

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2015

19. Jahrgang

Themenheft Prozessanalyse

Herausgegeben von Mark Galliker, Ulrike Diethardt und Matthias Barth

FACHBEITRÄGE

- Rosina Brossi:* Prozessanalysen – Juwelen aus der psychotherapeutischen Praxis 7
- Michael Gutberlet:* Der therapeutische Prozess und dessen Bedeutung im Personzentrierten Ansatz – Das Wiedergewinnen von Vertrauen in den Organismus 16
- Markus Steffen:* „Ich habe einfach immer weitergemacht“ – Prozessanalyse der Krisenintervention bei einer Klientin mit akutem Erschöpfungszustand 26
- Mark Galliker:* „Mehr gibt es dazu nicht“ – Prozessanalyse bei einem Jugendlichen mit Ablösungsproblemen 36
- Jobst Finke:* Prozessanalyse einer Personzentrierten Psychotherapie mit Märchen 49

DISKUSSION

- Gabriele Isele:* Diskussionsbeitrag zum Thema „Co-Aktualisierungstendenz“ 58

REZENSIONEN

61

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: oegwg@psychotherapie.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-1091 Wien, Postfach 33
Tel.: +43 664 417 31 70, E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Mark Galliker, Ulrike Diethardt und Matthias Barth

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 Ardelt-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 Felnemeti, 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, Dietlinde 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 Wiltshcko, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Carola von Zülw, Günther Zurhorst

(Stand 7. Mai 2015)

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

PERSON

19. Jg. 2015, Heft 1

Themenheft Prozessanalyse

Herausgegeben von

Mark Galliker, Ulrike Diethardt und Matthias Barth

Inhalt

Editorial 3

FACHBEITRÄGE

Rosina Brossi

Prozessanalysen – Juwelen aus der psychotherapeutischen Praxis7

Michael Gutberlet

Der therapeutische Prozess und dessen Bedeutung im Personzentrierten Ansatz – Das Wiedergewinnen
von Vertrauen in den Organismus 16

Markus Steffen

„Ich habe einfach immer weitergemacht“ – Prozessanalyse der Krisenintervention bei einer Klientin
mit akutem Erschöpfungszustand 26

Mark Galliker

„Mehr gibt es dazu nicht“ – Prozessanalyse bei einem Jugendlichen mit Ablösungsproblemen 36

Jobst Finke

Prozessanalyse einer Personzentrierten Psychotherapie mit Märchen 49

DISKUSSION

Gabriele Isele

Diskussionsbeitrag zum Thema „Co-Aktualisierungstendenz“ 58

REZENSIONEN

Beatrix Teichmann-Wirth

Ernst Kern: Personzentrierte Körperpsychotherapie. 61

Christiane Bahr & Wolfgang W. Keil

Claas-Hinrich Lammers: Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken. 63

Veranstaltungskalender 2015 65

Editorial

Beim Abschluss des Ausbildungsganges in Personenzentrierter Psychotherapie, wie ihn der schweizerische Verband *pca.acp* durchführt, ist die ausführliche Aufzeichnung und Analyse des Therapieprozesses ein zentrales Element. Die Kandidatinnen und Kandidaten präsentieren dabei Gesprächsaufnahmen und transkribierte Protokollauschnitte von der Eingangsphase, der mittleren Phase und der Endphase eigener Therapien und veranschaulichen anhand dieses Materials den therapeutischen Prozess. Nach der Zertifizierung, im späteren Berufsalltag, nehmen sich indes die meisten Absolventen und Absolventinnen kaum noch Zeit, um Gespräche detailliert zu protokollieren und sie so der Reflexion unter Fachkolleginnen und kollegen zugänglich zu machen. Jedenfalls erscheinen in Fachzeitschriften selten Gesamtdarstellungen von Therapien, die sich formal und inhaltlich mit jenen der Abschlussarbeiten vergleichen lassen. Das vorliegende Heft will für den praktischen Wert von Prozessanalysen sensibilisieren und dazu anregen, vermehrt solche Darstellungen von Personenzentrierten Psychotherapien einzubringen, da sie den Therapieprozess in unvergleichbarer Weise in seiner Vielschichtigkeit und Komplexität anschaulich werden lassen.

Carl R. Rogers war der erste Psychotherapeut, der einen Zugang zum tatsächlichen Geschehen in Therapien eröffnete, indem er Therapiesprache mit Hilfe von Tonbandgeräten in voller Länge aufzeichnete. Dabei wurden sämtliche Interviews mit einem für die heutige Zeit unvorstellbaren technischen Aufwand protokolliert und in allen Einzelheiten transkribiert (Korunka, Nemeskeri & Sauer, 2001). So publizierte Rogers 1942 in „*Counseling and Psychotherapy*“ ausführlich den Verlauf einer Therapie. Diese Aufzeichnungen ermöglichten es ihm und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den therapeutischen Prozess global und zugleich mikroskopisch genau zu analysieren.

Der Begriff „Prozessanalyse“ beinhaltet die „Analyse“ eines „Prozesses“; als Analyse setzt sie schon eine erste „Synthese“ der Ereignisse in der Therapie voraus. Der therapeutische Prozess wird aus dem Vorempfundenen und -verstandenen heraus abschnittsweise analysiert und zugleich sukzessive in seinem phänomenologischen Gesamtzusammenhang zusammengesetzt, aus dem wiederum die Bedeutungen der einzelnen Momente hervorgehen. Im Zentrum stehen nicht einzelne therapeutische Interventionen oder herausgegriffene Klientenäußerungen,

mit denen Theorie oder therapeutische Vorgehensweisen vorgeführt und punktuell bestätigt werden; vielmehr gilt es, den *Gesamtprozess* für die Leserinnen und Leser nachvollziehbar zu machen.

Swildens (1988/1991/2015), der sich der Schwierigkeit bewusst war, ein „bewegliches Phänomen“ wie den Prozess zu definieren, versuchte diesen mit der Metapher einer Reise zu beschreiben, bei der zwei Personen gemeinsam unterwegs sind, sich auf eine sich kontinuierlich verändernde Umgebung einstellen und sich dabei selber verändern, ohne diese Veränderung von sich aus zu forcieren. Nach Gendlin (1997) ist ein Prozess eine beständige interpersonale sowie Körper-Umwelt-Interaktion, bei der neue Erfahrungen einbezogen werden, wodurch das schon früher Integrierte verändert wird, bevor es im Weiteren wieder expliziert wird. Der sich selbst generierende Prozess gerät so weit in das Involvierte hinein, bis dieses von selbst ‚weiterträgt‘ und neue Ereignisse ermöglicht. Dabei dürfen die am Prozess Beteiligten die Relevanz vor allem einer Kompetenz nicht unterschätzen, nämlich jener, geduldig warten zu können, dass sich der Fortgang aus dem Impliziten entwickelt.

Eine Personenzentrierte Psychotherapie lässt sich anhand einzelner Beiträge des Therapeuten oder der Therapeutin weder verstehen noch evaluieren. Wenn außer Acht gelassen wird, dass im Therapieprozess vieles geschieht, was mit den einzelnen therapeutischen Beiträgen wenig oder nichts zu tun hat, wird die Rolle des Therapeuten oder der Therapeutin überschätzt. Sachliche Darstellungen des therapeutischen Alltags imponieren nicht mit ‚Highlights‘ oder ‚Beziehungstiefen‘, wie sie zuweilen in aufpolierten Falldarstellungen präsentiert werden, sondern damit, den Gesamtverlauf erfassbar und begreifbar zu machen. Die vielfach empirisch bewährte, personenzentrierte Haltung im Alltag der Personenzentrierten Psychotherapie lebendig umzusetzen, ist wichtiger, als ein ‚vorbildliches‘ therapeutisches Verhalten zu präsentieren. Die aus dieser Haltung hervorgehenden therapeutischen Verhaltensweisen sollten dabei nicht als trivial betrachtet werden, zumal deren Realisierung stets von Neuem eine Herausforderung bedeutet. Derweil besteht die Aufgabe der Prozessanalyse darin, den Prozess ohne Wenn und Aber darzustellen, gerade auch, weil dabei die eigentlich niemals zu leugnenden ‚Makel‘ auf *beiden* Seiten der Interaktion zum Vorschein kommen.

Zur Bescheidenheit von therapeutischen Fachpersonen und ihrer Darstellungen gehört, dass sie sich in jedem Augenblick bewusst bleiben, dass auch sie ‚nur mit Wasser kochen‘; indessen können sie darauf achten, dass dieses Wasser nicht verdampft. Die Aufgabe der Therapiedarstellungen ist es, aufzuzeigen, was Personzentrierte Psychotherapeutinnen wirklich tun: Sie versuchen, den Gesprächspartnern ein kongruentes Gegenüber zu sein, sie ohne zu werten in deren Selbstverständnis anzunehmen und sich empathisch auf ihre Welt einzulassen, so dass eine Beziehungssituation entsteht, in welcher die Aktualisierungstendenz nicht behindert wird. Auf dieser Basis können anstehende Lern- und Entwicklungsschritte vollzogen werden.

Schon bei Aristoteles findet sich ein Vorbegriff der Aktualisierungstendenz, dem zentralen Konzept des Personzentrierten Ansatzes, nämlich die ‚Entelechie‘, die im Organismus liegende Kraft, die dessen eigene Entwicklung und Vollendung bewirkt. Im 20. Jahrhundert wurde dieses Grundprinzip durch die organismische Theorie von Kurt Goldstein aufgenommen und hinsichtlich einer humanistischen Psychologie weitergeführt.

Die organismische Aktualisierungstendenz und die sie überlagernde Selbstaktualisierungstendenz haben eine dynamische Struktur, nicht nur im Bereich bio-somatischer und psychisch-sozialer Entitäten. Die Aktualisierungstendenz wird definiert als „die dem Organismus in seiner Gesamtheit innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten“ (Rogers, 1959/1987, S. 18).

Nach Sylvia Keil weist dieses Konzept auf die Prozesshaftigkeit von Beziehungen, Personen, psychischen Störungen und Entwicklungen hin. So vermag die Aktualisierungstendenz zu erklären, „warum unter den in der Therapietheorie beschriebenen günstigen Beziehungsbedingungen Menschen sich ‚wie von selbst‘ weiterentwickeln und warum umgekehrt so genannte psychische Störungen als Antwort auf und Anpassung an ungünstige Beziehungsverhältnisse zu verstehen sind“ (Keil, 2010, S. 145). Gleichzeitig hilft das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz in dramatischen oder stagnierenden Therapiephasen den Therapeutinnen und Therapeuten, weder die eigenen Beitragsmöglichkeiten mutwillig zu überschätzen noch zu verzaugen. Letztlich können sie nur eines tun, um hilfreich zu sein: nämlich sich einfühlsam auf den Beziehungsprozess einlassen, indem sie offen genug und bereit sind, sich selbst überraschen und auch verändern zu lassen. Nach Michael Gutberlet wirken Therapeutinnen und Therapeuten in dem Maße therapeutisch, in welchem sie das Vertrauen in die innere Kraft der Aktualisierung der Klientin oder des Klienten in sich erfahren. „Denn ich unterstütze damit den ständigen ‚Suchprozess‘ der Aktualisierungstendenz nach dem optimalen Zusammenwirken von möglicher Entfaltung und notwendiger Erhaltung“ (Gutberlet, 2010, S. 144).

Zum Verständnis der Prozessanalyse gehört, dass ihre Begrifflichkeit nicht in sich fixiert, sondern fließend, eben prozesshaft, verstanden wird. Sylvia Keil (2014) hat dies exemplarisch für das Konzept der Inkongruenz aufgezeigt. Die Autorin versteht unter Inkongruenz ein dynamisches Verhältnis zwischen Organismus, organismischem Erleben und Selbstkonzept. Wenn sich eine Person in ihrem Erleben nicht versteht und ihre Lebensprozesse blockiert sind, färbt dies auf ihre Beziehungen und ihre Bezugspersonen ab, durch deren Reaktionen ihre Probleme reproduziert, perpetuiert und symptomatisiert werden. Dabei kann auch die Therapeutin bzw. der Therapeut interaffektiv in Mitleidenschaft gezogen werden, so dass die wertschätzende Haltung relativiert und das empathische Vermögen reduziert wird.

Hieraus resultierende Abweichungen vom Ideal sind nicht nur verständlich, sondern sie können auch hinsichtlich des therapeutischen Fortschritts relevant sein. „Diese Abweichung ist kein therapeutischer Fehler, sondern geradezu die Chance, die leiden-erzeugende Inkongruenzdynamik, die oftmals nicht sprachlich ausgedrückt werden kann, zu verstehen“ (ebd., S. 33).

Im Verlaufe des therapeutischen Prozesses wird sich die Beziehung der Beteiligten verbessern und zugleich deren Kongruenz sowie die gegenseitige Empathie und Wertschätzung. Nicht nur die Klienten werden in dieser Beziehung Fortschritte machen, sondern in gewisser Weise auch die Begleitpersonen. Letzteren ist es eigentlich erst dann möglich, ihre therapeutische Funktionen unangefochten wahrzunehmen und zu realisieren, wenn dieser interaktive Prozess seine intensivste Phase erreicht, und sein Abschluss ins Auge gefasst werden kann. „In dieser Hinsicht unterscheidet sich die therapeutische Beziehung von einer ‚normalen‘ Beziehung: Sie löst sich auf in dem Moment, in dem sie so sein kann, wie sie sein soll“ (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1979, S. 13).

Derartige Prozesse anhand konkreter Therapieverläufe anschaulich und begreifbar zu machen, ist ein wesentliches Ziel des vorliegenden Hefts. Im einleitenden Artikel von *Rosina Bossi* werden der historische Hintergrund der Prozessanalyse und der Stellenwert erörtert, der ihr in der Ausbildung in der Schweiz zukommt. Die Autorin geht insbesondere der Frage nach, wie die Aufgabe, die psychotherapeutischen Prozesse mit Aufzeichnungen zu belegen, von den Kandidatinnen und Kandidaten erlebt wird. *Michael Gutberlet* unterstreicht in seinem Beitrag, dass der Organismus jedes Menschen seine individuellen Ziele und die Wege zur Überwindung von seelischen Problemen und Störungen letztlich besser kennt als jede Fachperson. Der Artikel fasst das Störungsmodell des Personzentrierten Ansatzes und die Personzentrierte Psychotherapie unter dem Gesichtspunkt des Prozesses zusammen und gibt auch Antworten auf in diesem Zusammenhang häufig gestellte Fragen. Es folgen drei Therapieberichte von *Markus Steffen*,

Mark Galliker und Jobst Finke. In diesen Arbeiten stellen die Autoren selbst durchgeführte Personenzentrierte Psychotherapien in der Form von Prozessanalysen dar und lassen dabei mitunter auch erkennen, zu welchem Reichtum an weiterführenden Reflexionen solch ausführliche Falldarstellungen anregen.

Mark Galliker, Ulrike Diethardt und Matthias Barth

Literatur

- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (1979). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gendlin, E. T. (1997). *A process model*. New York: The Focusing Institute. http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2161.html [15. 3. 15].
- Gutberlet, M. (2010). Zum Erfahren der Aktualisierungstendenz. *Person, 14* (2), 143–144.
- Keil, S. (2010). Das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz. *Person, 14* (2), 145–146.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person, 18* (1), 31–43.
- Korunka, C., Nemeskeri, N. & Sauer, J. (2001). Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung. *Person, 5* (2), 68–89.
- Rogers, C. R. (1942/1972). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin; dt.: *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt. [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].
- Swildens, H. (1988/1991/2015). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.

Prozessanalysen – Juwelen aus der psychotherapeutischen Praxis

Rosina Brossi

Basel

Um die Personzentrierte Psychotherapieweiterbildung in der Schweiz (pca.acp) abzuschließen, müssen die Kandidaten und Kandidatinnen zwei Prozessanalysen erarbeiten und vorstellen. Im Folgenden werden der theoretische und der geschichtliche Hintergrund der Prozessanalysen erörtert und das in der pca.acp angebotene Prozessanalyseseminar vorgestellt. Es wird auf die Wichtigkeit von Praxisforschung hingewiesen. Der Stellenwert der für die Prozessanalysen geforderten Tonband- und Videoaufzeichnungen wird hervorgehoben. Es wird danach gefragt, wie die Aufgabe, die psychotherapeutischen Prozesse mit solchen Aufzeichnungen zu belegen, von den Weiterbildungskandidaten und -kandidatinnen erlebt wird. Dafür wurde eine kleine Umfrage bei angehenden und ausgebildeten Personzentrierten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen durchgeführt. Diese macht deutlich, dass die Vorstellung, dass Dritte das Beziehungsgeschehen so direkt mitverfolgen können, ihr Erleben und Verhalten im Positiven wie im Negativen beeinflusst und Angst vor Bewertung auslösen kann. Deshalb scheint gerade die in der Theorie angenommene Bedeutung der Bedingungsreichen Positiven Beachtung, als Teil der personzentrierten Grundhaltung, zentral für eine fruchtbare Arbeit in Supervisionsgruppen und anderen Weiterbildungseinheiten zu sein. Es wird postuliert, dass ein nicht bewertendes Klima Voraussetzung ist für ein unvoreingenommenes Interesse an der Vielfalt und Komplexität dessen, was es bei Audio- und Videoaufzeichnungen wahrzunehmen gibt.

Schlüsselwörter: Prozessanalyse, Audio- und Videoaufnahmen, Prozessanalyseseminar, Bedeutung der personzentrierten Grundhaltung in der Weiterbildung

Process-Analyses — Jewels of Psychotherapeutic Practice. To conclude their training in personcentered psychotherapy in Switzerland (pca.acp) trainees have to write and present two process-analyses. In the following text the theoretical and historical background of process-analysis and the seminar on process-analysis which is part of the Swiss psychotherapy training are described. The significance of practice-research is emphasized. The prominent value of the voice- and video recordings that are required for a process-analysis is pointed out. The question is raised how the task to document the psychotherapeutic process with such recordings is experienced by the trainees. A small inquiry was carried out with psychotherapists who are still in training and certified ones. Its results show that the idea of a third party being a direct witness of what occurs in the therapeutic relationship has a positive as well as negative influence on the therapist, experiencing and behaviour, and can activate fear of valuation. It seems to follow that the theoretically postulated significance of unconditional positive regard as an aspect of the personcentered attitude proves to be central to working beneficially in supervision groups and other training units. It is postulated that a nonjudgmental climate is a necessary condition for an unbiased interest in the complexity of what can be seen and heard in audio and video recordings.

Keywords: process-analysis, audio and video recordings, seminar on process-analysis, the significance of the personcentered attitude in psychotherapy-training

1 Intro

Ich kann nicht anders,
als über die Bedeutung dessen,
was ich beobachte, zu rätseln.

(Rogers, 1973, S. 164)

Beim Thema ‚Prozessanalysen‘ stellt sich unweigerlich die Frage, wie es um das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis steht. Als Praktikerin und als Ausbilderin meine ich: Theorie sollte im Dienste der Praxis und damit im Dienste der Klientinnen stehen. Praxis wiederum hat dafür die nötigen Inhalte zur Verfügung zu stellen.

Die Therapietheorie der Personzentrierten Psychotherapie hat sich bekanntlich aus der Erfahrung und der empirischen Forschung, aus der Analyse konkreter Gespräche, entwickelt.

Rosina Brossi, lic. phil., Psychotherapeutin und Ausbilderin pca.acp, arbeitet in eigener Praxis in Basel. Kontakt: rosina**brossi**@bluewin.ch

1942 sagt Rogers: „So hat die klient-bezogene Therapie bewusst oder unbewusst vieles von dem klinischen, wissenschaftlichen und philosophischen Gedankengut verwertet, das in unserer Kultur gegenwärtig ist (...). (Doch) in erster Linie basiert sie auf direkten wesentlichen und spezifischen Beobachtungen des menschlichen Verhaltens innerhalb einer Beziehung“ (Rogers, 1972, S. 22).

In dieser Tradition stehen die beiden ausführlichen Prozessanalysen mit den je drei dazu gehörenden Audio- oder Videodateien und deren Transkripte, die Weiterbildungskandidatinnen in der Schweiz zum Abschluss ihrer Weiterbildung – an der Zertifizierung – vorlegen müssen.

Sie sind einzigartige, persönliche Dokumente über Veränderungsprozesse durch eine psychotherapeutische Beziehung. Darüber hinaus sind sie auch für eine weiterführende Praxisforschung wertvoll.

In meiner Ausbilderinnentätigkeit habe ich an mehr als fünfzig Zertifizierungen teilgenommen, als Supervisorin der Gruppe mit der Zertifizierungskandidatin oder als außenstehende Prüferin. Ich habe somit über hundert Prozessanalysen gelesen. Und ich habe mir ungefähr dreihundert Audio- und einige Videodateien angehört oder angesehen, die den Prozess der jeweiligen Therapie anhand von jeweils drei Gesprächsausschnitten dokumentieren.

Dadurch bin ich mit einem Fundus intensiver Reflexionen psychotherapeutischen Arbeitens und einem ungeheuren Reichtum an Dokumenten psychotherapeutischer Veränderungsprozesse in Kontakt gekommen. Dass ich Zeugin all dieser Prozesse sein durfte, erfüllt mich mit einem tiefen Gefühl von Dankbarkeit und Respekt. Es ist beglückend, immer wieder mitzuerleben, wie Psychotherapeutinnen und Klientinnen, Supervisionsmitglieder, Supervisoren dazu beitragen, dass sich die therapeutische Beziehung konstruktiv entwickeln kann und Klienten dadurch eine angemessenere Sicht auf sich selber und eine bessere Beziehung zu sich selber finden; zu sehen, wie sie damit mehr Hoffnung und Vertrauen gewinnen und Neues in ihrem Leben wagen. Ich staune stets von Neuem über die unglaubliche Tatsache, an wie vielen Orten Personen auf diese Weise an der Arbeit sind.

Nachvollziehbar wird dieser Prozess durch die schriftliche Arbeit über den Therapieverlauf auf der Basis von Literatur, Notizen, Katamnesegesprächen. Wirklich spürbar wird er aber vor allem durch das Anhören oder Ansehen der drei Audio- oder Videodateien aus den verschiedenen Phasen der Therapie. Oft entstehen dadurch während der Zertifizierung dichte, magische Momente, die etwas von der Tiefe des Bemühens um das Verstehen von Therapeut und Klientin zeigen.

Gerade das Auswählen dieser Ausschnitte fordert die Weiterbildungskandidatinnen heraus. Sie investieren viel Zeit und Energie, um geeignete Stellen zu suchen, solche, die den

Prozess zeigen, aber gleichzeitig auch solche, zu denen sie stehen können.

Ihre unterschiedlichen Erfahrungen mit dem Einbezug der Ton- und Bilddokumente in ihrer psychotherapeutischen Arbeit während der Weiterbildung wurden jedoch selten explizit thematisiert.

Im Hauptteil meiner Ausführungen werde ich deshalb den Fokus auf die Arbeit mit dem Audio- und Videomaterial legen und darauf, was diese für die angehenden Psychotherapeutinnen bedeutet, was sie durch diese Arbeit gewinnen, was sie daran auch beschwerlich finden. Dies tue ich in der Hoffnung, dass sich durch das Ordnen ihrer Erfahrungen neue Fragen für die Praxis und die Praxisforschung ergeben.

Zuvor werde ich den theoretischen Bezugsrahmen abstecken, der als Basis für die Reflexion des therapeutischen Geschehens dient, und ich werde meine Gedanken zum Verhältnis von Theorie und Praxis darlegen.

Dazu gehört, die Geschichte des Prozessanalyseseminars – wie es in der Schweiz seit über dreißig Jahren angeboten wird – zu erzählen.

2 Theoretische Überlegungen

Die personenzentrierte Theorie ist auch eine Theorie des therapeutischen Prozesses

„Die klientenzentrierte Therapie entwickelt sich kontinuierlich als eine Form der Beziehung mit Menschen (way of being with persons), die heilsame Veränderung und Wachstum fördert. Ihre zentrale Hypothese ist, dass die Person in sich selbst ausgedehnte Ressourcen dafür hat, sich selbst zu verstehen und ihre Lebens- und Verhaltensweisen (ways of being and behaving) konstruktiv zu ändern, und dass diese Ressourcen am besten in einer Beziehung mit definierten Eigenschaften freigesetzt und verwirklicht werden können“ (Rogers & Schmid, 1991, S. 187). Diese definierten Eigenschaften der Beziehung beschrieb Rogers (1959/1987) als die notwendigen und hinreichenden Bedingungen einer Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie im Allgemeinen und nicht spezifisch der Personzentrierten Psychotherapie. Es sind sechs Voraussetzungen, die gegeben sein müssen und über eine gewisse Zeitspanne Bestand haben müssen, damit das Selbst sich in einer Psychotherapie weiterentwickeln kann, und damit – mit dem Selbstkonzept – die Fähigkeit, das eigene Erleben zuzulassen und sich selbst zu verstehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die sechs Bedingungen gegeben sind, wenn der Klient zumindest in geringem Ausmaß die Bemühungen der Therapeutin spürt, ihm bedingungslos, ohne Bewertungen, empathisch zugewandt zu sein und ihn in seinem inneren Bezugsrahmen zu verstehen.

Unter diesen Bedingungen kann ein Prozess in Gang kommen, der „beinhaltet, dass Erfahrungen, die bisher eine Bedrohung für das Selbstkonzept darstellten, im Schutz einer therapeutischen Beziehung bewusst gemacht (symbolisiert) und in das Selbstkonzept integriert werden können“ (Biermann-Ratjen, 2012, S. 71). Dieser Prozess wird als eine gemeinsame Annäherung an das Erleben des Klienten, ein gemeinsames Entwickeln und Überprüfen von „Verstehenshypothesen“ (Auckenthaler & Bischkopf, 2004) verstanden. Er bewegt sich, wie es Gene Gendlin (1998) ausdrückt, an den „Rändern des Gewährwerdens“, das heißt, die Aufmerksamkeit ist darauf gerichtet, was im jeweiligen Moment auftaucht, sich noch unklar und neu anfühlt. Schaut man gemeinsam da hin, werden neue Erfahrungen möglich und mit ihnen gesünderes Erleben.

