z. B. Bundespsychotherapeutenkammer, 2008; Gebhardt et al., 2008; s. a. Barmer/GEK, 2013, Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, 2013), die als kurzfristige Antwort auf das als auffällig empfundene Verhalten dient.

Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten¹ behandeln Kinder mit einer entsprechenden Diagnose – gleichwohl findet sich auf theoretischer Ebene bisher keine Auseinandersetzung mit den Entstehungsbedingungen und es existieren ebenfalls keine Konzepte zu einem störungsspezifischen therapeutischen Handeln aus einem personenzentrierten Verständnis heraus. So bleiben Behandler auf individuelles Ausprobieren verwiesen, wenn sie nicht auf andere Behandlungsverfahren ausweichen wollen. Die hier vorgelegte personenzentrierte Konzeptionalisierung von Ätiologie und Behandlung soll diese Lücke schließen.

Dabei wird gezeigt, dass zur Erklärung der Ursachen das ursprüngliche personenzentrierte Störungskonzept erweitert werden muss, insbesondere werden die Symptome als Ausdruck nicht gelungener Bindungs- und Regulationsprozesse in früh(est)er Kindheit gesehen; es ergeben sich auf diesem Hintergrund spezifische Notwendigkeiten einer entwicklungsförderlichen therapeutischen Begegnung.

Die Grundlagen der ADHS-Symptomatik entstehen in frühen Lebens- und Entwicklungsphasen. Da eine Diagnosestellung jedoch erst ab dem 6. Lebensjahr erfolgen darf (s. Abschnitt 2), beziehen sich die Handlungsleitlinien zur psychotherapeutischen Begegnung auf Kinder und (jüngere) Jugendliche ab dem 6. Lebensjahr – dabei werden spezifische Hinweise für die Personenzentrierte Psychotherapie mit (älteren) Jugendlichen, die ADHS-Symptome zeigen, im Anschluss an die allgemeinen Handlungsleitlinien in Abschnitt 5 angefügt (im Abschnitt 5.4). Aus dem spezifischen Störungsverständnis (Abschnitt 3) lassen sich Hinweise auf Vorläufer-Symptome – also auch für die Gruppe der Kinder unter sechs Jahren – ableiten, die entsprechend frühzeitig behandelt werden sollten;

dazu können die hier vorgestellten therapeutischen Orientierungen adaptiert werden.

In den hier vorgestellten Handlungsleitlinien wird der Schwerpunkt auf die therapeutische Begegnung mit Kindern und Jugendlichen gelegt, die die Kardinalsymptome der ADHS zeigen; auf die Komorbiditäten wird nicht dezidiert eingegangen; hier sei auf die entsprechenden Handlungsleitlinien verwiesen (Angst: Füzner u. a., 2014; Depression: Jürgens-Jahnert u. a., 2014; Störungen des Sozialverhaltens: Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2014).

Die vorliegenden Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen bei Kindern mit einer ADHS-Symptomatik sind ein weiterer Schritt in der Reihe der störungsspezifischen Handlungsleitlinien der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – neben dem o. g. liegen noch Leitlinien für Kinder mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (Hüsson et al., 2014) vor. Mit den Handlungsleitlinien wird insgesamt ein wichtiger Beitrag zur Fortentwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie geleistet, der zugleich Anschlussfähigkeit an den fachpolitischen wie wissenschaftlichen Diskurs leistet (zur Bedeutung von Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie: Behr et al., 2014).

1. Phänomenologische Kennzeichen des Störungsbildes

Es geht in diesem Beitrag um die „Zappelphilippe“, die besonders unaufmerksamen, unruhigen und impulsiven Kinder, meistens Jungen. Diese Kinder und Jugendlichen haben Probleme mit ihrer Umwelt und auch mit sich, weil sie zudem oft Störungen in der Aufmerksamkeit zeigen:

- Sie brechen Aufgaben vorzeitig ab, beenden Tätigkeiten – meist solche, die als fremdbestimmt (z. B. Hausaufgaben) erlebt werden – ohne ein Ziel erreicht zu haben, lassen sich extrem leicht ablenken, wechseln häufig von einer Aktivität oder Aktion zur anderen ...
- Die Kinder und Jugendlichen zeigen ein ausgeprägtes Maß an Unruhe, Rastlosigkeit und motorischer Überaktivität.
- Besonders in Situationen, die relative Ruhe abverlangen (z. B. das Stillsitzen in der Schule), fällt es ihnen schwer, das eigene Verhalten zu kontrollieren.
- Sie sind weiterhin besonders impulsiv, das heißt, sie handeln sehr plötzlich, ohne zu überlegen, haben Probleme abzuwarten und ihre Bedürfnisse aufzuschieben.

Neben diesen Hauptsymptomen haben Kinder und Jugendliche mit der dargestellten Problematik oft Kontaktschwierigkeiten, Lern- und Leistungsprobleme, aber auch emotionale Symptome wie ein niedriges Selbstwertgefühl (vgl. Döpfner 2000).

1 Obwohl die überwiegende Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten weiblich ist, verwenden wir in diesem Text die männliche Form, da die eigentlich angemessene weibliche Form doch sehr ungewohnt ist und die Lesbarkeit beeinträchtigt.

Durch die beschriebenen Symptome geraten die zumeist durchschnittlich intelligenten Kinder in einen Teufelskreis, wenn sie mit den Anforderungen in Vorschule und Schule konfrontiert werden. Sie erleben, „dass ihr Lernerfolg, trotz subjektiv gleicher Anstrengung wie bei den Gleichaltrigen, geringer ist oder gar ausbleibt. In einem Teufelskreislauf von Konzentrationsmangel und ausbleibendem Lernerfolg verstärken sich die kognitiven Defizite, die dann bald durch ein sich beständig verschlechterndes Selbstwertgefühl unmittelbare Auswirkungen auf die Motivation haben, was sich wiederum auf die Ausdauer niederschlägt“ (Schulte-Markwort & Düsterhus 2003, S. 99). Die Kinder geraten nicht selten in der Klassengemeinschaft in eine Außenseiterposition und gelten als Störenfriede.

2. Diagnose/Differentialdiagnose

2.1 Leitsymptome und Epidemiologie

Leitsymptome und Diagnosekriterien

Nach den klassischen Kategoriensystemen ICD und DSM sind die Leitsymptome „Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörungen, Ablenkbarkeit), Überaktivität, Hyperaktivität, motorische Unruhe und Impulsivität. Nach ICD-10 (klinische Kriterien) müssen sowohl Unaufmerksamkeit als auch Überaktivität vorliegen. Die Forschungskriterien verlangen das Vorliegen von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, S. 237).

Aufgrund der hohen Gefahr von Fehldiagnosen sind die diagnostischen Kriterien des ADHS nach den Diagnosekriterien der ICD-10 (Forschungsfassung; aus: Schulte-Markwort & Düsterhus 2003, S. 96) hier ausführlich dokumentiert:

G1. Unaufmerksamkeit: Mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten
2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten
3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird
4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden)
5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren

6. vermeiden Hausaufgaben, die häufig kognitives Durchhaltevermögen erfordern
7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, zum Beispiel für Schularbeiten, wie Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge
8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt
9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich

G2. Überaktivität: mindestens sechs Monate lang mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder wenden sich auf den Sitzen
2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht dem nur ein Unruhegefühl)
4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen
5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind

G3. Impulsivität: mindestens sechs Monate lang mindestens eines der folgenden Symptome von Impulsivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist
2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder abwarten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen
3. unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sich in das Gespräch oder in das Spiel anderer ein)
4. reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren

G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr

G5. Die Kriterien sollen in mehr als einer Situation erfüllt sein, zum Beispiel sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zu Hause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, zum Beispiel in der Klinik.

G6. Die Symptome von G1. bis G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tief greifende Entwicklungsstörung (F84), eine manische Episode (F30), eine depressive Episode (F41).

Im ICD-10 werden unter der Kategorie F90 „Hyperkinetische Störungen“ noch die „einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen“ (F90.0) von der „Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) unterschieden.

Bei der Diagnosestellung muss besonders beachtet werden, dass die Kardinalsymptome mindestens sechs Monate lang vorliegen müssen, dass der Entwicklungsstand der Kinder bzw. Jugendlichen berücksichtigt werden muss, dass die Kriterien in mehr als einer Situation erfüllt sein müssen und dass wesentliche Beeinträchtigungen der sozialen und intellektuellen Leistungsfähigkeit bestehen (vgl. hierzu auch Döpfner 2000, Quaschner & Theisen 2005).

In allen Stellungnahmen von Fachautoren wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Diagnosestellung „erhebliche Schwierigkeiten (bereitet). Als Gründe dafür sind an erster Stelle die Vielzahl und Heterogenität der Symptome zu nennen, im Weiteren dann die situative Abhängigkeit und die damit verbundene Wechselhaftigkeit der Symptomatik. Da das Ausmaß der motorischen Aktivität eines Kindes sehr stark in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand variiert, heißt es bei der Diagnostik auch die Entwicklungsdimension zu berücksichtigen. Nicht zuletzt spielen auch normative Einschätzungen eine Rolle, die in die Bewertungen und Beurteilungen eines Kindes als Störenfried mit einfließen“ (Quaschner & Theisen 2005, S. 157).

Eine Diagnostik setzt die Differential- bzw. Ausschlussdiagnosen voraus, z. B. zur Störung des Sozialverhaltens oder so genannter tiefgreifender Entwicklungsstörungen (ICD, F84) oder ‚reiner‘ Wahrnehmungsstörungen, die allerdings aufgrund der bestehenden Komorbiditäten (siehe unten) sehr schwer zu treffen sind.

Nach Döpfner (2000) werden als Ausschlusskriterien eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung, eine Schizophrenie oder eine andere psychotische Störung fest(gelegt). Darüber hinaus benennt das ICD-10 eine depressive Episode oder eine Angststörung als Ausschlusskriterium“ (ebd., S. 155).

Aufgrund der Diagnoseprobleme wird ADHS als einheitliche Kategorie von einigen Autoren sehr kritisch betrachtet: Es wird in Frage gestellt, ob eine solche, Einheitlichkeit vorgebende Diagnosestellung überhaupt möglich ist. So betonen Hüther & Bonney (2002), dass die „geforderte Einschätzung / Beurteilung

des kindlichen Verhaltens (...) in hohem Maße von der Toleranz des Untersuchers abhängig ist (...). Die klinische Erfahrung zeigt, dass die mit diesem Diagnoseschema versuchte Einschätzung keinesfalls ausreichend ist. Sie ermöglicht keine hinreichend sichere Zuordnung und erlaubt auch keine maßgeschneiderte Therapieplanung“ (ebd., S. 107). Streeck-Fischer (2006) geht sogar so weit zu sagen, dass es sich „aus psychodynamischer Sicht (...) um eine ‚Undiagnose‘“ handelt (ebd., S. 81). Aufgrund der hohen Komorbidität – so gibt es bspw. ein gemeinsames Auftreten mit Angststörungen von bis zu 40 % (z. B. Döpfner 2000) – und der Vielfältigkeit der Symptomatik diskutiert sie, „ob Hyperaktivität eher als Störung oder eher als Risiko anzusehen ist. Bei einem Risiko würde es sich um ein Kontinuum einer Auffälligkeit mit verschiedener Ausprägung handeln, bei einem Störungskonzept müsste ein qualitativer Wechsel vorliegen“ (ebd.). Die Symptome finden sich in unterschiedlicher Ausprägung bei einer Vielzahl von Störungen (Streeck-Fischer 2009), weshalb eine Abgrenzung in der Praxis z. T. schwierig und manchmal willkürlich ist. Auch jüngere Studien weisen auf eine sehr hohe Quote von Fehldiagnosen hin (z. B. Bruchmüller & Schneider, 2012; Lindström, 2012).

Epidemiologie

Aufgrund unterschiedlich genauer diagnostischer Erhebungen und Quellen (z. B. Elternbefragung vs. Klinische Stichproben) und der o. a. Diagnoseprobleme schwanken die Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens des ADHS erheblich. Tendenziell wird davon ausgegangen, dass 3–5 % aller Kinder eine ADHS-Symptomatik zeigen – die Bundesärztekammer gibt bei strenger Beachtung der ICD-Kriterien eine Prävalenzrate von 1–2 % an (Bundesärztekammer 2006), wobei insgesamt nur ein sehr geringer Teil wirklich medikamentöse Unterstützung benötigt; hierzu gibt es eine breite Diskussion um diese Verordnungspraxis (z. B. Barmer GEK-Report, 2013 oder die Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendpsychiater). Das Verhältnis Jungen : Mädchen wird in der Spanne 3:1 bis 9:1 angegeben. Nach Schlack et al. (2014) hat sich die Quote der Kinder, die nach Eltern-Einschätzung ADHS-Symptome zeigen, über einen Zeitraum von acht Jahren nicht erhöht (2. Erhebungswelle der KiGGS-Studie).

Im Gegensatz zu früheren Annahmen zeigt sich, dass sich die Störung nicht auswächst: In einer Zusammenfassung einschlägiger Studien stellt Döpfner (2000) fest: „30–66 % der hyperkinetischen Kinder leiden auch im Erwachsenenalter unter den Symptomen oder Folgeproblemen“ (ebd. 2000, S. 159, s. a. Stadler et al. 2006) – wenn sie nicht adäquat behandelt werden.

2.2 Abgrenzung zu anderen/ ähnlichen Störungsbildern

Teilweise wird das ADHS – als Störung mit Hyperaktivität – abgegrenzt vom ADS, dem reinen Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, bei dem die eingeschränkte Aufmerksamkeitsfokussierung im Vordergrund steht (DSM IV: „ADS, vorwiegend unaufmerksamer Typ 314.00“).

Es werden hohe Komorbiditätsraten mit anderen Störungen beschrieben, wobei aufgrund der o. g. Diagnoseprobleme Abgrenzungen oftmals nicht einfach sind:

Insbesondere bestehen Komorbiditäten auf symptomatischer Ebene mit:

- Oppositionellen Verhaltensstörungen und Störungen des Sozialverhaltens (ca. 30–50 %)
- Depressiven Störungen (ca. 20 %)
- Angststörungen (ca. 25 %)
- Lern- und Leistungsstörungen (ca. 25 %)

(Streeck-Fischer, 2006; Schulte-Markwort & Düsterhus, 2003).

2.3 Diagnostisches Vorgehen

Die Vielfältigkeit des Störungsbildes und die Notwendigkeit, die Kernsymptome von alters- oder situationsabhängigen Faktoren abzugrenzen, erfordern ein multidimensionales und multimethodales diagnostisches Vorgehen. Dabei ist grundsätzlich immer zu unterscheiden zwischen a) einem Standardrepertoire von diagnostischen Methoden, die differenziert nach den Klienten und ihrem Umfeld sowie altersspezifisch eingesetzt und ausgewählt werden, b) symptom-spezifischen diagnostischen Methoden (s. a. Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2014) und c) einer spezifischen personenzentrierten Diagnostik.

a) Standardrepertoire

- Familieninterview zur Erfassung der dynamischen und systemischen Einbettung der Symptomatik, ihrer Funktion, Ausprägung und Genese und zur Konfliktklärung; bei Jugendlichen kann es sinnvoll und nötig sein, nur alleine mit dem Jugendlichen bzw. dem jungen Erwachsenen zu arbeiten.
- Sorgfältige Anamneseerhebung (gegebenenfalls mithilfe strukturierter Verfahren, z. B. DEF, Anamnestischer Elternfragebogen). Es ist wichtig, insbesondere entwicklungs-geschichtliche Faktoren zu berücksichtigen, wie das Temperament des Kindes, die familiäre Situation und Interaktion in den ersten Lebensjahren und die Umstände beim Auftreten der Leitsymptome.
- Probatorische Stunden zur Klärung der Beziehungsbereitschaft des Kindes/Jugendlichen. In diesen Sitzungen sollen zudem das Bindungsverhalten, die Regulationsmöglichkeiten und die Spielgestaltung systematisch beobachtet werden.

- Standardisierte Verfahren zur Erfassung des Leistungsstandes des Kindes.
- Standardisierte Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren zu Vielfalt und Ausmaß der Störung (z. B. CBCL, YSR, SDQ, DISYPS II ...).
- Systematische Erfassung der Ressourcen des Kindes/Jugendlichen und des Umfeldes.
- Altersgemäß eingesetzte projektive Verfahren zur Erfassung nicht symbolisierter Selbstanteile und zur Erfassung des Selbstkonzeptes des Kindes bzw. Jugendlichen (z. B. Schwarzfuß-Test, Sceno-Test, Mensch-Zeichentest).
- Spezifische Verfahren zur Erfassung der Familiendynamik (z. B. Familie-in-Tieren-Test, Schwarzfuß-Test, Soziogramm, Genogramm ...).

b) Störungsspezifische Methoden

- Weitere Umfeldbefragungen und Beobachtungen in Kita, Hort, Schule. Aufgrund der diagnostischen Kriterien (Auftreten der Symptomatik in mindestens zwei Lebensbereichen) ist dieser Schritt unumgänglich.
- Das Auftreten des Verhaltens ist sehr spezifisch zu erfassen: Seit wann? Wie oft? In welcher Intensität? In welchen Zusammenhängen? usw. Dabei ist es wichtig, sowohl die Selbstbeurteilung des (älteren) Kindes, der Eltern, aber auch externe Sichtweisen (Lehrer, Erzieherinnen im Kindergarten oder Hort) zu berücksichtigen. Zusätzlich sollten spezifische Testverfahren abhängig vom Behandlungskontext und Auftrag (z. B. DISYPS II, Döpfner et al., 2008; KIDS 1, Döpfner, Lehmkuhl & Steinhausen, 2006) eingesetzt werden.
- Körperliche Untersuchungen: Hier können/sollten EEG- und Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Möglicherweise sind weiterführende diagnostische Befunde (pädiatrische Differentialdiagnostik, pädaudiologische Differentialdiagnostik etc.) zu erheben. Wenn möglich, sollte eine ergänzende Stellungnahme eines Kinder- und Jugendpsychiaters eingeholt werden.

c) Personenzentrierte Diagnostik

Die personenzentrierte Diagnostik geht über die reine Erhebung der diagnostischen Daten hinaus (Jürgens-Jahnert, 2002). Auf der Grundlage der in a) und b) gewonnenen Erkenntnisse wird der Fokus hier auf die Bedeutung gelegt, die die ADHS-Symptomatik für die Entwicklung dieses jeweiligen Kindes aus personenzentrierter Perspektive hat, und zwar unter den folgenden Gesichtspunkten, von denen sich dann auch das Behandlungskonzept ableitet:

- Welche Bindungserfahrungen hat das Kind in seinem Leben gemacht?
- Welche Passung und wie viel Feinfühligkeit hat es dabei erlebt?

- Welche Auswirkungen hat das auf seine individuelle Art der Beziehungsgestaltung?
- Welche Art von Empathie hat das Kind erfahren bzw. vermisst?
- Was ergibt sich daraus für seine individuelle Art des emotionalen Erlebens und wie kann der Therapeut darin mit-schwingen?
- Welche primären und sekundären Inkongruenzen lassen sich konkretisieren?
- Welche generalisierten Abbilder von Interaktionserfahrungen (Stern, 1992) und Schemata hat das Kind ausgebildet?
- Inwiefern ist seine Selbststeuerung bzw. Selbstregulationsfähigkeit ausgeprägt, wo macht es Erfahrungen der Selbstwirksamkeit?
- Über welche positiven, stabilisierenden Eigenschaften verfügt das Kind?
- An welche Ressourcen kann es (wieder) anknüpfen?
- Was ergibt sich daraus für seine (Selbst-)Aktualisierungstendenz?
- Welche korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrungen sind nötig und können vom Therapeuten angeboten werden? Was benötigt das Kind für seine weitere Entwicklung?

Diese Leitfragen sollten die diagnostische Phase strukturieren. Sie sind weniger durch spezifische Verfahren zu beantworten, sondern eher durch das reflektierte Erleben des Therapeuten im Kontakt mit dem Kind und dessen Bezugspersonen.

3. Personzentriertes Störungsverständnis des ADHS, Genese

3.1 Einführung

Die Zusammenschau bisheriger Konzepte zum Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom mit neuen wissenschaftlichen Ergebnissen und Theorien und der klinischen Erfahrung der Autoren hat auf dem Hintergrund des personzentrierten Konzeptes zu einer neuen Sichtweise geführt. Diese verändert insbesondere das Behandlungskonzept grundlegend: Im Gegensatz zu herkömmlichen Verfahren wird der ‚Königsweg‘ nicht darin gesehen, das Kind quasi von außen zu strukturieren. Da sich die Erfahrungswelt von Kindern mit einer ADHS-Symptomatik in weiten Teilen nicht nur graduell vom Erleben von Menschen ohne ADHS unterscheidet, sondern auch qualitativ, ist es die primäre Aufgabe des Therapeuten, sich in diese ihm fremde Welt hineinzubegeben. Im zweiten Schritt können dann dem ADHS-Kind Angebote gemacht werden, seine Symbolisierungsfähigkeit sowie seine Selbststruktur bzw. sein Selbstkonzept von innen heraus aufzubauen. Deshalb werden die Grundüberlegungen bezüglich der Genese dieser

Erkrankung und seiner darauf aufbauenden Behandlung zusammenfassend vorangestellt.

Die Grundlage für das Verstehen der ADHS-Symptomatik ist ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell: Kinder mit dieser Symptomatik zeigen eine spezifische Art der Weltbegegnung, die aus dem Zusammenspiel biologischer Ausgangsbedingungen mit frühen Beziehungserfahrungen resultiert. Ein Teil der Kinder bringt anlagebedingte oder erworbene biologische und/oder physiologische Faktoren mit auf die Welt, welche an sich nicht unbedingt als krankheitswertig zu betrachten sind. Fehlt es diesen Kindern allerdings an positiver Beachtung und Empathie für ihr anderes Erleben und gelingt es ihren wichtigen Bezugspersonen nicht, sich auf ihr spezifisches Empfinden einzuschwingen, dann entstehen Inkongruenzen sowie Störungen der Symbolisierungsfähigkeit und des Selbstkonzeptes, die in einem prozesshaften Verlauf zur Symptomatik eines ADHS führen können. Kinder können jedoch auch ohne Spezifika ihrer physiologischen Funktionen durch unempathische und nicht haltgebende Beziehungserfahrungen Formen der ADHS-Weltbegegnung entwickeln.

Mangelt es diesen Kindern dann auch noch an Verständnis für ihre Probleme, entstehen aus sekundären Inkongruenzen die als Komorbidität bezeichneten zusätzlichen Störungen, insbesondere Angst und Depression, aber auch Störungen des Sozialverhaltens.

Das aus diesem Störungsverständnis abgeleitete innovative personzentrierte Behandlungskonzept bietet dem ADHS-Kind zunächst einen Raum für seine besondere Art der Wahrnehmung, des Empfindens und Verhaltens. Primäre Aufgabe des Therapeuten ist es nicht zu strukturieren, sondern dem Kind in einer personzentrierten Grundhaltung zu begegnen, sich in die Welt des Kindes hineinzubegeben, dessen Erfahrungswelt kennenzulernen und gleichzeitig seine eigene Weltsicht und gute innere Struktur dem Kind anzubieten. So kann das Kind nicht nur diese für es andere Welt kennenlernen, sondern es kann selbstbestimmt entscheiden, was es übernehmen, wo und wie es sich verändern möchte.

3.2 Konzept zur Erklärung der ADHS-Symptomatik

Die Vielfalt und Komplexität der ADHS-Symptomatik lässt einfache Erklärungsmuster zur Störungsentstehung als nicht ausreichend erscheinen; grundlegend wird von einem Zusammenspiel biologischer, sozialer und intrapsychischer Faktoren ausgegangen. Diesem bio-psycho-sozialen Erklärungsmodell (z. B. Fröhlich-Gildhoff, 2013) wird angesichts der Komplexität der Störung höchste Evidenz zugesprochen (z. B. Overmeyer et al., 1999; Richards, 2012; Petermann et al., 2004).

Die psychischen Ursachen sind entwicklungsgeschichtlich in frühen Phasen der Entstehung der Selbststruktur bzw. des

Selbstkonzeptes verwurzelt. Es geht insbesondere um grundlegende Defizite in der Selbststeuerung und Selbstregulation, welche nicht mehr ausreichend mit dem personenzentrierten Konzept der Inkongruenz zu erklären sind (vgl. ausführlich Jürgens-Jahnert, 2010). Daher wird im Folgenden auf empirische Ergebnisse und Konzepte Bezug genommen, die einen Beitrag zu einer umfassenden, das personenzentrierte Konzept erweiternden Sichtweise ermöglichen: Neben der ADHS-Forschung sind dies die Säuglings- und Bindungsforschung sowie neurobiologische Erkenntnisse.

Auf diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass die Entstehung des ADHS einen prozesshaften Charakter besitzt, bei der in komplexer Weise biologische, soziale und psychische Faktoren zusammenwirken: Auf der Grundlage biologischer Bedingungen tritt das Kind in Wechselwirkungen mit seiner Umwelt. Dabei macht es reale Erfahrungen, besondere Bedeutung haben dabei die Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen, deren innere Repräsentationen zur Herausbildung der Selbststruktur führen (Fröhlich-Gildhoff, 2013; Fröhlich-Gildhoff et al., 2009; Jürgens-Jahnert, 2010). Diese wiederum ist handlungsleitend für die weitere Auseinandersetzung mit der Außenwelt, vor allem für die Bewältigung aktueller Anforderungen und Entwicklungsaufgaben – die (hyper-)aktive Bewältigung ist ein Modus, der dann wieder verstärkend wirkt (eine ausführliche Darstellung der zugrunde gelegten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Konzepte findet sich in Fröhlich-Gildhoff & Jürgens-Jahnert, 2014).

Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass das im Folgenden dargestellte Störungsmodell nicht im Sinne eines linearen, eindeutigen Kausalmodells zu verstehen ist; es werden vielmehr Entwicklungskorridore und Schnittstellen aufgezeigt, die sich im Sinne selbstreferentieller Prozesse individuums-spezifisch unterschiedlich ausformen und deshalb individuell nachgezeichnet werden müssen.

Biologische Ebene

Auf biologischer Ebene werden vier Elemente als potenzielle Vulnerabilitätsfaktoren diskutiert:

- Genetische Faktoren führen insbesondere zu einem grundlegenden Dopaminmangel. Bei den festgestellten Veränderungen der Hirnstruktur und Hirnfunktionen bleibt allerdings unklar, ob sie Korrelate einer Störung, nicht aber deren Ursachen sind (vgl. Hüther & Bonney 2002; Hüther 2006; Roy, 2012).
- Mittlerweile zeigen eine Reihe von Studien, dass frühe Stress-Erfahrungen in Schwangerschaft und der frühen Säuglingszeit zu hirnhypophysologischen und strukturellen Veränderungen führen (Becker et al., 2007; Bock & Braun, 2006; Braun et al., 2002, Fonagy, 2009); klare Nachweise gibt es für weitere Faktoren wie den Nikotinabusus während der

Schwangerschaft (Becker et al., 2007). Hierdurch können sich Veränderungen der Ansprechbarkeit auf Reize, aber auch der generellen Dopamin-erzeugenden Systeme ergeben.

- Ein schwieriges Temperament (Thomas & Chess 1989) mit Unregelmäßigkeiten in biologischen Funktionen, Rückzugsverhalten gegenüber neuen Reizen und mangelnder Fähigkeit zur Anpassung an neue Situationen stellt einen erhöhten Risikofaktor dar. Es kann zu einer „erhöhten Empfänglichkeit für psychosoziale Stressoren“ kommen und bei einer „mangelnden Passung zwischen Temperamentsmerkmalen und Umwelтанforderungen“ dann zu Verhaltensmustern mit Kennzeichen von Überaktivität (Schmeck, 2003, S. 162; s. a. Carey 2009).
- Einen weiteren biologischen Risikofaktor stellen Einschränkungen der Wahrnehmungsfunktionen und/oder der sensorischen Integration dar. Diese führen dazu, dass Außenreize nur verzerrt innerpsychisch repräsentiert werden, wozu es dann im Außenkontakt zu ebenso verzerrten, Stress auslösenden Interaktionen kommt (z. B. Zimmer, 2008, 2010).

Kinder, die später eine ADHS-Störung entwickeln, kommen möglicherweise mit einer geringeren Reizschranke oder höheren Unruhe auf die Welt. Dadurch wird das dopaminerge System besonders häufig aktiviert. Es kommt zu einem Anwachsen der entsprechenden Zellverbände und dadurch entwickelt sich das antriebsaktivierende System besser. Dies führt dazu, dass sich Kinder immer leichter durch neuartige Reize stimulieren lassen. Es kommt zu innerer Unruhe, zur ständigen Suche nach neuen Stimuli, wobei wiederum das dopaminerge System aktiviert und verstärkt wird.

Auf diesem Hintergrund kommt es dann im sozialen Zusammenspiel zu einer weiteren Verstärkung. Durch die permanente (innere) Unruhe entstehen Konflikte mit der Umwelt und damit psychosozialer Stress, der wiederum verstärkend auf das dopaminerge System und letztlich zur Verstärkung der hyperaktiven neuronalen Struktur führt.

Es sind auch Entwicklungswege beschreibbar, bei denen ein Kind ohne biologische Vulnerabilität auf eine Umwelt und ein Bezugssystem trifft, in der sehr viel Unruhe und Unsicherheit vorherrschen, Eltern stark belastet sind oder aufgrund eigener biografischer Erfahrungen nicht als stabile, zuverlässige und sichere Bindungspersonen zur Verfügung stehen. Auch dann kann es aufgrund des Stresserlebens beim Kind zu einer dauerhaften Aktivierung des dopaminergen Systems mit den o. a. Folgen kommen.

Es ist zu beachten, dass es sich bis hierher um eine rein biologische Sichtweise handelt, also übliche psychosoziale Regulationssysteme dabei in keiner Weise reflektiert werden. Es ist so ein, sich aus sich selbst heraus verstärkendes biologisches System, welches allerdings von ausreichend empathischen und

feinfühligem Bezugspersonen durchaus aufgefangen werden kann.

Soziale Ebene

Die genetischen oder Temperamentsfaktoren und auch die Folgen der Erfahrungen des Kindes in der Schwangerschaft entwickeln sich weiter in der Interaktion mit den Bezugspersonen. Eine negative Entwicklung – aufgrund der o. g. Vulnerabilitäten – kann durch ein entwicklungsförderliches, Stress und Aktivierung deregulierendes (Beziehungs-) Verhalten unterbrochen werden. Wenn dies nicht gelingt, kommt es zu einer Aufrechterhaltung oder gar Verstärkung der besonderen, hyperaktiven Form der Weltbegegnung des Kindes. Für die Entwicklung der ADHS-Symptomatik spielen insbesondere frühe *Bindungserfahrungen und Regulationserfahrungen* der Kinder eine Rolle:

Fehlende Verlässlichkeit, Unregelmäßigkeit, mangelnde Feinfühligkeit und fehlender Halt auf Seiten der Bezugspersonen führen – auch auf körperlicher Ebene – zu unsicheren Bindungsrepräsentationen, entsprechenden selbst initiierten dysfunktionalen Interaktionen und Stresserleben (Strauss et al., 2002; Brisch, 1999, 2004; Großmann & Großmann, 2006; Dornes, 2008). Zugleich wird die Fähigkeit zu gezielter Exploration eingeschränkt und es kommt zu Einschränkungen im Prozess der Selbstwahrnehmung und Empathie und der Fähigkeit, innerpsychische Zustände bei sich und anderen adäquat zu erfassen und abzubilden.

Manchmal haben die Bezugspersonen – z. B. wegen psychischer Erkrankungen oder Suchtabhängigkeiten oder wenn sie aufgrund ungünstiger psycho-ökonomischer Bedingungen unter starkem Stress stehen – selber Schwierigkeiten mit der Regulation ihrer inneren Befindlichkeiten. Dann erleben die Kinder zu wenig Unterstützung in der Regulation ihrer Zustände, insbesondere des Arousal (allgemeine Erregung), der Aktivität und der Affekte, aber auch der Aufmerksamkeit. In dem feinen Prozess der Affektregulation und Abstimmung liegt eine Vielzahl von möglichen Fehlerquellen:

- Die Regulation auf körperlicher Ebene – angepasst an die frühen Bedürfnislagen des Kindes – erfolgt nicht zeitgerecht, kontinuierlich und passgenau.
- Das Mitschwingen auf körperlicher und emotionaler Ebene erfolgt nicht ausreichend.
- Die Affekte des Kindes werden nicht angemessen wahrgenommen und heruntergefahren (z. B. durch körperlichen Halt, durch Trost ...) oder sie werden übermäßig angetrieben; es kommt so zu übermäßiger Unter- oder Überstimulation durch Bezugspersonen.
- Die Bedürfnisse des Kindes werden nicht wahrgenommen und nicht angemessen feinfühlig beantwortet.

Neuere Studien weisen auf Beziehungen zwischen „mütterlicher Sensitivität und Verhaltensproblemen bei Kindern mit Temperamentsauffälligkeiten“ hin (Bradley & Corwyn, 2007, S. 124, Übers. d. Verf.). Ähnliche Ergebnisse zeigt die Mannheimer Risikostudie (Laucht et al., 2000), wobei es geschlechtsbezogene Unterschiede gibt: Die „Prognose frühkindlicher Regulationsstörungen [wird] bei Mädchen eher durch eine deprivierende und bei Jungen eher durch eine überstimulierende Qualität der frühen Mutter-Kind-Interaktion nachhaltig beeinflusst“ (Lehmkuhl, 2009, S. 64). Diese Daten konnte Streeck-Fischer (2009) in einer eigenen Analyse von Therapie-Anträgen bestätigen; zusätzlich zu den teils überfürsorglich-intrusiven, teils vernachlässigenden Müttern zeigte sich in nahezu allen Fällen, dass die Väter der Kinder abwesend (infolge von Trennung oder Tod) oder sehr wenig in der Familie präsent waren.

Eine bedeutende intermittierende Variable sind dabei psychosoziale Belastungsfaktoren wie ein niedriges Bildungsniveau. Insgesamt gibt es jedoch „keine lineare kausale Erklärung: Variablen des Kindes wirken sich ebenso auf die frühe Interaktionsgestaltung aus wie das Verhalten und die Belastung der Mutter, so dass es auf die individuelle Passung ankommt“ (Streeck-Fischer, 2009, S. 122).

Intrapsychische Ebene I: Folgen für die Entwicklung der Selbststruktur

Der Terminus „Selbststruktur“ ist dem personenzentrierten Denken weniger geläufig als der des „Selbstkonzepts“. Beide unterscheiden sich mit Rogers (1959/1987) durch ihre jeweilige Perspektive auf das psychische Konstrukt des Selbst als einer „organisierte(n), in sich geschlossenen Gestalt. (...) Die Begriffe Selbst oder Selbstkonzept werden üblicherweise dann verwendet, wenn von der Person oder der Sichtweise ihrer selbst gesprochen wird, der Begriff Selbststruktur, wenn wir auf diese Gestalt von einem äußeren Bezugsrahmen aus blicken.“ (Rogers, 1959/1987, S. 26) Eine ausführliche personenzentrierte Konzeptualisierung des Selbststrukturbegriffs findet sich bei Jürgens-Jahnert (2010).

Folgende Faktoren haben Auswirkungen auf die Entwicklung der handlungsleitenden innerpsychischen Struktur des Selbst und damit auf die Art und Weise der Weltbegegnung des Kindes:

- a) Das nicht passende Zusammenspiel zwischen biologisch bedingter Vulnerabilität und wenig hilfreichen, wenig co-regulierenden Beziehungserfahrungen
- b) nicht entwicklungsförderliche frühe Bindungserfahrungen
- c) Empathieversagung durch die primären Bezugspersonen

Diese Auswirkungen zeigen sich in spezifischer Weise in der Regulationsfähigkeit, der Fähigkeit zur inneren Repräsentation/Symbolisierung eigener und fremder innerer Zustände

(analog: Mentalisierung; s. Fonagy & Target, 2004) und der Selbst-Repräsentationen:

Regulationsfähigkeit

- Wegen der unzureichenden Spiegelung können eigene Affekte nicht adäquat wahrgenommen und eigene Zustände nicht genau gespürt werden.
- Affekte werden als diffuse Erregung wahrgenommen, als aversiv erlebt, können nicht entschlüsselt werden, ihr Signalcharakter wird nicht erkannt.
- Durch die unzureichende Unterstützung/Begleitung oder gar Störung im Prozess der Koregulation kommt es zur unzureichenden Ausbildung der Fähigkeit zur Selbst- bzw. Affekt-Regulation.

Innere Repräsentation eigener und fremder Zustände (Symbolisierungsfähigkeit)

- Weil die eigenen Zustände nicht ausreichend wahrgenommen werden, können keine präzisen oder kohärenten Selbst-Repräsentationen aufgebaut werden. Wenn Affekte nicht oder nicht richtig wahrgenommen werden können, sind Erfahrungen (bzw. deren adäquate Bewertung und damit Einordnung) an sich defizitär – dies ist mehr als die bloße Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung: Der Selbst-Aufbau an sich weist keine Kohärenz auf, es bleiben Selbstkonzeptlücken und -mängel (Heinerth, 2007).
- Das Kind kann keine ausreichende Symbolisierungsmöglichkeit (Bilder, Sprache, Begriffe ...) von Emotionen entwickeln, was zu einer dauerhaften Symbolisierungsstörung (Heinerth, 2002, 2007) führt.
- Störung der Abbilder von sozialer Ordnung: a) eingeschränkte „soziale Deutungskompetenz“ (Fonagy & Target, 2004); b) eingeschränkte bewusste soziale Kontrolle (ebd.): Es gelingt nicht, Aufmerksamkeit zu fokussieren, sensibel wahrzunehmen und inadäquate Reaktionen zu unterdrücken.
- Abbilder von sozialer Ordnung sind durch Vernachlässigungserfahrungen gestört; dadurch sind/werden Erfahrungen mit sich und anderen gestört.

Selbst-Repräsentationen

- Keine präzisen oder kohärenten Selbst-Repräsentationen („es stimmt etwas nicht mit mir“; „es fehlt etwas“) → Suche nach dem, was fehlt, oder nach Orientierung, um sich zu spüren.
- Unsichere Bindungserfahrungen → unsichere Bindungsrepräsentationen → fragile Selbstrepräsentationen.
- Selbst-Bild (Selbst-Konzept) als jemand, der unruhig ist, Fehler macht, „falsch ist“ – dieses aber nicht steuern kann („Ich als ADHS-Kind.“).
- Negatives Selbst-Konzept → negativer Selbstwert.

- Irritation, die beim anderen ausgelöst wird, kann nicht verstanden werden → Verstärkung der Unsicherheit im Kontakt → erhöhte Aktivität als Versuch, Sicherheit zu erlangen.

Intrapsychische Ebene II: Inkongruenz

Wie bei jedem anderen Kind motiviert die Aktualisierungstendenz die Erhaltung und insbesondere die Entfaltung all seiner individuellen Anlagen und Möglichkeiten. Mit den oben beschriebenen Unterschieden zu den meisten Menschen in seiner direkten Umgebung findet das Kind mit einer ADHS-Symptomatik allerdings wenig positive Beachtung und wenig Empathie für seine herausfordernde Art. Befindet sich das Kind noch im Prozess der Entwicklung des Selbstkonzepts, kann es seine Erfahrungen aufgrund der Empathieversagung (Heinerth, 2002, 2007) nicht nur nicht symbolisieren, sondern es kann zu Störungen der Symbolisierungsfähigkeit selber kommen. Die in der Folge entstehende partielle Spaltung von Selbstkonzept und Erfahrung ist eine der prägenden Inkongruenzen von Menschen mit ADHS. In weiten Teilen seines Erlebens bleibt dem ADHS-Kind der bewusste Zugang zu seinen Erfahrungen versperrt, es kann deshalb auch nicht aus ihnen lernen, was von Eltern betroffener Kinder so oft kritisiert wird. So entsteht für das ADHS-Kind eine Erfahrungswelt, die nicht nur quantitativ anders sein kann als die von Menschen ohne ADHS, sondern auch qualitativ.

Das Kind selber erlebt sich zunächst jedoch nicht als defizitär, problemhaft oder gar störend. Erfährt es jedoch wiederholt wegen seiner Impulsivität, seiner Unruhe und eventuell auch seiner Lautstärke negative Rückmeldungen, wird es versuchen, sein Verhalten so zu ändern, dass es bei seinen wichtigen Bezugspersonen Wertschätzung findet. Mit der Zeit wird sein Bedürfnis nach Anerkennung stärker werden als seine organismischen Bedürfnisse. Findet es Anerkennung vorwiegend dann, wenn es sich selber nach der Bewertung seiner Bezugspersonen richtet, wenn es sich selber als störend, ungeschickt, schwierig sieht, „kommt es zur Introjektion, d. h. dazu, dass Elemente sozusagen an der organismischen Bewertung vorbei in das Selbstkonzept übernommen werden“ (Heinerth, 2007, S. 271).

Diese Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung zeigt sich dann in einer negativen Selbstbewertung eigener Stärken und Fähigkeiten. Es resultiert ein zunehmend negatives Selbstbild: „Ich störe, ich bin ein Problem, bei mir geht immer alles schief, mich kann man nicht gerne haben.“ Diese negativen Selbstzuschreibungen stehen jedoch weiterhin im Widerspruch zu den organismischen Erfahrungen, in seiner Welt durchaus kompetent, ideenreich, ausdauernd und interessiert zu sein. Diese Inkongruenz in Form des Widerspruchs zwischen der eigenen organismischen Erfahrung und der sozial vermittelten Erfahrung ist so belastend und bedrohlich für das eigene Selbst, dass sie innerpsychisch nicht adäquat abgebildet werden

kann, sondern abgewehrt und verdrängt werden muss und so die weitere psychische Entwicklung behindert. Die Selbstentfaltung wird eingeschränkt zugunsten der Selbstbehauptung. Diskrepante Erfahrungen können nicht mehr zu Veränderung und psychischem Wachstum führen, es resultiert Stagnation.

Was die Erfahrungsverarbeitung des Kindes mit einer ADHS-Symptomatik betrifft, lassen sich drei Störungsebenen unterscheiden:

- Erfahrungen selber sind z. T. defizitär, weil die Wahrnehmungsfähigkeit von Erfahrungsbestandteilen, insbesondere von Affekten, nicht ausreichend ausgebildet werden konnte.
- Die Symbolisierung von Erfahrungen ist aufgrund von Empathieversagung gesperrt, Erfahrung und Selbstkonzept sind gespalten.
- Ein weiterer Anteil an Erfahrungen wird nur verzerrt symbolisiert aufgrund von Diskrepanzen zwischen Erfahrung und Selbstkonzept.

Intrapsychische Ebene III: Sekundäre Folgen

Sekundäre Folgen in Form von Komorbiditäten können auftreten, wenn das Kind sich nicht nur in seiner speziellen Art nicht wahrgenommen fühlt, sondern wenn es auch für die Schwierigkeiten, die ihm durch das ADHS entstehen, keine (ausreichende) Beachtung erfährt:

Sieht es durch sein Verhalten die ohnehin brüchigen Bindungen zu seinen wichtigen Bezugspersonen zusätzlich belastet oder drohen seine Erfahrungen als ADHS-Kind ins Bewusstsein zu treten und die Konsistenz des (labilen) Selbst zu gefährden, entsteht Angst (Füßner u. a., 2014). Angst entsteht auch wegen der fehlenden Möglichkeit, sich zu verstehen und der Erfahrung des Nicht-Verstanden-Werdens in sozialen Situationen. Diese Ängste sind jedoch nicht angemessen zu kontrollieren, weil die Regulationsfähigkeit unzureichend ausgebildet ist.

Leiden das Kind und/oder seine wichtigen Bezugspersonen unter kritischen Lebensereignissen im Sinne schwerer Belastungen, insbesondere unter Verlust- und Trennungserfahrungen, und sind die Bezugspersonen deshalb für das Kind mit seinen ADHS-Folgeproblemen psychisch schwer erreichbar, kann dies zu einer sekundären depressiven Störung führen (Jürgens-Jahnert u. a., 2014). Durch soziale Erfahrungen des Abgelehnt- und Ausgegrenzt-Werdens wird der eingeschränkte bzw. negative Selbstwert sekundär verstärkt, was ebenfalls zu depressionsähnlichen Symptomen führen kann. Durch das Festhalten am Schema „Ich als ADHS-Kind“ wirkt dieses zunehmend identitätsbildend.

Eine andere Folge kann darin bestehen, dass das Kind aus den Erfahrungen des Nicht-Verstanden-Werdens und des Scheiterns versucht, Sicherheit zu gewinnen und einen Rest von Selbstwert zu sichern, indem es in Beziehungen zu anderen dominiert oder sie (psychisch oder körperlich) verletzt – auch

um die eigene Verletztheit zu symbolisieren; hier zeigen sich komorbid dann Symptomatiken der „Störungen des Sozialverhaltens“ (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2014).

Die hier vorgestellte Störungsgenese berücksichtigt in differenzierter Weise das komplexe Zusammenspiel biologischer, intrapsychischer und sozialer Faktoren. Sie überwindet damit vereinfachende biologische Modelle (z. B. Wankerl et al., 2014), aber auch solche, bei denen die Auswirkungen der Störung, das Verhalten des Kindes und seiner Bezugspersonen im Mittelpunkt der Betrachtungen und Interventionen stehen (z. B. Döpfner et al., 2013). Das multiperspektivische Verständnis der Ursachen des ADHS hat dann auch Konsequenzen für die therapeutische Begegnung mit den betroffenen Kindern und ihren Bezugspersonen.

3.3 Grundlegende Schlussfolgerungen für die Behandlung von Kindern mit einer ADHS-Symptomatik

Die Beeinträchtigungen der Selbststruktur und ADHS-spezifische Inkongruenzen entwickeln sich nicht unabhängig voneinander, sondern in einem verzahnten, prozesshaften Geschehen über einen längeren Zeitraum. Ihre psychotherapeutische Behandlung verlangt deshalb einen ganzheitlichen und prozessbezogenen Ansatz, in dem beide Störungsbereiche permanent und interaktiv im therapeutischen Geschehen präsent und bearbeitbar sind. Hinzu kommt, dass ADHS-Kinder manches qualitativ anders wahrnehmen als andere Menschen, ihren eigenen Körper, ihre Affekte, ihr Verhalten und dessen Konsequenzen sowie die Gefühle, Intentionen und Verhaltensweisen ihrer Interaktionspartner. Dieses komplexe Bedingungsgefüge mag erklären, warum die Effektivität kognitiver Trainingsprogramme letztendlich so gering ist (Karch et al., 2013).

Die von uns entworfene Theorie zur Störungsgenese des ADHS erfordert einen deutlich anderen Zugang. Der unverzichtbare erste Schritt besteht darin, einen inneren Bezug zu dem ADHS-Kind aufzubauen. Dem Kind muss die Möglichkeit geboten werden, im Rahmen des therapeutischen Raumes seine ADHS-Welt zu entfalten. Aufgabe des Therapeuten ist nicht, diese vorab zu begrenzen und zu strukturieren, sondern sich in diese Welt des ADHS-Kindes, in seinen spezifischen inneren Bezugsrahmen (Rogers, 1959/1987) einzufühlen und diesen kennenzulernen. Ein Zugang ist nur dann wirklich möglich, wenn der Therapeut die Besonderheiten der Wahrnehmung des Kindes kennt: Wo hat es Defizite in der Selbstwahrnehmung, welche Bereiche sind ihm versperrt und welche werden nur verzerrt symbolisiert? Nicht das Kind soll dem Erwachsenen in dessen Welt begegnen, sondern der Erwachsene begibt sich in die Welt des Kindes und sucht dort den Kontakt – allerdings ohne den Bezug zu seiner Weltsicht aufzugeben. So kann der Therapeut nach und nach eine parallele Bezogenheit

auf die ADHS-Welt auf der einen und der Nicht-ADHS-Welt auf der anderen Seite entwickeln und dadurch dem Kind eine Brücke anbieten, die es nutzen kann zur Selbstveränderung.

Neben der durch Wertschätzung, Empathie und Kongruenz bestimmten personenzentrierten Grundhaltung ist bei ADHS-Kindern ein permanentes, eng bezogenes, genaues affektives Einschwingen (Stern, 1992) erforderlich, da so auf die Defizite in der Selbststruktur am besten eingegangen werden kann (Rudolf, 2006; Jürgens-Jahnert, 2010) und schrittweise neue intrapsychische Strukturen etabliert werden können. Hinzu kommen weitere Aspekte wie eine deutliche Präsenz des Therapeuten, Angebote zur Strukturierung sowie Ressourcenorientierung und -aktivierung. In manchen Fällen ist auch eine aktive Unterstützung erforderlich, um Prozesse innerer Repräsentation von Erfahrungen anzuregen oder die Wahrnehmungsfähigkeiten zu verbessern, wobei die aus dem Focusing bekannte Technik des Guiding (Stumm et al., 2003) eingesetzt werden kann.

Darüber hinaus geht es in der therapeutischen Begegnung darum, die frühen Interaktionserfahrungen des Kindes aufzugreifen und entsprechende „korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen“ (Cremerius, 1979) von Person zu Person anzubieten (zur entsprechenden personenzentrierten Interaktionsgestaltung vgl. z. B. Behr, 2009, 2012; Fröhlich-Gildhoff, 2011). Dazu gehört durchaus auch, dass der Therapeut auf seine eigenen Grenzen und auf seine Belastbarkeit achtet und darauf bezogene Begrenzungen einführt, die allerdings entsprechend begründet werden müssen. Um einen dauerhaften Erfolg zu erreichen, muss die Therapie zudem die Bezugspersonen und das Umfeld des Kindes einbeziehen und einen ausreichend langen Zeitraum umfassen.

Das Grundprinzip, dass bei der Komplexität dieser Störung nur ein kombiniertes Vorgehen zur Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihres Umfeldes (insbesondere Familien, Pädagoginnen in Kita und Schule, Ärzte) erfolgsversprechend ist, wird auch von anderen Autoren anerkannt: „Die vielfältigen diagnostischen Bemühungen verweisen darauf, dass die Therapie mehrdimensional, bzw. multimodal zu sein hat. Eine einzige, alleinwirksame therapeutische Maßnahme gibt es in der Behandlung hyperkinetischer Störungen nicht“ (Quaschner & Theisen, 2005, S. 160).

4. Therapieplanung

Auf dem Hintergrund der Orientierung bietenden Leitlinien gehört es weiterhin zum personenzentrierten Konzept, immer individuell und fallspezifisch vorzugehen. Im Mittelpunkt stehen nicht die Symptome oder Diagnosen, sondern das jeweilige Kind in seiner je eigenen Situation, Lebenswirklichkeit und Beziehungsstruktur, eingebettet in sein System aus Familie, Schule,

ggf. Arzt und Umfeld. Dabei ist die Begegnung mit dem Kind bzw. die ihm entgegengebrachte Grundhaltung entscheidend.

Treffen Kinder mit ADHS-Symptomen häufig auf Ablehnung, so ist es eine neue Erfahrung, wenn sie erleben, in der Therapie zwar mit den für sie problematischen Verhaltensweisen wahrgenommen, jedoch nicht dafür bewertet, sondern als Persönlichkeit akzeptiert und wertgeschätzt zu werden.

Dabei hat es sich bewährt, multimodal anzusetzen und auch das Umfeld des Kindes mit einzubeziehen. Gerade bei diesen Kindern zeigt sich oft in der Familie eine Problematik, Grenzen zu setzen und zu achten, daher ist dies bei der Therapieplanung besonders zu berücksichtigen, sowohl was den zeitlichen Rahmen als auch die eigenen Ressourcen anbelangt.

4.1. Vorphase

Die Vorphase der eigentlichen Therapie umfasst verschiedene Elemente, die bereits den Beziehungsaufbau und den therapeutischen Prozess beeinflussen.

Schon beim Erstkontakt, der meist telefonisch über ein Elternteil stattfindet, werden häufig Zuschreibungen und Misserfolgserwartungen, aber auch Erschöpfung, Ratlosigkeit und Belastung der Familie deutlich. Geht die Initiative, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, von der Schule aus, ist es entscheidend, die Eltern „ins Boot“ zu holen, um sie zur Mitarbeit zu motivieren und negative Selbst- wie Fremdzuschreibungen aufzufangen.

Da Kinder mit ADHS-Symptomen ohnehin häufig mit negativen Zuschreibungen wie „... das Kind ist *immer* zappelig“, „kann *nie* stillsitzen“, bekommt überall Ärger“, „kann sich überhaupt nicht konzentrieren“, „wird überall als störend empfunden“ etc. konfrontiert sind, sollte das Erstgespräch besser ohne das Kind stattfinden, um es nicht weiter zu belasten. Zudem stehen die Eltern selber auch unter starkem psychischen Druck, so dass es ihnen guttut, wenn jemand Zeit nur für sie hat.

Die diagnostische Abklärung wurde bereits weiter oben beschrieben. Auch hierbei gilt es zu beachten, was dem Kind vermittelt wird: Es geht nicht darum, dass es in irgendeiner Form nicht in Ordnung ist, sondern darum, es kennenzulernen, seine Sicht der Welt und sein Erleben zu verstehen, auch seine Stärken und positiven Seiten zu sehen. Von Anfang an ist auch der Kontakt zur Schule wichtig, um einerseits eine Fremdeinschätzung zu erhalten, andererseits dort eine mögliche Unterstützung für das Kind zu gewinnen.

Ein weiterer Aspekt, der gerade bei Kindern mit einer ADHS-Symptomatik entscheidend ist, ist die eigene Haltung und das Erleben des Therapeuten. Er muss sich eingehend und ehrlich daraufhin prüfen, wie er selbst auf das Kind reagiert, was es bei ihm auslöst und welche Gefühle er im Hinblick auf die Begegnung mit dem Kind und die von ihm gezeigten Symptome hat,

gerade das oftmals hohe Maß an Aktivität, Energie und Unstrukturiertheit. Auf diesem Hintergrund muss er reflektieren, ob er in der Lage ist bzw. was er selbst dazu bräuchte, entsprechend entwicklungsförderlich auf das Kind einzugehen, ohne sich gleichzeitig selbst zu überfordern.

Dies ist für die therapeutische Beziehung unerlässlich, damit das Kind eine positive korrigierende Beziehungserfahrung machen kann. Es würde sonst spüren, dass es doch wieder abgelehnt wird, zu schwierig ist, und dies würde sein negatives Selbstbild verfestigen.

Wird das Kind bereits medikamentös mit Methylphenidat oder anderen Psychopharmaka behandelt, braucht der Therapeut genaue Informationen über die verabreichten Medikamente, da die verschiedenen Produkte unterschiedlich wirken. Außerdem muss der Therapeut den Wirkungsverlauf über den Tag kennen, da die Medikamente die Stimmung, die Aufnahmefähigkeit und das Aktivitätsniveau des Kindes je nach Tageszeitpunkt unterschiedlich beeinflussen.

Aus diesen ersten Eindrücken, Informationen und Daten ergibt sich dann die Einschätzung, ob eine Therapie indiziert ist, ob der Therapeut diese durchführen kann und will sowie die Entscheidung über Ziele, Setting und Rahmenbedingungen.

4.2. Therapieziele

Die Therapieziele umfassen zum einen die Besserung der Symptomatik, zum anderen beziehen sie sich auf die persönliche Entwicklung des Kindes (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rose, 2014).

a) Allgemeine Therapieziele mit dem Kind

- Entwickeln einer differenzierteren Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit
- Steigerung der Selbstachtung und -akzeptanz
- Stabilisierung der inneren Grundstruktur und Selbststeuerung, d. h. auch der Affekt- und Impulsregulation, z. B. abwarten zu können
- Steigerung der Empathiefähigkeit
- Reflektieren von Mentalisierungsprozessen
- Förderung der sozialen Deutungskompetenz
- Erhöhen der Aufmerksamkeitsspanne und -steuerung
- Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit bzw. Vermindern der Ablenkbarkeit
- Fähigkeit, das Aktivitätsniveau regulieren zu können
- Verringern der motorischen Unruhe
- Einhalten von Regeln in sozialen Anforderungssituationen wie Sitzenbleiben
- Entwickeln der Fähigkeit, das Verhalten z. B. im Hinblick auf Lautstärke und Aktivität der jeweiligen sozialen Situation angemessen zu adaptieren

- Verbesserung der Beeinträchtigungen im schulischen und sozialen Umfeld

b) Allgemeine Therapieziele bzgl. der Eltern/Bezugspersonen

- Förderung der Empathie gegenüber dem Kind und Jugendlichen
- Übersetzen der inneren Welt des Kindes
- Unterstützung darin, das Kind als Person zu akzeptieren in seinem So-Sein
- Unterstützung in der Fähigkeit, sich auf die Ebene des Kindes zu begeben und dort mit ihm in Kontakt zu sein – und zugleich: Rollenklarheit bzgl. der Generationsgrenzen
- Anleitung dazu, aus diesem Kontakt heraus das Kind darin zu unterstützen, sich zu strukturieren
- Sichererer Umgang mit Grenzen
- Konfliktlösekompetenz erweitern
- Reflektieren der eigenen Biografie und daraus Verstehen des eigenen Selbstbildes und der eigenen Handlungsmuster
- Unterstützung darin, für sich selbst zu sorgen, d. h. die eigenen Grenzen zu achten und Ressourcen zu stärken
- Entlastung von Schuldgefühlen
- Soziale Netzwerke ausbauen und stabilisieren
- Unterstützung in der Zusammenarbeit mit der Schule
- Auseinandersetzung mit einer evtl. Medikation des Kindes: Aufklärung über psychische Wirkungen, über Vor- und Nachteile, Umgang mit Behandlungspausen

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Therapiezielen können weitere individuelle Ziele für das Kind/den Jugendlichen bzw. die Eltern und Bezugspersonen besprochen, vereinbart und im Laufe der Therapie weiter fortgeschrieben werden, da sich ja auch die Ziele mit der Entwicklung der Persönlichkeit weiterentwickeln.

4.3. Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Da bislang ADHS-Therapie überwiegend mit übenden und strukturierenden Verfahren gleichgesetzt wird, ist zunächst eine genaue Aufklärung der Bezugspersonen über das personenzentrierte Behandlungskonzept erforderlich. Dazu gehört auch die spezielle Sicht des Therapeuten auf das Erleben des Kindes und in welcher Form die jeweiligen Bezugspersonen ihren Anteil dazu beitragen können, dass das Kind besser in seiner Lebenssituation zurechtkommt und (re)integriert werden kann.

Je jünger die Kinder sind, um so häufiger sollten Gespräche mit den Eltern geplant werden und desto sinnvoller und notwendiger ist es, auch direkt die Interaktion zwischen Eltern und

Kind mit in die personenzentrierte Arbeit einzubeziehen. Häufig finden sich in der Anamnese bereits Hinweise darauf, dass auch schon im Säuglingsalter Regulationsschwierigkeiten bestanden haben. Viele der Kinder mit einer ADHS-Symptomatik waren so genannte „Schreibabys“ (vgl. Papousek et al., 2004) und es ist hilfreich, die entstandenen Beziehungsmuster zu reflektieren bzw. Filialtherapie (Goetze, 2009) oder personenzentrierte Familienspieltherapie (Kemper, 2002) einzubeziehen. Dies setzt jedoch die Bereitschaft der Eltern voraus, sich auch mit ihren eigenen Rollenvorstellungen und ihren Erziehungsstilen auseinanderzusetzen und nicht zu erwarten, dass der Therapeut das Kind oder den Jugendlichen „repariert“.

Die Gespräche mit den Eltern sollten zumindest in der Anfangsphase in regelmäßigen Abständen stattfinden. Als Richtlinie können ca. alle vier bis sechs Wochen gelten. Später können die Abstände dann vergrößert werden. Gerade bei Kindern mit einer ADHS-Symptomatik ist jedoch auch zwischen diesen Terminen häufig der Gesprächsbedarf der Eltern sehr groß, so dass ein Modus gefunden werden muss, wie mit solchen Tür- und Angel-Gesprächen oder Telefonaten umgegangen werden kann.

Im Sinne des erforderlichen multimodalen Vorgehens ist es zudem notwendig, jeweils die weiteren Bezugspersonen mit einzubeziehen wie Lehrer, evtl. Trainer im Sportverein und den Kinderarzt bzw. Kinder- und Jugendpsychiater. Die Kontakte können bereits zu Beginn während der diagnostischen Phase erfolgen, aber auch im Verlauf der Therapie ist eine Vernetzung erforderlich, um Veränderungen zu begleiten und auch dort den Transfer aus der Therapie zu erleichtern bzw. an einem Strang zu ziehen.

Wird das Kind medikamentös behandelt, sollte nicht nur mit den Eltern über den Behandlungsplan (Dauer, Behandlungspausen etc.) gesprochen werden, sondern unbedingt auch mit dem behandelnden/verordnenden Arzt. Gerade im Austausch mit Ärzten ist besonderes Augenmerk auf eine gegenseitige

Wertschätzung zu legen, da idealerweise der medizinische und der psychotherapeutische Zugang einander ergänzen sollten.

4.4. Kontraktbildung

Bereits von Anfang an ist es gerade mit den Familien von Kindern mit einer ADHS-Symptomatik unerlässlich, klare Vereinbarungen und Absprachen zu treffen. Die gemeinsam vereinbarten Ziele sollten in einem Kontrakt schriftlich festgehalten werden, ebenso Absprachen über Anzahl, Dauer und Häufigkeit der Sitzungen mit dem Kind und der Elterngespräche, auch im Hinblick auf mögliches Absagen von Terminen sowie das Einhalten bzw. die Entbindung von der Schweigepflicht.

Wird das Kind medikamentös behandelt, ist auch hierüber eine Vereinbarung zu treffen, zumindest muss der Therapeut darüber und über evtl. Veränderungen informiert sein. Sollten zusätzlich Termine wie z. B. mit der Lehrkraft des Kindes nötig sein, ist auch hierbei eine klare Absprache sowohl mit dem Kind als auch mit den Eltern nötig. Gegebenenfalls ist die Nutzung und Einbeziehung weiterer Unterstützungsmöglichkeiten sinnvoll, z. B. Betreuungsangebote im Bereich der Freizeitgestaltung und/oder Hilfen zur Erziehung. Auch hierfür müssen klare Regelungen gefunden werden.

Mit dem Kind selbst sind Regeln, die die Therapie betreffen, wie Zeit, keine Gegenstände mitzunehmen, Struktur und das Achten von Grenzen (auch körperlichen) jeweils erst dann zu thematisieren, wenn es die Situation erforderlich macht.

Letztlich gehört es auch zur Kontraktbildung, die konkrete Umsetzung im Umgang mit dem Kind und seiner Symptomatik zu vereinbaren. Die Anforderungen, die von außen an das Kind gestellt werden, bleiben die gleichen und es ist nötig, für das Kind den Anteil an Regulation und Strukturierungshilfen zu übernehmen, den es selbst (noch) nicht in der Lage ist zu leisten und dies aufmerksam und empathisch an seinen jeweiligen Entwicklungsstand anzupassen.

5. Handlungsleitlinien für die therapeutische Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen

5.1 Therapieeingangsphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
<p>(1) Kennenlernen: Es ist wichtig, mit dem Kind, das viele negative Zuschreibungen erlebt hat, in Kontakt zu kommen und sich möglichst vorbehaltlos kennenzulernen.</p>	<p>Kinder mit einer ADHS-Symptomatik haben in der Regel eine Geschichte von Ausgrenzungserfahrungen. Sie sind möglicherweise dementsprechend vorsichtig, vielleicht auch misstrauisch. Da ist die bedingungsfreie Akzeptanz der Person (und zum Teil des Verhaltens) zu vermitteln und sind insbesondere die Ressourcen des Kindes zu entdecken und immer wieder zu spiegeln.</p>	<p>Dem Kind immer wieder verdeutlichen: „Ich sehe dich nicht als Problemträger, sondern als wertvollen Menschen.“ Wenn etwas schiefgeht, dann ist es wichtig, direkte Hilfe anzubieten oder konkret zu helfen. Die Ressourcen müssen immer wieder aktiv benannt werden.</p>
<p>(2) Bedingungsfreie Wertschätzung und Akzeptanz: Das Kind wird so, wie es ist, mit allen seinen Verhaltensweisen angenommen.</p>	<p>Es geht darum, sich konsequent in das Kind hineinzusetzen und einen Zugang zu der ADHS-Welt des jeweiligen Kindes zu finden. Dabei sollte erkannt werden, was die Aufmerksamkeit des Kindes lenkt – und andersherum zu versuchen, die verstreute, un gelenkte, unorganisierte Kreativität mitzuempfinden – es geht auch um das Mitschwingen, das Erfahren der Energie des Kindes.</p>	<p>Mitgehen in der Sprunghaftigkeit, sich Einlassen auf die Impulsivität.</p>
<p>(3) Empathie: Hier geht es darum, das innere System des Kindes kennenzulernen und sich in die Weltbegegnungen einzufühlen. Dabei ist es besonders wichtig, wachsam zu sein für Ängste und Unsicherheiten des Kindes. Es geht darum, zu verstehen, was hinter dem Ausagieren der Symptomatik steht.</p>	<p>Aufgrund der hohen Aktivität und Dichte der Begegnung ist es wichtig, die eigenen Grenzen zu achten und Echtsein durch Zuwendung und Offenheit zu zeigen.</p>	<p>Wenn Grenzen zum eigenen Schutz gesetzt werden, dem Kind dies genau benennen und erklären.</p>
<p>(4) Kongruenz: Hierbei ist eine genaue Selbstwahrnehmung relevant und dabei besonders die Wahrnehmung eigener Grenzen.</p>	<p>Für das Kind ist es wichtig, dass der Therapeut in seiner Welt wahrnehmbar ist. Es geht darum, die innere Aufmerksamkeit für das Kind auch aktiv auszudrücken. Darüber hinaus geht es darum, Grenzen zu setzen, um möglicherweise das Kind auch zu schützen.</p>	<p>Deutlich markierte emotionale Reaktionen auf das Kind; Momente gemeinsamer Aufmerksamkeitszentrierung zu halten versuchen. Grenzen deutlich transparent kommunizieren und durchsetzen. Nicht wertendes Spiegeln der Affekte und auch des Verhaltens bzw. körperlichen Ausdrucks, Wechseln der Aufmerksamkeitsfokusse.</p>
<p>(5) Präsenz, Wachheit und Momentzentriertheit: Das Kind braucht, gerade aufgrund der zum Teil sehr gering ausgeprägten Selbststeuerungsfähigkeiten, ein klares und waches Gegenüber.</p>	<p>Bereits hier darauf achten, dass die Begegnung, das gemeinsame Spiel, mit Freude und Spaß verbunden ist.</p>	<p>Z. B: gemeinsames Lachen, wo dies möglich ist.</p>

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
<p>(1) Kontakt: Zu Beginn jeder Stunde muss der Kontakt neu hergestellt werden, und zwar nicht nur zwischen Therapeut und Kind, sondern auch von dem Kind zu sich selber.</p>	<p>Von Beginn der Stunde an darauf achten, mit dem Kind in einem aktiven Kontakt zu sein, nicht nur seinen Ideen hinterherzulaufen.</p>	<p>Das Kind direkt ansprechen, Augenkontakt halten, gegebenenfalls, wenn dies zugelassen wird, es auch berühren. Spielstopps setzen.</p>
<p>(2) Wertschätzung: Wahrnehmen und Entdecken tiefer liegender Lebensthemen des Kindes und bisherige Lösungsstrategien, was sind Angriffsstrategien, wo geht es um Abwehr und Schutz, wo ist das Kind desorientiert, wo hat es sekundäre Inkongruenzen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Ressourcenaktivierung – Aktives Entdecken und Thematisieren erkannter Lebensthemen und Weltbegegnungsstrategien – Förderung der Selbstregulation durch zunächst co-regulative Strategien und konsequentes Spiegeln. 	<p>Förderung der Körperwahrnehmung, auch Setzen von körperlichen Grenzen. Das HIER und JETZT reflektieren, als Modell die eigenen Gefühle verbalisieren.</p>
<p>(3) Empathie: Einfühlen in die Lebensthemen und Lösungsstrategien des Kindes, aber auch in die Regulationsstrategien.</p>		
<p>(4) Kongruenz: Es ist – zunehmend – bedeutsamer, als Modell für sich selber zu sorgen, Grenzen zu formulieren.</p>		
<p>(5) Präsenz: Sich als erlebbares Gegenüber präsentieren.</p>		
<p>(6) Symbolisierung: Die Fähigkeit zur sprachlichen Benennung innerer Zustände fördern.</p>		
<p>(7) Guiding: Aktive Anleitung zur Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung.</p>		

5.2 Mittlere Therapiephase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
(1) Kontakt: Zu Beginn jeder Stunde muss der Kontakt neu hergestellt werden, und zwar nicht nur zwischen Therapeut und Kind, sondern auch von dem Kind zu sich selber.	Von Beginn der Stunde an darauf achten, mit dem Kind in einem aktiven Kontakt zu sein, nicht nur seinen Ideen hinterherzulaufen.	Das Kind direkt ansprechen, Augenkontakt halten, gegebenenfalls, wenn dies zugelassen wird, es auch berühren. Spielstopps setzen. Förderung der Körperwahrnehmung, auch Setzen von körperlichen Grenzen. Das HIER und JETZT reflektieren, als Modell die eigenen Gefühle verbalisieren.
(2) Wertschätzung: Wahrnehmen und Entdecken tiefer liegender Lebensthemen des Kindes und bisherige Lösungsstrategien, was sind Angriffsstrategien, wo geht es um Abwehr und Schutz, wo ist das Kind desorientiert, wo hat es sekundäre Inkongruenzen?	– Ressourcenaktivierung – Aktives Entdecken und Thematisieren erkannter Lebensthemen und Weltbegegnungsstrategien – Förderung der Selbstregulation durch zunächst co-regulative Strategien und konsequentes Spiegeln.	Förderung der Selbstregulation: In der (amodalen) emotionalen Rückmeldung an das Kind dessen Tempo und Rhythmus aufgreifen und leicht nach unten modulieren. Die konkreten Handlungsmöglichkeiten des Kindes erweitern. Der Therapeut verfolgt die Aufmerksamkeitswege des Kindes genau und klinkt sich ein.
(3) Empathie: Einfühlen in die Lebensthemen und Lösungsstrategien des Kindes, aber auch in die Regulationsstrategien.	– Selbstrepräsentation des Kindes erkennen und ansprechen – Sich als erlebbares Gegenüber anbieten	
(4) Kongruenz: Es ist – zunehmend – bedeutsamer, als Modell für sich selber zu sorgen, Grenzen zu formulieren.	– Wachsamkeit für dahinterliegende sekundäre Probleme, z. B. Ängste. Der Freude am gemeinsamen Miteinander Raum und Ausdruck geben. Das Spiel aktiv mitgestalten, damit für das Kind intensive, direkte Erfahrungen im Hier und Jetzt mit anderen kreiert werden.	Momente gemeinsam geteilter Aufmerksamkeit beachten und ausdehnen. Bezüge herstellen zwischen verschiedenen Aspekten und Abläufen (Prozesshaftigkeit der Welt) erklären und spiegeln Ursache-Wirkungs-Verständnis herstellen.
(5) Präsenz: Sich als erlebbares Gegenüber präsentieren.	Verbale Spiegelungen und Rückmeldungen über wahrgenommene und/oder vermutete innere Zustände beim Kind, aber auch modellhaft beim Therapeuten, weniger aufdeckend als beschreibend.	Auf das Kind bezogen eigene Spielideen einbringen; eigenes Erleben verbalisieren.
(6) Symbolisierung: Die Fähigkeit zur sprachlichen Benennung		
(7) Guiding: Aktive Anleitung zur Verbesserung der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung.	-Förderung der Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers, der eigenen Gefühle und des eigenen Verhaltens. Den Erlebensprozess des Kindes fokussieren.	Im Spielfluss Gefühle, Motive, Intentionen ... benennen, aber auch Verhaltensweisen nicht wertend beschreiben. Das Spiel kurz unterbrechen und dem Kind rückmelden, was es selber nicht wahrzunehmen scheint.

5.3. Therapieabschlussphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
In dieser Phase ist eine größere aktive Haltung des Therapeuten sinnvoll, gegebenenfalls auch ein konfrontativeres Auftreten.	<ul style="list-style-type: none"> – Es geht um den Transfer der Erfahrungen in der therapeutischen Situation auf die Lebenswirklichkeit (Gleichaltrige, Zusammenleben in der Familie, Schule, Verein). – Es geht um die Unterstützung der Wendung der Impulsivität zur Zielgerichtetheit. – Unterstützung der Einbindung in weitere Bezüge und des Aufbaus von neuen Hobbys und Interessen. – Unterstützung des Kindes beim Knüpfen von Sozialkontakten. – Es geht darum, die Selbstwahrnehmung zu überprüfen. Das Kind soll sich hinterfragen, ob das eigene Bild von sich selbst stimmt. – Unterstützung der Selbstakzeptanz, damit gegebenenfalls auch der Hilfe, mit ADHS-Symptomatik (anders sein, Wildheit) zu leben. 	<p>Anleitung dazu, das, was in der Therapie erfahren wurde, selbst zu übernehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Das Kind wird unterstützt, dass es diesen Transfer selber leisten kann (Ordnung im Zimmer, eigenständige Strukturierung von Zeit ...). – Konkrete Situationen besprechen, aktiv unterstützen und reflektieren. <p>Das Kind wird angeleitet, Strukturierungshilfen auszuprobieren, und eigene intrapsychische Ressourcen werden gesichert.</p> <p>Arbeiten mit dem HIER und JETZT: Es wird ein Transfer hergestellt zu Situationen, in denen es Parallelen gibt.</p> <p>Das Selbstbild, mit ADHS-Symptomen und vielen anderen Eigenschaften zu leben, reflektieren.</p>
Ablösung aus der Therapie aktiv begleiten.	<ul style="list-style-type: none"> – Trennung: Die Trennungserfahrung vom Therapeuten muss sehr sorgfältig und vorsichtig aufgrund der alten Bindungsunsicherheit des Kindes gestaltet werden, damit das Kind nicht das Gefühl hat, jetzt werde ich verlassen oder „der hat genug von mir“. 	<p>Das Therapieende rechtzeitig ankündigen und begründen.</p> <p>Den Abschied gemeinsam mit dem Kind gestalten und feiern.</p> <p>Angebot zur Nachsorge.</p>

5.4 Hinweise für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen, die eine ADHS-Symptomatik zeigen

Jugendliche, die sich mit einer ADHS-Symptomatik zur Psychotherapie vorstellen, haben in der Regel einerseits schon länger Erfahrungen mit den Symptomen und v. a. den Folgen; oft haben sie eine lange Kette von Misserfolgserlebnissen in der Schule hinter sich und haben Erfahrungen sozialer Ausgrenzung gemacht. Hinzu treten die Entwicklungsaufgaben des Jugendalters, sich von den Eltern zu lösen, sich in Peer-Bezüge zu integrieren, sich sicherer in der multioptionalen Welt zu orientieren und eine stabilere Identität aufzubauen – aufgrund der Symptomatik stellt die Bewältigung dieser Aufgaben für die betroffenen Jugendlichen eine besondere Herausforderung dar.

Die im Abschnitt 3.3 dargestellten grundlegenden Parameter der personenzentrierten Beziehungsgestaltung zwischen

Therapeut und Patient gelten auch für die Therapie mit Jugendlichen. Darüber hinaus ergeben sich altersbedingte Spezifika in der therapeutischen Arbeit:

Der Beziehungsaufbau benötigt – wie generell in allen Therapien mit Jugendlichen – in der Regel mehr Zeit, Geduld, Flexibilität und Authentizität: Jugendliche sind auf der Suche nach dem eigenen Weg und zunächst vorsichtiger im Kontakt zu Erwachsenen; daher ist dem Erproben von Nähe und Distanz, dem Aufbau von Vertrauen viel Zeit und Raum zu geben.

Die Betroffenen haben zumeist viele Misserfolgs- und Ausgrenzungserfahrungen gemacht, sind dadurch (tief) entmutigt und/oder versuchen durch spektakuläre Aktivitäten (z. B. Risikoverhalten, Gewalthandeln) Aufmerksamkeit zu erlangen bzw. Selbstwirksamkeit zu erleben. Es ist besonders wichtig, dies zu verstehen, zu akzeptieren und auch als Ressource wahrzunehmen. Zugleich ist es ganz bedeutsam, immer wieder auf

andere Ressourcen und (kleine) Erfolgserlebnisse des Jugendlichen hinzuweisen, diese aktiv hervorzuheben.

Jugendliche spielen seltener/weniger, das Medium ist mehr und mehr das Gespräch. Dabei unterscheiden sich die jugendlichen Patienten stark in ihrer Reflexionsfähigkeit und ihrem Reflexions- bzw. Selbstoffenbarungswillen. Dies gilt es einerseits auszuhalten, andererseits jedoch aktiver konkrete Situationen, das Erleben darin und die Handlungsmöglichkeiten zu besprechen.

Informationen über ADHS-Symptome, deren Entstehung und Auftreten ermöglichen es dem Jugendlichen, sich besser zu verstehen. Es kann hilfreich sein, mit ihm zusammen ein individuelles ADHS-Störungsmodell zu entwickeln, verbunden mit Aufgaben der Selbstbeobachtung (und der daran orientierten konkreten Entwicklung der Selbstreflexion).

Das potenzielle Leiden an der Symptomatik zeigt sich oft in Fragen der Alltagsbewältigung bzw. Alltagsorganisation: Vergessen von Dingen, mangelndes Zeitmanagement, sich schlecht konzentrieren/fokussieren können in Leistungssituationen, sich in Gruppensituationen unverstanden fühlen etc. Deshalb ist es hilfreich, in engster Absprache und mit Zustimmung des Jugendlichen an solchen konkreten Alltagssituationen zu arbeiten, sie zu analysieren, Handlungsalternativen zu entdecken und sie ggf. auch einzuüben. Konkrete Probleme und Aufgaben aus Schule und Umwelt werden besprochen, um dann daran mögliche allgemeine Strategien zu entdecken.

Hierbei kann auf (strukturierende) Methoden aus anderen Therapieschulen wie (Selbst)Beobachtungsbögen, Rollenspiel oder Selbstbelohnungssysteme zurückgegriffen werden, v. a. um ein verbessertes Selbstmanagement kleinschrittig aufzubauen.

Eine besondere Aufmerksamkeit sollte dem Umfeld der Gleichaltrigen gewidmet werden und hier möglichst ein offener, nicht-wertender Austausch aktiv gesucht werden. Weiterhin ist zu beachten, dass einige Jugendliche mit ADHS-Symptomatik mit zunehmendem Alter zu Formen der „Selbstmedikation“ über legalisierte (Alkohol, Zigaretten) oder nicht legalisierte (oft Cannabis als Einstieg) Drogen greifen – auch hier sollten keine Tabus aufgebaut und entsprechende Fragen im Gespräch aktiv seitens des Therapeuten angegangen werden.

6. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Grundsätzlich gilt, den Bezugspersonen mit der gleichen wertschätzenden Grundhaltung zu begegnen, die auch den Kindern entgegengebracht wird (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2003). Es geht darum, dass die Bezugspersonen Verständnis für die Therapie entwickeln und das Kind in seinem therapeutischen Prozess und seinen Entwicklungsschritten unterstützen lernen. Gleichzeitig werden sie begleitet im eigenen Umgang mit ihrem Kind und der Auseinandersetzung mit der Symptomatik im Alltag.

6.1. Therapieeingangsphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Kontakt herstellen Vertrauen aufbauen	Festigen und Erläutern der Kontraktbildung und Besprechen der Rahmenbedingungen wie Schweigepflicht und Häufigkeit der Termine mit den Eltern.	Erläutern, dass der Therapeut nicht nur für das Kind da ist, sondern auch Ansprechpartner für die Eltern ist.
Wertschätzende Grundhaltung, zunächst geht es nur um die Eltern und ihr Erleben, erst dann um das Kind.	Beziehung zu den Eltern aufbauen. Von Schuldgefühlen entlasten, Ängste und Vorurteile abbauen.	Erfragen: Wie geht es den Eltern mit dem Kind? Haben sie Schuldgefühle? Was sind eigene Reaktionen auf das Verhalten des Kindes? Wo gibt es Konflikte?
Wahrnehmen der Befindlichkeit und eigenen Not der Eltern wie Erschöpfung, Ratlosigkeit ...	Den Eltern Gelegenheit geben, sich zu entfalten, ihre Sicht und Befindlichkeit darzustellen.	Wo gibt es schöne Momente? Wie geht es den Eltern mit Reaktionen von außen?
Den Eltern Raum geben, ihre eigene Bedürftigkeit einzugestehen bzw. Belastungen anzusprechen, z. B. eheliche Konflikte, die durch die kindliche Symptomatik entstehen.	Informationen sammeln über die Diagnostik hinaus. Sprechen über die Erfahrungen der Eltern mit dem medizinischen Bereich.	Ressourcen der Eltern achten. Eltern ermutigen, ohne unrealistische Hoffnungen zu schüren.

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
<p>Auf Fragen der Eltern eingehen.</p> <p>Sich selbst kontrollieren, aufmerksam sein auf die eigene Befindlichkeit, auf Gefühle gegenüber den Eltern („containen“, später nutzen).</p> <p>Mögliche Konkurrenz zwischen Eltern und Therapeut im Auge haben.</p>	<p>Bisherige Bewältigungsversuche erfragen.</p> <p>Erwartungen der Eltern an die Therapie abfragen und ernst nehmen.</p> <p>Sorgsame Nachbereitung und Protokollierung, ggf. Supervision.</p>	<p>Informieren über die Technik und Wirksamkeit der Therapie.</p>

6.2. Mittlere Therapiephase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
<p>Kontakt intensivieren.</p> <p>Am Verstehen des Kindes arbeiten.</p> <p>Geschwister in den Blick nehmen.</p> <p>Wenn die Eltern selbst eine ADHS-Symptomatik haben, auf diese eingehen.</p> <p>Auf Bedürfnisse der Eltern eingehen.</p> <p>Übertragung/Gegenübertragung</p>	<p>Aus dem Verständnis für das Kind heraus Anleitung, das Kind zu unterstützen, sich zu strukturieren.</p> <p>Was bedeutet die ADHS-Symptomatik für die Geschwister und ihre Beziehungen untereinander? Verständnis der Dynamik im familiären System.</p> <p>Aus der eigenen Erfahrung abgeleitetes Verständnis für das Kind, aber auch Reflektieren der eigenen unruhigen, unstrukturierten, unaufmerksamen Wirkung auf das Kind.</p> <p>z. B. Unterstützen in der Verbesserung der Kooperation mit der Schule. Ermutigen der Eltern. Offenes, aber vorsichtiges Ansprechen von eigenen dysfunktionalen Verhaltensweisen bzw. Erarbeiten funktionaler Verhaltensweisen. Erhöhen des elterlichen Erlebens von Selbstwirksamkeit in Verbindung mit dem Kind.</p> <p>Offeneres Ansprechen der Gefühle, die die Eltern beim Therapeuten auslösen, Arbeiten am HIER und JETZT.</p>	<p>Immer wieder die Sicht des Kindes einbringen, die Eltern dazu anleiten, diese auch einzunehmen.</p> <p>Verständnis für die elterliche Biografie und die daraus entstandenen Beziehungsmuster.</p> <p>Ggf. neue Handlungsmöglichkeiten suchen; zu klarem, konsistentem Erziehungsverhalten anleiten, erproben und reflektieren.</p> <p>Mikroanalyse von spezifischen Situationen, der Therapeut bringt dabei die Empathie für das Kind mit ein.</p> <p>Fokussieren auf eine spezifische Situation (z. B. Aufstehen, Anziehen, Hausaufgaben), bei diesem Thema über einen längeren Zeitraum bleiben (z. B. 4 Wochen), konkrete Strukturierungshilfe.</p> <p>Hilfe dabei, die Ressourcen des Kindes zu sehen, z. B. Kreativität, schnelle Reaktionsfähigkeit, Gerechtigkeitssinn, Tierliebe ...</p>

6.3. Therapieabschlussphase

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien/Themen	Interventionsmethoden
Unterstützen in gelingendem Zusammenleben.	Transfer herstellen. Ggf. anderen Umgang mit dem Kind erarbeiten i. S. von neuen Handlungsmöglichkeiten, positiven Kontakt herstellen und halten. Auszeiten für sich selbst und als Paar schaffen. Ermutigung zur und ggf. Unterstützung in der Zusammenarbeit mit anderen Bezugspersonen des Kindes. Ermutigung, weitere Hilfen anzunehmen. Auseinandersetzung mit dem So-Sein des Kindes.	Verstärkt besprechen und gestalten. Anleitung geben und einüben, gemeinsam reflektieren. Was können wir Eltern dafür tun? Die Eltern dazu anregen, das Kind dabei zu unterstützen, sein eigenes Hobby zu finden.
Abschied	Reflektieren der Entwicklungsschritte des Kindes und der Eltern. Vertrauen in die positive Entwicklung des Kindes stärken. Auch mit den Eltern den Abschied gestalten.	Akzeptieren von Besonderheiten bzw. evtl. Restsymptomatik. Angebot der Nachsorge.

7. Abschließende Bemerkungen

Um die personenzentrierte Behandlung eines Kindes mit ADHS-Symptomatik mit einer erfolgreichen und nachhaltigen Verbesserung im Befinden und Verhalten des Kindes beenden zu können, bedarf es zweier weiterer Bedingungen, die bereits erwähnt, aber noch nicht ausführlich dargestellt wurden.

Die Therapie muss ausreichend viele Behandlungsstunden und eine ausreichend lange Zeitdauer haben. Als ganzheitlich orientierter Ansatz zielt die Personenzentrierte Psychotherapie auf das gesamte komplexe Geschehen, welches zu dem Störungsbild geführt hat. Auf der intrapsychischen Ebene sind Veränderungen im emotionalen, motivationalen und kognitiven Bereich erforderlich. Im interpersonalen Bereich wird das Kind mit einer ADHS-Symptomatik trotz eigener Veränderungsprozesse lange mit eingefahrenen Sicht- und Reaktionsweisen seiner Umgebung konfrontiert sein. Zudem wird sich das Kind in der Regel durch die Behandlung nicht genau so verändern, wie sich das seine Bezugspersonen (Eltern, Freunde, Lehrer) wünschen.

Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass oft bereits nach einer Kurzzeittherapie von 25 Behandlungsstunden erste Veränderungen eintreten. Diese sind jedoch noch nicht dauerhaft. Als durchschnittlicher Richtwert kann eine erforderliche Behandlungsdauer von 100 Stunden für das Kind plus 25 Gespräche mit den Bezugspersonen gelten. Je nach Schwere der

Symptomatik und Verlauf der Behandlung kann dieser Wert jedoch beträchtlich überschritten werden.

Nicht nur für das Kind und seine Bezugspersonen ist es wichtig, sich auf einen langen Behandlungsprozess einzustellen, sondern auch für den Therapeuten. So kann er nicht nur von Anfang an dem Veränderungsdruck aus dem Elternhaus und/oder der Schule besser begegnen, sondern nimmt sich auch selber den Druck, schnelle Veränderungen erreichen zu müssen.

Die Therapie muss Spaß machen. Die ADHS-Symptomatik ist innerpsychisch tief verwurzelt; dies zeigt sich auch in neurophysiologischen Korrelaten (Hüther & Bonney, 2002). Bessere Wahrnehmung und Symbolisierungsfähigkeit, Steuerung der Aufmerksamkeit, Regulierung von Affekten und Erregungszuständen sowie die bewusste Kontrolle über das eigene Verhalten können nur erreicht werden, wenn kontinuierlich eine Vielzahl korrekativer Erfahrungen gemacht werden können und dadurch die beteiligten Hirnareale aktiviert, umstrukturiert und besser vernetzt werden. Um eine positive Entwicklung einzuleiten, braucht das Kind mit einer ADHS-Symptomatik Umgebungsbedingungen und Erfahrungen, die diesen Umbau fördern. In der selbstbestimmten Atmosphäre der Personenzentrierten Psychotherapie beginnen Kinder – motiviert von ihrer Aktualisierungstendenz – von sich aus, sich solche Erfahrungen zu gestalten. Wenn diese für das Kind dann auch noch bedeutsam sind und es sich für sie begeistern kann, wird die Hirnentwicklung zusätzlich gefördert. Denn wenn dem Kind die Lösung eines

Problems oder die Bewältigung einer Herausforderung Spaß macht, wird es selbstorganisiert und motiviert an dem eigenen Entwicklungsprozess weiterarbeiten. Gehört zu diesen Erfahrungsparametern auch die enge Bezogenheit und die geteilte Aufmerksamkeit, wie sie in der Personzentrierten Psychotherapie realisiert werden, so werden sich dadurch auch die Fähigkeiten des Kindes zur Herstellung von Bezogenheit und zur Lenkung seiner Aufmerksamkeit verbessern.

Dass es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Spaß in der Kinderpsychotherapie und Therapieerfolg gibt, hat bereits in den siebziger Jahren Schmidtchen (1974) empirisch nachgewiesen. Der „Spaßfaktor“ in der personzentrierten Behandlung von Kindern mit ADHS-Symptomatik dient also weniger dazu, die Kinder zur Compliance zu bewegen, sondern ist ein konstitutiver Faktor auf dem Weg zu einem nachhaltigen Therapieerfolg.

Literatur

- Barmer GEK (Hrsg.) (2013). *Barmer GEK Arztreport 2013. Auswertungen zu Daten bis 2011. Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- Becker, K., Abraham, A., Kindler, J., Helmeke, C. & Braun, K. (2007). Exposure to Neonatal Separation Stress alters Exploratory Behavior and Corticotropin Releasing Factor (CRF) Expression in Neurons in the Amygdala and Hippocampus. *Developmental Neurobiology*, 67, 617–629.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip der Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Steiger, T. (2014). Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Eine Herausforderung für ganzheitlich und störungsbezogen ausgerichtete Verfahren. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 56–63). Wien: Facultas.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater (2013). *Stellungnahme zum Barmer-BEK-Report*. <http://www.dgkjp.de/aktuelles/stellungnahmen/162-stellungnahme-zum-barmer-gek-arztreport-2013-ueber-die-haeufigkeit-von-diagnosen-einer-hyperkinetischen-stoerung-und-der-verordnung-von-medikamenten-zu-ihrer-behandlung> [letzter Zugriff: 24. 1. 2015].
- Bock, J. & Braun, K. (2006). Der Einfluss frühkindlicher emotionaler Erfahrungen auf die Gehirnentwicklung. In S. Zabransky (Hrsg.), *SGA-Syndrom Intrauterine Wachstumshemmung: Risiken für die Entwicklung des Nervensystems*. Saarbrücken: Conte.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2007). A Test of the Differential Susceptibility Hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 124–131.
- Braun, A. K., Bock, J., Gruss, M., Helmeke, C., Ovtsharoff jr, W., Schnabel, R., Ziabreva, I. & Poeggel, G. (2002). Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen. In B. Strauss, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte* (S. 121–128). Stuttgart: Schattauer.
- Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2004). Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. *Psychotraumatologie und Medizinische Psychologie*, 2, 29–44.
- Bruchmüller, K. & Schneider, S. (2012). Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. *Psychotherapeut*, 57(1), 77–89.
- Bundesärztekammer (2006). *Stellungnahme zur ‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)‘ – Langfassung*. Online unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3165> [letzter Zugriff: 21. 7. 2014].
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008). *GEK-Report 15. 10. 2008: Keine leitliniengerechte Behandlung von ADHS*. <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/gek-report.html> [letzter Zugriff: 21. 7. 2014].
- Carey, W. B. (2009). Der Umgang mit dem kindlichen Temperament. In M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri & M. Target (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen* (S. 76–90). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Cremerius J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33, 577–599.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Döpfner, M. (2000). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und Psychotherapie* (4. vollständig überarb. und erw. Aufl., S. 151–186). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl G. & Steinhausen H.-C. (2006). *KIDS1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-II)*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Dornes, M. (2008). *Die Seele des Kindes. Entstehung und Entwicklung*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Fonagy, P. & Target, M., (2004). Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In A. Streek-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz, Bindung, Destruktivität* (S. 105–135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. (2009). Bindung, Trauma und Psychoanalyse – wo Psychoanalyse auf Neurowissenschaft trifft. In M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri & M. Target (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen* (S. 40–61). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 3* (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K., von Zülow, C., Kunert, H. & Germer, L. (2009). *Mädchengewalt in Freiburg. Eine Bestandsaufnahme. Forschungsbericht. ZfKJ an der Evangelischen Hochschule Freiburg*. Online unter: <http://www.zfkj.de/index.php/de/forschungsprojekte/verhaltensauffaelligkeiten-bei-kindern-und-jugendlichen/104-professionsentwicklung.html> [letzter Zugriff: 21. 7. 2014].
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2011). Einführende Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: S. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, F. Wetzorke, & M. Schwarz (Hrsg.), *Ich sehe was, was Du nicht siehst ... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 25–38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen* (2. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Fröhlich-Gildhoff, K. & Jürgens-Jahnert, S. (2014). Kinder mit ADHS-Symptomen. Betrachtungen aus einer integrierenden entwicklungspsychologischen Perspektive. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 134–142). Wien: Facultas.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rose, H.-U. (2014). Störungen des Sozialverhaltens – Handlungsleitlinien zur Behandlung bei Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 113–125). Wien: Facultas.
- Fußner, M., Döring, E., Steinhauser, H. & von Zülow, C. (2014). Angststörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 64–82). Wien: Facultas.
- Goetze, H. (2009). Filialtherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 78–98). Göttingen: Hogrefe.
- Gebhardt, B., Finne, E., Rhaden, O. & Kolip, P. (2008). *ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungen und Auswertungen von Daten der Gmünder Ersatzkasse GEK*. Schwäbisch Gmünd: GEK (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 65).
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2006). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heinerth, K. (2002). Verzerrte und versperrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Isele, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmidt & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation* (S. 145–179). Köln: GwG-Verlag.
- Heinerth, K. (2007). Differenzielles Verstehen bei verzerrter und versperrter Symbolisierung. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Die therapeutische Vielfalt des Personenzentrierten Ansatzes* (S. 269–285). Wien: Facultas.
- Hüsson, D., Döring, E. & Riedel, K. (2014). Traumafolgestörungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 143–154). Wien: Facultas.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2002). *Neues vom Zappelphilipp. ADS: Vorbeugen, Verstehen und Behandeln*. Düsseldorf, Zürich: Walther.
- Hüther, G. (2006). Die nutzungsabhängige Herausbildung hirnorganischer Veränderungen bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen. Einfluss präventiver Maßnahmen und therapeutischer Interventionen. In M. Leuzinger-Bohleber, Y. Brandl & G. Hüther (Hrsg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen* (S. 222–237). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). Therapieeinleitung und Diagnostik in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Bd. 2* (S. 225–252). Göttingen: Hogrefe.
- Jürgens-Jahnert, S. (2010). Selbststrukturstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder – Tagungsband der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Jürgens-Jahnert, S., Boeck-Singelmann, C., Monden-Engelhardt, C. & Zebiri, K. (2014). Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen. In M. Behr, D. Hüsson, D. Nuding & C. Wakolbinger (Hrsg.), *Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen, Familien* (S. 86–99). Wien: Facultas.
- Karch, D., Albers, L., Renner, G., Lichtenauer, N. & von Kries, R. (2013). Wirksamkeit kognitiver Trainingsprogramme im Kindes- und Jugendalter. Eine Metaanalyse. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (39), 643–653.
- Kemper, F. (2002). Personenzentrierte Familien-Spieltherapie – Am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Bd. 2* (S. 71–134). Göttingen: Hogrefe.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär*, 3, 97–108.
- Lehmkuhl, G. (2009). Entwicklungsrisiken und ihre Folgen. In M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri & M. Target (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen* (S. 62–69). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Lindström, J. A. (2012). Why Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Is Not a True Medical Syndrome. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 14 (1), 61–73.
- Overmeyer, S., Taylor, E., Blanz, B. & Schmidt, M. H. (1999). Psychosocial Adversities Underestimated in Hyperkinetic Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40 (2), 259–263.
- Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (2004) (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern- und Kindbeziehung*. Bern, Göttingen: Huber.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft, Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Quaschner, K. & Theisen, F. N. (2005). Hyperkinetische Störungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (4. überarb. und ern. Aufl., S. 156–164). Stuttgart: Thieme.
- Richards, L. M.-E. (2012). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. Online veröffentlicht am 26. Oktober 2012. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. DOI: 10.1177/1359104512458228.
- Rogers, C. R. (1959/1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GWG-Verlag. [Orig. erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill].
- Roy, M. (2012). Was wir heute wissen: Ätiopathogenese und Neurobiologie der ADHS. In M. D. Ohlmeier & Roy, M. (Hrsg.), *ADHS bei Erwachsenen – ein Leben in Extremen. Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene* (S. 22–35). Stuttgart: Kohlhammer, 2012
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schlack, R., Mauz, E., Hebebrand, J. & Hölling, H. [KiGGS Study Group] (2014). Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt* 57 (7), 820–828.
- Schmeck, K. (2003). Die Bedeutung von spezifischen Temperamentsmerkmalen bei aggressiven Verhaltensstörungen. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung* (S. 157–174). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidtchen, S. (1974). *Klientenzentrierte Spieltherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schulte-Markwort, M. & Düsterhus, P. (2003). ADS/ADHS und Familie – Die Bedeutung familiärer Faktoren für die Symptomenese. *Persönlichkeitsstörungen*, H. 7, 95–104.
- Stadler, C., Holtmann, M., Claus, D., Büttner, G., Berger, N., Maier, J., Poustka, F. & Schmeck, K. (2006). Familiäre Muster bei Störungen von

- Aufmerksamkeit und Impulskontrolle. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55. Jg., H. 5, S. 328–349.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauss, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.) (2002). *Klinische Bindungsforschung: Methoden und Konzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2006). „Neglect“ bei der Aufmerksamkeits-Defizit- und -Hyperaktivitäts-Störung. *Psychotherapeut*, 2006/2, 80–90.
- Streeck-Fischer, A. (2009). ADHS aus empirischer und klinischer Perspektive. In M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri & M. Target (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen* (S. 118–125). Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Stumm, G., Wilschko, J. & Keil, W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personenzentrierten und focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Thomas, A. & Chess, S. (1989). Temperament and Personality. In G. A. Kohlmann, J. A. Bates & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in Childhood* (pp. 249–261). New York: Wiley.
- Wankerl, B., Hauser, J., Makulska-Gertruda, E., Reißmann, A., Sontag, T. A., Tucha, O., Lange, K. W. (2014). Neurobiologische Grundlagen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 82 (1), 9–29.
- Zimmer, R. (2008). *Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern* (10. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Zimmer, R. (Hrsg.) (2010). *Bewegung, Körpererfahrung & Gesundheit*. Berlin: Cornelsen Scriptor.

Resilienz fokussierte Kinderpsychotherapie

Maïke Rönnau-Böse

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Freiburg, Deutschland

In diesem Beitrag werden Verbindungen zwischen dem Konzept der Resilienz und dem Personenzentrierten Ansatz dargestellt. So erweisen sich eine stärkenorientierte Haltung, die Sicht auf das Kind und der Schutzfaktor Beziehung sowie das Verständnis vom Selbstkonzept als eine gemeinsame Basis, auf der Handlungen initiiert und reflektiert werden können. Sechs personale Ressourcen, die Resilienz faktoren, lassen sich darüber hinaus systematisch Begegnungsparametern des personenzentrierten Handelns zuordnen und geben Anregungen einer gezielteren Resilienzförderung im Rahmen der Kinderpsychotherapie.

Schlüsselwörter: Resilienz, Kinderpsychotherapie, Resilienz faktoren, Beziehung

Focusing resilience in child psychotherapy. The following article focuses on similarities and connections between the concept of resilience and the person-centred approach in child psychotherapy. A strength-oriented perspective on the child, the protective factor of stable relationship as well as the understanding of the self-concept serve as a common ground in both fields which can provide a basis to initiate action and reflection. Specific personal resources, the six resilience factors, systematically relate with parameters of interpersonal interaction and can thus give suggestions for specific measures of resilience promotion within the scope of child psychotherapy.

Keywords: resilience, child psychotherapy, resilience factors, relationship

Einleitung

Was brauchen Kinder, um sich gesund zu entwickeln? Aus der Perspektive der Resilienzforschung lassen sich darauf verschiedene Antworten finden. Einige dieser Antworten weisen eine große Nähe zum Personenzentrierten Ansatz auf und geben Anregungen, die beiden Konzepte miteinander zu verknüpfen.

Resilienzforschung und -förderung hatten in den vergangenen Jahren ihren Schwerpunkt in der Entwicklung von Programmen für pädagogische Zusammenhänge bzw. Institutionen (Überblick: Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2014;

Prof. Dr. Maïke Rönnau-Böse, Jg. 1978, ist Professorin für Pädagogik der Kindheit an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Pädagogik der Kindheit, insbesondere in der Resilienzförderung. Sie ist personenzentrierte Spieltherapeutin (akt) und personenzentrierte Beraterin (GwG). Kontakt: Evangelische Hochschule Freiburg, Bugginger Str. 38, 79114 Freiburg. Tel.: 0761/47812-24. Mail: roennau-boese@eh-freiburg.de

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Jg. 1956, ist hauptamtlicher Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der EH Freiburg. Er ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Zusatzausbildungen in Psychoanalyse (DGIP, DGPT), Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Gesprächspsychotherapie (GwG). Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung an der EH Freiburg; Forschung im Bereich Jugendhilfe, Pädagogik der frühen Kindheit, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Kontakt: froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

Fröhlich-Gildhoff, Becker & Fischer, 2012). Im Rahmen eines Praxisforschungsprojekts zu „Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ wurde untersucht, ob sich die zentralen Ergebnisse der Resilienzforschung auch in (personenzentrierten) Kinderpsychotherapien identifizieren und möglicherweise weiter nutzen lassen können. Im Rahmen des Praxisforschungsprojekts trafen sich erfahrene personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten¹; sie analysierten eine Vielzahl von Videoausschnitten aus Kinderpsychotherapien hinsichtlich der Frage, ob sich Resilienz faktoren „entdecken“ lassen und ob bzw. wie sich diese im Therapieprozess möglicherweise durch ein gezielteres „Ansprechen“ noch vertiefter unterstützen lassen. Aus dieser Analyse wurde der Versuch unternommen, den jeweiligen Resilienz faktoren spezifische Begegnungsparameter des personenzentrierten Handelns zuzuordnen und differenzierte Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Im folgenden Artikel werden diese Überlegungen vorgestellt und Parallelen sowie Anwendungsmöglichkeiten zwischen dem Personenzentrierten Ansatz (PZA) und dem Resilienzkonzept erläutert. Dafür werden zunächst die Ergebnisse der Resilienzforschung in den Blick genommen, bevor in einem weiteren

1 Ein Dank geht an Georg Derx, Katharina Heinen, Klaus Horstkötter, Jutta Hoßfeld, Gerhard Hufnagel, Stephan Jürgens-Jahnert, Franziska Jahnert, Manuela Maiworm, Sandra Mielau, Klaus Riedel, Wolfgang Seidenbiedel und Hildegard Steinhauser.

Schritt die Verbindung mit dem PZA erfolgt. Im vierten Kapitel werden dann mögliche Ansätze einer resilienzfokussierten Kinderpsychotherapie vorgestellt. Diese Beispiele stellen kein abgeschlossenes Konzept dar, sondern sind erste, gleichwohl empirisch gestützte Überlegungen, die weiterer Überprüfung und Diskussion bedürfen.

Die Perspektive der Resilienzforschung

Das Konzept der Resilienz, also die „psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (Wustmann, 2004, S. 18), schreibt dem Individuum eine aktive Rolle zu, die es ihm ermöglicht, durch soziale Unterstützung Belastungen und Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Die weltweit durchgeführten – inzwischen 19 – Langzeitstudien konnten eine Reihe von Schutz- und Resilienzfaktoren nachweisen, die eine gelingende Entwicklung unter Risikobedingungen unterstützen und möglich machen.

Inzwischen sind in der Literatur eine Vielzahl von unterschiedlich akzentuierten Definitionen von Resilienz zu finden (z. B. Bender & Lösel, 1998; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006; Werner, 2000). Wird Resilienz sehr eng definiert, so bewertet man die positive Bewältigung vor allem auf dem Hintergrund der Risikosituation. Resilienz liegt also nur dann vor, wenn eine Hochrisikosituation besser bewältigt wird, als erwartet bzw. erwartbar ist (vgl. aktuelle Diskussionen in Opp & Fingerle, 2008; Zander, 2011). In einer weitergefassten Definition wird Resilienz als eine Kompetenz verstanden, die sich aus verschiedenen Einzelfähigkeiten zusammensetzt (vgl. z. B. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2012). Diese Kompetenzen sind nicht nur relevant für Krisensituationen, sondern auch notwendig, um z. B. Entwicklungsaufgaben und weniger kritische Alltagssituationen zu bewältigen. Die Einzelkompetenzen entwickeln sich in verschiedensten Situationen, werden unter Belastung aktiviert und manifestieren sich dann als Resilienz. Fingerle (2011) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff des „Bewältigungskapitals“: „Über Bewältigungskapital zu verfügen bedeutet, Ressourcen zu identifizieren, zu nutzen und über sie zu reflektieren, um eigene Ziele zu erreichen, das eigene Potential von Problemen und Krisen weiter zu entwickeln und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen“ (ebd., S. 213).

Besonders Ungar betont seit Langem Bedeutung der Person-Umwelt-Interaktion: „Individuen [zeigen] unter widrigen Lebensumständen in Abhängigkeit von bereitgestellten Ressourcen eine positive Entwicklung, die von der Passung zwischen den zugänglichen Ressourcen und den individuellen Bedürfnissen sowie von der Bedeutung der verfügbaren Ressourcen abhängig ist“ (Ungar et al., 2013, S. 3). Folglich sind „Individuen ... wahrscheinlich dann resilienter, wenn die Umwelt viele

Ressourcen bietet“ (ebd.). Damit wird das Konzept der individuellen Widerstandsfähigkeit konsequent in einen Rahmen von sozialen Voraussetzungen, aber auch entsprechenden Interventionen und politischen Strukturen gestellt. Eine solche „stärker kontextualisierte Interpretation von Bewältigung unter Stressbedingungen erfordert eine höhere Komplexität, um die sozial akzeptablen und nicht akzeptablen oder verborgenen Formen von Resilienz zu verstehen“ (ebd., S. 4).

Ungar betont hier verschiedene Kontext- und Kulturfaktoren, z. B. die Werte einer Familie oder Gemeinschaft, das Geschlecht oder die Kultur. Er schildert die „besondere Herausforderung für das Verständnis von Resilienz im Kontext über Kulturen hinweg: Wir müssen die Spannung zwischen Gleichheit und Unterschiedlichkeit von Gruppen und von Individuen in diesen Gruppen anerkennen“ (S. 9 f).

Die seit Beginn der Resilienzforschung durchgeführten 19 Langzeitstudien (vgl. die Analyse von Werner, 2006) konnten einen Kern von Schutzfaktoren identifizieren, die eine unangepasste Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen. Dabei kann zwischen personalen und sozialen Ressourcen unterschieden werden (vgl. Wustmann 2004). Letztere sind z. B. mindestens eine stabile, emotional zugewandte Bezugsperson, ein wertschätzendes Klima, soziale Beziehungen außerhalb der Familie und qualitative, gute Bildungsinstitutionen (vgl. hierzu Petermann et al. 2004; Opp & Fingerle, 2008; Wustmann, 2004; Luthar, 2006). Eine besondere Bedeutung kommt hier der stabilen, wertschätzenden und warmen Beziehung zu einer Bezugsperson zu, die als stabilster Prädiktor für eine resiliente Entwicklung in allen Studien konsistent nachgewiesen wurde. In der Kauaistudie, die als Pionierstudie der Resilienzforschung gilt, war „die Anzahl der Quellen emotionaler Unterstützung, die das Kind im Alter von zwei bis zehn Jahren nutzen konnte“ (Werner, 2006, S. 322), die entscheidende Variable für die gelingende Bewältigung von Belastungen. Luthar (2006) fasst ihre Synthese der letzten fünf Jahrzehnte der Resilienzforschung zusammen, indem sie konstatiert, dass die Entwicklung von Resilienz letztendlich immer von Beziehungen abhängt. Dabei ist nicht entscheidend, zu wem diese Beziehung besteht, sondern *wie* diese Beziehung gestaltet ist, damit sie sich positiv auswirkt. Wichtige Parameter sind hier die konstante Verfügbarkeit, die Vermittlung von Sicherheit und der feinfühlig Umgang mit den Bedürfnissen des Kindes sowie eine wertschätzende Unterstützung seiner Fähigkeiten (vgl. Bengel et al., 2009). Im besten Fall sind dies die Eltern, aber gerade die Resilienzforschung hebt die Bedeutung von so genannten kompensierenden Bezugspersonen hervor. Dies können Fürsorgepersonen aus dem erweiterten Familienkreis sein, aber auch pädagogische Fachkräfte (vgl. dazu z. B. Bengel et al. 2009; Pianta, Stuhlman & Hamre, 2008; Luthar, 2006).

Die Schutzfaktoren auf der personalen Ebene werden häufig als „Resilienzfaktoren“ bezeichnet, da sie maßgeblich dazu beitragen können, Krisen und Belastungen erfolgreicher zu bewältigen. Eine differenzierte Analyse der vorliegenden Studien unter der Resilienzperspektive sowie die Auswertung von bedeutenden nationalen und internationalen Reviews und Überblicksarbeiten zur Thematik zeigt, dass auf personaler Ebene sechs Kompetenzen besonders relevant sind, um Krisensituationen, aber auch Entwicklungsaufgaben und kritische Alltagssituationen zu bewältigen (vgl. Rönnau-Böse, 2013; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2014):

(1) *Selbst- und Fremdwahrnehmung*

Selbstwahrnehmung umfasst vor allem die ganzheitliche und adäquate Wahrnehmung der eigenen Emotionen und Gedanken. Gleichzeitig spielt die Selbstreflexion eine Rolle, d. h. die Fähigkeit, sich zu sich selbst in Beziehung setzen zu können. Fremdwahrnehmung meint die Fähigkeit, andere Personen und ihre Gefühlszustände angemessen und möglichst ‚richtig‘ wahrzunehmen bzw. einzuschätzen und sich in deren Sicht- und Denkweise versetzen zu können.

(2) *Selbstwirksamkeit*

Selbstwirksamkeit ist vor allem das grundlegende Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie die Überzeugung, ein bestimmtes Ziel auch durch Überwindung von Hindernissen erreichen zu können. Eine große Bedeutung haben dabei die Erwartungen, ob das eigene Handeln zu Wirkungen (und Erfolgen) führt oder nicht. Diese Erwartungen steuern schon im Vorhinein das Herangehen an Situationen und Aufgaben, damit auch die Art und Weise der Bewältigung, und führen so oftmals zu einer Bestätigung des eigenen Selbstwirksamkeitserlebens. Selbstwirksame Kinder (und Erwachsene) haben auch eher das Gefühl, Situationen beeinflussen zu können (sog. internale Kontrollüberzeugungen) und können die Ereignisse auf ihre wirkliche Ursache hin realistisch beziehen (realistischer Attributionsstil).

(3) *Soziale Kompetenz*

Soziale Kompetenz umfasst die Fähigkeit, im Umgang mit anderen soziale Situationen einschätzen und adäquate Verhaltensweisen zeigen zu können, sich empathisch in andere Menschen einfühlen zu können sowie sich selbst behaupten und Konflikte angemessen lösen zu können. Es geht aber auch darum, auf andere Menschen aktiv und angemessen zugehen zu können, Kontakt aufzunehmen sowie zwischenmenschliche Kommunikation aufrechtzuerhalten und adäquat zu beenden. Des

Weiteren zählt zur sozialen Kompetenz die Fähigkeit, sich soziale Unterstützung zu holen, wenn dies nötig ist.

(4) *Selbstregulation*

Sich selbst regulieren zu können, umfasst die Fähigkeit, eigene innere Zustände, also hauptsächlich Gefühle und Spannungszustände herzustellen und aufrechtzuerhalten und deren Intensität und Dauer selbstständig zu beeinflussen bzw. kontrollieren zu können – und damit auch die begleitenden physiologischen Prozesse und Verhaltensweisen zu regulieren. Dazu gehört bspw. das Wissen, welche Strategien zur Selbstberuhigung, welche Handlungsalternativen es gibt und welche individuell wirkungsvoll sind.

(5) *Problemlösefähigkeiten*

Unter Problemlösen wird die Fähigkeit verstanden, „komplexe, ... nicht eindeutig zuzuordnende Sachverhalte gedanklich zu durchdringen und zu verstehen, um dann unter Rückgriff auf vorhandenes Wissen Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, zu bewerten und erfolgreich umzusetzen“ (Leutner et al., 2005, S. 125). Dabei ist es wichtig, systematisch vorzugehen und das jeweilige Problem zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten, -mittel und wege abzuwägen und dann gleichfalls systematisch auszuprobieren. Dabei können unterschiedliche Problemlösestrategien – z. B. eine sorgfältige Ziel-/Mittelanalyse – angewandt werden. Die einfachste, nicht immer zielführende Strategie ist das „Versuchs-/Irrtumsverhalten“. Kinder müssen – und können – solche übergeordneten Problemlösestrategien erlernen.

(6) *Aktive Bewältigungskompetenzen*

Menschen empfinden den Charakter von belastenden und/oder herausfordernden, als „stressig“ erlebten Situationen unterschiedlich. Es geht darum zu lernen, solche Situationen angemessen einschätzen, bewerten und reflektieren zu können – um dann die eigenen Fähigkeiten in wirkungsvoller Weise zu aktivieren und umzusetzen, um so die Stress-Situation zu bewältigen. Bedeutsam für den Umgang mit Stress ist dabei das *aktive* Zugehen auf solche Situationen und das aktive wie angemessene Einsetzen von Bewältigungsstrategien. Zum adäquaten Umgang mit Stress gehört allerdings auch das Kennen der eigenen Grenzen und Kompetenzen – und die Fähigkeit, sich (dann) soziale Unterstützung zu holen.

Diese sechs Faktoren sind nicht unabhängig voneinander – so ist etwa eine adäquate Fremdwahrnehmung eine wichtige Grundlage für die Entwicklung sozialer Kompetenz – die hier erfolgte getrennte Darstellung der Faktoren hat eine analytische Funktion.

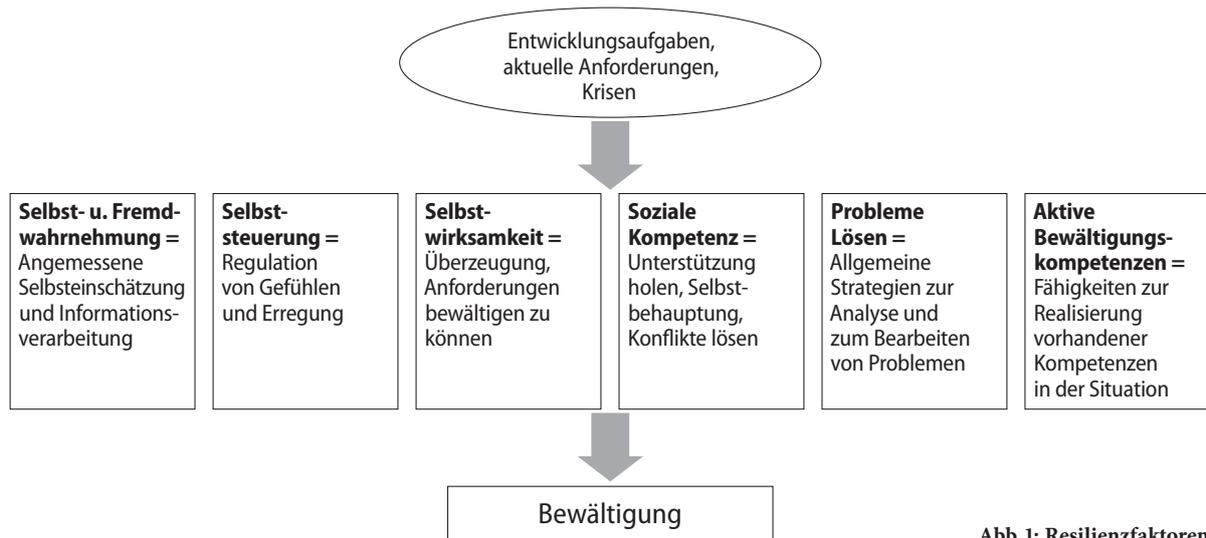


Abb. 1: Resilienzfaktoren

Grundprinzipien der Resilienzförderung

Auf Grundlage dieser Faktoren ist es möglich, Förderstrategien zu entwickeln und die Forschungsergebnisse für die Praxis nutzbar zu machen. Allerdings besteht inzwischen immer mehr Konsens darüber, dass eine einseitige Fokussierung auf die personalen Schutzfaktoren bei der Resilienzförderung nicht ausreicht (vgl. Fingerle, 2011; Ungar et al., 2013). Vielmehr würde dadurch den Kindern eine zu große Verantwortung für die Gestaltung ihres Lebens zugeschrieben, gleichzeitig würden damit die Bezugspersonen und das soziale Umfeld jedoch von ihrer Verantwortung entbunden. Eine ganzheitliche sowie nachhaltige Unterstützung muss sowohl personale als auch soziale Ressourcen berücksichtigen, da soziale Faktoren einen großen Beitrag dazu leisten, wie und ob personale Ressourcen als solche erkannt und genutzt werden können (vgl. Fingerle, 2011). Dies unterstützt wieder die große Bedeutung von (kompensatorischen) Bezugspersonen und einem gelingenden Beziehungsaufbau. Professionelle Fachkräfte, die eine resiliente Entwicklung fördern möchten, sollten

- „eine optimistische Grundhaltung [vermitteln], die Probleme generell als Herausforderung und als Lernchance begreift denn als Heimtücke des Schicksals oder als Beleg für die Aussichtslosigkeit eigener Anstrengungen“ (Göppel, 2011, S. 404),
- herausfordernde, aber bewältigbare Anforderungen stellen und dabei individuelle, passgenaue Unterstützung anbieten,
- Ermutigung aussprechen und Erfolgsrückmeldung geben (vgl. Brooks, 2006; Roos & Grünke, 2011).

In pädagogischen Zusammenhängen wird insbesondere Förderkonzepten, die verschiedene Ebenen beinhalten, eine nachhaltigere Wirkung zugeschrieben (vgl. z. B. Beelmann, 2006; Greenberg et al., 2000; Brezinka, 2003). In diesem Sinne ist

z. B. im Setting Kindertageseinrichtung ein Mehrebenen-Ansatz notwendig, der durch eine *Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte*, eine konkrete Förderung der Resilienzfaktoren auf der *Ebene der Kinder*, eine Resilienzförderung auf der *Ebene der Eltern* und einen *Aufbau institutioneller Netzwerke* gekennzeichnet ist. „Die Kunst der Prävention und damit der Resilienzförderung besteht darin, auf der Grundlage systematischer Analysen passgenaue Angebote zielgruppenspezifisch zu realisieren und dabei einerseits gezielte Förderelemente (...) anzubieten, diese aber auch andererseits mit dem pädagogischen Alltag (shandeln) in einer Institution zu verbinden“ (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2012, S. 28).

3. Das Resilienzkonzept und der Personzentrierte Ansatz

Einige der oben beschriebenen Aspekte des Resilienzkonzepts weisen deutliche Bezüge zum Personzentrierten Ansatz auf. Diese Analogien sollen im Folgenden näher beleuchtet werden, um daraus im vierten Kapitel eine resilienzfokussierte Kinderpsychotherapie begründen zu können. Es lassen sich insbesondere vier zentrale Übereinstimmungen finden (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009):

Die stärkenorientierte Haltung

Das Konzept der Resilienz beinhaltet eine deutliche Orientierung an den personalen wie sozialen Ressourcen bzw. Schutzfaktoren. Es geht hierbei nicht um ein Ignorieren der Risiken und Schwierigkeiten, sondern um eine erweiterte Perspektive. Durch das Nutzen der Stärken und Fähigkeiten einer Person wird ein anderer Umgang mit den Problemen ermöglicht. Die

resilienzorientierte Haltung stellt die Anerkennung der Potenziale eines Menschen in den Mittelpunkt und damit eine Wertschätzung der ganzen Person. Die kontinuierliche Förderung der Ressourcen und die ganzheitliche Betrachtung der Person befähigen nach den Erkenntnissen der Resilienzforschung die Bewältigung von Anforderungen und Krisen (vgl. Welter-Endlerlin, 2006). Hier lassen sich deutliche Parallelen zum Personenzentrierten Ansatz herstellen. Auch dieser Ansatz nimmt den ganzen Menschen in den Blick und formuliert mit den drei Variablen „Wertschätzung“, „Empathie“ und „Kongruenz“ explizit eine Vorgehensweise, die den Aspekten der Resilienzförderung nahe kommt. Rogers hat eine Ressourcenorientierung zwar nicht ausdrücklich benannt, dennoch bildet sie eine wesentliche Grundlage für personenzentrierte Handlungen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009). „Es ist aber Markenzeichen der personenzentrierten Haltung, unter die Oberfläche zu gelangen bzw. hinter die Kulissen zu blicken und dort nach den unentwickelten Potentialen, nach nicht geborgenen Schätzen und nach Ressourcen zu suchen“ (Stumm & Keil, 2014, S. 4).