Im Verständnis der personenzentrierten Theorie wird demnach Psychotherapie als ein interaktionelles Geschehen aufgefasst. Der Klient gilt dabei als Experte seines Erlebens, die Therapeutin als Prozessexpertin, deren Aufgabe es ist, den Klienten darin zu unterstützen, sich selbst besser zu verstehen und anzunehmen.

Eine Hilfe für die Therapeutin als Prozessexpertin ist das von Rogers vorgestellte Prozesskontinuum:

Rogers hat die Entwicklung des Klienten im Verlauf einer erfolgreichen Therapie als eine Bewegung von einem ungesunden Pol des Umgangs mit der Erfahrung – Rogers spricht auch vom Inneren Bezugsrahmen, in dem Erfahrungen gemacht werden – zu einem gesunden Pol beschrieben.

1. Zu Beginn der Therapie sind die Gefühle wenig gegenwärtig. Der Klient gesteht sie sich kaum ein und behandelt sie wie Objekte außerhalb seiner Person. Sie machen Angst.
2. Die Erfahrungsweise ist starr, die Bedeutung (das ist vor allem die emotionale Bedeutung) der Erfahrung spielt kaum eine Rolle, wird nur selten symbolisiert und in Bezug zur Vergangenheit interpretiert.
3. Der Klient ist kaum in der Lage, sich seine Erfahrung bewusst zu machen und versteht und akzeptiert sich nicht in ihr.
4. Der Klient teilt sich nur widerwillig über sich selbst mit.
5. Die kognitiven Funktionen stehen im Dienst einer starren Deutung der Erfahrung. Sie wird nicht als aktuell und neu bewertet und in Bezug auf sich selbst interpretiert.
6. Der Klient nimmt seine Probleme wenig differenziert und eher als Fakten außerhalb seiner Person wahr.
7. Dementsprechend besteht kein Wunsch nach persönlicher Veränderung und
8. enge Beziehungen zu anderen Personen werden als bedrohlich erlebt und gemieden.

Das positive Ende des Kontinuums wird folgendermaßen beschrieben:

1. Die Gefühle stehen in engem Bezug zum unmittelbaren Erleben. Sie werden als unmittelbar gegenwärtig und immer wieder neu erlebt und mitgeteilt.
2. Der Klient kann sich seiner Erfahrung zuwenden und sich auf sie beziehen, *um zunehmend treffende Ansichten zu gewinnen* (Rogers, 1973). Er kann frei und sich selbst verstehend und akzeptierend im Fluss seiner Erfahrungen und ihrer Bedeutungen leben, die sich auch wandeln können und immer symbolisiert werden können, so dass
3. sie korrekt im Bewusstsein abgebildet werden und Kongruenz erreicht wird. Das Selbstkonzept bedrohende Erfahrung muss nicht mehr abgewehrt werden.
4. Am Ende einer erfolgreichen Therapie kann sich der Klient auch anderen bezüglich seiner Erfahrung mitteilen.
5. Die kognitiven Funktionen stehen im Dienste einer flexiblen Interpretation der jeweils neuen aktuellen Erfahrung. Das Verständnis der eigenen Situation wird durch jede neue Erfahrung modifiziert.
6. Probleme werden differenziert und als die eigenen wahrgenommen.
7. Das gilt auch für die Verantwortung für die eigenen Probleme.
8. Die Person kann ihre Beziehungen zu anderen frei und offen erleben und aufrichtig sein.

(Vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 76, Biermann-Ratjen, 2012, S. 87 ff.)

Dieses Prozesskontinuum hilft, in einer Prozessanalyse zu beobachten, ob bzw. dass die Selbstexploration der Klientin zunimmt, die Klientin ihre Erfahrungen und deren Bewertungen zunehmend genauer und eingehender ins Auge fasst und dass sie dabei Neues über sich selbst entdeckt, das ihr bisher nicht bewusst war; ob sie sich zunehmend mehr akzeptieren kann, in sich hineinhören und aufhorchen kann, wenn sie Neues entdeckt, vor allem neue Bewertungen von Erfahrungen; ob es in ihrem Erleben zunehmend um ihre Selbsterfahrungen geht, sie sich neu und anders mitteilt, sie sich unmittelbarer erlebt; ob sie sich in den Therapiegesprächen zunehmend auf das konzentrieren kann, was jetzt im Moment in ihr vorgeht, ob sie wohlwollender mit sich selbst wird, sich selbst in ihren Erfahrungen mehr respektiert, freier von Prinzipien und Vorurteilen bzw. Vorverurteilungen auch von sich selbst wird; ob sie sich zunehmend angstfreier und unmittelbarer auf die Therapeutin einlassen kann und dann auch auf das eigene Urteilsvermögen und die eigene Fähigkeit, Schlussfolgerungen zu ziehen (Brossi & Biermann-Ratjen, 2007, S. 141).

Zum Verhältnis von Theorie und Praxis und zur Notwendigkeit von Praxisforschung

Mit den Bedingungen für den therapeutischen Prozess wird die Beziehung beschrieben, die einen therapeutischen Prozess ermöglicht. Sie versperren sich einer Aussage darüber, was der Therapeut tut. „Für im klientenzentrierten Sinne angemessenes therapeutisches Handeln bestehen hinsichtlich der Verhaltenskategorien keine prinzipiellen Einschränkungen. Das konkrete Handeln des Therapeuten ist danach zu beurteilen, inwieweit darin mit Bedingungsfreier Positiver Beachtung verbundenes empathisches Verstehen zum Ausdruck kommt und ob der Patient es auch so wahrnimmt“ (Höger, 2012, S. 123).

Macke-Bruck schreibt: „Diese (die personenzentrierte, R. B.) Theorie ist Abstraktion – ein Modell, das auf die lebendige therapeutische Wirklichkeit in ihrer Komplexität *verweist*. Schwierig wird es, das intersubjektive Geschehen der *konkreten* kritischen oder kreativen Momente *jenseits* der Einzelfalldarstellung theoretisch zu fassen und von etwas zu sprechen, das wir mit den Klientinnen eigentlich nur unmittelbar *erleben* können.“ (Macke-Bruck, 2003, S. 4).

Sie zitiert den Aktionsforscher Schön, der in *The Reflective Practitioner* die Situation professionell tätiger Personen so charakterisiert: „Praktiker sind immer selbst ein Teil der Situation, die sie gestalten. Dadurch *und* an sich sind diese Situationen instabil, unsicher, einzigartig, vielfältig-komplex, vieldeutig und durch Wert- und Interessenkonflikte gekennzeichnet“ (Schön, in Macke-Bruck, ebd., S. 5).

Macke-Bruck ist überzeugt, dass Praktikerinnen systematisch ihr therapeutisches Handeln und Erleben reflektieren sollten, zum Beispiel in ausführlich angelegten Therapieprotokollen, Forschungstagebüchern oder Intervisionsgruppen, die ermöglichen, interessante Fragestellungen gezielt zu bearbeiten und die eigene Arbeitsweise weiter zu entwickeln sowie im kollegialen Austausch neue Sichtweisen zu gewinnen (ebd., S. 6). Diese Reflexion könnte den Boden für neue Forschungsfragen und auf der Grundlage von deren Beantwortung für neue theoretische Überlegungen abgeben.

Die Erstellung der Prozessanalysen zum Zwecke der Zertifizierung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz ist zweifelsohne eine konkrete Verwirklichung der Reflexion in diesem Sinn und eine Herausforderung, die nicht nur den Kandidatinnen neue Klarheit bringen kann. Unterstützung in diesem Prozess finden diese in der Supervision und in der Schweiz maßgeblich im Prozessanalyseseminar, dessen Geschichte und Inhalt nun im folgenden Abschnitt nachvollzogen wird.

3 Das Prozessanalyseseminar – seine Geschichte, sein Inhalt

1979 wurde die Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (SGGT) gegründet (heute *pca.acp* genannt), mit dem Ziel eine Weiterbildung zum Psychotherapeuten anzubieten.

1980 wurden die ersten Weiterbildungsrichtlinien verabschiedet. Die für den Abschluss der Weiterbildung genannten Anforderungen gelten bis heute¹:

Zwei abgeschlossene Therapien sollen mit je folgendem Dokumentationsmaterial vorgelegt werden:

1. Tonaufzeichnungen oder Videomaterial, welche drei markante Phasen des Veränderungsprozesses klar dokumentieren.
2. Nachbefragung der Klientin oder des Klienten über die von ihr/ihm erlebten Veränderungen und über ihre/seine Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin. Es kann sich hier um ein Schlussgespräch, ein nachträglich geführtes Gespräch (Katamnese) oder um einen schriftlichen Bericht handeln.
3. Schriftliche Therapie-Prozessanalyse über den ganzen Therapieverlauf. Diese Prozessanalyse basiert in der Regel auf Notizen und Tonband- oder Videoaufnahmen der einzelnen Stunden. Die Analyse soll folgende Schwerpunkte sichtbar machen: Abfolge der besprochenen Themen, die persönliche Veränderung der Klientin/des Klienten, wechselseitige Beziehung TherapeutIn/KlientIn und Darstellung des eigenen Prozesses als TherapeutIn.
4. Die Therapieeffekte können auch mit objektivierenden Verfahren belegt werden. Veränderungen in Kinderpsychotherapien können mit altersgemäßem Material (Zeichnungen, Fotos, Aussagen von Bezugspersonen etc.) belegt werden. Vor der Zertifizierung legt der/die Bewerber/in über diese Punkte einen schriftlichen Bericht vor und referiert an der Zertifizierung darüber.

Diese Anforderungen sind anspruchsvoll. Ihnen gerecht zu werden, gelingt meistens nicht im Rahmen der Supervision, in der vorrangig akute und aktuelle Fragen Zeit beanspruchen. Der therapeutische Prozess wird deshalb selten als solcher reflektiert. Dies mag ein Grund dafür sein, weshalb seit den Weiterbildungsrichtlinien von 1984 ein obligatorisches Seminar mit dem Titel Prozess- und Verlaufsanalysen angeboten wird.

Es soll die Weiterbildungskandidatinnen für personenzentrierte Psychotherapieprozesse sensibilisieren und bei der Erarbeitung der Prozessanalysen unterstützen.

¹ Art. 14 der Weiterbildungsrichtlinien Psychotherapie *pca.acp* (Stand 26. 6. 2014)

Anbieter des Seminars, nahezu ab der ersten Stunde und über zwanzig Jahre lang, waren Charlotte Gröflin-Buitink und Jörg Merz. Im Juli 1991 hat Charlotte Gröflin-Buitink am zweiten internationalen Kongress für Klientenzentrierte Psychotherapie in Stirling einen Vortrag gehalten mit dem Titel: *How to discover the process of change: Description of a course in process analysis in the Swiss Psychotherapy Training*.²

Darin referiert die Autorin unter anderem, wie das Seminar *Prozessanalysen* durchgeführt wird.

In der Ausschreibung des Seminars werden folgende Ziele formuliert:

Das Kursziel ist, den Veränderungsprozess in einer Therapie wahrzunehmen und für Aussenstehende aufzeigen zu können. Anhand von Tonbandausschnitten und Berichten von der jeweiligen Therapie setzen wir uns mit folgenden Fragen auseinander:

- *wo und wie werden die persönlichen Veränderungen der Klientin sichtbar?*
- *wo und wie verändert sich die Therapeutin/Klientin-Beziehung?*
- *welcher Prozess hat in der Therapeutin stattgefunden?*

Die Teilnehmerinnen werden gebeten, folgendes Material mitzubringen:

- *Tonbänder und Videobänder aus mindestens 3 verschiedenen Phasen der Therapie (Anfang, Mitte, Schluss oder Jetzt).*
- *Pro Phase ein Transkript der mitgebrachten Bandstelle im Umfang von 1–2 A4 Seiten.*
- *Schriftliche Unterlagen wie Testresultate, Fragebogen, Zeichnungen, Fotos (die letzten zwei speziell bei Kindertherapien).*

Die Teilnehmerinnen werden auch aufgefordert – unter Angabe von Literatur – ihr Wissen über die klientenzentrierte Theorie der Veränderungsprozesse aufzufrischen.

Aus der Beschreibung des Kursverlaufs soll nun die konkrete Arbeit mit dem mitgebrachten Material herausgegriffen werden:

„Die Therapeutin, die ihre Therapie vorstellt, wird gebeten, die Transkripte zu verteilen und zwei Leute auszuwählen, die im Rollenspiel die Therapeutin und die Klientin spielen sollen. Sie zeigt diesen die Sitzposition und die Haltung, die sie und die Klientin jeweils einnehmen. Die Rollenspielerinnen erhalten folgende Instruktion: ‚Während ihr dem Bandausschnitt zuhört, werdet ihr euch mit dem, was ihr hört, identifizieren. Nach jeder Bandstelle werdet ihr die Gedanken, Gefühle und Empfindungen beschreiben, die ihr in dieser Rolle habt‘“ (Gröflin-Buitink, 1991, S. 45).

Die restlichen Teilnehmerinnen bekommen folgende Anweisungen:

„Drei von euch werden gebeten, während des Zuhörens des Bandausschnittes in Farbe und Form auf Papier zu bringen, was ihr hört, seht und spürt. Während dem Zuhören und Zeichnen wird eine Person die Aufmerksamkeit speziell auf die Therapeutin richten, eine speziell auf die Beziehung achten und eine auf die Klientin. Die weiteren Teilnehmerinnen werden aufschreiben, was sie hören und sehen, sowohl als direkte Beobachtungen, als auch in der Sprache der Konzepte, wie innerer Bezugsrahmen, Selbstexploration, Inkongruenz, Selbstkonzept, das therapeutische Angebot: Empathie, Kongruenz und positive Beachtung“ (ebd., S. 45).

Sind die drei Bandstellen abgespielt, werden die entstandenen Bilder in die Mitte gelegt und von den Zeichnerinnen kommentiert. Danach werden die Beobachtungen und Eindrücke von den anderen Teilnehmerinnen gesammelt, die Trainerinnen teilen auch ihre Beobachtungen mit und integrieren alle in einen Kommentar über den therapeutischen Prozess.

In der Evaluation der Kurse haben sich die Annahmen bestätigt, dass für die Teilnehmerinnen (insgesamt 70 Personen) die Therapieprozesse spürbarer wurden und sie dachten, diesen künftig mehr vertrauen zu können. Sie staunten, dass vage angenommene Veränderungen sich so deutlich zeigten, sie staunten weiter über die Vielfalt des therapeutischen Verhaltens und der Prozesse bei den Klientinnen. Sie realisierten, wie nützlich die klientenzentrierten Konzepte bei der Evaluierung der eigenen Arbeit sein können (ebd., S. 48).

4 Die Arbeit mit Audio- und Videodateien

Die Aufgabe, eine Prozessanalyse zu schreiben und das Beschriebene mit Audio- und Videomaterial zu belegen, bleibt aber auch mit der Unterstützung des Prozessanalyseseminars eine Herausforderung.

Die schriftliche Aufarbeitung des Therapieprozesses gelingt unterschiedlich zufriedenstellend. Viele Kandidatinnen können den therapeutischen Prozess unter Zuhilfenahme der theoretischen Grundlagen stringent und nachvollziehbar beschreiben. Sie verwenden auch weiterführende Literatur, zum Beispiel über störungsspezifisches Wissen, das ihnen als Orientierung und bei der Reflexion dient.

Anderen fällt es schwer, die theoretischen Grundlagen mit ihren konkreten Erfahrungen zu verbinden. Theorie und Praxis klaffen in ihren Beschreibungen auseinander. Es gelingt ihnen nicht, Begriffe angemessen zur Einordnung von konkreten Erfahrungen zu nutzen.

Es ist bemerkenswert, dass die Qualität der schriftlichen Arbeit nichts über die Qualität der Psychotherapien selbst

² Auf Deutsch ist der Vortrag leicht verändert im Brennpunkt Nr. 49 (1991) erschienen, unter dem Titel: *Wie entdecke ich einen Veränderungsprozess: Beschreibung eines SGGT-Seminars „Prozessanalysen“*.

aussagt. Unabhängig von der Güte der Beschreibung können Therapien konstruktiv verlaufen sein und können Veränderungen im Selbsterleben der Klienten sichtbar und beim Betrachten des konkreten Prozesses anhand des Audio- oder Videomaterials unmittelbar nachvollziehbar werden.

Dass die Tonband- und Videoaufnahmen mit ihren Transkripten eine solche magische Kraft entwickeln können, ist faszinierend zu beobachten. Es erscheint einem wie die Ernte nach langer Arbeit und Pflege.

Wie aber erleben angehende Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen während der Weiterbildung die Vorgabe, Audio- oder Videomaterial produzieren zu müssen? Was verlangt ihnen diese Arbeit, lange bevor sie an die Ernte denken und vor allem glauben können, ab? Was bedeutet sie für die Beziehung zum Klienten und zu sich selbst?

Eine Befragung

Ich habe dreiundzwanzig angehende und ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gebeten, mit mir ein kurzes Gespräch zu führen zur Frage:

Wie erlebt ihr das mit dem Bänderaufnehmen, wie habt ihr es am Anfang der Weiterbildung erlebt, wie hat sich euer Erleben je nachdem verändert?

Von den dreiundzwanzig Personen haben neun gerade erst mit ihrer Weiterbildung begonnen (A) und sind neu mit dem Umstand konfrontiert, ihre Therapiegespräche aufnehmen zu müssen. Die anderen sind in der Weiterbildung fortgeschritten oder haben sie abgeschlossen (B). Neun von ihnen sind in der Weiterbildung zum Ausbilder oder zur Ausbilderin in der pca.acp. Gesellschaft (C).

Die offene Frage führte zu einem Gespräch innerhalb der Gruppen. Es gaben nicht alle Personen zu allen auftauchenden Aspekten Auskunft, sondern die Einzelnen schlossen sich häufig den Vorrednern an und fügten noch etwas dazu oder sie sagten etwas Entgegengesetztes. Es lassen sich zu den Beiträgen keine quantitativen Aussagen machen. Aber es kann etwas zu den sich entwickelnden und differenzierenden Aspekten der Erfahrungen gesagt werden.

Von folgenden Themen wurde gesprochen:

- Von der Herausforderung
- Von der Angst vor der Bewertung und der Scham
- Von der Intimität
- Von dem, was gewonnen wird
- Von den Transkripten
- Von den Ressourcen

*Von der Herausforderung*³

„Ich habe das noch nie gemacht in meiner Karriere, und von da her habe ich mich auch darauf gefreut. Es ist eine Herausforderung für mich und ich merke, ich kann da viel lernen.“ (A)

„Ich möchte es mir jetzt am Anfang gar nicht zumuten, ich muss zuerst zu den Leuten eine Verbindung aufbauen, dass ich auch ein bisschen ruhiger werde.“ (A)

„Es ist für mich jetzt gerade ein schwieriges Thema, ich bräuchte eigentlich Raum dafür. Für mich ist es innerlich gar nicht so einfach, wie ich zuerst gemeint habe.“ (A)

„Aber grundsätzlich, freuen wäre zu viel gesagt, aber ich mache ja diese Ausbildung um weiterzukommen und es ist einfach sehr wichtig, dass ich mich mal selber höre.“ (A)

„Es ist nicht einmal eine Angst, sondern das Gefühl, nicht mehr unbefangen sein zu können. Wie wenn ich irgendetwas mache und dabei den Gedanken habe, es sollte gut herauskommen, dann kommt es nicht so gut heraus, wie wenn mir das egal ist und ich frisch drauflos mache.“ (B)

Von der Angst vor der Bewertung und der Scham

„Ich habe schon irgendwie Widerstände, habe ich aber auch schon immer gehabt, wenn es um Rollenspiele geht, ich habe Angst vor der Bewertung, Angst, Fehler zu machen, das ist da dahinter.“ (A)

„Mich stresst es extrem, wenn das Band läuft. In der letzten Stunde, als ich es laufen hatte, habe ich auch die ganze Zeit darauf geachtet, gedacht, ach Gott, was habe ich jetzt wieder für eine blöde Bemerkung gemacht, ich bin ständig daran, mich zu bewerten.“ (A)

„Die Erfahrung, das nachher anzuschauen, war vor allem das Schlimme. Das Aufgenommenwerden nicht, das habe ich dann vergessen. Das wieder zu sehen, war schlimm. Es ging mir ganz schlecht danach. Meine Stimme. Ich habe das fast nicht ausgehalten.“ (A)

„Also am Anfang hatte ich fest Angst vor der Bewertung der anderen, dann merkte ich, ah das passiert nicht, und nachher war es mehr beschämend vor mir selber, irgendwie, gab es so eine Phase.“ (C)

„Ich habe das Gefühl, es kommt wie ein Leistungsprinzip hinein: Jetzt möchte ich möglichst gut sein, so eine Bewertungsinstanz, auch wenn ich noch gar nicht weiß, ob ich das jemandem zeigen werde. Es kommt eine kleine Störung rein, etwas wie: jemand beobachtet, etwas beobachtet mich.“ (B)

„Es hat auch etwas Beschämendes, ich höre mir die Bänder über die Sitzungen an und habe das Gefühl: oh Gott.“ (C)

„Ich weiß noch, die ersten paar Male, ich war so nervös und das hat mir wirklich einen Teil meiner Präsenz genommen, um mich richtig auf mein Gegenüber einlassen zu können.“ (C)

³ Die Gespräche wurden auf Schweizerdeutsch geführt. Sie wurden möglichst nahe an der gesprochenen Sprache transkribiert.

„Irgendwie hat es sich doch nicht so etabliert in unserer Arbeit, dass es einfach selbstverständlich ist. Es ist halt letztlich etwas Unangenehmes, man macht es, solange man muss, ich merke das auch beim Aufnehmen, ich bin anders, es ist immer noch eine Prüfungssituation, obwohl ich es ja meistens nachher nicht anschau.“ (C)

„Die Scham ist ganz nahe, wenn man sich exponiert, die gehört ja einfach dazu. Das mit der Scham braucht ganz viel Raum. Das Thema bei mir, im Basistraining, war wirklich so groß: Gut sein wollen, gut dastehen wollen, das habe ich selber mitgebracht.“ (B)

„Immer dann, wenn ich merkte, man kommt so darauf, auf welcher Stufe ist der Klient, aber auf der andern Seite auch, auf welcher Stufe bist du als Therapeutin, wenn das im Vordergrund stand, wenn ich mich auf diese Art anstrengen musste, dann ging es ganz bestimmt in die Hose.“ (B)

„Ich habe meine Bandstellen in meiner ersten Supervision angefangen danach auszusuchen, wo ich es wohl gut gemacht habe. Weil ich habe bei dieser Klientin, die ich dort am Anfang gebracht habe, die Empathie nicht hingebacht und mir wäre es darum gegangen, zu verstehen, was ich von dieser Klientin nicht verstehe. Stattdessen habe ich mitbekommen: Du machst es nicht gut.“ (B)

„Ich fand auch immer das Thema ‚Sich zeigen‘ extrem schwierig. So mit den Videobändern, die man da hatte, dass ich die Angst hatte, dass das, was ich da zeige, doch nicht gut genug ist oder nicht das Richtige ist, und das hat mich immer viel Überwindung gekostet, auch dann Ausschnitte auszuwählen, die ich zeigen kann, den anderen zumuten kann, so dass sie mich im richtigen Licht sehen oder so.“ (B)

Von der Intimität

„Ich habe selber am Anfang Versuche gemacht mit Video und habe von mir her gemerkt, das ist mir zu invasiv, und hatte dann auch beim Anschauen nachher das Gefühl bei einer Klientin, die ist ganz verklemmt da gesessen, die ganze Stunde die gleiche Haltung, vielleicht gewöhnt man sich ja dann mit der Zeit daran.“ (A)

„Für mich ist es auch ganz fest von der Klientin aus, dass ich mich am Anfang dagegen sträubte. Weil als Klientin zeigt man sich so verletzlich und muss so sicher sein können über das Gegenüber und über diesen Raum, wo quasi die Intimität gewahrt wird, und ich war total überrascht, dass die meisten einfach finden, ‚ja ja ist gut‘. Weil ich als Klientin habe nie gefunden, ja ja ist gut. Ich wollte selber nicht aufgenommen werden und bin hochmisstrauisch.“ (C)

„Und was ich auch ein ganz schwieriges Thema finde, ist das mit den Klienten. Es gibt ja dann auch Leute, die sagen, es ist überhaupt kein Problem, wo ich denke, wieso ist das jetzt gar kein Problem? Machen sie es für mich oder ...“ (C)

„Und dann gibt es noch eine große Schwierigkeit: Während meiner eigenen Therapie sagte meine Therapeutin plötzlich, jetzt wolle sie mal aufnehmen. Ich habe gemerkt, dass ich das auf keinen Fall will, dass irgendjemand das hört. Deshalb nehme ich ja auch nicht mehr auf, den Leuten zu sagen, ich möchte aufnehmen, ist für mich sehr schwierig, weil ich sehr damit rechne, dass das die Leute nicht wollen.“ (B)

Von dem, was gewonnen wird

„Ich habe das Gefühl, ich sei ein bisschen anders da, als wenn kein Tonband läuft. Nicht nur im negativen Sinn, es kann ja auch wie ein Ansporn sein.“ (C)