Die Sicht auf das Kind

Eine weitere gemeinsame Grundlage ist die Anerkennung des Kindes als aktivem Mitgestalter und Bewältiger seines Lebens. Während bei der Resilienzförderung von einer Förderung des individuellen Wachstums gesprochen wird und dabei die Stärken des Kindes aktiviert werden, formuliert der Personenzentrierte Ansatz die Förderung der Aktualisierungstendenz als grundlegendes Entwicklungsprinzip. Die Entwicklung erfolgt über Interaktionen mit der Umwelt und differenziert sich über Erfahrungen. Dabei erfährt der Säugling diese Erfahrung nicht passiv, sondern ist aktiver Part in dem Geschehen. Das Konzept der Interaktionsresonanz von Behr (2012) knüpft hier an. „Die grundlegend optimistische Sicht impliziert zudem, dass Menschen unter günstigen Bedingungen, allen voran Beziehungsbedingungen, dazu tendieren, ihr Entwicklungspotential in einer konstruktiven Weise zur Entfaltung zu bringen“ (Stumm & Keil, 2014, S. 4). Dabei wird in beiden Ansätzen die Verantwortung für eine gelingende Entwicklung nicht dem Kind überlassen, sondern es werden Umweltbedingungen beschrieben, die Voraussetzung bzw. Ressource für das Kind darstellen. So betonen Ungar et al. (2013): „Individuen [zeigen] unter widrigen Lebensumständen in Abhängigkeit von bereitgestellten Ressourcen eine positive Entwicklung, die von der Passung zwischen den zugänglichen Ressourcen und den individuellen Bedürfnissen sowie von der Bedeutung der verfügbaren Ressourcen abhängig ist“ (S. 3). D. h. neben einer Stärkung der personalen Kompetenzen eines Kindes ist die Verfügbarkeit einer unterstützenden Umwelt notwendig für eine resiliente Entwicklung. Als eine dieser Ressourcen sieht Behr

(1989) „nicht dirigierende Beziehungsangebote von Erwachsenen“ (ebd., S. 152). Die Entwicklung des Selbstkonzepts und damit die Tendenz zur Selbstaktualisierung hängt nach Rogers davon ab, „dass [das Kind] in seinem Erleben bestimmte förderliche Entwicklungsbedingungen vorfindet“ (vgl. Weinberger 2001, S. 26), die in der Resilienzforschung belegt wurden.

Die Bedeutung der Beziehung

Im ersten Kapitel wurde verdeutlicht, welche wesentliche Schutzfunktion einer emotional warmen Beziehung zukommt. Die Bezüge zum PZA sind hier offensichtlich. In dessen Fokus steht die Beziehung, das Beziehungsangebot in der Therapie ist Grundlage für jede weitere Intervention. Weinberger (2001) spricht hier von dem „zentralen Element“ (S. 29) von Beratung und Therapie. Nach Pianta et al. (2008) können stabile Beziehungen zu Fachkräften kompensatorisch wirken und negative familiäre Beziehungserfahrungen, zumindest ein Stück weit, ausgleichen. Diese „Schlüsselpersonen“ dienen quasi als „Türöffner für neue Perspektiven und Möglichkeiten, strahlen Kraft und Zuversicht aus oder geben Wärme und Geborgenheit“ (Wustmann, 2011, S. 352). Dabei muss die Beziehungsperson feinfühlig die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen, diese richtig interpretieren und prompt und angemessen reagieren. Ob eine Beziehung sich als schützend erweist, hängt vor allem mit der Begegnungshaltung der Bezugsperson zusammen, d. h. Wertschätzung, Empathie und Echtheit. Durch dieses Beziehungsangebot macht das Kind wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen (vgl. Weinberger, 2001), die als eine der wesentlichen Resilienzfaktoren identifiziert werden konnten. Schmid (2008) verweist darauf, dass im Sinne von Rogers die Aktualisierungstendenz immer auch eine Beziehungsdimension hat: „die Tendenz zur Aktualisierung ist [...] ein Potential, über das jeder Mensch ‚in sich‘ verfügt, das aber der Beziehung bedarf, um wirksam zu werden“ (ebd., S. 126).

Das Selbstkonzept

Ein positives Selbstkonzept, ein stabiler Selbstwert und eine adäquate Selbstwahrnehmung wurden in der Resilienzforschung als wesentliche Schutzfaktoren identifiziert (vgl. dazu Bengel et al., 2009; Rönnau-Böse, 2013). Der PZA formuliert mit der Selbstaktualisierungstendenz einen wichtigen Motor in der Entwicklung des Selbstkonzepts. Die adäquate Spiegelung der Emotionen, bedingungslose Akzeptanz und Wertschätzung unterstützen eine unverzerrte Symbolisierung von Erfahrungen und damit eine kongruente Selbstentwicklung.

Die dargestellten Verknüpfungen zwischen dem Resilienzkonzept und dem Personenzentrierten Ansatz machen die Relevanz für eine resilienzorientierte Kinderpsychotherapie deutlich.

Resilienz und Kinderpsychotherapie

Die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapie birgt ein großes Potenzial in sich, resilienzfördernd zu wirken. Das Erleben einer sicheren, haltgebenden, emotional warmen, zugewandten Beziehung erfüllt kompensatorische Bedingungen und das Kind kann als Regisseur der Spielsituation Kontrollerfahrungen machen. Das Konzept der Resilienz kann dabei eine erweiterte Sichtweise eröffnen, mit der psychotherapeutisches Handeln bzw. Interventionen betrachtet werden können. Mit dieser „Resilienzbrille“ lassen sich an verschiedenen Stellen im Therapieprozess neue Impulse setzen, um die Weiterentwicklung einzelner personaler Kompetenzen zu fokussieren und somit zu fördern. So erhält das Kind passgenaue Unterstützung bei der Selbstregulation durch eine feinfühlig Affektabstimmung (vgl. Ainsworth et al., 1978) und Strukturierungshilfen, bekommt die Möglichkeit Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen, erhält anregende Bedingungen, um kognitive Kompetenzen zu entwickeln und erfährt verlässliche, regelmäßige Strukturen, die es bei der Stressbewältigung unterstützen.

Allerdings ist ein wichtiger Unterschied des Resilienz-Ansatzes zum (personenzentrierten) Therapiekonzept zu diskutieren: Im Resilienzkonzept wird grundlegend davon ausgegangen, dass sich Resilienz über das positive Bewältigen von An-/Herausforderungen entwickelt. Dies bedeutet, dass zur Stärkung der Resilienz in der Begegnung zwischen erwachsener Bezugsperson und Kind, diesem spezifische Entwicklungsschritte zugemutet werden. Von der erwachsenen Person werden somit aktive Herausforderungen in der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotski, 2002) ‚gesetzt‘ und entsprechend (positiv und unterstützend) begleitet. Damit verbunden ist auch eine Ermunterung des Kindes, den nächsten Entwicklungsschritt zu gehen. Zumindest im klassischen Personenzentrierten Konzept wird, im Unterschied dazu, davon ausgegangen, dass das Kind den Weg weist und der Therapeut folgt/begleitet.

Es ist also ein gezielteres und differenziertes Ansprechen der jeweiligen Faktoren notwendig, um eine Verankerung und Spiegelung der Kompetenzentwicklung zu gewährleisten. Dies ist nicht in allen Phasen im Therapieprozess angemessen, d. h. die Resilienzfaktoren stehen nicht immer im Vordergrund, sondern das Resilienzkonzept dient vielmehr als „Hintergrundfolie“, welches in bestimmten Therapiephasen verstärkte Ansatzpunkte zur gezielteren Entwicklungsförderung bietet.

Dieses prozessaktivierende Vorgehen bleibt im personenzentrierten Rahmen, solange keine Themen oder Lösungen durch die Therapeutenperson vorgegeben werden. Spiel- und Gesprächsinhalte sollten weiterhin dem Kind und seiner Aktualisierungstendenz überlassen werden. Die Therapeutenperson „wird jedoch aktiv, um Erlebensprozesse im Kind zu vertiefen

oder zu differenzieren. Sie aktiviert den Prozess, d. h. regt bestimmte Aktivitäten, Bearbeitungsmodi, Betrachtungsweisen oder die Arbeit mit Medien an, um das Erleben des Klienten zu dem von ihm eingebrachten Thema anzuregen“ (Behr, 2012, S. 92).

Behr (2012) stellt die Diskussion um prozessaktivierendes Vorgehen im Personenzentrierten Ansatz vor und macht deutlich, dass bisher nur wenige Wirksamkeitsstudien dazu vorliegen. Deshalb fordert er dazu auf, den Einsatz solcher Methoden in der Supervision intensiv zu reflektieren und „nur ergänzend zum selbstexplorativen Prozess der Klientenperson, diesen aber nicht ablösend“ (ebd., S. 94) einzusetzen und „im Sinne eines wirklich offenen Angebotes“ (ebd., S. 94) zu verstehen.

Der Bezug zwischen Resilienzfaktoren und therapeutischem Prozess wurde im o. g. Praxisforschungsprojekt anhand der Mikroanalyse verschiedener Video-Ausschnitte von Kinder(spiel)therapiesituationen herausgearbeitet. Dazu erfolgte zunächst ein individuelles Rating der einzelnen Sequenzen durch die Workshopteilnehmer (insgesamt 14 Kinder- und Jugendlichentherapeuten mit überwiegend langjähriger Berufserfahrung); die Einschätzungen wurden dann im Gruppengespräch abgeglichen und zusammengeführt.

Im Folgenden wird als wesentliches Ergebnis dieser Analysen dargestellt, wie der Einbezug der Resilienzfaktoren in den psychotherapeutischen Prozess gelingen kann. Dafür werden die Resilienzfaktoren einzeln beleuchtet und deren mögliche Verankerung in der Therapie erläutert.

1) Selbst- und Fremdwahrnehmung

Um eigene Gefühle wahrnehmen und differenzieren zu können, wird in der Therapie das klassische Spiegeln sowohl auf der verbalen, präverbalen und non-verbalen Ebene eingesetzt. Dabei werden unterschiedliche Gefühlswahrnehmungen rückgemeldet. Dies erfolgt entweder anhand der „Übersetzung“ von Lautäußerungen oder Verwendung von Symbolen und Bildern. Konkretes Nachfragen, wie z. B. „Bist du jetzt wütend oder traurig?“, verhilft dem Kind zu einem klareren Bild über seine Gefühlszustände und damit letztendlich zu einer verbesserten Selbstwahrnehmung. Diese Wahrnehmung muss dann in Bezug zur Fremdeinschätzung gesetzt werden, um ein angemessenes Selbstkonzept entwickeln zu können. Auch hierfür kann Nachfragen, wie z. B. „Wie siehst du dich?“ sowie Spiegeln bzw. Verdeutlichen der gezeigten Mimik und Gestik unterstützend wirken.

Entsprechende Verbalisierungen sind auch im Spielprozess direkt möglich, v. a. mittels der Methode des Lauten Denkens: „Ist der Frosch jetzt wohl ängstlich oder vielleicht eher traurig?“ Oder: „Ich überleg’ jetzt grad, warum der Frosch davonrennt, – Frosch, warum rennst du davon?“

Um die eigene Wahrnehmung einordnen zu können und zu ihrer richtigen Interpretation kann es sich als hilfreich erweisen, wenn die (möglichen) verschiedenen Wahrnehmungen

miteinander verglichen und eingesetzte Kommunikationsstrategien reflektiert werden. Diese Reflexion kann sowohl auf der verbalen als auch auf der Spielebene erfolgen (vgl. Tab. 1).

Resilienzfaktor	Differenzierung	Begegnungsparameter	Beispiele/Erweiterungen
Selbst- und ... Fremdwahrnehmung	Eigene Gefühle wahrnehmen	Spiegeln (verbal, präverbal, non verbal)	
		Unterstützung bei der Differenzierung des Gefühlsspektrums	auch: – „Übersetzen“ und Konkretisieren unspezifischer Lautäußerungen (z. B. lautes Schreien) – Unterstützung des Ausdrucks innerer Zustände in Symbolen, Bildern ...
	Klären „diffuser“ Gefühle	Diffusität ansprechen, Gefühlskategorien zur Klärung anbieten („Bist du jetzt traurig oder ängstlich?“)	
	Sich angemessen einschätzen können; angemessenes Selbstbild/Selbstkonzept	Nachfragen: Wie siehst du dich? Wie erlebst du dich?	
	Einschätzen der eigenen Wirkung auf andere (inkl. Mimik, Gestik)	Spiegeln durch Fremdwahrnehmung (z. B. Wie wirkt die Körperhaltung, Mimik auf das Gegenüber?)	auch: Wahrnehmen von unangenehmem Erleben (z. B. immer wieder bei anderen „anecken“); Hilfe beim Verstehen, warum andere mich nicht verstehen
	Abgleich der eigenen Wahrnehmung mit der eines anderen	Ansprechen, gezielter Vergleich	
	Gestik und Mimik des anderen wahrnehmen	Nachfragen: Was siehst du?	
	... und richtig interpretieren	Abgleich	
	Motive des anderen verstehen	Reflexion von Kommunikationssituationen: Warum handelt jd. so?	
	Eigene Wahrnehmung der Situation ‚platzieren‘ können		

Tabelle 1: Selbst- und Fremdwahrnehmung

2) Selbststeuerung

Die Regulation verschiedener Erregungszustände unterstützt die Therapeutenperson durch Bewusstmachen der jeweiligen Erregung. Das Kind wird angeregt innezuhalten und die Erregung zu spüren. Indem er/sie diesen Prozess prä- oder nonverbal begleitet, werden gleichzeitig Gefühlszustände bewusst

gemacht und bei Bedarf co-reguliert. Diese Co-Regulation kann entweder durch ganz konkrete Unterstützung im Spiel geschehen, wie z. B. das Markieren von Grenzen mittels Matratzen oder Bauklötzen. Möglich ist dies auch über das Nutzen der Spielinhalte, z. B.: Die Puppe im Spiel weint – direkt zur Puppe sprechen: „Ach, du weinst ja, bist du wohl traurig? Brauchst du

etwas, kann ich dir helfen oder kann jemand anders dir helfen?“ oder auch präverbal, indem die Therapeutenperson mit ihrer Stimme entweder leiser (bei Übererregung) oder lauter (bei Zurückhaltung) als das Kind antwortet. Dabei kann es helfen, mit dem Kind gemeinsam mögliche Ressourcen und Aktivierungsstrategien ausfindig zu machen, die es bei der Selbstregulation unterstützen (auch dies ist auf der Spielebene möglich!

z. B. „Der Bär weiß schon genau, wie er es machen muss“). Das können Ressourcen auf der personalen, aber auch auf der sozialen Ebene sein. Bei besonders starker Erregung bieten zusätzliche klare Strukturen wie „Eieruhren“, räumliche Begrenzungen (Raumteiler) und Symbole (z. B. Stoppzeichen) Filtermöglichkeiten. Auch kleine Schritte in der Selbstmotivation sollten gespiegelt und positiv rückgemeldet werden (vgl. Tab. 2).

Resilienzfaktor	Differenzierung	Begegnungsparameter	Beispiele/Erweiterungen
Selbststeuerung	Erregung (arousal) „hoch“ und „herunter“ „fahren“ können	Innehalten: Erregung spüren	auch: (stellvertretend) erspüren, wenn es „zu viel“ ist → spiegeln, ansprechen
		Prä/nonverbale Begleitung (Mitschwingen) bei Aktivierung und Beruhigung	
		Gefühle verbal und nonverbal teilen (Trauer, Wut ...)	
		Reflexion: Was führt zur Erregung? Wie kommt es zur Aktivierung?	
		Co-Regulation: erregungs- und situationsadäquate Regulationsstrategien zeigen (Vorbildfunktion!)	
		Unterstützung kleiner selbstregulativer Elemente	Bsp.: Kind (Puppe) weint: → „Gibt es etwas, das helfen könnte ...?“; → Aufspüren von Ressourcen auf personaler und sozialer Ebene
	„Filter“ bei übermäßiger Erregung	Struktur(en) anbieten	Zeit, Raumgestaltung, Symbole – auch auf präverbaler Ebene
	Konkrete selbstregulative Handlungen, Symbole etc. erarbeiten und einüben		
Sich selber motivieren/aktivieren können	Aktivierungsstrategie reflektieren und ggf. anregen; kleine Schritte unterstützen		

Tabelle 2: Selbststeuerung

3) Selbstwirksamkeit

In jeder personenzentrierten Spielsituation erlebt das Kind sich als Urheber eigener Handlungen, da es Regisseur der Spielhandlungen sein darf und die Therapeutenperson ihm folgt. Diese Erfahrung kann durch Verbalisieren bewusst gemacht werden, z. B. „Du weißt schon, was du machen musst“ oder „Du hast einen Plan im Kopf und den setzt du um“. Gleichzeitig wird

durch die kontinuierliche Rückmeldung eine positive Erwartung bezüglich des eigenen Handelns aufgebaut. In verschiedenen Therapiephasen kann das Kind darüber hinaus dazu ermutigt werden, sich neuen, herausfordernden Situationen zu stellen oder auch als Therapeutenperson als Rollenmodell zu fungieren („ich traue mich jetzt mal in die Höhle rein. Unheimlich ist mir ja schon, aber wenn ich mir die kleine Katze

mitnehme, schaffe ich es vielleicht“). Dabei erhält es angemessene Explorationsassistenz (Ahnert, 2007) und lernt durch die gemeinsame Reflexion der Handlungsabläufe („Wie hast du das

jetzt geschafft?“) seine eigenen Stärken kennen, die im Spiel immer wieder aufgegriffen werden können („Die Puppe weiß genauso gut wie du, wie man das macht“) (vgl. Tab. 3).

Resilienzfaktor	Differenzierung	Begegnungsparameter	Beispiele/Erweiterungen
Selbstwirksamkeit	Sich als Urheber eigener Handlungen sehen	Rückmeldung geben	Bsp.: „Du weißt schon, was du machen musst ...“ ODER: „Du wüsstest schon, was du machen musst ...“
		Gemeinsame Reflexion über Handlungsabläufe und vollzug (Attributions-Reflexion)	
	Positive Erwartungen bez. des eigenen Handelns aufbauen	Ermutigung, Lob	
		Angemessene Anforderungen in der Zone der nächsten Entwicklung	
		Anbieten von neuen, konstruktiven „Gegenerfahrungen“	Kind bewältigt eine Anforderung, verbalisiert selbst: „Ich schaffe das, sooo doof bin ich nicht ...“
	Kennen der eigenen Stärken; Zeigen eigener Stärken	Reflexion über Ressourcen/Stärken Ermöglichen des Zeigens in der Handlung; im Spiel Hinweise darauf aufnehmen, anregen ...	

Tabelle 3: Selbstwirksamkeit

4) Soziale Kompetenzen

Um den Resilienzfaktor „Soziale Kompetenz“ weiterzuentwickeln, ist die Therapeutenperson in ihrer gesamten Kommunikation gefragt. Sie muss sich als Dialogpartner anbieten, Vorbild sein für eine stimmige Körpersprache und Kommunikationsregeln auf allen Ebenen einhalten. Für Konfliktsituationen eignet sich ein vierstufiges Vorgehen: a) Wahrnehmen und Verstehen von Konfliktsituationen durch Abgleich der Selbst- und Fremdwahrnehmung (wie nehmen beide den Konflikt wahr? „Die beiden Tiere streiten sich jetzt aber mächtig, der Hund hat die Katze aber ganz schön geärgert“), b) Perspektivenübernahme („Wie hat sich die Katze wohl dabei gefühlt?“), c) Wahrnehmen und Kontrollieren eigener Impulse (siehe Selbstregulation), d)

adäquates Handeln in der Situation („Sollen Hund und Katze jetzt mal ausprobieren, wie sie sich wieder vertragen können?“, „Wieso haben die sich jetzt wieder vertragen?“ oder „Wieso haben die sich jetzt noch doller gestritten?“). Darüber hinaus spielt Selbstbehauptung eine wichtige Rolle, um sozial kompetent mit herausfordernden Situationen umgehen zu können. Spiegeln der Impulse und Anbieten von Interpretationshilfen sowie das Üben von Handlungsmöglichkeiten können diesen Prozess unterstützen, wenn es sich aus dem Prozess heraus ergibt. Ein weiterer Aspekt spielt, „sich Unterstützung holen können“. Neben dem Anbieten von Unterstützung kann eine konkrete Reflexion von Hilfesituationen dem Kind neue Perspektiven eröffnen (vgl. Tab. 4).

Resilienzfaktor	Differenzierung	Begegnungsparameter	Beispiele/Erweiterungen
Soziale Kompetenzen	Dialogfähigkeit		
	a) Zuhören/den anderen als Dialogpartner wahrnehmen	Sich selbst als Dialogpartner „positionieren“ (darauf achten, dass eigene Kommunikationsanteile/Worte wahrgenommen werden)	

Resilienzfaktor	Differenzierung	Begegnungsparameter	Beispiele/Erweiterungen	
Soziale Kompetenzen	b) Wechsel in der Kommunikation (verbal/nonverbal) gestalten	Wechsel als Regel einführen; „Unterbrechungen“ thematisieren		
	c) Bezugnahme in der Kommunikation auf den anderen/die andere	Auf den Bezug achten (Körpersprache; Wiederholen; selber als Vorbild fungieren)	Ggf. Einüben des „kontrollierten Dialogs“	
	Fähigkeit zur Konfliktlösung			
	a) Wahrnehmen und Verstehen von Konfliktsituationen	Selbst- und Fremdwahrnehmung abgleichen („eichen“)		
	b) Perspektivenübernahme	Einüben/Ansprechen (Wie hat sich ... wohl gefühlt)		
	c) Wahrnehmen und Kontrollieren eigener Impulse	Selbststeuerung, s. o.		
	d) adäquates Handeln in der Situation	Handlungsalternativen besprechen	auch: Aushandeln (üben)	
		Handlungsbegründungen		
		Handlungsalternativen einüben, ggf. Rollenspiel		
	Selbstbehauptung			
	a) Wahrnehmen und Interpretieren eigener Impulse	Selbstwahrnehmung, s. o.		
		Rückmeldung geben		
	b) adäquates Handeln in der Situation	Handlungsalternativen besprechen		
		Handlungsbegründungen		
		Handlungsalternativen einüben		
Sich Unterstützung holen	Unterstützung anbieten			
	Reflexion von Hilfsituationen			

Tabelle 4: Soziale Kompetenzen

5) Problemlösefähigkeit, kognitive Flexibilität

Problemlösefähigkeiten sind dadurch gekennzeichnet, dass Handlungsabläufe im Sinne eines Problemlösezyklus realisiert, alternative Lösungen in Betracht gezogen und Probleme als Herausforderung betrachtet werden. Als Begegnungsparameter bietet sich Nachfragen an, um den Prozess bewusst zu machen, wie z. B. „Was ist passiert? Wie hast du das gemacht?“. Wird ein Problemlöseprozess beobachtet, kann dieser verbalisiert werden, um einzelne Schritte zu verdeutlichen. In manchen Therapiephasen kann es sich als hilfreich erweisen, mögliche Problemsituationen an- und spielerisch durchzusprechen („Was würdest du tun, wenn ...“). Dabei geht es auch darum, kreative Lösungsmöglichkeiten und Ideen zu befördern. Unterstützt

wird dieser Prozess durch verschiedene Materialien oder auch „Zaubern“. Das Kind braucht dabei Ermutigung und eventuell eine erweiterte Perspektive, um Probleme nicht nur als Hindernisse wahrzunehmen, sondern auch als Herausforderung (vgl. Tab. 5).

6) Adaptive Bewältigungsstrategien/Stressbewältigung

Um stressige Situationen und Ereignisse einordnen und bewerten zu können, kann mit dem Kind überlegt werden, was individuelle Stressauslöser sind und welche Bewältigungsmöglichkeiten und eigenen Stärken zur Verfügung stehen. Möglicherweise bietet es sich auch an, bewältigbare Stresssituationen zu induzieren. Daneben bietet der Umgang mit stressbelasteten

Resilienzfaktor	Differenzierung	Begegnungsparameter	Beispiele/Erweiterungen
Problemlösen; Kognitive Flexibilität	Systematische Reflexion von Handlungsabläufen	Nachfragen: Was ist passiert? Wie hast Du das gemacht ...?	
	Problemlösezyklus realisieren (Innehalten, Analysieren, Mittelauswahl, Handeln, Evaluation)	Zunächst: Verbalisieren des beobachteten Problemlöse-Prozesses	
		ggf. Probleme aktiv aufzeigen (verdeutlichen, ‚vorgeben‘)	(spielerisches) Verbalisieren: „Was würdest du tun, wenn ...“
		In Problemlösesituationen einzelne Schritte durchsprechen	
		Reflexion von Problemlöseprozessen	
	Suche nach alternativen Lösungen	Kreativität fördern	– Material anbieten! – „Zaubern“, Fantasie als Möglichkeit (nicht: völliger, längerer Ausstieg aus der Realität)
		Ungewöhnliches Denken und Handeln bemerken und verstärken	
	Probleme nicht in erster Linie als Hindernisse sehen, sondern als Herausforderung	Relativität von Problemen ansprechen	
	Überwindungsperspektive eröffnen; Ermutigung		

Tabelle 5: Problemlösefähigkeiten

Spielsituationen eine Fülle an Möglichkeiten, Stressbewältigungsstrategien zu verdeutlichen und aktiv anzubieten. So kann die Strategie „Ablenkung“ gespiegelt und damit auf die Bewusstseinssebene gehoben werden („Es ist sehr aufregend, da hilft es, wegzuschauen ...“). Auch wenn Spielregeln vom Kind

verändert werden, um den eigenen Selbstwert zu sichern, kann diese Strategie reflektiert werden, indem die Therapeutenperson rückmeldet (und dadurch akzeptiert): „Ich weiß, dass mein Schuss ein Tor war, aber ich merke, dass du das noch nicht aushalten kannst.“ (vgl. Tab. 6).

Resilienzfaktor	Differenzierung	Begegnungsparameter	Beispiele/Erweiterungen
Adaptive Bewältigungsstrategien/ Stressbewältigung	Erkennen, was je individuelle Herausforderungen/Stressoren sind	Individualität des Stresserlebens herausstellen	
		Reflexion von subjektiven Stressauslösern bzw. -situationen	auch: Umgehen mit ‚Versagens‘-Situationen
		Reflexion über den „Stress-Pegel“ und Bewältigungsformen	
		Gestalten je individuell angemessener Anforderungen	auch: das Kind herausfordern; wenn sinnvoll: bewältigbare Stress-Situationen induzieren

Resilienzfaktor	Differenzierung	Begegnungsparameter	Beispiele/Erweiterungen
	Aktivierung eigener Lösungspotenziale und Kompetenzen	Kennen eigener Kompetenzen	
		Ermutigung zum Einsetzen von (Problemlöse-)Fähigkeiten	
		ggf. verschiedene (Stress-) Bewältigungsmöglichkeiten anbieten	auch: – positives Umdeuten von Situationen – ‚Ablenken‘ erkennen/spiegeln: zu starke Emotionen werden durch Umlenken „abgewehrt“ → Mitgehen, Verbalisieren („Es ist sehr aufregend, da hilft es, wegzuschauen ...“) – Reflektieren (und Akzeptieren) von Bewältigungsformen, die sozial nur bedingt funktional sind; Bsp.: Veränderung von Regeln, um zu gewinnen und den eigenen Selbstwert zu sichern („Ich weiß, dass mein Schuss ein Tor war, aber ich merke, dass du das noch nicht aushalten kannst ...“)
		Lob für das Angehen einer Herausforderung	
		Bewältigungsprozesse reflektieren; Verankerung durch kognitive Reflexion	
	ggf.: Einfordern/-holen von Unterstützung	Unterstützung anbieten	
	Reflexion von Hilfsituationen		

Tabelle 6: Adaptive Bewältigungsstrategien/Stressbewältigung

Fazit

Die dargestellten Aspekte des Resilienzkonzepts zeigen deutliche Verbindungen zum PZA auf. Mit diesem Artikel wurde der Versuch unternommen, eine systematische Verknüpfung der personalen Ressourcen – den Resilienzfaktoren – und Begegnungsparametern des personenzentrierten Vorgehens vorzunehmen. Dabei zeigte sich an vielen Stellen, dass personenzentriertes Handeln – besonders im Spiel! – sehr oft per se resilienzfördernd wirkt. Darüber hinaus bietet der Therapieprozess immer wieder Ansatzmöglichkeiten, gezieltere Resilienzförderung zu integrieren, ohne den „personenzentrierten Weg“ verlassen zu müssen. Vielmehr kann durch das Aufsetzen

der „Resilienzbrille“ eine erweiterte Perspektive geboten werden, die in verschiedenen Therapiephasen neue Impulse setzen kann. Die Förderung der Resilienzfaktoren darf aber nicht so verstanden werden, dass sie nacheinander „abgearbeitet“ werden, vielmehr geht es um ein situatives Jonglieren, und nicht in allen Therapiephasen ist es passend und sinnvoll. Zudem hängen die Faktoren miteinander zusammen und lassen sich meistens nicht getrennt voneinander fokussieren.

Insgesamt bietet das Resilienzkonzept aber eine Reihe von Ansatzmöglichkeiten für den Personenzentrierten Ansatz, die im Weiteren zum einen auf ihre Praktikabilität hin überprüft werden müssen, zum anderen sich noch ergänzen und ausdifferenzieren lassen.

Literaturverzeichnis

- Ahnert, L. (2007). Von der Mutter-Kind-Bindung zur Erzieherin-Kind-Beziehung? In F. Becker-Stoll, B. Becker-Gebhard & M. R. Textor (Hrsg.), *Die Erzieherin-Kind-Beziehung – Zentrum von Bildung und Erziehung* (S. 31–41). Berlin: Cornelsen/Scriptor.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beelmann, A. (2006). Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (2), 151–162.
- Behr, M. (1989). Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1* (S. 152–181). Salzburg: Otto Müller.
- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117–145). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35). Köln: BZgA.
- Brezinka, V. (2003). Zur Evaluation von Präventivinterventionen für Kinder mit Verhaltensstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 12 (2), 71–83.
- Brooks, J. E. (2006). Strengthening resilience in children and youths. Maximizing opportunities through the schools. *Children & Schools*, 28 (2), 69–76.
- Fingerle, M. (2011): Resilienz deuten – Schlussfolgerungen für die Prävention. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 208–218). Wiesbaden: VS Verlag Sozialwissenschaften.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Becker J. & Fischer, S. (Hrsg.) (2012). *Gestärkt von Anfang an*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2009). Resilienz, Resilienzförderung und der Personenzentrierte Ansatz. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 40. Jg., H. 4, S. 217–221.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2012): Das Konzept der Resilienz und Resilienzförderung. In K. Fröhlich-Gildhoff, J. Becker & S. Fischer (Hrsg.), *Gestärkt von Anfang an* (S. 9–29). Weinheim, Basel: Beltz.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2014). *Resilienz* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Göppel, R. (2011). Resilienzförderung als schulische Aufgabe? In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 383–406). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2000). *Preventing mental disorders in school-aged children. A review of the effectiveness of prevention programs*. Prevention Research Center for the Promotion of Human Development, Pennsylvania State University.
- Leutner, D., Klieme, E., Meyer, K. & Wirth, J. (2005). Die Problemlösekompetenz in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. In M. Prenzel, J. Baumert, W. Blum, R. Lehmann, D. Leutner & M. Neubrand (Hrsg.), *PISA 2003. Der zweite Vergleich der Länder in Deutschland – Was wissen und können Jugendliche?* (S. 125–146). Münster: Waxmann.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (S. 739–795). New York: Wiley.
- Opp, G. & Fingerle, M. (Hrsg.) (2008). *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (3. Aufl.). Reinhardt: München, Basel.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungspsychologie, Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pianta, R. C., Stuhlman, M. W. & Hamre, B. K. (2008). Der Einfluss von Erwachsenen-Kind-Beziehungen auf Resilienzprozesse im Vorschulalter und in der Grundschule. In G. Opp & M. Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (2., neu bearbeitete Auflage) (S. 192–211). München: Reinhardt.
- Rogers, C. R. (1959/1987 bzw. 1991 [3. Auflage]). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GWG-Verlag. [Orig. erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: Mc Graw Hill].
- Rönnau-Böse, M. (2013). *Resilienzförderung in der Kindertagesstätte*. FEL: Freiburg.
- Roos, S. & Grünke, M. (2011). Auf dem Weg zur „resilienten“ Schule. Resilienz in Förderschulen. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 407–433). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmid, P. F. (2008). Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Personenzentrierten Ansatzes. *Gesprächsführung und Personenzentrierte Beratung* 39 (3), 124–130.
- Stumm, G. & Keil, W. (2014). *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer
- Ungar, M., Bottrell, D., Tian, G.-X. & Wang, X. (2013). Resilienz. Stärken und Ressourcen im Jugendalter. In C. Steinebach & K. Gharabaghi (Hrsg.), *Resilienzförderung im Jugendalter* (S. 1–20). Berlin: Springer.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (2006). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Welter-Enderlin (2006). Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. (S. 7–19). Heidelberg: Carl-Auer.
- Werner, E. E. (2000): Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff & J. R. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge, pp. 115–132.
- Werner, E. E. (2006). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children*. New York, pp. 91–105.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wustmann, C. (2011). Resilienz in der Frühpädagogik – Verlässliche Beziehungen, Selbstwirksamkeit erfahren. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 350–359). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wygotski, L. S. (2002). *Denken und Sprechen*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Zander, M. (Hrsg.) (2011). *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen¹ im psychotherapeutischen Prozess²

Barbara Zach
Wien

Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen im psychotherapeutischen Prozess steht im Zentrum der Untersuchung. Die theoretische Analyse beschäftigt sich mit der Vereinbarkeit der Wahrnehmung von und dem Umgang mit erotischem Erleben mit dem Konzept der Kongruenz, wie es von Carl R. Rogers und ihm nachfolgenden personenzentrierten³ Autorinnen geprägt wurde. Die in einer empirischen Untersuchung gewonnenen Daten zu Haltungen, Wahrnehmungen und Bewertungen von und der Umgang mit erotischen Gefühlen einer Gruppe von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen werden dargestellt. Angeregt wird die explizite Auseinandersetzung mit erotischem Erleben in der psychotherapeutischen Ausbildung.

Schlüsselwörter: Erotisches Erleben von Psychotherapeutinnen, Kongruenz, Umgang, Ausbildung.

Erotic experience of client-centered therapists in the process of psychotherapy is the main interest of this study. The theoretical part deals with the concept of congruence in its variety from Carl R. Rogers to recent understandings. The empirical study describes the attitudes towards and understandings of erotic feelings of client-centered psychotherapists, especially the way of recognizing and working with them. The outcome of the study leads to implications not only for the work but also for the professional training of psychotherapists.

Keywords: Therapists' erotic experience, congruence, handling, professional training.

Einleitung

Die Frage des Umgangs mit erotischen Gefühlen in der Psychotherapie beschäftigt mich schon lange. Wie gehen Psychotherapeutinnen mit ihnen entgegengebrachten erotischen Gefühlen um? Was machen sie, wenn sie bei sich derartige Empfindungen wahrnehmen? Und welche Auswirkungen hat eine solch aufkommende Erotik auf den psychotherapeutischen Prozess? Seit dem Beginn meines therapeutischen Arbeitens erlebe ich mit Klientinnen immer wieder Momente einer intensiven Begegnung, denen ich erotische Qualitäten zuschreibe und die mich anfangs verunsicherten, da mich die Ausbildung auf solches Erleben und den Umgang damit nicht vorbereitet hatte. Das finde ich problematisch und schade, gerade in einem psychotherapeutischen Feld, das die Begegnung zweier Personen, die entstehende Beziehung und das damit verbundene Erleben sowohl auf Seiten der Therapeutinnen als auch auf Seiten der Klientinnen ins Zentrum ihrer Aufmerksamkeit stellt.

Der Artikel ist eine Annäherung an das Phänomen der Erotik – eines besonderen zwischenmenschlichen Kontakts – in einem sehr speziellen Setting, jenem der psychotherapeutischen Beziehung. Dazu begeben mich in einem ersten Schritt auf die Suche nach dem Thema der Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung in den Standardwerken der Personenzentrierten Psychotherapientheorie. Danach wende ich mich dem Konzept der Kongruenz zu, wie es von Carl Rogers konzipiert und von ihm nachfolgenden Autorinnen geprägt wurde und wird, um diese therapeutische Grundhaltung als Anknüpfungspunkt auch hinsichtlich der Wahrnehmung von und den Umgang mit erotischem Erleben zu untersuchen. Ergänzt wird die Theo-

Mag.^a Barbara Zach, MSc., geb. 1969, Juristin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision für Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie, in freier Praxis und bei „Frauen beraten Frauen“ tätig. E-Mail: barbara.zach@chello.at

1 Das generische Femininum, das im Artikel zur Anwendung kommt, bezieht sich auf Menschen jeglicher Geschlechtsidentitäten.
2 Diesem Artikel liegt meine Masterthesis „Goldmine und Minenfeld. Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im psychotherapeutischen Prozess“ (2013) zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science an der Donau-Universität Krems zugrunde.
3 Die Verwendung der Begriffe „klientenzentriert“ und „personenzentriert“ verweisen einerseits auf die unterschiedlichen Therapieschulen, wie sie sich in Österreich historisch entwickelt haben, andererseits verstehe ich „personenzentriert“ als Überbegriff für die, beiden Schulen zugrunde liegende Theorie.

rie durch die Präsentation meiner qualitativen Untersuchung zum erotischen Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und ihrem Umgang damit in der psychotherapeutischen Beziehung. Schließlich ziehe ich meinen Schluss aus dem Theorieteil wie den persönlich gewonnenen Daten und schlage vor, sich in der psychotherapeutischen Ausbildung des erotischen Erlebens intensiv anzunehmen.

I. Zur Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung

Personzentrierte Fachpublikationen zum Thema der Erotik sind rar. Die menschliche Geschlechtlichkeit als Quelle für Erotik und die Frage, inwieweit diese auf die therapeutische Beziehung Einfluss nimmt, bleibt in Rogers' Werk gänzlich, in anderen theoretischen Standardwerken beinahe ohne Erwähnung. Einzig *einem* Aspekt der Erotik, der Sexualität, wird im Kompendium der Grundbegriffe der Personzentrierten Psychotherapie Aufmerksamkeit gewidmet: Sexualität wird funktional als „eines von verschiedenen Organisationsprinzipien der Aktualisierungstendenz“ (Letzel, 2003a, S. 285) beschrieben. Sie dient „der Selbstorganisation des Organismus [und wird als] ein Entwicklungsmoment menschlichen Seins verstanden“ (Letzel, 2003a, S. 285). Auf die therapeutische Beziehung wird unter dem Stichwort „Sexuelle Störungen“ (!) Bezug genommen, indem auf das Verbot der „gelebte[n] sexuelle[n] Kontaktnahme“ (Letzel, 2003b, S. 289) in der psychotherapeutischen Arbeit mit Personen, die an sexuellen Störungen leiden, hingewiesen wird. Die Verknüpfung mit einer bestimmten Klientinnengruppe finde ich bemerkenswert, ebenso die Einschränkung auf den Aspekt des sexuellen Missbrauchs. Der Erotik wird kein Stichwort gewidmet, noch findet sich eine Bezugnahme zu erotischem Erleben.

Zum geringen Stellenwert der Erotik in der personzentrierten Literatur gibt es kritische Stimmen, die den Personbegriff, wie er von Rogers geprägt wurde, dafür verantwortlich machen. Denn dieser Personbegriff ist ein geschlechtsloser. Tatsächlich spricht Rogers durchgehend von der Person der Therapeutinnen, die quasi als geschlechtsloser Organismus anderen Organismen ohne Geschlecht gegenübersteht. Auch in den Konzepten zur Persönlichkeitsentwicklung oder der *fully functioning person* verwendet Rogers eine Terminologie, die auf das Geschlecht verzichtet. Dadurch wird sowohl der Blick auf die realen Machtverhältnisse der Geschlechter, wie sie sich auch in der therapeutischen Beziehung manifestieren, verschleiert, als auch der Anforderung, als ganze Person in der Beziehung gegenwärtig zu sein, ein wesentlicher Teil genommen (Proctor, 2004).

Schmid sieht die Notwendigkeit, geschlechtsspezifische Aspekte des Personseins in Theorie und Therapie zu berücksichtigen,

damit der Begriff der Person als ganze seine Berechtigung findet. Denn es gibt „keine Person ohne Geschlechtlichkeit – und wer diese ausklammert, verfehlt das Ganze erst recht“ (Schmid, 2002, S. 82). Ohne sie als solche zu benennen, umschreibt er eine mögliche Erotik im zwischenmenschlichen Kontakt. Teichmann-Wirth (1992) spricht sich dafür aus, Sexualität sowohl als einzelne Lebensäußerung als auch als Ausdrucksform für die Beziehung einer Person zu sich selbst wie zu anderen theoretisch und therapeutisch zu benennen. Wenn die Therapeutinnen geschlechtslos sind, könne weder ihre Geschlechtlichkeit, noch jene der Klientinnen Thema werden, geschweige denn das, was zwischen ihnen entstehen könnte. Wieder eine knappe Bezugnahme auf erotisches Erleben.

Doch es gibt einen Autor und eine Autorin, die sich explizit mit Erotik und davon abgeleitet auch mit Sexualität in der therapeutischen Beziehung befassen und die die Erotik als Bestandteil der Therapietheorie verstehen. Kiener bezieht sich auf die Grundhaltung der Empathie, der ein „therapeutischer Eros [innewohnt, der von] Affiliation, Sexualität und Fürsorglichkeit“ (Kiener, 1986, S. 142) geprägt ist. Der therapeutische Eros ist wechselseitig und komplementär zwischen Therapeutinnen und Klientinnen und er ist altruistisch und interesselos. Er ist eine Variable des Therapieprozesses und trägt zu dessen Funktionieren bei. Damit wird nicht nur der Sexualität als Thema in der therapeutischen Beziehung die Gefährlichkeit genommen, sondern sie wird auf eine Stufe mit (Ver)Bindung und (Für)Sorge für die anderen gestellt. Der Erosbegriff geht weit über die Sexualität hinaus und ist ein Antrieb der therapeutischen Interaktion. Keys (2009) beschäftigt sich mit dem Eros in der therapeutischen Beziehung in ihrer Taxonomie der Liebe in der Personzentrierten Therapie und ordnet jeder therapeutischen Grundhaltung eine Dimension der Liebe zu. Für sie ist die Liebe *die* zentrale Haltung der Therapeutinnen in der Personzentrierten Therapie. Eros ist die begehrende Liebe, das Sehnen nach Begegnung und Verbindung und findet in der Kongruenz seinen Platz. Und Eros wiederum hat unterschiedliche Aspekte in der therapeutischen Beziehung. Der spirituelle Aspekt ist das Verlangen nach Antworten, um einander zu erreichen und sich zu verbinden. Die politische Dimension ist jene der Suche nach Gerechtigkeit in den Beziehungen zu sich selbst und zu anderen und der ethische Aspekt wird in der Integrität als einem nicht missbräuchlichen Verbinden verkörpert. Die sexuelle Dimension ist das erotische Begehren nach dem Eindringen ineinander und dem gemeinsamen Gestalten und Erschaffen. Für Keys ist es wichtig, dass Therapeutinnen einen Zugang zum eigenen sexuellen Erleben, zu Erregung und Attraktion sowie zu erotischen Phantasien finden, da es sich um Ausdrücke menschlichen Lebens handelt. Fehlt solches Erleben müsse die Frage gestellt werden, was im Kontakt mit Klientinnen dieses Erleben, die Lebenslust, nicht zulässt.

II. Kongruenz und erotisches Erleben von Psychotherapeutinnen

Unter Kongruenz in der therapeutischen Beziehung wird „das Offensein gegenüber dem eigenen organismischen Erleben“ [verstanden, die Fähigkeit], „sich gegenwärtiger organischer Erfahrungen exakt gewahr [zu] werden“ (Keil, 2001, S. 121) und diese in das Selbstkonzept integrierend aufnehmen zu können. Dieses therapeutische Konzept bezieht sich direkt auf das Erleben von Psychotherapeutinnen im psychotherapeutischen Prozess. Rogers hält die Kongruenz oder Echtheit der Therapeutinnen in der Beziehung überhaupt für die wesentliche Bedingung, damit Therapie zustande kommt. Es gilt, in dem „besonderen Augenblick der unmittelbaren Beziehung mit seinem Gegenüber ganz und gar“ (Rogers, 1959/2002, S. 42) die Person zu sein, die man selbst ist. Damit dies gelingt, braucht es die Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben:

Ich bin zu der Überzeugung gelangt, daß ich jeder Facette meines Erlebens und mir selbst Wert zuspreche. Gern würde ich meine Gefühle horten: Ärger, Zärtlichkeit, Scham, Verletztsein, Liebe, Angst, Hingabe und Furcht. Gern würde ich die aufsteigenden Ideen aufbewahren – töricht, schöpferisch, bizarr, gesund, trivial – alle ein Teil von mir. Ich mag meine Verhaltensimpulse: angemessen, närrisch, leistungsorientiert, sexuell, destruktiv. Ich möchte alle diese Gefühle, Ideen und Impulse als einen bereichernden Teil meines Selbst akzeptieren. Sicher werde ich mich nicht von jedem zu einer Handlung bestimmen lassen, aber wenn ich sie alle akzeptiere, dann kann ich in höchstem Maße echt sein. (Rogers, 1973/1986, S. 22)

Die Forderung nach der Echtheit in der therapeutischen Beziehung wirft weiterführende Fragen bezüglich der Verwirklichung derselben auf. Was tun mit Gefühlen, die keine unbedingte positive Beachtung, kein empathisches Verstehen ausdrücken? Darf es sie geben? Sollen sie dem Gegenüber zur Verfügung gestellt werden oder nicht? Gibt es zur Veröffentlichung geeignete und weniger geeignete oder nicht geeignete Gefühle? Und schließlich, auf welche Weise sollte so ein Sichtbarmachen geschehen?

Rogers behandelt diese Fragen in unterschiedlicher Bestimmtheit. Beständige Gefühle, die den Prozess der bedingungslosen positiven Beachtung wie des empathischen Verstehens be- oder verhindern, „sollten“ (Rogers, 1959/2002, S. 41) mitgeteilt werden. Darunter versteht er jene Empfindungen, die sich daraus ergeben, dass die Psychotherapeutinnen auf ihre eigenen Gefühle fokussiert sind, statt auf jene der Klientinnen. Er hält es für besser, andauernde negative Gefühle wie „Ärger, Langeweile oder Ablehnung“ (Rogers, 1962/2004, S. 214) zu äußern, statt eine Fassade der Wertschätzung zu

präsentieren, die nicht echt ist. Zur Veranschaulichung führt er ein persönliches Beispiel für seinen Umgang mit Langeweile gegenüber einem Klienten an. Indem er sein Gefühl der Langeweile als seine eigene Reaktion und das unbefriedigende Gefühl ob dieser Empfindung ausspricht, wird aus der Langeweile eine Aufmerksamkeit für den Klienten und ein Bangen, wie er reagieren wird. Rogers sieht darin einen großen Nutzen für den therapeutischen Prozess. Auf Seiten der Therapeutinnen wird eine neue Sensibilität den Klientinnen gegenüber möglich und das, was sie einbringen, zeichnet sich durch eine größere Echtheit aus (Rogers, 1962/2004). Neben der erforderlichen Qualität der Gefühle als beständige, sei ebenso eine umsichtige Art und Weise sie zu kommunizieren notwendig. Es ist nicht zielführend, „mit jedem vorübergehenden Gefühl und jedem Vorwurf unter dem bequemen Eindruck des Echtseins unbesonnen herauszuplatzen“ (Rogers, 1962/2004, S. 241), sondern das eigene Erleben und die Empfindungen zu diesem Erleben zu reflektieren, zu explorieren und vorsichtig anzubieten. Schließlich verlangt er, dass die Mitteilung „angemessen“ (Rogers, 1962/2004, S. 213) und „für die Beziehung maßgeblich“ (Rogers, 1962/2004, S. 215) sein soll. Denn nur dann könne es zu einer in der Tat bedeutenden Begegnung und Weiterentwicklung auf beiden Seiten kommen.

Ein wesentliches Kriterium für das Zur-Verfügung-Stellen des eigenen Erlebens ist die Frage nach der Quelle dieses spezifischen Erlebens. Entsteht das Erleben aus der Verfasstheit der Therapeutinnen oder ist es eine Reaktion auf das spezifische Sein und Verhalten der Klientinnen? Diese Unterscheidung ist äußerst schwierig zu treffen, weil jedes Erleben immer auch etwas mit den bisherigen eigenen Lebenserfahrungen zu tun hat, und Rogers hat sich nicht eindeutig dazu geäußert. Meist spricht er über Empfindungen, die als Reaktion entstehen, allerdings gibt es auch Beispiele von therapeutischen Mitteilungen, die diesem Erfordernis widersprechen. Eines lautet: „Ich höre Ihnen heute morgen nicht sehr aufmerksam zu, weil mich Probleme belasten, die ich nicht beiseite schieben kann“ (Rogers, 1975/2004, S. 31). Der Therapeut teilt eigenes Erleben mit, das keine Reaktion auf das Gegenüber darstellt. Und es scheint sich auch nicht um ein beständiges Gefühl zu handeln, denn es liegt nahe, die Äußerung als eine momentane Befindlichkeitsbeschreibung zu verstehen. Und dennoch gibt es einen Zusammenhang mit dem Klienten. Es ist dies die Beziehung, die beide verbindet und auf die das Gestimmtsein des Therapeuten einen Einfluss hat. Der Therapeut zeigt, dass er grundsätzlich aufmerksam sein und verstehen möchte, dass ihm das aber nicht immer möglich ist und damit zeigt er sich als der Mensch, der er im Moment ist.

Der Sinn von Mitteilungen eigenen Erlebens ist die Vertiefung der Beziehung. Es bleibt wohl auch zu einem guten Teil der Einschätzung der Psychotherapeutinnen vorbehalten,

welches Erleben sie in diesem Sinne als relevant für den Prozess der Beziehung betrachten. Ein Hinweis auf erotische Gefühle von Psychotherapeutinnen findet sich bei Rogers nicht.

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (Biermann-Ratjen et al., 2003) vertreten eine andere Ansicht. Für sie sind Gefühle wie Abneigung, Ungeduld, Ärger, Angst oder Langeweile und auch Gefühle der „Zuneigung, die von immer stärker werdenden sexuellen Wünschen begleitet wird“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 28) ein Zeichen für die Inkongruenz von Psychotherapeutinnen in dem Moment, in dem diese Gefühle wahrgenommen werden. Denn sie verunmöglichen sowohl die unbedingte Wertschätzung als auch das empathische Verstehen der Klientinnen. Mitteilungen von eigenem Erleben lehnen sie ab: „Der kongruente Therapeut muss seinen Klienten nicht mit dem beschäftigen, was er, der Therapeut, über ihn denkt oder im Zusammenhang mit dessen Erleben oder in der Reaktion darauf fühlt“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 28).

Dagegen betont Lietaer (2001) die Transparenz im Zusammenspiel mit der Kongruenz als Authentizität der Therapeutinnen. Kongruenz umfasst den nach innen gerichteten, offenen und bewussten Zugang zu jeder Facette des Erlebens, während Transparenz die „explizite Kommunikation von bewussten Eindrücken, Haltungen und Gefühlen des Therapeuten“ (Lietaer, 1992, S. 93) darstellt. Für ihn ist die Kongruenz der Therapeutinnen das „Korrelat des Akzeptierens: es kann keine Offenheit für die Erfahrungswelt des Klienten geben, wenn nicht auch der Therapeut für seine eigene Erfahrungswelt offen steht“ (Lietaer, 1992, S. 97) und als reale Person am Geschehen Anteil nimmt, die mit wirklichen Gefühlen in der Beziehung natürlich und spontan anwesend ist. Die Kongruenz ist der „entscheidende[n] Faktor beim Aufbau von Vertrauen“ (Lietaer, 1992, S. 94), denn „Wertschätzung und Empathie des Therapeuten können nur effektiv sein, wenn sie als authentisch erfahren werden“ (Lietaer, 1992, S. 94). Um als Person in der therapeutischen Beziehung anwesend zu sein, bedarf es des „explizite[n] Einbringen[s] eigener Erlebnisinhalte“ (Lietaer, 1992, S. 105). Voraussetzungen für diese Selbsteinbringung sind, dass sie der Entwicklung der Klientinnen dient, dass es sich um beständige Gefühle handelt und dass die therapeutische Beziehung sicher und tragfähig ist. Allerdings rät er sparsam und restriktiv damit umzugehen. Das Thema der erotischen Gefühle spart er aus.

Finke (2004) beschäftigt sich von allen personenzentrierten Autorinnen am umfassendsten mit der Frage der Kommunikation von Gefühlen und Wahrnehmungen der Therapeutinnen. Ich kann vorwegnehmen, dass er zwar ganz elaborierte Interventionsformen aus der Kongruenzhaltung entwickelt, erotische Gefühle finden jedoch auch bei ihm keine Erwähnung. Eine solche Interventionsform ist das Selbstöffnen oder Selbsteinbringen. Für die Selbstöffnung geeignet sind nicht nur negative Gefühle, sondern auch persönliche Ausdrücke wie Freude,

Wertschätzung oder Besorgnis, auch Wünsche und Intentionen hinsichtlich des Therapieverlaufs, aber ebenso Meinungen und Beurteilungen, also kognitive Stellungnahmen. Diese Mitteilungen sind wesentlich, weil sie einerseits den Selbstwert stützen und Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Möglichkeiten stärken, andererseits die Konfrontation mit einer anderen Erfahrung zum Ziel haben und es den Klientinnen ermöglichen wahrzunehmen, dass ihr Tun und Handeln einen Einfluss auf die Therapeutinnen hat. Finke legt drei Kriterien für die Veröffentlichung von eigenem Erleben fest: 1. Es muss sich unmittelbar auf die therapeutische Situation beziehen und ausgelöst durch diese erlebt werden. Nur wenn die Resonanz wirklich eine Reaktion auf das Verhalten der Klientinnen ist und nicht vorwiegend mit eigenen Verletzlichkeiten zu tun hat, ist eine Mitteilung überhaupt zu erwägen. Um die Frage nach der Quelle von Gefühlen beantworten zu können, müssen die Therapeutinnen über ausreichend Selbsterfahrung verfügen und die Arbeit in Supervision oder Intervision reflektieren. 2. Die Mitteilung muss einer therapeutischen Zielsetzung entsprechen. Die Selbsteinbringung darf nicht unkritisch erfolgen, sondern muss eine selektive Mitteilung der Resonanz sein, die erst nach einer rational abwägenden Prüfung hinsichtlich der therapeutischen Zielsetzung in wohldosierter Weise zur Verfügung gestellt werden darf. 3. Sie muss zum passenden Zeitpunkt erfolgen. Es muss eine sichere und tragfähige Beziehung gegeben sein, damit die Mitteilungen die Klientinnen nicht überfordern.

Zuletzt möchte ich noch Gendlin erwähnen, denn auch er bezieht sich auf die Echtheit und Transparenz der Therapeutinnen in seinem Konzept des Experiencing. Experiencing ist für Gendlin das, was den Menschen ausmacht, und es ist ein interpersonaler Prozess, in dem das Erleben beider Beteiligter durch das jeweilige Erleben des Gegenübers beeinflusst wird. In einer therapeutischen Beziehung gilt es, das Erleben der Klientinnen mit Hilfe des Erlebens der Therapeutinnen weiterzuführen (Wiltschko, 2003a). Für dieses Weiterführen greifen die Therapeutinnen auf ihr Erleben im jeweiligen therapeutischen Moment zurück, auf die körperliche Resonanz (Wiltschko, 2003b). Sie entscheiden in diesem spezifischen Augenblick, ob und wie sie dieses Erleben veröffentlichen. Dieses Veröffentlichen nennt Gendlin *responding* und er versteht darunter Mitteilungen, *wie* sich die Therapeutinnen in Bezug auf die Klientinnen gerade persönlich erleben oder *was* sie als Reaktion auf das Gegenüber erleben. In dieser Hinsicht sind diese Mitteilungen für das gemeinsame Beziehungsgeschehen relevant und müssen zur Verfügung gestellt werden. Besonderes Augenmerk legt Gendlin auf unangenehme Gefühle wie verlegen, verwirrt oder ungeduldig sein. Diese Reaktionen, die in der Regel unterdrückt oder übergangen werden, haben einen besonderen Wert, weil sie wichtige Informationen über die

Situation, in der sie auftreten, über die therapeutische Beziehung und über das Gegenüber transportieren (Gendlin, 1968). Zu sexuellen Gefühlen der Therapeutinnen hat sich Gendlin in einer Diskussion geäußert:

Da gibt es keine gute Regel. Wenn der Therapeut oder die Therapeutin sexuelle Gefühle hat, muss das in ihm oder in ihr irgendwie o. k. werden. ... Wenn ich für jemanden anderen arbeite, sind alle Gefühle, die mir kommen, erlaubt. ..., sonst kann ich nicht gut arbeiten. Wenn ich sexuelle Gefühle habe, hm, dann hab' ich sie halt. ... Was immer da in mir vorgeht, es ist alles erlaubt – innerlich. Aber ob man das dann auch ausspricht, ist eine ganz andere Frage. (Gendlin & Wiltschko, 2004, S. 171)

Im Laufe dieser Diskussion kam Gendlin rasch vom Therapeuten weg auf die Klientin und deren sexuelle Gefühle zu sprechen. Auch für ihn ist das Thema der sexuellen Gefühle seitens der Therapeutinnen nicht einfach. Jedenfalls hält er fest, dass es nicht schlecht sei, wenn Therapeutinnen auch sexuelle Gefühle erleben, denn „Sexualität bringt Leben“ (Gendlin & Wiltschko, 2004, S. 172).

Als Résumé kann nach dem Studium der Fachliteratur festgehalten werden, dass der Echtheit im therapeutischen Prozess höchster Stellenwert zukommt und dass erotisches Erleben, sofern es überhaupt thematisiert wird, als störend oder schwierig gilt. Meine Vorstellung, die Grundhaltung der Kongruenz als „Einfallstor“ auch für erotisches Erleben von Psychotherapeutinnen zu verstehen, wird durch das Studium der Literatur bestärkt, da ich keinen Grund erkenne, warum dieses Erleben von allen anderen Erlebnisinhalten ausgeschlossen sein soll.

III. Qualitative sozialwissenschaftliche Untersuchung

Um dem Mangel an personenzentrierter Literatur zum Umgang mit erotischem Erleben von Therapeutinnen zu begegnen, war es erforderlich, zusätzliche Daten zu erheben. Mein Ziel war außerdem, die Theorie mit der Praxis zu vergleichen und zu verbinden. Das Forschungsinteresse galt von Anfang an der Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung. In einem Prozess der Reflexion dieses Interesses stellte ich mir folgende Fragen: Was genau interessiert mich daran? Welcher spezifische Aspekt ist für mich von Bedeutung? Was möchte ich untersuchen? Woher kommt das Interesse? Gibt es dazu Fachliteratur? Diese Fragen waren wichtig, um das Thema einzugrenzen und es zu einem be- und erforschbaren Feld zu machen. Aus der intensiven Beschäftigung mit diesen Fragen ließen sich schließlich zwei Forschungsfragen ableiten:

- Wie gehen Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen mit bei ihnen auftauchenden erotischen Gefühlen im psychotherapeutischen Prozess um?
- Wie beeinflusst dieser Umgang den psychotherapeutischen Prozess?

Methodik und Durchführung der Studie

In der qualitativen Forschung bestimmt der Gegenstand bzw. die jeweilige Fragestellung die Methode (Corbin & Strauss, 2008). Diesem Prinzip folgend habe ich mich für die Gruppendiskussion als Instrument zur Datengewinnung entschieden. Gegenüber Einzelinterviews bietet die Gruppendiskussion den Vorteil, dass aus der dynamischen Interaktion der Teilnehmenden Neues, bisher noch nicht Ausgesprochenes einfacher entstehen kann. Dies gilt insbesondere für ein emotional stark besetztes und tabuisiertes Thema wie das der Erotik in der Psychotherapie. Bei den Überlegungen zur Gruppenzusammenstellung war ich geleitet von Lamneks (2005) Ausführungen zu den diesbezüglichen Kriterien. Entsprechend des Forschungsfeldes mussten alle Teilnehmenden Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen sein. Um das soziale Feld abzudecken, für das die Erkenntnisse gewonnen werden sollten, habe ich mich entschieden, nach dem Geschlecht (im Verhältnis zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer), dem Alter (möglichst weit gestreut) und dem Ort der psychotherapeutischen Tätigkeit (Wien und Bundesländer) zu differenzieren. Ob die sexuelle Orientierung ein für die Forschungsfragen relevantes Kriterium ist, konnte ich im Vorfeld nicht näher bestimmen. Allein zum Zweck der Abbildung sozialer Realitäten versuchte ich auch homosexuelle Kolleginnen einzubinden. Zusätzlich fiel dem Kriterium „Lehrtherapeutin“ Bedeutung zu, um Aufschlüsse zu gewinnen, die durchaus dem Status von Expertisen gerecht werden. Ich habe mich für zwei Gruppendiskussionen mit je sieben Teilnehmerinnen entschieden, Lamnek (2005) folgend, der Gruppen mit ca. sieben Personen für kontroverielle Diskussionen zu komplexen Themen für besonders geeignet hält. Aufgrund zahlreicher Absagen konnte ich meinen Kriterien zur Gruppenzusammensetzung nicht zur Gänze gerecht werden. Schließlich ergab sich folgende Zusammensetzung, wobei die Auswahl der Personen nach einem Schneeballprinzip (Kolleginnen nannten mir weitere mögliche Kandidatinnen für die Anfrage) erfolgte:

Gruppendiskussion 1 umfasste sieben Personen im Alter von 43 bis 62 Jahren; davon zwei heterosexuelle Frauen und zwei Frauen, die keine demografischen Angaben machten, und drei heterosexuelle Männer. Alle sind als Lehrtherapeutinnen in den Bundesländern psychotherapeutisch tätig. Gruppendiskussion 2 umfasste in der Planung sieben Personen im Alter von 45 bis 65 Jahren; davon vier heterosexuelle Frauen und eine Frau, die aufgrund ihres Nichterscheins zur Diskussion nicht

demografisch befragt werden konnte, einen heterosexuellen und einen homosexuellen Mann. Bis auf einen Mann waren alle Lehrtherapeutinnen.