„Ich finde das bis heute noch eine Spannung, dass ich zwar einerseits die Fruchtbarkeit für die Supervision, wie ich das erlebt habe und so, wahnsinnig hoch finde, es dünkt mich dann, ich bin dann, vor allem auch mit dieser Rollenaufteilung, dass auf verschiedene Aspekte gehört wird, auf die Personen, die Beziehung, dass ich das wahnsinnig hilfreich finde, aber der Weg dorthin ist für mich immer noch spannungsvoll.“ (C)

„Als Werkzeug ist es für mich Gold wert! Also um Prozesse sichtbar machen zu können, das finde ich wahnsinnig toll.“ (C)

„So der Punkt: Läuft da überhaupt etwas in dieser Therapie oder nicht, für das finde ich das unglaublich wertvoll. Diese Bänder zu den verschiedenen Zeitpunkten, Phasen anhören, die Möglichkeit, Prozesse zu analysieren, dafür finde ich das sehr hilfreich.“ (C)

„Und ich habe ja auch nicht nur meine Bändchen gesehen oder gehört, sondern auch die der anderen aus der Gruppe, und das ist so hilfreich. Dass die auch nicht immer perfekt sind, so wie ich mir das vorstelle. Also irgendwie hat mir das ganz viel Stress genommen so über die Jahre. Was für mich inzwischen hilfreich ist, wenn ich mir die Bänder selber anschau oder anhöre.“ (B)

„Ich finde es noch so gut, eine Möglichkeit, um zurückzutreten und wie aus mehr Distanz in die Therapien reinzuhören. Und ich bin immer wieder überrascht, nur schon bei dem, ob ich denke, ich habe viel gesagt, viel interveniert oder wenig, und es ist manchmal so anders, dass ich denke, ich habe mich so eingebracht und dann merke, ich sage ja gar nichts und das so als wichtigen Hinweis zu nehmen, mein Erleben zu verstehen.“ (C)

„Was ich halt das Faszinierende an den Bändern finde, dass man halt den Patienten in der Supervision zeigen kann. Man kann halt authentischer rüberbringen, was man macht. Also für mich finde ich es extrem hilfreich und ich finde es auch toll, Bänder von anderen zu hören.“ (B)

„Während der Ausbildung war es super, es verlangsamt die Therapie, bricht sie runter, auf sehr viel mehr Bewusstheit. Man hört genauer nochmals, doppelt eigentlich. Das gab schon viele Einsichten, obwohl ich es damals schlimm gefunden

habe. Eigentlich aber gut, und je länger je mehr habe ich eine andere Einstellung dazu. Es ist ja eigentlich als Hilfe gedacht und nicht um Fehler zu suchen.“ (C)

„Und was ich in der Erinnerung sehr geschätzt habe, waren so diese Mikroanalysen, einfach mal so fünf sechs Hin und Her genau anzuschauen, zu schauen, was passiert da eigentlich.“ (C)

Von den Transkripten

„Ich möchte noch beifügen, dass mit dem Transkribieren, das zwar einen unheimlichen Aufwand bedeutet hat, aber durch dieses ganz genau Hinhören und diese Sequenzen mehrfach hören, bis man es ganz genau verstanden hat, nochmals eine unglaubliche Vertiefung und Genauigkeit im Verstehen ermöglicht. Als ich die Bänder für die Zertifizierung hörte und transkribierte, ist mir aufgegangen, dass schon in den ersten Bandsequenzen alles drin war und dass ich so lange brauchte, bis ich verstehen konnte.“ (C)

Von den Ressourcen

„Und ich finde, mittlerweile hätte ich eigentlich einen guten Umgang damit, und es scheitert wohl an den zeitlichen Ressourcen, dass ich es nicht mehr mache. Man muss daran denken, dass man es machen will, man muss es vorbereiten, mit den Leuten darüber reden, ob es o.k. ist, dann muss man es machen, nachher würde es Sinn machen, es auch anzuhören, idealerweise in einer Supervision oder Intervention.“ (C)

„Mir geht es besser, wenn ich immer aufnehme. Während der Ausbildung habe ich immer aufgenommen und möchte jetzt eigentlich wieder rein kommen.“ (C)

So weit die Stimmen der 23 Befragten. Einige Aspekte dieser vielfältigen Aussagen sollen nun besprochen werden.

Die Aufgabe, die therapeutische Arbeit auf Ton- oder Bildträger aufzunehmen, erleben die Therapeutinnen als eine Herausforderung, die Ängste auslöst. Sie sind mit Schamgefühlen konfrontiert. Sie stellen fest, dass – wie gering auch immer – das eigene Verhalten und das der Klienten beeinflusst wird. Sie erleben ein Dilemma hinsichtlich des Wunsches, möglichst ungestört die therapeutische Beziehung zu leben, und der Einsicht, dass professionelles Handeln eine gewisse Kontrolle und Erkenntnisgewinn erfordert. Wie sie sich auch entscheiden, fühlen sie eine Anspannung. Machen sie keine Aufnahmen, befreien sie sich von einem Druck, sind aber nicht richtig entlastet. Nehmen sie auf, werden sie mit unangenehmen Gefühlen konfrontiert.

Für die Supervision oder für die Prozessanalysen werden „gute Stellen“ gesucht, bei denen man sich im richtigen Licht zeigen kann, deren man sich nicht schämt. Wodurch zeichnen sich diese „gute Stellen“ – fachlich gesehen – aus? Meine Beobachtung ist, dass es in diesen Momenten der Therapeutin gelingt, den Klienten zu verstehen und dass dies bei ihm

auf fruchtbaren Boden fällt. Es sind Momente, die eine echte Begegnung zeigen. Sie sind für den Therapieprozess wichtig. Und sie sind rar, weshalb man auch so lange nach ihnen suchen muss. Zeigt man vor allem diese „gute Stellen“, leidet das Verstehen der Vielschichtigkeit der therapeutischen Beziehung und des Veränderungsprozesses.

Alle Befragten empfinden die Arbeit mit den Audio- und Videodateien – trotz der erwähnten Unannehmlichkeiten – grundsätzlich als hilfreich. Sie sind sich bewusst, dass diese Aufnahmen eine leicht gestörte, eine reduzierte Realität zeigen. Diese Reduktion birgt Nachteile und Vorteile. Ein Nachteil ist das Fehlen von weiteren Informationskanälen, vor allem beim Tonmaterial. Das ist zugleich auch ein Vorteil. Die konkrete Therapiesituation ist komplex. Der Therapeut ist immer Teil von ihr und sollte sie gleichzeitig beobachten. Das Ton- oder Bildmaterial ermöglicht ihm, aus einer gewissen Distanz, unbefangener, auch genauer hinzuhören und hinzuschauen und dem, was die Klientin sagt, besser zu folgen. Das führt zu manchem Aha-Erlebnis: „ah, das hat sie gesagt, das habe ich gar nicht mitbekommen“, „ah, so habe ich reagiert, ich hatte eine andere Vorstellung davon“.

Trotzdem zeichnet nach der Zertifizierung fast niemand mehr Gespräche auf. Man ist erleichtert, es nicht mehr tun zu müssen. Man vergisst es oder man verweist auf den Mangel an Ressourcen. Das ist bedauerlich.

Die Quintessenz

All die unterschiedlichen Stimmen zu den vielfältigen Erfahrungen beim Aufnehmen von Therapien lassen ein Bild entstehen: Wir sitzen alle im selben Boot. In einem Boot, in dem wir gegen Ängste – die Angst vor der Intimität, die Angst vor Bewertung, die Angst, Fehler zu machen, die Angst vor dem Scheitern – kämpfen. Wir kämpfen gegen Gefühle von Scham, Schuld und Ungenügen. Darüber sind wir traurig, sind wir wütend. In diesem Boot sitzen Therapeutinnen und Klienten, Supervisandinnen und Supervisoren gleichermaßen. Wenn wir dies erkennen, wenn wir unsere Ängste, Schmerzen, Schamgefühle wahrnehmen und ausdrücken können, fühlen wir uns lebendiger und weniger einsam. Es kann sich etwas entwickeln, das über all diese Bewertungen und Gefühle hinausweist.

Das Bild führt mich zu folgender Hypothese: Bekämen unsere Ängste und unsere Gefühle der Scham, unsere Ambivalenzen in Zusammenhang mit den Bandaufnahmen mehr Raum in der Beziehung mit anderen, zum Beispiel in der Supervision, würden wir mutiger. Wir entwickelten mehr unvoreingenommenes Interesse für *alles*, was wir hören. So würden wir es schließlich wagen, ganze Gespräche – ohne Zensur – gemeinsam anzuhören. Damit würden wir konkret mitbekommen,

wie sich Therapeutinnen über längere Sequenzen in ihrer Beziehung zum Klienten um Empathie, um Bedingungslos Positive Beachtung und Kongruenz bemühen. Was sie dabei sagen, vorschlagen, auslassen, an Gefühlen transportieren. Welche Bilder, Metaphern, Geschichten ihnen einfallen. Welche Bewältigungsstrategien sie brauchen, wenn sie selber in Not kommen. Es würde spürbar, auf welche konkrete Weise Klienten zeigen, was sie verstanden haben, was sie weiterbringt, was sie ablehnen, wie sie es ablehnen, was sie stört oder ärgert.

Wir könnten dadurch vermehrt wahrnehmen, wie sich das anhört und anfühlt, wenn es uns nicht gelingt zu verstehen und wir keine Bedingungslos Positive Beachtung empfinden. Wenn wir nicht verstanden werden. Wenn wir in Anspannung geraten, unsicher oder ungehalten sind. Wenn wir straucheln. Wir könnten uns so konkreter mit unseren Grenzen auseinandersetzen und wahrnehmen, wie wir uns zuweilen schützen müssen, um in einer Beziehung zu bleiben. Wir könnten sehen, dass wir auch mit diesen Grenzen hilfreich sein können und es genügt, auf unsere unvollkommene Art dabei zu sein und dabei zu bleiben – so lange, wie eine therapeutische Beziehung besteht.

Der Philosoph Paul Good schreibt über den Künstler Alberto Giacometti, der bekanntlich seine Werke in einem langen Prozess des Aufbaus, Zerstörens und wieder Aufbaus schuf:

„Das nenne ich ein Denken mit den Sinnen, welches die Konvention des Sehens, des Denkens, des Darstellens im Namen von grösserer Intensität überwindet. Diese Lösung kann von keinem abgespaltenen Denken bezogen werden. Sie kann nur durch Scheitern und erneutes Scheitern hindurch einen kleinen Schritt vorankommen. Dabeibleiben, obwohl man scheitert, auf langer Strecke sein Bestes geben, das führt zu Resultaten, welche Kunst sind, wobei dieser Name einem am Ende auch egal ist“ (Good, 2000, S. 41).

Auch uns kann der Name dessen, was wir tun, egal sein. Doch interessieren uns sehr wohl „Resultate“. Solche, die im Bemühen um die drei Aspekte der Grundhaltung, im „Dabeibleiben, obwohl man scheitert“, im „auf langer Strecke sein Bestes geben“, entstehen, so dass Klienten Schritt für Schritt neue Erfahrungen zulassen. Und Therapeutinnen diesen Prozess auch bei sich selbst erleben.

Dieses Bemühen von Therapeutin und Klient ist ein äußerst aktiver Prozess, dessen Ausdruck in seiner Vielfalt keine Grenzen gesetzt sind. Eine lebendige Kultur der Arbeit mit Audio- und Videobändern könnte unsere Wahrnehmung für diese Vielfalt schärfen.

Dadurch würden neue Erkenntnisse generiert, ganz im Sinne von Rogers, der der Ansicht war, „dass eine wissenschaftliche Forschung überall, auf jedem beliebigen Niveau, im vagen Allgemeinen oder im Ausgefeilten ansetzen kann; ‚Forschung‘ bezeichnet eine Richtung, nicht einen bestimmten Grad der

Instrumentierung. So gesehen ist schon eine Tonbandaufzeichnung eines therapeutischen Gesprächs ein bescheidener Anfang wissenschaftlichen Bemühens: Es ermöglicht größere Objektivierung als das Gedächtnisprotokoll“ (Rogers, 1961/1973, S. 241).

Zum Schluss soll nochmals ein Bogen zu den Prozessanalysen geschlagen werden. Die Aufarbeitung therapeutischer Prozesse in den Prozessanalysen mit ihren Tonband- und Videopassagen ist mehr als ein bescheidener Anfang solchen Bemühens: Prozessanalysen bieten Stoff für die Therapieforschung und die Qualitätssicherung.

Sicher aber sind Prozessanalysen kostbar für alle, die sich mit ihnen beschäftigen, für die Therapeuten selbst, die Supervisionskolleginnen, die Supervisorinnen, die Ausbilder. Sie sind lebendige Zeugnisse der therapeutischen Praxis. Sie bergen Juwelen, die uns zum Staunen bringen und uns weiter rätselfeln lassen.

Literatur

- Auckenthaler, A. & Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 4, 388–392.
- Biermann-Ratjen, E.-M.; Eckert, J.; Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2012). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie, Lehrbuch für die Praxis* (S. 87–104). Heidelberg: Springer.
- Brossi, R.; Biermann-Ratjen, E.-M. (2007). „Es ist weiter oben und weiter hinten“ – Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses einer Patientin, die an einer Selbststrukturschwäche leidet. *Person*, 11 (2), 140–150.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- Good, P. (2000). Die Wende findet im Denken statt. *Schweizer Monatshefte*, 5, 38–42.
- Gröflin-Buitink, C. (1991). Wie entdecke ich einen Veränderungsprozess: Beschreibung eines SGGT-Seminars „Prozessanalysen“. *Brennpunkt*, 49, 39–49.
- Höger, D. (2012). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie, Lehrbuch für die Praxis* (S. 105–126). Heidelberg: Springer.
- Macke-Bruck, B. (2003). Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin. *Person* 7(1), 3–14.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag. [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, pp. 184–256). New York: Mc Graw-Hill].
- Rogers, C. R. (1972). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. & Schmid, P. (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Grünwald.

Der therapeutische Prozess und dessen Bedeutung im Personzentrierten Ansatz

Das Wiedergewinnen von Vertrauen in den Organismus

Michael Gutberlet

Zürich

Der Personzentrierte Psychotherapeut bewirkt konstruktive Veränderungen im Klienten, indem er etwas unterstützt, das im Organismus bereits vorhanden ist – und das sich dort als Prozess ereignet. Er geht davon aus, dass der Organismus jedes Menschen seine individuellen Ziele und die Wege zur Überwindung von seelischen Problemen und Störungen letztlich besser kennt als eine Fachperson. Diese Grundhaltung weicht weit ab von der anderer Psychotherapie-Ansätze und läuft auch gegen die gängigen gesellschaftlichen Strömungen. Dieses ungewöhnliche Denken stellt besondere Anforderungen an diejenigen, die zum Abschluss der Weiterbildungen in der pca.acp (Schweiz) „Prozessanalysen“ erarbeiten. Der Artikel fasst das Störungsmodell des PCA und die Therapie unter dem Gesichtspunkt des Prozesses zusammen, will Anregungen geben und auf häufig gestellte Fragen einige Antworten anbieten.

Schlüsselwörter: Therapieprozess, frei fließender Prozess, Prozessanalyse, Organismus, Selbststeuerung

The Process in Person-Centered Psychotherapy and its Analysis. The person-centered psychotherapist facilitates constructive change in a client by supporting something, that is already in the organism and occurs as a process. He assumes, that the human organism knows more about his aims and the way towards maturity and psychological adjustment than any expert. This basic conviction differs fundamentally from that of other approaches in psychotherapy and also from the actual trends in society. This unusual thinking is a challenge for those, who are writing an „analysis of process“ for the final exam in the training-program of pca.acp (Switzerland). The article summarizes the disorder-model of the PCA and the concept of therapy along the viewpoint of process, wants to stimulate and offer some answers to frequently asked questions from students.

Keywords: Therapeutic process, the unrestrained flowing process, analysis of process, organism, self organisation

„From my own years of therapeutic experience I have come to feel: if I can create the proper climate, the proper relationship, the proper conditions, a process of therapeutic movement will almost inevitably occur in my client.“ (Rogers, in Shostrom, 1965)

Dies ist die prägnanteste Kurzform der Therapietheorie des PCA (Person-Centered Approach), die ich kenne. Darin liegt die Komplexität des Begriffs „Prozess“ (verborgen) mit seinen verschiedenen Bedeutungen und seiner Verwobenheit mit anderen Begriffen der Theorie und Praxis des PCA.

Rogers hat diesen *Wenn-dann*-Zusammenhang schon vor über 60 Jahren in seinen empirischen Forschungen postuliert

Michael Gutberlet, Dipl.-Psych., 1947, Personzentrierter Psychotherapeut pca.acp (SGGT). Supervisor. Ausbilder für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung pca.acp (SGGT). Verhaltenstherapeut (dgv). Gestaltpsychotherapeut FPI/svg. Dozent an Ausbildungsinstitutionen des Gesundheits- und Erziehungswesens. Als Psychotherapeut selbständig tätig seit 1974.

Kontakt: CH-8005 Zürich, Josefstraße 84; mgut@active.ch

(Rogers, 1961a/1979, S. 197–266). Viele Forscher und Forscherinnen haben dies seitdem bestätigt. *Wenn* eine Therapeutin¹ Empathie, unbedingte positive Beachtung und Kongruenz/Echtheit in sich *erfährt* und diese personzentrierte Haltung auch stimmig ausdrücken kann, *dann* kommt beim Klienten ein Prozess der Veränderung und Entwicklung in Gang, der konstruktiv, rational, prosozial und heilsam ist, der auch schwere psychische Fehlanpassungen lösen kann und bisher verschüttete oder schlummernde Potenziale der Person weckt.

Dass ein Klient/Patient/Schüler derart stark auf die entstehende Beziehungsatmosphäre reagiert, ist aus Sicht des PCA damit zu erklären, dass die wichtigste Antriebskraft und die wichtigsten Steuerungsmechanismen hin zu Wachstum, Veränderung und Abbau von Leiden *im Menschen selbst* liegen, in der Aktualisierungstendenz (Rogers, 1959a/1991; Höger, 2006).

¹ Im Artikel werden die männliche und die weibliche Form verwendet. Es sind immer beide Geschlechter gemeint.

Die Prozesse, die hinführen zum Überwinden oder Lindern von Leiden (oder die Lernen allgemein ermöglichen), sind im Organismus angelegt – er braucht aber das Klima einer personzentrierten Beziehung, damit er sie (wieder) aktivieren kann. Je besser dies gelingt, desto mehr bewegt sich die Person auch wieder in Richtung auf den „ständig sich ändernden, prozessualen Fluss“ (Rogers, 1961a/1979, S. 158).

Der Artikel versucht, wichtige Grundprinzipien des PCA aus der Perspektive des Prozesses darzustellen. Er soll helfen, die Komplexität des Themas etwas zu reduzieren und Anregungen zu geben für das Nachdenken und Erkennen, warum und wie solche Veränderungsprozesse durch Personzentrierte Psychotherapie² wieder mehr in Gang kommen.

Personzentrierte Haltung bewirkt eine Reaktivierung des grundlegenden Prozesses der Selbststeuerung – sie greift nicht ein

Das wichtigste Merkmal, mit dem sich Personzentrierte Psychotherapie von den meisten anderen Therapie-Ansätzen deutlich unterscheidet, ist der bewusste Verzicht auf gezieltes, theorie- und technikgeleitetes Eingreifen in die Veränderungsprozesse im Organismus³ (abgesehen von Ausnahmefällen, z. B. schweren Krisen von Klienten). Stattdessen wird eine Art der therapeutischen Beziehung angeboten, in der der grundlegende Prozess der Selbststeuerung des Organismus sich regenerieren kann. In verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologischen, systemischen und ähnlichen Ansätzen werden therapeutische Prozesse verstanden als etwas, das Therapeutinnen aktiv, strukturierend, führend in Gang bringen und auf ein definiertes Ziel hinsteuern – sei es mit theoretischen Erklärungen oder Deutungen, sei es durch den Einsatz von spezifischen Techniken.

Völlig anders die Rolle des Personzentrierten Psychotherapeuten und sein Verständnis von der Arbeit mit Menschen. Er sieht seine Aufgabe in der Regel darin, etwas wahr- und ernstzunehmen, zu fördern und zu unterstützen, was bereits als Potenzial *da ist* und das sich von innen heraus als ein Prozess *ereignet*. Er geht davon aus, dass der Organismus seine individuellen Ziele und die Wege dorthin letztlich besser kennt als jeder Therapeut.

Das ist ein Denken und Handeln, das in unserer effizienz- und leistungsbezogenen Gesellschaft ungewöhnlich ist. Die meisten von uns sind durch ihren Bildungsweg gewohnt, dass vom Elternhaus über Kindergarten zu Schule und Aus- und

Weiterbildungsinstitutionen (und dann im Berufsleben) immer jemand da ist, der uns zeigt, wohin der Weg führt und wie wir ihn gehen müssen, um anerkannt, erfolgreich, lebensstüchtig und gesund zu sein. Für fast alle Lern- und Veränderungsprozesse stehen Fachleute bereit, die besser wissen sollen als ihre Schüler, Studenten, Klienten, Patienten, wie und wohin ein solcher Prozess ablaufen soll, in welchen Schritten, in welchem Tempo. Dementsprechend versuchen sie, den Prozess zum gewünschten Ziel zu steuern. Die Vorstellung, dass sich Lernende (wie unsere Klientinnen) *aus sich selbst heraus* in vielem besser und nachhaltiger mit den Forderungen aus Umwelt und Innenwelt auseinandersetzen können als auf vorgespurten Bahnen, ist ziemlich fern von der gesellschaftlichen Übereinkunft.

Aber gerade auf die Selbstorganisation setzt der PCA, wenn mit dem Gegenüber ein Ziel erreicht werden soll: auf einen Prozess, der im Menschen selbstorganisiert abläuft und eine effiziente, konstruktive, prosoziale Richtung einschlägt. Wird dieser Prozess im personzentrierten Sinn unterstützt, dann ist er angepasst an die Eigenheiten *dieser* Person, mit *ihrer* Lebensgeschichte, *ihrer* genetischen Ausstattung und *ihrer* aktuellen Lebenssituation – und damit auch abgestimmt auf die Umwelt.

Zu dieser Art des Im-Prozess-Seins tendiert der Organismus und auf diesem Hintergrund werden letztlich die Therapieprozesse in der Supervision und in der Abschlussarbeit der Weiterbildungen der *pca.acp* in Psychotherapie und Beratung („Prozessanalyse“) betrachtet und verstanden. Die Grundfrage ist also dort nicht die in der Gesellschaft vertraute: Habe ich die richtigen Maßnahmen, Techniken, Strategien ausgewählt und dann richtig angewandt? Habe ich damit den Klienten genügend vorangebracht auf dem Weg zum definierten Ziel? Sondern die Grundfrage im PCA heißt: War ich als Therapeuten-Person *so* in Kontakt mit der Klienten-Person, dass der Prozess ihres individuellen seelischen Wachstums auch an den schwierigen inneren Orten wieder in Gang kommen konnte und die leidvollen, krankmachenden Behinderungen dieses Wachstumsprozesses sich genügend auflösten?

Nach diesem Plädoyer für das Vertrauen in den Organismus (Rogers, 1961, S. 124) muss die Position des Autors innerhalb des PCA bestimmt werden, sonst könnte das Bisherige und später Folgende missverständlich sein.

Die Steuerung des Prozesses durch den Therapeuten: Verboten? Erlaubt? Notwendig? Eine Positionsbestimmung des Autors

Bekanntlich gibt es im PCA sehr unterschiedliche Auffassungen dazu, ob Personzentrierte Psychotherapeutinnen auf alles verzichten müssen, was eine gezielte Beeinflussung oder Steuerung

2 Es wird meistens vom Prozess in der Psychotherapie gesprochen. Mit entsprechenden Anpassungen gelten die Aussagen im Artikel auch für die Personzentrierte Beratung und den Schülerzentrierten Unterricht.

3 Einige Suborientierungen des PCA weichen von dieser Auffassung ab – siehe dazu Erläuterungen weiter unten.

des Veränderungsprozesses beinhaltet, oder ob sie in den therapeutischen Prozess absichtsvoll und mit selbst gesetztem Ziel eingreifen dürfen oder sollten. Muss der Therapeut konsequent ein nie lenkender *Begleiter* des Klienten sein und bleiben oder darf/muss er sich auch als *Prozessexperte* verstehen, um Veränderungsprozesse angemessen zu unterstützen? Die Position, die ich zu dieser Frage einnehme, ist nach meiner Kenntnis der PCA-Literatur eine ungewöhnliche und bedarf einer Klärung, damit die Ausführungen nicht irritieren.

Ich betrachte mich als radikalen Rogerianer. Radikal, weil ich davon überzeugt bin, dass die personenzentrierte Haltung nicht nur notwendig, sondern auch hinreichend ist für Persönlichkeitsveränderungen, für den Abbau von Inkongruenzen.

Das hindert mich aber nicht daran, den Klienten in manchen Situationen mit meiner eigenen Wahrnehmung zu konfrontieren, Rat zu geben oder die Selbstexploration für begrenzte Zeit durch eine therapeutische Technik zu unterstützen. Mit solchen Interaktionen beeinflusse ich den Prozess für kurze Zeit auch aktiv und zielgerichtet. So unbeschwert ich das tue, so sorgfältig und konsequent bemühe ich mich darum, nicht zum Führer zu werden, der glaubt, den richtigen Weg zu kennen, sondern ich will Begleiter der Klientin bleiben: Über die Brauchbarkeit meiner Angebote entscheidet sie und nicht ich (Gutberlet, 2008). Ausnahme auch hier: Selbst- und Fremdgefährdung.

Ist das nicht widersprüchlich? Kann man sich als radikal rogerianisch einschätzen und gleichzeitig den Auftrag, „nicht-direktiv“ (Rogers, 1942a/1989) zu handeln, nicht durchgängig befolgen? Meine persönliche Erfahrung und mein Verständnis der Theorie von Rogers (1957a/1991; 1959a/1991) sagt dazu klar „Ja“. Und das kam so:

Auf meinem Weg durch vier Psychotherapie-Ausbildungen lernte ich viele Ausbilder mit sehr unterschiedlichen theoretischen Hintergründen kennen, die ihre individuellen Stile entwickelt hatten beim Praktizieren der Techniken des jeweiligen Ansatzes. Unter diesen Kollegen waren drei, die mit Abstand die stärkste, prägendste Wirkung auf meine persönliche Entwicklung und mein Verständnis von Psychotherapie hatten: eine (unorthodoxe) Psychoanalytikerin und Psychodrama-Leiterin. Ein Bioenergetiker und Familientherapeut. Ein Gestalttherapeut.⁴ Anfangs führte ich die tiefgreifenden, manchmal er-greifenden Prozesse der Veränderung in mir (und in Gruppenkolleginnen) auf die Anwendung der jeweiligen Theorie und auf die beeindruckenden, souverän eingesetzten Techniken zurück. Allmählich erst dämmerte mir, dass etwas anderes

eine sehr viel stärkere Wirkung hatte: nämlich die Art und Weise, in der die Ausbilderinnen mit mir und anderen Gruppenmitgliedern in Beziehung traten, wie sie auf uns eingingen. Die Atmosphäre, die als Folge dieses „In-Beziehung-Seins“ in der ganzen Gruppe oder im Einzelsetting entstand, wurde mir als machtvoller, zentraler Faktor für psychische Veränderung bewusst.

Bei Rogers fand ich die Begriffe, die diese Haltung am besten beschreiben konnten, die das Erlebte stimmig auf den Punkt brachten: *Kongruentes, einfühlsames Begleiten ohne jede Bewertung. Begegnung von Person zu Person, ohne dass die Rollen verwischt wurden*. Durch ihre Art, „da zu sein“ und zu handeln, förderten die Therapeutinnen ein Beziehungsklima, in dem die Aktualisierungstendenz eine *erlebte* innere Realität werden konnte (Gutberlet, 2010). Diese ursprüngliche organismische „Power“, die auf Entfaltung hindrängt und die dabei auftauchenden Hindernisse (Inkongruenzen) überwinden „will“ und kann, konnte in ihrer Wirkung erfahren werden an hundert von sehr persönlich eingebrachten und therapeutisch bearbeiteten Beispielen.

Ich habe also auf meinem Weg in der Psychotherapielandchaft das erfahren, was Rogers einmal so formulierte: „In dem Ausmaß jedoch, in dem sie [die therapeutische Technik, Anm. des Autors] einen Kanal zur Verfügung stellt, durch den der Therapeut eine feinfühlig empfindende Empathie und eine bedingungslose Zuwendung zum Ausdruck bringt, kann sie als technischer Kanal dienen, durch den die wesentlichen Bedingungen von Therapie erfüllt werden“ (Rogers, 1957a/1991, S. 183). Höger (1989) hat den Sachverhalt aus einer anderen Perspektive formuliert. Er weist darauf hin, dass die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung auf einer hohen Abstraktionsebene formuliert sind und von dieser Ebene nicht auf ein konkretes therapeutisches Verhalten geschlossen werden kann.

Diese Erfahrungen haben mein therapeutisches Denken und Handeln und meine Tätigkeit als Ausbilder geprägt. Deshalb sind viele der unten folgenden Gedanken zum „grundlegenden organismischen Prozess“, zum „Im-Prozess-Sein“, zum „frei fließenden Prozess“ *nicht* zu verstehen als Bekenntnis zum Verzicht auf alles, was Prozesssteuerung, was Führung oder Lenkung durch einen Therapeuten sein könnte. Ich verstehe die personenzentrierte therapeutische Beziehung nicht als eine ausschliessliche „Alter-Ego-Beziehung“ (Finke, 2008, S. 197): Diesen Modus des Begleitens betrachte ich als einen Bestandteil der „Begegnung von Person zu Person“, in der die Therapeutin als „konkrete und authentische Person“ (ebd.) in Beziehung tritt.

Auf dieser theoretischen Basis nutze ich selbstverständlich auch manchmal Elemente aus Modellen der Prozesssteuerung, die sich als Suborientierungen des PCA in den letzten

4 Dass hier keine Personenzentrierte Psychotherapeutin erwähnt wird, hängt damit zusammen, dass meine Ausbilder in Gesprächspsychotherapie in den siebziger Jahren kaum mehr berufliche Erfahrung und Selbsterfahrung hatten als ich zu diesem Zeitpunkt.

Jahrzehnten entwickelt haben. Zu nennen sind hier besonders folgende Modelle:

- Die „Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie“ (Swildens, 1991; 2002),
- das „Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM)“ (Speierer, 1994; 2002),
- das „Focusing“ (Gendlin, 1998),
- die „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ (Sachse & Maus 1991; Sachse, 2002), später die „Klärungsorientierte Psychotherapie“ (Sachse, 2007) und
- die „Emotionsfokussierte Therapie“ (Greenberg, Rice & Elliott, 1993/2003; Bischof & Greenberg, 2007).

Ich gebrauche diese und andere Möglichkeiten der (kurzzeitigen) Prozesssteuerung als *Angebote* an den Klienten. Ein Angebot in seinem Wortsinn beinhaltet, dass der Klient zu jedem neuen Schritt „Ja“ oder „Nein“ oder „Ja, aber anders“ sagen kann, *ohne* dabei etwas von meiner unbedingten positiven Beachtung zu verlieren. Das verlangt von mir, dass ich ein „Nein“ der Klientin bedingungslos annehme als ihre aktuelle und gültige Entscheidung, an der es nichts zu hinterfragen gibt. Aus dieser Grundhaltung heraus bleibt das übergeordnete Ziel und die Richtschnur meines Handelns die Unterstützung des organismischen Prozesses, wie er sich im Klienten entfaltet: auf eigenen Wegen, in seiner Art, in seinem Tempo. Jede meiner eigenen Vorstellungen davon, was ich aktiv und steuernd zu diesem Unterwegs-Sein beitragen könnte, bleibt untergeordnet.

Das „Im-Prozess-Sein“ als Lebensform, die dem Organismus inhärent ist

Der Prozess der Selbstorganisation und Selbststeuerung, der den Eigenheiten des Organismus des einzelnen Menschen am besten gerecht werden kann, wird im PCA nicht als etwas Neues betrachtet, das von der Klientin gelernt werden muss. Er wird als eine angeborene und sich weiter entfaltende Fähigkeit verstanden.

Deshalb geht es in der Personzentrierten Psychotherapie letztlich um die „Wieder-Annäherung“ an einen inneren Ablauf emotionaler und kognitiver Erfahrungen, an einen Prozess, der im Neugeborenen (und vermutlich schon im Mutterleib) dann abläuft und sich in der Entwicklung des Individuums fortsetzt, wenn er nicht behindert oder gestört wird. Dieser ursprüngliche organismische Prozess ist zu verstehen als ein ständiges (überwiegend nicht bewusst ablaufendes) Wahrnehmen, Prüfen, Suchen, Experimentieren des Organismus auf die Entscheidung hin: Erlaubt die Situation ein *Entfalten* von inneren Erfahrungen, Möglichkeiten, Potenzialen oder muss primär die

Erhaltung des Organismus das Verhalten bestimmen, weil dieser bedroht ist? (Rogers, 1959a/1991; Höger, 2006)

Wenn ein Kind in Beziehungen leben darf, in denen dieses innere Pendeln zwischen den ursprünglichen organismischen Bewertungen von Erfahrungen anerkannt und gewürdigt ist, gewinnt es Vertrauen in den Organismus, in sein eigenes inneres Erfahren/Erleben. Es vertraut dem Fluss und der Fülle dieser inneren Erfahrungen, aus denen heraus die Entscheidungen für Entfaltung oder Erhaltung in der jeweiligen Situation fallen. Es kann offen sein für alle Erfahrungen, die im Gewahrsein auftauchen. Die zahlreichen, bisweilen notwendigen Einschränkungen (der Entfaltungs- oder Erhaltungstendenzen) durch die Bezugspersonen werden auf dieser Basis keinen Schaden anrichten, sondern im Gegenteil die notwendige Anpassung an die jeweilige Umgebung und Situation erleichtern. Das Kind kann ein Selbstkonzept aufbauen, das auch einen bewussten, kongruenten Verzicht auf Befriedigung von Bedürfnissen möglich macht. Dies deshalb, weil es kritischen Situationen nicht in starrer Schutzhaltung begegnet, sondern flexibel genug ist, seine Gestalt durch neue Erfahrungen verändern zu lassen.

Rogers hat den erwachsenen Menschen, der das Im-Fluss-Sein (theoretisch) *vollständig* erleben kann (die fully functioning person), einmal so beschrieben:

„Der Mensch, der vollkommen offen für seine Erfahrung ist, hätte Zugang zu allen verfügbaren Daten zur konkreten Situation, nach denen er sein Verhalten richten könnte: die gesellschaftlichen Forderungen, seine eigenen komplexen und möglicherweise umstrittenen Bedürfnisse, seine Erinnerungen an ähnliche Situationen, seine Wahrnehmung von der Einzigartigkeit dieser Situation und so weiter und so weiter. Die Daten wären in der Tat sehr komplex. Er könnte es aber seinem ganzen Organismus bei gleichzeitiger Assistenz seines Bewusstseins, überlassen, jeden Stimulus, jedes Bedürfnis, jede Forderung, und die jeweilige relative Intensität und Wichtigkeit in Betracht zu ziehen; aus diesem komplexen Abwägen ergäbe sich jene Handlungsweise, die eine Befriedigung aller seiner Bedürfnisse am ehesten ermöglichte.“ (Kursivsetzungen durch den Autor) (Rogers, 1961a/1979, S. 189).

„Der Organismus wäre bei diesem Wägen, Ausbalancieren, Berechnen keineswegs unfehlbar. Er würde die bestmögliche Antwort aus den verfügbaren Daten geben, aber manchmal würden Daten fehlen. Wegen des Elements der Offenheit für Erfahrung könnten alle Fehler, jede Verhaltensweise, die nicht befriedigt, schnell korrigiert werden. Die Berechnungen wären sozusagen ständig im Prozess der Korrektur, da sie im Verhalten ständig nachgeprüft werden.“ (Kursivsetzungen durch den Autor) (ebd., S. 190).

Störung des grundlegenden organismischen Prozesses der Selbststeuerung: Quelle von Inkongruenzen, Anlass für Psychotherapie

Wenn das „Im-Prozess-Sein“ die inhärente Lebensform des Organismus ist, entsteht für das Individuum dann ein Schaden, wenn der Organismus das „natürliche“, sich von innen heraus ereignende Pendeln zwischen der Tendenz, sich zu *entfalten* und dem *Erhalten* seiner Existenz nicht mehr frei vollziehen kann, weil die Umwelt auf zu viele Lebens-Äußerungen des Kindes mit Bedrohung reagiert, sei dies durch Angriff oder Rückzug/Liebesentzug. Da das Kind in seiner Existenz abhängig ist von einem Mindestmaß an Zuwendung der Bezugspersonen und zudem auch deren Beachtung und Anerkennung braucht, um zu wachsen, lernt der Organismus, das Gefühl der Existenzbedrohung zu mindern oder auszuschalten, indem er (in den notwendigen Bereichen) auf *Entfaltung* von Lebens-Möglichkeiten verzichtet. Es findet Abwehr von Erfahrung durch Verleugnung oder Verzerrung statt (vgl. Rogers, 1959a/1991, S. 30 f.).

Diese Prozesse der Abwehr führen zur Inkongruenz, erzeugen damit seelische (ggf. auch körperliche) Ver-Spannung. Unangepasstes, dysfunktionales Erleben und Verhalten können die Folge sein. Je zahlreicher und bedeutsamer die Lebensbereiche, in denen der Prozess des seelischen Wachstums und der Weiterentwicklung auf diese Weise behindert wird, desto schädlicher, einschränkender die Folgen für die Person.

Mit Inkongruenzen unterschiedlichster Art und Intensität kommen Menschen zu uns in die Psychotherapie oder die Beratung; und in die Schulen gehen nicht wenige Kinder, die unter solchen inneren Spannungen leiden und in unterschiedlichster Form darauf aufmerksam machen. Denn der Organismus „will“ im Prozess des seelischen Wachstums und des Sich-Differenzierens bleiben, auch unter den ungünstigsten Voraussetzungen; die Sehnsucht nach *dieser* Form, zu sein, zu leben, kann unterdrückt werden, aber sie ist nicht totzukriegen.

Beispiel: Reagieren die wichtigsten Bezugspersonen eines Kindes (oder ggf. eines Erwachsenen) auf Schwäche, Hilflosigkeit oder Unsicherheit mit Abwertung, Veränderungsdruck, Wut oder mit Enttäuschung, bedrohlichem Rückzug, Nichtbeachtung, dann lernt der Organismus, solche Gefühle entweder nicht auszudrücken oder sie gänzlich aus dem Gewahrsein zu verbannen. Die Erfahrung wird also nicht als Teil des Selbst anerkannt, sondern sie wird unterdrückt durch Konzepte wie etwa: „Schwäche kenne ich kaum – ich habe mich immer im Griff und weiß mir zu helfen.“ Mit diesem Selbstkonzept können Menschen erfolgreich in der Gesellschaft auftreten – aber sollte das Leben sie in Situationen bringen, wo die Erfahrung

von Hilflosigkeit nicht mehr (vollständig) abgewehrt werden kann, wird die Inkongruenz zwischen Erfahrung und Selbstkonzept bewusst.

Manchmal erfolgt in solchen Situationen die Rückkehr zum vertrauten Selbstkonzept durch Erklärungen wie etwa: „Das war mal ein Ausrutscher unter extremen Bedingungen, kommt sicher nicht mehr vor“. Die Abwehr funktioniert wieder. Vielleicht kann die Inkongruenz aber so weit bewusst werden, dass die Person beginnt, sich mit den streitenden Anteilen in ihr bewusster und ernsthafter zu beschäftigen. Vielleicht wird aber das Gewahrsein derart von der Erfahrung von Ohnmacht überflutet, dass das Selbstkonzept partiell zusammenbricht, desorganisiert wird, und die Person in eine ernste Krise gerät. Beide Möglichkeiten können Anlass für eine Therapie sein.

Beim Menschen, der in Bezug auf solche Erfahrungen (wie im Beispiel genannt) *genügend* kongruent ist, dessen Selbstkonzept also noch nicht zu starr ist, kann der Prozess des Pendelns zwischen dem bewusst Erfahrenen und einem Selbstkonzept-Anteil, der vor dem Gefühl warnt, relativ frei fließen. Dabei kann dann der „*ganze Organismus bei gleichzeitiger Assistenz seines Bewusstseins*“ (siehe Zitat von Rogers oben) abwägen, was nun für ihn der Weg ist, der genug Wachstum erlaubt, ohne das Selbstkonzept zu sehr zu bedrohen.

Die paradoxe Situation Person-zentrierter Psychotherapeuten

Wer mit dem oben skizzierten personzentrierten Menschenbild und Therapieverständnis seinen Klientinnen begegnet, steckt – besonders zu Beginn seiner Tätigkeit als Psychotherapeut – in einem Dilemma. Einerseits weiß er aus der Forschung und der Theorie des PCA, dass eine erfolgreiche Personzentrierte Psychotherapie sich auf den frei fließenden Prozess, die „*fully functioning person*“, auf mehr Kongruenz hinbewegt. Und gleichzeitig weiß er, dass er die Klientin auf dieses Ergebnis einer erfolgreichen Therapie nicht hinführen und hinlenken darf, wenn sich die Wirkkraft von Aktualisierungstendenz und personzentrierter Haltung entfalten soll.

Mit diesem Widerspruch umzugehen ist nicht einfach. Erstens, weil dieser Verzicht auf eine Lenkung von außen zu einem bekannten Ziel hin ungewöhnlich ist (siehe oben). Und zweitens, weil die Prozessskala (Rogers, 1961a/1979, S. 136–158 und 1980b/1991, S. 204–210), die den Therapieprozess in sieben Stufen anschaulich macht, dazu verführen kann, die Klientin auf die nächste Stufe des Prozesses „bringen“ zu wollen. Sie soll sich doch auf Kongruenz, auf den freien Fluss des Prozesses hin entwickeln, um ihre Probleme zu überwinden; was liegt da näher, als sie aktiv „ins Gefühl zu holen“, abgewehrte Erfahrungen „bewusst zu machen“, ihr den Abwehr-Prozess zu erklären, sie

mit ihren starren Konstrukten über sich und die Welt zu konfrontieren, und so weiter. Doch wer als Therapeutin aus dieser Grundeinstellung heraus handelt, wird die immanente Selbststeuerung und Selbstorganisation des Organismus mehr behindern als fördern, das Erfahren des freien Flusses eines Entwicklungsprozesses nicht erleichtern, sondern erschweren. Die Klientin würde implizit konfrontiert mit einem „Du sollst so und so sein, musst das und das tun, wenn du deine Probleme überwinden willst.“ Sie würde also – einmal mehr – Konzepte von außen übernehmen, die helfen sollen, mit seelischen Problemen anders umzugehen, als sie es tut. Ihr würde damit die Chance verbaut, „nach innen“ schauen zu können und (wieder) zu lernen, ihre eigene Erfahrung zum wichtigsten Ratgeber bei ihren Entscheidungen zu machen und daraus ein verändertes Konzept über sich selbst und die Welt entstehen zu lassen (vgl. Rogers, 1961a/1979, S. 39).

Aus meinem Verständnis vom PCA fokussiere ich daher als Therapeut auf das, was die Person mir gegenüber aktuell mitteilt, erlebt, ausstrahlt; ich bemühe mich um Kontakt, um In-Beziehung-Sein, um Präsenz. Und versuche damit, offen und unvoreingenommen alles aufzunehmen, was in ihr, in mir und in unserer Beziehung geschieht. Ich bemühe mich, die Welt mit ihren Augen zu sehen und von dorthin ihr Leiden und ihre Freuden zu verstehen, und prüfe, ob ich eine unbedingte positive Beachtung für sie in mir erlebe. Ich gehe damit in *ihrem* ganz persönlichen, einzigartigen Prozess mit, soweit ich das als anderer Mensch kann. Dieses Mitgehen schließt nicht aus, dass ich manchmal ein Angebot mache, zum Beispiel so: „Ich seh’ da auch noch einen anderen Weg – mögen Sie den hören und für sich prüfen?“ Ich störe damit den Prozess des Organismus nicht, wenn sich eine therapeutische Beziehung entwickelt hat, in der der Klient erfahren hat, dass er frei ist in seiner Entscheidung auf meine Interaktion (siehe dazu das Kapitel oben zur „Positionsbestimmung des Autors“).

Je besser mir das gelingt und die Klientin mein „Da-sein-mit-ih“ wahrnehmen kann, desto größer die Chance, dass das Zusammenspiel von Erhaltungs- und Entfaltungstendenz mit dem freieren Fluss des Erlebens wieder mehr in Gang kommt. Diese grundlegenden Tendenzen des Organismus können in ihrer Bedeutung und Wirkung am aktuellen Thema einer Therapiestunde immer wieder neu erfahren werden. Auf diese Weise bewirkt die personenzentrierte Haltung, dass der Organismus des Individuums die für *ihn* bestmögliche Realisierung *seiner* Ziele wieder finden und weiterentwickeln kann. Und so wird authentische Selbstbestimmung und Selbstverantwortung möglich. Die *organismischen* Bewertungen können das Erleben und Verhalten bestimmen, und nicht solche von außen.

Legt man an dieses therapeutische Vorgehen die Maßstäbe des gesellschaftlichen Denkens an – hier besonders das gängige Krankheits- und Behandlungsmodell der Medizin – dann

wirkt das beschriebene personenzentrierte Vorgehen paradox: Wir kennen das Resultat eines konstruktiven therapeutischen Prozesses – aber wir greifen in diesen Prozess nicht aktiv ein, um das bekannte Resultat möglichst schnell zu erreichen. Unsere Aufmerksamkeit richtet sich hauptsächlich auf das aktuelle psychische Geschehen beim Klienten, bei uns selbst und in der Beziehung – nicht auf technische Aspekte des laufenden oder nächsten Behandlungsschrittes.

Doch diese Paradoxie ist ein Bestandteil der Grundüberzeugungen und -erkenntnisse des PCA, auf dem ein großer Teil seiner Wirkkraft beruht. Sie wird besonders spürbar, wenn die Personzentrierte Psychotherapeutin den Klienten auch in der Stagnation, in den Inkongruenzen und in den Symptomen ohne Bedingungen annimmt und würdigt. Damit zementiert sie gerade *nicht* den Stillstand und die destruktiven Spannungen, sondern sie fördert einen positiven therapeutischen Prozess, weil Inkongruenzen bewusster werden können.

Rogers hat dieses scheinbar widersprüchliche Handeln einmal so ausgedrückt: „Wenn ich mich so, wie ich bin, akzeptiere, dann ändere ich mich. [...] wir können uns nicht von dem, was wir sind, entfernen, bis wir völlig akzeptieren, was wir sind. Dann ereignet sich fast unmerklich die Veränderung“ (Rogers, 1961a/1979, S. 33).

Wie unverzichtbar diese akzeptierende Haltung gegenüber Klienten ist, hebt Rogers auch in der Darstellung der Prozessphasen immer wieder heraus. (Rogers, 1961a/1979, S. 136–158). Beginnt er doch die Beschreibung jeder Phase mit einem eindeutigen Statement: *Wenn* die Klientin sich in der vorhergehenden Phase vollständig verstanden und anerkannt fühlt, *dann* kann sie beginnen, sich den Merkmalen zu öffnen, die für diese neue Phase typisch sind.

Der frei fließende Prozess und der therapeutische Prozess in der Praxis

Rogers beschreibt als ein Merkmal der siebten Phase des Prozesses: „*Das Erfahren hat seine strukturgebundenen Aspekte fast gänzlich verloren und wird Prozessverfahren; das heißt, die Situation wird aus ihrer Neuheit und nicht aus der Vergangenheit heraus erfahren und gedeutet*“ (Rogers, 1961a/1979, S. 156). Und: Der Klient „lebt voll und ganz in sich als einem ständig sich ändernden, prozessualen Fluss“ (ebd., S. 158).

Diese Art des Erlebens in der siebten Phase ist „*mehr eine Tendenz oder ein Ziel, als etwas voll Erreichtes. Es ist die Beschreibung der voll sich verwirklichenden Person [fully functioning person]*“ (Rogers, 1980b/1991, S. 210). Die siebte Phase ist also nicht als Ergebnis einer besonders erfolgreichen Therapie zu verstehen. Aber in manchen, besonders günstigen Situationen des therapeutischen Prozesses (oder im Alltag) kann dieses

„Voll-und ganz-im-Prozess-Sein“ erlebt werden. Aus Erfahrung mit mir und anderen Menschen weiß ich, wie ungewöhnlich stark und tiefgreifend ein solches Erleben sein kann. Es belebt und stärkt die Motivation, diesen „Way of Being“ (Rogers, 1980a/1983) immer wieder in sich selbst zu „suchen“ und dabei auch schwierige Hindernisse zu überwinden. Der Organismus „weiß“ um seine Möglichkeit, das Leben als frei fließenden Prozess zu erfahren, und strebt dorthin.

Diese Aussagen bergen zwei Gefahren.

Erstens: Mann und Frau könnten angesichts der starken inneren Kräfte, die da am Werk sind, sich die Personzentrierte Psychotherapie als leichten und sicheren Weg vorstellen, zu lernen, sich zu verändern und auch ernste seelische Schwierigkeiten mit sich und der Umwelt zu überwinden.

Zweitens: Man könnte versucht sein, den Erfolg einer abgeschlossenen Therapie daran zu messen, wie oft und wie stark diese Erfahrung vom „prozessualen Fluss“ eingetreten ist.

In beiden Fällen wird die Verletzlichkeit des Organismus unterschätzt, aus der heraus er – besonders zu Beginn seiner Entwicklung – Strategien entwickeln muss, um unerträglichen Schmerz und Bedrohung „nicht-noch-einmal!“ zu erleben. Je tiefer einst die Verletzungen, desto verhärteter die Schutzmaßnahmen, desto länger die Zeit, die es braucht, um wieder Vertrauen in andere Menschen und zu sich selbst zu gewinnen.

Auch wenn also der freie Fluss der Erfahrung in Therapien manchmal erlebt werden kann, haben es Klient und Therapeutin überwiegend mit *den* Prozessen zu tun, die den prozessualen Fluss verhindern, der in Stufe sieben beschrieben ist. Sie kommen primär in Kontakt mit *den* Prozessen, die einst zur psychischen Fehlanpassung (Rogers, 1959a/1991, S. 29 f.) bzw. zur Inkongruenz führten.

Da geht es um solche Prozesse, die bei der Abwehr von Erfahrung ablaufen, beim Überflutet-Werden mit Erfahrung, beim Wirken von starren, erfahrungs-feindlichen oder scheuen Anteilen des Selbstkonzepts; es sind Prozesse, die im Zusammenhang mit einem Selbstkonzept stehen, das wackelt, sehr verletzlich ist, das droht zusammenzubrechen; und jedes dieser Beispiele ist untrennbar verbunden mit den Austauschprozessen mit der Umwelt (Mearns & Thorne, 2007).