Die Auswertung der aus den Diskussionen gewonnenen Daten erfolgte auf der Basis der *Grounded Theory*, die den Forscherinnen in ihrer Auseinandersetzung mit den Daten eine wesentliche Rolle zuschreibt. Denn die forschende Person ist nicht ohne ihre subjektiven Kontexte bezüglich Erfahrung als Mann oder Frau, theoretischem Wissen, Reflexionsvermögen oder professionellem Verständnis denkbar. Diese Subjektivität wird bewusst als Instrument für die Erreichung eines Erkenntnisgewinns verwendet. Daraus folgt auch, dass die Ergebnisse niemals objektive Realität abbilden, sondern subjektiv geprägt bleiben (Corbin & Strauss, 2008).

Die Diskussionen wurden aufgenommen und im Anschluss transkribiert. Jeweils nach Abschluss einer Gruppendiskussion hielt ich das inhaltlich und atmosphärisch von mir Erfasste in Memos fest. Mit Hilfe des Textanalyseprogramms winMax wurden in einem ersten Schritt einzelne Wörter und Sätze offen kodiert, wobei ich sie den Forschungsfragen entsprechend nach folgenden Kriterien untersucht habe:

Was sagt die gewählte Textstelle über erotische Gefühle und den Umgang mit ihnen aus? Gibt es Definitionen von erotischen Gefühlen? Was wird über eigene Gefühle bezüglich erotischer Gefühle und den Umgang mit ihnen ausgesagt?

Was wird direkt ausgesprochen? Was verbirgt sich implizit hinter dem Gesprochenen? Wo lassen sich starke Emotionen ausmachen? An welchen Stellen gibt es Bewertungen? Was wird dezidiert verneint? Worüber wird nicht gesprochen? Wodurch zeichnet sich die Interaktion der Gruppenmitglieder aus?

Welche Worte oder Formulierungen stechen hervor? Wo werden zeitliche Bezüge (nie, immer, oft etc.) hergestellt? Werden Metaphern verwendet? Gibt es Annahmen, kulturelle Verankerungen oder besonderes Wissen bezüglich des Themas?

Anhand dieses Verfahrens entstand eine Vielzahl an Konzepten, die in einem zweiten Untersuchungsschritt mit Hilfe des axialen Kodierens zu sechs Kategorien verdichtet wurden:

Das ist etwas Positives. Erotische Gefühle gibt es. Gefahr. Konkreter Umgang. Psychotherapeutische Beziehung. Unsicherheit.

Dadurch konnte ein bereits höheres Abstraktionsniveau hergestellt werden. Die dafür herangezogenen Kriterien waren folgende:

Wie oft finden sich die einzelnen Konzepte in den Daten? Wo gibt es Überschneidungen in den Konzepten? Wodurch

unterscheiden sich die Konzepte? In welchen Beziehungen stehen die Konzepte zueinander? Gibt es Überbegriffe für die Konzepte? Welche Bedeutung haben einzelne Konzepte? Was lösen die Konzepte in mir aus?

Parallel dazu schrieb ich Memos zu den sich als bedeutsam herauskristallisierenden Konzepten (Wahrnehmung, Tabu, Scham, erotische Gefühle etc.), vertiefte meine theoretische Auseinandersetzung zu den diesbezüglichen Inhalten und erstellte Diagramme, wie diese Konzepte in Bezug zueinander zu setzen wären. Diese Memos und Diagramme wurden in einem dritten Schritt mit Hilfe des selektiven Kodierens weiter abstrahiert, so dass sich schließlich vier Kernkategorien ergaben:

Wahrnehmung von erotischen Gefühlen im therapeutischen Prozess. Bewertung von erotischen Gefühlen im therapeutischen Prozess. Bewältigungsmechanismen des erotischen Erlebens im therapeutischen Prozess. Konsequenzen für den therapeutischen Prozess.

Zuletzt wurde das Datenmaterial nochmals hinsichtlich dieser Kategorien untersucht. Im Austausch mit einer Kollegin war es mir möglich, die entstandenen Hypothesen klar und differenziert zu erfassen. Die vorläufigen Ergebnisse wurden in einem letzten Schritt in einen Kontext des Geschehens gebracht, jenen des psychotherapeutischen Feldes der Ausbildung und der Praxis.

2. Ergebnisse der Untersuchung

Die Ergebnisse sind nicht allgemein gültig, denn das Sample ist ein kleiner Ausschnitt von psychotherapeutisch tätigen Menschen, doch sie besitzen ihre Gültigkeit für das Forschungsfeld, aus dem sie gewonnen wurden, und für den Zeitraum ihrer Entstehung (Corbin & Strauss, 2008). Und sie ermöglichen einen differenzierten Blick auf das Thema, von dem aus weiter geforscht werden kann und soll.

a) *Erotische Gefühle werden (auch) in der Psychotherapie (selbstverständlich) erlebt*

Das Thema der eigenen erotischen Gefühle in der Psychotherapie und des Umgangs mit ihnen ist für das Gros der Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen neu. Nur wenige hatten sich vor der Anfrage bezüglich einer Teilnahme an dem Forschungsprojekt explizit mit dem eigenen erotischen Erleben in der Therapie beschäftigt, und einzelne erwähnen, dass sie sich extra darauf vorbereitet haben. Das Thema interessiert und es macht neugierig.

E. L.: „... ich habe da jetzt eh so im Vorfeld von dieser Diskussion ein bisschen nachgedacht, wie das bei mir ist ...“

- Die Rede über die Erotik

Da das Thema so ungewöhnlich ist, findet ein kollegialer Austausch über erotisches Erleben selten statt. Demnach ist es nicht einfach, über das mögliche Vorhandensein von Erotik in der Psychotherapie zu sprechen. Die Schwierigkeit, sich über eigene erotische Gefühle auszutauschen, wird in der Gruppendiskussion nicht nur explizit angesprochen, auch die Art der Wortmeldungen lässt diesen Schluss zu. Sie gestalten sich vor allem zu Beginn zögerlich, verworren und aufgeregt. Sätze werden begonnen und nicht zu Ende geführt, weil sich ein anderer Gedanke darüber zu legen scheint. Denkpausen von einigen Sekunden und Ausdrücke des Zögerns wie „mhm“ oder „ähm“ unterbrechen immer wieder die Diskussionsbeiträge. Die häufigen Wortwiederholungen dienen nicht der Verstärkung des Gesagten, sondern lassen auf eine Verunsicherung schließen.

M. M.: *„Ich kenne was, wo es, wo ich mir denke uh, so, ah, oder (0.1)⁴ also sehr, sehr sinnliche Stimme hat ein Mann (0.1), das kann sehr (0.2) ...“*

Dieselbe Unsicherheit drückt sich in hastig gesprochenen, Wortteile verschluckenden Sätzen aus. Viele Statements sind sehr lang, ziehen Schleifen und scheinen nicht enden zu wollen. Auch wenn man berücksichtigt, dass die Form des Ausdrucks, der Wortwahl und der Satzaufbau in einer lebhaften Gruppendiskussion eine ganz andere, weniger strukturierte und freiere Dynamik annimmt als im Geschriebenen, fällt das Maß der sprachlichen Inkohärenz doch als bemerkenswert auf.

X. F.: *„Ich erinnere so von den Anfangszeiten, also, das immer als äußerst irritierend empfunden. Also, wenn da irgendeine Frau, die mich quasi anspricht und die mir dann irgendwie einfach, einfach gefällt so und (0.1) ahm wo Emotionen zwar in mir geweckt werden, auch wenn ich mit, mit dieser Klientin dann quasi so (0.1) also im Grunde auch sehr, in sehr, sehr (0.1) tiefe, also so in, innerlich sehr nahe war und, und dann ist einfach immer so, einfach so auch deutlich da war.“*

Die Form der Diskussionsbeiträge kann als ein Ringen um Worte für etwas verstanden werden, über das – obgleich alltäglich – selten im therapeutischen Kontext diskutiert wird. Da es sich dabei um Wahrnehmungen handelt, die ganz nahe am Sich-, am Selbst-Erleben sind, scheinen den Sprechenden aufgrund dieser Nähe oftmals die Worte zu fehlen. Die Schwierigkeit, Phänomene der Erotik sprachlich zu fassen, verdeutlicht das differenzierte Nachdenken über ein Thema und das vorsichtige Formulieren entlang eines Themas, das individuell und persönlich eine sehr große Bedeutung hat.

K. M.: *„Aber grundsätzlich finde ich das lebendig, (0.1) diesen erotischen Anteil, der sich da abspielt ... (0.5) da ist so ein*

ganz (0.2) normal, natürlicher, selbstverständlicher Teil in der Beziehung ist was Erotisches, was (0.2) o. k. ist.“

Beide Gruppendiskussionen sind einerseits von einem ernsthaften Bemühen getragen, sich über ein wichtiges Thema auszutauschen, andererseits gibt es viele heitere und lustvolle Momente als Folge von Ironisierungen der eigenen Aussagen oder jener der anderen. Spaßige Bemerkungen führen oftmals zu ausgelassenem Lachen und durchbrechen die Ernsthaftigkeit. Der Witz als Mittel zur Lösung von Spannung kommt häufig zur Anwendung.

E. K.: *„Gut, ich gehe jetzt inzwischen pipi, dann könnt ihr weiterreden, ich muss irgendwie, das Thema ist so aufregend.“*

- Öffnen für die Erfahrung

Im Unterschied zur Unsicherheit im Austausch über Erotik als Moment im therapeutischen Kontext, bewegen sich die Diskutierenden beim Thema der Erotik als persönlicher Erfahrung auf bekanntem Terrain. Erotische Gefühle sind als persönliche Erfahrungen Teil eines jeden Lebens und insofern selbstverständlich. Im Laufe der Diskussion berichten schließlich alle von Erfahrungen mit eigenen erotischen Gefühlen auch in der Therapiesituation.

M. M.: *„Ah, bei mir gibt es zwei Sachen, das eine ist, dass ich eine ganz konkrete Therapie im Auge habe, wo das (0.1) sehr präsent war und ich ziemlich gefordert war. Und generell, also Männer, die mich ansprechen, die mir gefallen, wo ich, (0.2) wo ich, wo ich mir denke, hm, das ist nicht so wie wenn der Franzi kommt oder der Seppi, das ist anders.“*

Der Versuch, die beiden Stränge, das Fremde und das Vertraute, miteinander zu verbinden, prägt die Gruppendiskussionen.

P. H.: *„Also ich habe, ich habe so das Gefühl, es ist, es hat so was Schweres irgendwie da in der Runde. Das Sexuelle besonders, so ein bisschen tabu und schwierig und so (0.3), und ich möchte da ein bisschen dagegen halten, ... Also, die Sexualität und die Erotik ... ah, finde ich das o.k. (0.2) und finde ich es gut. Also wenn ich, wenn, wenn dieses Lebenselixier (0.3) mit Lust und Freude im Raum stehen kann.“*

- Die Erotik im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung

In den Diskussionen wird die eigene Ausbildung – vor allem die Lehrtherapie – als Quelle sowohl für einen sicheren Umgang mit der Erotik in der Rolle der Psychotherapeutinnen wie auch als Quelle für große Verunsicherung diesbezüglich benannt. Es ist bemerkenswert, dass nur Frauen über derartige Erfahrungen berichten. Da aus den Daten kein Aufschluss darüber zu gewinnen ist, warum sich die Männer diesbezüglich nicht äußern, bleibt diese Frage offen.

N. K.: *„... das, ah, hat mir so gut ... vom [Lehrtherapeuten] damals gefallen, gerade in der Ausbildung, weil in den war ich*

4 Die Zahlenangabe in der Klammer verweist auf eine Unterbrechung im Sprachfluss, wobei die zweite Zahl die Dauer dieser Unterbrechung angibt.

irgendwie unsterblich verliebt ... und es war schön, das in der Gruppe benannt zu haben und vom [Lehrtherapeuten] ganz klar damals gehört zu haben, ah, es darf alles sein und passieren wird nichts. Und das hat in mir so einen Freiraum gemacht ... und wo auch drinnen war, so was wie, ja, dem gefalle ich auch ... da habe ich dann ..., den Zugang zu meinen Gefühlen gekriegt.“

Zwei andere Teilnehmerinnen berichten von einem ganz anderen, defizitären und problematischen Umgang mit ihren erotischen Gefühlen in der Einzeltherapie, der sie bis heute vorsichtig gestimmt hat, das Thema der Erotik überhaupt in ihren Therapien – als Therapeutinnen – aufkommen zu lassen.

C. R.: *„... ich weiß, dass ich in meiner Einzeltherapie auch sehr verliebt war ... ich habe das zwar angesprochen, aber es hat dann ganz wenig Raum gehabt ... es war nicht möglich, dass ich mit diesem Thema in der Einzeltherapie Platz bekomme. Und (0.1) das (0.1), glaube ich, das hängt noch so ...“*

Dass in der Fachliteratur Erotik und Sexualität keinen Platz haben, wird von allen bedauert.

b) Der Bereich des Erotischen ist (auch) im psychotherapeutischen Feld nicht definiert

Durch beide Gruppendiskussionen zieht sich der Versuch, erotische Gefühle zu definieren, um diese Dimension des eigenen Erlebens fassbar und den Umgang mit ihr analysierbar zu machen. Der Weg zur Bestimmung der Dimension des Erotischen führt einerseits über die Beschreibung von Gedanken, Empfindungen und körperlichen Wahrnehmungen, andererseits über die Abgrenzung von sexuellen Gefühlen. Die Teilnehmerinnen unterscheiden zwar durchgehend zwischen Erotik und Sexualität, heben diese Differenzierung aber auch immer wieder auf. Wenn die Unterschiede betont werden, dienen die persönlichen Bewertungen von erotischem und sexuellem Erleben als wesentliches Differenzierungsmerkmal zwischen den beiden Ebenen.

T. H.: *„Ja, irgendwie ist da einmal ein Unterschied, erotisch oder, oder sexuelle Attraktion wahrzunehmen ...“*

- Über sexuelle Gefühle

Die Diskutierenden gehen vermeintlich von einer begrifflichen Klarheit von Sexualität und einem gemeinsamen Begriffsverständnis von sexuellen Gefühlen aus. Attraktivität und Anziehung sowie eine daraus folgende Veränderung in der Qualität der Wahrnehmung des Gegenübers sind Beschreibungen der inneren Gefühlswelt bezüglich sexueller Gefühle. Die Wahrnehmung derartiger Gefühle löst eine Irritation aus, bzw. wird aufgrund der Stärke der Irritation auf eine sexuelle Attraktion geschlossen.

C. R.: *„Wo das, ja, das ganz, wo ich sehr verwirrt war, damit auch.“*

Jene Teilnehmerinnen, die sich als heterosexuell definieren, erwähnen sexuelle Gefühle ausschließlich bei gegengeschlechtlichen Klientinnen. Der einzige homosexuelle Teilnehmer

bringt gegen die Eindeutigkeit jedoch ein fließendes Verständnis sexueller Orientierung ein.

T. H.: *„Bis auf die ganzen Zwischenstufen, ja, weil das ist ja nicht nur hetero und homo, ja, es gibt ja eine riesige Bandbreite dazwischen, also so einfach ist es dann auch wieder nicht (0.1) ...“*

Zur Untermauerung des Konsenses über die Begrifflichkeit der sexuellen Attraktion wird eine Person aus der Populärkultur herangezogen. George Clooney gilt als Inbegriff des Mannes, der bei jeder Frau sexuelle Gefühle auslöst. Der Prototyp der heterosexuellen Anziehung ist zugleich aber auch ausnahmsweise homosexuell begehrenswert, indem er von einem Teilnehmer als Frau phantasiert wird. Damit wird die überwiegende Übereinstimmung von sexueller Attraktion mit der eigenen sexuellen Orientierung abermals durchbrochen.

S. F.: *„... ich habe die Sehnsucht nicht bei meinen Klienten, vielleicht weil kein George Clooney dabei war ...“*

M. F.: *„Dann habe ich auch noch keine Georgina Clooney bei mir gehabt, sozusagen.“*

Bei der Frage nach der Abgrenzung von Sexualität und Erotik wird aber auch Unsicherheit laut, inwieweit eine klare Trennung wirklich möglich ist. So ganz eindeutig ist es nicht, was sexuelle Gefühle genau sind. Etwas so vermeintlich Selbstverständliches wie die Sexualität ist zwar über Bilder darstellbar und als Empfindung beschreibbar, einer begrifflichen Fassung entzieht sie sich dann doch wieder (Aigner, 2013). Das belegen die Diskussionsbeiträge auf das Trefflichste.

T. H.: *„Also ich habe manchmal auch das Gefühl, es ist ein in mir, ein sexuell attraktives, ich weiß nicht ob erotisches Gefühl, und ich tue mir schwer mit den Begriffen ...“*

- Über erotische Gefühle

Nach dem Ausschluss der sexuellen Gefühle bleibt als Beschreibung der erotischen Gefühle ein nicht minder umfassender Bereich. Die Klassifikation der Gefühlsqualität zu Klientinnen liegt im Bereich von Wertschätzung, Lebendigkeit und Neugier. Sie bedrohen die Therapeutinnen in einem weitaus geringeren Ausmaß.

E. L.: *„Das wäre dem Klienten viel zu irritierend, zu einer jungen, sexuell attraktiven Frau zu gehen, der geht viel lieber zu jemandem, wo er vielleicht erotische Gefühle hat, aber es ist ihm lieber, es ist ungefährlich.“*

Die Vielfalt der inhaltlichen Beschreibungen von erotischen Gefühlen ist nicht nur ein Versuch, Gefühle zu definieren, sondern zeigt auch, dass darunter Unterschiedliches verstanden wird. Anders als bei sexuellen Gefühlen können sich erotische Gefühle der Therapeutinnen ohne weiteres sowohl auf das gleiche wie auf das andere Geschlecht richten. Das Vorhandensein von heterosexueller und homosexueller Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung gilt in diesem breiten Verständnis schließlich als beinahe selbstverständlich.

M.F.: „Weil ich habe mir eigentlich überlegt, (o.4) eigentlich habe ich zu fast allen in irgendeiner Art und Weise erotische Gefühle. Zu allen Klientinnen, aber auch wenn ich zu Klienten hinschaue ... ganz banal, für mich werden fast alle Klienten und Klientinnen während der Therapie hübscher.“

Die Teilnehmerinnen können sich ebenso wenig auf eine Definition von erotischen Gefühlen einigen, wie das auch bei den sexuellen Empfindungen der Fall ist. Die Erotik ist vielfältig und umfassend, sie entzieht sich einer eindeutigen Bestimmung. Das bestätigt jene, die sich philosophisch mit dem Phänomen der Erotik und „den Schwierigkeiten, diese auf den Begriff zu bringen“ (Pechriggl, 2009, S. 15), auseinandersetzen. Zugleich gibt es einen Konsens darüber, dass für das eigene Erleben von Erotik, für das Verständnis und die Qualifikation erotischer Gefühle, subjektive (Vor)Erfahrungen den Ausschlag geben. Die jeweiligen persönlichen Definitionen von erotischen Gefühlen dürfen unterschiedlich bleiben, sie alle werden als wertvoll anerkannt. „So wenig wie es eine einzige wahre Liebe im substanziellen Sinn wirklich gibt, so wenig gibt es den einen wahren und vollkommenen Eros für alle Menschen.“ (Pechriggl, 2009, S. 43).

S.F.: „Und dann, jetzt wirklich auch nicht geklärt haben, wie du das jetzt gesagt hast, habe, dachte, ich täte es gerade umgekehrt empfinden, geh (leises Lachen) ...“

c) Erotische Gefühle als höchstpersönliche Resonanz auf das Gegenüber

Erotische Gefühle auf Seiten der Psychotherapeutinnen stellen eine höchstpersönliche Resonanz auf die Klientinnen dar. Als Rechtswissenschaftlerin borge ich mir die Zuschreibung „höchstpersönlich“ (Korn & Neumayer, 1991, S. 21) von der Jurisprudenz, denn ich komme nicht umhin, eine Analogie zwischen den höchstpersönlichen Rechten und der besonderen Qualität dieser Resonanz herzustellen. Unter höchstpersönlichen Rechten versteht die Rechtswissenschaft jene Rechte, die untrennbar mit der Person ihrer Trägerin verbunden und daher weder – mit Ausnahmen – vererblich noch übertragbar sind. Sie „kleben“ buchstäblich an der Person. Ein Eingriff in sie verletzt die Würde, die Ehre, die Integrität, ja, die gesamte Persönlichkeit eines Menschen, weswegen sie besonders schützenswert sind. Der Begriff stellt eine Unmittelbarkeit und Nähe von Person und Recht her, die grundsätzlich nicht erweiterbar ist (Korn & Neumayer, 1991). Ich verstehe unter höchstpersönlicher Resonanz im psychotherapeutischen Kontext eine Resonanz, deren Ursprung unser grundlegendstes menschliches Sein ist. Diese Resonanz ist so wertvoll und gleichsam „heilig“, weil sie aus dem jeweiligen höchstpersönlichen Bereich kommt. Erotische Empfindungen stehen in einer größtmöglichen Nähe zum Individuum, sind derart unmittelbar und intim (lat.: „innerst, vertrautest“), dass sie quasi einem „Kern“

unseres Selbst zu entstammen scheinen. Paradoxerweise ergreifen sie von diesem Kern aus den gesamten Körper, äußern sich auf jeder Ebene des Organismus und verbinden damit Physis und Psyche auf eindrucklichste Weise. Das macht sie einzigartig in ihrer Qualität und unvergleichbar mit anderen Gefühlen. Andreas-Salomé kennzeichnet die Erotik als „Totalergriffenheit des Wesens“ (Andreas-Salomé, 1910/1979, S. 95) und verknüpft das Erotische mit dem „Bereich des menschlich Individuellsten, was es gibt.“ (Andreas-Salomé, 1910/1979, S. 93).

P.H.: „... also ich denke mir, es ist (o.1), es ist doch vor allem mein Lebenselixier, nicht. Also die Sexualität und die Erotik (o.2) ...“

d) Momente der Gewährwerdung von erotischen Gefühlen

Bezüglich des Moments und der Art der Bewusstwerdung von erotischen Gefühlen werden zwei Möglichkeiten genannt: die spontane Wahrnehmung und jene, die sich allmählich aus der psychotherapeutischen Beziehung entwickelt. Diese Unterscheidung ist insofern von hoher Relevanz, als sie in der persönlichen Bedeutung und Bewertung der Psychotherapeutinnen ihren Niederschlag findet.

• Spontane Resonanz und die Quelle ihrer Entstehung

Die Teilnehmerinnen qualifizieren diese spontane Resonanz als eine Reaktion, die verwirrt, als einen „Eindringling“ in den sicheren Bereich ihres therapeutischen Daseins. In der Qualität wie der Qualifizierung der Wahrnehmung entspricht die spontane Resonanz damit jener von sexuellen Gefühlen. Als Quelle der Resonanz wird die eigene Person ausgemacht, die auf die Klientinnen reagiert, zu einem Zeitpunkt des psychotherapeutischen Prozesses – im Erstgespräch bzw. in den ersten Momenten der Begegnung – in welchem das Einander-fremd-Sein als Beziehungsqualität vorherrscht und vornehmlich eigene Projektionen die ersten Hinweise auf das Gegenüber anbieten. Diese Reaktion ist eine, die zum größeren Teil der eigenen Persönlichkeit und Verfasstheit geschuldet ist.

Die Frage nach der Quelle des eigenen Erlebens beschäftigt auch die Diskutierenden. Für die Qualifikation wie auch für den weiteren Umgang mit den eigenen Gefühlen ist es ausschlaggebend, ob das Erleben der Psychotherapeutinnen gleichsam originär aus ihnen selbst stammt oder ob es sich aus der Begegnung mit dem Gegenüber im Hier und Jetzt entwickelt. Da die Resonanz immer ein Produkt aus einer Interaktion, durch die eigene Erfahrungen aktualisiert werden, darstellt, ist die Unterscheidung, ob sie zu einem größeren oder geringeren Teil aus der eigenen Person kommt, schwer zu treffen. Dennoch gilt diese Differenzierung auch in den Gruppendiskussionen als wichtiges Distinktionsmerkmal für den weiteren Umgang mit der Resonanz.

T. H.: „... ja, weil ich habe jetzt zum Beispiel einen Klienten, der, der sitzt in der ersten Stunde da und ist mit seiner ganzen Sexualität im Raum, in einer Art, die mich gleich (0.1) umbläst, ja.“

- Allmählich aus der therapeutischen Beziehung entstehende Resonanz

Das zweite Moment der Entstehung von erotischen Gefühlen unterscheidet sich deutlich vom ersten: Die Empfindungen treten quasi aus dem Raum zwischen Therapeutinnen und Klientinnen im Zuge der Intensivierung der Beziehung allmählich hervor. Die Quelle der Resonanz ist das Miteinander-in-Beziehung-Sein und die Entstehung der Gefühle entspricht der prozesshaften Entwicklung der psychotherapeutischen Beziehung. Diese sich allmählich entwickelnden erotischen Gefühle bilden gleichsam ein gemeinsames Erleben ab, das von Nähe, Intimität und einem Sich-von-einander-berühren-Lassen gekennzeichnet ist. Ob das Erleben zum größeren und geringeren Teil aus der eigenen Verfasstheit entsteht, wird nicht thematisiert. Das gemeinsame Erleben steht im Zentrum der Aufmerksamkeit.

M. F.: „Und das sind für mich eigentlich fast die berührendsten, intimsten (.01), weiß nicht, ob das Wort, mhm, erotischsten Momente auch dazu passen würde. Aber jedenfalls, da passiert irgendwas, auch Großartiges oder auch (.03), äh, man könnte es fast schon sagen Transpersonales manchmal auch, über das was da ist auch hinausweisend, und (.02) ähm in gewisser Weise hat das schon auch mhmh, weiß nicht, ob erotisch das richtige Wort ist, aber einen Aspekt, wo so was (einatmen) ...“

Diese Form der Resonanz wird für die psychotherapeutische Arbeit durchwegs positiv bewertet. Sie kennzeichnet ein Moment von Verständnis, das dem Ziel von kongruenter, wertschätzender und empathischer Begegnung am nächsten kommt. Sie entspricht jenem Zusammenwirken aller Grundvariablen im Sinne der Präsenz, von der Rogers in seinem Spätwerk spricht. Mann, der der psychotherapeutischen Beziehung eine erotische Dimension als inhärent zuschreibt, geht davon aus, dass in der therapeutischen Begegnung die inneren Welten zweier Subjekte aufeinander treffen und „... die volle emotionale Bandbreite ... nur erlebt werden [kann], wenn auch die Liebesfähigkeit und die Erotik [als Teil des therapeutischen Prozesses] beteiligt sind.“ (Mann, 1999, S. 49).

e) Erotische Gefühle bringen Psychotherapeutinnen an ihre Grenzen

Nach der oben getroffenen Differenzierung zwischen erotischen und sexuellen Gefühlen, hebe ich diese insbesondere für die folgenden Erkenntnisse wieder auf. Dies mag auf den ersten Blick irritieren, doch es entspricht den aus den Gruppendiskussionen gewonnenen Daten, die das deutliche Hin- und Herwechseln zwischen Erotik und Sexualität sowie ein gleichzeitiges Unterscheiden und Zusammenführen beider Dimensionen

abbilden. Während das therapeutische Verhalten für Rogers nicht über den angenehm temperierten Bereich der anerkannten menschlichen Begegnung hinausgeht (Teichmann-Wirth, 1992), verorten die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen ihre Empfindungen sehr wohl auch im Bereich großer Erregung. Obwohl erotische Gefühle gegenüber Klientinnen letztendlich als nicht ungewöhnlich gehandelt werden, haftet ihnen eine Herausforderung für die eigene Arbeitsfähigkeit an. Wird dieses Erleben als Verunsicherung erfahren, nähern sich die Therapeutinnen ihren professionellen und persönlichen Grenzen.

C. R.: „... ich habe mich schon gefreut, wenn der kommt, und zugleich habe ich wesentlich mehr Angst vor den Stunden gehabt. Das heißt, ich habe ein Stück für mich therapeutische Sicherheit (0.2) verloren (0.5).“

- Tabu – Fremdheit

Freud (1913/1999) hat auf die Bedeutung des Tabus und auf die enge Verbindung von Totem und Tabu hingewiesen. Die Totemsippe der Naturvölker umfasst jene Menschen einer Gruppe, die unter einem Totem leben. Sie entspricht darüber hinaus eher einer sozialen als einer physischen Zusammengehörigkeit, und die Tabuverbote der Sippe dienen der Sicherung der Gemeinschaft. Der Gedanke an die Gemeinschaft der Psychotherapeutinnen drängt sich hier gleichsam auf. Nach Freud stellt die Übertretung von Tabuverboten eine soziale Gefahr dar, was ihre Sanktionierung durch die Mitglieder einer Gesellschaft notwendig macht, um den Zerfall derselben zu verhindern. Tabu bedeutet „einerseits: heilig, geweiht, andererseits: unheimlich, gefährlich, verboten, unrein“ und Tabus „verbieten sich eigentlich von selbst“ (Freud, 1913/1999, S. 26). Als besonders wirksames Tabu gilt die Abwehr des Inzests innerhalb der Gemeinschaft, um deren Fortbestand zu sichern. Freud zieht den Schluss, „[Denn,] was niemand zu tun begehrt, das braucht man doch nicht zu verbieten, und jedenfalls muß das, was aufs nachdrücklichste verboten wird, doch Gegenstand eines Begehrens sein“ (Freud, 1913/1999, S. 86). Wenn ich nun versuche, die Tabuisierung von erotischen Gefühlen auf Seiten der Psychotherapeutinnen mit Freud zu verstehen, dann kann ich konstatieren, dass in beiden Gruppendiskussionen eine Gefühlsambivalenz um das therapeutische Inzestverbot kreist. Es ist verführerisch, und es versteht sich von selbst, dass der Verführung nicht nachgegeben wird.

F. P.: „... aber der, der Blick, der väterliche Blick ... (0.1) darf den Inzest nicht in sich tragen ...“

Sich von Klientinnen sexuell oder erotisch angezogen zu fühlen, ist tabuisiert, und diese Tabuisierung wirkt sich auf den Austausch unter Kolleginnen aus. Wird darüber gesprochen, bedeutet dies einen Tabubruch, was dazu führt, dass die Diskutierenden, wenn sie sich derart angreifbar zeigen, sich auch gleichzeitig voreinander absichern müssen. Die beinahe

formelhafte Beschwörung, dass es selbstverständlich zu keinem sexuellen Kontakt kommen darf, verdeutlicht dies. Der sexuelle Missbrauch schwebt wie ein Mahnmal über den Gruppendiskussionen. Auf der persönlichen Ebene verfolgen die Therapeutinnen individuelle Strategien, um sich vor Verunsicherung zu schützen. Es gibt das mit sich selbst geschlossene Agreement, dass es auf der realen Ebene mit Klientinnen keinen sexuellen Kontakt geben darf. Was explizit als notwendige persönliche Schutzhaltung für das eigene korrekte therapeutische Arbeiten formuliert wird, erfüllt außerdem den Zweck, sich den Freiraum zu verschaffen, um sich erotischer Gefühle überhaupt erst ohne Angst bewusst werden zu können. So werden im Laufe der Diskussionen viele Überlegungen zum Thema sichtbar, die bis dahin nicht nach außen transportiert wurden.

M. F.: *„Für mich gibt es das ganz klare Tabu und für mich selber ganz klare Grenzen. ... ermöglicht es mir dann, Gefühle auch mehr zuzulassen ... das ist (0.2) für mich ganz ein klares Verbot an mich.“*

- Scham – Deplatziertheit

Die Wahrnehmung starker erotischer Emotionen ist mit Scham besetzt. Das Gefühl der Scham zeigt persönliche und soziale Grenzen auf, denn gemeinhin unterliegt der Scham ein psychisches Geschehen, das im Moment oder in der Situation als störend empfunden wird. Körperliche Reaktionen, die dieses eigene Erleben, das für die Veröffentlichung nicht vorgesehen ist, nach außen transportieren, bedeuten den Verlust von Kontrolle in einem höchst sensiblen Bereich. Sie machen die eigene Verwundbarkeit sichtbar, weil sich der Kontakt auf einer unerwünschten Ebene gleichsam gegen den eigenen Willen in den Vordergrund schiebt.

T. H.: *„Ah, ah, ah, ja (0.2), bis hin zu dem Klienten, wo ich mir dann schnell irgendwo einen Block nehmen muss und den auf den Schoß legen musste, ja. (Lachen)“*

Gefühle der Scham sind unbewusste Reaktionen, die der Bewältigung von Ängsten dienen (LaPlanche & Pontalis, 1973). Unerwartete Emotionen und Situationen bedrohen Normierungen, Verbote und Tabus und machen deshalb Angst. Gemeinsam ist ihnen etwas im Moment *Fremdes*. Nach Nadig macht das Fremde Angst, da es eine „Reaktion auf eine – von inneren und äußeren Faktoren bedingte – unbekannte Situation ist, die das Individuum nicht bewältigen kann“ (Nadig, 1992, S. 164). Dieses Moment der Verunsicherung bedroht die Arbeitsfähigkeit der Therapeutinnen, weil es im Rahmen der psychotherapeutischen Arbeit nicht vorgesehen ist. Es bricht die professionelle Haltung auf, womit Gefühle der Unzulänglichkeit einhergehen. Das Gefühl, sich selbst fremd zu sein, stellt sich ein, weil „unangenehme Erfahrungen immer etwas mit mir selbst zu tun haben und es schließlich das Fremde in mir ist, das Angst macht“ (Hofstadler & Fallend, 2004, S. 24).

M. F.: *„... , aber auf dieser Ebene, da merke ich (0.2), da wäre ich wahrscheinlich paralysiert oder so, also da, (0.1) das, das könnte ich mir, (0.1) das dürfte ich mir nie zutrauen, oder, da merke ich genau, also da (0.1) komme ich für mich an meine Grenzen.“*

Rogers (1961/2000) hat dazu Vergleichbares festgehalten. Für ihn heißt Offenheit gegenüber der realen Erfahrung das Ertragen von Ungewissheit. „Sich auf diese Angst einzulassen, Ungewissheit (...) ertragen zu können, heißt für psychotherapeutisches Arbeiten, das Fremde in den Anderen, in uns selbst, auszuhalten“ (Schreder, 2011, S. 22).

T. H.: *„Überhaupt wenn es um so heikle Themen geht, ja, weil Erotik und Sexualität ist ja für manche oft dann einfach mit Scham verbunden. Und das ist eines der stärksten Gefühle, die am wenigsten in die Therapie hineinkommen.“*

f) Umgang mit erotischen Gefühlen

E. K.: *„... rein theoretisch würde ich sagen, man sollte, man sollte jetzt wirklich mit diesen Impulsen so umgehen wie mit allen anderen Impulsen oder Resonanzen, einmal ein bisschen (0.1) wahrnehmen und spüren und schauen, vielleicht einmal wegstellen und mit der Supervision besprechen, aber ich meine, rein faktisch, ist es wahrscheinlich doch etwas (0.1), es ist anders, ... wie mache ich es (0.1) transparent, nicht ...“*

Auch hinsichtlich des Umgangs mit erotischem Erleben lassen die Daten zwei Ebenen unterscheiden. Eine, die direkt beschrieben und ausgeführt wird, und eine andere, die sich aus dem Gesagten erschließen lässt. Während Erstere sich im bewussten Wahrnehmen und begründeten therapeutischen Handeln manifestiert, zeigt sich Letztere indirekt als Abwehr von erotischen Gefühlen. Entscheidend für die reale Dimension des Umgangs ist das Ausmaß des eigenen Anteils am Erleben. Wird dieser überwiegend für die Resonanz verantwortlich gemacht, so qualifizieren die Teilnehmerinnen diese vorweg als nicht zum therapeutischen Prozess gehörig. Jenes Erleben, das sich überwiegend durch die Interaktion beider beteiligter Personen konstituiert, wird dagegen als wichtige Resonanz für die Therapiebeziehung betrachtet und beachtet. In beiden Diskussionen zeigen sich sehr unterschiedliche Weisen des professionellen Umgangs mit erotischem Erleben. Die Auseinandersetzung darüber wird in einer Gruppe heftig und kontrovers geführt.

- Abwehr von erotischem Erleben

In der Persönlichkeitstheorie wie dem Ätiologiekonzept von Rogers beschreibt der Begriff der Abwehr einen Prozess, der das Selbst gegen das Gewahrwerden von neuem Erleben schützt, um sich der Inkongruenz zwischen Erfahrungen, die das Selbst bestätigen, und solchen, die es in Frage stellen, nicht bewusst werden zu müssen. Als Modi der Verhinderung werden die selektive Wahrnehmung, die Wahrnehmungsverzerrung sowie

die Verhinderung der Wahrnehmung beschrieben. Über den Weg der Selbstbehauptungstendenz gelingt es dem Organismus „unterschwellig wahrgenommene“ (Keil, 2003, S. 15), das Selbst bedrohende Erfahrungen abzuwehren, um es unbeschadet aufrechtzuerhalten. In Gendlins Theorie entspricht das strukturgebundene Erleben, das die Bezugnahme auf den inneren Erlebensprozess verhindert, insofern diesem Konzept, als es zu keiner Entwicklung kommen kann (Keil, 2003). Ich schlage vor, für die Formen der Abwehr von Erfahrungen die Begriffe Distanzierung, Neutralisierung und Ent-Sexualisierung zu verwenden, weil sie mir aussagekräftiger erscheinen.

- Distanzierung

In den Gruppendiskussionen wechselt der Blick auf erotische Gefühle häufig von denen der Psychotherapeutinnen zu jenen der Klientinnen. Diese Distanzierung vom eigenen Erleben macht es möglich, sich nicht mit diesem beschäftigen zu müssen. Es ist einfacher, über die erotischen Gefühle von Klientinnen (den Therapeutinnen gegenüber) zu sprechen, und es ist sicherer. Im Sinne der oben ausgeführten personenzentrierten Terminologie kann hier von einer Verhinderung der Wahrnehmung gesprochen werden.

M. M.: „... ist ja (0.1) eher gut für den Prozess, wenn sich die Klienten für uns (0.2), in uns verlieben. Dann kannst du es ja gut nützen. So, also, wo sind die Sehnsüchte, die Wünsche ...“

- Neutralisierung

Eine andere Form der Abwehr ist die Neutralisierung, die der selektiven Wahrnehmung entspricht. Auf diese Weise werden Erfahrungen „unschädlich“ gemacht, indem sie als mit sich selbst in keiner Verbindung stehend bewertet werden.

S. F.: „Ich denke mir, ich kann die Erotik wahrnehmen, aber es entstehen bei mir keine erotischen Gefühle ... auch ganz viele jugendliche Mädchen, die schau ich auch so an und (0.1) es gefällt mir einfach, was sie ausstrahlen, wie sie körperlich sind, aber es hat nichts mit mir zu tun (Lachen).“

- Ent-Sexualisierung

Bei der Ent-Sexualisierung, die eine Wahrnehmungsverzerrung darstellt, werden die Erfahrungen auf eine andere Ebene verschoben. Auf der Generationenlinie wird so die Wahrnehmung von erotischen Gefühlen in einer anderen Qualität, als mütterliche oder väterliche Gefühle, möglich.

K. M.: „Jetzt sind auch die männlichen Angebote mehr so zu einer mütterlichen Person, was ahm (0.9) sicher auch erotische Qualitäten haben kann, aber doch andere.“

- Wahrnehmen von erotischem Erleben

Obwohl viel an Erotik im psychotherapeutischen Prozess abgewehrt wird, kennt die Mehrzahl der Teilnehmerinnen der

Gruppendiskussionen das Phänomen, dass sich eigene erotische Gefühle in ihnen bemerkbar machen, und sie gehen mit diesem Erleben unterschiedlich um. Das Ziel, als Therapeutinnen arbeitsfähig zu bleiben, stellt quasi eine Richtschnur dar, die zur Entwicklung individueller Strategien führt.

- Wegstellen als Strategie

Erotisches Erleben, als dessen überwiegende Quelle die eigene Person ausgemacht wird, wird in der Regel zur Seite gestellt, weil es für das therapeutische Geschehen als nicht passend qualifiziert wird. Unterschiedlich bewerten die Diskutierenden allerdings den Grad der professionellen Irritation. Während einige panikartig die unangenehmen Gefühle damit „erledigen“ wollen, betrachten andere den Vorgang des Zur-Seite-Stellens gleichsam als ein notwendiges therapeutisches Vorgehen, um mit dem Gegenüber in einem professionellen Kontakt bleiben und „ordentlich“ arbeiten zu können.

F. P.: „Na für mich ist es wichtig zu bemerken, wie ist die erotische Anziehung und ist es mehr meines oder erlebe ich es eher so, dass es viel Botschaft ist von Seiten der Klientin oder des Klienten ... Also, wenn ich merke, das ist wirklich meines, die gefällt mir, dann bemerke ich das und stelle es weg.“

Eine Teilnehmerin äußert aber auch ihren Zweifel, ob dieser Umgang mit erotischem Erleben, den sie analog handhabt, der richtige ist.

M. M.: „... reagiere ich jetzt als Martina, wenn das im Raum ist (0.1) oder mache ich, das ist das, was ich mehr mache, ich weiß jetzt nicht, weil ich, weil ich Schiss davor habe oder sonst was, dass ich es von mir weg gebe ... dann kriege ich es ja von mir weg ... Aber ich weiß jetzt nicht, ob ich mich da drücke vor was ...“

- Da-sein-Lassen als Strategie

Erotisches Erleben wird auch als ganz unproblematisch qualifiziert, als „schöne Stunde“, in der es möglich ist, dem eigenen Erleben nachzuspüren und darin „gut“ zu verweilen. Diese Empfindungen machen lebendig, erzeugen eine Neugier auf die Klientinnen und lassen die Therapeutinnen konzentriert im Hier und Jetzt sein, in der Begegnung. Das Gemeinsame – im Sinne des impliziten Mitschwingens – verändert den Erlebensprozess beider. Es explizit zu machen, ist nicht notwendig.

K. M.: „Also, ich denke mir, was ich meine, ja, dass es von mir aus ist oder irgendwas wahrnehme, was mir gefällt und mich erotisch anspricht, ja und das ist okay (0.1) einfach, ja. Ohne dass da jetzt irgendeine Begehrlichkeit entsteht (Lachen), sondern es ist einfach okay, es ist fein, ja. Dann glaube ich schon auch, dass das was bewirkt ... Aber ich denke mir nicht, dass man das zum Thema machen muss, sondern das ist wie eine (0.6) katalysatorische (0.1) Begleiterscheinung ...“

Die notwendige therapeutische Haltung der Kongruenz wird ausdrücklich angesprochen. Erotische Gefühle wahrzunehmen, erlaubt ihm, sich kongruent zu erleben.

M. F.: „Aber ich denke mir, wenn ich das in mir nicht zulasse (0.2), den Teil, dann weiß ich, dass ich irgendwann inkongruent werde ... meine Gedanken, ..., [die] ich auch nicht (0.5), nicht leugnen (0.1) kann oder will, ..., manchmal muss ich auch selber mit mir lachen und über mich. Aber für mich ist es immer ganz wichtig, das zuzulassen,..., Gedanken oder Bilder, ..., die gehen auch wieder weg ...“

- **Verständnis im Sinne einer prozessualen Diagnostik**

Eine wesentliche Qualität der eigenen Resonanz ist ihr Potenzial für die Entwicklung von Verstehenshypothesen in Bezug auf die Klientinnen. Nach Sommer und Sauer (2001) kann die Interaktion zwischen Therapeutinnen und Klientinnen als szenische Betrachtung Aufschlüsse über das Gegenüber geben. Dabei sind die Erfahrungen und das Erleben der Therapeutinnen der Schlüssel zum Verständnis der Klientinnen. Verbale wie nonverbale Kommunikation wird über die Resonanz in ihrem kognitiven wie emotionalen Sinngehalt zugänglich. Was für die einen (noch) am Rande der Gewahrwerdung ist, ist für die anderen (bereits) erlebbar. So lassen sich erste Annahmen über die Bedingungen für die Entstehung spezifischer Verhaltensweisen, über die derzeitige Verfasstheit sich selbst wie der Außenwelt gegenüber und über bestehende Inkongruenzen gewinnen: „... prozessuale Diagnostik [ist] per Definition intersubjektives Interaktionsgeschehen“ (Sommer & Sauer, 2001, S.197). Der theoretische Ansatz der prozessualen Diagnostik wird in den Gruppendiskussionen lebendig. Im behutsamen Umgang mit diesem „Schatz“ gewinnen die Diskutierenden erste vorsichtige Annahmen zur Persönlichkeit der Klientinnen, zu ihren Befindlichkeiten und den Entwicklungen dahin. Das eigene Erleben verwenden sie wie einen „roten Faden“ für den therapeutischen Prozess. Anhand der Resonanz können die Botschaften des Gegenübers erforscht werden, insbesondere wenn die Beziehung erotisiert oder sexualisiert erlebt wird. Dieses Nachspüren ermöglicht schließlich, sich ein umfassenderes Bild vom Gegenüber zu machen, in sein Bezugssystem gleichsam „einzutauchen“ und von dieser Position aus ein wenig mehr zu verstehen als verbal angeboten wird.

M. F.: „Verführen, da darüber sehr gut in Beziehung treten, oder (0.1), das fast als ursprüngliches Beziehungsangebot präsentieren und mit dem sie dann auch kommen, dort hat es für mich auch einen ganz einen wichtigen diagnostischen Punkt, den ich dann auch für mich, also wenn es passt in dem Moment ansprechen muss oder später, aber wo ich [es] ganz wichtig für den Hintergrund habe ...“

- **Therapeutische Intervention**

Über die Umsetzung von erotischem Erleben in professionelle Handlungen zugunsten des therapeutischen Prozesses kommen die Diskutierenden zu keiner Einigung. Die meisten teilen ihre Gefühle dem Gegenüber nicht mit, allerdings wird auch die entgegengesetzte Position von einer Minderheit sehr heftig vertreten. Korrekt psychotherapeutisch zu arbeiten, bedeutet für eine Teilnehmerin, dass das eigene erotische Erleben analog dem Erleben anderer Gefühle den Klientinnen zur Verfügung gestellt werden muss, sofern es sich um ein beständiges Erleben handelt. Entgegen der Meinung, erotische Gefühle blockierten die Arbeitsfähigkeit, wird das Ansprechen eigenen Erlebens gefordert, um die Blockade aufzuheben.

E. K.: „Aber ich glaube, dass nicht gesagte Sachen, immer, also eben weil es eh da ist, das ist dann schwierig. ... Aber ich finde (0.2), du musst es, du musst dich in irgendeiner Weise transparent machen.“

Für die Art und Weise der Mitteilung bezieht sich diese Teilnehmerin ausdrücklich auf die Techniken der Selbsteinbringung nach Finke (2004). Durch die Beschreibung des Erlebens, das die Klientinnen in den Therapeutinnen auslösen, kann der Blick der Klientinnen auf das eigene Sein und Tun erweitert und die Beziehung schließlich vertieft werden.

Andere thematisieren die konkrete Beziehungsebene erst zu einem späteren Zeitpunkt im Therapieverlauf, damit die bereits gemachten Erfahrungen des Miteinander-Seins als Frauen und Männer genützt werden können. Das Wahrnehmen eigener erotischer Empfindungen dient dann als Signal, um diese professionelle Aufgabe in Angriff zu nehmen. Überhaupt ist eine tragfähige Therapiebeziehung die *conditio sine qua non*, um sich auf das heikle Terrain der Thematisierung der Beziehung einzulassen.

M. F.: „... wenn es in einem späteren Prozess ist, dann versuche ich das schon auch immer irgendwann einmal zu thematisieren, zum Beispiel wie die Klientin mich als Mann sieht. Und wo ich schon auch ihr spiegle, wie ich sie als Frau sehe. Also, entweder, wenn es nicht von selber passiert, dann bringe es auch ich ein ...“

Jene Teilnehmerinnen, die im Umgang mit ihrem erotischen Erleben eher vorsichtig sind, weisen auf die Gefahren einer Mitteilung hin. Eine solche kann eine Überforderung der Klientinnen auslösen, wie sie auch der Befriedigung unreflektierter Bedürfnisse auf Seiten der Therapeutinnen dienen kann.

S. F.: „Also, mit dem Ansprechen, geh. Also, mir ist jetzt einfach ..., so ganz am Anfang von meiner Eigentherapie, eingefallen, wo der Therapeut sagt, ah, eigentlich willst du mit mir schlafen, geh? Und ich denke, angekommen ist bei mir (0.1) der will (0.1) und ich darf mich nicht wehren, geh, und das war das Ende der Eigentherapie ... Geh, da habe ich gemerkt, so, also, das sind ganz gefährliche Themen, nicht ...“

- Professionelle Unterstützung

Professionelle Hilfe im Rahmen von Supervision ist der übliche Weg, mit schwierigen Situationen jeglicher Art im psychotherapeutischen Prozess umzugehen. Auch im Fall von eigenen erotischen Gefühlen wird dieser Weg empfohlen. Die vertrauliche Beziehung zu Supervisorinnen ermöglicht den Blick auf „blinde Flecken“. So kann zwischen eigenen Wünschen und Bedürfnissen, die befriedigt werden möchten, und den zugleich prozesshaften wie zu erwartenden Empfindungen aufgrund der Persönlichkeit der Klientinnen differenziert werden.

T. H.: *„Ja, bin halt ganz krass sofort in Supervision gedackelt und habe gesagt Hilfe, ja, (Lachen).“*

Durch die wieder erlangte therapeutische Sicherheit bleiben die Therapeutinnen arbeitsfähig. Die supervisorische Unterstützung gilt einhellig als geeigneter und überaus hilfreicher Weg für den Umgang mit herausforderndem Erleben. Obwohl es diese Übereinkunft gibt, ist die Hürde, sich einer anderen Fachperson anzuvertrauen, sehr hoch, insbesondere im Fall hoher eigener Unsicherheit gepaart mit geringer therapeutischer Erfahrung und Schamgefühlen.

g) Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung

Jede Art des Umgangs mit erotischem Erleben wirkt sich auf die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess aus. Darüber sind sich alle Diskutierenden einig. Im günstigen Fall vertieft sich die Therapiebeziehung. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, dass der therapeutische Prozess in Turbulenzen gerät und – wenn diese nicht bewältigt werden können – dies zu einem Abbruch der Therapie führt. Ein herausragendes Kriterium für das Vertiefen oder das Scheitern der therapeutischen Beziehung ist die persönliche Bewertung des eigenen Umganges mit dem Erleben. Wer Strategien hat, mit dem erotischen Erleben umzugehen, fühlt sich im therapeutischen Handeln sicher und ist zufrieden mit dem Prozess, der dadurch fortgesetzt wird.

- Vertiefung der therapeutischen Beziehung

Von einer Vertiefung der therapeutischen Beziehung sprechen alle, die mit ihrem professionellen Umgang mit erotischen Gefühlen zufrieden sind. Längere Erfahrung als Therapeutinnen sowie eine damit einhergehende Offenheit für das eigene Erleben begünstigen diese Bewertung ebenso wie die fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema. Dann zählt auch erotisches Erleben wie jedes andere Erleben zum Reservoir therapeutischen Handelns. Eine solche gelungene Transformation von eigenem Erleben in die psychotherapeutische Herangehensweise ermöglicht es, einen Schritt weiter im Verstehen der Klientinnen zu kommen, was diesen letztlich einen neuen Zugang zu ihnen selbst eröffnet. Erotische Empfindungen werden diesbezüglich als wertvoller Teil des Prozesses qualifiziert.

N. K.: *„... das ist so die Chance drinnen, wenn es aktualisiert wird in der Therapiesituation (Einatmen), dass es erstens nicht so uuuh ist (Ausatmen), sondern, dass es dann auch was ist, wo es (0.3) weitergehen kann.“*

Ein Teilnehmer bezieht sich ausdrücklich auf Gefühle der Trauer, die das Zur-Seite-Stellen in ihm hervorruft, und qualifiziert den Abschied von jenem Anteil, den er als Therapeut in der professionellen Beziehung nicht leben kann, als hilfreich, um sich dadurch dem Gegenüber für andere Gefühle öffnen zu können.

X. F.: *„Und dann habe ich es so erlebt, wie, (0.1) also immer wieder wie (0.5) auch so ein Stück Trauerarbeit nebenher. Also, so, ah, (0.1) ich kann (0.1) diesen Teil, den kann ich nicht leben und der ist irgendwie da und das ist irgendwie einfach traurig auch, aber gleichzeitig eröffnet das wirklich einen großen Freiraum, wo einfach ganz vieles möglich wird. An Nähe und dann an Intimität ...“*

- Turbulenzen und Abbruch

Gelingt es nicht, das eigene erotische Erleben für den therapeutischen Prozess konstruktiv zu verwenden, weil die Unsicherheit überhandnimmt und/oder keine Supervision in Anspruch genommen wird, so wirkt sich dies negativ auf die Therapiebeziehung aus. Mehrere Diskutierende berichten von missglückten Erfahrungen im Umgang mit erotischen Gefühlen, was für die anderen nachvollziehbar und verständlich ist. Nehmen die Gefühle ein Ausmaß an, das die Arbeitsfähigkeit der Therapeutinnen über einen längeren Zeitraum massiv beeinträchtigt, ist der Abbruch durch sie oder ihn legitim und notwendig, um sich und das Gegenüber zu schützen.

N. K.: *„Wenn das nicht weg geht, glaube ich auch, dass das dann irgendwie ehrlicher ist zu sagen (0.3), weil sonst würde es glaube ich in einen, dann kommt es in den Missbrauch.“*

In den Fällen, in denen es zu einem Abbruch der Therapie kommt, wird das eigene therapeutische Vorgehen als mangelhaft bewertet. Übrig bleibt der Wunsch, über bessere Umgangsweisen zu verfügen.

C. R.: *„Und ich glaube auch, dass es von beiden Seiten war, nur er hat abgebrochen. ... für mich im Nachhinein (0.3), es war ein Fehler, es nicht einmal da sein zu lassen und es nicht anzusprechen. Es war ein absoluter Fehler, weil es so spürbar war. Und dann jetzt vielleicht, denke ich mir, ahm, hätte es vielleicht anders weitergehen können, ja. Sagen, aha, ist jetzt da, (0.1) bei Ihnen da, bei mir, also ich, ich glaube (0.1) ganz sicher, dass es, wenn es so stark ist, dass es notwendig ist ...“*

Zusammenfassung und Ausblick

Psychotherapeutinnen sind Menschen und erotische Gefühle sind existenzielle menschliche Gefühle. Dementsprechend haben auch alle Psychotherapeutinnen erotische Gefühle. Diese Annahme, die mir zu Beginn meiner Forschungsarbeit ebenso banal wie logisch erschien, hat sich bestätigt. Außerdem hat sich erwiesen, dass das Thema der erotischen Gefühle auf Seiten der Therapeutinnen im therapeutischen Prozess tabuisiert ist. Mann hat wohl recht, wenn er sagt: „Die Erotik ist von Natur aus keine behagliche Angelegenheit. Dennoch ist es wichtig, die Diskussion über einen verhältnismäßig abgeriegelten Bereich der psychotherapeutischen Theorie und Praxis zu eröffnen.“ (Mann, 1999, S. 37).

Es ist meine These und Kritik gleichermaßen, dass durch die Tabuisierung von Erotik in der psychotherapeutischen Beziehung ein wichtiger zwischenmenschlicher Faktor und seine Bedeutung für den psychotherapeutischen Prozess ausgespart werden. Die Folge ist nicht nur ein Verzicht auf eine wertvolle Ressource, sondern auch eine große Unsicherheit der Psychotherapeutinnen im Umgang mit eigenen erotischen Gefühlen. Diese Unsicherheit ist der Grund dafür, dass erotisches Erleben vielfach der Wahrnehmung entzogen und die Angst vor sexuellem Missbrauch allgegenwärtig ist. Insbesondere die Verknüpfung von erotischen und sexuellen Gefühlen und sexuellem Missbrauch in der personenzentrierten Literatur nährt die Sorge, dass durch die Thematisierung von Erotik und Sexualität das Feld für die Befriedigung eigener Interessen quasi bestellt wird. Dabei hat „[d]as Tabu ... nicht zur Folge, daß das Geschehen verhindert wird, sondern bewirkt, daß man nicht mehr darüber spricht“ (Mann, 1999, S. 105). Im Sinne Rogers, der davon überzeugt ist, „daß die zarte Blume der Theorie auf dem festen Boden der Erfahrung erwächst“ (Rogers, 1951/2002, S. 32), betrachte ich die Ergebnisse und Erkenntnisse meiner Arbeit als wertvoll für die Klientenzentrierte Psychotherapientheorie und Praxis, und ich schlage vor, die Unsicherheit im Feld der erotischen Gefühle aufzugreifen und ihr zu begegnen. Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung zwischen zwei Menschen, in der alle Empfindungen, alle Gefühle, die Menschen füreinander entwickeln und hegen, auftauchen können – auf beiden Seiten. Die Personzentrierte Psychotherapie legt das Hauptaugenmerk auf das Erleben der Klientinnen, zu dessen gemeinsamer Erforschung das Erleben der Therapeutinnen wesentlich beiträgt, sei es kommuniziert oder für sich behalten. Weil kongruentes Erleben als Mittel und Ziel des therapeutischen Prozesses besonders wichtig ist, muss konsequenterweise auch erotisches Erleben als Ausdruck menschlichen Seins und In-Beziehung-Seins zugelassen und beachtet werden. Erotische Gefühle dürfen weder verleugnet noch missbräuchlich umgesetzt werden, sondern es gilt, sie

zu reflektieren und zu erforschen, denn sie sagen uns etwas über uns selbst, und sie sagen uns etwas über unser Gegenüber. Und sie sind Bestandteil eines zwischenmenschlichen Geschehens, das einen Raum eröffnet, in dem Wachstum und Kreativität und damit Veränderung möglich werden. In diesem Sinne ist der offene Zugang zu ihnen Voraussetzung für die Gegenwärtigkeit in der therapeutischen Beziehung. Wo, wenn nicht in der Ausbildung zur Personzentrierten Psychotherapie kann dem eigenen Erleben inklusive erotischer Gefühle Raum gegeben werden?

Literatur

- Andreas-Salomé, L. (1979). *Die Erotik*. Frankfurt/M.: Ullstein.
- Aigner, J. Ch. (2013). *Vorsicht Sexualität! Sexualität in Psychotherapie, Beratung und Pädagogik – eine integrative Perspektive*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (4. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Frenzel, P., Schmid, P.F. & Winkler, Marietta. (Hrsg.). (1992). *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*. Köln: Andreas Kohlhaage.
- Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F. & Stölzl, N. (Hrsg.) (2001). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas.
- Freud, S. (1913/1999). *Totem und Tabu*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Gendlin, E.T. (1968). The experiential response. In E. Hammer (Ed.), *Use of interpretation in treatment*, pp. 208–227. New York: Grune & Stratton. http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2156.html
- Gendlin, E.T. & Wiltschko, J. (2004). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag* (2. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Hofstadler, B. & Fallend, K. (2004). *Zur Methodik qualitativer Sozialforschung, Eine Einführung in Erhebung und Auswertung*. Linz: ÖH Eigenverlag.
- Keil, W.W. (2001). Klientenzentrierte Therapientheorie. In P. Frenzel, W.W. Keil, P.F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 119–146). Wien: Facultas.
- Keil, W.W. (2003). Abwehr. In G. Stumm, J. Wiltschko & W.W. Keil (Hrsg.). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 15–16). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Keys, S. (2009). *Love in Person-Centered Psychotherapy*. Vortrag gehalten am 8. 5. 2009 im Rahmen der IPS Tagung Person und Dialog. Kontinuität und Veränderung im Personzentrierten Ansatz. Wien.
- Kiener, F. (1986). Interaktionsvariablen der Therapeut-Klient-Beziehung. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. (4. Auflage). Frankfurt/M.: Fischer.
- Korn, G. & Neumayer, J. (1991). *Persönlichkeitsschutz im Zivil- und Wettbewerbsrecht*. Wien: Medien & Recht.
- Lamnek, S. (2005). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis* (2. Auflage). Weinheim: Beltz.

- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Letzel, M. (2003a) Sexualität. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 285–287). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Letzel, M. (2003b) Sexuelle Störungen. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 287–290). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Lietaer, G. (1992). Die Authentizität des Therapeuten. In R. Stipsits & R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 92–116). Wien: WUV Universitätsverlag.
- Lietaer, G. (2001) Being Genuine as a Therapist: Congruence and Transparency. In G. Wyatt (Ed.). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Volume 1: Congruence*. (S. 36–54). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Mann, D. (1999). *Psychotherapie: Eine erotische Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nadig, M. (1992). Der ethnologische Weg zur Erkenntnis. Das weibliche Subjekt in der feministischen Wissenschaft. In G.-A. Knapp & A. Weterer (Hrsg.), *Traditionen Brüche. Entwicklungen feministischer Theorie* (S. 151–200). Freiburg i. Br.: Kore.
- Pechriggl, A. (2009). *Eros*. Wien: Facultas.
- Proctor, G. (2004). What Can Person-Centered Therapy Learn From Feminism? In G. Proctor & M. B. Napier (Eds.), *encountering feminism. intersections between feminism and the person-centred approach* (129–140). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rogers, C. R. (1951/2002). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy*. (15. Auflage). Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1959/2002). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (Nachdruck der 3. Auflage). Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (1961/2000). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (13. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1962/2004). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (18. Auflage). (S. 211–231). Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1973/1986). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (4. Auflage). (S. 11–24). Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1975/2004). Klientenzentrierte Psychotherapie. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (18. Auflage). (S. 17–61). Frankfurt/M.: Fischer.
- Schmid, P. F. (2002). Neue Manns-Bilder? Personzentrierte Herausforderungen zu einem Dialog der Geschlechter. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation, Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 79–91). Köln: GwG-Verlag.
- Schreder, G. (2011). Ich bin die Andere – Die Bedeutung der Differenz in der Erfahrung psychotherapeutischer Gegenseitigkeit. *PERSON*, 1, 17–24.
- Sommer, K. & Sauer, J. (2001). Indikation und Diagnostik in der Klientenzentrierten Therapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 190–225). Wien: Facultas.
- Teichmann-Wirth, B. (1992). Man darf das nicht vor keuschen Ohren nennen, was keusche Herzen nicht entbehren können. Personzentrierte Therapie: Jenseits der Sexualität? In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 293–302). Köln: GWG-Verlag.
- Wiltschko, J. (2003a). Beziehung (im Focusing und in der Focusing-Therapie). In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 54–56). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Wiltschko, J. (2003b). Resonanz. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. (S. 270–272). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Zach, B. (2013). *Goldmine und Minenfeld. Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im psychotherapeutischen Prozess*. Masterthesis Donau-Universität Krems.

„... es ist nicht so, dass ich es wegtun kann.“ Der schwere Albtraum¹ als Zugang zu dissoziierten traumatischen Erfahrungen in der Personzentrierten Psychotherapie

Cornelia Kunert

Wien

In der therapeutischen Arbeit bringen traumatisierte Personen oft Träume in die Therapiesitzung mit. Diese Träume in der Sitzung zu bearbeiten, bietet eine Möglichkeit, die Reintegration dissoziierter Erfahrungen zu fördern. Dabei sind jedoch Bedingungen zu beachten, die sich einerseits aus der personzentrierten Haltung und andererseits aus der besonderen Verfassung dieser Klienten und Klientinnen ergeben. Im folgenden Text wird nach einer kurzen Hinführung zum Thema „personzentrierte Traumarbeit“ ein Traumgespräch wörtlich wiedergegeben und mit Kommentaren versehen, welche die phänomenologisch-personzentrierte Vorgangsweise erhellen sollen.

Schlüsselwörter: Traumarbeit, Albtraum, Trauma, Dissoziation, träumendes Selbst.

“... actually, I can't get rid of it.” **Heavy nightmares as an approach to dissociated traumatic experiences within person-centred psychotherapy.** Traumatised persons often bring their nightmares to the therapy sessions. To work with these dreams within the session gives opportunity for reintegration of dissociated experiences. Therefore we have to attend some constraints, which comes out of the person-centered approach on one side and on the other side out of the particular conditions of these clients. Below, after a short introduction to person-centered dreamwork, there follows a verbatim dream-dialogue equipped with comments, to show the specific phenomenological and person-centered procedure.

Keywords: dreamwork, nightmare, trauma, dissoziation, dreaming self.

*Du dunkle Nacht, du dunkles Herz,
Wer spiegelt eure heiligsten Gründe,
Und eurer Bosheit letzte Schlünde?
Die Maske starrt vor unserm Schmerz –*

Georg Trakl

dar, der jedoch mit Vorsicht und Achtsamkeit beschränkt werden sollte. Wenn hier ein personzentrierter Blick auf einige Besonderheiten der Arbeit mit einem Albtraum geworfen wird, so müssen basale Grundkenntnisse zum Thema „Dissoziation und Trauma“, sowie zur phänomenologischen Traumarbeit als bekannt vorausgesetzt werden.²

Vorbemerkung

Die Arbeit mit schweren Albträumen ist in der Behandlung traumatisierter Personen sehr oft integraler Bestandteil der Psychotherapie. Die Inhalte können für die sie erzählende Person mit sehr starken Affekten verbunden sein und nachhaltig Verwirrung oder Furcht bewirken. Trotz der Fremdheit, in der ein derartiges Traumgeschehen die Träumerin oder den Träumer anmutet, stellt die therapeutische Arbeit mit einem solchen Traum meist einen wertvollen Zugang zu dissoziierten Inhalten

Wir träumen, um uns selbst zu begegnen

Aus personzentrierter Perspektive können Träume als organismische Erfahrung, die durch die Aktualisierungstendenz ins Traumbewusstsein dringt, verstanden werden. Daher haben wir es träumend immer undistanzierbar mit uns selbst zu tun.

Mag^a Cornelia Kunert, geb. 1957, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis seit 1988, Personzentrierte Psychotherapeutin, Existenzanalytikerin, Supervisorin. 1080 Wien. Kontakt: kunert@utanet.at

- 1 Die Bezeichnung „schwerer Albtraum“ stellt keine allgemeine Kategorisierung dar, sondern bezeichnet hier lediglich die besonders intensive Erfahrungsqualität, die ihn begleitet (vgl. etwa: „laute Schreie in großer Gefahr“).
- 2 etwa: van der Hart & Nijenhuis (2004), van der Hart, Nijenhuis & Steele (2008), Boon, Steele & van der Hart (2013), Huber (2009), Claas (2007) und Boss (1975).

Das träumende Selbst erschafft eine (Traum-)Welt nur zu dem einen Zweck, in ihr eine organismische Erfahrung zu aktualisieren, die das Selbst braucht, um im stetigen Entwicklungsprozess zu bleiben. So wie der Körper schlafend weiteratmet, so finden auch in einem träumenden Bewusstsein organismische Erfahrungen statt. Um aber eine organismische Erfahrung im Traumbewusstsein entstehen zu lassen, wird diese Erfahrung nach den Bedingungen des Selbst (i. e. Selbstkonzeptes) so gestaltet, dass sie dessen Kohärenz nicht gefährdet.

Die Hypothese ist, dass die vom träumenden Selbst erschaffene Traumwelt daher exakt den Symbolisierungsmöglichkeiten des Selbst in Hinblick auf die konkrete organismische Erfahrung entspricht, die träumend symbolisiert wird. Da es schlafend aber keine andere Wirklichkeit gibt als die des Traumes, wird der Aktualisierungstendenz kein Widerstand einer realen Welt entgegengesetzt und daher ist die Traumwelt – so kontraintuitiv es scheinen mag – eine unbewusst durch die Aktualisierungstendenz kontrollierbarere Welt als die des Wachen. Da die Kontrollierbarkeit eines Objekts aber die Zugehörigkeit zum Selbst konstituiert (vgl. Rogers, 1951/1983, S. 430), kann angenommen werden, dass die durch die grundsätzliche Unkontrollierbarkeit der realen Welt bedingte Fremdheit und Angstbereitschaft im Träumen herabgesetzt ist und daher das Traumbewusstsein tiefer in die organismische Erfahrung eintaucht. Die Verschränktheit des Organismus mit der Traumwelt als der inneren Welt begünstigt die Aktualisierungstendenz und so können Erfahrungen, die im Wachen nicht oder nur verzerrt symbolisiert werden, im Traumbewusstsein leichter entstehen.

Es ist vergleichbar mit dem Spielen eines Kindes, das vertieft in das Spiel, eine Welt und ein Beziehungsgeschehen vor sich entstehen lässt und alle Figuren oder Puppen mit eigenem Leben erfüllt. Es leiht allen Protagonisten die eigene Stimme und jede Handlung entspricht ganz seinem eigenen Willen. Die Macht des spielenden Kindes über die von ihm erschaffene Welt ist groß; oft ganz im Gegensatz zu seiner Alltagswirklichkeit. Solange kein zweites Kind beteiligt ist, ein äußeres Ereignis oder eine körperliche Missempfindung dieses Geschehen unterbrechen oder limitieren, wird auch alles so werden, wie es seiner inneren Verfassung entspricht. Gleichmaßen spielen wir träumend mit der Welt. Mit dem Schließen der Lider öffnet sich der Vorhang zum Schauspiel unserer inneren Welt, und so heilsam das Spiel für das Kind ist, so heilsam ist das Träumen auch.

Der Erfahrungshorizont im Traum

Wenn auch die Aktualisierungstendenz bei der Gestaltung des Traumgeschehens freier wirken kann, so gibt es doch auch träumend eine Grenze der Erfahrung und der Gewährwerdung.

Auch träumend lassen wir nur das zu, was unser träumendes Selbst³ (gerade noch) erträgt.

Der Traum hat einen Erfahrungshorizont, an dem organismische Tiefe und Selbst einander berühren. Im Albtraum wird die Grenze betreten, an der das träumende Selbst eine organismische Erfahrung zulässt, die im Selbstkonzept nicht korrekt symbolisierbar ist und abgewehrt oder maskiert und verzerrt werden muss. Ist diese organismische Erfahrung aufgrund ihrer Affektivität nicht ausreichend durch das träumende Selbst kontrollierbar, dann wird sie als nicht zum Selbst gehörig erlebt und als fremdes oder bedrohliches Ereignis im Traum symbolisiert. Wird die dabei entstehende Angst und Fremdheit zu groß, dann stürzt das träumende Selbst gewissermaßen über den Horizont der Erfahrungsmöglichkeit in die (organismische) Emotion hinein und die Träumerin oder der Träumer erwacht. Im angstvollen Erwachen als dem einzigen Ausweg aus dieser Dynamik wird der distinkte, neurobiologisch beschreibbare Schlafzustand des Gehirns vom Organismus selbst aufgehoben, um die Kohärenz des Selbst zu schützen. „Wenn das

3 Exkurs zur Möglichkeit eines „träumenden Selbst“: Das träumende Selbst ist Zentrum einer (intrinsischen) Erfahrung in der Perspektive der ersten Person, also eines handelnden und erfahrenden „Ich“. Auch wenn das Individuum träumend ausschließlich einer (organismischen) Binnenwirklichkeit gewahr wird, erfährt es sich dennoch zweifellos als ein Selbst im phänomenalen Feld einer situativ „wirklichen“ Realität. Wollte man die Existenz eines Selbst auf die Erfahrung einer irgendwie als objektiv „real“ definierten Wirklichkeit beschränken, wird man sofort unterschiedliche Bewusstseinszustände benennen können, die diese Bedingung keineswegs erfüllen, bei denen man aber eine Selbsterfahrung durchaus annehmen wird. Rogers nennt hier im Zusammenhang der Entwicklung des Selbst nur das Neugeborene und seine Welt als ein Beispiel. „... Jedoch ist die wahrgenommene Realität die für das Individuum eigentliche, die sein Verhalten beeinflusst. Wir können von dieser Position aus theoretisch operieren, ohne die äußerst schwierige Frage nach der ‚wirklichen‘ Realität zu beantworten.“ (Rogers, 1959/1991, S. 49; vgl. auch Rogers & Rosenberg, 2005, S. 175 ff.) Auch für die Hirnforschung neueren Datums ist klar, dass Bewusstsein kein eindeutig definierter, sondern ein graduell modulierender Zustand ist, der weder lokal genau einer Cortexregion zugeordnet, noch durch eine solche eindeutig bewirkt wird. „Der Hauptpunkt für die gegenwärtige Betrachtung ist, daß der Grund, daß Träume wie bewußte Erlebnisse erscheinen, der ist, daß sie bewußte Erlebnisse *sind* und daß sie in einer entscheidenden Hinsicht bewußten Erlebnissen des Wachzustandes ähnlich sind.“ (Flanagan, 1994, S. 497 ff.) Neurobiologische Ähnlichkeiten zum Wachbewusstsein, wie etwa die 40Hz Oszillation bestimmter Neuronengruppen des unspezifischen Systems der sog. Thalamo-Kortikalen-Schleife, wird durch Daten aus der Hirnforschung belegt. (vgl. ebd.; Koch, 2005, S. 119) Daher lässt sich sagen, dass auch im Traum zweifelsfrei eine besondere Bewusstseinstätigkeit vorliegt und „... im Traumschlaf widerfahren die Ereignisse einem ‚Selbst‘.“ (Damasio, 2013, S. 240). Es scheint jedoch klar, dass sich dieses Traumselbst vom Selbst des Wachzustandes insbesondere in Bezug auf seine Intentionalität und Attentionalität unterscheidet; die sehr spannende Diskussion dieser Unterscheidungen führt tief in philosophische und neuropsychologische Überlegungen der Bewusstseinsforschung und der Persönlichkeitstheorie (z. B. Gibt es „Qualia“ im Traum?) und kann an dieser Stelle nicht ausgeführt werden.

Selbst sich nicht gegen tiefe Bedrohung verteidigen kann, ist das Ergebnis ein katastrophaler psychischer Zusammenbruch und Zerfall“ (Rogers, 1951/1983, S. 444) schreibt Rogers in einem anderen Zusammenhang. Im Erwachen aus dem Albtraum ist es aber die erschaffene Traumwelt, die zerfällt. Weil der Organismus von dieser Möglichkeit auch schlafend „weiß“, bei zu großer Gefahr für das Selbst die (Traum-)Welt zu opfern, um die Selbststruktur zu schützen, kann im Traum ein Mehr an belastender organismischer Erfahrung zugelassen werden als im Wachen. In dieser Hinsicht kann die Traum Erfahrung in der personzentrierten Theorie als eine Kompromissbildung zwischen organismischer Erfahrung und Selbstaktualisierung verstanden werden.⁴

Nach dem Erwachen bleibt nur die Erinnerung an den Albtraum als Herausforderung und Chance zurück, die irritierende Erfahrung als ein Produkt des Selbst zu assimilieren. So wird ein Albtraum in die Psychotherapiesitzung mitgebracht, weil er in seinem Gehalt unverstanden geblieben ist und so fremdartig anmutet, oder weil er die Person nachhaltig verstört hat. Der Art, wie ich im Traum agiert habe, oder dem, was mir träumend widerfahren ist, kann dann kein lebensweltlicher Bezug zugeordnet werden und die Fremdheit des dissoziierten Inhalts zeigt sich in tiefer Angst, Ekel oder Verzweiflung, die den Albtraum begleitet haben. Albträume traumatisierter Menschen sind oft sehr erschreckend oder gar abstoßend, aber indem ein Klient oder eine Klientin einen schweren Albtraum in der Stunde erzählt, lädt ihr oder sein tieferes (unbewusstes) Selbst dazu ein, diese Traum Erfahrung als eine Brücke zu den dissoziierten Inhalten behutsam zu nutzen. Wenn dies geschieht, ist in den meisten Fällen eine stabile therapeutische Vertrauensbeziehung bereits vorhanden. Dieses Vertrauen kann eine Grundlage dafür sein, auf dieser Brücke gemeinsame Schritte in die Dunkelheit des Unbewussten zu unternehmen.

Das Gespräch über den Albtraum

Ein schwerer Albtraum kann jedoch nicht nur den Träumer selbst in Angst versetzen und vielleicht schweißnass erwachen lassen, sondern er kann auch uns Therapeutinnen und Therapeuten erschrecken. Die ungünstige Folge kann sein, dass therapeutisch mit kognitiver Abwehr auf eine Traum Erzählung dieser Art geantwortet wird. Das Problem der **Abwehr des**

⁴ vgl. Kompromissbildung zwischen Es und Über-Ich in der psychoanalytischen Theorie. „Das seelisch Unterdrückte, welches im Wachen durch die gegensätzliche Erledigung der Widersprüche am Ausdruck gehindert und von der inneren Wahrnehmung abgeschnitten wurde, findet im Nachleben und unter der Herrschaft der Kompromissbildungen Mittel und Wege, sich dem Bewußtsein aufzudrängen.“ (Freud, 1900/1982, S. 576 f.)

Traumes durch die Therapeutin oder den Therapeuten ist die vergebene Chance der Begegnung mit der Tiefenperson⁵ der Klientin oder des Klienten zugunsten einer Beruhigung der Träumerin/des Träumers und der Therapeutin oder des Therapeuten selbst. Dies kann geschehen etwa durch:

- **Ignorieren des Traumes:** Die Traumarbeit wird nicht aufgenommen, weil das Terrain zu unsicher scheint. Die Inhalte dissoziierter Erfahrung können im Moment dem Gewahrsein nicht weiter angenähert werden.
- **Bagatellisierende Deutung:** Ein „positiver“ Aspekt des Traumes wird schnell fokussiert, um die Aufmerksamkeit von der irritierenden und ängstigenden Erfahrung abzulenken.
- **Erklärende Deutung:** Ein Zusammenhang wird konstruiert, in dem das Fremdartige des Traumes in eine sinnvolle und bekannte Struktur eingebettet wird. Dadurch wird die Kohärenz der bewussten Wahrnehmung erhöht. Dies kommt einer natürlichen Tendenz des Menschen entgegen, jederzeit aus dem Bewusstseinsstrom einen Sinn herauszulesen (vgl. Baars, 1998, S. 161).
- **Imaginierte Alternative:** Die Traumhandlung wird in der geleiteten Imagination durch eine vom Selbstkonzept leichter zu akzeptierende ersetzt.

Natürlich kann es angemessen und sinnvoll sein, die Inhalte schwerer Albträume nicht oder nicht gleich zu besprechen und einen günstigen Zeitpunkt abzuwarten. Stabilität und Kohärenz können situativ wichtiger sein als eine Vertiefung, die wie jede Arbeit mit einem Trauma auch sehr belastend sein kann. Auch in der sich selbst eingestandenen Befangenheit der Therapeutin oder des Therapeuten durch schockierende Traumbilder kann das Nicht-Aufnehmen des Traums in das Therapiegespräch der bessere Weg sein. Es sollte aber eine solche Intervention im klaren Wissen der Therapeutin oder des Therapeuten um die Zurückstellung der belastenden Erfahrung geschehen. Dabei ist immer zu bedenken, dass die peri- oder posttraumatische Verdrängung der traumatischen Bewusstseinsinhalte der situativen Selbstaktualisierung und der Sicherung der Selbststruktur der Person entspricht. Wird jedoch die Fernhaltung der belastenden

⁵ „Tiefenperson“ bezeichnet die Person in ihrer essenziellen, bis in ihre unbewusste Dimension hinein gegebene Uneindeutigkeit, Unbestimmbarkeit und Freiheit. Auch träumend aktualisiert sich der Mensch als Person in Auseinandersetzung mit seinen psychophysischen Zuständen (organismischer Erfahrung) und ist nicht bloß ein biologisch reagierender Mechanismus. „Wie wir nunmehr jedoch wissen, hat auch vor allem diese geistig-existentielle Person ... eine unbewußte Tiefe; ja von rechts wegen dürften wir, wann immer wir von ‚Tiefenperson‘ sprechen, überhaupt nur diese geistig-existentielle Person bzw. nur ihre unbewußte Tiefe meinen: Sie allein ist die wahre Tiefen-Person.“ (Frankl, 1974/1988, S. 22)

Inhalte habituell, dann ist aus dem kurzfristigen Vorteil der Sicherung der Selbststruktur das langfristige Problem der Dissoziation geworden. Erhöhte Angstbereitschaft durch das Andauern der Bedrohung des Selbst und hohe Inkongruenz sind die Folge.⁶ Als „Psychische Fehlanpassung“ (vgl. Rogers, 1959/1991, S. 30) oder Dissoziative Störung hat die Starre der Selbststruktur dann ein pathologisches Ausmaß erreicht. „Dieses Selbst ist dann höchst unangemessen repräsentativ für die Erfahrung des Organismus. Bewusste Kontrolle wird zunehmend schwieriger, wenn der Organismus danach strebt, ... auf Erfahrungen zu reagieren, die vom bewußten Selbst geleugnet werden.“ (Rogers, 1951/1983, S. 440). Bei der Bearbeitung eines schweren Albtraumes ist also in Hinblick auf das empathische Einfühlen besonders zu beachten, dass die Angststimmung der Klientin oder des Klienten einer möglichen, durch den Traum zu gewinnenden Erkenntnis situativ Grenzen setzt, die zu respektieren sind.

So wie jedes andere personzentrierte Therapiegespräch ist auch das Gespräch über den Albtraum eingebunden in einen übergeordneten Therapieprozess. Die Erzählung eines Traumes initiiert keine Ausnahme für die Grundbedingungen des therapeutischen Prozesses. Zu Recht betont Schmid, dass es keine verallgemeinerbare, spezifisch personzentrierte Technik des Umgangs mit Träumen geben kann. „Eine eigene, person- und beziehungsunabhängig einsetzbare Technik zu entwickeln, würde eben letztlich bedeuten, traumzentriert und nicht mehr personzentriert zu arbeiten.“ (Schmid, 1992, S. 402) Der eigentliche Inhalt des Traumes ist für die phänomenologisch-personzentrierte Arbeit zunächst sekundär. Es ist maßgeblich, wie die Träumerin oder der Träumer mit der im Traum widerfahrenen Wirklichkeit umgeht und wie sie oder er in der Aneignung der im Traum aktualisierten Erfahrung empathisch begleitet werden kann. So ist ein „Durcharbeiten“ der belastenden Emotionen kein selbstständiges Motiv personzentrierten Handelns, weshalb von einer forcierten Vertiefung dieser Emotionen abgesehen werden kann.

Die Träumerin

Die Träumerin ist ca. 40 Jahre alt und lebt in einer Beziehung. Die Symptome, die zur Aufnahme der Psychotherapie geführt haben, waren Panikattacken und sexuelle sowie Beziehungsprobleme. Ein „Burn-Out“-Zustand lag mehrere Jahre zurück und wurde mehrjährig psychotherapeutisch andernorts behandelt. Anamnestisch ließ sich eine schwere Traumatisierung der

Klientin durch den Vater erheben, wobei die Einzelheiten nicht erinnerbar waren. Die Klientin habe schon früh in einem „Abschaltmodus“ gelebt und das „Leben in zwei Welten“ habe begonnen. Enuresis und bedrängende (Gewalt-) Phantasien bestanden über mehrere Jahre bis zur Pubertät. Insgesamt kommt die Klientin mit den Erfordernissen des Alltags erfolgreich zu recht und zugleich gibt es Lebensbereiche, die deutlich von den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung beeinträchtigt sind (bes. Sexualität, Strukturierung von Beziehungen). Der psychotherapeutische Prozess konnte eine deutliche Besserung der Grundstimmung und ein zunehmendes Gefühl von Freiheit und Handlungsmöglichkeit bewirken. Rezidive einer pessimistisch-ängstlichen Stimmung insbesondere nach Besuchen im Elternhaus waren häufig, wobei Panikattacken nicht länger auftraten. Die Klientin begann mit erfüllenden Freizeitaktivitäten. Diese Veränderungen gingen einher mit einer signifikanten Zunahme der positiven Selbstbeachtung auch in schwierigen Situationen, über die die Klientin mehrfach stolz berichtete.

Es folgt das Transkript eines Traumgesprächs über einen Albtraum, das im zweiten Jahr der Psychotherapie stattfand. Alle Daten, die die Klientin identifizieren könnten, sind aus Gründen der Anonymisierung gelöscht oder geändert. Dialektspezifische Redewendungen und Dialektworte sind ins Schriftdeutsche übersetzt. Sonst ist dieses Transkript nicht redigiert und bildet das Gespräch einer Sitzung, so gut es in schriftlicher Form möglich war, ab. Zusätzlich zum kursiv gesetzten *gesprochenen Wort*, füge ich kleingedruckte Kommentare an, um die spezifisch personzentrierte Zugangsweise zu erhellen und habe besonders **bedeutsam erscheinende Passagen** fett gedruckt hervorgehoben.

Das Traumtranskript

Es fällt der Klientin sichtlich schwer, die Traumerzählung zu beginnen. Aber sie überwindet ihre Angst davor und erzählt:

K: Also, es hat sich in einem alten Haus abgespielt. Und ich habe ... eine jüngere Person gesehen, glaube ich ... also eine männliche jüngere Person und ein noch etwas jüngerer Kind, das auch männlich war ... (Pause) ... und ich habe beobachtet wie der Ältere den Jüngeren, das Kind, irgendwie also ... vergewaltigt hat ... Das habe ich irgendwie beobachtet ... und der hat ihn vergewaltigt und hat ihn anschließend ermordet. Er hat ihn erschlagen ... (K. stöhnt) ... und dann hat er ihn, ... ja er hat ihn irgendwie zu Brei gekocht. Er hat ihn zuerst zerstückelt und das Ganze hat er dann in irgend so einen Topf geworfen und gekocht. Ich hab dann nur diesen blubbernden Kochtopf gesehen und hab gewusst, da kocht irgendein Mensch da drinnen und ... irgendwie hat der ihn umgebracht ... und das war grauenhaft.

⁶ Es kommt bei fehlender kortikaler Hemmung der Angst und emotionaler Dysregulation zu dauernder Überaktivierung des kortikalen Angstschaltkreises als neurologisches Korrelat div. Angst- und Zwangsstörungen. (vgl. Grawe, 2004, S. 315 ff.).

Th: *Das zu sehen und zu wissen, dass da drinnen jetzt ein Mensch gekocht wird...*

K: *... ja genau, und diese ganze Situation, dass der ihn vorher missbraucht hat und dann umgebracht hat ... das war grauenhaft. Das war furchtbar grauenhaft.*

Th: *... schrecklich eigentlich ...*

K: *Ja, total schrecklich.*

Th: *So etwas Schreckliches haben Sie bisher noch nie geträumt.*

K: *Nein, so etwas nicht. Nein ...*

Th: *Mhm.*

Am Anfang steht die Traumerzählung der Klientin, die nicht durch Informationsfragen unterbrochen werden sollte, weil alles, auch die Unklarheit einer Erzählung selbst, schon zur phänomenalen Bewandnis gehören kann.⁷ Alles, was die Traumerzählung enthält, entspricht exakt den situativen Symbolisierungsmöglichkeiten in Hinblick auf die im Traum enthaltene organismische Erfahrung. Der **Traumstimmung** sollte immer Beachtung geschenkt werden, denn die Stimmung, in der ein Geschehen sich ereignet, konstituiert dieses Geschehen phänomenologisch erst als eine existenzielle Erfahrung. Jeder intentionalen Bezogenheit eignet eine Grundstimmung, in der sich die gegenwärtige Welterfahrung realisiert. Auch im Wachen ist etwa das Betreten eines Raumes oder das Schwimmen in einem See eine ganz andere Bewandnis, je nachdem, ob es mit Angst oder Freude getan wird. Das, was es für mich bedeutet, gewinnt erst durch die Stimmung seinen Sinn, so wie die Noten auf dem Papier erst durch den gehörten Klang zur Musik werden. Was immer sich träumend ereignet, es kann erst zur existenziellen Bedeutung für die Träumerin werden, wenn sie davon innerlich bewegt wird. **In der Stimmung wird die ganze Verfasstheit der Träumerin in Bezug auf ihr traumhaftes Existieren deutlich.**

Wird die Traumstimmung nicht erinnert, so ist dies phänomenologisch als eine Symbolisierung innerer Distanz zu verstehen und zu respektieren. Die Stimmung des Traumes, die emotionale Bewegtheit kann verdrängt sein. Bildlich gesprochen: Die Musik wäre zu laut, wir dürfen daher nur die Noten sehen. Die intentionale Bezogenheit der Wiedererwachten zu ihrem Traum wäre dann die der Distanz und Abwehr in Bezug auf die Stimmung des Traumes.

⁷ In der phänomenologischen Betrachtung kann es keinen Mangel an objektiver Information geben und diese ist auch nicht das Ziel phänomenologischer Erkenntnis. Weil das Leben wesensmäßig so erscheint (gr.: *phainomei*), wie es in diesem Augenblick von sich aus erfahren werden kann, liegt die Erkenntnismöglichkeit in dem Sich-Öffnen-Können für das Begegnende. Gleiches gilt für den Traum. So ist etwa auch der Zeitpunkt eines Erwachens, Lücken in der Erzählung, das Fehlen emotionaler Beteiligung etc. eine Bewandnis des Geträumten und kein Mangel. Es kann sich darin auch schon eine wesenhafte Bedingung ausdrücken, unter der das Traumgeschehen überhaupt erst stattfinden konnte und begegnungsfähig wurde.

Im vorliegenden Traumgespräch ist es aber deutlich eine Stimmung des Grauens.

K: *... (längere Pause) ... und ... dieser Junge, der das gemacht hat, der ist irgendwie weiter frei herumgelaufen. Den habe ich irgendwie gesehen. Und ... (längere Pause) ... und ... (K. spricht plötzlich schneller:) Es ist nicht so, dass ich im Traum jetzt irgendwie daran gedacht habe, dass ich ihn jetzt anzeigen muss, sondern im Gegenteil es war irgendwer, den ich gekannt hab. Es war so, als hätte ich das verbergen müssen. Also, quasi, ich hab von dieser Tat und dem Ganzen gewusst, aber irgendwie war mir der ...*

Th: *Der war Ihnen irgendwie nahe ...*

K: *Genau, der ist mir irgendwie nahegestanden und deshalb habe ich es niemandem sagen können und ich habe nur diese grauenhafte Gewissheit gehabt, dass der das gemacht hat und das hat mich im Traum sehr bedrückt und ... ja ... (längere Pause) ...*

Dass jemand im Traum sehr nahe steht oder andererseits ganz fremd und unbekannt ist, braucht nicht als objektive Beschreibung der anderen Person verstanden zu werden. Der Andere im Traum ist stets auch derjenige, durch den mir etwas Bedeutsames zugesprochen oder vermittelt wird. Die Nähe oder Distanz ist nur eine der Bedingungen, unter denen diese Vermittlung geschieht. Die Botschaft des Traumes und ihr traumhafter Überbringer sind keine distinkten Entitäten, sondern gehören ein und derselben Erfahrung an: „Etwas Furchtbares geschieht und muss verborgen werden.“

Einerseits kann in dem **Schützen des Täters** durch das Verbergen ein Täterintrojekt repräsentiert werden und andererseits kann es sich auch um eine Repräsentation des dissoziativen Vorgangs der Verdrängung handeln. Ich lasse es unkommentiert, um den Prozess nicht zu steuern.

Th: *Mhm*

K: *Und irgendwie war es das auch schon.*

Th: *Mhm. Haben Sie Angst gehabt im Traum?*

K: *Nein.*

Th: *Es war keine Angst? Als Sie gesehen haben, wie das passiert ... das war ein anderes Gefühl. Was für ein Gefühl war das?*

Ich war überrascht, dass die Klientin keine Angst empfunden hat, habe es aber nicht weiter kommentiert.

K: *... (längeres Nachfühlen) ... Ich kann es nicht sagen. Es war mir unheimlich und es war grauenhaft.*

Th: *Hauptsächlich grauenhaft. Das ist das wichtigste Gefühl – dieses Grauen.*

K: *Das Grausame und irgendwie das Gefühl, dass man da hineingeraten ist in etwas, was man gar nicht will. Warum*

bin ich da Zeuge von so etwas geworden. Das will man gar nicht sehen eigentlich.

Th: *So etwas wollen Sie gar nicht sehen.*

K: *Nein*

Th: *Damit wollen Sie eigentlich gar nichts zu tun haben. (Ich respektiere den Wunsch der Klientin nach Distanz zum Geschehen.)*

K: *Ja, aber so gesehen bin ich aber Zeuge davon geworden und jetzt habe ich das Wissen darum und das macht es irgendwie ... wie wenn man so ein Paket ... wie wenn man von etwas weiß und es mit sich trägt aber eigentlich niemandem sagen kann, (Th:genau) weil man eine Person schützen muss. Oder so ähnlich. Ja, weil im Traum ist es ja so, dass ich die Person kenne.*

Th: *... und die müssen sie schützen ... aus irgendeinem Grund.*

K: *... (Pause) (ein innerer Zwiespalt wird spürbar)*

Th: *Es ist so, dass Sie dieser ganzen Geschichte gefühlsmäßig viel zu nahe sind. Nicht? Sie fühlen sich da irgendwie hineingezogen. Das ist viel zu nahe.*

K: *Ja, eigentlich habe ich es hautnah miterlebt.*

Th: *Hautnah ... so haben Sie es miterlebt.*

K: *Von meiner Beobachtung war es nicht weit weg, sondern höchstens ein paar Meter. Also jetzt im Traum.*

Eine Assimilation des dissoziierten Inhalts im Bewusstsein kündigt sich darin an. „Jetzt“ und „im Traum“ ist eigentlich ein Widerspruch, der verständlich wird, wenn die Kommunikations- und Bedeutungsebenen a) Traumgeschehen und b) Therapieprozess als überlagert verstanden werden.

Th: *... ein paar Meter ...*

K: *Es war nicht weit weg, aber ich hab die Person nur von hinten gesehen. Ich habe nicht sein Gesicht gesehen ... (Pause)*

Allein durch die wertschätzende, geduldige Begleitung der Träumerin hat sie sich einer wesentlichen Bewandnis angenähert. Ich musste nichts den Traum selbst Betreffendes dazu tun. In einem Traumgespräch kann man manchmal deutlich spüren, wie die Person von ihrer Aktualisierungstendenz über das Empfinden in das Verstehen geführt wird. Es ist nicht angebracht, besonders einfallsreich zu sein und eine schlüssige Deutung oder Interpretation zu liefern, um dem Traum einen scheinbaren Sinn zu geben. Selbst wenn sich eine schlüssige Deutung dem Verstand aufdrängt, was häufig der Fall ist, sollte sie immer hinter die Förderung des Prozesses zurücktreten. Die Person steht in der personzentrierten Traumarbeit im Fokus, und nicht der Traum.

Im vorliegenden Gespräch ist es zuerst das Gefühl eines Grauens, das sich ihr über den Traum zuspricht. Wir wussten beide nicht, was es mit diesem Grauen des Traumes wirklich auf sich hat. Aber es deutet sich bereits eine Stellungnahme

an, die nicht mehr abwehrend und verdrängend ist, sondern auf beginnende Integration eines geschehenen Traumas hinweist. Es ist im Wesen der Dissoziation enthalten, dass es ein inneres Wissen um das Geschehene gibt, das jedoch nicht beliebig repräsentierbar ist (vgl. van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008, S. 68 u. 163 ff.) Im Traumgespräch kann die Klientin an den Rand des Erfahrungshorizontes gehen und Elemente ihrer traumatischen Erfahrung einfließen lassen, ohne sich dessen voll bewusst zu werden. Es ist „ein Wissen, das sie niemandem direkt sagen kann“ (s. o.), nicht einmal sich selbst. Es ist sinnvoll, im Gespräch auf diese Nuancierungen zu achten, in denen die Person beginnt, Aspekte des Traumas zuzulassen, ohne dass es ihr vollständig bewusst ist: In etwas (träumend) „hautnah“ hineingeraten zu sein, das furchtbar ist, gehört aber nunmehr zur repräsentierbaren Erfahrung und darf als solche im Selbst anwesend bleiben. Die sensorische Erfahrung der Haut als Körpergrenze der Klientin ist hier ebenfalls thematisiert.

„Zeuge zu werden von etwas, das man nicht sehen will“ ist die kognitive Überschreitung einer Grenze und eine Bedingung des Traumas selbst. Die soziale Bewandnis selbst bleibt aber noch verborgen, um den Erfahrungshorizont nicht zu überschreiten. „Ich habe nicht sein Gesicht gesehen.“

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass eine explizit „aufdeckende“ Interpretation hier im besten Falle kontraindiziert und auch völlig unnötig ist; schlimmstenfalls würde eine forcierte Konfrontation mittels einer sog. „Traumdeutung“ zur Destabilisierung und Dysregulation der Gesamtpersönlichkeit führen und den therapeutischen Prozess verhindern.

Th: *Mhm ... und wenn Sie jetzt raten müssten, ja, warum der das macht ... warum, glauben Sie, macht er das? Wenn Sie raten müssten.*

Mit dieser Aufforderung versuche ich ein bisschen Raum für die Klientin zu bewirken, in dem sie sich spielerisch weiter damit beschäftigen kann, weil ich ihr damit helfen will, die Erfahrung in einer inneren Balance zu halten. **Sich vertiefen können und auf Distanz bleiben, soll beides möglich sein.** (Um nicht gegen ihren Willen „in etwas hineingezogen zu sein“.) Dies war jedoch unnötig, wie sich gleich zeigt, weil sich die Klientin sicher genug fühlte, weiter in die Erfahrung hineinzugehen.

K: *Mhm ... (Pause) ... also gut, ich rate jetzt ... Ich bin eigentlich schon weiter als raten, weil ...*

Th: *Wie Sie wollen.*

K: *Es ist so (spricht schneller und überzeugt), dass natürlich klar ist: die eine Person ist älter, die andere ist ein Kind. Ein Kind kann sich nicht wehren, das kann ich drangsalieren, aber damit es den Mund hält, muss ich es umbringen, weil sonst sagt*

es das jemandem. Das ist meine Interpretation, jetzt einmal so ... warum er das tut.

Th: *Er tut das und dann muss er das Kind eben töten als Konsequenz.*

K: *Ja, als Konsequenz. So sehe ich das, ja. Weil er nicht anders kann. Weil sonst würde er auffliegen.*

Th: *Und um die Spuren völlig zu verwischen ...*

K: *... kocht er das auch noch ein. Dass das sich irgendwie in einen Stoff auflöst.*

Th: *Mhm. Eine völlige Auslöschung dieses ganzen Geschehens.*

K: *Genau, wie wenn ich das Geschehen völlig aus der Welt ... Wenn ich jemanden umbringe und ich lass es da liegen, dann findet es ja irgendwer. Genau, das ist nämlich der springende Punkt, dieses völlige Auslöschen der Geschichte. Dieses nicht nur Tot-machen, sondern ... das, was tot ist, hat ja auch noch einen Körper und den Körper muss ich auch noch zerstören. Also ich kann ihn verbrennen, aber in meinem Traum ... aber, ich glaube, er hat ihn eh verbrannt, aber die Asche hat er noch verkocht, damit nichts mehr davon übrig bleibt.*

Diese Beschreibung des Auslöschungsvorgangs widerspricht der ersten in der ursprünglichen Traum Erzählung (zerstückeln vs. verbrennen). Dies geschieht sehr oft, besonders bei belastendem Traummaterial, und wurde schon von Freud als „sekundäre Bearbeitung“ bezeichnet, diese soll „... die Bedeutung des eben Erlebten herabdrücken und die Duldung des Weiteren ermöglichen.“ (Freud, 1900/1982, S. 470). Das Geschehen wird gewissermaßen sowohl vom schlafenden, als auch vom wachen Selbst redigiert und entschärft. Ich habe aus diesem Grund seit jeher die Angewohnheit, Träume wörtlich mitzuschreiben.

Th: *Mhm ... aus der Wirklichkeit verschwinden lassen.*

K: *Ja ...*

Die phänomenologische Bewandnis: Ein Kind wird missbraucht und anschließend werden die Spuren der Tat so verwischt, dass das Ereignis ganz aus der Wirklichkeit verschwindet. „Der Wirklichkeitsgrad bestimmter innerer und äußerer Reize kann sich verändern. Was wir als im Augenblick mehr oder weniger wirklich ansehen, hängt von dem ab, was uns in einer konkreten inneren und äußeren Umgebung als das ‚Adaptivste‘ erscheint.“ (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008, S. 199). Die **Realitätswahrnehmung** unterliegt im Konflikt immer dem Bedürfnis nach Erhaltung der konsistenten Selbststruktur (vgl. auch Rogers, 1959/1991, S. 52 f.).

Darüber hinaus kann das, was die Klientin hier im Zusammenhang der erinnerten Traumhandlung ausspricht („aus der Wirklichkeit verschwinden lassen“), genauso als eine (unbewusste) Beschreibung der Verdrängung einer Erinnerung aus

dem Bewusstsein verstanden werden. Es wäre also möglich, dass an dieser Stelle die **Kommunikation auf zwei Bedeutungsebenen** gleichzeitig stattfindet: einerseits die Ebene der Traumhandlung und andererseits die der Selbsterfahrung in Hinblick auf die biografische Traumgeschichte.

Th: *(Pause) ... Und warum hat er ihn missbraucht – aus sexuellen Motiven?*

Ich gehe hier einen kleinen Schritt weiter in die Richtung der Konkretisierung des Inhaltes, wahrscheinlich intuitiv als Gegenaspekt zum Verschwinden-Lassen.

K: *Ja ... mein Gedanke ... das würde ich sagen ... ich hätte keine andere Idee aus dem Traum heraus.*

Th: *Mhm ... (lange Pause) ... Was erscheint Ihnen besonders rätselhaft an dem Traum?*

K: *... (lange Pause) ... Mhm ... (minutenlanges Schweigen)*

Th: *Das ist schwierig irgendwie ...*

Im Vertrauen auf den inneren Prozess, in dem sich die Klientin während der Traumarbeit befindet, ist auch ein längeres Schweigen als innerer Suchvorgang zu sehen, der wichtig ist, weil sie während des Schweigens genau prüft, was wirklich als Erfahrung repräsentierbar ist und was nicht. Phänomenologische, existenzielle, experienzielle und personenzentrierte Arbeit mit Klienten ist immer „bottom-up“, also geleitet von der direkten Erfahrung der Klientin oder des Klienten und nicht von der Deutung oder Erklärung. Hier schweigt die Klientin lange, einfach um bei sich zu bleiben, um sich durch meine („top-down“) Ablenkung nicht stören zu lassen.

Ich bin mit der Frage nach dem Rätselhaften deutlich von der phänomenologisch-personenzentrierten Arbeit abgewichen, weil die Klientin bisher nie über irgendeine Rätselhaftigkeit gesprochen hat, die ich nun hätte aufnehmen können. Es wäre wahrscheinlich besser und ehrlicher gewesen, über eine Rätselhaftigkeit zu sprechen, die in mir selbst in diesem Moment bestanden hat. Das hätte den Prozess wahrscheinlich nicht gestört, sondern ihn vielleicht begünstigt. So wird die Frage aber abgewiesen und es zeigt sich glücklicherweise, dass die Klientin sich in ihrem inneren Prozess dadurch nicht beirren lässt:

K: *Mhm. Ich finde das gar nicht so rätselhaft irgendwie. Ich denk mir, was könnte rätselhaft sein, aber es ist irgendwie fast so sonnenklar.*

Th: *Es ist eigentlich umgekehrt. Es ist so klar.*

K: *Ja, es ist nämlich so, dass der Typ, der das gemacht hat, wahnsinnig abgeklärt sein muss.*

Th: *Über den Dingen steht der.*

K: Weil sonst kann man das doch gar nicht machen.

Th: Mhm ... ein kaltblütiger Mensch?

K: Ja

Th: Okay. Berechnend und kaltblütig.

K: Ja.

Th: Okay ... (Pause) ... Ist das ein kalter Hass, oder ist das gar kein Hass? Ist das so eine Gleichgültigkeit?

K: Also der, der das gemacht hat ist eher ... mhm ... (Pause) Das ist keine Gleichgültigkeit. Es ist kein Hass. Es ist so etwas, was er tun muss, weil anders geht es nicht.

Th: Der macht das, weil er es muss.

K: Ja.

In den Äußerungen der Klientin ist eine Entschiedenheit und Entschlossenheit zu spüren, von der ich nicht wusste, was sie zu bedeuten hat. Ich habe aber mein Unverständnis nicht thematisiert, weil es für den Prozess keine Rolle spielt. Ich habe es lediglich empathisch beantwortet, indem ich das „Müssen“ aufgenommen habe.

Th: Aus einem inneren Motiv.

K: Mhm.

Th: Aus einem Trieb – ein Triebtäter kann man fast sagen.

Ich nehme damit vorsichtig das Motiv des Missbrauchs aus der ursprünglichen Traumerzählung auf.

K: Genau ... Es ist nicht so, dass er den hasst, das Kind,

Th: ... der hasst das Kind gar nicht ...

K: ... es hat nicht so ausgesaut. Aber um sich selbst zu schützen, hat er den dann umgebracht.

Th: Das ist konsequent, wie Sie vorher gesagt haben.

K: Genau.

Th: Mhm ... (lange Pause).

Die Klientin scheint sich in gewisser Weise wieder mit dem Motiv des Täters zu identifizieren.

Sie bringt überraschend viel Verständnis für die Notwendigkeit auf, das Kind als Opfer und Zeuge zu vernichten.

Der Grund bleibt vorerst unklar. Es könnte sich wieder um ein posttraumatisches Täterintjekt handeln (Schützen des Täters), um die Repräsentation der Notwendigkeit der Verdrängung des Traumas (Schützen des Selbstkonzepts) oder beides gleichzeitig in einer Überlagerung. **Kann es sein, dass die Traumhandlung entsteht, um eben dieses radikale Sich-Schützen-Müssen in jeder Hinsicht zuzulassen?**

(Auslassung aus Gründen der Anonymität)

Th: Es gibt niemanden, den Sie auch nur ansatzweise so schützen würden.

K: Ja, genau

K: ... (minutenlange Pause) ... **Jetzt** bin ich in diesem Traum die Zeugin eines Verbrechens geworden und könnte es eigentlich auch aufdecken.

Mit dem „Jetzt“ ist wieder unbewusst zweierlei angesprochen – einerseits die Traumhandlung selbst und andererseits die Gegenwart des Therapiegesprächs, in der die Klientin Zeugin ihrer eigenen traumatisierten Verfasstheit geworden ist und es einen dissoziierten Inhalt gibt, der aufgedeckt werden könnte. Ich gehe darauf vorsichtig ein und sie bestätigt die **Doppeldeutigkeit**.

Th: Andererseits meinen Sie ... Sie könnten es aufdecken. Aber das tun Sie nicht im Traum. **Jetzt** fällt es Ihnen ein.

K: Im Traum habe ich es nicht getan. Aber jetzt im Nachhinein.

Th: **Jetzt** fällt es Ihnen ein, dass es diese Möglichkeit auch gegeben hätte. Das heißt, Sie sind irgendwie in der Entscheidung gewesen, im Traum irgendwie zur Mittäterin zu werden, oder es irgendwie aufzudecken. Kann man das so sagen?

K: Ja.

Th: In dem Traum sind Sie zur Mittäterin geworden.

K: Ja, in erster Linie schon. Weil im Traum war es so. Alles andere sind meine Interpretationen, die später gekommen sind.

Th: Haben Sie schon einmal den Impuls gehabt, jemandem etwas anzutun?

Mit dieser Frage hebe ich den empathischen Kontakt zur Klientin auf und weiche von ihrer narrativen Spur zum dissoziierten Inhalt ab. Ich gehe aus der Dynamik der Traumerzählung heraus und stelle eine Frage, die sie auf einen Suchprozess in ihre Vergangenheit hin orientiert. Ich spreche damit aber nicht die traumatisierte Person an und unterstütze sie, sondern rufe das autobiografische Gedächtnis der funktionalen „Alltagsperson“ auf. Ich tue dies als unbewusste Abwehr, möglicherweise um die Klientin oder mich selbst vor Vertiefung und dem Entstehen von starken Affekten zu schützen. (Eigene, inkongruente Anteile können immer im Spiel sein und die Arbeit beeinflussen, ohne dass es bemerkt wird.) Es zeigt sich aber wieder, dass die Klientin sich von ihrer Spur nicht ablenken lässt und den Prozess weiterführt, indem sie ganz an der (emotionalen) Realität des Traumes bleibt.

K: ... (lange Pause)... außer im Traum nicht.

Th: Im Traum schon.

K: Im Traum wollte ich schon ein paar Leute erschlagen.

Th: Wollten Sie oder haben Sie?

K: Habe ich.

Th: Da hätten Sie gar niemand anderen dazu gebraucht. Das hätten Sie auch ganz alleine zusammengebracht.

Damit spreche ich die oben stattgefundene Identifikation mit dem Täter noch einmal an. Es scheint so zu sein, dass die Klientin zwischen diesem geträumten Gewalttätigsein in der Identifikation mit dem Täter und der Zeugenschaft eines Gewaltopfers hin und her wechselt.

K: Ja.

Th: *Mhm, mhm ... (Pause) ... und jetzt zurückblickend, was glauben Sie, warum Sie damals im Traum jemanden erschlagen haben?*

K: *Das waren verschiedene Träume. Ich hatte mal einen Traum, da bin ich auf einer Türschwelle gestanden und da war jemand, der mich bedrängt hat. Aber den habe ich gar nicht erschlagen. Aber es geht immer darum dass mir jemand sehr sehr nahe kommt ...*

Th: ... *körperlich* ... (Ich nehme damit empathisch das zuvor gefallene „hautnah“ wieder auf.)

K: ... *körperlich genau, und ... der Person an der Türschwelle habe ich ins Gesicht gebissen. Keine Ahnung, wie ich das gemacht habe. Und dann hat es Personen gegeben, die habe ich mehrere Male mit einem Vorschlaghammer zertrümmert.*

Th: *Das Gesicht?*

K: *Ja, und einfach so lange draufgehaut, bis ich der Meinung war, da regt sich nichts mehr.*

Th: *Weil Sie so eine Wut gehabt haben?*

K: *Nein, weil ich so eine Angst gehabt habe.*

Zum ersten Mal im Traumgespräch thematisiert die Klientin Angst; auch wenn sie sich dabei auf einen anderen Traum bezieht. Die Angst, die in dieser Traumerfahrung erlebt wurde, ist aber ein überwältigender Affekt und führt im Traum zu einer extremen Reaktion. Ein radikales Sich-zur-Wehr-Setzen zur Beseitigung einer akuten Bedrohung durch die Auslöschung eines Täters ist in diesem Traum möglich. Auch daraus wird verständlich, dass das Trauma dissoziiert bleiben muss, solange die Klientin nicht in einer langsamen Annäherung an die dissoziierten Inhalte und die „vehementen Affekte“⁸ diese Schritt für Schritt assimilieren kann und sich dadurch der Weg zu einem funktionaleren Sich-Wehren öffnet. Die Annäherung an die ursprüngliche Emotionalität der traumatischen Erfahrung geschieht in der personenzentrierten Therapie jenseits einer systematisch konfrontativen Vorgangsweise, wie sie andernorts anklingt.⁹ Nur der unbedingte Vorrang der begegnenden Person vor den zu entdeckenden Inhalten oder zu erreichenden Zielen schützt das therapeutische Klima vor

⁸ vgl. van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008, S. 21.

⁹ „Eine geführte Synthese ist die systematische (abgestufte) Konfrontation (Exposition) der Persönlichkeitsanteile mit traumatischen Erinnerungen, wobei erneute Dissoziation und Vermeiden verhindert werden müssen.“ (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008, S. 391).

Verletzung und die Klientin vor situativer Überforderung oder inkongruenter Entwicklung. Die personenzentrierte Grundhaltung¹⁰ genügt auch in der Arbeit mit traumatisierten Menschen, wenn sie sorgsam durchgehalten wird. „Wenn diese personenzentrierte Seinsweise in der Psychotherapie gelebt wird, führt sie zu einem Prozess der Selbstexploration und Selbstentdeckung beim Klienten und in der Folge zu konstruktiven Veränderungen in Persönlichkeit und Verhalten. Wenn der Therapeut diese Bedingungen in der Beziehung lebt, wird er zum Begleiter des Klienten auf dieser Reise zum Innersten des Selbst.“ (Rogers, 1986/1998, S. 243)

Th: *Wovor?*

K: *Vor der Person.*

Th: *Was war mit der Person, dass sie Ihnen so eine Angst gemacht hat?*

K: *Ich weiß es nicht; sie ist mir zu nahe gekommen. Sie hat mir Angst gemacht und ich habe gewusst, die tut mir irgendetwas und vor lauter Angst habe ich sie umgebracht.*

Th: *Sie wissen nicht genau, was sie getan hätte, aber Sie haben gespürt, das ist eine irrsinnige Gefahr.*

K: *Genau. Es ist eine irrsinnige Gefahr und in dem Moment kann ich der Gefahr nur enttrinnen, wenn ich aktiv werde.*

Th: *Wenn Sie zuschlagen.*

K: *Ja ja. Wenn ich aktiv werde.*

In der genauen Analyse des Gesprächs kann man sagen, dass die Klientin hier die Notwendigkeit des „Zuschlagens“ auf meine Frage hin nicht bestätigt, sondern die Notwendigkeit „aktiv“ zu werden. Daraus wird einmal mehr deutlich, dass es keineswegs um eine Destruktivität der Klientin geht, sondern um die Aktualisierungstendenz. Es handelt sich um „gutartige“, defensive und notwendige Aggression, die im Dienste der Abwehr von Bedrohung sowie der Integration und Entfaltung steht (vgl. Fromm, 1977, S. 26).

Th: *Wenn Sie etwas tun. Das ist eine Notwehrreaktion eigentlich. Kann man sagen?*

K: *Mhm. Ja. Also, so unweit ist dieser Traum, den ich jetzt gehabt hab, gar nicht, denn der hat auch dieses Kind erschlagen, auf die Art und Weise, wie ich es auch schon gemacht habe. Nur dass er den dann auch noch irgendwie verkocht hat.*

Th: *Okay ... In dem Traum, den Sie jetzt hatten, gibt es eine ähnliche Gewalt.*

K: *Ja, von der Intensität auf jeden Fall. Nur dass ich das eben beobachtet hab.*

¹⁰ Bedingungslose positive Beachtung des Klienten, Kongruenz des Therapeuten und empathisches Einfühlen (vgl. ausführlicher z. B. Rogers, 1959/1991, S. 40 f.).

Th: *Und dass es keine Notwehr war.*

K: *Nein, es war keine Notwehr.*

(Pause)

Die Pause entsteht, weil ich unempathisch eine Differenzierung der ethisch gerechtfertigten Notwehr als positive Bewertung einführe, die die Klientin nicht braucht. Dadurch wird der Prozess gestört und die Pause ist entstanden. Daher versuche ich dann wieder den Kontakt zur Klientin über die Emotionalität herzustellen.

Th: *Hat Sie der Traum beunruhigt?*

K: *Ja, schon, es war unangenehm.*

Th: *Wissen Sie, was mir auffällt? Sie haben zweimal gesagt, dass es männliche Personen sind. Glauben Sie, dass es eine Rolle spielt, dass es männliche Personen sind?*

K: *... (lange Pause) ... Ja. Ich meine, das, was sich so durchzieht, ist, dass es eine männliche Person ist, aber ich kann das Gesicht nicht erkennen.*

Th: *Aber das Opfer ist männlich?*

K: *Ja, ich glaube schon.*

Th: *Das ist auch nicht so klar.*

K: *Es ist nicht ganz klar, aber ... es ist insofern für mich klarer, weil ... ich muss überdurchschnittlich viel Kraft aufbringen, um denjenigen zu bändigen. Also, wenn das eine Frau wäre, dann hätte ich ...*

Th: *Von welchem Traum sprechen Sie jetzt?*

K: *Ganz allgemein. Von all meinen Gewaltträumen.*

Th: *Verstehe.*

K: *Da hätte ich das Gefühl, dass es nicht so martialisch ablaufen würde und dass ich auch nicht so ...*

Th: *Weil Sie eben so viel Kraft aufwenden und weil es eben so zugeht, haben Sie das Gefühl, das sind männliche Angreifer oder männliche Personen, die Ihnen zu nahe kommen.*

K: *Ja ... also ...*

Th: *Sie sind da so vorsichtig jetzt.*

K: *Ja, weil Sie gemeint haben, es könnte auch eine Frau sein.*

Th: *Das habe ich nicht gesagt.*

K: *Aber egal. Ich hab mir gedacht, ich bin mir ziemlich sicher, dass ich im Traum von einer männlichen Person ausgegangen bin. An das denke ich jedenfalls.*

Th: *Ja, okay.*

Hier wird deutlich, dass es für die Klientin tatsächlich wichtig ist, dass der Angreifer männlich war und sie sich darin sehr sicher ist und darauf besteht, obwohl sie am Anfang des Gesprächsabschnittes diesbezüglich etwas vage war. Scheinbar gelingt es hier im Gespräch trotz meiner gelegentlichen Abweichung von der personenzentrierten phänomenologischen Grundhaltung, dass der Prozess in Gang bleibt. Daher vertieft sie nun von sich aus

abermals die Exploration traumatischer Erfahrungen und Gefühle. Dies ist für die Klientin die günstigste Voraussetzung, um im therapeutischen Prozess dissoziierte Selbstanteile weiter assimilieren zu können. Ein von außen forciertes Vorgehen, um schneller an „pathogene Kerne“ (vgl. van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008, S. 63) heranzukommen, ist unsicher, weil die in jeder Traumatisierung geschehene Überschreitung eigener mentaler oder/und körperlicher Grenzen und Möglichkeiten sich in der Therapie auf diese Weise wiederholen kann und nicht nur den Prozess zum Erliegen brächte, sondern auch zu einer Re-traumatisierung führen könnte.

K: *... (Pause) ... Mein erster Gewalttraum, den ich hatte, der schon viele Jahre zurückliegt, aber ich kann mich immer noch gut erinnern, da habe ich, ... da war es wirklich so, dass ich zuhause war, also ich ..., und irgendwie eine Auseinandersetzung. Ich weiß nicht mehr, um was es gegangen ist, aber auf jeden Fall habe ich meinem Vater den Kopf abgeschnitten, ich weiß nicht mehr, mit was, vielleicht mit einer Hacke, und den habe ich ins Auto auf den Rücksitz gelegt und bin davongefahren. Das war mein erster gewalttätiger Traum, den ich gehabt habe, mit 25 oder so.*

Th: *Und das ist auch nicht so rätselhaft bei der Beziehung zu Ihrem Vater – bei allem was sich ereignet hat und was Sie empfunden haben. Das ist verständlich ...*

K: *Ja genau.*

Th: *Hat dieser Traum mit dem, den Sie heute erzählt haben, irgendetwas zu tun emotional? Gibt es da eine Verbindung?*

K: *... (lange Pause) ... Ja ... ich weiß nicht. Es ist nicht so klar. Aber es ist irgendwie so: Mein Vater würde mir bei der ganzen Aktion auch einfallen.*

Th: *Mhm. Erzählen Sie mal.*

K: *... einfach weil ... ich weiß nicht ... weil ich ihn für einen skrupellosen Menschen halte.*

Th: *Sie halten Ihren Vater für einen ganz skrupellosen Menschen.*

K: *ja eigentlich ... nein, eigentlich für so einen Perversling ... irgendwie so einen ... er ist so einer, dem man es gar nicht ansieht und von dem man auch gar nicht weiß, was er tut. Niemand weiß es eigentlich. Niemand weiß es.*

Hier kommt die Klientin auf den sexuellen Gehalt in der Repräsentation des Vaters, der mit der Traumatisierung assoziiert ist. Natürlich fällt einem schon früher im Verlauf des Gespräches die Möglichkeit eines sexuellen Traumas ein. Aber es wird nichts dabei gewonnen, die vermeintliche Abkürzung einer Deutung zu nehmen. Auch wenn sie stimmen sollte, kann es falsch sein, sie zu geben. Nur das, was die Klientin in der Therapie erstmals durch bedingungslose positive Beachtung und Selbstbeachtung voll erfahren kann, das kann sie sich im Reintegrationsprozess auch aneignen (vgl. Rogers, 1959/1991,

S. 55 f.). Die Klientin soll die Gelegenheit haben, selbst den Weg zu bestimmen, auf dem sie sich der belastenden Erfahrung annähert. Sie braucht die Erfahrung, dass es möglich ist, sich dem gefährlichen Leben wieder zuzuwenden. Ihr Selbst soll in der sicheren Atmosphäre der Therapie so beweglich werden, dass es nicht zu erstarren braucht, wenn eine bedrohliche Erfahrung im Horizont des phänomenalen Feldes erscheint und der eigene Bewertungsprozess wieder die Grundlage der Verhaltensregulierung werden kann (vgl. Rogers, 1959/1991, ebd.).

Th: *Mhm.*

K: *... aber er kann es so gut verbergen.*

Th: *Mhm.*

K: *... und deswegen muss ich trotzdem an ihn denken.*

Th: *... weil er es so gut verbergen kann. Und der Typ im Traum kann auch alles so gut verbergen und alles verwischen.*

K: *Ja.*

Th: *Mhm.*

K: *(Pause) Ja, genau so.*

Th: *Ganz genau so.*

K: *Ja. Deswegen würde es mich auch gar nicht wundern, wenn er das gemacht hätte. Mich würde es nicht wundern. Wenn das wirklich passiert wäre ...*

Th: *Wenn das gar kein Traum wäre, meinen Sie.*

K: *Ja, wenn das wirklich passiert wäre, würde es mich gar nicht wundern. Ich würde sagen: „Ja, das traue ich ihm voll zu.“*

Th: *Okay. Das trauen Sie ihm sogar zu.*

K: *Ja ... (lange Pause)*

Die Annäherung an den Erfahrungshorizont und die mentalen Inhalte der möglichen Traumatisierung werden in der Regel gefürchtet, weshalb auch der Gedanke, dass das Fürchterliche tatsächlich geschehen sein könnte, oft abgewehrt wird, weil er die Gefühle evozieren könnte, die das Selbstkonzept bedrohen. „Der (traumatisierte, Anm. d. Verf.) Patient erlebt möglicherweise nicht nur eine Affektphobie, sondern auch eine Phobie bezüglich Gedanken, Bedürfnissen, Wünschen und Phantasien sowie eine Phobie bezüglich Körperempfindungen.“ (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008, S. 348). **Hier ist die Klientin jedoch in der Lage, die Möglichkeit einer derartigen Realität im Bewusstsein voll zu repräsentieren.**

Th: *Würden Sie ihn auch in Schutz nehmen?*

K: *Nein ... Ich würde ihn umbringen.*

Th: *(erstaunt) Sie würden ihn umbringen?*

K: *(hell) Ja, jetzt habe ich so ein Gefühl, ja.*

Th: *Aha. Anders als im Traum haben Sie jetzt so eine Wut auf ihn.*

K: *Genau. Ja. Eigentlich habe ich jetzt eine Wut auf ihn. Aber es ist irgendwie ... (lange Pause) ... es ist so unrealistisch, dass man diese Wut rauslässt ...*

Th: *Mhm ... Sie sind da mit reingezogen im Traum. Da haben Sie das Gefühl mit reingezogen zu sein.*

Ich nehme hier die Empfindung der Klientin wieder auf, die sie am Beginn des Traumgesprächs geäußert hat. (K: „... irgendwie das Gefühl, dass man **da hineingeraten ist** in etwas, was man gar nicht will.“) Ich beziehe mich hier auf **drei Erfahrungsebenen** der Klientin gleichzeitig: die Erfahrung a) der Traumhandlung, b) der traumatischen Erfahrung in ihrer Biografie und c) der Wut in der gegenwärtigen Situation. Damit werden der Distanzwunsch und die Abwehr, aber auch die Erfahrung der Wut als neuer emotionaler Qualität gleichzeitig positiv beachtet. Sie kann sich entscheiden zur Abkehr von dieser Erfahrung, weil sie ja träumend gegen ihren Willen hineingezogen wurde, oder zur Aufrechterhaltung der Repräsentation und damit zur weiteren Aneignung der Erfahrung.