Die therapeutische Arbeit in diesen Bereichen der Person geht häufig sehr langsam voran. Veränderungen sind vielleicht kaum wahrnehmbar, es gibt Stagnation und Rückschritt. Dass etwas Wichtiges, Hilfreiches passiert, ist manchmal nur erkennbar an der Klarheit, mit der ein Klient die Therapie fortsetzen will, auch wenn noch keine Erfolge greifbar sind. Diese Rückmeldung ist dann ein wichtiger Beleg für die Therapeutin, dass es ihr gelungen ist, *das* Klima in der therapeutischen Beziehung zu schaffen, in dem Inkongruenzen bewusster werden und die Abwehr von Erfahrungen gelockert werden kann. Manche Therapien haben dann auch im weiteren Verlauf hauptsächlich

die Funktion des Erhaltens, Stabilisierens, Sicherns – sie sind deshalb nicht weniger bedeutsam und wichtig für den Klienten. Er kann dabei zum Beispiel lernen, sein Selbstkonzept auf funktionalere, angepasstere Art zu schützen – die Inkongruenzen wirken sich weniger schädigend aus als früher, Ressourcen dürfen mehr beachtet werden. Die Aufgabe der Therapeutin ist dabei oft noch anspruchsvoller als in Therapien, in denen sich deutlich wahrnehmbares Wachstum vollzieht. Entsprechend anspruchsvoller kann dann auch die Dokumentation und Interpretation des Therapieprozesses sein.

Wenn solche Therapien über einen langen Zeitraum laufen, kann es passieren, dass neben der Tendenz zur Erhaltung allmählich auch die zur Entfaltung großen Raum einnimmt – so, wie das in manchen Therapien von Anfang an passiert. Es werden Situationen möglich, in denen Veränderungsschritte unmittelbar spürbar sind. Das sind die kleinen oder großen Ereignisse in der Therapie, in denen Klienten *erleben* konnten, wie Abwehr-Prozesse sich unmittelbar auflösten, Erfahrung bewusst wurde, wieder fließen konnte, und die Wirkung einige Minuten oder Stunden anhielt und nachklang. Rogers hat sehr viele Beispiele dafür in seinen Veröffentlichungen dokumentiert. Diese Erfahrung von Wachstum ist oft mit stark erlebten Gefühlen verbunden, die dann ihrerseits die Motivation und den Mut zur Entfaltung weiter stärken: Lebendigkeit, Erleichterung, Freude, „Personal Power“; Faszination des Verstehens von seelischen Prozessen, Sehnsucht nach Mehr-Davon; Ahnung oder Gewissheit, wie das Leben *auch* sein könnte.

Wenn diese besonderen Ereignisse – klein oder groß, aber deutlich wahrgenommen – in der Therapie passieren und auf Tonträger oder Video festgehalten sind, können sie als Meilensteine in der Prozessanalyse verwendet werden, als deutliche Belege für das konstruktive Voranschreiten eines therapeutischen Prozesses. In den zahlreichen Therapien und Beratungen, die an solchen klar sichtbaren Zeichen des Prozesses nicht vorüberkommen, passiert oft nicht weniger Bedeutsames für die Klienten. Dazu mehr weiter unten.

Der Prozess von Inkongruenz zu Kongruenz: eine Selbst-Erfahrung des Autors

Anhand einer eigenen Erfahrung möchte ich anschaulich machen, wie der Prozess von Inkongruenz zu mehr Kongruenz erlebt und beschrieben werden kann und dabei ein „Schnupern“ am frei fließenden Prozess möglich wird.

Meine Art, mich im Alltag zu bewegen und zu verhalten, fühlt sich nicht selten etwas ungeduldig, angespannt, unsetzt, gehetzt an. Sei es beim Anziehen, Küchenaufräumen, Einsteigen ins Auto, an der Tastatur des Computers, im Gespräch, und

so weiter. In dieser fühlbar „falschen“ Art, mich zu bewegen und mich zu erleben, drückt sich eine Inkongruenz aus. Weil mir dieses innere Nicht-Übereinstimmen manchmal sehr klar bewusst wird und damit auch Veränderung möglich ist, kann ich es hier benennen und einordnen. Wäre die Inkongruenz fast nie bewusst – wie das nach meiner Erinnerung vor 20 oder 30 Jahren der Fall war –, würde ich die gestressten Bewegungsabläufe als ziemlich normales Verhalten betrachten und wenig darüber nachdenken. Hätte mich damals jemand darauf angesprochen, wäre die Antwort aus dem Selbstkonzept vielleicht gewesen: „Ist doch klar, in unserer Zeit muss man Gas geben, wenn man was erreichen will. Da muss ich mitmachen.“

Wenn ich heute in dem etwas überdrehten Alltagstempo ganz drin bin, nehme ich die geschilderten Begleiterscheinungen ebenfalls kaum wahr. Dann läuft dieses disharmonische, „nervöse“ Unterwegs-Sein einfach ab und die zugrundeliegende Inkongruenz ist mir nicht bewusst. Die theoretische Erklärung in der Sprache des PCA: Da gibt es Selbstkonzept-Anteile, die mich antreiben, schnell zu sein und schnell zu handeln. Das Tempo, mit dem ich dann durch den Alltag gehe, um diesem Selbstkonzept-Anteil gerecht zu werden, steht offenbar nicht in Einklang mit dem, was mein Organismus jeweils passend, stimmig, natürlich erlebt: sich gelassen, zentriert, achtsam, aus innerer Harmonie heraus zu bewegen. Dadurch entstehen Gegenströmungen, Strudel, Stromschnellen im Fluss des Prozesses, die zu den oben benannten Gefühlen und Handlungsweisen führen.

Der freie Fluss der Bewegungsabläufe mit den zugehörigen psychischen Prozessen ist gestört. Die innere Verspannung und die gereizte Unzufriedenheit resultieren also aus diesem inneren Uneins-Sein von organismischer Erfahrung einerseits und der Weigerung von Anteilen des Selbstkonzepts, diese Erfahrung im Gewahrsein zuzulassen und sie im Handeln zu berücksichtigen.

Werde ich mir hingegen der Inkongruenz im Hier und Jetzt einer Situation genügend bewusst, ist das eine Chance, gezielt und aktiv dranzugehen, an diesem inneren Uneins-Sein etwas zu ändern. Ich bin dann der Hektik gewahr und lasse sie als bewusstes Erleben viel mehr zu als zuvor. Sobald sie auf diese Weise deutlicher symbolisiert ist, wird auch klarer, dass sie fehl am Platz ist, mir nicht gut tut.

In diesem günstigen Fall „höre“ ich also die aus dem Organismus kommenden Reklamationen gegen das Gehetze immer besser und nehme sie ernster. Dann gelingt es oft, auch bewusst innezuhalten und genauer wahrzunehmen, *wie* ich unterwegs bin. Ich werde also etwas *offener für alle aktuell relevanten Erfahrungen*, ich werde kongruenter. Dadurch können die genannten Stressgefühle und -handlungen mehr ins Gewahrsein treten, symbolisieren sich dort genauer und werden mehr

erkannt und anerkannt als das, was sie sind: Aufträge aus dem Selbstkonzept, die früher einmal ihren Sinn hatten, mir in der heutigen Situation aber mehr schaden als nutzen. Und auf der anderen Seite kann die organismische Erfahrung dann auch zunehmend klarer signalisieren: „Das ist nicht *mein* Tempo und nicht *meine* Art, mich zu bewegen, die Dinge in die Hand zu nehmen, auf die Tastatur zu tippen, mit Menschen zu sprechen. Ich will es anders – ruhiger, fließender, behutsamer.“ Der *Ort der Bewertung* ist dann zunehmend der Organismus mit den Bedürfnissen, die zu seinen Eigenheiten passen. Darin drückt sich für mich ein „Wissen“, eine Erinnerung im Organismus aus, wie sich ein stimmiges Mich-Bewegen, wie sich ein unbehinderter Fluss in diesen Alltagshandlungen anfühlen könnte. Und der Organismus „will“ diese Stimmigkeit in seinen Aktivitäten erleben, er tendiert dorthin. Er sucht den frei fließenden Prozess von Bewegungen, Gedanken und Gefühlen. Denn dieser ist dem Organismus inhärent, er muss nicht nachträglich mit fachmännischer Hilfe gelernt werden.

Je mehr ich – im günstigen Fall – die widerstreitenden Gefühle in mir so wahrnehmen kann, wie sie sind, desto mehr be- wege ich mich auch auf *Kongruenz* zu und mein Handeln und Denken kommt aus dieser Haltung heraus. Ich bin dann mehr und mehr in Kontakt mit meiner individuellen, organismisch stimmigen Art, die Alltagshandlungen zu vollziehen. Und so- lange dieser Kontakt genügend da ist, bin ich auch im überwie- gend unbehinderten Fluss der Erfahrung und kann mich ihm anvertrauen. Die organismische Bewertung dieser Art des Akti- v-Seins ist dann völlig eindeutig. Sagt die Bewertungsinstanz des Organismus doch: „So stimmt’s, so passen die Bewegun- gen, die Gefühle und das Denken zu mir als Person; wenn ich in *diesem* Fluss bin, dann ist kein Zweifel, dass dieser Modus stimmiger, viel mehr ‚aus einem Guss‘ und damit kongruenter ist als alles, was aus dem Bemühen resultiert, meine Aufgaben und Alltagshandlungen möglichst schnell und noch schneller zu vollziehen.“ Angesicht dieser Sicherheit, Klarheit und Kraft in diesem Erleben staune ich immer wieder, dass es oft schon nach Minuten oder einer Stunde wieder verklungen ist. Und ich nehme das als Zeichen dafür, wie stark die Selbstkonzept- anteile noch sind, die auf Tempo drängen.

Der therapeutische Prozess und dessen Analyse

Kann man dieses relativ harmlose, persönliche Beispiel des Au- tors auf die Prozesse übertragen, die in Menschen ablaufen, die unter schweren seelischen Problemen leiden? Ich meine: „Ja“. Im Beispiel oben ist mir die Inkongruenz relativ oft bewusst und ich kann sie dann als Warnzeichen ernst nehmen und (vo- rübergehend) danach handeln. Das reicht offenbar aus, nicht ernsthaft krank zu werden – auch wenn der gestörte Fluss des

organismischen Prozesses eine vermeidbare Einbuße an Lebensqualität bedeutet.

Welchen Schaden Inkongruenzen bewirken können, die nie als solche deutlich genug bewusst werden, lässt sich an folgendem Beispiel erkennen. Ein Klient, der wegen Erschöpfungsdepression mehrmonatige Klinikaufenthalte hatte, umschrieb eine der Inkongruenzen so: Das pausenlose Rennen durch die Aufgaben des Tages habe ihn völlig fertig gemacht; an ein Anhalten sei aber nicht zu denken gewesen, denn das löse eine gewaltige Angst in ihm aus. Offenbar hatte das organismische, vermutlich sehr starke Bedürfnis nach Ruhe, Entspannung, Pausieren keine Chance, im Gewahrsein so viel Raum einzunehmen, dass daraus auch entsprechendes Handeln folgen konnte. Auch sein kognitives Wissen über die Notwendigkeit von Regeneration hatte keine Wirkung. Diese Inkongruenz war dem Klienten vor den Therapien nicht bewusst genug geworden – und so musste er einfach weitermachen mit dem „Rennen“ bis zum Zusammenbruch.

Ähnlich kann man sich die Auswirkungen von Inkongruenzen auch bei Menschen mit anderen Störungen vorstellen, die im ICD oder DSM beschrieben sind: Ein schädigendes Verhalten oder automatisch ablaufendes, destruktives Muster des Erlebens kann nicht gestoppt werden, weil das Anhalten Angst auslöst: bewusst erlebte oder nicht-bewusste Angst davor, dass Erfahrungen das Gewahrsein fluten, die lange Zeit nicht sein durften – und damit vertraute Säulen des Selbstkonzeptes wegzubrechen drohen.

Durch Beispiele, wie ich sie hier benutze, geraten Teilnehmerinnen an den Weiterbildungen in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung nicht selten unter Druck, in ihren Therapien mit Klienten eine ähnliche Klarheit im Prozessgeschehen wiederzufinden.

Wird diese Klarheit nicht gefunden, liegt das häufig nicht am Suchenden, sondern an etwas anderem: Sowohl mein persönliches Beispiel als auch das vom genannten Klienten konnte ich aus meiner inzwischen reichhaltigen Erfahrung mit Therapieprozessen auswählen. Und diese Wahl traf ich natürlich so, dass im Beispiel die innere Situation des Klienten (bzw. meine eigene) möglichst anschaulich, klar und in der Sprache der Theorie des PCA gut dargestellt werden konnte. Das war bei Rogers ähnlich: Die eindrucksvollen Sequenzen aus den vielen Transkripten von Therapiegesprächen und Aufzeichnungen auf Video (Rogers, 1951a, 1961a, 1980b) sind sicher nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt worden. Sondern sie wurden so ausgesucht, dass darin die Grundprinzipien des PCA prägnant erkennbar oder einzelne Aspekte des Therapieprozesses anschaulich werden können.

Demgegenüber verfügen Teilnehmer der Psychotherapie-Weiterbildung über eine viel kleinere Zahl von Therapieverläufen, aus denen sie die Auswahl für ihre Dokumentation treffen.

Daher müssen nicht selten Prozesse von Psychotherapien analysiert werden, auf die das Persönlichkeits- und Inkongruenzmodell des PCA und die sieben Prozessphasen weder beim ersten noch beim zweiten Hinsehen gut passt. Die Fülle von komplexen, vielschichtigen Daten dann doch in die Theorie des PCA stimmig genug einzufügen, ist bisweilen harte Arbeit – sehr lehrreich und manchmal sehr schwierig und frustrierend.

Ein Beispiel für diese Schwierigkeit: Inkongruenz als Verursacher von Fehlanpassungen ist m. E. nie mit der simplen Formel zu verstehen: Da ist *eine* innere Erfahrung (z. B. Bedürfnis nach Zärtlichkeit), die nicht ins Bewusstsein kommen darf, weil es da *einen* Anteil des Selbstkonzeptes gibt, der das verhindert (z. B.: „Lass Zärtlichkeit in dir nie zu, du wirst dich verlieren, lieferst dich aus, bist extrem verletzlich“). Inkongruenzen entwickeln sich aus dem Zusammenspiel von mehreren unterschiedlichen Erfahrungen und mehreren unterschiedlichen Anteilen des Selbstkonzeptes. Daraus entsteht ein Geflecht, das in der Analyse eines Therapieprozesses nie vollständig und widerspruchsfrei als Gestalt erfasst und in seine Einzelteile zerlegt werden kann. Es bleiben auch bei sorgfältiger Analyse viele Unklarheiten, Rätsel, Eigenwilligkeiten des Systems Person, die eine Klärung und Einordnung von außen nicht vollständig zulassen.

Wer also den Prozess einer Personenzentrierten Psychotherapie analysieren will, wird sich oft auf Beobachtungen, Ereignisse und Zusammenhänge stützen müssen, die deutlich *genug* und plausibel *genug* sind, um zu zeigen, dass und wie ein konstruktiver therapeutischer Prozess stattgefunden hat (siehe dazu auch Biermann-Ratjen & Brossi, 2007, S. 142). Dabei ist die wichtigste Leitlinie beim Analysieren des Prozesses die *Einschätzung des Klienten* über seine Veränderungen im Laufe der Therapie und ihre *Bedeutung* für ihn. Gibt er hier eine eindeutig positive Antwort, hat offenbar ein konstruktiver Prozess stattgefunden und man kann nun schauen, wie diese Veränderungen in den Begriffen und Strukturen des PCA dargestellt werden können. Die sieben Prozessphasen sind dabei sehr hilfreich; aber der Versuch, genau festzulegen von welcher Phase zu welcher die Klientin sich verändert hat, ist nicht selten kontraproduktiv. Die sorgfältige qualitative Beschreibung des Prozesses von Inkongruenzen hin zu mehr Kongruenz kann beeindruckender und überzeugender sein als die Quantifizierung auf der Skala.

Den Verlauf eines Therapieprozesses zu beschreiben und einzuordnen, wird von Ausbildungsteilnehmerinnen oft etwa so kommentiert: „Es war eine anstrengende, manchmal mühsame und ungewöhnliche Arbeit, die mich sehr gefordert hat. Und ich bin froh, dass ich da durchgegangen bin. Denn ich habe sehr viel durchlebt und gelernt – für meine therapeutische Arbeit mit Menschen sowie über mich als Therapeut und als Privat-Person.“

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. & Brossi, R. (2007). „Es ist so weiter oben und weiter hinten“ – Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses einer Patientin, die an einer Selbststrukturschwäche leidet. *Person*, 11 (2), 140–150.
- Bischkopf, J. & Greenberg, L. S. (2007). Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie. In J. Kriz & T. Slu-necko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes* (S. 109–122). Wien: Facultas.
- Finke, J. (2008). Beziehungsklärung und Selbstöffnung. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri, *Offenheit & Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen. Ansätze. Anwendungen* (S. 185–204). Wien: Krammer.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (1993/2003). *Emotionale Veränderungen fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Gutberlet, M. (2008). Integration anderer Therapieformen in die person-zentrierte Praxis – Wieviel Offenheit verträgt der Personzentrierte Ansatz? In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri, *Offenheit & Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen. Ansätze. Anwendungen*. (S. 45–57). Wien: Krammer.
- Gutberlet, M. (2010). Zum Erfahren der Aktualisierungstendenz. *Person*, 14 (2), 143–144.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 197–222). Heidelberg: Asanger.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger, *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2007). *Person-Centered Counseling in Action*. London: Sage Publications.
- Rogers, C. R. (1942a/1989). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer (Original erschienen 1942: *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1951a/1991). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1951: *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1957a/1991). 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: Matthias-Grünwald-Verlag. [Original erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103].
- Rogers, C. R. (1959a/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 science. Vol. 3: Formulation of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill].
- Rogers, C. R. (1961a/1979). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1980a/1983). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1980: *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1980b/1991). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 185–237). Mainz: Grünwald (Original erschienen 1980: *Client-Centered Therapy*. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock & A. M. Freedman (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, III (pp. 2153–2168). Baltimore, MD: Williams and Wilkins).
- Sachse, R. (2007). Klärungsorientierte Psychotherapie. In J. Kriz & T. Slu-necko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 138–164). Wien: Facultas.
- Sachse, R. (2002). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 265–284). Wien: Springer.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Shostrom, E. (1965). *Three Approaches to Psychotherapy. A therapeutic interview with Gloria with explanatory comments. Client-Centered Therapy: Carl Rogers* [Video].
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differenzielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (2002). Das differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 163–185). Wien: Springer.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.
- Swildens, H. (2002). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm, *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 187–204). Wien: Springer.

„Ich habe einfach immer weitergemacht“ Prozessanalyse der Krisenintervention bei einer Klientin mit akutem Erschöpfungszustand

Markus Steffen
Zürich

Vorgestellt wird die Prozessanalyse über 36 therapeutische Gespräche mit einer Klientin mit erschöpfungsbedingter Krise. Die Gespräche werden in drei Phasen eingeteilt, wovon jede mit einem kommentierten Gesprächsausschnitt illustriert wird. Als theoretischer Bezugsrahmen dient das klientenzentrierte Kriseninterventionsmodell von Brossi.

Schlüsselwörter: Prozessanalyse, klinische Erschöpfung, Krise, Krisenintervention, empathisches Verstehen

„I have simply always continued“. Process-analysis of the crisis intervention with a client with acute state of exhaustion. The process analysis of 36 interviews with a client with exhaustion-conditioned crisis is introduced. The interviews are divided into 3 phases each of which is illustrated with a commented conversation cutting. As a theoretical reference framework serves the client-centered crisis intervention concept by Brossi.

Keywords: process analysis, clinical exhaustion, crisis, crisis intervention, empathic understanding

Einleitung

In diesem Beitrag stelle ich die Prozessanalyse¹ der psychotherapeutischen Begleitung (über 36 Gespräche) einer Klientin mit Erschöpfungszustand vor. Die Arbeit begann als stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik und wurde nach Klinikaustritt während acht Monaten ambulant fortgeführt. Bei Klinikeintritt befand sich die Klientin in einem Zustand von „Krise“: Sie war seit ihrem erschöpfungsbedingten Zusammenbruch arbeitsunfähig und hatte ihre Stelle deswegen verloren. Zuhause konnte sie sich in keiner Weise erholen und war in einen depressiven Kreislauf geraten. Da es über weite Strecken darum ging, der Klientin auf ihrem „Weg zurück ins Leben“ beizustehen, scheint es mir angemessen, statt von einer „klassischen Psychotherapie“ eher von einer Form der „Krisenbegleitung“ zu sprechen, und zwar in dem Sinne, wie Brossi (2006) es aus klientenzentrierter Perspektive konzeptualisiert hat. In der nachfolgenden Falldarstellung werde ich den Aspekt der Krisenbewältigung in den Vordergrund stellen und vorab ganz kurz auf die klientenzentrierte Konzeption der Begriffe „Krise“ und „Krisenintervention“ nach Brossi eingehen.

Markus Steffen lic. phil., Psychotherapeut pca.acp, arbeitet in eigener Praxis in Zürich und an einer psychologischen Beratungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene. Kontakt: markus.steffen@psychologie.ch

1. Krise und Krisenintervention aus klientenzentrierter Sicht

Brossi (ebd., S. 375) definiert, dass Krisen durch belastende Erfahrungen ausgelöst werden, auf die nicht angemessen reagiert werden kann. Sie durchbrechen die Kontinuität des Erlebens, tragen den Charakter von großer Gefahr und existenziell erlebter Überforderung in sich. Die Person gerät darüber in heftige innere Spannung, Angst und emotionale Verwirrung, ihre üblichen Bewältigungsstrategien versagen. Aus klientenzentrierter Sicht ist bedeutsam, dass Krisen als Zustände extremer Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung zu verstehen sind: Die mit der Krise verbundenen Erfahrungen sind für das Selbstkonzept so bedrohlich, dass sie nicht ins Selbst integriert werden können; das Individuum ist im Gegenteil damit beschäftigt, sein Selbst zu schützen. Die Bereitschaft, sich über inneres Erleben mitzuteilen, ist sehr gering. Die Betroffenen verstehen sich selber nicht in dem, was sie durchleben, erkennen ihren Zustand nicht unbedingt als Krise, fürchten etwa „verrückt“ zu sein. Den therapeutisch hilfreichen Umgang mit Krisen schildert Brossi in drei Phasen (ebd., S. 382 ff.). Nebst der Vermittlung eines haltgebenden Rahmens, z. B. eine Klinik

1 Diese Prozessanalyse habe ich 2012 bei der Schweizerischen Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz als Zertifizierungsarbeit eingereicht.

(1. Phase), ist es bedeutsam, die Krise als solche zu benennen. Dies schafft Entlastung, weil so die Erfahrung des *In-der-Krise-Seins* ins Selbstkonzept integriert werden kann (2. Phase). Im weiteren Verlauf der Krisenbehandlung geht es darum, sich mit den inneren Bewertungen der krisenauslösenden Erfahrungen auseinanderzusetzen und Bewältigungsmöglichkeiten zu aktivieren (3. Phase). Die Betroffenen sind in dieser Phase besser in der Lage, die Krise zu verstehen und sich innerem Erleben zuzuwenden. Schließlich kann die Krisenintervention in eine „Krisenbegleitung“ oder eigentliche Psychotherapie übergehen.

Wesentlich an dem hier in gedrängter Form wiedergegebenen Modell ist mit Blick auf den vorgestellten Fall, dass sich Krisenintervention nicht auf einige wenige Interventionen zur Stabilisierung beschränkt, sondern andauert, bis die mit der Krise verbundenen Erfahrungen so weit ins Selbstkonzept integriert sind, dass die Person wieder in einem grundsätzlichen Sinn „mit sich zurechtkommt“. Im hier vorgestellten Fall will ich zeigen, wie die Klientin anfänglich stark mit ihren Symptomen befasst war, sich darin überhaupt nicht verstand, sich dafür ablehnte und kaum über ihr inneres Erleben sprechen konnte, sich im Verlauf der Gespräche zunehmend mit Wohlwollen, Akzeptanz und Ansätzen von Empathie zu begegnen begann, sich mit zunehmender „Reorganisation“ des äußeren Lebens vermehrt Themen annahm, die sie „als Person“ (vgl. Rogers, 1983) betrafen, ihre Bereitschaft, sich ihrem inneren Erleben zuzuwenden, zugenommen hatte; sie schließlich die schwere Krise überwand.

2. Darstellung der Prozessanalyse

Die 36 Gespräche lassen sich in folgende drei Phasen einteilen (in Klammern steht die Anzahl der Sitzungen):

1. Phase: Akute Krise und Ringen um Selbstverständnis (1–16)
2. Phase: Akzeptanz des Krankseins, vermehrtes Selbstverständnis (17–24)
3. Phase: Reorganisation des äußeren Lebens, Blick auf inneres Erleben (25–36)

Zu jeder Phase fasse ich als erstes die wichtigsten Inhalte zusammen. Sodann veranschauliche ich den therapeutischen Prozess mit einem kommentierten Gesprächsausschnitt. Dabei will ich versuchen, den Verlauf des Krisengeschehens herauszuarbeiten und der Frage nachzugehen, worauf sich die therapeutische Empathie zu richten hatte. Ein zusammenfassender Kommentar beschließt die Darstellung jeder Phase. Zunächst folgen einige überblicksartige Angaben zur Klientin, so wie sie sich im Erstgespräch darstellte.

Zur Person der Klientin

Zu Beginn der Therapie war die Klientin Anfang 30, kinderlos und alleinstehend. Sie hatte eine pädagogische Ausbildung abgeschlossen und arbeitete seit einigen Jahren in der Privatwirtschaft. Aufgewachsen sei sie behütet, auf dem Land. Die Eltern hätten viel Wert auf Leistung gelegt, seien stets präsent gewesen, aber emotional eher distanziert. Als die Klientin 12 war, ließen sich die Eltern scheiden, worunter sie sehr gelitten habe. Sie habe die Eltern nachts oft streiten gehört. In den folgenden Jahren seien ihre Schulleistungen schlechter geworden. Ihre Mutter habe sie dazu angehalten, sich mehr anzustrengen, was sie auch getan habe, doch habe sie ihre schulischen Ziele in der Gesamtschau nicht erreicht. Aus Unzufriedenheit habe sie später unter erheblichem Aufwand den Quereinstieg in die Privatwirtschaft angestrebt. Zuletzt habe sie für einen Technologiekonzern gearbeitet. Bereits mit 20 sei sie in Psychotherapie gewesen, doch nicht für lange, weil es ihr zu wenig geholfen habe. Im Teenageralter habe sie sich häufig einsam gefühlt. In diesen Lebensabschnitt sei auch eine lebensbedrohliche Hirnhautentzündung gefallen. Ansonsten sei sie mehrheitlich gesund gewesen. Wenige Monate vor Klinikeintritt erlitt die Klientin einen schweren Virusinfekt, der sie mehrere Wochen ans Bett fesselte. Als sie danach wieder arbeiten ging, stellte sie eine außergewöhnliche Erschöpfbarkeit und niedrige Belastungsgrenze bei sich fest. Zudem wurde sie von Schwäche, Schwindel und Herzstechen heimgesucht und musste der Arbeit wieder und wieder fern bleiben. Daher wurde ihr die Stelle gekündigt. Ab diesem Zeitpunkt brach ihre Tagesstruktur zusehends ein.

1. Phase: Akute Krise. Ringen um Selbstverständnis (1–16)

Bei der Klinikaufnahme trat die gepflegte und etwas jünger wirkende Klientin sehr zuvorkommend auf. Durch ihre recht lebhaftige Art merkte man ihr den angeschlagenen Zustand nicht auf Anhieb an. Dabei zeugten ihre blasse Gesichtsfarbe und ihre ausgezehrtete Gestalt von einer tiefgreifenden Entkräftung.

Sie begann den stationären Aufenthalt mit großer Motivation und Hoffnung auf rasche Besserung. In dieser ersten Phase sprach sie vor allem über ihre belastenden Symptome und die unmittelbare Vergangenheit. Sie beschrieb, wie sie nach einer schweren Grippe nicht mehr zu Kräften kam und noch immer nach bereits geringen Anstrengungen unter Schwäche litt. Nachdem zahlreiche spezialärztliche Untersuchungen kein organisches Korrelat ihrer Beschwerden ergeben hatten, habe man ihr gesagt: „*Sie stehen am Rand des Burnouts.*“ Diese Botschaft habe sie kaum fassen können. Sie habe über Jahre keine Anzeichen von Erschöpfung gespürt. Es sei zwar viel gewesen: Neben der hohen Arbeitsbelastung habe sie noch eine

anspruchsvolle Weiterbildung begonnen. Zudem sei die Stimmung am Arbeitsplatz schlecht gewesen, mitunter intrigant und sehr hierarchisch. Doch trotz dieser erheblichen Belastungen habe sie „*einfach immer weitergemacht*“. Es sei ihr zwar bewusst, dass sie schlecht Nein sagen könne, und es sei ihr in entscheidenden Situationen nicht gelungen, sich zu schützen. Sie habe wohl kein gutes Gefühl für ihre eigene Grenze. Die Stelle sei ihr jetzt gekündigt worden. Sie sei unfähig, sich zuhause zu erholen, sei ständig daran, Stelleninserate anzuschauen. Ihr Schlaf sei unruhig, sie komme am Morgen schlecht auf, sie habe innere Unruhe und sei gleichzeitig müde. In der Klinik müsse sie sich erholen, damit sie nachher schauen könne, wie es beruflich weitergehe.

Wenn die Klientin von den vielen Belastungsfaktoren erzählte, fiel auf, dass sie kaum davon sprach, wie es ihr damit ging, also nicht davon, wie sie *erlebte*, sondern vor allem davon, wie sie *bewältigte*. Über Gefühle sprach sie nicht und sie zeigte wenig emotionale Beteiligung, wenn sie ihre Geschichte erzählte. Vieles von dem Belastenden wirkte irgendwie ‚selbstverständlich‘. Es war bemerkenswert, mit wie wenig Wohlwollen sie sich selbst gegenübertrat. Ihre Vorstellung, innert ein paar Wochen wieder arbeitsfähig zu sein, erschien sehr unrealistisch. Sie befand sich weit weg vom „Fluss ihrer lebendigen Selbsterfahrung“ (vgl. Rogers, 1983). Spontane und interessierte Selbstexploration hatte keinen Platz, stattdessen herrschten Zustände von ängstlich-gespannter Selbstbeobachtung oder aber Selbstanklage vor.

In der Klinik machte sie mit Körpertherapien wie der Akupressur zunächst positive Erfahrungen. Dort konnte sie Gedanken ausschalten, sich inneren Bildern überlassen und ein tief entspanntes und zugleich waches Gefühl im Körper wahrnehmen. Ansonsten fühlte sie sich aber mehrheitlich abgespannt, der erhoffte Kraftaufbau setzte über Wochen nicht ein. Sie berichtete oft von Müdigkeit, Muskel-, Rücken- und Kopfschmerzen und beklagte die ausbleibende Besserung. Besonders belastend waren die unberechenbaren Schwankungen ihres Zustands. In Therapiestunden erzählte sie detailliert, was sie im Klinikalltag alles gemacht und wie es sich auf ihre Verfassung ausgewirkt habe. Sie war sehr damit beschäftigt, wie sie sich verhalten musste, damit es ihr möglichst schnell besser geht. Der Wunsch der Klientin, die „Kontrolle“ über die Situation zurückzuerlangen, wurde sehr einfühlbar. Eine antidepressive Medikation wünschte sie nicht. Im nachfolgenden Gesprächsausschnitt werden die Virulenz der körperlichen Symptomatik und deren Bedrohung für das Selbstkonzept der Klientin sichtbar:

Gesprächsausschnitt zur 1. Phase (8. Stunde)

- K1: *Die Akupressur ist sehr gut. Es tut sehr gut. Heute war es noch speziell, ich hatte immer von allen Seiten her so Bilder, so völlig unabhängig voneinander, einfach irgendwelche Sachen.*
- T1: *Bilder ...*
- K2: *Ja, irgendwelche. Ich weiß nicht einmal mehr, was. Also eine Bahnhofsuhr zum Beispiel. Und Sachen, die ich kenne, und Sachen, die ich nicht kenne. Die kamen einfach.*
- T2: *Aha. Also wie ein innerer Film (K: ja.)*
- K3: *Ja, aber es hatte keine wirkliche Abfolge. –*
- T3: *Ich stelle es mir vor, wie wenn man einschläft und zu träumen beginnt.*
- K4: *Ja, genau, so.*
- T4: *Also ist es vor allem sehr entspannend für Sie.*
- K5: *Ja, sehr. Sie arbeitete ja an verschiedenen Punkten, heute vor allem am Kopf und im Nacken (T: Aha.), und da gab es so einen Punkt, dort fühlte es sich so an, als würde sich etwas lösen. Das ist noch speziell.*
- T5: *Das tönt wirklich sehr gut! Also, es ist wirklich, das Grundgefühl, dass es irgendwie löst.*
- K6: *Ja, und ich habe das Gefühl, dass es den Körper wieder besser in Schwung bringt, weil ich hatte so das Gefühl, dass das Gehirn müde wird davon, aber der Körper wird irgendwie wach. Es ist dann irgendwie eine andere Müdigkeit als sonst. Also genau umgekehrt als sonst.*
- T6: *Es nicht so dieses erschöpfte, abgeschlagene Müdesein, sondern der Körper ist irgendwie aktivierter?*
- K7: *Ja, und dafür ist der Kopf müde, wie wenn ich einen strengen Tag gehabt hätte. – Aber gestern und heute Morgen hatte ich wieder extrem Mühe am Morgen nach dem Frühstück. Ich hatte wieder so wie Anfälle!*
- T7: *Anfälle von was, von Müdigkeit?*
- K8: *Nein, es ist so, wie wenn der Körper anfängt, zu arbeiten, wie wenn man anfängt, Leistungssport zu machen.*
- T8: *Also wie wenn das Herz dann schneller schlägt oder was meinen Sie?*
- K9: *Ja, aber ich habe auch nicht das Gefühl, dass es der Puls ist. Es ist wie wenn der Körper joggen würde. Und dann habe ich das Gefühl, jetzt muss ich mich hinlegen! Es kommt plötzlich wie angeworfen und dann habe ich das Gefühl, ich muss jetzt kalte Luft haben im Gesicht!*
- T9: *Mhm. Also bekommen Sie warm? So wie eine Wallung?*
- K10: *Ja, aber ich komme nicht ins Schwitzen. Es ist dann einfach streng! Dann habe ich das Gefühl: Jetzt muss ich mich hinlegen! Dann mag ich nicht sitzen!*
- T10: *Auch sitzen ist dann streng?*
- K11: *Ja. Also, ich hatte das jetzt wirklich schon länger nicht mehr so. Bis vor drei Wochen hatte ich es häufig, aber vor allem abends. Dass es dann plötzlich Momente gab, wo ich hinlegen*

musste. Es ist wie wenn der Körper joggt, dann würde man ja, wenn man nicht mehr mag, einfach kurz anhalten. Und ich muss dann zum Anhalten mich hinlegen. Für ein paar Minuten, das genügt dann schon.

T11: Mhm – das ist schon etwas, das Sie sehr beunruhigt, oder?

K12: Also, ich wäre schon froh, wenn es nicht mehr allzu oft wäre! Da wäre ich schon froh. Ich versuche jetzt einfach mal zu beobachten und warte ab, wie es sich entwickelt. – Aber ich denke schon, es muss doch jetzt endlich einmal besser werden! Es muss doch jetzt endlich einmal aufwärts gehen! Es kann doch nicht so weitergehen.

T12: Dass jetzt endlich einmal diese Schwäche und Müdigkeit nicht mehr so kommt. (K: ja.) Ja – das wäre so schön und so beruhigend, wenn Sie sich endlich wieder einmal anders spüren könnten als so am Rand!

K13: Ja!

T13: Und es kann einen richtig ungeduldig und ärgerlich machen, zu sehen, dass es einfach nicht will! Gleichzeitig ist es auch etwas, das man kennt, dass die Leute, nachdem sie in die Klinik eingetreten sind, zuerst nochmal etwas tiefer ins Loch fallen.

K14: Was?

T14: Ja, es ist fast so, wie wenn man sich dann noch etwas mehr gehen lassen könnte und darum auch die Erschöpfung noch mehr spürt.

K15: Hmm. – Ich schaue jetzt einmal, wie es sich entwickelt. – Es kommt eben noch etwas Neues dazu. Ich habe schon seit etwa drei Wochen Schmerzen, im Rücken, im Kreuz. Ich war deswegen bei der Ärztin. Und sie hat mir ein Schmerzmittel aufgeschrieben, aber ich esse doch nicht einfach Schmerzmittel.

T15: Oh, es kommt sehr viel miteinander.

K16: Ja! Es nimmt einfach kein Ende.

T16: Und jetzt kommt wieder etwas Neues.

K17: Ja, ich dachte, das geht dann schon wieder weg und habe dem auch nicht so Beachtung geschenkt, aber das sind dann genau die Sachen, die mich dann wieder so viel Energie kosten. Auch die Schmerzen. Wenn ich Schmerzen habe, dann bin ich wieder überhaupt nicht belastbar. Sofort gibt es dann Sachen, die mich dann gleich wieder stressen, meine Grenze ist dann sofort wieder erreicht!

T17: Ja, das ist doch auch noch normal, finden Sie nicht?

K18: Ich finde es bei mir extrem.

T18: Ahja.

K19: Und ich habe aber Angst davor, wieder zuhause zu sein, wenn das so bleibt, wenn meine Toleranzschwelle wieder so tief ist wegen dieser Schmerzen. Und ich möchte hier wirklich gestärkt heraus gehen, sodass mich eben nicht alles sofort wieder so stresst. Ich weiß noch, wie mich zuhause alles, schon den Briefkasten leeren, so dermaßen an die Grenze gebracht hat.

T19: Mhm.

K20: Dabei ist es doch nicht viel!

T20: Finden Sie?

K21: Ja, wenn ich das von außen anschau, ist das doch nicht viel!

T21: Aber Ihr inneres Empfinden ist schon auch, dass es viel ist und happig?

K22: Ja. Obwohl, ich fühle mich überhaupt nicht gestresst hier, das nicht. Aber wenn ich wieder zuhause wäre und es ist immer noch so, dann würde ich mich sehr gestresst fühlen.

T22: Mhm.

K23: Ich rede ein bisschen ein Durcheinander, oder?

T23: Nein, ich denke, wenn man in einer Krise ist und so erschöpft wie Sie, dann sind eben auch solche scheinbaren Kleinigkeiten wirklich viel und eine Überforderung und das macht Angst, weil – man so Alltägliches nicht bewältigen kann.

K24: Ja, aber diese Krise muss doch jetzt einmal vorbeigehen!

T24: Ja, und es braucht auch Zeit! Ich weiß, das sagen Ihnen alle und Sie fühlen sich nur vertröstet und vertröstet und das ist deprimierend!

K25: Ja.

T25: Und es kann dann so einen Druck geben, dass es jetzt endlich sichtbar werden muss mit der Verbesserung, wo Sie schon das auf sich genommen haben, in diese Klinik zu gehen, und das ist auch sehr verständlich, dass Sie sich das wünschen. Es kann dann so eine Verzweiflung geben, so einen Druck in Ihnen, dass ich das Gefühl habe, das kostet Sie eigentlich noch mehr Energie und nimmt Sie noch mehr her!

K26: Ja, es ist schon so, das sehe ich auch, und gleichzeitig stresst mich das alles so sehr.

T26: Ja, es ist so beunruhigend, oder dass es im Moment überhaupt nicht in eine Richtung geht, die Hoffnung macht, eine Richtung, die wir eigentlich abgemacht hatten.

K27: Ja, ich wollte jetzt endlich mal anfangen, aufzubauen (T: genau), stattdessen, muss ich mich jetzt um die Schmerzen kümmern, die Medikamente -

T27: Es entsteht so das Gefühl: Wann habe ich endlich Ruhe?

K28: Ja, ja. – Jetzt könnte ich sagen, ich habe ja jetzt eineinhalb Wochen Ruhe gehabt, aber das reicht halt einfach nicht!

T28: Nein, das reicht wirklich nicht, das ist ja auch überhaupt noch nicht der Rahmen, über den wir gesprochen haben. – Es ist wirklich eine Not, die Sie haben.

K30: Ja, ein bisschen. Das sind eben so Sachen, wo ich das Gefühl habe, ich merke, dass ich noch nicht so fit bin, wenn mich so etwas so schnell so runterzieht, das ist ja nicht normal, wegen Rückenschmerzen.

Kommentar zum 1. Gesprächsausschnitt

Zur Klientin: Bei der Klientin lassen sich verschiedene Merkmale eines krisenhaften Geschehens zeigen. Es wird sichtbar, wie sie damit überfordert ist, ihre heftigen und vorwiegend

körperlichen Symptome einzuordnen. Sie erlebt diese wie plötzliche Attacken auf den Körper, für die sie keine Auslöser ausmachen kann (K9: „*Es kommt plötzlich wie angeworfen*“). Sie gerät in heftige innere Spannung und emotionale Verwirrung, wenn sie darüber spricht. Es wird auch offensichtlich, wie die Kontinuität ihres Lebens durchbrochen worden ist. Ihre üblichen Bewältigungsstrategien – Willensanstrengung, Disziplin, Durchhalten – versagen. Die eigene Bewertung ihres Erlebens hat eine negative, selbstablehnende Färbung: Sie hat Angst, nicht mehr normal zu sein, möglicherweise nie mehr zu gesunden (K18), macht sich selber Vorwürfe. Es fehlt der Klientin durchgehend an Verständnis für das, was mit ihr geschieht, sie kann das Geschehen nicht ins Selbst integrieren. Sie bringt zudem ein für Krisenzustände eigentümliches Dilemma zwischen Handlungsdruck und Lähmung zum Ausdruck: Sie vermittelt einerseits, dass sie keine Zeit zu verlieren hat, andererseits aber, dass sie sich damit überfordert erlebt, jetzt etwas zu tun (vgl. zu dieser typischen Ambivalenz auch Bossi, a. a. O., S. 383). Sie kann kaum bei etwas verweilen (K12, K15), versucht sich selber zu beschwichtigen, appelliert aber im nächsten Moment wieder an die Umgebung (und den Therapeuten).

Zur Interaktion Klientin-Therapeut: Die emotionale Verwirrung ist ansteckend. Der unverhoffte ‚Ausbruch‘ von Verzweiflung, die teils (selbst-)anklagende Art verunsichert auch mich, macht mich stellenweise ratlos und engt auch mein Denken ein. Meine Äußerungen, die entweder in allgemeiner Form die Belastung der Klientin unterstreichen oder Informationen zum Erschöpfungsverlauf vermitteln (T11, T12, T14, T15), sind Beruhigungsversuche, welche die Klientin aber nicht zu erreichen scheinen. Sie entstehen wohl eher aus einer Ansteckung mit der Hilflosigkeit als aus einem angemessenen empathischen Verstehen des inneren Bezugsrahmens der Klientin. In der nachträglichen Reflexion und beim Anhören des Ausschnitts wird deutlich, dass die Benennung ihres Zustands als „Krise“ (T23) eine Veränderung im Gesprächsverlauf bewirkt. Darauf wird die Klientin im Dialog etwas empfänglicher (K26: „*das sehe ich auch*“ / K28: „*das reicht halt einfach nicht*“) und beruhigt sich schließlich etwas² (K31). Analog dazu werden meine Beiträge als Therapeut präziser, was das Verständnis des inneren Bezugsrahmens angeht (T24–30). Es ist, als ob die Benennung als „Krise“ beiden eine Art Orientierung verliehe. Es ermöglichte eine Art zusammenfassende Beurteilung des Zustands der Klientin aus etwas größerer Distanz und schafft eine gewisse Klarheit.

2 Bei der Beschreibung der Gesprächsausschnitte werden auch nonverbale Aspekte wie Tonfall miteinbezogen, die hier nicht wiedergegeben werden können.

Die Empathie hatte sich vermutlich zunächst weniger auf das innere Erleben der Klientin zu richten, sondern eher darauf, dass sie eine plausible Erklärung dafür benötigte, was mit ihr geschah. Der Begriff „Krise“ schien eine solche Erklärung zu bieten und der Klientin einen Streifen Horizont zu eröffnen.

Kommentar zur 1. Phase

Wie schon bei der Besprechung der Gesprächssequenz deutlich wurde, war die Klientin immer wieder auf ihr bedrohliches Körpererleben eingengt. Der körperliche und seelische Integritätsverlust standen ganz im Zentrum. Sie befand sich in einer psychischen Situation, in der vor allem der *erhaltende* statt des entfaltenden Teils der Aktualisierungstendenz (vgl. Höger, 2006a, S. 41 ff.) wirksam war. Für die therapeutische Beziehungsaufnahme hieß dies, immer wieder Kontakt anzubieten, Präsenz aufrechtzuerhalten, auch dann, wenn die Klientin sich selbst ablehnte, abwertete und sich verschloss. Die 1. Phase stand ganz im Zeichen davon, überhaupt ein angemessenes Verständnis bzw. eine angemessene Vorstellung davon zu entwickeln, wie lange der Genesungsprozess dauern wird. Bei Klinikeintritt hatte die Klientin die Vorstellung, sich innert ein paar Wochen zu erholen und dann wieder arbeitsfähig zu sein. Sie kämpfte lange Zeit damit, diese Vorstellung loszulassen und durch ein realistischeres Verständnis zu ersetzen. Dabei war das Krisenkonzept hilfreich. Wichtig war, dass jemand sah, wie sie in eine Krise geraten war und durch den Verlust der Leistungsfähigkeit mit Gefühlen von Hilflosigkeit und „Nicht-mehr-gebraucht-Werden“ kämpfte. Hoffnungsvoll stimmte, dass die Klientin von Anfang an auf die Erfahrung des Ernstgenommen-Werdens ansprach. Sie zeigte sich für das therapeutische Angebot also empfänglich (vgl. Höger, 2006b, S. 129 ff.).

2. Phase: Akzeptanz des Krankheitszustands, vermehrtes Selbstverständnis (17–24)

Die Klientin war nach dem Klinikaustritt zunächst von Überforderung „*umzingelt*“: die Rückkehr in den Alltag, die fehlende Tagesstruktur, ihre Arbeitslosigkeit, die ungewisse berufliche und finanzielle Zukunft – all das überstieg ihre derzeitigen Bewältigungsmöglichkeiten. Sie grübelte häufig, auch in den Therapiestunden, wenn Schweigepausen auftraten. Sie überlegte, wie sie der Zukunft gewachsen sein und was sie als nächstes in Angriff nehmen sollte. Sie musste sich mit vielen Briefen von der Kranken- und Lohnausfallversicherung herumschlagen. Sie brachte diese in die Stunden mit, und wir besprachen sie ausführlich. Sie setzte alles daran, sich eine sinnvolle Tagesstruktur zu geben und begann alsbald mit Erfolg, Wochenpläne zu erstellen. Sie achtete darauf, regelmäßig

Leute zu treffen und machte täglich Spaziergänge an der frischen Luft. Durch diese Strategien gelang es ihr zunehmend, Einfluss auf ihre Situation zu nehmen und Selbstwirksamkeit zu erfahren.

Da sie noch immer sehr rasch müde wurde, begann sie auf Anraten der Hausärztin nun doch mit der Einnahme eines Serotonin-Wiederaufnahmehemmers und mit einer medizinischen Kräftigungstherapie. Sie selbst gewann den Eindruck, dass sich vor allem das Krafttraining positiv auf ihre Verfassung auswirkte.

Die Auseinandersetzung mit der Tatsache des ‚Krank-Seins‘ wurde zum zentralen Thema. Sie litt immer wieder darunter, dass man ihr das Kranksein nicht ansah und dass sie sich anderen Leuten immer wieder erklären musste. Sie fürchtete, nicht ernst genommen zu werden. In einer Stunde berichtete sie ein traumatisches Ereignis aus ihrer Jugend, nämlich wie sie mit 14 Jahren beinahe an einer Hirnhautentzündung gestorben sei. In den darauffolgenden Jahren sei sie aus Angst rasch zum Arzt gegangen, wenn sie an ihrem Körper etwas Beunruhigendes beobachtet habe, bis dieser ihr einmal gesagt habe, sie müsse nicht wegen jeder Kleinigkeit kommen. Seither habe sie mit großer Verunsicherung gekämpft, wenn etwas mit dem Körper nicht so war wie immer. Ihre Unsicherheit in der Beziehung zum Körper wurde in dieser Stunde sehr einfühlbar.