K: *Ja, ich glaube, dass ich in diese Familiengeschichte da irgendwo mit reingezogen worden bin. Ja, das verfolgt mich irgendwie.*

Th: *Also egal, was der Vater konkret gemacht hat, in die Familiengeschichte sind Sie auf jeden Fall hineingezogen worden. Könnte man sagen, es war eine grausige Familiengeschichte?*

Ich lasse durch dieses „egal“ eine gewisse Distanz zu der traumatischen Erfahrung zu, wahrscheinlich weil sich die Sitzung dem Ende nähert und ich für die Klientin einen erträglichen Abschluss vorbereiten will.

K: *Ja, es war eine grausige Familiengeschichte, die immer vertuscht worden ist.*

Th: *Mhm ...*

K: *... und wo immer alles unten gehalten worden ist. Und das war auch so. Das Gefühl trägt mich nicht. Sonst hätte ich nicht so ein Gefühl. Ich habe dieses Gefühl.*

Die Klientin bewertet die Situation nun ganz nach ihrem organismischen Erleben. Ich denke, dass diese Wendung ein Fortschritt ist, der in der Sitzung für die Klientin möglich wurde. Es war eigentlich zweierlei, was sie im Traum geschützt hat: sich selbst und den Täter. Nun aber schützt sie ihre erlebte Emotion vor dem „Vertuscht-Werden“ und das ist ihr wichtiger geworden als die Bewertungsbedingung, es nicht zu sagen.

Th: *Alles ist verborgen und unter den Teppich gekehrt worden. Mhm....(Pause) ...Da redet man nicht drüber ...*

K: *Nein ...*

Th: *Im Traum hatten sie so stark das Bedürfnis, ihn zu schützen. Das ist ein bisschen rätselhaft. Das können Sie im Moment in sich nicht finden ... einen Täter zu schützen ... Es passt nicht*

so rein ... Obwohl Ihre Schwester Ihnen öfter vorgeworfen hat, dass Sie die Familie zu stark geschützt haben, nicht? Den Vater eigentlich auch.

Ich bringe hier ein biografisches Wissen aus den vorangegangenen Therapiesitzungen mit herein, um ihr zu helfen, das Schützen des Täters im Traum, unabhängig von seiner psychodynamischen Bedeutung als Verdrängung, besser zu verstehen und integrieren zu können.

K: *Mhm. Ja. Das hat ja damit zu tun, dass ich eigentlich ... wie soll ich sagen ... das hat damit zu tun, dass sich da so eine Allianz aufgetan hat. Es hat meine Schwester gegeben und meine Mutter und mich. Und ich bin aber immer mit meinem Vater verglichen worden. Und das hat mich dazu gebracht zu sagen, dass die zwei doch nicht recht haben.*

Th: *Indem Sie den Vater beschützt haben, haben Sie sich gegen die Koalition Ihrer Mutter mit Ihrer Schwester gestellt.*

Es zeigt sich, dass die Klientin im Familiensystem dem Vater zugeordnet wurde und sich daher wahrscheinlich in einer andauernden konflikthaft-bedrohlichen Situation befunden hat, aus der es für sie keinen anderen Ausweg gab, als teilweise zur Verbündeten des Vaters zu werden.

K: *Im weitesten Sinne ja. Obwohl ich gewusst habe, dass er Täter ist. Aber auf der anderen Seite haben sie mich immer mit ihm verglichen. Also ist das irgendwie geschwunden. Ich habe mir gedacht, er ist trotzdem eine arme Sau, und deswegen muss ich ihn auch irgendwie ...*

Th: *... vor den Angriffen in Schutz nehmen.*

K: *Ja, genau.*

Th: *Ist das jetzt in letzter Zeit irgendwie aktuell gewesen? Hat Ihre Schwester in letzter Zeit einen Angriff auf Sie gestartet?*

K: *Nein, gar nicht ... gar nicht.*

Th: *Es kommt nur einfach noch einmal hoch.*

K: *Ja, es kommt einfach hoch, aber es hat natürlich damit zu tun, dass ich immer, wenn ich nur in die Nähe meines Elternhauses komme, dann kommen natürlich immer Gedanken hoch.*

Th: *Waren Sie jetzt in der Nähe des Elternhauses?*

K: *Ja, war ich. Ich war in NN.*

Situationsgebundene emotionale Erinnerungen und auch Flash-backs sind eine häufige Tatsache bei posttraumatischen Störungen. Sie wirken lange nach und können Albträume, Angst und depressive Verstimmungen auslösen. Oft empfinden traumatisierte Menschen auch starke Schuldgefühle darüber, dass sie solche Begegnungen oder Besuche nicht öfter oder mit herzlichen Gefühlen absolvieren können.

Th: *In dem Zusammenhang könnte der Traum stehen. Ihr Unbewusstes zeigt Ihnen, dass Sie noch sehr verwickelt sind in das Ganze, obwohl Sie versuchen sich fernzuhalten normalerweise.*

Was hier wie eine Deutung klingt, ist im Grunde genommen nur eine phänomenologische Kurzbeschreibung und Zusammenfassung des Gesprächsverlaufes, ohne ihn zu bewerten.

K: *Mehr oder weniger schon.*

Th: *Es kommt wieder, wenn Sie nahekomen.*

K: *Es kann wieder nahekomen ...*

Diese Aussage ist wieder auf zwei Ebenen bezogen: auf die Besuche bei den Eltern und auf die Vergegenwärtigung des vergangenen Traumas in der Psychotherapie. So kann die Antwort der Klientin auch zweifach verstanden werden: einerseits die Möglichkeit, von diesen Gefühlen wieder heimgesucht zu werden, und andererseits als eine Erlaubnis für die weitere Therapiearbeit.

Th: *Wir müssen jetzt schließen ... okay? Es war sicher aufwühlend für Sie.*

K: *Ja, schon. Aber ich trage den Traum jetzt schon eineinhalb Wochen mit mir herum und ... es ist nicht so, dass ich es wegtun kann.*

Th: *Ist das jetzt schwieriger geworden durch unser Gespräch, oder besser geworden? Oder ist es gleichgeblieben?*

K: *Hhm ... Das kann ich jetzt noch nicht sagen. Es ist einfach so, dass mir das Thema noch einmal zu denken gibt.*

Die Klientin ist jetzt wieder distanzierter und bereit, die Stunde zu beenden und ihren Alltag wieder aufzunehmen. Dass es ihr „... zu denken“ gibt, verstehe ich so, dass es jetzt wieder mehr eine Frage der kognitiven Bearbeitung des Inhalts ist als eine emotionale, und das war für mich stimmig.

Th: *Wir können das Thema das nächste Mal fortsetzen. Ich habe das Gefühl, dass das stark in Ihnen arbeitet.*

K: *Ja, genau. Okay.*

Schluss

Ich kann hier aus Platzgründen nicht über den Fortgang der Therapie, aus der dieses Gespräch stammt, berichten und auch tiefere Erklärungen sind an dieser Stelle nicht möglich. Der verschriftlichte Dialog sollte das Geschehen möglichst getreu wiedergeben und auf diese Weise die Traumarbeit mit dem Albtraum den Lesern und Leserinnen nahebringen. Ich gebe zu, dass beim Lesen des Textes in mir selbst an manchen Stellen der Eindruck entstanden ist, vielleicht nicht empathisch

genug gewesen zu sein und die Erfahrung der Klientin nicht genug vertieft zu haben. In der Therapiesituation selbst erschien mir jedoch die emotionale Tiefe als durchaus angemessen. Ich habe den gesprochenen Text nicht dahingehend ausgewählt oder redigiert, einen Clou, eine Wandlung oder einen besonderen emotionalen Durchbruch vorzuführen. Es wurde nicht geweint und kein großer Entschluss gefasst. Alles ist so geblieben, wie es gesprochen wurde, mit allen Unschärfen und Fehlern. Aber ich hoffe, dass dies doch etwas sichtbar machen konnte, nämlich dass der Prozess des Wachstums, der Entfaltung und der Integration verlässlicher und wirksamer ist als wir selbst, und auch dann langsam, aber stetig voranschreitet, wenn wir ein Mindestmaß an Kongruenz, Wertschätzung und Empathie aufbringen – trotz mancher Mängel, die wir vielleicht in die Begegnung einbringen.

Wenn im Wachen die Aneignung des Traumes als authentische Selbsterfahrung gelingt, kann auch ein weiterführendes, vielleicht deutendes Verständnis des Inhalts folgen. Wird ein Traum wertschätzend als eine authentische Erfahrung in der Therapie gehört, dann stellt allein schon seine bloße Erzählung eine Würdigung der Tiefenperson dar. Es ist ein Zugeständnis der Klientin oder des Klienten sich selbst gegenüber, mehr zu sein, als er oder sie über sich weiß, oder anders zu sein, als er oder sie über sich denkt. Schon dieses „das bin auch ich“ oder das „das gehört irgendwie auch zu mir, weil ich es geträumt habe“, erweitert das Selbstkonzept des Träumers oder der Träumerin. Darüber hinausgehend gibt sich im Offen-Sein und im Interesse für einen Traum andererseits auch der Therapeut oder die Therapeutin als ein Mensch zu erkennen, der die Ränder des Gewahrseins als bedeutsamen Ort der Erfahrung und Erkenntnis schätzt und zu erkunden bereit ist. Diese Haltung kann auch über die unmittelbare Psychotherapiesituation hinausgehend für die Lebenseinstellung der Klientin oder des Klienten sehr bedeutsam sein. Schließlich kann der Therapieraum ein Ort der Wandlung in dem Sinne sein, als in ihm eine Wendung des Blickes von der Peripherie des Erlebens auf den Bereich der inneren Erfahrung geschieht. Jedes personzentrierte Traumgespräch ist solcherart experienzielle Psychotherapie und trägt dazu bei, eine explorative, dem organismischen Erleben zugewandte Haltung zu verwirklichen und einzuüben und sie nach und nach als ungefährlich zu erfahren.

So ist die Traumarbeit immer beides zugleich: schlichte empathische Begleitung und kunstvolle Kommunikation in mehreren Bedeutungsebenen. Das gilt auch für den Albtraum. Es ist, als hätte die Nacht eine Botschaft an den Strand unseres Bewusstseins gespült. Wir bergen sie und versuchen sie zu verstehen. Wenn wir schließlich nach der Person zu suchen beginnen, die diese Botschaft geschickt hat, um ihr zu Hilfe zu kommen in ihrer Not, dann hat der tiefste Sinn des Traumes sich schon in uns erfüllt.

Literatur

- Baars, B. J. (1998). *Das Schauspiel des Denkens*. Neurowissenschaftliche Erkundungen, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Boon, S., Steele, K. & van der Hart, O. (2013). *Traumabedingte Dissoziation bewältigen*. Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Paderborn: Junfermann.
- Boss, M. (1975). *Es träumte mir vergangene Nacht*. Schübnungen im Bereiche des Träumens und Beispiele für die praktische Anwendung eines neuen Traumverständnisses. Bern: Huber.
- 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 Verlag.
- Damasio, A. (2013). *Selbst ist der Mensch*. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins. München: Pantheon.
- Flanagan, O. (1994). Hirnforschung und Träume. Geistestätigkeit und Selbstaussdruck im Schlaf. In Metzinger, Th. (Hrsg.), *Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie* (1995), Paderborn, München, Wien: Schöningh.
- Frankl, V. E. (1974/1988). *Der unbewußte Gott*. Psychotherapie und Religion. München: Kösel.
- Freud, S. (1900/1982). *Die Traumdeutung*. Studienausgabe Bd. II. Frankfurt/M.: Fischer.
- Fromm, E. (1977). *Anatomie der menschlichen Destruktivität*. Hamburg: Rohwolt.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (2004). *Somatoforme Dissoziation*. Phänomene, Messung und theoretische Aspekte. Paderborn: Junfermann.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst*. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen*. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Paderborn: Junfermann.
- Kunert, C. (R.) (1998). Gewalt im Traum. *Existenzanalyse, Zeitschrift der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse* 15. Jg., Nr. 1, 4–10. http://www.psychotherapie-kunert.at/meine_Person_files/gewaltimtraum-1.pdf [2. 12. 2014]
- Kunert, C. (R.) (1993). Traumsprache und Traumverstehen. In *Wertbegegnung. Phänomene und Methodische Zugänge*. Tagungsbericht der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, 6. Jg. (1991), Nr. 1 u. 2 (S. 201–219). Wien: Eigenverlag GLE.
- Koch, Ch. (2005). *Bewusstsein – ein neurobiologisches Rätsel*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. & Rosenberg, L. R. (2005). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1951: Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG [Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp.184–256). New York: Mc Graw Hill.]
- Rogers, C. R. (1986/1998). Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In: C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 238–256). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1980/1998a), Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und*

- Praxis* (S. 185–237). Mainz: Grünewald (Orig. erschienen 1980: Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock & A. M. Freedman (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. III (pp. 2153–2168). Baltimore: Williams & Wilkins).
- Rogers, C. R. (1957/1998b). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald (Orig. erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology* 21, 2, 95–103).
- Schmid, P. F. (1992). „Die Traumkunst träumt, und alle Zeichen trügen ...“ Der Traum als Encounter und Kunstwerk. In Schmid, P. F., Frenzel, P. & Winkler, M. (1992), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

„Das ist ein ernstes Thema für mich, wie Sie daran erkennen können, dass ich Spaß mache ...“

Überlegungen zum Lachen in der Personenzentrierten Psychotherapie

Petra Lichtenberger

Wien

Lachen spielt eine tragende Rolle in der zwischenmenschlichen Interaktion und kann als nonverbales Signal den therapeutischen Verstehensprozess fördern und die Beziehungsgestaltung beeinflussen. Der Artikel bietet Überlegungen zum Lachen und personenzentrierten Beziehungsangebot an und soll zur Reflexion eigener Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit anregen.

Schlüsselwörter: Lachen, Personenzentrierte Psychotherapie

“You can see that this is a serious topic for me, because I’m joking...” – Consideration about laughter in the personcentered psychotherapy. Laughter plays an important role in interpersonal interaction and can – as a nonverbal signal – support understanding within the therapeutical process and affect human relationship. The paper provides considerations about laughter and personcentered relationship and should inspire to reflect own experience in therapeutical work.

Keywords: Laughter, personcentered psychotherapy

„Ich halte das Lachen für eine der ernsthaftesten Angelegenheiten.“

Wilhelm Raabe

1 Einleitung

Ein Fallbeispiel:

Ein Klient beginnt seine Therapiestunden oft mit Späßen oder Witzen. Er besitzt eine sympathische Art und es ist für die Therapeutin leicht die Stunde mit ihm gemeinsam lachend zu beginnen. Während der Sitzungen nutzt er Humor und Lachen, um sich von seinen Gefühlen zu distanzieren und sie auf ein für ihn aushaltbares Maß zu reduzieren. Humor scheint eine Strategie für ihn zu sein, sich unangenehme Situationen zu erleichtern. Der Klient hat einen kreativen, wendigen Verstand und versteht es Details humorvoll zu überhöhen und Zusammenhänge prägnant darzustellen.

Tief in seinem Inneren fühlt er sich aber minderwertig, kann sich nicht vorstellen, dass er „so wie er ist, geliebt

werden kann“. Humor und Lachen sind seine Art von Beziehungsgestaltung und zielen darauf ab, es dem Gegenüber „angenehm“ zu machen und die eigene Beliebtheit zu steigern. Diese Strategien setzt der Klient nicht bewusst ein und auch die Therapeutin bemerkt anfangs nicht, dass sich hinter seinem Lachen andere Gefühle der Unsicherheit verbergen. Er braucht Humor, um Kontakt herzustellen und Interesse zu wecken. Würde die Therapeutin „nur“ mit dem Klienten lachen, würde sie seine Unsicherheit und Selbstzweifel unbeachtet lassen und die Verletzlichkeit des Klienten unterschätzen. Die Therapeutin muss einen Weg finden, den Humor des Klienten wertzuschätzen und gleichzeitig kundtun, dass seine Verletzlichkeit von ihr bemerkt wurde. Die Therapeutin spricht ihre Gefühle bezüglich des Lachens des Klienten achtsam aus und dem Klienten gelingt es daraufhin, sich der Funktion, die Humor und Lachen im Beziehungsaufbau für ihn haben, zuzuwenden. Er traut sich dabei auch seinen Wunsch „Ich möchte Ihr Lieblingsklient sein“ und die damit verbundenen Gefühle der Verliebtheit gegenüber der Therapeutin zu äußern. In der weiteren Therapie gelingt es durch Humor und Lachen, sich den Liebesgefühlen immer wieder ernsthaft zuzuwenden, dabei aber Gefühle der Peinlichkeit im Klienten möglichst klein zu halten. Der Klient und die Therapeutin haben gemeinsam gelernt, dass es besonders emotionale Themen sind, bei denen

Petra Lichtenberger, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis.
Korrespondenzadresse: Petra Lichtenberger, 1210 Wien, Leopoldauer Straße 16/1/4, E-Mail: p.lichtenberger@personenzentriert.at

der Klient zu „witzeln“ anfängt. Der Klient formuliert nun manchmal selbst, „ich muss da jetzt ein bisschen Spaß reinbringen, weil ich es sonst nicht aushalte“ oder „das ist ein sehr ernstes Thema für mich, wie Sie daran erkennen können, dass ich Spaß mache“.

Lachen ist ein komplexes Phänomen, wie man an diesem Fallbeispiel erkennen kann. Es ist ein angeborenes Verhalten der Menschen aller Kulturen und die Falldarstellung gibt uns bereits Hinweise auf einige seiner wichtigsten Eckpunkte: Die soziale, kommunikative und beziehungsgestaltende Komponente des Lachens, die enge Verbindung des Lachens zu unseren Gefühlen, sowie seine Beziehung zu inneren psychologischen Prozessen. Lachen spielt eine tragende Rolle in menschlichen Interaktionsprozessen und kann als nonverbales Kommunikationssignal Verstehensprozesse erleichtern und erschließen helfen.

Auf den ersten Blick ist Lachen ein alltägliches, gewöhnliches Phänomen und erst das genaue Hinsehen und Hinspüren öffnet unseren Blick für die Vielschichtigkeit und die individuelle Geschichte, die hinter einem Lachen stecken können. Ich möchte in diesem Artikel Lachen als wichtiges non-verbales Signal, das dem empathischen Verstehen dienen kann, in den Focus der Personenzentrierten Psychotherapie bringen und die Leserin¹ mit meinen Überlegungen zur Reflexion ihrer eigenen Erfahrungen mit Lachen in Klientinnenarbeit, Supervision und Selbsterfahrung anregen. Ich habe vor allem Lachen beleuchtet, das als förderlich oder hinderlich für die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess erlebt werden kann. Zur Unterlegung und Verdeutlichung meiner Gedanken verwende ich Transkripte aus Therapiestunden, Erlebnisberichte von Klientinnen und Falldarstellungen.

Meine Neugierde, mich mit dem Lachen in der Psychotherapie auseinanderzusetzen, ist aus meinen persönlichen Erfahrungen in meiner Ausbildungszeit und meiner Arbeit mit meinen Klientinnen entstanden. Ich hatte das Glück einen humorvollen Lehrtherapeuten zu wählen, mit dem sozusagen „gut lachen“ war und so durfte ich das Lachen in der Psychotherapie am eigenen Leibe in seinen unterschiedlichen Wirkungsweisen erfahren. Diese Erfahrungen haben mein Interesse daran geweckt, differenzierter zu betrachten, was Lachen im psychotherapeutischen Prozess bedeuten kann. In der Arbeit mit meinen Klientinnen fanden sich immer wieder Situationen des gemeinsamen oder auch alleinigen Lachens, die Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung deutlich machten. Lachen bietet die Möglichkeit, dass Resonanz, Verstanden-Werden, Akzeptanz

und persönliche Passung zwischen Therapeutin und Klientin ganz unmittelbar in der Beziehung erfahrbar werden – und dies nicht nur auf einer kognitiven und emotionalen Ebene, sondern auch auf einer sinnlich-körperlichen, da es sich beim Lachen immer um ein Körpergeschehen handelt und es einen starken Bezug zum Hier und Jetzt hat. Ein Lachen im falschen Moment oder an der falschen Stelle kann jedoch schnell zu einer Beziehungsgefährdung werden. Zu ergründen welche Motive, Funktionen und Gefühle hinter dem Lachen einer Klientin stehen, bedeutet, Lachen als Symbol zu verwenden, um den inneren Bezugsrahmen der Klientin besser kennenzulernen und sich achtsamer darin bewegen zu können.

Natürlich ist Lachen nur *ein* möglicher Indikator neben vielen anderen, Beziehungsqualität zu reflektieren und personenzentrierte Beziehungsgestaltung erfahrbar zu machen. Doch als non- und paraverbales Signal wirkt es sinn- und kontextstiftend für die verbale Inhaltsebene der therapeutischen Interaktion und bestimmt somit die Einordnung der Botschaft, den Verstehensprozess und die Beziehungsgestaltung maßgeblich mit. Deshalb halte ich es für wichtig, Lachen in den Blickpunkt der Personenzentrierten Psychotherapie zu bringen.

Es gibt bereits viele Fachbeiträge zum Thema Lachen in der Psychotherapie, doch liegt der Fokus meist auf Interventionen und Einsatzmöglichkeiten von Humor: Die Klientin soll zum Lachen animiert werden, um das Wirkpotenzial, das die Gelotologie, die Wissenschaft von den Auswirkungen des Lachens, beforscht und belegt hat, für die Klientin nutzbar zu machen und zu entfalten. Die Beiträge reichen von Humorleitfäden, über die Diskussion von geeigneten Humortechniken bis hin zu konkreten Vorschlägen für therapeutische Interventionen. Von dieser Zugangsweise anderer psychotherapeutischer Richtungen und dem daraus resultierenden Einsatz von Humor und Lachen in den Therapiestunden, möchte ich mich in diesem Artikel abgrenzen. Lachen und Humor werden dabei zur Methode, ich halte diese Vorgehensweise jedoch für nicht anwendbar im Rahmen einer Personenzentrierten Psychotherapie. Sie widerspricht in meinen Augen der Haltung der Non-Direktivität und kann auch mit der Kongruenz der Therapeutin in Konflikt geraten. Ganz wesentlich läuft die genannte Vorgehensweise auch meinen eigenen Erfahrungen und meinem Verständnis von Lachen und Humor in den Therapiestunden entgegen. Das Lachen, das mich interessiert, ist ein spontaner Ausdruck der Klientin und/oder Therapeutin und wird nicht herbeigeführt, um etwas in der Klientin zu verändern oder zu bewirken. Meiner Erfahrung nach entstehen Humor und Lachen ganz unmittelbar in der Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin, sie werden sozusagen aus der Situation heraus „geboren“, kommunizieren aber viel über lebensgeschichtliche Erfahrungen und Einstellungen, Kommunikationsstrukturen und die Art der Beziehungsgestaltung der Beteiligten. Es handelt sich beim Lachen

1 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verzichte ich auf eine geschlechterspezifische Differenzierung und verwende im Text ausschließlich die weibliche Form, wie z. B. „Leserin“, „Klientin“, „Therapeutin“, falls nicht von konkreten Personen gesprochen wird. Natürlich gilt die verwendete Form aber für beide Geschlechter.

also um ein wichtiges, non- und paraverbales Kommunikations- und Beziehungssignal, das Therapeutin und Klientin nutzen können, um zu einem tieferen Verständnis des therapeutischen Prozesses oder der therapeutischen Beziehung zu gelangen.

2 Lachen, Lächeln und Humor – Begriffsbestimmungen

Lächeln, Lachen und Humor sind stark miteinander verwoben. Lächeln kann in Lachen übergehen und umgekehrt. Lachen kann, *muss* aber nicht in einem humorvollen Kontext eingebettet sein. Zum besseren Verständnis möchte ich eine Erklärung dieser Begrifflichkeiten geben.

Lächeln wird „als eine beobachtbare Bewegung des Wangenhebe-Muskels (*Zygomaticus major*), einem Anheben der Mundwinkel“ (Bänninger-Huber, 1996, S. 4) definiert. Muskelbewegungen um die Augenpartie (Augenringmuskel, *Musculus orbis ocularis oculi*) bestimmen zusätzlich mit, ob ein Lächeln als „echt“ oder „aufgesetzt“ erlebt wird².

Lächeln kann Ausdruck von Freude, Zufriedenheit und Stolz sein und ist ein wirkungsvolles soziales Signal. Besonders bedeutsam ist das Lächeln in der frühen Eltern-Kind-Interaktion, das der Affektabstimmung und Verhaltenssteuerung dient. Doch auch in der Interaktion Erwachsener nimmt das Lächeln eine wichtige Funktion ein: Es dient dem Beziehungsaufbau und kann als Strategie zur Schadensbegrenzung eingesetzt werden, wenn Ärger und Unmut ausgedrückt werden. Es kann Spannungen reduzieren und emotionale Verbundenheit wiederherstellen.

Im psychotherapeutischen Setting begegnet einem Lächeln u. a. in folgenden Kontexten: Von Seiten der Therapeutin wird es zum Beziehungsaufbau (Wertschätzung), zur Ermunterung zum Weitersprechen, als Zeichen von Verstehen oder der Non-Direktivität eingesetzt und es zeigt das affektive Mitschwingen mit der Klientin. Von Seiten der Klientin wird es zum Beziehungsaufbau (Signal für Arbeitswillen, ev. Unsicherheit, Wertschätzung) und zur Spannungsreduktion (z. B. bei Schweigen) eingesetzt oder es begleitet schwierige Gefühle (z. B. Wut, Trauer, Ekel) oder positive Gefühle (z. B. Freude, Stolz).

Lachen *kann, muss* aber nichts mit **Humor** zu tun haben. Humor („umor“) leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet Flüssigkeit oder Feuchtigkeit. In der wissenschaftlichen Forschung gibt es keinen einheitlichen Gebrauch des Begriffes

„Humor“. Ruch (2012) beschreibt, dass heute zwei Nomenklaturen in Gebrauch sind:

In der Ästhetik ist Humor eine Kategorie des Komischen und wird als Gabe des Menschen verstanden, den Unzulänglichkeiten der Welt und der Menschen, sowie den Misslichkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen. Er wird abgegrenzt von anderen Arten des Komischen, wie etwa Witz, Satire oder Nonsense und ist grundsätzlich gutmütig (z. B. im Gegensatz zum Witz, der spitz, pointiert oder aggressiv sein kann).

Im *angloamerikanischen Bezugssystem* bezeichnet „Humor“ alles Komische und beinhaltet die Fähigkeit, „nicht ernste inkongruente Kommunikationen wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und zu genießen (humour appreciation), aber auch zu erzeugen (humour creation) und vorzutragen (humour performance).“ (ebd., S. 11) Humor wird hier im „engen Sinn“ verwendet und immer mit dem Erleben von Lustigem verknüpft, kann aber auch feindselig und verletzend sein.

In der Psychotherapie kann Humor eine große Rolle spielen, indem er die therapeutische Beziehung belebt. Einsatz findet er in Form von humorvollen Interventionen, Witzen, Bildern etc., aber auch im Sinne einer persönlichkeitspezifischen Disposition von Klientin oder Therapeutin (z. B. optimistische Grundeinstellung, Resilienz, Fähigkeit, alltägliche Ereignisse aus einer unkonventionellen Perspektive wahrzunehmen).

Hartmut Schröder stellt in seinem Vortrag „Das Lachen der Kulturen“ (2008) folgende heuristische Definition des **Lachens** vor:

„Aus der Ethnologie wissen wir zunächst, dass Lachen ein angeborenes und nicht erworbenes Verhalten der Menschen in allen Kulturen ist. (...) Weiterhin ist Lachen sowohl ein akustisches, als auch ein optisches Zeichen und immer auch eine Sache des Körpers. Wir lachen mit dem ganzen Körper. (...) Lachen erfolgt zumeist instinktiv und unbewusst in bestimmten reizintensiven Kontexten. Lachen ist ansteckend und multifunktional und eine kulturell geprägte, gesellschaftliche normierte, soziale Verhaltensweise (...) Induziert wird Lachen durch Freude und durch Kitzeln, aber vor allem durch soziale, kommunikative und innerpsychische Anforderungen. (...) Beim Lachen sind (...) physiologische (...) Systeme, psychische (Bewusstsein, Wahrnehmung, Erinnerung) und soziale Systeme (Zeichen- und Mitteilungsverhalten ...) beteiligt“ (S. 4).

In der Literatur werden folgende Funktionen von Lachen beschrieben:

- **kommunikative Funktion** (z. B. das In-Beziehung-Treten, Vertrautheit aufbauen und das Wahre des Gesichts). Die meisten Menschen lachen, um ihrem Gegenüber – bewusst oder unbewusst – etwas mitzuteilen. Lachen ist also in erster Linie ein Mittel zur Kommunikation. (Titze, 2009)

² Auch im Gehirn unterscheiden sich „echtes“ und „aufgesetztes“ Lächeln: Beim „echten“ Lächeln erfolgt eine stärkere Aktivierung im limbischen System, während „aufgesetztes“ Lächeln vor allem den motorischen Cortex aktiviert. (Wild, 2012)

Kommunikation wird durch Lachen risikoärmer, aber auch zweideutiger. Der Sprecherin bleibt die Möglichkeit, schwierige Gesprächssituationen (z. B. Beginn einer Konversation, Ausdruck negativer Gefühle in sozial akzeptierter Weise) durch Lachen zu entschärfen und sich nötigenfalls eine „Rückzugsmöglichkeit“ offen zu halten, indem sie vorgibt, ihre Aussage nur scherzhaft gemeint zu haben (Rapp & Mutschler, 2012, Klempka, 2008).

- **soziale Funktion** (z. B. Aufbau sozialer Bindungen, der Umgang mit Konflikten, die Förderung des Zusammengehörigkeitsgefühls und die soziale Kontrolle). Wenn Menschen gemeinsam lachen, kann das sowohl ausgrenzen, als auch Bindung in der Gemeinschaft stiften. Lachen hat somit eine doppelsinnige Funktion: Kohäsives Lachen fördert die Identifikation mit der Bezugsgruppe und fixiert soziale Grenzen, Spannungsabbau in der Gruppe wird ermöglicht und starke emotionale Nähe hergestellt. Verhöhndendes oder beschämendes Lachen hingegen wirkt aggressiv und provokativ (Bänninger-Huber, 1996, Außerwöger, 2009).
- **psychologische Funktion** (z. B. die Entlastung von Ängsten, Stress und Anspannung, Umgang mit Lebenskrisen und Schicksalsschlägen, Ventilfunktion für Aggression und Wut, Überspielen von Gefühlen der Trauer und des Ekels). Lachen und Humor stellen wichtige Bewältigungsmechanismen und Resilienzfaktoren dar. Angst ist eine der wichtigsten Ursachen, warum Menschen Humor anwenden (Außerwöger, 2009).

Lachen wird im Allgemeinen der nonverbalen Kommunikation zugeordnet und hat neben dem mimischen und körperlichen Ausdruck auch paraverbale Anteile, d. h. eine phonetische Realisierung (Ha-ha!). Lachen erreicht uns über visuelle und auditive Sinneskanäle. Für das Verstehen einer Botschaft ist die adäquate Interpretation von non- und paraverbalen Signalen (wie z. B. Lachen, Stirnrunzeln, Weinen, Blickkontakt, Schweigen, hörbares Ausatmen) äußerst wichtig. Die Beziehungsebene einer Kommunikation wird meist nonverbal vermittelt und bestimmt die Einordnung der verbalen Botschaft (=Inhaltsebene). Sobald verbale und nonverbale Ebene nicht mehr kongruent sind, entsteht eine Kommunikationsstörung, die zu Lasten des Informationstransfers geht. Im Zweifelsfall wird die Beziehungsebene als die wichtigere erfahren, d. h. den nonverbalen Signalen mehr Bedeutung zugeschrieben (Merzinger, 2005; Fuchs, 2003). Unter diesen Gesichtspunkten ist Lachen im therapeutischen Prozess als wichtiges, hilfreiches Signal für empathisches Verstehen und zur Gestaltung und Reflexion der therapeutischen Beziehung einzuordnen.

3 Zur Wirkungsweise von Lachen und Humor in der Psychotherapie

„Lachen ist die beste Medizin“ sagt der Volksmund. Dieser Gedanke war wohl auch dem Psychiater William F. Fry bekannt, der als Begründer der Gelotologie – der Wissenschaft der Auswirkungen des Lachens – gilt.

Nach Tietze, Eschenröder & Salameh (1994) lassen sich drei Dimensionen der psychotherapeutischen Wirkung des Humors unterscheiden:

- **emotional:** Humor löst Hemmungen und verschafft „Zugriff“ auf verdrängte Affekte, ermöglicht einen spontaneren, unmittelbaren Austausch menschlicher Gefühle und kann im therapeutischen Setting zu offener Gleichwertigkeit führen.
- **kognitiv:** Humor aktiviert unsere kreativen Potenziale und kann Perspektivenwechsel und Entscheidungsprozesse erleichtern, sowie das Erkennen neuartiger Zusammenhänge und das Entwickeln von flexibleren Handlungsmöglichkeiten begünstigen.
- **kommunikativ:** Humor kann zu einer freundlich konstruktiven Beziehungsgestaltung beitragen, das Arbeitsbündnis zwischen Klientin und Therapeutin festigen und ein Klima der Offenheit und Gleichwertigkeit fördern.

Für die psychotherapeutische Arbeit ist es wichtig zu wissen, dass es unterschiedliche Humorstile gibt, die nicht nur adaptiv und hilfreich sind, sondern auch zu schädigenden oder verletzenden Interaktionen führen können, da jeder dieser Stile eine andere Reaktion, ein anderes Eingehen der Therapeutin erfordert. Martin (2007, zitiert in Wild, 2012) hat vier **Humortypen** herausgearbeitet:

- Als **verbindenden Humor** bezeichnet er Interaktionen, die zwischenmenschliche Spannungen reduzieren, Beziehungen erleichtern oder das Ziel haben, andere zu amüsieren.
- **Selbststärkender Humor** beschreibt die Fähigkeit, selbst bei Stress eine humorvolle Perspektive zu behalten und er ist als entscheidender Resilienzfaktor zu werten.
- **Aggressiver Humor** zielt darauf ab, andere zu kritisieren, zu manipulieren und er wird zur Machtsicherung und Entwertung des anderen eingesetzt.
- **Selbstentwertender Humor** wird angewandt, um sich bei anderen beliebt zu machen, indem man über eigene Schwächen witzige Bemerkungen macht und dadurch negative Gefühle versteckt.

Non- und paraverbale Signale können ein wichtiger Schlüssel zur Gefühlswelt der Klientinnen sein, da sie – parallel zur Inhaltsebene vermittelt – Aufschluss über Kongruenz oder

Inkongruenz der Interaktion der Klientin geben können. So kann ein Lachen z. B. verbale Informationen unterstützen und deren affektiven Mitteilungsgehalt erhöhen, aber auch Widersprüchlichkeiten aufdecken, wenn es vom Inhalt abweicht und Emotionen verschleiert (z. B. heuchlerisches Lachen, Lachen aus Angst oder Unsicherheit).

4 Überlegungen zum Lachen in der Personenzentrierten Psychotherapie

Wir alle lachen und haben schon gelacht – sowohl im Alltagsleben, als auch in der personenzentrierten Arbeit mit Klientinnen, im Selbsterfahrungs- oder Supervisionskontext. An der Unterschiedlichkeit der Situationen kann man die Komplexität und Vielschichtigkeit dieses nonverbalen Signals erkennen: Lachte man alleine oder gemeinsam? War es ein verbindendes oder ausgrenzendes Lachen? War es ein Lachen über sich selbst, über das Leben oder über einen Witz? Was drückte das Lachen aus – Lebensfreude, Hoffnung, Scham, Selbstzweifel, Hohn? Wollte man gefallen, beschwichtigen, Recht geben? War es echt oder aufgesetzt? Beseitigte es einen Konflikt oder schuf es einen?

Diese Bandbreite erfordert eine Eingrenzung, weshalb ich folgende Aspekte des Lachens in meinen Überlegungen herausgegriffen habe: Lachen, das bedeutsam für die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess ist – das „gelungene“ Lachen, in dem das personenzentrierte Beziehungsangebot für die Klientin unmittelbar erfahrbar wird und das den therapeutischen Prozess bereichert, sowie das „mislungene“ Lachen, das die therapeutische Beziehung gefährden kann.

Das von mir beleuchtete Lachen entsteht *spontan* in der therapeutischen Situation und entwickelt sich *natürlich* aus der Beziehung, d. h. sowohl Therapeutin als auch Klientin bringen Lachen und Humor in den Prozess ein, sofern sie in diesem Punkt einen Gleichklang entwickeln können. Humor verstehe ich hier im Sinne einer persönlichkeitspezifischen Disposition. Das Klientinnen-Lachen sehe ich in meinen Ausführungen als Ausdruckssignal, das innere Einstellungen, Gefühle, Unsicherheiten und Lebenserfahrungen der Klientin nonverbal kommuniziert. Es kann spontan oder aufgesetzt sein, kongruent oder ein Abbild der in der Klientin vorliegenden Inkongruenzen. Es dient als „Arbeitsgrundlage“ für Therapeutin und Klientin, die man zur Erweiterung des empathischen Verständnisses der „inneren Welt“ (Rogers, 1977a/1999, S. 23) der Klientin und zur Reflexion der Beziehungsqualität, des „In-Resonanz-Tretens“ im therapeutischen Prozess und der Kongruenz der Therapeutin heranziehen kann.

Nochmals möchte ich eine klare Abgrenzung vornehmen, um den Hintergrund meiner Überlegungen zu verdeutlichen: Es geht in diesem Artikel nicht um ein Lachen, das in

der Klientin z. B. mittels Interventionen hervorgerufen werden soll, damit sie die Wirkungsweise von heilsamem Humor erfährt. Genauso wenig halte ich Lachen oder Humor für ein „Muss“ oder „Soll“ in der therapeutischen Interaktion. Auch möchte ich das Lachen nicht an die Stelle der grundlegenden Wirkfaktoren einer Personenzentrierten Psychotherapie rücken. Auch ohne Lachen und Humor sind Kongruenz, bedingungsloses, wertschätzendes Akzeptieren und empathisches Verstehen für die Klientin erfahrbar und hilfreich. Warum also diesem gut funktionierenden System noch eine weitere Zutat – das Lachen, den Humor – hinzufügen? Hier kommt nun meine eigene Erfahrung mit Therapieprozessen ins Spiel: Im Rahmen meine Psychotherapieausbildung durfte ich Selbsterfahrung in den verschiedenen Settings und bei den unterschiedlichsten TherapeutInnen genießen. Von vielen habe ich mich verstanden und wertgeschätzt gefühlt, mit einigen wenigen konnte ich darüber hinaus herzlich lachen – das hat in meinem Erleben einen großen Unterschied gemacht, es hat „Würze“ in den Prozess gebracht, hat ihn belebt, intensiviert, das Gegenüber als Mensch erfahrbar gemacht und manchmal die nötige „Verschnaufpause“ zum guten Weiterarbeiten gebracht. Diese Erfahrungen haben sowohl mein eigenes Interaktionsverhalten mit meinen Klientinnen geprägt, als auch meinen Blick für Lachen als Verstehenssymbol geschärft³.

4.1 Lachen, das bedeutsam für die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess ist

Nicht jedes Lachen zwischen Klientin und Therapeutin erscheint mir so bedeutsam für die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess, dass es reflektiert und empathisch verstanden werden muss, obwohl sicherlich jedes Lachen etwas über die Person und ihre Sichtweise der Welt erzählt. Lachen sollte genauer betrachtet werden,

- wenn es wiederholt in ähnlichen Situationen auftritt oder Interaktionsmuster der Klientin verdeutlicht, d. h. es sich um eine Art persönliches Lachmuster handelt (da Lachen hier z. B. einen hohen Informationsgehalt für das Verstehen grundsätzlicher Muster im Leben der Klientin hat),
- wenn es von der Therapeutin als „unpassend“, abweichend empfunden oder als ungewöhnliche Reaktion erlebt wird (da Lachen hier z. B. Hinweise auf eine Inkongruenz in der Klientin geben kann),
- wenn es als stärkend und gefühlsintensivierend für die Klientin erlebt wird (da Lachen hier z. B. einen Schlüsselmoment

3 Fuchs (2003) verweist darauf, dass Untersuchungen der Körpersprache ergaben, dass Patientinnen deutlich zufriedener mit der Therapie sind, wenn die Therapeutin die Fähigkeit besitzt, sowohl den Ausdruck der Klientin sensibel zu erfassen, als auch ihre eigenen Gefühle auf non-verbalem Weg authentisch zu vermitteln.

in Bezug auf Selbstwirksamkeit und Vertrauen ins eigene Leben kennzeichnen kann),

- wenn es danach eine Irritation der Beziehung gab oder auch ein besonderes Gefühl der Nähe entstanden ist (da Lachen, besonders im Fall der Irritation, eine Beziehungsklärung benötigt),
- wenn es sich in unmittelbarer Nachbarschaft mit Weinen befinden (da Lachen dann sehr unterschiedliche Bedeutungen haben kann, z. B. Lachen, um Weinen zu vermeiden oder Lachen als „Wegbereiter“ für das Weinen im Sinne von Durcharbeiten und Integration von Gefühlen),
- wenn die Therapeutin ihr eigenes Lachen (im Nachhinein) als inkongruent erlebt/reflektiert (da das Lachen dann z. B. seine Wir-Qualität verliert und zur Beziehungsverunsicherung werden kann).

Einige dieser Punkte werde ich in den folgenden Ausführungen näher beschreiben.

Bedeutsames Lachen kann „gelingen“ und damit Beziehungen bereichern und Interaktions-, Verstehens- oder Entwicklungsprozesse erleichtern oder es kann „misslingen“ und damit zur Beziehungsgefährdung werden und die angeführten Abläufe erschweren.

Als Erkennungsmerkmale des **gelingenen Lachens** definiere ich u. a.: Es fördert, festigt oder belebt die therapeutische Beziehung. Es schafft Distanz, wenn Nähe zu schmerzlich wäre. Es bringt in Kontakt mit Gefühlen, wenn eine Bereitschaft im Individuum dafür vorhanden ist. Es ist kreativ und bringt neue Perspektiven. Es erleichtert. Es stärkt und ermächtigt. Es tut gut.

Misslungenes Lachen ist für mich u. a. gekennzeichnet durch: Es verunsichert, behindert oder zerstört die therapeutische Beziehung. Es verletzt, beschämt oder wertet ab. Es behindert die Auseinandersetzung mit persönlich wichtigen Themen. Es führt zu einer Bestätigung rigider, selbstschädigender Einstellungen oder Erlebensmuster. Es engt ein. Es vergrößert Hilflosigkeit und Selbstzweifel. Es schmerzt.

Zunächst möchte ich mich den Überlegungen zum gelungenen Lachen widmen: Ein wesentlicher Faktor für das Gelingen von Lachen im therapeutischen Kontext ist es, genau zu verstehen, was das Lachen der Klientin in einer speziellen Situation bedeutet, d. h. sich über das Lachen, Zugang zum inneren Bezugsrahmen der Klientin zu erschließen. Dabei ist es wichtig, die Lachsituation mit unvoreingenommenen Augen zu betrachten, fast so, als handle es sich beim Lachen der Klientin um ein Lachen in fremden Kulturen. Schröder (2008) beschreibt in seinem Vortrag, dass Lachen in fremden, kulturellen Kontexten einen ganz anderen Zusammenhang haben und deshalb auch verstören oder zu großen Missverständnissen führen kann, wenn man zur Entschlüsselung nicht über

Hintergrundwissen aus diesem Kulturkreis verfügt – so ist es z. B. in China ein Ventil für starke Emotionen, weshalb beim Anblick von schweren Unfällen gelacht wird. Ich denke, wir sollten mit dem Lachen unserer Klientinnen ebenso achtsam umgehen – ihr innerer Bezugsrahmen ist uns Therapeutinnen anfangs auch fremd und muss erst in der Auseinandersetzung und Annäherung erschlossen werden – was nie vollständig gelingen kann. Es geht um ein Vertrautmachen mit dem Lachen der Klientin und es erfordert einen gemeinsamen Lernprozess, dieses komplexe Signal zu entschlüsseln und adäquat darauf zu reagieren, um nicht ungewollt zu verletzen oder abzuwerten. Die Erfahrung der Klientin, dass auch ihre nonverbal mitgeteilten „Inhalte“ verstanden werden – was vermutlich eher intuitiv, als bewusst von ihr erlebt wird – kann tiefes Vertrauen in die therapeutische Beziehung schaffen und auch eigene, aus der Lebensgeschichte der Klientin genährte Zweifel mindern, ob sie überhaupt verstehbar ist.

Folgende Komponenten beschreiben, wie man sich Lachen verstehend annähern kann:

- **Der Inhalt wurde verstanden:** Die Therapeutin konnte dem „Witz“ gedanklich folgen und die persönlichen Themen herausfiltern, auf die er sich bezieht. Es geht um eine kognitive Verarbeitungsleistung, welche die Therapeutin z. B. die „Absurdität“ eines Verhaltens, einer Sichtweise erfassen lässt bzw. dass etwas humorvoll, ironisch etc. gemeint wurde.
- **Das Motiv wurde verstanden:** Warum lacht die andere hier? Welchen Zweck, welche Funktion erfüllt es für sie (innerpsychisch, in der Beziehung)? Welches Bedürfnis steht hinter dem Lachen?
- **Das Gefühl wurde verstanden:** Welches Gefühl wird mit dem Lachen ausgedrückt? Welches Gefühl wird durch das Lachen eventuell publik gemacht, welche Gefühle stehen im Hintergrund?
- **Die Bedeutung wurde verstanden:** Welche Bedeutung hat Lachen in der Lebensgeschichte, im Umgang mit sich selbst und anderen? Welche Vorerfahrungen mit Lachen gibt es?
- **Die eigene Lachreaktion wurde verstanden:** Die Therapeutin hat im Sinne der Kongruenz Zugang zu ihren eigenen Gefühlen und Erlebensweisen, ebenso wie zu denen der Klientin und sie kennt ihre eigene „Lach-Lebensgeschichte“.

Ein Fallbeispiel, das den Verstehensprozess von Lachen verdeutlichen soll:

Die Klientin lacht in den Therapiestunden viel und verfügt über feine Selbstironie. Sie stellt sich und ihre Verhaltensweisen gerne komisch dar und verfügt über ein offenes Wesen. Sie betont von Anfang an, sich in der therapeutischen Beziehung wohl zu fühlen und gemeinsames Lachen ist durch die Klientin initiiert mehrmals in jeder Stunde zu finden. Die

Klientin erlebte vor einigen Jahren eine schwere depressive Phase, die sehr beängstigend für sie selbst und ihr familiäres Umfeld war. In den Therapiestunden finden sich immer wieder Situationen, in denen die Klientin Weinen und Gefühle der Traurigkeit und Hilflosigkeit „weglacht“. Die Klientin fühlt sich von ihren nahen Bezugspersonen oft unverstanden und sehr einsam. Für Gefühle der Trauer gab es von ihren Eltern, „eher rationale Typen“, wenig Verständnis und Trost. Heute weiß die Klientin selbst nicht, wie sie mit den eigenen, „negativen“ Gefühlen umgehen soll, sie versteckt sie hinter einer Fassade der Fröhlichkeit und Unkompliziertheit oder macht sich selbst über sie lustig. Humor und Lachen ist ihre Strategie in zwischenmenschlichen Beziehungen, „ihr Gesicht wahren zu können“ und Beziehungen nicht zu belasten und zu riskieren. Außerdem erinnern sie Weinen und auftauchende Traurigkeit an die Phase der Depression, in der sie sich hilflos ausgeliefert gefühlt hat. „Lachen, um nicht zu weinen“ (Benecke, 2008, S. 10) ist ihre Flucht vor der Angst, wieder in „der Depression zu landen“. Die Therapeutin spricht die psychologische Funktion des Lachens (Distanzierung von schwierigen Gefühlen) wertschätzend und empathisch an und benennt vorsichtig die dahinterliegenden Gefühle der Traurigkeit und Einsamkeit. Es gibt eine gemeinsame Annäherung und ein Verstehen der unterschiedlichen Bedeutungen, die Lachen und Humor im Leben der Klientin einnehmen. Dieses Verstehen erleichtert es der Klientin, Lachen als ihre Strategie im Umgang mit Traurigkeit einzuordnen. In den Therapiestunden kommt es vermehrt zu einem kongruenteren Ausdruck der Trauer, eine exaktere Symbolisierung der Gefühle von Trauer und Einsamkeit hat stattgefunden. Für die Therapeutin schafft das erworbene Verständnis die Voraussetzung, auf das Lachen der Klientin sensibel und situationsangemessen einzugehen, was bedeuten kann, manchmal herzlich mitzulachen (wenn es z. B. um eine unkonventionelle Interpretation der Klientin geht, die es ihr ermöglicht, durch Distanzierung oder Befreiung aus der eigenen Ohnmacht, einen neuen Weg einzuschlagen). Es kann aber auch bedeuten, dass die Therapeutin der Klientin einfühlsam anbietet, dass sie versteht, wie wichtig es gerade ist, das Weinen durch Lachen zu beherrschen. Das affektive Mitschwingen der Therapeutin wird hier am Symbol von Lachen deutlich und für die Klientin spontan erlebbar.

Das Beispiel zeigt den komplexen Entschlüsselungsvorgang des Lachens, der sich einerseits in Sekundenschnelle vollziehen muss⁴ (wenn es um die tatsächliche Reaktion auf das Klientinnen-Lachen,

wie z. B. Mitlachen der Therapeutin geht), gleichzeitig das langsame Vertrautwerden und Verstehen der inneren Gefühle und Prozesse, die hinter dem Lachen der Klientin stehen.

Der zweite wichtige Faktor, der zum Gelingen von Lachen beitragen kann und im Fallbeispiel deutlich wird, ist, ob es der Therapeutin gelingt, das Verstandene der Klientin so mitzuteilen, dass es im gemeinten Sinn ankommt, was im Wesentlichen Rogers' sechster Bedingung für therapeutische Veränderung entspricht. Auch Wild (2012) meint: „Kommunikation wird validiert durch ihre Wirkung, nicht durch ihre Intention“ (S. 130). In Lachsituationen kann das, durch Mitlachen der Fall sein (z. B. in beziehungsstiftenden Momenten, beim freudvollen, kraftvollen Ausdruck durch Lachen), genauso wie durch ein Nicht-Mitlachen (z. B. bei selbstentwertendem Humor der Klientin), jeweils mit oder ohne anschließender Verbalisierung von Gefühlen oder Bedeutungskomponenten (z. B. bei Lachsituationen, die durch Inkongruenzen in Motiv, Gefühl oder Bedeutung gekennzeichnet sind). Die Arbeit mit dem Symbol Lachen folgt grundsätzlich keinen anderen Regeln, als es der gewöhnlichen Vorgangsweise in einer Personenzentrierten Psychotherapie entspricht – die Therapeutin wendet sich den inkongruenten Erfahrungen wertschätzend und empathisch zu, was bewirkt, dass Gefühle zunehmend bewusst und ins Selbstkonzept integriert werden können (Biermann-Ratjen, 2006). Lachen, als non-verbales Signal, kann unseren Blick möglicherweise schneller und präziser auf Inkongruenzen in Beziehungs- und Interaktionsmustern richten, weil es zusätzlich die körperlich-sinnliche, intuitive Verstehens Ebene eröffnet und Dissonanzen der verbalen und nonverbalen Kommunikationsebene aufzeigt.

4.1.1 *Lachen am Beginn einer therapeutischen Beziehung – Beispiel für gelungenes, beziehungswirksames Lachen*

Das personenzentrierte Beziehungsangebot der Therapeutin, welches geprägt ist von Kongruenz, empathischem Verstehen und bedingungsloser positiver Wertschätzung, ermöglicht, dass eine Klientin schnell Vertrauen in die Therapeutin fassen kann, sich angenommen und verstanden fühlt und sich als gleichwertige Partnerin in der therapeutischen Beziehung erlebt. Gemeinsames Lachen der Klientin und Therapeutin kann helfen, diese Prozesse zu fördern. Es symbolisiert auf nonverbaler Ebene ein Annehmen der Klientin – ein Akzeptieren ihrer Eigenheiten, ihrer speziellen Ausdrucksweise, ihrer Geschichte – die Beziehungserfahrung „rutscht“ mit dem Lachen sozusagen in den Körper und wird ganzheitlich erfahren. Die kongruente Botschaft der Therapeutin auf non-verbaler und verbaler Ebene schafft spontanes Vertrauen in der Klientin.

⁴ Hilfreich für das spontane, intuitive Verstehen von Handlungen anderer sind die Spiegelneuronen, die uns viel über empathisches Verstehen lehren können (Bauer, 2006). Dadurch, dass das System der

Spiegelneuronen eng mit den somato-sensorischen Regionen des Gehirns verbunden ist, wird direkt gespürt, wie sich eine beobachtete Handlung oder ein Gefühlsausdruck, z. B. Lachen anfühlt (Lux, 2007).

Beispiel (Erlebnisbericht einer Klientin):

„Besonders gut an ihr gefiel mir, dass sie auch mit mir lachen konnte – ohne mein Thema allerdings ins Lächerliche zu ziehen. Ich hatte eher das Gefühl, dass sie mit mir lacht und doch immer wieder spürt, wann das Thema ernst wird und sich dem Problem wieder widmet bzw. sich der Situation anpasst.“

In Erstgesprächen zeigt sich, dass gemeinsames Lachen in engem Kontext zu einer Öffnung und Vertiefung im Gespräch stehen kann. Lachen (oder Humor) wird hier meist durch die Klientin in die Stunden gebracht und die Therapeutin erwidert es kongruent im Sinne des personenzentrierten Beziehungsangebots. Gemeinsames Lachen steht hier für ein intuitiv spürbares, erstes In-Resonanz-Treten der Klientin und Therapeutin, das wichtig ist für den weiteren erfolgreichen Verlauf einer therapeutischen Beziehung (Hutterer, 2005).

Lachen kann im Beziehungsaufbau auch die Funktion des Stressabbaus einnehmen. Klientinnen fühlen sich in ersten Therapiestunden oft unsicher und angespannt. Manchmal nährt das Auftreten der Therapeutin diese Beklommenheit, wenn es z. B. als unnahbar oder distanziert erlebt wird. Klientinnen greifen in dieser Konstellation vermehrt auf Lachen in seiner sozialen Funktion zurück, um die Situation zu entschärfen und in der Therapeutin positive Gefühle hervorzurufen, sie zu einer „Allianz“ zu bewegen. Reagiert die Therapeutin auf die Einladung der Klientin zum gemeinsamen Lachen, kann das schnell das Beziehungsklima verbessern und bei der Klientin außerdem das Erleben von Kontrolle und Wirksamkeit in der Beziehung hervorrufen.

Beispiel (Erlebnisbericht einer Klientin):

„Hin und wieder lachte sie sogar gemeinsam mit mir, was für mich eine große Erleichterung war. Das gemeinsame Lachen lockerte für mich die Situation auf, und die Therapeutin wirkte dann auf mich zugänglicher und nicht mehr so unnahbar. Dadurch bekam ich auch Mut, meinen Gefühlen weiter nachzuforschen.“

Gemeinsames Lachen dient auch der Versicherung der gegenseitigen Wertschätzung und Entspannung nach der Interaktion. „Besonders nach Konflikten oder imagebedrohlichen Zwischenfällen ist es wichtig, am Schluss des Gesprächs eine Bagatellisierung durch gemeinsames Gelächter anzubringen“ (Merzinger, 2005, S. 202). Wenn intime Themen angesprochen wurden und sich die Klientin sehr verletzlich gezeigt hat, wird Lachen eingesetzt, um die Schwere und mögliche Grenzverletzungen aufzuheben. Hier ist es für die Therapeutin wichtig, die unterschiedlichen Anteile der Botschaft des Lachens der Klientin zu verstehen, um es in seiner Bedeutungsganzheit anzuerkennen:

Die Verletzlichkeit der Klientin, ihre Verunsicherung, wie die Therapeutin ihre Gefühlsoffenbarungen aufnehmen wird, die Tendenz zu beschwichtigen, die mitschwingende Beschämung, ihre Bewältigungsstrategie, sich durch Lachen Mut zu vermitteln – all das und mehr kann im Lachen verpackt sein. Wenn diese Art von Lachen am Beginn eines therapeutischen Prozesses steht, sollte die Therapeutin miteinstimmen (im Sinne einer Beziehungsversicherung und eines affektiven Mitschwingens mit dem Wunsch, die Schwere aufzuheben), da die Klientin sonst vermutlich eher verunsichert bliebe. Ob das empathische Verbalisieren der dahinterliegenden Motive und Gefühle in diesem frühen Beziehungsstadium als hilfreich oder verstörend von der Klientin empfunden wird, liegt im Ermessen der Therapeutin. Auf jeden Fall sollte sie die Strategie der Klientin im Hinterkopf behalten, durch Lachen Grenzverletzungen, Schwere oder Konflikte zu kennzeichnen und zu entschärfen, um später adäquat darauf reagieren zu können.

4.1.2 Running Gags in der Therapie – Beispiel für gelungenes, beziehungswirksames und prozessförderndes Lachen

Jede therapeutische Beziehung ist einzigartig und wird ganz individuell gestaltet durch die beiden Menschen, die sie eingehen. Hutterer (2005) verweist darauf, dass nicht mit jedem Menschen eine therapeutische Beziehung entstehen kann, dass es einen Resonanzeffekt zwischen den Teilnehmerinnen braucht. Dieser Resonanzeffekt kann durch die Tatsache erklärt werden, dass die Therapeutin und die Klientin ihre eigene Geschichte, Erfahrungen und eigenen gedanklichen und emotionalen Zugänge in die Beziehung mitbringen, die mitunter nicht kompatibel sein können. Dieser Gedanke entspricht meiner Erfahrung mit Lachen und Humor in der Psychotherapie: Nicht zwischen jeder Therapeutin und jeder Klientin kann Lachen und Humor in die therapeutische Beziehung einfließen und diese bereichern. Auch hier braucht es einen Resonanzeffekt, einen Gleichklang, der durch die Vorlieben und Erfahrungen der Beziehungspartnerinnen bestimmt wird, bevor sich ein gemeinsamer Humor-Stil entwickeln und etablieren kann. Gemeinsames Lachen erfüllt hier eine soziale Funktion, schafft starke emotionale Nähe und Identifikation mit der therapeutischen Beziehung.

Ein Beispiel, an dem die geteilte Realität und die Ausformung eines eigenständigen, gemeinsamen Humor-Stils in der Therapie deutlich werden, sind **Running Gags**. Unter Running Gags versteht man umgangssprachlich einen Witz oder eine Anspielung, die sich mehrmals wiederholen und nur dann verständlich sind, wenn man die Vorgeschichte oder den Hintergrund kennt. Running Gags dienen der Stärkung der individuellen Beziehung, da sie auf eine gemeinsame Geschichte und gemeinsames Wissen hindeuten. Sie kennzeichnen klar, wer dazugehört und wer nicht. Darüber hinaus können sie in der

Beziehung eingesetzt werden, um schwierige Themen oder Situationen aufzulockern.

Ein Beispiel für einen Running Gag, der in der Therapie-stunde entwickelt wurde:

Der Klient äußert Kritik an seiner Ehefrau. Dies fällt ihm schwer und er empfindet starke Schuldgefühle deswegen. Er beendet seine kritische Aufzählung mit dem Satz:

„K: Wenn allerdings meine Frau jetzt hier wäre, dann würde sie das ganz anders sehen... [beginnt zu lachen]

T: Halten wir jetzt wieder eine Stunde zu dritt? [beide lachen]

K: Ja, wir waren ja schon einige Male zu dritt. [lachend]

T: Sie haben das Gefühl, dass Sie ihrer Frau gegenüber ungerade sind und fühlen sich schuldig, wenn Sie hier nur über Ihre Sicht der Dinge und Ihre Gefühle erzählen?“

Der Klient wendet sich wieder dem Problem zu und es gelingt ihm besser bei seiner eigenen Sichtweise zu bleiben.