Im folgenden Gesprächsausschnitt lassen sich Aspekte des oben erwähnten sich verändernden Umgangs mit der eigenen Verfassung aufzeigen:

Gesprächsausschnitt zur 2. Phase (19. Stunde, 6 Wochen später)

K1: *Sonst habe ich es eigentlich recht gut. Es ist auf und ab –*

T1: *Prima.*

K2: *Bis letzten Donnerstag ist es mir sogar sehr gut gegangen (T: mhm.). Dann habe ich noch, bin ich noch ... ich habe schon recht Druck, Stress gehabt für meine Verhältnisse. Ich habe relativ viel plötzlich vorgehabt für den letzten Donnerstag.*

T2: *Mhm. Also am Donnerstag viele Termine gehabt. Oder viele Sachen erledigen wollen.*

K3: *Ja, viele Sachen machen wollen. Weil ich habe plötzlich spontan entschieden, dass ich in die Berge fahre, am Donnerstagsabend.*

T3: *Ahja? Übers Wochenende?*

K4: *Ja.*

T4: *Mhm.*

K5: *Und dann habe ich gewusst, ich habe noch den Laufbahnberatungstermin. Und ich habe irgendwie noch mit meiner Schwägerin schauen müssen, weil sie kein Auto gehabt hat, um mit ihr noch einkaufen gehen zu können oder so und dann bin ich mit dem Velo nach D. gefahren und wieder heim.*

T5: *Ah.*

K6: *Und ich habe dann doch gestaunt: Ganz langsam bin ich gefahren mit dem Velo, dann zurück geht es eben noch ein bisschen aufwärts ... (T: mhm) ... aber es ist gegangen und ich habe mich gut gefühlt danach.*

T6: *Mhm.*

K7: *Und dann habe ich mich wirklich fit gefühlt und dann bin ich noch ... der Weg ins Bündnerland zu meiner Freundin ...*

T7: *Also, also, das ist neu! Oder? Dass Sie jetzt mit dem Velo so nach D. fahren und zurück und sich nachher fit fühlen?*

K8: *Ja!*

T8: *Das war ja früher für Sie ... da waren Sie nachher am Anschlag, mussten sich hinlegen!*

K9: *Ja.*

T9: *Also, das Fitness nützt etwas!*

K10: *Ja. Ich habe das Gefühl, ich fühle mich besser, körperlich. (T: Schön!) Und dann bin ich am Donnerstag in die Berge gefahren und ich mein', da habe ich einen Weg von fast 4 Stunden. Mit dem Auto bin ich gegangen. Und da habe ich aber gemerkt, dass ich am nächsten Tag sehr müde gewesen bin.*

T10: *Ja, am Freitag dann. Als Sie oben waren.*

K11: *Ja. Auch noch die Höhenunterschiede und alles und der lange Weg. Ich war wirklich sehr müde. Eigentlich alle Tage, die ich bei ihr war, war ich wirklich sehr, sehr müde, wir haben sozusagen nichts gemacht.*

T11: *Mhm. Zu wem sind Sie?*

K12: *Zu einer Freundin von mir, die dort hinten wohnt. Und dann haben wir gar nicht so viel gemacht. Dann sind wir wirklich mehr so ein bisschen in den Garten rausgehängt (T: ja), es war eigentlich ein –*

T12: *Ein ruhiges Wochenende (K: ja.), ein Erholungswochenende. Und wie war das für Sie?*

K13: *Gut.*

T13: *Es war o. k., dass es so ist?*

K14: *Ja. Ich war einfach so, ich war recht müde. Ich habe dann gemerkt: aha, da ist jetzt wieder einmal meine Grenze! (T: mhm), dass es immer noch – ich habe mich zwar gut gefühlt am Donnerstag, ich habe auch diese Reise gut machen mögen und ich habe auch – eingeplant, es gemütlich genommen und so und trotzdem war ich nachher die nächsten 3 Tage sehr müde, da habe ich gemerkt, o. k., es ist noch nicht ganz so, wie ich will.*

T14: *Eben – wie ging es Ihnen mit diesem Müdesein? War das –*

K15: *Ja, ich habe einfach, habe einfach gemerkt, dass es doch noch nicht so ist, wie ich es gerne hätte.*

T15: *Also, da waren Sie auch ein wenig enttäuscht darüber?*

K16: *Ein wenig schon, aber –*

T16: *Nicht so sehr, oder?*

K17: *Nicht so sehr, nein.*

T17: *Da habe ich auch das Gefühl wenn Sie erzählen, das ist nicht mehr so –*

K18: *Wenn ich dann wieder mehr Ruhe habe, kommt das dann schon, habe ich gedacht.*

T18: *Also mehr Zuversicht in dem ... (K: ja.), es dünkt mich, da seien Sie schon viel mehr beunruhigt gewesen (K: ja.) über die Müdigkeit (K: ja.), das ist für Sie heute eher o. k. so (K: ja), weniger beunruhigend!*

K19: *Ja. Es ist mehr, ich mache mir mehr Gedanken über ... ich bin ja dann am Sonntag in der Nacht heimgefahren für nach B., für dieses Treffen. Ich habe mir dann mehr Gedanken gemacht, ich muss jetzt einfach wieder aufpassen, dass ich nicht zu viel mache. Ich habe jetzt wirklich jeden Tag immer etwas gehabt und morgen habe ich jetzt mal so einen Ruhetag. Morgen ist.*

T19: *Ja, Sie haben dann gemerkt am Wochenende dort im Bündnerland, ich bin müde, ich mag nicht so viel und am Montag ist schon der Termin in D. (K: Ja.) und dann hat gerade kurz so ein Alarmlämpchen hat aufgeleuchtet, Achtung, jetzt musst du schauen (K: Ja.), dass du nicht ...*

K20: *Ja, weil ich ja dann am Sonntag wieder diese (unverständlich) nach Hause gefahren bin.*

T20: *Genau, und am Montag eigentlich wieder aufbrechen für den Termin in D.*

K21: *Und dann wieder den ganzen Tag auf den Beinen, und gestern hatte ich auch wieder Termine gehabt am Morgen –*

T21: *Ja. Sie schauen sich ziemlich gut! Scheint es mir.*

K22: *Ja, es geht recht gut.*

T22: *Also wenn Sie so beschreiben, dann merken, am Montag wird es mir zu viel, jetzt muss ich schauen, dass ich nachher eine Pause habe, dann schauen Sie sich recht gut, dünkt es mich!*

K23: *Ja, da schaue ich schon nach Möglichkeit.*

Kommentar zum 2. Gesprächsausschnitt

Zur Klientin: Der Gesprächsausschnitt zeigt zunächst, dass sich einerseits die körperliche Verfassung der Klientin verbessert hat, dann aber auch, dass sich ihr Umgang mit nach wie vor bestehenden Schwankungen verändert hat: Sie kann solche besser einordnen, das Panische und das Haltlose sind verschwunden. Zudem beginnt sie sich mit mehr Wohlwollen zu begegnen. Sie kann beispielsweise wahrnehmen, dass sie unter „Druck“ und „Stress“ stand (K2). Sie berichtet von einem zunehmenden Aktionsradius in ihrem Leben und davon, welche Rückwirkung ihre vermehrten Aktivitäten und Aufgaben auf ihren Kräftehaushalt haben (K1–K12). Dabei befindet sie sich offensichtlich nach wie vor in einem Modus der erhöhten (ängstlichen) Selbstbeobachtung, sie ist stets unsicher und angespannt, ob sie sich nicht wieder zu viel zumutet und führt seismographisch genau Buch darüber. Hinter dieser hohen Vorsicht im Umgang mit sich selbst, mag man vermuten, spürt sie ihren traumatischen Stress nachhallen und will tunlichst vermeiden, sich ihrem gewohnten Muster entsprechend wieder zu überfordern. Sie geht

also mit ihrer Tendenz zur Selbstüberforderung sorgsamer und achtsamer um als bisher. Sie bringt auf indirektem Weg Hoffnung und Zuversicht zum Ausdruck. Es ließe sich mit Blick auf das Krisenverlaufsmodell von Brossi feststellen (a. a. O.), dass die Erfahrung der Krise zur Selbsterfahrung geworden ist, was sich in der größeren Akzeptanz ihres Zustands äußert.

Zur Interaktion Klientin-Therapeut: Es ist für die Klientin offensichtlich wichtig, ihre Tagesabläufe genau zu besprechen, und ich versuche dabei, möglichst genau zu erfassen, wie es ihr dabei geht. Es geht dabei darum, der Klientin zu verhelfen, Beruhigung zu erfahren, ihr zu versichern, dass sie sich und ihre Grenzen adäquat wahrnimmt. Sie muss ihre durch den Zusammenbruch sehr erschütterte Selbstwahrnehmung wieder neu „aufbauen“ und benötigt dabei Unterstützung. Zu dieser Aufgabe gehört für mich als Therapeut auch, der Klientin zu vermitteln, was sich verändert hat (T7, T9, T17, T18, T21, T22).

Kommentar zur 2. Phase

Die Klientin hatte jetzt eine offensichtlich realistischere Vorstellung ihres Zustands. Durch die gesteigerte Selbstwirksamkeitserfahrung und natürlich durch die beginnenden Fortschritte in der körperlichen Verfassung begann sich ihre Stimmung zu bessern. Ihre disziplinierte Seite wurde hier zur Ressource für sie: sie konnte sich selber Ziele setzen und diese verfolgen. Es stand aber nach wie vor keine Selbstexploration an, sondern die Bewältigung der anstehenden Aufgaben. In meiner Rolle als Therapeut erlebte ich es in dieser Phase immer wieder als wichtig, der Klientin die konkrete, alltagsnahe Unterstützung bei der Wiedereingliederung anzubieten. Auch hier hatte sich die Empathie vor allem auf die fundamentale Erfahrung der Klientin von Überforderung zu richten. Dass in den Gesprächen auch weiter zurückliegende belastende Lebensereignisse Thema werden konnten – die Scheidung der Eltern etwa oder die Hirnhautentzündung – ermöglichte, die aktuelle Krise und deren Bedingungsfaktoren auch vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund der Klientin zu verstehen.

3. Phase: Reorganisation des äußeren Lebens und vermehrter Blick auf inneres Erleben (25–36)

Die Klientin kam in dieser letzten Phase der Therapie in einer deutlich anderen Gesamtverfassung in die Sitzungen. Sie war vitaler und positiver gestimmt. Sie nahm zudem wieder am sozialen Leben teil, fuhr etwa in die Ferien und konnte dies genießen. Im Verlauf dieser Phase wird auch das Antidepressivum abgesetzt.

Die Planung der beruflichen Zukunft wurde immer mehr zur herausforderndsten Aufgabe. Im Rahmen der beruflichen

Wiedereingliederung konnte sie an einem mehrwöchigen Belastbarkeitstraining teilnehmen und ihre Aufgaben gut erfüllen. Sie sagte auch, dass sie sich zwischendurch bei der Arbeit frage, wie es ihr gehe, das helfe ihr, nicht in „alte Muster“ zurückzufallen. Sie begann, sich auf Stellen zu bewerben und fand später eine ihr zusagende Position in der Administration. Dies erlebte sie als einen sehr grossen Schritt vorwärts.

Neben diesen Inhalten, die um die Reorganisation des äußeren Lebens kreisten, gelangten Beziehungsthemen vermehrt ins Gewahrsein. Die Klientin hat einen neuen Mann kennengelernt, doch konnte dieser sich nicht auf eine Beziehung einlassen und blieb insgesamt unverbindlich. Für die Klientin war sein Verhalten emotional sehr verwirrend, sie litt zunehmend darunter und trennte sich schließlich. Außerdem blickte sie auch vermehrt auf die Beziehung zu ihrer Mutter. Sie erkannte, dass die Mutter im Jugendalter mit Erwartungsdruck auf schulische Leistungsprobleme der Klientin reagierte und sie in dieser Zeit somit wenig Verständnis und Unterstützung von zuhause erfahren habe, dass sie in dieser Zeit das Gefühl entwickelte, sich über ihre Leistungsgrenzen hinaus anstrengen zu müssen und alles mit sich allein aushalten zu müssen.

Die Klientin beklagte in dieser Phase wiederholt Stimmungstiefs, die sie nicht einordnen konnte. Sie begann die Stunden nicht selten mit dem Vorbringen von Symptomzuständen – etwa Lustlosigkeit, Müdigkeit –, in denen sie sich kaum verstand. Im Gespräch wurde dann jeweils deutlich, dass sie viel zu bewältigen hatte. Im Unterschied zu früheren Phasen wurde es dabei eher möglich, das innere Erleben der Klientin ansatzweise zu explorieren. Dies lässt sich gut veranschaulichen anhand des

Gesprächsausschnitts zur 3. Phase (29. Stunde, weitere 7 Monate später)

- K1: *Und sonst habe ich nicht so gute Laune.*
T1: *Nicht so gute Laune.*
K2: *Ja.*
T2: *Ja?*
K3: *Ich weiß auch nicht so genau, ich bin einfach nicht motiviert. Ich weiß nicht so genau, es kreist auch vieles ums Stellensuchen.*
T3: *Mhm.*
K4: *Und irgendwie, ich weiß auch nicht. Es hat jetzt so eine Abflautung gegeben, weil es auch nicht so viele Stellen gerade gab, die mir passten.*
T4: *Das ist ein Dämpfer!*
K5: *Ja.*
T5: *Wie ist es denn gerade so? Hoffnungslos ein bisschen oder so lustlos?*
K6: *Lustlos. Ich habe irgendwie nicht das Gefühl ... es ist keine Angst, es ist auch keine Verzweiflung, es ist einfach so wie, wie Nichts! Ich kann nicht sagen, es ist eine Überforderung, es ist*

nicht eine Überforderung! Es ist wie Nichts! Der Bewerbungscouch ist so motiviert, nur ich nicht.

T6: *Mhm. Und es ist so schwierig, der Bewerbungscouch ist so motiviert und wäre eigentlich super, aber Sie mögen wie nicht mitmachen bei dem, was er vorgibt ...*

K7: *Doch, ich mag schon mitmachen. Ich habe jetzt zwei Sachen, auf die mich noch bewerbe, es geht schon, es ist ein klein wenig harzig, ich kann mich schon.*

T7: *Sie müssen sich wie überwinden, spüre ich (K: ja.). Sie mögen schon mitmachen, aber es ist eben ohne etwas. (K: ja, genau.). So nichts. Ohne Gefühle, ohne Freude, ohne Lust. So wie leer (K: ja.). Ein bisschen leer?*

K8: *Ja. Ja.*

T8: *Und wie ist es für Sie, dass das so ist?*

K9: *Sehr unangenehm! Ich weiß nicht, was das genau soll, was das genau ist.*

T9: *Verunsichernd?*

K10: *Ja. Weil ich weiß nicht genau, woran das jetzt liegt. Liegt es vielleicht auch daran, dass ich trotzdem ein bisschen Angst habe vor etwas Neuem ... ich ...?*

T10: *Also wirklich so: Was soll das, dass das jetzt so ist?, fragen Sie sich (K: mhm.) Womit hat das zu tun? (K: mhm.). Ist das irgendeine Angst, sagen Sie, die Sie verdrängen? Meinen Sie?*

K11: *Ja, vielleicht! Einfach wieder etwas Neues und so, ob das dann geht! Ich weiß nicht, ob es an dem liegt? Ich kann es einfach nicht ...*

T11: *Aber es ist wie ... für Sie – es ist so unangenehm, heißt das, es ist nicht in Ordnung, dass es jetzt so ist im Moment für Sie? (K: ja.). Es darf wie nicht sein? Oder es sollte nicht sein?*

K12: *Ja, ja. Ich glaube, es hängt nicht einmal nur mit dem Stellensuchen zusammen, es ist so ein allgemeines Empfinden.*

T12: *Mhm. Sehr belastend ist das.*

K13: *Es ist irgendwie ... Es verwundert mich wieder. Nach außen sieht man mir das nicht an. Die Leute um mich herum, ich kann genau so lustig sein, aber in mir drin passiert, ist nichts. Und das merkt keiner! Es ist einfach so, ich kann es überhaupt nicht fassen. Vielleicht meine ich auch nur, es gehe mir nicht gut!*

T13: *Was ist jetzt gerade passiert, dass Sie zu diesem Schluss kommen?*

K14: *Ja, weil ich nicht irgendwie einen Grund sehe. Ja, doch vielleicht ist irgendwie ... ich weiß doch auch nicht, was! Ich habe es einfach nicht gerne, wenn ich es nicht fassen kann, wenn ich es nicht erklären kann. Ja, wenn ich weiß, ich habe irgendwie zu viel gemacht, dann weiß ich, es ist wegen dem. Aber das kann ich wie nicht greifen!*

T14: *Das ist total lästig für Sie. Es kommt einfach so. Es gibt überhaupt nichts, wo Sie das jetzt gerade einordnen könnten.*

K15: *Mhmm ... ich habe irgendwie das Gefühl: Morgen habe ich frei, ich habe den ganzen Tag frei und es wird schönes Wetter. Da habe ich gedacht, ich könnte doch etwas machen. Alleine*

bin ich irgendwie nicht motiviert. Dann bin ich wieder gefrustet, weil ich denke, jetzt hast du doch mal einen Tag frei, jetzt mach doch etwas draus! Und dann bin ich wieder gefrustet, weil ich wieder nichts daraus gemacht habe. Dann denke ich wieder, ich muss ja nichts machen, ich kann es ja auch sonst genießen ...

T15: *So recht viel Druck oder? (K: ja.) Gibt das irgendwie oder? (K: ja.). Also es ist ein freier Tag, aber eigentlich ist das ist ein Druck, also keine Freude auf diesen freien Tag, sondern es ist ein Druck.*

K16: *Ja. Obwohl ich das schon ein wenig gelernt habe. Ich weiß schon, ich kann mir das schon sagen, ja, es spielt doch keine Rolle, ob ich jetzt frei habe, ich kann ja jetzt einfach mal ausschlafen und schauen, was passiert.*

T16: *Etwas gelernt?*

K17: *Ja, das habe ich schon ein bisschen. Aber im Hinterkopf ist dann trotzdem dieser schöne Tag, ich könnte doch etwas weiter hinaus ...*

T17: *Also, Sie sind irgendwie sehr enttäuscht von sich, oder?*

K18: *Ja ... oder ... ich glaub', es ist nicht einmal unbedingt ich, ich bin, glaube ich, auch gefrustet, weil ich denke, warum ist jetzt niemand hier, der mich ein bisschen mitreißt?! (T: ja.). Und wieso hat jetzt gerade niemand Zeit an dem Donnerstag, um mit mir da etwas zu machen?!*

T18: *Ja. Eben, also mir kommt es so vor, als wären Sie so alleine? (K: ja.), denke ich schon seit ein paar Minuten, also niemand spürt, wie es Ihnen eigentlich geht, die Leute denken, Sie sind wie immer, aber Ihnen geht es gar nicht gut. Und das gibt ja schon so das Gefühl von so alleine sein mit diesen Gefühlen, oder dieser Gefühllosigkeit eigentlich (K: ja.). Und jetzt haben Sie morgen frei und es wäre schön, es wäre jemand da, der an Sie denken würde und mit Ihnen etwas machen. Aber niemand ist da in einem Moment, wo es Ihnen nicht gut geht und wo es so viel wieder auszuhalten und zu bewältigen gibt. –*

K19: *Ja. (Klientin weint)*

T19: *Was macht Sie traurig?*

K20: *Ja ... vielleicht hat es auch damit zu tun, dass ich schon wieder Streit gehabt habe mit meinem so genannten Freund. Ich glaube, das spielt auch noch mit.*

T20: *Mhm.*

K21: *Vielleicht spielt das auch eine Rolle. – Es ist dann so wie zweischneidig: Beruflich weiß ich nicht, wie geht's genau weiter? Und privat weiß ich es eigentlich auch nicht so genau. Vielleicht ist alles wieder ein bisschen viel. –*

T21: *Ja, dass gleich alles unsicher ist. Beruflich – es gibt keine Stellen, auf die Sie hoffen können, dort ist gerade nichts, dort ist Ebbe und in der Beziehung ist auch gerade nicht klar, wie es weiter geht.*

K22: *Ja.*

T22: *Dort ist auch irgendwie Unklarheit oder Spannung? Oder was ist dort?*

K23: *Ja, es ist auch unklar. – Ja, es ist wieder das altbekannte Thema wie etwa vor einem Monat oder zwei – es ist keinen Schritt vorwärts. Dann überlege ich mir aber, ob ich das Ganze beenden soll, aber irgendwie kann ich das nicht.*

T23: *Keinen Schritt vorwärts – also, dort geht es überhaupt nicht in eine gute Richtung, nichts was in Richtung von etwas Aufbauen gehen würde?*

K24: *Es geht eigentlich in überhaupt keine Richtung.*

T24: *In überhaupt keine Richtung.*

K25: *Ja.*

T25: *Sodass Sie sich fragen, soll ich überhaupt noch investieren? (K: mhm.) Oder soll ich das beenden?*

Kommentar zum 3. Gesprächsausschnitt

Zur Klientin: Die Klientin versteht sich am Anfang nicht in ihrem Erleben (K3, K6, K9). Erneut lässt sich die eher von Selbstablehnung und geringem Selbstverständnis geprägte Haltung sich selbst gegenüber beobachten. Im Unterschied zur ersten Phase hat sich jedoch ihr Umgang mit ihrem Symptom – hier Stimmungsschwankungen – etwas verändert. Sie kann besser an den sie bedrängenden Zuständen „dranbleiben“ und hinschauen (K10, K12, K13 ff.). Sie kann im Lauf der Sequenz selber spüren, dass sie viel Belastendem ausgesetzt ist (K21). Zudem kann sie, die über so lange Zeit hart mit sich ins Gericht ging, sich zugestehen, Fortschritte erzielt zu haben (K16, K17). Gegen Ende des Ausschnitts spricht die Klientin hingegen mit stärkerem Selbstbezug.

Zur Interaktion Klientin-Therapeut: In Bezug auf die therapeutische Interaktion lässt sich zeigen, dass das anhaltende Bemühen von mir als Therapeut, den aktuellen inneren Bezugsrahmen der Klientin empathisch zu verstehen (T15, T17, T18), dazu führt, dass sie sich selber zunehmend wohlwollend und verständnisvoll gegenübertritt. Die gemeinsame Exploration in diesem Ausschnitt verläuft ausgehend von unverstandenen Symptomzuständen hin zu verstehbaren und einfühlsamen (Beziehungs-)Themen. Es lässt sich somit auch zeigen, dass die Klientin auf Aussagen zu ihrem inneren Erleben empfänglicher reagiert, als dies im ersten Ausschnitt der Fall war. Im Gegensatz zu damals scheint ihr hier diese auf das Verstehen des Inneren gerichtete Haltung jetzt Erleichterung zu verschaffen.

Kommentar zur 3. Phase

Die Klientin erlangte in dieser Phase insgesamt eine deutlich höhere Stabilität: Sie konnte sich der beruflichen Wiedereingliederung stellen und die Hilfsangebote durch den Jobcoach nutzen, ihre Selbstregulationsfähigkeit erhöhte sich, sodass sie sich

zunehmend selber im anspruchsvollen Prozess der Stellensuche ‚coachen‘ konnte, und sie vermochte schließlich mehr und mehr am sozialen Leben zu partizipieren. Vorübergehende Krisen im Zusammenhang mit der Stellensuche konnte sie meistern. Sie grübelte weniger über die Zukunft oder Vergangenheit, sondern war mehr mit dem befasst, was gerade aktuell war. Der Zukunft konnte sie mit einem gewissen Vertrauen entgegensehen, auch wenn vieles ungewiss war. Es zeichnete sich ab, dass die schwere Krise vorbei war. Jetzt, wo das äußere Leben wieder organisierter war, begann sie sich in den Therapiestunden zunehmend mit Beziehungsthemen zu befassen. Vom Blickwinkel des Personzentrierten Ansatzes her gesehen, lässt sich also sagen, dass nun auch der *entfaltende* Teil der Aktualisierungstendenz wieder wirksamer wurde, als dies in der Krise der Fall war. Die Klientin entwickelte ein lebendigeres Interesse an der eigenen Person und daran, sich besser zu verstehen.

Zu dem Zeitpunkt, als die Klientin sich ihrem Leben wieder selbstständig gewachsen fühlte –, als sie wieder arbeitsfähig war, eine neue Stelle gefunden hatte –, wünschte sie auch, diese Therapiesequenz zu beenden.

3. Bilanz

Die Klientin hat in der insgesamt zehn Monate umspannenden Behandlung eine schwere psychophysische Erschöpfung so weit überwunden, dass sie wieder am Leben teilnehmen konnte. Damit dieser Prozess in Gang kam, war es zunächst wichtig, zu erkennen, dass sich die Klientin in einem psychischen Zustand von Krise befand, und mit ihr gemeinsam ein Verständnis ihrer dekompensativen Erschöpfung zu erarbeiten. Dies erwies sich als Voraussetzung für die Akzeptanz des Krankheitszustands. Im weiteren Verlauf gewann die Beschäftigung mit wichtigen persönlichen Themen, die mit

dem Erschöpfungszustand in einem Zusammenhang standen, an Bedeutung: die Selbstüberforderungstendenz der Klientin, aber auch lebensgeschichtlich wichtige Themen wie die Scheidung ihrer Eltern, ihre Hirnhautentzündung, ihr Umgang mit dem eigenen Körper. Sprach sie am Anfang des Prozesses kaum davon, wie es ihr ging, wurde dies mehr und mehr ein Thema. Die Klientin selbst beschrieb eine höhere Sensibilität mit sich selbst, mehr innere Ruhe und wiedererlangtes Selbstvertrauen als die wichtigsten Veränderungen. In Bezug auf die therapeutische Arbeit sei es für sie wichtig gewesen, dass jemand gespürt habe, wie es ihr ging, wo sie das selber manchmal nicht gespürt habe. Die Betrachtung der vorgestellten Gesprächssequenzen legt die Hypothese nahe, dass ein angemessenes empathisches Verstehen der momentanen Situation der Klientin und ihrer Möglichkeiten, von Bedeutung dafür war, dass die Klientin letztlich mehr Selbstempathie entwickeln konnte und allmählich konstruktive Schritte machen konnte. In den Ausschnitten lässt sich beobachten, dass diejenigen Momente, in denen die Verwirklichung dieser Haltung gelang, zu einer Veränderung in der Art führten, in der die Klientin sich mit sich selbst befasste.

Literatur

- Brossi, R. (2006). Krisenintervention. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger, *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 373–391). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (2006a). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger, *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 38–72). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger, *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 118–138). Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. (1983). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.

„Mehr gibt es dazu nicht“

Prozessanalyse bei einem Jugendlichen mit Ablösungsproblemen

Mark Galliker
Mannheim

Der therapeutische Prozess bei einem 15-jährigen deprimierten Schüler mit Ablösungsproblemen wird in drei Therapiephasen dargestellt. Der Therapeut achtete darauf, dass der Klient Vertrauen entwickeln konnte, ging so gut wie möglich auf dessen Hilfsverlangen ein und unterstützte schließlich die Selbstexploration des Klienten, ohne dieselbe zu forcieren. Dabei verließ sich der Therapeut vor allem auf die sich im therapeutischen Prozess realisierende Aktualisierungstendenz.

Schlüsselwörter: Therapeutischer Prozess, Hilfsverlangen, Aktualisierungstendenz, Selbstexploration, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Träume, Ablösung

„There ist nothing more to say“. Analysis of the therapeutic process for a 15-year old student with social detachment problems. The therapeutic process is presented in three treatment phases. The therapist ensured that the client was able to develop trust, showed a maximum interest in the client's need for help and finally supported the client's self-exploration without actively pushing it ahead. In the process, the therapist relied on the actualization tendency being implemented during the therapeutic process.

Keywords: Therapeutic process, need for help, actualizing tendency, self-exploration, verbalization of emotional experiences, dreams, detachment

Problemstellung

In einer Gesprächspsychotherapie mit einem Jugendlichen zeigten sich lange Zeit kaum Fortschritte. Indessen vertraute der Therapeut dem therapeutischen Prozess, mithin der Aktualisierungstendenz. Allerdings stellte sich ihm die *Frage*, was diese Tendenz eigentlich sei, was sie bedeutet, worin sie sich zeigen könne. Eines Tages nahm die Therapie plötzlich eine, wie sich später herausstellte, glückliche Wendung. Der Klient erzählte von Ereignissen, mit denen die Aktualisierungstendenz zum Vorschein kam.

dringend eine Psychotherapie benötigte. Es folgten Telefonanrufe der Mutter. Schließlich wurde ein *Vorgespräch* vereinbart, an dem Dominique, dessen Mutter und der Vater teilnahmen. Bei der Begrüßung sah der Therapeut, dass Dominique 190 cm groß war und seine Mutter um fast zwei Köpfe überragte; allerdings wirkte er gegenüber seinem Vater (210 cm) eher klein. Während dieses Gesprächs redete meistens Frau B.¹, die Mutter von Dominique. Ihr Sohn kam nur mit Hilfe des Therapeuten zu Wort. Desgleichen ihr Mann.