Therapeutin und Klient beziehen sich in diesem Running Gag auf die gemeinsame Erfahrung, dass es dem Klienten schwer fällt, Kritik an seiner Frau zu äußern. Eigentlich ist er unglücklich in der Beziehung, fühlt sich unverstanden und ungeliebt, doch diesen Gefühlen kann er kaum Platz einräumen. Er nimmt am Beginn der Therapie sehr oft die Sichtweise seiner Frau ein und fühlt sich bemüßigt, ihren Standpunkt ganz genau zu erklären. In einer Stunde entsteht deshalb das Bild in der Therapeutin, seine Frau würde gegenüber auf der Couch sitzen und sie wären eigentlich zu dritt im Raum. Als sie es dem Klienten anbietet, muss dieser lachen und äußert, dass das genau seinem Gefühl entspricht. Er fühlt sich zerrissen zwischen seinen Gefühlen und den Anforderungen seiner Frau, dazu kommt außerdem eine große moralische Verantwortung, die er gegenüber Familienleben und Ehe empfindet. Aus dieser Begebenheit entwickeln die beiden den Running Gag, der eingesetzt wird, um den Klienten humorvoll zu seinen eigenen Gefühlen und Einstellungen zurückzuführen.

Das Einsetzen des Running Gags und das anschließende gemeinsame Lachen führt zu einer Auflockerung im therapeutischen Gespräch, zur nötigen Distanzierung vom Thema, um sich anschließend erfrischt und belebt den eigenen Gefühlen zuwenden zu können. Nach einem Lachen, vor allem wenn es intensiv körperlich erfahren wird, finden nachweislich eine ganzkörperliche Entspannung, ein Stressabbau und eine Angstreduktion statt und schaffen eine wichtige Voraussetzung dafür, sich einem Problembereich gelassener zuwenden zu können (Titze, 2009; Wild, 2012). Natürlich führt auch das klassische, bedingungslos akzeptierende, empathische Beziehungsangebot der Therapeutin zum gleichen Ergebnis. Humor und Lachen

verleihen dem Prozess jedoch ihre eigene „Würzigkeit“, machen ein Stück gewonnene Lebendigkeit erfahrbar und ermöglichen das ganzkörperliche Erleben der Klientin.

Man könnte den Einsatz eines Running Gags auch als Humorintervention verstehen, eine Vorgehensweise, von der ich mich, wie beschrieben, abgrenzen möchte. Der Unterschied zur „klassischen Humorintervention“ liegt für mich in der *gemeinsamen Entwicklung* des Gags – Klientin und Therapeutin sind beteiligt – und am starken Bezug zur geteilten Realität, den ein Running Gag aufweist. Wie im Beispiel ersichtlich wird, leitet *der Klient* den Gag durch sein Lachen ein, d. h. er hat durch ihn die Fähigkeit erworben, sein altes Muster von Schuld zu erkennen und seine Gefühle selbstwirksam zu regulieren. Ein weiterer Unterschied besteht für mich darin, dass der Running Gag nicht eingesetzt wird, um Lachen zu initiieren, sondern um auf das Abweichen des Klienten von seinen Gefühlen hinzuweisen. Dass eine Intervention zum Lachen führt, halte ich *nicht* für problematisch, ganz im Gegenteil. Wird eine Intervention jedoch mit dem Fokus eingeführt, Lachen anzustoßen, weil dieses als hilfreich *von der Therapeutin* angesehen wird, widerspricht es in meinen Augen der personenzentrierten Haltung der Non-Direktivität.

4.1.3 *Misslungenes Lachen – Beispiel für beziehungsgefährdendes, prozessbehinderndes Lachen*

Lachen kann auch „im Halse stecken bleiben“, wie der Volksmund weiß. Auch im psychotherapeutischen Setting gibt es Situationen, in denen Lachen misslingen kann, was zu Gefühlen der Beschämung und Abwertung in der Klientin und im schlimmsten Fall zum Abbruch der therapeutischen Beziehung führen kann.

- Unter misslungenem Lachen verstehe ich ein Lachen,
- das von der Therapeutin nicht gut genug verstanden wird (in Motiv, Gefühl oder Bedeutung),
- auf das die Therapeutin deshalb nicht adäquat reagiert und
- das die Beziehung verunsichert und ein Stocken in den therapeutischen Prozess bringt.

Beispiele:

- Die Therapeutin lacht mit der Klientin über deren ironische Äußerungen ohne zu bemerken, dass es sich um selbstentwertenden Humor handelt. Sie stellt sich in der Wahrnehmung der Klientin damit auf die Seite der abwertenden Personen und beschämenden, inneren Stimmen, die die Klientin in ihrer Lebensgeschichte erfahren hat.
- Die Therapeutin entzieht sich der Klientin, indem sie Wahrnehmungen oder Gefühle der Klientin durch Humor und Lachen bagatellisiert, weil sie diese selbst abwehren muss. Ihr Lachen wird zum Selbstschutz, die Therapeutin ist nicht mehr kongruent, weil sie den Zugang

zu ihrem eigenen Erleben verloren hat, genauso wie zum inneren Befinden der Klientin.

Welche Faktoren spielen beim misslungenen Lachen eine Rolle?

Einer der wohl wesentlichsten Schutzfaktoren vor einer misslungenen Lach-Interaktion ist eine gute, tragfähige therapeutische Beziehung. Fühlt sich die Klientin durch die Therapeutin grundsätzlich empathisch verstanden und wertgeschätzt, d. h. in der Beziehung sicher und hat sich die Therapeutin bisher als verlässliches, kongruentes Gegenüber erwiesen, so wird ein Lachen, das beschämt hat, die therapeutische Beziehung wohl nicht ernsthaft gefährden. Die gute Beziehung sollte sicherstellen, dass die aufgetretenen Dissonanzen geklärt werden und verstanden werden können. Ist die therapeutische Beziehung noch nicht gefestigt, kann ein unbedachtes Lachen wesentlich größeren Beziehungsschaden anrichten. Deshalb ist es auch von Seiten der Therapeutin wichtig, mit Humor und Lachen am Anfang einer Therapie sehr achtsam und vorsichtig zu sein bzw. sensibel die anschließenden Reaktionen der Klientin zu reflektieren.

Die lebensgeschichtlichen Erfahrungen der Klientin mit Lachen und ihre innerpsychischen Strukturen spielen in der Interpretation des Therapeutinnen-Lachens eine wesentliche Rolle. Sachsse (2012) verweist auf die „dunkle Seite des Humors“ (S. 129), wie sie viele traumatisierte Klientinnen erfahren haben. Sadismus und Gemeinheiten wurden als Spaß und Spiel ausgegeben und die Opfer mussten zu diesen Erfahrungen lachen, weil von ihnen gefordert wurde, gute Miene zum bösen Spiel zu machen. Vor diesem Hintergrund könnte eine humorvoll gemeinte Äußerung der Therapeutin, sie in der Wahrnehmung der Klientin zur Täterin machen, indem sie „ein Gegenübertragungsagieren darstellt oder die Inszenierung von Täterverhalten“ (S. 130). Die Klientin lacht mit, weil sie sich zu schwach fühlt, zu protestieren oder weil ihr möglicherweise gar nicht bewusst ist, dass sie das Recht zum Protest überhaupt besitzt. Die Therapeutin muss sich in/nach einer solchen Situation entschuldigen und ihren Fehler der Klientin gegenüber kommunizieren. Im Sinne einer Beziehungsklärung können Klientin und Therapeutin gemeinsam versuchen herauszufinden, weshalb der Fehler passiert ist, um weiter miteinander arbeiten zu können. Hilgers (2008) beschreibt als weiteren Aspekt aus psychoanalytischer Sicht, dass das Erleben von Humor und Lachen bei einer Klientin mit mangelnder Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und Selbstreflexion oder übermäßiger Über-Ich-Strenge leicht zum Misslingen einer humorvollen Interaktion beitragen kann. Erstere wird Lachen und Humor auf Kosten von anderen einsetzen (z. B. der Therapeutin), humorige Bemerkungen der Therapeutin jedoch als beleidigend empfinden. Die Klientin mit rigiden Über-Ich-Strukturen wird humorige

Bemerkungen eher im Sinne von Demütigungen und weiteren Über-Ich-Verurteilungen erleben, anstatt zu verstehen, dass sich die Therapeutin an die Seite ihres bedrohten Ichs stellt. In beiden Situationen kann Lachen und Humor eventuell mehr zerstören als nutzen.

Ein bedeutender Faktor scheint mir auch die Kongruenz/Inkongruenz der Therapeutin zu sein. Die Therapeutin entzieht sich z. B. der wahrnehmbaren Erfahrung der Klientin aus Selbstschutz durch den Einsatz von Humor und Lachen. Biermann-Ratjen et al. (1986) beschreiben Signale, die auf eine beeinträchtigte Kongruenz hinweisen können. Einige der angeführten Gefühle können sich im Kontext von Humor und Lachen zeigen, wenn diese z. B.

- eingesetzt werden, um die in den Stunden aufkommende Langeweile in der Therapeutin zu bekämpfen,
- als Strategie (z. B. ironische Äußerungen) gegen Ungeduld und Ärger der Therapeutin dienen,
- als Beschwichtigung oder Aufmunterung eingesetzt werden, um die Klientin zu Einsichten zu bewegen.

Humor und Lachen weisen hier also auf eine Inkongruenz in der Therapeutin hin. Inkongruentes Lachen der Therapeutin wird von der Klientin auch intuitiv so erlebt und führt zu einer – mehr oder weniger intensiven – Verunsicherung der Beziehung. Die Klientin kann nun ihrerseits wieder mit Lachen auf die Irritation reagieren, nämlich im Sinne seiner kommunikativen Funktion (z. B. Wahren des Gesichts, Dissens-Lachen, das gegenteilige Meinung ausdrückt), der sozialen Funktion (z. B. Umgang mit Konflikten, der Versuch das Zusammengehörigkeitsgefühl zu fördern) und der psychologischen Funktion (z. B. Ventilfunktion für Aggression und Wut, Überspielen von negativen Gefühlen, Spannungsabbau).

Einem Lachen nachzuspüren, das in der therapeutischen Interaktion stattgefunden hat, vor allem dann, wenn sich danach Dissonanzen in der Beziehung eingestellt haben, kann misslungene Interaktionen verhindern oder ihre belastenden Auswirkungen vermindern helfen. Nützliche Fragen sind: „Worüber wurde da gelacht?“, „War es der Klientin hilfreich?“, „Was wollte hier verstanden/ausgedrückt werden?“ Als Reflexionshilfe können auch die oben beschriebenen Komponenten des Verstehens von Lachen dienen. Empfehlenswert ist auch die Auseinandersetzung der Therapeutin mit ihrem eigenen Lachen. Hilfreiche Fragen können hier sein: Worüber kann ich lachen? Welche Art von Humor verletzt mich? In welchen Situationen neige ich dazu, mich über andere lustig zu machen? Wie habe ich Humor innerhalb meiner Lebensgeschichte erfahren? Welche Funktionen erfüllt Humor und Lachen in meinem Leben? Reflexionen dieser Art können Zugang zum eigenen Erleben schaffen, einen sensibleren Umgang mit dem

Klientinnen-Lachen bewirken und die Wahrnehmung für die Komplexität dieses non-verbalen Signals schärfen.

4.2 Carl R. Rogers und das Lachen

Humor und Witz sind in der Psychotherapie nichts Neues. Die Gründerväter der drei Wiener Schulen der Psychotherapie – Sigmund Freud, Alfred Adler und Viktor Frankl – erkannten bereits die positive Wirkung von Humor. Sucht man in den Schriften von Carl R. Rogers nach diesem Thema, wird man nicht fündig und auch die nachfolgenden Generationen von Therapeutinnen haben bisher wenig Interesse an der Auseinandersetzung mit Lachen gezeigt. Man könnte fast meinen, es käme in den personenzentrierten Therapiestunden nicht vor. Einzig und allein der Rogersschüler Frank Farrelly wäre hier zu nennen, der aus seinen Erfahrungen in der Mitarbeit bei Rogers' Wisconsin-Projekt mit schizophrenen Patienten, seine Provokative Therapie entwickelt hat. Humorvolle Provokation spielt in diesem Therapieansatz eine zentrale Rolle und Farrelly geht davon aus, dass „Menschen sich vor allem dann verändern, wenn sie mit einer Herausforderung konfrontiert werden, denn dann können sie ihr Potential, produktiv und adaptiv zu handeln, freisetzen.“ (Titze & Eschenröder, 2007, S. 98). Farrellys Grundannahmen und Postulate und die daraus resultierende konkrete therapeutische Vorgehensweise und Prozessgestaltung weichen deutlich von einer personenzentrierten Arbeitsweise ab und entsprechen nicht den Überlegungen, die in diesem Artikel vorgestellt wurden. Die interessierte Leserin kann sich in Farrellys eigenen Publikationen zur Provokativen Therapie vertiefen oder sich einen detaillierten Überblick bei Titze & Eschenröder (2007) und Höfner & Schachtner (2010) verschaffen.

Zurück zu Carl Rogers: Im Rahmen meiner Recherchen habe ich Demonstration-Interviews von ihm, wie sie im Buch „The Psychotherapy of Carl Rogers“ von Farber et al. (1996) nachzulesen sind, auf Lachsequenzen durchgesehen und war erstaunt darüber, wie wenig in den Gesprächen gelacht wurde. Sieht man sich die Gespräche in ihrem zeitlichen Verlauf an, d. h. verteilt über Rogers' Therapeutenleben, so findet man, dass in seinen späteren Gesprächen Humor und Lachen häufiger anzutreffen sind, als in den Gesprächen, die er am Anfang seiner Karriere geführt hat.

Maria Villas-Boas Bowen (1996) kommentierte Rogers Gespräch mit „Jill“, das er vier Jahre vor seinem Tode gehalten hat, und arbeitete heraus, dass Rogers auf eine größere Bandbreite an „Techniken“ zurückgriff als in seinen früheren Jahren. Neben dem Spiegeln und der Klärung der Gefühle findet man im Gespräch mit Jill folgende Kategorien von Äußerungen:

„He uses interpretation; he uses the clients body cues to bring her to the here and now; he uses metaphors, humors her, and exaggerates and repeats her self-deprecating comments

to accentuate their absurdity and promote greater accuracy in her self evaluations. Second, he allows himself to be directive. He forms hypotheses about the source of problems and very openly checks his hypothesis. Moreover, he introduces topics, he breaks silences“ (p. 85).

Auszüge aus dem Gespräch von Carl Rogers (gekennzeichnet als T) mit Jill (K) (Farber et al., 1996, pp. 76f., Hervorhebungen von der Verf.in vorgenommen):

T: M-hm. You're experiencing it right now – that she's leaving, and here you are all alone.

K: Yeah. Yeah. Yeah. I feel really lonely. *(Cries)*

T: M-hm, m-hm. If I understand right, not lonely in every respect, but lonely for her.

K: Lonely for her. Yeah. Yeah. *(Cries)*

T: I'm not a good therapist – I forget a box of Kleenex, but ... I think I've got ... *(Laughs)*

K: Thank you. *(Laughs)* I feel like I could cry a million tears about that *(Laughs)*

T: M-mh. It feels as if the tears could just flow and flow on that score.

K: Yeah. Never stop.

(...)

T: She's a good companion to have, isn't she?

K: Yeah, she is. *(Sighs)* It's good to have a friend.

T: Yeah. M-mh. To have that kind of a friend inside really touches you.

K: Yeah. It really does. It'll never go away. *(T: M-mh.)* It'll always be there for me.

T: M-mh. She's not going to pull away and –

K: Go out into the world and do her thing. *(Laughs)* She's gonna stay home with Mama.

T: M-mh, m-mh. And be a mother to Mama too, huh?

K: Yeah. Yeah. *(Pause) (Sighs)*

T: What's that smile?

K: It's your eyes are twinkling. *(Both laugh)*

T: Yours twinkle too. *(Laughs)*

Rogers' Lachen scheint mir ein Ausdruck von Kongruenz und einer grundsätzlich humorvollen Haltung sich selbst gegenüber zu sein. Jills Lachen folgt auf Weinen und könnte zum Bändigen der Tränen oder als „Mentalisierungshilfe“ (Sachsse, 2012, S. 132) fungieren, um von Gefühlen der Ohnmacht zu befreien. In der letzten, gemeinsamen Lachsequenz wird der Beziehungsaspekt des Lachens deutlich, es symbolisiert offene Gleichwertigkeit und emotionale Verbundenheit und dient darüber hinaus eventuell dem Spannungsabbau, der zum guten Ausstieg aus dem Gespräch notwendig ist.

Rogers selbst sagte über sein Interview mit Jill, dass er in den letzten Jahren begonnen hatte, seiner Intuition mehr Raum

zu geben: „As a therapist, I find that when I am closest to my inner, intuitive self, when I am somehow in touch with the unknown in me, when perhaps I am in a slightly altered state of consciousness in the relationship, then whatever I do seems to be full of healing“ (Rogers, 1986, S. 130, zitiert in Brink, 1996, S. 30). Rogers erlaubte sich, die ursprünglichen Werte von bedingungsloser Wertschätzung, empathischem Verstehen und Kongruenz in einer größeren Vielfalt und Flexibilität einzubringen – eine mögliche Erklärung, weshalb Lachen in seinem späteren Arbeitsprozess mehr Raum erhalten hat. Lachen könnte in diesem Sinne als Element zur Rückkoppelung ins Hier und Jetzt, zur Gewinnung von Achtsamkeit und zur Anbindung an die eigene Lebendigkeit, Intuition und Kongruenz im therapeutischen Prozess dienen.

5 Resümee

Mein Anspruch an diesen Artikel war, der Leserin Lachen in seiner Vielfältigkeit und Komplexität näherzubringen und sie durch meine Überlegungen und Fallbeispiele zur Reflexion ihrer eigenen Erfahrungen mit Lachen in der Klientinnenarbeit und Selbsterfahrung anzuregen.

Als bedeutsames menschliches Interaktionssignal gestaltet Lachen die therapeutische Beziehung mit und kann sie festigen oder gefährden. Es kann als nonverbales Signal tiefere, ganzheitlichere Verstehensprozesse in der Therapie ermöglichen und bringt die körperliche Ebene der Kommunikation in den Blickwinkel der Personenzentrierten Psychotherapie, welche sich noch immer primär an der verbalen Kommunikationsebene orientiert.

Im Artikel konnte ich nur bestimmte Funktionen und Arten des Lachens näher beleuchten. Natürlich findet sich Lachen in den psychotherapeutischen Stunden in einem weit breiteren Kontext, als hier beschrieben. So wäre es z. B. aufschlussreich, folgendes Lachen zu reflektieren und näher zu betrachten:

- Lachen als Ausdruck einer Inkongruenz in der Klientin,
- Lachen, das auf Weinen folgt,
- Lachen, das Gefühle intensiviert und sie zugänglich macht,
- Lachen aus Scham oder Peinlichkeit.

Weitere Fragen zum Lachen in Verbindung mit personenzentrierten Grundbegriffen sind:

- Manchmal bekommt ein Lachen im Erleben der Klientin einen besonderen Stellenwert – es wird zum Symbol des eigenen Lebenswillens, der inneren Stärke oder Weiterentwicklung. Solche Momente können in der Wahrnehmung der Klientin Schlüsselerlebnisse sein, die Hoffnung und Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit und Entwicklung geben. Das Lachen der Klientin könnte hier als Symbol für

das Wirken der Aktualisierungstendenz verstanden werden. Kann Lachen Voraussetzungen für das Entfalten der Aktualisierungstendenz schaffen?

- Lachen besitzt eine spannungsreduzierende und angstlösende Wirkung, erleichtert das Erkennen neuartiger Zusammenhänge, verschafft Zugriff auf verdrängte Affekte (Tietze, Eschenröder & Salameh, 1994). Kann es aufgrund dieser Wirkungsweisen indirekt dazu beitragen eine Grundlage zu schaffen, dass Erfahrungen exakter symbolisiert werden (da Gefühle der Bedrohung und Angst im Individuum eine große Rolle spielen, wenn eine entstandene Inkongruenz in Richtung Gewährwerdung drängt)?
- Eine Therapeutin, die eine grundsätzliche, humorvolle Haltung dem Leben gegenüber besitzt, sie kongruent der Klientin anbietet, aber nicht aufdrängt oder dadurch den Blick auf den Schmerz der Klientin verliert, könnte als Vorbild dienen, wie Leben gemeistert werden kann (im Sinne von selbststärkendem Humor als Resilienzfaktor). Kann die Klientin aus diesen Beziehungserfahrungen eine humorvolle Haltung für ihr eigenes Leben entfalten, genauso wie sie in der therapeutischen Beziehung die Haltung der Positiven Selbstbeachtung für sich entwickeln kann? Können Humor und Lachen im Sinne einer Resilienzförderung in der Therapie „nachgenährt“ werden?

Schließen möchte ich mit einem burmesischen Sprichwort: „Wenn du jemanden ohne Lächeln siehst, schenk ihm deins.“

Literatur

- Außerwöger, C. (2009). *Humor im Krankenhaus. Clowndoctors im Einsatz zur Bewältigung von Kinderängsten*. Verlag VDM Dr. Müller. Verfügbar unter: http://www.rednoses.eu/fileadmin/rni/medien/bilder/Mission/Scientific_Background/Humor_im_Krankenhaus.pdf [8. August 2013]
- Bänninger-Huber, E. (1996). Die Kunst des Lächelns. Plädoyer für eine differenzierte Betrachtung zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung. Erstveröffentlichung in *Psychomed*, 8, S. 109–119. Verfügbar unter: <http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/baenninger-huber-laecheln.pdf> [8. August 2013]
- Bauer, J. (2006). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. München: Wilhelm Heyne Verlag.
- Benecke, C. (2008). *Lachen, um nicht zu weinen...* Vortrag, 18. April 2008, im Rahmen der 58. Lindauer Psychotherapiewochen 2008 (www.lptw.de). Verfügbar unter: http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2008/benecke_cord.pdf [14. August 2012]
- Brink, D. C. (1996). Rogers' Therapy Cases. Views from Within. In Farber, B. A., Brink, D. C. & Raskin, P. M. (Eds.). *The Psychotherapy of Carl Rogers*. (S. 25–32). New York: The Guilford Press.
- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1986). *Gesprächspsychotherapie: Veränderung durch Verstehen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

- Biermann-Ratjen, E. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In Höger, D. (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 93–116). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Farber, B. A., Brink, D. C. & Raskin, P. M. (Eds.). (1996). *The Psychotherapy of Carl Rogers*. New York: The Guilford Press.
- Fuchs, Thomas (2003). *Non-verbale Kommunikation: Phänomenologische, entwicklungspsychologische und therapeutische Aspekte*. (Zusammenfassung). Verfügbar unter: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/pdf/non_verbal.pdf
- Hilgers, M. (2008). *Lachen verboten? Humor in der Psychotherapie*. Vortrag, 17. April 2008, im Rahmen der 58. Lindauer Psychotherapiewochen 2008 (www.lptw.de/archiv/vortrag/2008/hilgers_micha.pdf) [14. August 2012]
- Höfner, E. & Schachtner, H.-U. (2010). *Das wäre doch gelacht! Humor und Provokation in der Therapie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematierungen. *PERSON (Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung)*, Heft 1/2005, S. 21–41.
- Klempka, I. (2008). *Funktionen von Lachen in Gesprächen: Eine konversationsanalytische Studie*. Thesis, University of Waterloo. Verfügbar unter: http://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/10012/3912/1/Thesis_IsabelKlempka_4.pdf [17. August 2012]
- Lux, M. (2007). *Der Personenzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Merzinger, B. M. (2005). *Das Lachen von Frauen im Gespräch über Shopping und Sexualität*. Inaugural-Dissertation, Universität Berlin. Verfügbar unter: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_00000001869/00_Inhalt.pdf?hosts= [17. August 2012]
- Rapp, A. & Mutschler, D. (2012). Isn't it ironic? Wie wir Ironie (miss)verstehen. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie – Methoden – Praxis*. (S. 66–78). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Rogers, C. R. (1977b/1999). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer Verlag.
- Ruch, W. (2012). Humor und Charakter. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie – Methoden – Praxis*. (S. 8–27). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Sachsse, U. (2012). Humor ist, wenn man trotzdem lacht. Galgenhumor in der Behandlung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie – Methoden – Praxis*. (S. 121–133). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Schröder, H. (2008). *Das Lachen der Kulturen*. Eröffnungsvortrag, 13. April 2008, im Rahmen der 58. Lindauer Psychotherapiewochen 2008 (www.lptw.de/archiv/vortrag/2008/schroeder_hartmut.pdf) [14. August 2012]
- Titze, M. & Eschenröder, C. T. (2007). *Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Titze, M. (2009). Über Erheiterung, Lachen, Schadenfreude, Inkongruenz und Ironie. *TPS – Theorie und Praxis der Sozialpädagogik*, 6, S. 20–25 (leicht erweiterte Fassung). Verfügbar unter: http://www.michael-titze.de/content/de/texte_d/text_d_37.html [17. August 2012]
- Titze, M., Eschenröder, C. & Salameh, W. (1994). Therapeutischer Humor – ein Überblick. In: *Integrative Therapie* 3/1994, S. 200–234.
- Villas-Boas Bowen, M. (1996). The Myth of Nondirectiveness: The Case of Jill. In Farber, B. A., Brink, D. C. & Raskin, P. M. (Eds.). *The Psychotherapy of Carl Rogers*. (S. 84–94). New York: The Guilford Press.
- Wild, B. (2012). Humor, Gesundheit und psychische Erkrankungen – ein Beipackzettel. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie. Neurobiologie – Methoden – Praxis*. (S. 47–65). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Nachhaltig führen

Christiane Bahr

Salzburg, Österreich

Der Beitrag gibt Einblick in einen nachhaltig konzipierten, biografieorientierten Prozess personenzentrierter Supervision und personenzentrierter Führungscoachings mit drei Führungskräften eines Seniorenheimes: einer heimleitenden Person¹ und zwei Führungskräften von Pflegebereichen. – Von dieser qualitativ dokumentierten, mehrjährigen Prozessarbeit wird ausschnittsweise ein Workshoptag beschrieben. Einer gemeinsamen Erarbeitung von Kriterien nachhaltigen Führens folgt dabei unter anderem die Arbeitstechnik des „inneren Teams“ nach Schulz von Thun in leicht adaptierter Form. – Diese nachhaltige, gerontologische, person- und biografieorientierte Supervisions- und Coachingarbeit für Führungskräfte in Seniorenheimen wird abschließend deduktiv als wesentliche Voraussetzung postuliert, um langfristig als Führungskraft gesund und nachhaltig erfolgreich arbeiten zu können, was sich einerseits in einem wertschätzenden Umgang gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen und andererseits in einer ausgezeichneten Dienstleistungsqualität im Seniorenheim zeigt.

Schlüsselwörter: Supervision und Führungscoaching; nachhaltig; person- und biografieorientiert; inneres Team; Seniorenheim

Sustainable Leadership. This article reviews a programme of individually tailored supervision and leadership-coaching for three residential care professionals: a director and two residential care area managers. A one day workshop is presented that showcases the qualitative procedures of the programme. After defining criteria of sustainable leadership, the ‘inner team’ is analysed in line with a modified version of Schulz von Thun’s model. As a deductive conclusion, a sustainable gerontological supervision and leadership-coaching programme is postulated as essential for healthy and sustainable management in retirement homes. This would enable positive interaction with staff members, residents and their relatives, and promote excellence of services within the retirement home.

Keywords: supervision and leadership coaching; sustainable; person- and biography-oriented; inner team; retirement home

Einleitung

Der mitteleuropäische Arbeitsmarkt verändert sich. Entgegen der jahrzehntelangen Erfahrung eines zunehmenden Anteils an Arbeitskräften treten zukünftig Personen aus geburten-schwachen Jahrgängen in den Arbeitsmarkt ein. Der Trend kehrt sich um. Und dies hat weitreichende Auswirkungen auf Aspekte der Personalrekrutierung und Personalführung, insbesondere in der Altenhilfe und Altenpflege. War es für viele Führungskräfte von Pflegeeinrichtungen bislang schon schwierig, diplomiertes Pflegepersonal zu finden, so verstärkt sich

dieses Problem nun zusehends. – Wie allerdings Erfahrungen der hier ausschnittsweise vorliegenden Prozessarbeit zeigen, kann sich die Personalrekrutierung und Personalentwicklung eines Seniorenheimes unter der Voraussetzung zunehmender Qualitätsentwicklung auch positiv gestalten. Bei objektiv gleichbleibend schwieriger Arbeitsmarktsituation erlebte es die heimleitende Führungsperson des beschriebenen Supervisions- und Coachingprozesses, im persönlichen Vergleich zu ihr bekannten Führungskräften anderer Seniorenheime, selbst zunehmend einfacher, neues Personal zu finden. Der im Zuge

Bahr Christiane, Dr.ⁱⁿ, geb. 1961. Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Psychologin und Personenzentrierte Supervisorin in freier Praxis, Erzabt-Klotz-Straße 9, 5020 Salzburg/Austria. Expertin mit langjähriger gerontologischer Erfahrung in der Aus- und Weiterbildung, Forschung und im Management des Gesundheits- und Sozialwesens sowie als Lektorin an der Universität Salzburg. AFS: Supervision, Coaching, Psychotherapie, Nachhaltigkeit, Geragogik, Gerontagogik, Gerontopsychologie. E-Mail: bahrchristiane@hotmail.com

-
- 1 Auf Wunsch dieser Führungskräfte, welche die vorliegende Publikation befürworten, wird im vorliegenden Artikel eine Schreibweise gewählt, die geschlechtsneutral von „der Person“ der jeweiligen Führungskraft spricht. Dies erfolgt zugunsten einer verstärkten Anonymisierung. – Für jene Person, welche die Seniorenheimleitung innehat, wird von der „HLP“ („Heim leitenden Person“) gesprochen, während für die beiden Führungskräfte, welche jeweils einen Pflegebereich und dessen Team leiten, die Abkürzungen „ALIP“ („Abteilung L leitende Person, in Personalunion stellvertretende, Heim leitende Person“) und „AMIP“ („Abteilung M leitende Person“) gewählt werden.

der Qualitätsentwicklung gemeinsam entwickelte, nachhaltige, gerontologische sowie person-, biografie- und somit beziehungsorientierte Arbeitsansatz im Seniorenheim hatte zu einem wertschätzenden und qualitätsvollen Umgang miteinander geführt. Und dies sprach sich herum und erleichterte die Personalrekrutierung.

Der aktuellen und für die Zukunft prognostizierten Personalproblematik eines in der Altenpflege zu befürchtenden Mangels an diplomierten Fachkräften kann demzufolge neben Maßnahmen des Arbeitsmarktes auch eine ermutigende Einladung zu nachhaltiger, person- und biografieorientierter Qualitätsentwicklung in Seniorenheimen gegenübergestellt werden. Im Prozess des vorliegenden Berichts erfolgten person- und biografieorientierte Arbeitsweisen nach den Konzepten von Rogers (1961, 1970, 1980), Böhm (1999) und Kitwood (2004). Während mit „nachhaltig“ oder „nachhaltiger Entwicklung“ grundsätzlich Ergebnisse und Empfehlungen der Brundtland-Kommission (World Commission on Environment and Development, 1987; vgl. United Nations, 2014) gemeint waren, wurden von mir auch darauf folgende Arbeitsergebnisse wie „Agenda 21“ (United Nations, 1992) oder regionale Arbeiten wie die Berichte „Österreichische Strategie Nachhaltige Entwicklung“ (BMLFUW, 2011) und „Die Österreichische Strategie zur Nachhaltigen Entwicklung“ (BMLFUW, 2002) berücksichtigt. – Als mitverantwortliches Organ richtet sich die Bundesregierung bei Letzterem „gleichermaßen als Aufruf an die Länder, Regionen und Gemeinden, an die Wirtschaft genauso wie an alle Bürger[innen und Bürger]. Im Sinne der Prinzipien von Selbstorganisation, Eigenverantwortung, Subsidiarität und Regionalität“, wodurch „eigenständige Bottom-up-Aktivitäten“ (BMLFUW, 2002, S. 7) schließlich zu wichtigen Lösungen führen sollten. Dabei werden in dem Bericht „Österreichische Strategie zur Nachhaltigen Entwicklung“ vier Handlungsfelder mit je fünf Leitzielen genannt: 1) „Lebensqualität in Österreich“, 2) „Österreich als dynamischer Wirtschaftsstandort“, 3) „Österreich als Lebensraum“ und 4) „Österreichs Verantwortung“ (BMLFUW, 2002, S. 20).

Von den dazugehörigen zwanzig Leitzielen waren im Kontext der vorliegenden, mehrjährigen Prozessarbeit folgende von Bedeutung: „Zukunftsfähiger Lebensstil“, „Entfaltungsmöglichkeiten für alle Generationen“, „Gleichberechtigung für Frauen und Männer“, „Bildung und Forschung schaffen Lösungen“, „Ein menschenwürdiges Leben“, „Innovative Strukturen fördern Wettbewerbsfähigkeit“, „Ein neues Verständnis von Unternehmen und Verwaltung“, „Erfolgreiches Wirtschaften durch Ökoeffizienz“, „Nachhaltige Produkte und Dienstleistungen stärken“, „Verantwortungsvolle Raumnutzung und Regionalentwicklung“ sowie „Unsere Welt als Lebensraum“ (BMLFUW, 2002, S. 20).

Der Bericht „ÖSTRAT – Österreichische Strategie Nachhaltige Entwicklung“ geht mit dem „Arbeitsprogramm 2011ff“

(BMLFUW, 2011) zudem näher auf nachhaltige Arbeitsplatzbedingungen ein und beschreibt: „Jeder Arbeitsplatz – egal ob hoch oder niedrig qualifiziert – soll den Entwicklungen des Arbeitsmarktes entsprechend folgende Voraussetzungen erfüllen:

- ein Mindestmaß an materieller und sozialer Sicherheit garantieren,
- die Gesundheit nicht gefährden, sowie die Leistungsfähigkeit aller Arbeitnehmer[innen und Arbeitnehmer] erhalten,
- Anpassungen und Ausbau der beruflichen Qualifikationen ermöglichen,
- frei von Diskriminierung sein und
- geschlechter- wie alter(n)sgerecht und lebensphasenorientiert ausgerichtet sein.“ (BMLFUW, 2011, S. 59–60)

Nachhaltige, person- und biografieorientierte Kriterien der Altenarbeit und Altenpflege wurden im Seniorenheim des hier vorliegenden Berichts im Laufe mehrjähriger Projektarbeiten diskutiert und finalisiert. Zudem wurden diese fachlichen Ergebnisse im Zuge der Erstellung eines Qualitätshandbuchs dokumentiert und aktualisiert. Die damit einhergehende Einführung regelmäßiger Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche und hierbei besprochene Zielvereinbarungen trugen ebenso wesentlich zur steten Qualitätsentwicklung im Seniorenheim bei. – In diesem Zusammenhang sei auf die umfassende Verantwortung von zumeist gut qualifizierten Personen in Leitungsfunktion und deren fachliche Unterstützung hingewiesen: „Um die zahlreichen neuen Aufgaben bewältigen zu können, müssen Fach- und Führungskräfte auch ihre Führungsqualitäten weiter entwickeln. Aus diesem Grund müssen sie unbeschränkten Zugang zur persönlichen Entwicklung und zur Nutzung von Weiterbildungsprogrammen haben, die ihnen Fähigkeiten über den Aktionsradius ihres Unternehmens hinaus vermitteln und die eine Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und den Stakeholderinteressen beinhalten.“ (Musger, 2013, S. 18) – In diesem Sinne sei auf die Notwendigkeit einer großzügig einzuplanenden Budgetierung von Kosten für team- und führungs-kräftebezogene Supervisions-, Coaching- und Fortbildungsmöglichkeiten hingewiesen, welche hinsichtlich des nachhaltigen Qualitätserfolgs eines Seniorenheimes als voraussetzend betrachtet werden kann.

Rahmen und Ziele des Führungs-Coaching-Workshops

Bei der nachfolgend geschilderten Arbeit handelt es sich um die Beschreibung eines von mir durchgeführten und dokumentierten Führungscoaching-Workshop-Tages im Rahmen eines mehrjährigen Supervisions- und Coachingprozesses mit drei Führungspersonen eines Seniorenheimes. Diese sehen in

mir sowohl ihre Supervisorin als auch Trainerin.² – In monatlich stattfindenden Supervisions-Sitzungsterminen wurden von Jänner bis Juni und September bis November aktuelle Fragen, Anliegen und Problemsituationen ihrer anspruchsvollen Leitungsaufgaben bearbeitet, während zusätzlich stattfindende Workshop-Tage zur Stärkung ihrer Persönlichkeit und Kommunikation sowie zur weiteren inhaltlichen Qualitätsentwicklung dienten. – Im Rahmen dieser Prozessarbeit etablierten sich nach und nach auch Themen der Nachhaltigkeit und nachhaltigen Entwicklung (vgl. United Nations, 2014; Ekaradt, 2010; Die Bundesregierung, 2005), weshalb die drei Führungskräfte einen eigenen Workshop-Tag zu diesem Thema begrüßten.

Die zu Beginn dieser Prozessarbeit vereinbarten Ziele, welche die im Heim gewählte Arbeitsweise nach Erwin Böhm (1999) unterstützen sollten, lauteten:

- Gemeinsame kollegiale Reflexion des eigenen Befindens, Erlebens und Handelns sowie Finden klärender Erkenntnisse.
- Stärkung des kollegialen Dialogs, gegenseitigen Verstehens und Unterstützens.
- Einsicht und Verstehenlernen von Dynamiken (in Konfliktsituationen) im Kontakt mit einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sowie das Erkennen diesbezüglich möglicher Übertragungsphänomene.
- Aufbau und biografieorientierte Stärkung wertschätzender Führungskompetenzen.
- Einsicht für einen achtsamen Umgang miteinander – Erlernen gelebter Aufmerksamkeit, sowohl auf der Führungsebene als auch gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
- Gemeinsame Stärkung ihrer individuellen Führungsverantwortung unter besonderer Berücksichtigung ressourcenorientierten Wahrnehmens und Handelns.
- Neben der stets möglichen Bearbeitung aktueller Themen und Anliegen sollte auch die Qualitätsentwicklung von kurz-, mittel- und langfristigen gerontologischen Themen, Zielen und Umsetzungsmöglichkeiten, sowie deren kontinuierliche Reflexion und Entwicklung, genügend Raum und Zeit erhalten.

Der gesamte Prozess wurde von mir im Sinne qualitativer Feldforschung und Feldarbeit (Girtler, 1984) schriftlich und mittels Fotos dokumentiert. Um meine Objektivität im Prozessgeschehen und im Umgang mit den gesammelten Daten zu stärken, habe ich diese Tätigkeit zudem selbst in regelmäßigen

2 Die Führungspersonen hatten seinerzeit gezielt nach einer Supervisorin gesucht, die zusätzlich über umfassende gerontologische Fach- und Feldkompetenz verfügt und deshalb mich ausgewählt.

eigenen Supervisionssitzungen mit meiner Supervisorin reflektiert. Das Datenmaterial analysierte ich in der Folge nach Kriterien qualitativer Sozialforschung (Girtler, 1984; Lamnek, 2010; 1989; 1988). – Im Workshop nutzte ich neben meiner personzentrierten Arbeitsweise ergänzend eine leicht personorientiert veränderte Form des „inneren Teams“ nach Schulz von Thun (2011). – Im folgenden Ergebnisbericht wird aufgrund der beschränkten Länge des Artikels nun auf die Schilderung meiner besonders behutsamen Explorationsförderung verzichtet und personzentrierte Coachingtätigkeit (vgl. Waldl, 2004; Wirkner, 2006) an dieser Stelle als bekannt vorausgesetzt.

Prozessbeispiel Führungscoaching-Workshop-Tag „Nachhaltig führen“ im Herbst 2014³.

Nach einer kurzen Begrüßung der drei Führungskräfte, Vorstellung der Zeitstruktur und des aktuellen Themas „Nachhaltig führen“ – nachhaltig und einfühlsam führen und geführt werden – sowie einigen Worten zur Bedeutung der Gemeinwohlökonomie (Felber, 2012) und gelebter Nachhaltigkeit und nachhaltiger Entwicklung im Seniorenheim lade ich die Anwesenden zur Eingangsrunde ein und bitte sie in diesem thematischen Zusammenhang einige Worte zu ihrem Befinden zu sagen, im Sinne von: „Wie geht es mir? Wie bin ich da?“

Die „Heim leitende Person“ (HIP) fühlt sich wohl. Sie beginnt, indem sie beeindruckt vom ansprechenden Messgewand des Pfarrers am gestrigen Sonntag erzählt. Die bunten Aquarellfarben von dessen neuem Messgewand wirkten auf sie sehr geerdet und passten gut zum zelebrierten Erntedankfest. Ein schöner und kunstvoller Anblick, der ihr immer noch Freude bereite. – Wenn sie aber an die Fülle der Arbeit im Seniorenheim denke, wäre ihr Gefühl im Augenblick nicht ganz so angenehm, weil sie weiterhin „das Risiko“ wahrnehme, „dass das Wichtigste – miteinander zu reden – immer noch häufig vergessen“ werde. Nachhaltigkeit heiße „eigentlich, dass das nicht passiert“, und man bedenken solle, „welche mittelfristige und langfristige Wirkung“ etwas habe. Dazu gehöre, „dass man keine Schnellschüsse“ mache und langfristig plane. Dabei habe sie den Eindruck, dass heutzutage „Nachhaltigkeit zwar in aller Munde“ sei, „aber nicht wirklich gelebt“ werde.

Die „Abteilung L des Pflegewohnbereichs leitende Person“ (ALIP), welche gleichzeitig die Funktion der stellvertretenden Heimleitung innehat, ist ebenfalls „gut da“, obwohl sie die

3 Auf Wunsch der drei Führungskräfte werden das genaue Datum und der Ort des Führungscoaching-Workshops in dieser Publikation nicht bekannt gegeben. Eventuelle Rückschlüsse auf reale Personen, Orte oder Zeiten sollen auf diese Weise verhindert werden. Genaue Angaben hierzu finden sich in meiner nach qualitativen Kriterien erstellten Prozessdokumentation.

vorige Woche als sehr stressig erlebte. Sie bestätigt damit die soeben gehörten Worte der HIP und tut dies darüber hinaus hinsichtlich eines längeren Zeitraums. Denn sie bezieht diesen Sachverhalt auf mehrere Wochen: „Wir haben nicht mehr so oft geredet miteinander – im Sommer, waren nicht mehr so im Austausch.“ Sie habe sich selbst deshalb sogar schon gefragt, ob sie weiterhin überhaupt noch in der Leitungsfunktion bleiben wolle. Vergangenen Mittwoch ergab sich dann die Situation, dass sie auf der Führungsebene zu dritt eigentlich einen gemeinsamen Termin hätten abstimmen wollen und es nicht dazu kam, weil sie „so beschäftigt war mit Angehörigen, Dienstplanschreiben und ... und ... und schon so genervt war!“ – „Nein, so unzufrieden aus dem Dienst gehen, das taugt mir nicht!“ – Allerdings verbrachte sie mittlerweile ein sehr schönes und kontemplatives Wochenende, fand auf diese Weise erneut zu innerer Ruhe und Kraft und freue sich nun auf den Workshoptag.



Einzelnen gearbeitet hätten. Das sei ihr bestens in Erinnerung und unvergesslich – vor allem der eine Spieler – der Fußballer in ihr – der ins Stadion laufe, ein Tor nach dem anderen schießen wolle und natürlich den Siegespokal bekommen möchte. Um dies zu erreichen, gelte es zu bedenken: „Welche inneren Teammitglieder hat man, die einem helfen oder die dagegen arbeiten? Welche inneren Mitspieler können das verhindern? Und welche können es fördern?“

Daraufhin lade ich die drei Führungskräfte ein ihre Eindrücke zum Thema „Nachhaltig führen und geführt werden“ zu formulieren und am Flipchart zu notieren.

Nachhaltig zu führen bedinge das richtige Tempo, um ein sinnvolles Ziel gemeinsam erreichen zu können, so die HIP. Und dies solle Spaß und Freude bereiten.

Für die ALIP ist es wichtig zu sehen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mitgehen „mit dem Ganzen“ und sie sich auf sie verlassen könne. Dann könne man die Verantwortung gemeinsam tragen.

Die AMIP betont die Bedeutung von Feedbacks im Kontext der Entwicklung. Am Anfang, so erzählt sie, „dachte ich: Ich weiß wie es geht und keiner versteht mich“. Doch dann habe sie gelernt, dass dabei „Gelassenheit“ ganz wichtig sei. „Eine Unaufgeregtheit – dass man weiß, gewisse Themen brauchen auch Zeit“.

Hier klinkt sich wieder die HIP ein und formuliert den Faktor „Kommunikation“, weil „Austausch ganz wichtig ist“. – Und dabei erscheint „Ziel und Sinn“ für sie „in einem Kombipack“, weshalb es „Weitblick“ brauche und „den Mut für Entscheidungen“. Außerdem gelte es hierbei Missgeschicke zu überwinden – „weil manche Visionen oder Ziele, von denen man dachte, dass sie ohnehin schon sicher seien, trotzdem nicht gelingen können“.

Nachhaltig führen
Richtiges Tempo – ein Ziel/Sinn
Gemeinsamkeit/Spaß – Freude
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „gehen mit“ – Begleitung
Sich verlassen können – Verantwortung
Feedback – Entwicklung
Gelassenheit
Kommunikation
Weitblick
Missgeschicke überwinden
Erfolg/ eigene Handschrift
Philosophie / Haltung
Qualitätsentwicklung
Organisationsklarheit
Wahrnehmungsfähigkeit
Begleitung durch Supervision
Verantwortung
Vorbildwirkung
Mut – Entscheidungen treffen
Fehler eingestehen
80 Prozent genügen
Nähe/Distanz
Menschlichkeit – lernen

Die „Abteilung M des Pflegewohnbereichs leitende Person“ (AMIP) ist „sehr gut da und dankbar“, dass sie die Woche „mit so einem schönen Tag“ beginnen könne, „das tut gut“. Die stressige Zeit der vergangenen Woche habe sie aber auch bemerkt – In diesem Zusammenhang würden ihr einige der vergangenen Workshops einfallen, bei denen wir am „inneren Team“ jedes

Die AMIP thematisiert „Erfolge, die eine bestimmte „Handschrift“ widerspiegeln – „dass man sieht, dass es wichtig war, dass man selber da war und es gemacht hat und nicht irgendwer anderer – dass man diese Handschrift erkennt“. Woraufhin die HIP ergänzt: „Es braucht eine Philosophie, eine Haltung, und eine Qualitätsentwicklung und Organisationsklarheit; und eine gute Wahrnehmungsfähigkeit gehört eigentlich auch noch dazu.“

Die ALIP hebt daraufhin die hilfreiche Begleitung mittels Führungscoaching bzw. dieser speziellen Form der Supervision hervor, die sie für sich genauso hilfreich erlebt wie die Supervision für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. – Ja, „und dabei auch Dankbarkeit spüren kann“, setzt die HIP fort, „und dass man sich der Verantwortung“ sowohl gegenüber dem Personal als auch „gegenüber der Natur“ bewusst ist. – Für die AMIP gehört angesichts nachhaltiger Führung noch dazu, „dass man eine Vorbildwirkung einnimmt“.

Und dafür braucht es wiederum „Mut für Entscheidungen“, meint die HIP, was bedeute: „Sollten Fehler geschehen, auch den Mut zu haben, Fehler einzugestehen“, sofern falsche Entscheidungen getroffen wurden.

Die AMIP greift diesen Impuls auf und setzt fort: „80 Prozent genügen. Es ist wichtig, dass man nicht über das Ziel hinausschießt“, sondern „gegen die Perfektion“ ankämpft, da es ansonsten „nie genug ist“, wegen zu vieler anderer „Ansprüche“, was so „nicht mehr gut wäre“. – „Nicht auf Biegen und Brechen“ solle man demnach vorgehen, sondern sich fragen: „Was braucht es dazu?“ – Weiters bedeute „nachhaltig zu führen“ für sie, ein Team für mindestens 10 bis 15 Jahre zu begleiten. Dabei werde rasch klar, dass dies sowohl eine gewisse Nähe als auch Distanz erfordere, „sonst kann ich das nicht mehr richtig machen“. Denn da „man in dieser Zeit viele Geschichten der einzelnen Mitarbeiter“ und Mitarbeiterinnen kennen lerne, sei es wichtig „sich nicht zu sehr davon beeinflussen zu lassen“.

Angesichts dieses mitfühlenden und gleichzeitig objektiv Abstand haltenden Führungsstils erwähnt die HIP, wie wichtig hierbei ein Gut-bei-sich-selbst-bleiben-Können wirke. „Nicht einsam“, sondern gut mit sich allein „sein zu können“, da eine gut mit sich allein sein Könnende oder ein dies Könnender „dann ein sehr starker Spieler“ sei; „andererseits wird man als der Einsame zu einem Liebesbettler.“ – Dabei wird der HIP bewusst, dass „sehr viele menschliche Aspekte drinnen sein müssen – wenn es um nachhaltiges Führen geht.“

AMIP: „Beruhigend ist für mich, dass das lauter Sachen sind, die man lernen kann.“

ALIP: Die jemand „aber nicht (immer) leicht lernen“ könne. – „Vokabel kann ich auswendig lernen, aber das –!“ – Angesichts der längeren Gedankenpause biete ich an: „Es fordert einen persönlich.“ – Daraufhin sie: „Ja, genau.“

Ganz ähnlich sehen die drei Führungskräfte dies hinsichtlich des „nachhaltig geführt Werdens“. Es gehöre Vertrauen dazu, „ein Sich-verlassen-Können“ und natürlich Spaß und Freude, meint die HIP. Die AMIP führt fort, dass „Entwicklung“ dabei einen großen Stellenwert einnehme, ebenso das Wissen, „dass es richtig ist, sich zu entwickeln“. Hierfür wären „Werkzeuge“ wichtig, welche wiederum „so wie jetzt“ gut in Workshops erlernt und erarbeitet werden können. Dies gewährleiste, dass sie „nicht ständig an demselben Thema arbeiten“ würden.

Daraufhin die HIP: „Und dass ich mich auf etwas verlassen kann. Dass ich vertrauen kann, wenn ich geführt werde; aber auch gelassen sein kann.“ Die ALIP betont hierbei, wie bedeutend es sei, dass alle Beteiligten sich „Zeit nehmen für einen gegenseitigen Austausch“.

Dann setzt die AMIP mit dem Stichwort „Authentizität“ fort: „Dass man sich so einbringen kann, wie man will, und das Gefühl hat, dass das – wie man geführt wird – auch dem entspricht, was man selber will.“

Die HIP: „Achtsamkeit, Wertschätzung und Dankbarkeit sind Grundelemente auf beiden Seiten, mindestens so wichtig wie Fachkompetenz“. Wer „nach zehn Jahren noch gute Qualität haben“ wolle, komme nicht umhin zu „investieren“. „Nachhaltigkeit funktioniert nicht einfach so schnell in wenigen Tagen, sondern setzt voraus, dass man langfristig an diesen Themen arbeitet. – Ohne das geht es einfach nicht.“

Die ALIP stimmt der HIP zu und ergänzt, dass ein „Sich-verstanden-Fühlen“ ebenfalls wichtig sei.

Und die AMIP sagt dazu abschließend, dass es auch „Mut“ brauche, um „eigene Fehler“ einzugestehen, was sodann zeige, „dass man vertrauen kann, dass das der Weg ist, den man miteinander gehen kann, trotz der Fehler.“

Nachhaltig geführt werden
Vertrauen – sich verlassen können
Spaß – Freude
Entwicklung
Werkzeuge
Zeit für gegenseitigen Austausch
Authentizität
Achtsamkeit und Wertschätzung
Dankbarkeit
Investition in Fachkompetenz
Längerfristige Prozesse zulassen
Sich verstanden fühlen
Mut – eigene Fehler einzugestehen

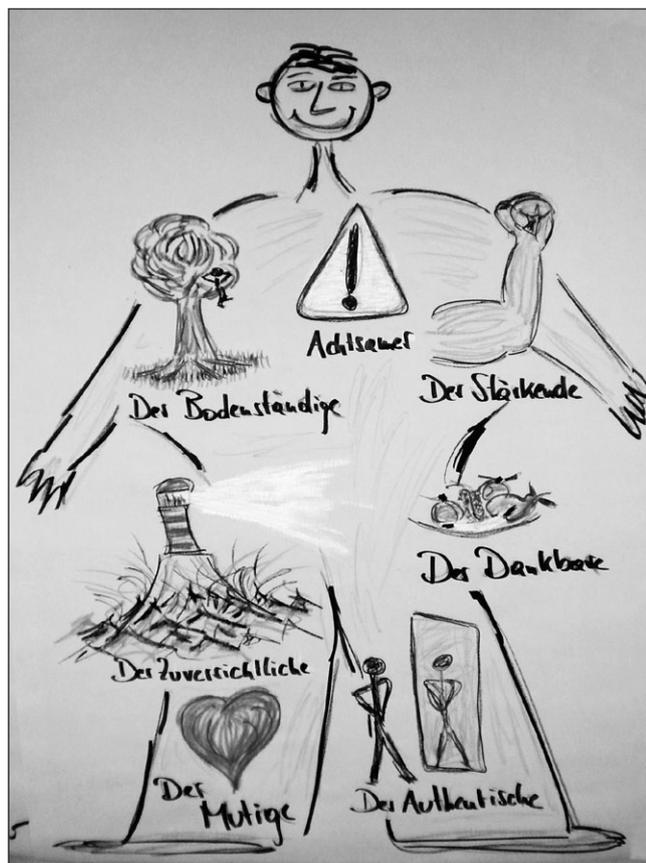
Nach einer darauf folgenden Übung zur Körperwahrnehmung wenden wir uns dem nächsten Arbeitsschritt zu. Dieser besteht darin, die soeben erarbeiteten Punkte mit dem Begriff der

Empathie, dem Einfühlungsvermögen, in Verbindung zu bringen. – Welche Rolle spielt diese hierbei? – Der gemeinsamen Erarbeitung des Themas folgt eine Körperübung, bei welcher die drei Führungskräfte eingeladen werden, Gefühle wie „angespannt“ oder „entspannt“, „leicht“, „schmerzhaft“ und dergleichen wahrzunehmen. Dann ersuche ich sie diesen Empfindungen gedanklich eine Farbe zuzuordnen und diese Farben daraufhin in eine leere Körperfigur auf einem Blatt Papier zu malen. Für jedes Gefühl wird eine eigene Farbe gewählt und als solche ausgewiesen (Kotsou, 2012, S. 43). Die darauf folgenden Erläuterungen ihrer Bilder dienen dem Gewährwerden ihrer selbst im körperlichen Hier und Jetzt.

Daraufhin wenden wir uns der Arbeit mit dem „inneren Team“ (Schulz von Thun, 2011) zu. Ausgehend von den soeben vernommenen Schilderungen ihres Befindens bitte ich sie, an jene inneren Spielerinnen und Spieler in sich zu denken, die ihnen dabei helfen würden, nachhaltig zu führen. – Die drei Führungskräfte erhalten je einen Bogen Packpapier und Wachskreiden. Nach einer halben Stunde des kreativen Malens werden die Bilder präsentiert und erläutert:

Die AMIP beginnt. Der erste *innere Spieler*, der ihr eingefallen sei, „ist *der Bodenständige*, der sich immer wieder bewusst macht: Wenn 80 Prozent umgesetzt werden, dann hast du schon viel geschafft“. – Und *der Achtsame* in ihr nehme dann wahr,

dass die Hand sich gerade einmal schwer anfühle und zeige ihr damit die Grenzen auf. – *Der Stärkende*, symbolisiert durch einen starken Arm, steht hingegen für jenen inneren Spieler, der gut auf die Mitarbeiterinnen und „Mitarbeiter schaut und das halt nur möglich ist, wenn man gut auf sich selber schaut. Der sich sagt: Gut hast du das gemacht! Und das dann auch anderen sagen kann.“ – *Der Zuversichtliche*, verdeutlicht durch die Gestalt eines Leuchtturms, der auch dann da ist, wenn es „einmal stürmisch zugeht.“ – *Der Dankbare*, der es genießt, „wenn man einmal früher heimgehen kann“ oder der auch „das Vertrauen“ zu schätzen weiß, das er „bei unseren Führungscoachings inzwischen aufbauen konnte, wo es um sehr persönliche Themen geht, so wie heute auch wieder.“ – *Der Mutige*, der bereit ist eine Entscheidung zu treffen, auch wenn er sich zuweilen nicht immer „ganz sicher ist“; weil das immer noch besser sei, als gar nicht zu entscheiden, „auch wenn das Herz manchmal in die Hose rutscht“. – Und natürlich *der Authentische*, der sich selbst gut in den Spiegel schauen kann. – Abschließend kehrt die AMIP mit ihren Erläuterungen nochmals kurz zum inneren Teil *des Bodenständigen* und somit dem gemalten Baum zurück. Sie erzählt, dass sie diesen zunächst ohne Wurzeln malte, ihr dabei aber etwas gefehlt habe, weshalb sie diese später dazu malte, bis es ihr so richtig passte. Sie habe sich in den Baum gezeichnet, weil sie sich mit diesem und seiner Kraft gut identifizieren könne und dabei sehr wohl fühle. Und auch jetzt tue es ihr gut, das Bild einfach anzusehen.



Die ALIP beginnt ihre Erläuterung des Plakats, indem sie erzählt, dass ihr zuallererst eine Sonne eingefallen sei, weil sie von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern „wie eine Sonne“ wahrgenommen werde. Dieser inneren Spielerin gab sie den Namen *die Fröhliche*. – Gleich daneben gebe es *die Beobachtende*, „der viel auffällt“, und *die Lobende*; sie erzählt, dass sie „diese innere Spielerin bei vorherigen Arbeiten zum inneren Team“ noch nicht ihr eigen nennen konnte und jetzt sehr stolz auf sie sei. Denn jetzt lobe sie mehr und bekäme auch von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Rückmeldung, „wie gut das jetzt sei“. – Dann gäbe es *die Achtsame*, „die auf die anderen schaut“. – *Die Lernende*, „wie heute auch wieder, wo man sieht, was es noch alles gibt“. – *Die Dankbare*, veranschaulicht mit der Metapher einer Merci-Schachtel, weil sie „am Stock“ (Anmerkung: gemeint ist ihre Abteilung) häufig eine bekommen würden. Außerdem sei sie dankbar, bei diesem Seniorenheimträger angestellt zu sein. – Dann gibt es *die Mutige*, die auch entscheidet. – *Die Unterstützende*, die andere ebenso unterstützt wie sich selbst. – *Die Wertschätzende*, die mit Kritik vorsichtig umgeht, weshalb sie dafür das ihr wertvolle Symbol eines Blumenstraußes wählt habe.

Auf meine Frage, wie es ihr jetzt damit gehe, antwortet sie mit „gut“. – Anfangs habe sie sich heute beim Malen gefragt:

„Finde ich da überhaupt etwas?“ – Doch dann fiel ihr die positive Rückmeldung einer Mitarbeiterin ein. „Und wenn du dann auf einmal spürst, was einem guttut, dann ist es gegangen; dann war was da“ und sie konnte es malen. – Ganz besonders gerne nehme sie sich davon die „Sonne und den Blumenstrauß“ mit.

Die AMIP greift dies fröhlich auf und weiß nun auch, wie sie die ALIP im Arbeitsalltag kurz aufmuntern oder kollegial zu stärken vermag, wenn sich die Möglichkeit hierzu anbieten würde. Sie werde dann zu ihr sagen: „Gemma grod amol zwa Minuten oder fünf Minuten in die Sunn!“ (Bedeutung: Lass uns für zwei oder fünf Minuten in die Sonne gehen!) – Die ALIP lacht und freut sich sichtlich darüber.

Die HIP beginnt mit *dem Ausgeglichenen*, den sie zuallererst malte und welcher gut zum Spieler namens „*der Fröhliche*“ passe; sie sei froh, dass sie beide nun so gut in sich „zulassen“ könne, meint sie lächelnd. – *Der Herzliche*, „wenn heute schon Welt-Herz-Tag“ ist, womit sie „dem freundlichen, Komplimente gebenden Spieler Platz“ gäbe. – *Der Mutige*: „Es braucht immer wieder Mut zu sagen, dass etwas verändert werden muss, wenn es ansteht.“ – *Der Dankbare* symbolisiert für sie die Wichtigkeit, Dank „von anderen zu spüren und Dankbarkeit annehmen zu können“. Zur ALIP und AMIP gewandt sagt sie dann: „Es ist nicht selbstverständlich, dass ihr zwei so tolle Bereichsleitungen seid und mich so unterstützt! Obwohl das im Alltag oft zu wenig zum Ausdruck kommt.“ – *Der Kompetente*, so setzt sie fort, sei „ganz ein wichtiger Spieler“, ähnlich wie die Spieler *der Ausgeglichenen* und *der Herzlichen*; „damit braucht es den Zusatzspieler“, *den Achtsamen*. Denn dieser gewährleiste, dass andere „nicht mit der Kompetenz überfordert, erdrückt oder was auch immer werden“. – *Der Einfühlsame*, „der nicht alles über einen Kamm schert“, wurde von ihr ebenso wie *der Authentische* und *der Herzliche* im „Rumpfbereich angeordnet, weil das so gut spürbar ist – wunderbar, das passt so gut!“ – Darüber hinaus gibt es *den mit dem Fingerspitzengefühl*, sowie *den Sehenden* und *den Hinhörenden*. – *Der Kreative*: „Man hat oft nicht schon alles gelernt und sollte daher kreative Wege finden – für neue Lösungen.“ – *Der Philosoph* in ihr denkt nach, überlegt; „wo liegt der Sinn darin?“ – Dieser passe gut zum *Sehenden*. – „Und dann *der mit dem Rückgrat*“, der „zu etwas stehen“ könne, das „man vereinbart hat“, oder auch ein Fehlen akzeptieren könne. – Diese inneren Teile sind für sie „wichtige Zugangsweisen“, durch welche sie immer wieder etwas in sich finde. – Es freue sie sehr, meint die HIP, dass ihr mittlerweile schon viel mehr Spieler einfallen würden als früher. – Von dem Bild der ALIP habe sie ganz besonders die Lernende angesprochen. Wobei sie statt deren innerer Spielerin *der Lobenden* fälschlich die ganze Zeit über *die Labende* gelesen hatte. Und diese gedankliche Verwechslung ihrerseits nehme sie nun auch noch als spannende Inspiration mit. Auf

ihrem Bild fehle dieser Spieler. „Und ich erkenne auch, dass das kein Zufall ist.“ – Insgesamt erlebe sie ihre gemeinsame Entwicklung im Heim als gigantisch, auch im Sinne der Nachhaltigkeit: „Visionen lohnen sich ... und wenn sie wahr werden, dann noch viel mehr.“

Als ich sie frage, was sie beim Anblick ihres Bildes besonders stärke, antwortet sie: „Die ganze Ausstrahlung des Bildes – im Ganzen – ist es; und wenn ich mich auf einen Teil konzentriere, dann ist es die Einfühlsamkeit. Weil die erfordert ganz viel und ermöglicht ganz viel.“ Diese weiter zu entwickeln würde sie sehr interessieren.

Der AMIP wird dabei klar: „*Der Ausgeglichene* ist ganz wichtig – den borge ich mir von dir aus. Oder ich zahle dir eine Ablösesumme“, meint sie humorvoll, indem sie in der ihnen sehr vertrauten Fußballersprache bleibt.

Die ALIP dazu: „Ja, das ist nachhaltig.“ – Zu Beginn erlebte sie die HIP als Zuhörende und Ausgeglichene, und das sei ihr persönlich einst sehr wichtig gewesen. Der HIP gefällt dies, auch wenn sie sich selbst zu Beginn ihrer Zusammenarbeit vor vielen Jahren selbst nicht als ausgeglichen erlebt hatte. – Aber jetzt umso mehr.

An den Rückmeldungen berührt die HIP, „dass man das Glück hat, die richtigen Leute zu treffen, die mich unterstützen“.

Außerdem erlebe sie es im Augenblick sehr angenehm, dass sie während des heutigen Arbeitsprozesses beim Guten bleiben konnten, wenngleich vieles Belastende theoretisch auch viel stärker thematisiert hätte werden können. „Andere Begriffe können eine ganz andere Wirkung haben – das tut schon gut!“ Ebenso wie „der Mut, dass man damit nicht überfordert ist, den Perfektionismus einmal lassen zu können, sich auf das Heute einlassen zu können“, sei wichtig.

Damit kommen wir zum Ausklang und der Abschlussrunde des Workshoptages.

Die ALIP fühlt sich wohl und bestätigt das zuletzt Gehörte auch seitens ihres eigenen Erlebens. Sie sagt, dass es ihr nun richtig gut gehe, „ich möchte sogar sagen sehr gut. Ich spüre heute ganz stark die Gemeinsamkeit“. Und für ihren persönlichen Erfolg bedeute dies, dass dieser schon gestärkt werde, „wenn man an der Gemeinsamkeit dranbleibt“.

Der AMIP geht es ebenfalls „sehr gut“, weil der heutige Tag für sie so gut verständlich war. Außerdem gefällt ihr, dass sie sich in dieser Zeit nun wieder sehr gut kennen gelernt hätten. Und das sei wichtig, „weil der persönliche Erfolg nur im Gemeinsamen möglich ist“.

Zuletzt wendet sich die HIP an mich und meint, dass die vergangenen Jahre, in denen sie mit mir als Supervisorin und Trainerin arbeite, sehr wertvoll, inspirierend und konstruktiv gewesen seien und ihr Erfolg im Seniorenheim ohne diese „profunde fachliche Unterstützung“ nicht möglich gewesen wäre:

Denn ohne gute Trainerin oder „ohne guten Trainer schießt man kein Tor“ – „Es lohnt sich einfach, dran zu bleiben!“ – Indem wir die erarbeiteten Plakate und stärkenden Erkenntnisse auf uns wirken lassen, formuliert sie abschließend drei Sätze, die auch die ALIP und AMIP lächelnd in Gedanken mit auf den Weg nehmen:

Ich will das ernst nehmen.

Ich will das mitnehmen.

Ich möchte es – auch – gerne umsetzen.

Resümee und deduktiv postulierende Hypothese

Die Führungs-Crew dieses Seniorenheims ist im Alltag mit großen Herausforderungen konfrontiert. Wie bei vielen Leitungsfunktionen in der Altenhilfe und Altenpflege ist auch ihre Tätigkeit mit zahlreichen Belastungsfaktoren verbunden, welche nicht selten zu einer Störung der individuellen Work-Life-Balance führen. – Während deshalb in unseren monatlichen⁴ Supervisions-sitzungen hauptsächlich belastende Themen geklärt und bearbeitet wurden, wünschte sich das Team von den Workshoptagen ein gezieltes „Aufbauprogramm“ mit bewusster Stärkung positiver Aspekte: Persönliches Empowerment war gefragt, die Stärkung ihrer Kommunikation und eine ebenso wohlthuende wie inspirierende, humorvolle wie tiefsinnige sowie gerontologisch innovative Weiterentwicklung ihrer Arbeit im Seniorenheim. Dies führte zu einer konstruktiven Verbindung „von Problem- und Ressourcenorientierung“, welche als „Basis eines differenzierten Problemverständnisses“ diene und nachhaltige „Anknüpfungspunkte für lösungsorientierte Arbeitsweisen“ (Schulz von Thun & Kumbier, 2008, S. 243) ermögliche. – Es ist ein Weg, der sie zu einem wertschätzenden Miteinander im Seniorenheim und achtsamen Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen führte. Zudem trugen qualitätsvolle Supervisions- und Fortbildungsmaßnahmen für das gesamte Personal der Pflegewohnbereiche hilfreich zur Qualitätsentwicklung bei, was nach geraumer Zeit durch eine offizielle Zertifizierung bestätigt wurde.

Meine deduktiv postulierte Hypothese lautet: *Nachhaltige, gerontologische person- und biografieorientierte Supervisions- und Coachingarbeit ist für Führungskräfte in Seniorenheimen eine wesentliche Voraussetzung, um langfristig als Führungskraft gesund und nachhaltig erfolgreich arbeiten zu können, was sich einerseits in einem wertschätzenden Umgang gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen und andererseits in einer ausgezeichneten Dienstleistungsqualität im Seniorenheim zeigt.*

Sieben bzw. acht Postulate meiner Hypothese lauten:

1. Es wird postuliert, dass Führungskräfte in Seniorenheimen infolge ihrer überdurchschnittlich belastenden Arbeitssituation einer *andauernden* und *kontinuierlichen fachlichen Unterstützung* bedürfen, um langfristig gesund, erfolgreich und zufrieden leben und arbeiten zu können; zudem eröffnet sich ihnen auf diese Weise die Möglichkeit, zu *höchster Einsicht auf persönlicher* und *allgemeiner*, fachlicher Ebene zu finden.
2. Diese Unterstützung sollte sich sowohl auf *fachliche (gerontologische)* Belange als auch auf *beziehungsorientierte* und *persönliche Aspekte* beziehen und sowohl bei Inanspruchnahme von *Supervision* als auch *Coaching* möglich sein. Diese Supervision und das Coaching sollten bei externen und wenn möglich personzentrierten Fachkräften mit (zusätzlichem) gerontologischem Fachwissen erfolgen, welche für diese Tätigkeit gegebenenfalls in das Seniorenheim kommen. Die Dienstleistung sollte stets in der *Führungsgruppe als Team* stattfinden und kann *zusätzlich bei Bedarf* mit *Einzel-sitzungen* ergänzt werden.
3. Im Rahmen von *Supervision* und *Coaching* sowie *Weiterbildung* finden üblicherweise sowohl problematische und kritische Anliegen als auch humorvolle und tiefgründige Themen Beachtung. – Hierzu wird ergänzend postuliert, dass es für den *positiven Verlauf* des geschilderten Prozesses von Führungskräften unumgänglich ist, *zusätzlich* zu den unter Punkt zwei beschriebenen Terminen *weitere Führungs-Workshop-Tage* (im kleinen Kreis) einzuplanen; diese sollten vor allem Positives betonen und stärken, und in erster Linie der persönlichen *Wahrnehmung*, individuellen *Unterstützung*, der (gerontologischen) *Inspiration* sowie möglichen *Weiterentwicklung eigener* und *gemeinsamer Qualitätsvorstellungen* und deren möglicher *Umsetzung* dienen.
4. In diesem Zusammenhang wird weiters postuliert, dass bei einer Kombination von *neunmal jährlich* in *monatlichem Rhythmus*⁵ stattfindenden *Supervisionssitzungen* sowie *zusätzlichen vier bis maximal sieben* einzuplanenden *Workshop-Tagen* mit *ein und derselben externen Fachkraft* großer Erfolg und wohlthuende Zufriedenheit erzielt werden kann, sofern die beteiligten Führungskräfte daran interessiert sind, gefundene Einsichten im Alltag umzusetzen. – Diese *kontinuierliche thematische Kombination* und *Vertrautheit* wirkt klärend, inspirierend, hilfreich unterstützend und Erfolg leichter ermöglichend.
5. Es wird postuliert, dass hierbei kontinuierlich *gewonnene Einsichten* stetig zur *Entwicklung eines umfassenden persönlichen und allgemeinen Fachwissens*, zu *persönlicher Stärkung*, zukunftsweisender *Entscheidungsfreude* und besserer

⁴ Exklusive Sommer- und Weihnachtspause.

⁵ Exklusive Sommer- und Weihnachtspause.

Führungskompetenz gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie besserer *Beziehungskompetenz* im Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern und anderen Bezugspersonen führen.

6. Weiters wird postuliert, dass hierdurch auch das *Beziehungsklima im Führungsbereich* verbessert und somit *wechselseitiges Vertrauen* gestärkt wird.
7. Durch die *optimierte Arbeitsqualität von Führungskräften* und deren *positive Vorbildwirkung* wird, wie anzunehmen ist, das *Arbeitsklima* im Seniorenheim *verbessert*, was zu einer günstigeren *Ausgangssituation* im Falle weiterer *Personalrekrutierung* führt.

Organismische Weisheit in Form behutsam entfalteter Einsichten und Erkenntnisse führt in der Kombination mit Impulsen von nachhaltigem, personenzentriertem, biografieorientiertem und allgemein gerontologischem Fachwissen zu Kräften und Intuitionen, welche gute Wege des Miteinanders und erfolgreichen Führens sowie optimaler Work-Life-Balance ermöglichen. – Und zudem ergibt sich daraus eine weitere Chance: Nach Staudinger und Dörner (2007, S. 657) kann „Weisheit“ als „höchste Einsicht und Urteilsfähigkeit“ sowie mit dem Bewusstsein für „allgemeine Lebenseinsichten“ umschrieben werden. Deshalb lautet nun abschließend ein weiteres *achtes Postulat* meiner *Hypothese*: *Dieser beschriebene Prozess könnte Führungskräften zudem die Möglichkeit eines Weges zu persönlicher und allgemeiner Weisheit erschließen*. – Denn nach Birren & Svensson (2005, S. 28) ist eine weise Person „one who maximizes the probability of wise decision. In this sense, a wise person is one whose higher-level mental processes and knowledge are integrated and maximize the probability of productive decisions“.

Literatur

- Birren, J. E. & Svensson, C. (2005). *Wisdom in History*. In R. J. Sternberg & J. Jordan (Eds.), *A handbook of wisdom. Psychological perspectives* (pp. 3–31). New York: Cambridge University Press.
- Böhm, E. (1999). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*. Grundlagen und Praxis. Graz: Maudrich Verlag.
- BMLFUW (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft/Ministerium für ein lebenswertes Österreich) (2002). *Die Österreichische Strategie zur Nachhaltigen Entwicklung*. Eine Initiative der Bundesregierung. Verfügbar unter: <http://www.uni-graz.at/karl.steininger/nachhaltigkeitsstrategie.pdf> [19. 04. 2015]
- BMLFUW (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft/Ministerium für ein lebenswertes Österreich) (2011). *ÖSTRAT – Österreichische Strategie Nachhaltige Entwicklung*. Arbeitsprogramm 2011ff des Bundes und der Länder. Wien: BMLFUW (Beilage zu Zl. BMLFUW-LE.1.4.5/0017-II/3/2011) Verfügbar unter: <https://www.bmwf.gv.at/Aussenwirtschaft/nachhaltigkeit/Nachhaltigkeitspolitik/Documents/Arbeitsprogramm%202011-2015%20zur%20Umsetzung%20der%20C3%96STRAT%202011.pdf> [19. 4. 2015]
- Die Bundesregierung (2005). *Wegweiser Nachhaltigkeit 2005*. Bilanz und Perspektiven. Nachhaltigkeitsstrategie für Deutschland. Kabinettsbeschluss vom 10. August 2005. Verfügbar unter: [Wegweiser_Nachhaltigkeit_2005.pdf](#) [8. 12. 2013]
- Ekardt, F. (2010). *Das Prinzip Nachhaltigkeit. Generationengerechtigkeit und globale Gerechtigkeit* (2. Auflage). München: Verlag C. H. Beck.
- Felber, C. (2012). *Gemeinwohl-Ökonomie. Eine demokratische Alternative wächst*. Wien: Deuticke im Paul Zsolnay Verlag.
- Girtler, R. (1984). *Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit*. Wien, Köln, Graz: Böhlau.
- Kitwood, T. (2004). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (3. erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kotsou, I. (2012). *Das kleine Übungsheft – Emotionale Intelligenz*. Berlin, München: Trinity Verlag in der Scorpio Verlag GmbH & Co. KG.
- Lamnek, S. (1988). *Qualitative Sozialforschung*. Band 1, *Methodologie*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (1989). *Qualitative Sozialforschung*. Band 2, *Methoden und Techniken*. München: Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (5. überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Musger, G. (2013). *Gesund, sozial und nachhaltig managen*. Handbuch für verantwortungsvolle Führungskräfte. Wien: Verlag des ÖGB GmbH.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person* (reprinted 1996). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1970). *Carl Rogers on Encounter Groups*. New York: Harper and Row.
- Rogers, C. R. (1980). *A Way of Being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Schulz von Thun, F. (2011). *Miteinander reden 3* (20. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schulz von Thun, F. & Kumbier, D. (Hrsg.) (2008). *Impulse für Beratung und Therapie*. Kommunikationspsychologische Miniaturen 1. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Staudinger, U. M. & Dörner, J. (2007). Weisheit, Einsicht und Persönlichkeit. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 656–680). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- United Nations (1992). *Agenda 21. Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung*. Rio de Janeiro, Juni 1992. Verfügbar unter: http://www.un.org/depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf [19. 4. 2015]
- United Nations (2014). *Sustainable Development Knowledge Platform*. Verfügbar unter: <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html> [31. 3. 2015]
- Waldl, R. (2004). Personenzentriertes Coaching. *Person*, 2, 164–171.
- Wirkner, B. (2006). Personenzentriertes Coaching – Rüstzeug für die Gegenwartsgesellschaft. *Gesprächstherapie und Personenzentrierte Beratung*, 2, 76–81.
- World Commission on Environment and Development (1987). *Our Common Future*. Genf: United Nations Documents. Online: <http://www.un-documents.net/wced-ocf.htm> (UN-Dokument) <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf> [19. 4. 2015]

Rezensionen*

Peter Frenzel

Silke B. Gahleitner, Ingmar Maurer, Eleonore O. Ploil & Ursula Straumann (Hrsg.): Personzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen.

Weinheim: Beltz Juventa, 2013, 282 Seiten, ISBN 978-3-7799-2828-7. EUR 25,70 / CHF 35,40.

Ohne Zweifel lässt sich ein Professionalisierungsschub im Tätigkeitsfeld „Beratung“ schon seit geraumer Zeit erkennen. Beratungskonzepte werden zunehmend wissenschaftlich fundiert, darauf basierend entstehen nicht wenige hochwertige Ausbildungscurricula, die teilweise im Rahmen von Universitäten und Hochschulen stattfinden. Auf nationaler Ebene werden Fachverbände zum Thema „Beratung“ gegründet, um solcherart den mittlerweile an vielen Stellen entwickelten Standards Geltung zu verschaffen. Der vorliegende Sammelband ist selbst ein Ausdruck dieses beobachtbaren Trends, lassen sich doch zunehmend einschlägige Publikationen finden, die bedeutsame Praxisentwicklungen in der Theoriebildung nachvollziehen wollen.

Der enormen Breite des behandelten Themas ist die Notwendigkeit geschuldet, dabei eine bewusste Selektion treffen zu müssen und sich der beeindruckenden Vielfalt des Themas exemplarisch zu nähern. So wurde bspw. Beratung in Mehrpersonensettings, obwohl zunehmend bedeutsam, thematisch ausgeklammert und nach einführenden Abschnitten („Historische Entwicklungen“, begrenzt auf Deutschland, Österreich und Schweiz, sowie „theoretischen, methodischen und praktischen Erweiterungen“) eine thematische Auswahl getroffen.

Die einzelnen Abschnitte des klar gegliederten Sammelbandes bestehen jeweils aus mehreren Beiträgen von verschiedenen Autorinnen und Autoren, die den gegebenen Themenhorizont aus ihrer jeweiligen Perspektive grundsätzlich behandeln.

Der einführende historische Überblick eröffnet Vergleichsmöglichkeiten, wie und in welchen Themenfeldern sich „Personzentrierte Beratung“ jeweils regionalspezifisch entwickelt hat. Die dabei hervorkommenden Unterschiede bieten gerade Ausbildungsverantwortlichen einige Anregungen für die (Weiter-)

Entwicklung bestehender bzw. geplanter Beratungscurricula. Die detailreiche Darstellung eines Masterstudienlehrgangs für „Beratung in der Arbeitswelt“ (Ingmar Maurer) lässt einen beeindruckenden (und vorbildhaften) Anspruch an Professionalisierung erkennen. Wolfgang W. Keil gelingt in seinem Beitrag über die österreichische Geschichte nicht nur das Kunststück eine nicht wenig komplizierte Entwicklung in mittlerweile mehreren Vereinen nachvollziehbar darzustellen, es finden sich darüber hinaus auch historisch hergeleitete Argumente, wieso sich gerade der Personzentrierte Ansatz mit seiner charakteristischen Herausarbeitung wesentlicher Strukturmerkmale für förderliche zwischenmenschliche Beziehungen als ein allgemeingültiges Basismodell für Beratung besonders eignet.

Im zweiten Teil werden drei Ansätze vorgestellt, die prominente Weiterentwicklungen der Personzentrierten Beratung erörtern. Ursula Straumann stellt, u. a. entlang eines kurz skizzierten Fallbeispiels und in Anwendung eines Instruments zur Inkongruenzanalyse, eine praxiserprobte Möglichkeit vor, im Beratungsprozess der gegebenen Komplexität von Lebensbezügen adäquat Rechnung zu tragen. Dabei wird ein interaktionstheoretisch fundierter Ansatz aufgezeigt, der – wohl in Abgrenzung zu verschiedenen systemisch orientierten Zugängen – klarstellt, dass Beraterinnen und Berater nicht „Systeme beraten“, sondern Akteurinnen und Akteure in Systemen, was in bester personenzentrierter Tradition empfiehlt, sich für „individuelle Erfahrungen, Bewertungen und Beurteilungen der in den Systemen Mitwirkenden“ (S. 76) zu interessieren.

Gert-Walter Speierer skizziert seinen bekannten Ansatz rund um das „Differenzielle Inkongruenzmodell“ knapp und prägnant. Dabei wird allerdings nur spärlich auf die Spezifität von Beratung (in Abgrenzung zur Psychotherapie) eingegangen. Das lässt dann Hinweise auf eine Praxisanwendung im Beratungsprozess vermissen und ermöglicht nur wenig Vorstellung darüber, wie sich nach diesem Ansatz ein konkretes Vorgehen in nicht-klinischen Kontexten realisieren lässt. Inwieweit

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

tatsächlich, wie am Ende dieses Beitrags behauptet, die humanistischen Prinzipien bei einer derartigen Vorgehensweise erfüllt werden, bleibt aus meiner Sicht fragwürdig.

Auch der nächste Beitrag ergibt eine kompakte Darstellung eines zunehmend bedeutsam werdenden Ansatzes. Jürgen Kriz führt anschaulich, u. a. entlang von Fallvignetten und damit gut nachvollziehbar, in die „Personzentrierte Systemtheorie“ ein. Die Kurzdarstellung dieses komplexen Ansatzes ist dabei so gelungen, dass schon dieser Aufsatz die Anschaffung des Sammelbands rechtfertigt. Hier finden sich zahlreiche Hinweise, wie sich eine solche Theoriebasis in der Beratungspraxis konkret auswirkt und wie es dadurch hervorragend gelingt, mit gegebener Komplexität unter Vermeidung unnötiger (und sicher auch erfolgsmindernder) Reduktionismen größtmöglich komplexitätsgerecht und dennoch handlungsfähig umzugehen. Dieser Beitrag zeigt am deutlichsten zukünftige Herausforderungen für die Theorieentwicklung Personzentrierter Beratung auf.

Der dritte Teil behandelt in drei Beiträgen das in unserer Weltgend so omniprésente Medium für Kommunikation hinsichtlich der Frage, inwieweit tatsächlich „personzentrierte“ Beratungsansätze via Internet gelingen können. Alle drei Autorinnen (Christine Huth-Hildebrandt, Eleonore O. Ploil, Dagmar Rubruck) verdeutlichen fachkundig, dass die Pionierphase dieser Beratungsangebote überwunden scheint und plädieren angesichts der rasanten Entwicklung für eine ernsthafte Beschäftigung mit daraus sich ergebenden Fragen, die teilweise auch sehr konkrete Beantwortung finden. So werden bspw. konkrete Schrittfolgen dargestellt und die spezifische Beziehungsgestaltung entlang der von Rogers formulierten Bedingungen reflektiert.

Die nachfolgenden Beiträge skizzieren verschiedene typische Themenfelder Personzentrierter Beratung. Psychosoziale Beratung im klinischen Kontext wird vor allem an zwei konkreten Arbeitsfeldern veranschaulicht: an der Arbeit mit traumatisierten Menschen (Silke B. Gahleitner) und am Arbeitsfeld psychiatrischer Langzeitinstitutionen (Marion Locher). Zwei kurze Beiträge, die neben vielen interessanten Aspekten, die es gerade in diesen so schwierigen Kontexten zu berücksichtigen gilt, übereinstimmend aufzeigen, dass bei aller Schwierigkeit „nur über Bindung zur Lösung“ (S. 176) gefunden werden kann und eine direkte Zuwendung die „via regia“ aus

personzentrierter Sicht darstellt. In einem ersten, hinführenden Beitrag reflektiert Helmut Pauls, welche aktuellen Herausforderungen sich vor dem Hintergrund zunehmender „Multiproblemsituationen“ personzentrierten Beratenden (sicher nicht nur im klinischen Zusammenhang) stellen. In diesen Ausführungen finden sich erstmals in diesem Buch explizite Hinweise, welchen vielfältigen Zumutungen wir in der aktuellen Verfasstheit der Weltgesellschaft ausgesetzt sind und welche Probleme ein beobachtbarer „Individualisierungsschub“ dem individuellen Versuch gelingender Identitätsentwicklung auferlegt. Derartige (zumindest implizit) gesellschaftskritische Aspekte vermisst man in anderen Beiträgen, was ein von Rogers vorgezeichnetes, „unbequemes“ Moment personorientierter Philosophie verkürzend unberücksichtigt lässt. Dieser Kritikpunkt gilt besonders für den nächsten Teil des Sammelbandes, der sich mit „Beratung in der Arbeitswelt“ befasst. Dort finden sich zwar sehr gelungene einführende Beiträge zum Thema „Coaching“ (Ingmar Maurer) und „Change Management“ (Cornelia Seewald), die jedoch allzu deskriptiv bleiben. Gerade bei Letzterem reduziert sich die ansatzgemäße Orientierung an der Person auf Appelle, den Menschen als „Humankapital“ und „notwendige Ressource“ (S. 234) im Wertschöpfungsprozess ernst zu nehmen und auf seine Gesundheit zu achten.

Zu guter Letzt wird noch ein Thema behandelt, das an brennender Aktualität wirklich nichts zu wünschen übrig lässt, das Feld der „kultursensiblen – kulturdifferenten Beratung“. In den Beiträgen von Christine Huth-Hildebrandt, Wolfgang Rechten und Eleonore O. Ploil wird sehr deutlich, dass Beratende in diesen Kontexten, gerade wenn sie „personzentriert“ orientiert sind, „nicht nur die gewohnte Beratungspraxis neu zu bedenken (haben), sondern auch die theoretischen Konstrukte, die diese Praxis fundieren“ (S. 264).

Genau diese Anregung ergibt sich durch den vorliegenden Sammelband in vielfältiger Hinsicht, wodurch der Anspruch der Herausgeberinnen und Herausgeber eindrucksvoll eingelöst wird. Ein Eindruck aus der Praxis wird mit dieser empfehlenswerten Publikation theoretisch ein Stück weit untermauert: Gerade im Bereich der allgemeinen Beratung ist der Personzentrierte Ansatz kaum mehr wegzudenken, auch wenn nicht „Alles Rogers“ scheint.

Tobias Steiger

Gerhard Stumm & Wolfgang W. Keil (Hrsg.): Praxis der Personzentrierten Psychotherapie.

Wien: Springer, 2014, 376 Seiten, ISBN 978-3-7091-1609-8. EUR 48,63 / CHF 68,00.

Gerhard Stumm und Wolfgang W. Keil sind nicht nur die Herausgeber dieses systematisch aufgebauten Bands von Beiträgen von 25 Autoren aus sieben Ländern aus Europa und Nordamerika zum Stand Personzentrierter Therapiepraxis. Sie prägen das Buch auch als Autoren mit acht gemeinsam verfassten Kapiteln und geben mit ihrer integrativen Haltung die Richtung vor: Unter Integration erster Ordnung verstehen sie „eine reflektierte systematische Integration von theoretischen Konzepten und/oder praktischen Aspekten, die einer personzentrierten Tradition entstammen“ (S. 13); die Integration zweiter Ordnung, den Einbezug von Elementen von anderen Ansätzen, sehen sie als „reizvoll“ an. Leitfrage ist: „Verträgt es sich?“ Die Motive und die Modellverträglichkeit „sollten reflektiert werden. Gefragt sind disziplinierte Spontaneität bzw. eine integrale Integration!“ (ebd.).

Die insgesamt 30 Kapitel in fünf Teilen (Theoretischer Teil, Vorgangsweisen, Arbeit in unterschiedlichen Settings und mit verschiedenen Zielgruppen, Störungsspezifische Differenzierungen und Spezielle Themen) decken ein breites Feld psychotherapeutischer Praxis ab, mit vielen wichtigen methodischen Weiterentwicklungen und einer großen Auswahl an störungsspezifischen Beiträgen. Aus jedem Teil werde ich jeweils ein Kapitel hervorheben, das mir besonders gut gefallen hat, wobei die Auswahl willkürlich ist, denn alle Kapitel lesen sich mit Gewinn; darüber hinaus möchte ich aber doch auch zwei Beiträge erwähnen, wo personzentrierte und integrierte Teile wenig verbunden sind, obwohl auch diese Kapitel reich an Ideen für die therapeutische Praxis sind.

Die besten Artikel zeigen Integration in den Personzentrierten Ansatz exemplarisch auf, und zwar durch:

- spürbar und konkret aufgezeigte personzentrierte Haltung,
- Klärung der Begriffe,
- didaktisch leicht verständliche Darstellung,
- plausibel erklärte Methoden als konkretisierende Vorgangsweisen zur Vermittlung der therapeutischen Grundhaltungen,
- ein präzises und klares Auseinanderhalten verschiedener Abstraktionsebenen.

Bevor ich auf die einzelnen Beiträge eingehe, ein paar Gedanken zur Theorie, die sich im Verlauf der Lektüre der praktischen Beiträge zunehmend aufdrängen. Auch wenn die Integration der präsentierten Konzepte meist praktisch einleuchtet, stellt sich aus phänomenologischer Sicht die Frage von neuer

Theoriebildung. Eine der Fragen betrifft die störungstheoretischen Modelle, die der neuen Praxis unterlegt sind. Im theoretischen Teil dieses Buches wird nur auf das klassische Inkongruenzmodell eingegangen. Die beschriebenen Praxiskonzepte gehen aber implizit oder explizit von teilweise anderen (oder erweiterten?) Grundlagen psychischer Dysfunktion aus, zum Beispiel bei Gendlin vom blockierten Erlebensprozess, bei existenziellen Ansätzen von Bedeutungsverlust.

Dieses Buch ist der Praxis gewidmet und kann eine Auseinandersetzung mit den der Praxis zugrunde liegenden störungstheoretischen Modellen natürlich nicht vertieft leisten. Künftige integrative personzentrierte Publikationen sollten sich jedoch auch der veränderten theoretischen Basis zuwenden und untersuchen, in welchem Verhältnis die verschiedenen Störungsmodelle zueinander stehen. Ebenfalls in die Richtung neuer Theoriebildung geht – im Kapitel „Diagnostik und Indikation“ – die Diskussion, ob für eine Indikation für Personzentrierte Psychotherapie eine Kontaktfähigkeit bzw. Ansprechbarkeit der Klientin bzw. des Klienten für das Therapieangebot gegeben sein muss. Wolfgang W. Keil und Gerhard Stumm schlagen vor, dass hier die Fähigkeiten der Therapeutin bzw. des Therapeuten (Empathiefähigkeit!) in Betracht gezogen werden müssen. In meinem Verständnis gibt es im Sinne der Systemtheorie und eines prozesshaften und dialogischen Verständnisses des Selbst keine objektive Kontaktfähigkeit, sondern es hängt vom Kontext ab. Ist die Therapeutin bzw. der Therapeut sozusagen empathisch genug, um auf Kontaktfähigkeitsränder einzugehen oder vielleicht auch: Ist sie bzw. er davon überzeugt, früher oder später mit der Klientin bzw. dem Klienten in Kontakt kommen zu können, wenn sie bzw. er empathisch auf die Unmöglichkeit des Kontakts eingeht? Es stellt sich dann die theoretische Frage, ob die Kontaktbedingung, die Rogers postuliert hat, überhaupt noch aufrecht erhalten bleiben kann.

Nun zu den von mir ausgewählten Beiträgen im Buch:

Das Kapitel „Trauma“ (im Störungsspezifischen Teil) von Silke B. Gahleitner ist im praktischen Vorgehen zwar überzeugend, aber überfrachtet mit Themen und ungenügend geklärten Begriffen. Es handelt sich mehr um eine Einzelfallstudie, die zwar eindrücklich ist, aber vermischt mit einer Migrations-thematik. Der Begriff Inkongruenz erscheint im Artikel unscharf, wird nicht erläutert. Der Artikel ist gespickt mit Einzelsätzen und Konklusionen, die nicht hergeleitet sind, oft wie aus dem Zusammenhang gerissen, ein Aufbau des Artikels ist nur zu erahnen, die Orientierung ist schwierig. Auch passen

die meisten Titel nicht zum Text. Der Beitrag ist mit all diesen Mängeln schwer zu verdauen.

Im Kapitel „Paar- und Familientherapie“ (im Teil über Zielgruppen und Settings) grenzt sich Charles O’Leary stark von Experienzieller und Emotionsfokussierter Paartherapie ab. Im Verlauf wird aber zunehmend unklar, weshalb. Auch er benutzt experienzielle Methoden wie Metakommunikation oder empathische Vermutungen. Es bleibt unklar, wo die Abgrenzung von Prozesssteuerung zu therapeutengeleitet verläuft. Ebenso arbeitet er systemisch, indem er die Interaktion zwischen den Partnern untersucht und Reframing-Vorschläge einbringt. Insgesamt wirkt sein Artikel so, als ob er beweisen müsste, dass er – im Gegensatz zu anderen – personenzentriert und non-direktiv arbeitet. Sein Ansatz wirkt wie eine Beschreibung seines ganz persönlichen intuitiven Stils und scheint für den Leser wenig in die eigene Praxis übertragbar.

Aus dem theoretischen Teil habe ich das Kapitel „Theoretische Grundlagen“ ausgewählt. Die Ausführungen von Wolfgang W. Keil und Gerhard Stumm über Menschenbild, Aktualisierungstendenz, Organismus, Erleben, Selbstkonzept, fully functioning person und das Inkongruenzmodell sind überzeugend. Jeder Satz sitzt. Die Begriffe präzise, die Formulierungen eigenständig und frisch. Daneben wirken einige der neuen praktischen Strömungen wie z. B. die dialogische Akzentuierung, die in knappen Worten zum Schluss des Kapitels beschrieben werden, theoretisch wenig mit den Rogerianischen Grundkonzepten verbunden.

Aus dem Teil „Vorgangsweisen“ hat mich das Kapitel „Körperbezug“ von Ernst Kern begeistert. Er integriert in selbstverständlicher Weise die körperpsychotherapeutische Arbeit in den Personenzentrierten Ansatz. Er zeigt z. B. an der Grundhaltung der Empathie, dass durch den Einbezug des Körpers das Erleben der Klientin bzw. des Klienten vollständiger und besser verstanden werden kann. Weiters zeigt er auf, wie körperpsychotherapeutisches Herangehen eng verschränkt ist mit Focusingorientierung und Emotionsfokussierung und wie dadurch der therapeutische Zugang personenzentriert vertieft und dynamisiert werden kann und wertvolle Hinweise auf Ressourcen und Lösungen gefunden werden können.

Aus dem Teil „Arbeit in unterschiedlichen Settings und mit verschiedenen Zielgruppen“ habe ich das Kapitel „Gruppenpsychotherapie“ der Autoren Hans Snijders und Germain Lietaer hervor. Das Konzept ist theoretisch fundiert im Personenzentrierten, im Experienziellen und im Interpersonalen Ansatz nach Yalom. Eindrücklich, wie die drei Ansätze sich in der

Praxis ergänzen können. Die beiden Autoren zeigen auf, wie ein Klima der Empathie, Wertschätzung und Kongruenz hergestellt werden kann, der Gruppenleiter den Prozess unbestritten führt, ohne dass eine Leiterzentrierung entsteht. Sie beschreiben in vielen kleinen Schritten, wie die Gruppe dazu findet, einen Modus des „Hier und Jetzt“ zu finden und diesen letztlich selbst zu steuern.

Das Kapitel „Essstörungen: Anorexie und Bulimie“ aus dem Störungsspezifischen Teil ist flüssig geschrieben, schön aufgebaut, es erschließen sich einem sowohl das Erleben und die Persönlichkeitsstruktur von Menschen mit Essstörungen als auch der personenzentrierte therapeutische Zugang. Katrin Draxl beschreibt die Therapie als personenzentriert, dennoch integrativ und konkret. Ihr gelingt es zu vermitteln: Psychotherapie mit Menschen mit Essstörungen ist möglich und Erfolg versprechend. Eindrücklich ist unter anderem die Beschreibung der konkreten Praxis, wie das Ansprechen der Symptomatik, oder die Schwierigkeiten der Symbolisierung emotionaler Erfahrungen bei Personen mit Essstörungen.

Bei den Speziellen Themen fällt das Kapitel „Erstgespräch, Vereinbarungen, Rahmenbedingungen und Therapieende“ mit seiner Dichte an Informationen besonders auf. Nora Nemeskeri und Gerhard Stumm ziehen eine präzise Linie zwischen Bedingungen und Vereinbarungen, die zwingend einzuhalten sind und anderen, die situativ abzuwägen sind oder ein Stück weit nach persönlicher Vorliebe bestimmt werden können. Ein schönes Beispiel dafür ist die „Frage nach dem Du“, die in diesem Beitrag in für Praktikerinnen und Praktiker hilfreicher Weise diskutiert wird (S. 325). Insgesamt bietet das Kapitel auch für die Ausbildung eine wunderbare Basis der Auseinandersetzung.

Fazit

Gerhard Stumm und Wolfgang W. Keil ist mit diesem Praxisbuch ein überaus wichtiges und zukunftsweisendes Werk gelungen. Weitere Beiträge zur Praxis Personenzentrierter Psychotherapie können sich an diesem Werk orientieren. Das Buch regt zu neuer Theoriebildung an. Es zeigt eindrucklich die Lebendigkeit der Personenzentrierten Psychotherapie-Landschaft. Ich habe es über weite Strecken mit großem Genuss gelesen. Einige Kapitel haben mich mit ihrer Klarheit und kreativen Innovation richtiggehend beglückt. Wer sich die Mühe macht, dieses Buch von Anfang an durchzuarbeiten, wird reich belohnt mit einem vertieften und breiteren Verständnis personenzentrierter und experienzieller Therapiepraxis.

Veranstaltungskalender 2015/2016

FORUM Tag

Zeit: 17. Oktober 2015

Ort: Wien

Info: www.forum-personenzentriert.at

Personzentrierte Dienstag-Vorlesungsreihe-SFU

Personzentrierte und Psychiatrische Diagnostik

Ergänzung, Zusammenspiel oder Widerspruch?

Zeit: Jeweils jeden 3. Dienstag im Monat ab 20. Oktober 2015 um 20h

Ort: SFU Wien/Prater

Info: www.apg-ips.at, fuchs@apg-ips.at, hollerer@apg-ips.at

Abendveranstaltung pca

Thema: „Entwicklung kennt kein Alter – Der Personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit alten Menschen“

Zeit: 21. Oktober 2015

Ort: Zürich, Schweiz

Info: info@pca-acp.ch / www.pca-acp.ch

Forum Encounter Woche

Zeit: 24.–30. Oktober 2015

Ort: Zeillern, Österreich

Info: buer0@forum-personenzentriert.at

Abendveranstaltung pca

Thema: „Psychotherapie und Spiritualität“

Zeit: 12. November 2015

Ort: Zürich, Schweiz

Info: info@pca-acp.ch / www.pca-acp.ch

GwG-Fachtag „Psychotherapie“ – Inner Strength

Zeit: 28. November 2015

Ort: Mainz

Info: www.gwg-ev.org/termine/inner-strength

APG-IPS

Vortrag und Workshop zu Paar- und Familientherapie/

Beratung

Charles O’Leary

Zeit: Frühjahr 2016

Ort: Wien

Info: www.apg-ips.at, hollerer@apg-ips.at

PCE Symposium Lausanne

Growing a Person-Centered Society in Europe

Zeit: 15.–17. April 2016

Ort: Lausanne, Schweiz

Info: www.pce-europe-events.eu

Gesellschaft und Psyche – Personzentrierte Antworten auf psychosoziale Belastungen

16. Jahreskongress der GwG

Zeit: 10.–12. Juni 2016

Ort: Bochum

Info: www.gwg-ev.org

PCE 2016

Zeit: 20.–24. Juni 2016

Ort: New York City

Info: www.nypcrc.org

International Focusing Conference 2016

Zeit: 20.–24. Juli 2016

Ort: Cambridge, UK

Info: www.focusingconference2016.uk

20 Jahre FORUM

Symposium „Empathie – wieviel Mitgefühl braucht die Welt?“

Zeit: 15.–16. Oktober 2016

Ort: Wien, Kardinal König Haus

Info: buer0@forum-personenzentriert.at



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTTGART - 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- und zweitägige Fortbildungsveranstaltungen. Alle Referent_inn_en sind erfahrene Therapeut_inn_en und Berater_inn_en mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten sowie regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichen.

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

Fortbildungstage 2016	
Fr 19.02.2016 15.00-21.00h und Sa 20.02.2016 9.30-18.30h	Dipl.-Psych. Matias Valente, Weinsberg Integrierbarkeit von Schematherapie und Personzentrierter Therapie (Tagungsort: Weinsberg, Zentrum für Psychiatrie) Teilnahmegebühr: 180€
Sa 25.06.2016 9.30-18.00h	6. Internationale Personzentrierte Kinderpsychosymposium „Kinder, Jugendliche und Familien in unruhigen Zeiten“ Tagungsort: Seminarzentrum Schönblick, Schwäbisch Gmünd Teilnahmegebühr: 100€ Anmeldung an: tagung@igb-stuttgart.de
So 26.06.2016 9.30-16.30h	Ulrike Hollick, Weimar (Lahn) Regulationsstörungen und Bindungsentwicklung in der frühen Kindheit und ihre Bedeutung für den therapeutischen Prozess (Tagungsort: Schönblick, Schwäbisch Gmünd) Teilnahmegebühr: 80€
Fr 14.10.2016 15.00-21.00h und Sa 15.10.2016 9.30-18.30h	Lore Korbei, Wien Encounter (Tagungsort: Evangelische Kirchenpflege Stuttgart-Bad Cannstatt, Wilhelmstraße 8, Ludwig-Raiser-Saal) Teilnahmegebühr: 180€

Die Anmeldung für die Fortbildungsveranstaltungen erbitten wir per E-Mail bis spätestens 14 Tage vor der Veranstaltung mit allen erforderlichen Angaben (Name, Anschrift, Telefonnummer) an fortbildungstage@igb-stuttgart.de bzw. für die Kindertherapietagung an tagung@igb-stuttgart.de. Nach der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung über die Teilnahmegebühr, diese bitten wir durch Überweisung zu begleichen. Die zweitägigen Fortbildungen gelten als Einheit, das heißt wir müssen die gesamte Teilnahmegebühr berechnen, auch wenn Sie nicht an beiden Tagen teilnehmen können. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine genaue Wegbeschreibung zum Veranstaltungsort.

Neue Weiterbildungen nach den Richtlinien der GwG

Personzentrierte Psychotherapie/Beratung mit Kinder- und Jugendlichen

Modul 1: Beginn Oktober 2015- alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Beratung (DGfB)

Modul 1: Beginn Oktober 2015 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Psychotherapie Modul 1 Oktober 2015

(in bereits begonnene Weiterbildungen ist ein Einstieg bis Januar 2016 möglich)



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

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

pca-ecp

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 2015/16 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

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

Detaillierte Kursausschreibungen und Anmeldung unter: www.pca-acp.ch oder
pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | info@pca-acp.ch

PCE Symposium Lausanne 2016
« Growing a Person-Centered Society in Europe »
vom 15. bis 17. April 2016 in Lausanne
www.pce-europe-events.eu

Abendveranstaltungen pca: Veranstaltungsort: Schulungsraum pca, 1. Stock, Josefstrasse 79, 8005 Zürich,
Kosten: CHF 15.00 pro Person

21. Oktober 2015, 19:15 bis 21:15 Uhr
Entwicklung kennt kein Alter - Der Personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit alten Menschen

Peter Elfner, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut

12. November 2015, 19:15 bis 21:15 Uhr
Psychotherapie und Spiritualität

Angelo Lottaz, Psychotherapeut pca/FSP, Ausbilder pca, Theologe
Astrid Schlosser, Psychotherapeutin pca/SBAP

**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

FORUM TAG 17.10.2015

Workshop

**Der Kreislauf von Sprechen,
Fühlen, Bildern und Handeln in der
Personzentrierten Psychotherapie**

Leitung: Prof. Dr. Norbert Groddeck
Zeit: Samstag, 17. Oktober 2015,
10 – 13 Uhr
Ort: TZG, 1180 Wien
Anmeldung: bei Rosa Steinacher
im Forum Büro unter
buero@forum-personzentriert.at
bis 8.10.2015

FORTBILDUNG

Workshop für eingetragene Psychotherapeutinnen
und Psychotherapeuten

**Emotionsfokussierte Therapie (EFT):
Ein Überblick**

Leitung: Dr. Dipl.-Psych. Imke Hermann
Zeit: Donnerstag, 3. Dezember 2015,
19:30 – 21 Uhr
Ort: Therapiezentrum OK; 1140 Wien
Anmeldung: bei Rosa Steinacher
im Forum Büro unter
buero@forum-personzentriert.at
bis 26.11.2015

JOUR FIXE

**Das Leben ist (k)ein Hit!
Über Wirkung und Nebenwirkungen des
Musikhörens im psychotherapeutischen Kontext**

Leitung: Mag. Manuel Zeitler
Zeit: Donnerstag, 12. November 2015,
18:30 – 21 Uhr
Ort: Therapiezentrum Gersthof (TZG):
1180 Wien, Klostersgasse 31-33
Anmeldung: bei Rosa Steinacher
im Forum Büro unter
buero@forum-personzentriert.at
bis 02. November 2015

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

Forum^o

Vorankündigung

Personzentrierte Dienstags-Vorlesungsreihe an der SFU Wien/Prater

1020, Freudplatz 1

jeweils jeden 3. Dienstag im Monat ab 20. Oktober 2015

(Ausnahme November am 4. Dienstag)

organisiert von Renata Fuchs und Theresia Hollerer

Personzentrierte und Psychiatrische Diagnostik Ergänzung, Zusammenspiel oder Widerspruch?

Psychiatrische Diagnostik in der Anamnese, als Indikation für Psychotherapie und deren Abrechnung durch die Krankenkassen ist in unserem Berufsfeld eine Selbstverständlichkeit geworden.

Psychiatrisches Wissen ist eine Grundvoraussetzung der Berufsausübung. In dieser Vorlesungsreihe soll der Unterschied zwischen den psychotherapeutischen /personzentrierten prozessorientierten Diagnosemodellen, und dem kategorisierenden psychiatrischen Modell thematisiert und diskutiert werden.

Können sich die verschiedenen Modelle ergänzen, oder stehen sie in Widerspruch zueinander?

Wie steht es mit der Hegemonie des medizinischen Modells im Gesundheits-/Krankheitswesen?

Welche Bedeutung und welche Auswirkungen hat die Diagnostik in der psychotherapeutischen, personzentrierten Praxis?

Das genaue Programm wird von den VeranstalterInnen und von der SFU im Frühherbst ausgesandt: an die KandidatInnen des IPS (IPS und SFU), an das Propädeutikum APG/IPS, an die oM und aoM IPS, an die Adressliste der SFU und gern auch auf Anfrage.

Wir freuen uns, dass wir **Charles O'Leary** zu einem **Vortrag und Workshop zu Paar- und Familientherapie/Beratung gewinnen konnten.**

Termine voraussichtlich Mai/Juni 2016

genauer Zeitpunkt wird noch bekanntgegeben unter www.apg-ips.at

Ort: Wien

ERLEBEN ERLEBEN

ÖGWG-WOCHE 

22. – 24. OKTOBER 2015
Haus der Begegnung Innsbruck

Der Fokus der ÖGWG-Herbstkonferenz, die heuer erstmals im schönen **Innsbruck** stattfindet, liegt auf der Bedeutung des unmittelbaren, frischen Erlebens und seiner Ermöglichung im Therapieprozess.

Ausgehend von Eugene T. Gendlin und der emotionsfokussierenden Therapie von Greenberg et. al. wird **Prof. Dr. Greet Vanaerschot**, klinische Psychologin, klientenzentrierte und experientielle Psychotherapeutin und Professorin an der Universität von Antwerpen und Trainerin, am Freitag ihren Ansatz vortragen und vertiefen. Neben zahlreichen spannenden Workshops und Vorträgen konnten wir für Donnerstag **Ao. Univ.-Prof. Dr. Astrid Lampe** für einen Vortrag zu klientenzentrierter Therapie bei Trauma gewinnen.

Teilnahmegebühren:

ÖGWG-Mitglieder: € 170,00

ÖGWG-AusbildungsteilnehmerInnen: € 85,00

Mitglieder befreundeter Vereinen: € 200,00

Nicht-Mitglieder: € 290,00

Weitere Informationen finden Sie auf unserer **Website** www.oegwg.at. Die Anmeldung geht ganz einfach, und zwar online über das **Anmeldeformular** unter dem Menüpunkt Aktuelles – ÖGWG-Woche.

Wir freuen uns, Sie im Herbst bei unserer Konferenz begrüßen zu können!

ÖGWG

Altstadt 13, 4020 Linz

Telefon: 0732 78 46 30

Fax: 0732 78 46 30 – 4

Website: www.oegwg.at

Geschäftszeiten:

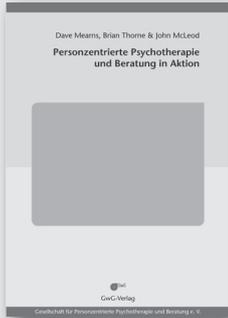
Mo. & Mi. von 9:00 bis 13:00 Uhr

ERLEBEN ERLEBEN

ÖGWG-WOCHE

22. – 24. OKTOBER 2015
Haus der Begegnung Innsbruck

	DONNERSTAG, 22. OKTOBER	FREITAG, 23. OKTOBER	SAMSTAG, 24. OKTOBER
09:00 – 10:30	Ab 10:30 Eintrudeln, registrieren, einen Drink nehmen	Greet Vanaerscot Three pathways to an experiencing Self. On the integration of the core relationship conditions and process directiveness.	Lore Korbei, Jochen Sauer Traum-Erleben David Oberreiter Wahn-Erleben
11:00 – 12:30	11:30 Eröffnungs-Werkstatt Mittendrin. Es packt mich, es packt uns, es packt mich jetzt. Im Erleben sein.	Greet Vanaerscot Three pathways to an experiencing self. On the integration of the core relationship conditions and process directiveness.	ÖGWG-Ethikkommission (Sylvia Keil, Jürgen Kroemer, Brigitte Pelinka) Ethik erleben Lern-Werkstatt Die Angst der Therapeutin/des Therapeuten vor dem (Nicht-) Erleben. Erleben störungsspezifisch.
MITTAGESSEN	12:30 – 14:30	12:30 – 14:30	12:30 – 13:30
14:30 – 16:30	14:30 – 15:00 Wolfgang Keil Einführung ins Thema Astrid Lampe Klientenzentrierte Therapie bei Trauma	Greet Vanaerscot Three pathways to an experiencing self. On the integration of the core relationship conditions and process directiveness.	13:30 – 15:00 Erleben und Trauma Maria-Lydia Hörtnagl Vom Ausgeliefertsein dem Dort & Damals zur Sicherheit im Hier und Jetzt! Michael Schrotter Ich packe meinen Koffer, und ich habe nicht viel Zeit ... 15:00 – 16:30 Abschluss der Tagung
16:45 – 18:00	Şebnem Bahadır, Inge Pinzker Dreisamkeit im Therapiezimmer erleben - Dolmetschvermittelte Psychotherapie Margot Weibold Aktive Präsenz Sonja Kinigadner „Ich brauch nur Zärtlichkeit“ Erregung erleben lernen	Greet Vanaerscot Three pathways to an experiencing self. On the integration of the core relationship conditions and process directiveness.	SAMSTAGNACHMITTAG Stadtführung SAMSTAGABEND Gemeinsames Dinner
ABENDESSEN	18:00 – 19:00		SONNTAG, 25. OKTOBER
19:30 – 21:00	Abend-Werkstatt: Erleben fördern Ingrid Wagner Das Potenzial von Spielen. Selbsterfahrung Rosa Heim Inneres Erleben mit Babuschkas gestalten ABK Absolvent_innen-Werkstatt. Wie ich die Ausbildung erlebe oder erlebt habe.	18:30 – 19:30 Außerordentliche Generalversammlung 19:30 ÖGWG-Fest	ÖGWG Wanderung (Je nach Witterung)



Dave Mearns, Brian Thorne & John McLeod

Personzentrierte Psychotherapie und Beratung in Aktion

GwG-Verlag, Köln 2016
ca. 320 Seiten, kart.

Subskriptionspreis bis 30.11.2015: 30,90 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 hier 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.



Hans Swildens

Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie

Einführung in eine differenzielle Anwendung des Klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen

GwG-Verlag, Köln 2015
412 Seiten, kart.
39,00 Euro, Mitgliederpreis: 31,20 Euro
ISBN 978-3-926842-54-1

Das Buch bietet durch seine Vielfalt an Beispielen reichhaltige Anregungen für alle praktisch tätigen Gesprächspsychotherapeuten und stellt gleichzeitig eine wissenschaftliche Fundierung dar durch die Weiterentwicklung der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie, der Persönlichkeitsentwicklung und der Krankheitslehre in phänomenologisch-existenzphilosophischer Vertiefung. Es liefert umfassendes Wissen zur Methodik der Erkenntnisgewinnung, zur Differentialdiagnostik, der historischen und versicherungsrechtlichen Betrachtung des Krankheitsbegriffes, zur Symptomatik, Phänomenologie sowie zur differentiellen geschäftspsychotherapeutischen Praxis. Dabei wird auf schwere psychische Störungen eingegangen: auf Depressionen, Neurosen, Psychosen und Borderline-Störungen sowie auf Psychopathien. Die Neuauflage enthält Erweiterungen insbesondere auf den Gebieten der geschäftspsychotherapeutischen Behandlung von Klienten mit Borderline Symptomatik, von psychotischen Störungen und narzisstischen Neurosen sowie bei Patienten mit psychopathischen Verhaltensstörungen. Das Buch vermittelt so fundierte Einblicke in die Krankheitslehre und die Leser erhalten Impulse zur differentiellen geschäftspsychotherapeutischen Praxis. Bei dem Buch handelt es sich um die Übersetzung und Neubearbeitung der 5. Auflage des Standardwerkes von Hans Swildens aus dem Niederländischen.

Der Autor

Dr. med. Hans Swildens ist ein in klinischer und ambulanter Praxis erfahrener Psychiater und zugleich seit vielen Jahren als Psychotherapeut, Ausbilder und Autor eine der maßgebenden Persönlichkeiten in der niederländischen Gesprächspsychotherapie.



LVR-Klinikum Essen, Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen
Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

16. Gesprächspsychotherapie-Symposium-Ruhr*
14. November 2015

**Verlust und Trauer –
Personenzentrierte Konzepte bei Depression und Trauma**

Vorträge

Liebe, Verlust, Trauer – philosophische Aspekte
Gunter Scholtz

Wenn die Trauer nicht enden will – Personenzentrierte Konzepte und
Pharmakotherapie bei komplizierter Trauer
Ludwig Teusch

“Was habe ich mit dem Infarkt verloren?” – Psychokardiologische
Begleitung zwischen Verleugnung, Wut und schmerzlicher Trauer.
Arnulf Müller

Psychotherapeutische Interventionen bei traumatisierten substanz-
abhängigen Patientinnen *Henrike Dirks*

Workshops

Verlust von Selbstverständlichkeit und Gewinn an Lebensintensität –
Personenzentriertes Begleiten von Krebskranken
Beatrix Teichmann-Wirth

Störungsbezogene Empathie bei unipolaren Depressionen
Hans-Jürgen Luderer

Focusing als Methode der personenzentrierten Psychotherapie
Nini de Graaff

Beziehung und Intervention – Die therapeutische Beziehung als Thema
der Therapie.
Jobst Finke

Personenzentrierte Paartherapie
Hans Henning

Anmeldung und Information

Vorzimmer Prof. Scherbaum, Frau M. Kownatka, Virchowstr. 174, 45147 Essen
eMail: Melanie.Kownatka@lvr.de

Gastseminar:

Einführung in die Personzentrierte Körperpsychotherapie

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

Körperorientierte Elemente in Therapie und Beratung können therapeutische Prozesse anstoßen und vertiefen.

Die Grundbedingungen der Personzentrierten Therapie stellen dabei auch die Basis einer Personzentrierten Körperpsychotherapie dar. Im Workshop werden Möglichkeiten akzeptierender, präsenter und kongruenter Begleithaltungen auf der Körperebene vorgestellt, können mit eigenen Erfahrungen in Beziehung gesetzt und eingeübt werden.

Durch körperorientierte Therapie kann der Bezug zum eigenen Erleben verbessert und vertieft werden. Achtsamkeit, der Bezug auf Sinnesmodalitäten, Arbeit mit Emotionen und Überstiegsmöglichkeiten vom Sprechen in den Körper sind weitere Inhalte des Workshops.

Termin: Samstag, 7. 11. 2015, 9.00–18.00 Uhr und Sonntag, 8. 11. 2015, 9.00–14.00 Uhr

Kosten: € 240,- (für Personen außerhalb der Psychotherapieausbildung zuzüglich 20 % USt.)

TeilnehmerInnen: mind. 15 Personen, max. 20 Personen, Voraussetzung: Status i. A. u. S.

Nähere Informationen bei Mag. Christine Wakolbinger, 1060 Wien, Fillgraderg. 9/9,
chr.wakolbinger@chello.at, Tel. 01/587 79 79



First announcement

PCE Europe, IFAACP Lausanne and pca.acp Switzerland are pleased to invite you to the second European PCE Symposium

GROWING A PERSON-CENTERED SOCIETY IN EUROPE

15 - 17 April 2016

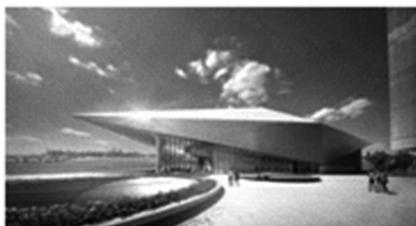
Lausanne, Switzerland

Person-Centered and Experiential counselors and therapists know that there is great constructive potential within each person. As members of the helping professions, we can have a powerful impact on the broader socio-cultural view of the person and human development. This impact is much needed at this time.

The Symposium is an opportunity to gather and think together about the huge impact PCE can have on individuals and society. We hope to stimulate contributions and reflections on the inner dynamics of the person throughout the therapeutic process, and on the cultural impact of PCE practice.

We are looking forward to welcoming you in Lausanne, a charming city in an idyllic setting between the lake and the mountains. The event will take place at Swiss Tech Convention Center, a brand new building, with a futuristic design unique in Europe, which was conceived as a place to meet and exchange ideas.

Translation in French and German will be assured, as far as possible, for plenary sessions and workshops.



Check <http://www.pce-europe-events.eu> soon to be updated with further details.
Save the dates!



Carl Rogers

Integrity Interdisciplinarity Innovation

WAPCEPC Conference

New York City Columbia University July 20-24, 2016

Please join us for the 12th World Association for Person-Centered & Experiential Psychotherapy & Counseling conference (known as the PCE 2016 conference).

This conference has the potential to be a historical event. For the first time in the United States in over a decade researchers, clinicians, students, and academics representing the major tribes of the Person-Centered and Experiential Approaches will come together to explore the current state of our philosophies.

nypcrc.org/pce2016

CALL FOR PAPERS

The international Scientific Committee is issuing a call for papers. Please submit your presentation, workshop, roundtable, or pecha kucha relating to the conference theme or any topic related to Person-Centered and Experiential Psychotherapy or counseling.

[Details>](#)



“Carl and Helen were on their honeymoon traveling from Chicago to NYC, where he would attend Columbia University in 1924.”

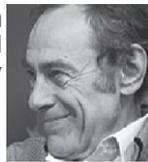
- Natalie Rogers

HIGHLIGHTED SPEAKERS



Jobst Finke
Person Centered
Therapy

Eugene Gendlin
Focusing & Experiential
Therapy



Sue Johnson
Emotionally Focused
Couples Therapy

Howard Kirschenbaum
Carl Rogers' Biographer



William Miller
Motivational Interviewing

Yoshihiko Moritomi
Meaning Oriented
Psychotherapy



Sandra Paivio
Emotion Focused
Therapy

Natalie Rogers
Expressive Arts
Therapy



More nationally and internationally recognized Person-Centered and Experiential presenters to be announced.

EGALITARIANISM IN PRACTICE

We have initiated a global network of barter, exchange, and giving to help bring our egalitarian ideals directly to the conference economy.

We have worked hard to ensure a low cost conference registration fee.

The official language of the conference is English but there will be language assistance for additional languages based on the needs of the participants, including translating larger plenary events as well as smaller support throughout.

PURSUE YOUR NYC DREAM TOUR

The PCE Conference will offer unique and personalized plans for exploring New York City. Please join us by making your suggestions on our Facebook page.

Local conference planners and participants will present various outings such as food and shopping tours of local neighborhoods, architectural tours, musical concerts, and a Staten Island Ferry trip, to name a few.

PRE CONFERENCE TRAINING

Motivational Interviewing with Bill Miller
July 18th and 19th, 2016

POST CONFERENCE ENCOUNTER GROUP

Facilitated by the staff of the La Jolla Program
July 24-27, 2016

[REGISTER TODAY>](#)



World Association for Person Centered & Experiential
Psychotherapy & Counseling

www.pce-world.org

CONTACT US

nypcrc.org/pce2016
nypcrc@gmail.com

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.:

- Christiane Bahr, Salzburg, E-Mail: bahrchristiane@hotmail.com
- 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.