Anmeldungsgrund

Dominique¹ wurde von einer Schulpflegerin an der Jugendberatungsstelle einer Bezirkshauptstadt eines kleinen Kantons der Schweiz angemeldet, weil er nach Meinung des Hausarztes

Anamnese

Dominique verbrachte nach Aussagen von Frau B. eine „*normale Kindheit*“ ohne wirkliche Auffälligkeiten und anscheinend ohne größere Probleme. Über die Eltern erfuhr der Therapeut vorerst nichts, außer dass sie es ausgesprochen gut mit ihrem Sohn meinten und ihn unterstützten, wo sie nur konnten. Auch

Prof. Dr. Mark Galliker, 1948, Eidg. anerkannter Psychotherapeut pca.acp/FSP. Lehre und Forschung in den Gebieten Gesprächsführung, Sprachliche Diskriminierung und Geschichte der Psychologie an den Universitäten Zürich, Bern, Mannheim und Heidelberg. Arbeitet derzeit noch bei den Universitären Fernstudien Schweiz (Emotion und Motivation; Sprachpsychologie). Kontakt: mgalliker@web.de

1 Namen der Personen sowie des Schultyps wurden geändert. Ebenfalls geändert oder abgekürzt wurden weitere Angaben (wie Wohnort, Name der Schule usw.), die Rückschlüsse auf den Klienten zulassen könnten. Alle Veränderungen änderten an der Darstellung der Ausgangslage der Konflikte sowie an jener des seelischen Prozesses nichts Wesentliches.

die Kindheit von Dominique blieb bei diesem ersten Kontakt blass. Es wurden keine Erlebnisse geschildert, aber einzelne Feststellungen gemacht: keine Freunde, häufiges Alleinsein, keine Hobbys, Lustlosigkeit, bis vor Kurzem fast immer gefügig und brav.

Dominique galt lange Zeit als aufgeweckter Schüler, der sehr gute Noten nach Hause brachte. Noch zu Beginn des Progymnasiums gehörte er zu den Besten seiner Klasse. Seinen Klassenlehrer mochte er besonders gerne. Von ihm erwartete er sehr viel – in schulischer und auch in außerschulischer, persönlicher Hinsicht. Doch nach etwas mehr als einem Jahr begannen die Probleme. Dominique fühlte sich von seinem Klassenlehrer, der Mathematik unterrichtete, zunehmend ungerecht behandelt.

Wenn etwas in der Klasse geschah, ein Missgeschick, ein Streit: immer wurde Dominique herausgepickt und als schuldig erklärt, möglicherweise zunächst nur aufgrund seiner Körpergröße, die in keiner Weise seinem Alter entsprach und mit der er bald auch die meisten Lehrer überragte. Beispiel: Im Skilager saßen einige Schulkollegen zusammen auf einem alten Gartenzaun. Just in dem Augenblick als sich ihnen der Klassenlehrer näherte, krachte der Zaun zusammen. Für den Lehrer war sofort klar, dass Dominique die Aktion gestartet hatte. Die Leistungen des sensiblen Schülers sanken in seinem Lieblingsfach weit unter die in der Schweiz noch genügende Note 4. Bald schrieb er auch in den meisten anderen Fächern nicht ausreichende Arbeiten (u. a. in den wichtigen Fächern Deutsch, Französisch und Englisch).

Psychischer Befund zu Beginn der Therapie

Bei herausragenden Leistungen im Intelligenztest Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit, Schulschwierigkeiten, Konzentrationsprobleme, Schulversagen, schließlich Schulverweigerung, Verlust der Freude an allen Aktivitäten, Langeweile, Angst vor der Zukunft. Der Klient wirkte auf den ersten Blick übersteuert. Ablösungsprobleme waren wahrscheinlich.

Eine eigentliche Diagnose durch einen Psychiater oder Psychologen lag nicht vor; indessen sprach der von den Eltern eingeschaltete Hausarzt von einer „schweren Depression“. In einem Telefongespräch mit dem Therapeuten ließ er erkennen, dass er in diagnostischer Hinsicht an eine depressive Anpassungsstörung dachte.

Therapie²

Die Aktualisierungstendenz, das Axiom des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) und damit der Gesprächspsychotherapie (GPT), wird auch in der vorliegenden Falldarstellung als

Wirkfaktor des therapeutischen Prozesses betrachtet. Nach dem Begründer des PZA und der GPT kommt ihr in der „*Theorie der Psychotherapie*“ entscheidende Bedeutung zu (vgl. insb. Rogers, 1959/2009, S. 46 ff.). Es wird angenommen, dass sich diese Tendenz, wenn sie behindert wird, negativ, ja destruktiv auswirkt; mit der Beseitigung der Behinderung indes produktiv. In der GPT wird sie als Agens eines Prozesses betrachtet, dem der Therapeut hinsichtlich positiver Veränderungen vertrauen kann und ihn auch dann noch stützt und ihm Mut macht, wenn er nicht immer optimal vorgeht. Entscheidend ist, dass der Therapeut sich ganz auf den Prozess des Klienten verlässt, diesen wirklich ‚fließen lässt‘ und dem Klienten nur – falls überhaupt notwendig – ‚hilft‘, objektive Hinderungen und subjektive Behinderungen des Flusses zu beseitigen. In diesem Sinne kann davon ausgegangen werden, dass die *raison d'être* des Therapeuten darin besteht, „Hebamme für die Geburt des ungeliebten Lebens im Patienten zu sein“ (Yalom, 1989/2010, S. 473).

Wenn die GPT als *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie* (PGT) aufgefasst wird, die sich sowohl an den Problemen der Klienten als auch an dessen Verlangen nach einer für alles offenen Begleitung orientiert, strukturiert sich die Therapie in Phasen, zu denen u. a. eine Prämotivationsphase, die gerade auch bei depressiven Jugendlichen benötigt wird, eine Symptomphase, eine Konfliktphase und der Abschied gehören (vgl. u. a. Swildens, 1988/1991). In der vorliegenden Darstellung erfolgt die Strukturierung in erster Linie im Sinne der Befriedigung des so genannten „Hilfsverlangens“ des Klienten durch intersubjektiv realisierte Vorkommnisse (Sitzung mit der Schulpflege, an der die Beteiligten den Beschluss fassten, dass der Klient die Schule verlassen kann, Schulwechsel und Beginn an einer neuen Schule) bzw. entsprechend ‚objektiv‘ feststellbare Einschnitte auf der Zeitachse (vgl. ebd., S. 56).

Erste Therapiephase

Die erste Phase des therapeutischen Prozesses dauerte von der ersten Therapiestunde eine Woche nach dem Vorgespräch bis zur Schulpflege-Sitzung (fast drei Monate später). Von den insgesamt 49 Therapiestunden waren dies die ersten zehn Stunden.

In einem Telefonat einige Stunden vor der ersten Therapiestunde mit dem Klienten legte Frau B. Wert darauf, den Therapeuten über ihre Einschätzung der Lage ihres Sohnes noch

2 An dieser Stelle möchte ich mich bei Rosina Brossi, Charlotte Gröflin-Buitink, Agnes Kraft und Urs Muigg für ihre Unterstützung in der Supervision und bei der Präsentation der Therapie ganz herzlich bedanken.

einmal „richtig zu informieren“. Dominique sei schon als Kind „sehr sensibel“ gewesen. Wenn sie ihn einmal gerügt habe, sei es nachher notwendig gewesen, ihn sehr lange zu „chüderle“ (ungefähre Übersetzung: liebevoll entgegenzukommen i. U. zu nörgeln oder schimpfen), damit er überhaupt wieder ansprechbar geworden wäre. Dominique leide sehr unter dem Klassenlehrer und dieses Leiden hätte auch zu Fehlverhalten zuhause geführt wie beispielweise Lügen und Stehlen.

Gesprächsausschnitt (Beginn der ersten Therapiestunde)

T: *Du weisch, dass dini Mueter höt am Morgen aglütet häd – (= kurze Pause) häd sie's gseit? (Übersetzung³: Du weißt, dass deine Mutter heute Morgen angerufen hat – hat sie es dir gesagt?)*

P: – Nein.

T: *Deine Mutter hat mir zwei, drei Sachen gesagt. Ich habe gar nicht viel Zeit gehabt und ich habe ihr gesagt, ich möchte zuerst mit dir reden. Wenn du einverstanden bist, werde ich sie auch einmal einladen und mit ihr reden. Aber ich weiß noch nicht genau, wann das sein könnte, vielleicht im Januar oder Februar. Aber zuerst möchte ich mit dir das besprechen, dass du das weißt und eben auch im Sinne der Geheimhaltung. Sie hat mich also angerufen und zwei, drei Sachen gesagt.*

P: Was hat sie denn gesagt?

T: *Du hast dich ja beim Vorgespräch so ausgedrückt, dass dein Verhältnis zur Mutter gut ist, dass es eigentlich fast keine Probleme gäbe zuhause (= Betonung), dass sie voll hinter dir stehe, auch was das Problem mit dem Lehrer anbelange. Deine Mutter hat mir aber auch zu verstehen gegeben, dass es zuhause ebenfalls Probleme gebe – nicht zuletzt wegen des Lehrers.*

P: Ja also – (= lange Pause) also ja, ich habe ja auch gesagt, manchmal haben wir schon auch gebrüllt wegen dem Zuhause.

T: Ja, genau – so etwas hat sie auch gemeint – äh – ja, das war das eine und das andere, worauf sie auch hinwies, war: Du würdest manchmal zuhause Geld nehmen. Da habe ich gesagt, ich wolle zuerst nur mit dir darüber reden. Das war die Hauptsache des Gesprächs mit deiner Mutter.

P: Ja, ich habe Geld genommen – aber ich bin daran, mit dem aufzuhören.

T: Du hast das schon mit der Mutter besprochen und mit dem Vater auch?

P: Mit beiden.

T: Wie viel Taschengeld bekommst du denn?

P: *Zwanzig (Franken) im Monat (was schon vor einigen Jahren für Schweizer Verhältnisse extrem wenig war) – das ist schon wenig, aber dafür bezahlen sie mir eigentlich alles.*

T: Ja, das ist wenig – stimmt, aber wenn du ins Kino willst, bezahlen sie es dir.

P: Ja, sie zahlen einfach nichts Zusätzliches für Schleckzeug oder Ähnliches.

T: Du hast sozusagen nur zwanzig – aber wenn du dich mit deinen Kollegen vergleichst, da siehst du ...

P: Ja, die erhalten schon mehr – zum Teil 160 – aber dafür müssen sie alles selber zahlen.

T: Also die zwanzig sind nur, um Schleckzeug zu kaufen.

P: Ja.

T: Aber das war trotzdem zu wenig für dich ...

P: Also ich erhalte eigentlich erst seit kurzem zwanzig, vorher waren es zwölf – und dann habe ich halt einmal etwas geklaut. Und seit dem Zeitpunkt haben wir zwanzig vereinbart, damit ich nichts mehr nehme.

T: Ich würde halt sagen, du brauchst mehr – aber deine Mutter hat auch gesagt, dieses Nehmen von Geld müsse etwas mit dem Lehrer zu tun haben – siehst du das auch so?

P: Ja – es könnte schon sein.

T: Mhm.

P: Ich weiß eigentlich auch nicht wieso – aber es könnte vielleicht schon so sein.

T: Das Geld lag einfach herum und dann ...

P: Ja – einfach – wenn die andern schon im Bett waren und ich noch vor dem Fernseher saß und im Zimmer Geld herumlag – dann habe ich es meistens, manchmal genommen.

T: Du hast gedacht ...

P: Morgen gehe ich – weiß ich gar nicht mehr. Ich habe einfach gedacht: Nehm ich es mir mal, vielleicht kann ich es morgen brauchen. Ich weiß gar nicht.

T: Du hast dir gar nicht so viel gedacht dabei. Du hast das Geld einfach gesehen.

P: Ja, es hat mich irgendwie angezogen.

T: Ja.

P: Aber jetzt beseitigen sie im Zimmer immer alles Geld. Ich weiß nicht mehr, wo es sich befindet. Ich habe es mir eigentlich abgewöhnt – also, denk ich.

T: Vorher lag es einfach herum.

P: Ja – ich habe es manchmal auch aus dem Geldbeutel genommen – aber jetzt nicht mehr.

Wie reagiert Dominique auf die Information, die seine Mutter an den Therapeuten weitergegeben hat? Er bestätigt die Aussage der Mutter und fügt hinzu, dass er momentan daran sei, mit dem Nehmen des Geldes aufzuhören. Dominique wusste nicht so recht, warum er damit angefangen hat: „Ich habe einfach gedacht: Nehm ich es mir mal, vielleicht kann ich es brauchen.“ Im

3 Die Transkription erfolgte ursprünglich in der schweizerdeutschen Dialektsprache des Klienten. Auf Wunsch der Gutachter/innen sowie der Herausgeber/innen erfolgte eine möglichst genaue Übersetzung des betreffenden Dialekts in die Schriftsprache. Dabei konnte nicht vermieden werden, dass wichtige Aspekte der ‚Mundart‘ verloren gingen (u. a. die in emotionaler Hinsicht relevanten Konnotationen).

Folgenden präzisiert Dominique seine Antwort dahingehend, dass das Geld ihn irgendwie angezogen habe.

Der weitergehenden Meinung seiner Mutter, dass die Geldentwendung auch etwas mit dem Lehrer zu tun haben könnte, stimmt der Klient i. S. einer positiven Reaktion auf „oberflächliches Verstehen“ zu (vgl. Rogers, 1977/2004, 24 ff.); indes scheint diese Interpretation für ihn nicht eigentliche Überzeugungskraft zu besitzen und infolgedessen die Zustimmung eher ‚grundlos‘ zu sein („*Ich weiß eigentlich auch nicht wieso – aber es könnte vielleicht schon so sein.*“). Dominique zeigt nicht nur Verständnis für das Anliegen der Erwachsenen, sondern scheint auch tatsächlich die gewünschte Einsicht zu besitzen. Der Klient stimmt dem, was der Therapeut vorbringt (bzw. der Meinung seiner Mutter) zu, aber ohne persönliche Beteiligung. Er scheint keine eigene Meinung zu haben; jedenfalls gibt er sie nicht preis. Immerhin lässt er durchblicken, dass das, was von außen kommt (Meinung der Mutter, des Therapeuten usw.), ihn nicht wirklich interessiert und/oder nicht richtig überzeugt.

Der Therapeut sah sich in der ersten Therapiephase oft dazu veranlasst, Fragen zu stellen, damit jeweils ein Gespräch überhaupt in Gang kam. Das scheint bei männlichen Jugendlichen dieses Alters nicht ungewöhnlich zu sein (vgl. u. a. Monden-Engelhardt, 2008), doch machte der Therapeut, der schon seit Jahren auf Jugend- und Drogenberatungsberatungsstellen arbeitete, selten zuvor vergleichbare Erfahrungen. Er erlebte sich bei Dominique als eher ungewandt, schwerfällig. Auf seine Fragen erhielt er meistens willige Antworten, aber eben i. d. R. nur sehr kurze (oft auch nur: „*Ja.*“, „*Nein.*“, „*Gut.*“, „*Schlecht.*“ usw.), die der Klient fast immer wie folgt abschloss: „*Mehr gibt es dazu nicht.*“

Generell betrachtet war die Beziehung zwischen Therapeut und Klient in der ersten Therapiephase, von der hier nur der Beginn der ersten Stunde wiedergegeben wurde, „nett“ und „freundlich“; sie war recht konventionell, sachlich und gleichförmig – i. d. R. affektarm. Der Klient wurde ja auch von den meisten seiner Bezugspersonen wegen seiner „verständigen“ und „ruhigen“ Art geschätzt; um so unverständlicher war für dieselben der Konflikt mit dem Klassenlehrer und neuerdings auch mit den meisten anderen Lehrern.

Der Klient war nicht geneigt, „*eine Therapie zu machen*“, auch wenn er sich in keiner Weise offen den von Eltern und Lehrern gewünschten „*Abstrichen*“ an seinen freien Mittwoch-Nachmittagen widersetzte und wie vereinbart regelmäßig und pünktlich zur Jugendberatungsstelle kam. So betrachtete der Therapeut die ersten Therapiestunden als Motivationsphase. Er versuchte, beim Klienten Vertrauen in seine Person zu erwecken und wartete geduldig auf das, was noch kommen würde. Er vermied übereiltes Psychologisieren, auch eine voreilige und forcierte Hinführung auf die Verbalisierung emotionaler

Erlebnisinhalte (VEE), kann dies doch die Entwicklung des Vertrauens in den Therapeuten behindern oder sogar verhindern (vgl. u. a. Swildens, 1988/1991).

Der Therapeut spürte, wie hilflos sich ‚sein Klient‘ vorkam. Dementsprechend registrierte er bei sich die Intention zu helfen; eine Tendenz, vor der sich der Klient ja gerade schützen musste. Zwar glaubte Dominique, dass er kaum etwas berichten *konnte* und angesichts seiner Mutter hatte er ja auch tatsächlich nicht viel zu sagen; möglicherweise *vermied* er es aber auch, viel zu sagen, da er befürchten musste, dass die Preisgabe seines Inneren den beständig versuchten Übergriffen noch Tür und Tor öffnen würden. Das war ihm indessen nicht bewusst; jedenfalls hatte er das Telefonat seiner Mutter als selbstverständlich erlebt (s. o.).

Der Therapeut wollte dem Circulus vitiosus (Zurückhaltung → Fragen → + Zurückhaltung) begegnen – freilich im Wissen, dass er vorerst nicht so leicht überwindbar sein wird. So versuchte er mit all seinen Äußerungen (inklusive seinen Fragen) dem Klienten zu vermitteln, dass er ihn auch in seinem Schweigen und mit seiner Widerständigkeit versteht und akzeptiert. Jedenfalls schien der Klient insgeheim dankbar dafür zu sein, dass der Therapeut mit seinen Fragen Interesse an seiner Person bekundete, weshalb der Therapeut nur die Anzahl der Fragen zu reduzieren versuchte, was ihm mit der Zeit auch immer besser gelang.

Der Therapeut erkannte, dass *seine* erlebte Hilflosigkeit möglicherweise auch etwas mit dem Selbstbild des Klienten zu tun haben könnte. Der Klient wirkte trotz oder gerade wegen seiner körperlichen Größe in sich zusammengeknickt. Er empfand meistens Leere, betrachtete sich mit all seiner Intelligenz im menschlichen Bereich und seit Kurzem nun auch im schulischen Bereich als inkompetent, ohne jegliches Vermögen. Dominique konnte in dieser ersten Therapiephase noch nicht verstehen, dass sein negatives Selbstbild etwas mit der Missachtung seiner Empfindungen, Bedürfnisse und Gefühle zu tun haben könnte. Verhängnisvoll war, dass er nicht nur in der Beziehung zu seinen primären Bezugspersonen kurz gehalten wurde und immer wieder zu kurz kam, sondern auch in seiner Beziehung zu sich selbst (siehe obiger Gesprächsausschnitt).

Zu Beginn der Therapie äußerte der Klient noch kein therapeutisches Hilfsverlangen im engeren Sinne. Sein effektives Hilfsverlangen richtete sich auf externe Bereiche wie Lernhilfe oder Schulwechsel – Anliegen des Klienten, die der Therapeut wie alle übrigen Redebeiträge sehr ernst nahm. Vor allem versuchte der Therapeut dem Klienten Sicherheit zu bieten und eine Zukunftsperspektive zu eröffnen, in der Hoffnung, dass dadurch der Prozess in Gang kommt und schließlich auch „*Explorationsverhalten*“ möglich wird (vgl. Wakolbinger, 2010, S. 27).

Zweite Therapiephase

Die zweite Phase der Therapie (11–31) dauerte von der Schulpflegesitzung, an der neben den beiden Schulpflegern auch der Schulleiter, der Klassenlehrer, der Hausarzt, die Eltern von Dominique und der Psychotherapeut teilnahmen, bis zum Schulwechsel, der in dieser Sitzung bewilligt wurde.

Im Laufe der ersten Therapiestunde der zweiten Therapiephase wies der Klient plötzlich unvermittelt auf ein Bild eines Nachttraums hin, in dem er den Klassenlehrer im wahrsten Sinne des Wortes überragte. Der Therapeut reagierte mit einigem Erstaunen und großem Interesse auf dieses Traumbild. In einer der folgenden Stunden fiel erstmals das Wort „Cannabis“. Zu Beginn der Therapiestunde, die auf diese Stunde folgte, erzählte Dominique folgenden Traum:

„Stefan und ich sind mit Rahel zusammen. Plötzlich sehe ich, wie Rahel sich einen riesigen Joint ansteckt. Der Joint ist mindestens 5 m lang und vorne trichterförmig.“

Im Gespräch brachte der Klient zu den einzelnen Teilen (bzw. Wörtern oder auch ganzen Sätzen) dieses Traumes weitere Gedanken vor. Mit Stefan, einem Schulkollegen, mit dem er nun auch etwas in der Freizeit unternahme, „blödele“ er zuweilen. Sie würden einander manchmal absichtlich „anzünden“. Meistens käme es dabei zu einem „Schockerlebnis“. Aber es stelle sich dann immer auch die Frage, ob die betreffende Aussage ernst gemeint gewesen sei. Das Lachen zeige dann an, dass dies nicht der Fall gewesen sei, was jeweils die „Erlösung“ (bzw. Entspannung) bedeute und alles „beim Alten“ belasse. Zu Rahel assoziierte er: „Rahel ist eine Schulkollegin von uns“; „Wir haben ein kameradschaftliches Verhältnis“; „Sie ist nett, aber nicht sehr hübsch“. Zu „Joint“ führte er an: „Cannabis, Zigaretten, Schmirnow ...“ und sprach kurz über die Möglichkeiten der Erstehung des Stoffs und dessen enorme Kosten. Zum dritten Satz des Traumes („Der Joint ist ...“) äußerte er seine Verwunderung, lachte kurz und sagte, dass er damit nichts anfangen könne. Schließlich meinte er, dass er zwar „mit diesen gefährlichen Stoffen“ seit dem Zurückgehen seiner Leistungen in der Schule einige Erfahrungen gemacht habe, dass er aber „Raucherwaren nur mäßig genieße“, nicht zuletzt auch, weil sie viel zu teuer für ihn seien.

In der darauffolgenden Therapiestunde erzählte Dominique folgenden Traum:

„Ich höre im Schlaf, dass sich etwas im Wohnzimmer tut. Ich steige die Treppe hinunter und gehe ins Zimmer, in dem sich meine Eltern und andere, mir aber fremde Personen befinden. Meine Eltern sind als Waffenverkäufer für Terroristen tätig. Sie geben

mir zu verstehen, dass sie sofort nach Amsterdam fahren müssten, um sich scheiden zu lassen. Ich beginne zu weinen, obwohl ich an eine Scheidung nicht recht glaube. Das ist doch nur wegen der Terroristen – höchstens eine Schein-Scheidung.“

Dominique fiel sehr viel zu diesem Traum ein. Er erzählte u. a. erstmals von den vielen Streits seiner Eltern. Käme es wider Erwarten wirklich zu einer Scheidung, würde er wahrscheinlich zum Vater ziehen und nicht zur Mutter, weil dieselbe ihn mit ihrer Angst allzu sehr einengen würde. Beispielsweise habe ihm seine Mutter nicht erlauben wollen, mit seinem Rollbrett zu einer Treppe zu fahren, die nicht weit von der Wohnung war, um dort endlich „Treppenfahren“ zu üben, denn dies sei ihrer Meinung nach „zu gefährlich“. Sein Vater würde ihm solche Dinge sicherlich erlauben, aber er mache sie dann schließlich doch nicht, weil seine Mutter dagegen sei. Im Unterschied zum Verhältnis zu seiner Mutter sei jenes zu seinem Vater unproblematisch, wenn auch „nicht sehr eng“, wie er sich ausdrückte. Sein Vater freue sich manchmal über Dinge, die er mache, und würde ihn dabei nicht beständig einschränken wie seine Mutter. Meistens sei aber sein Vater „cool“, und er selbst bemühe sich, „ebenso cool“ wie sein Vater zu sein. Allerdings schäme er sich manchmal wegen der Übergröße seines Vaters. Bei einem Schulanlass sei „dr Paps“ verspätet erschienen – alle hätten ihn angeschaut, als er ins Schulzimmer trat; die Leute hätten getuschelt. Zum Thema Eltern und Terrorismus meinte Dominique, dass ihm ein „abenteuerliches Leben“ gefallen würde. Jetzt sei leider „alles nicht richtig spannend“.

Dabei vertrat Dominique durchaus konventionelle Ansichten. Als er in einer der nächsten Stunden einmal etwas näher auf Mädchen zu sprechen kam, bewertete er jene Schulkolleginnen als „komisch“, die nicht ganz angepasst waren. So lehnte er Rahel, mit der er in letzter Zeit zuweilen redete, aufgrund ihres Rastazopfes ab. Diese Haare würden ja nie gewaschen und da sehe sie auch nicht genügend gepflegt aus. Ein Mädchen solle sich pflegen und müsse auch nett sein. Eigentlich müsse es aber schon längere Haare haben; kurze Haare kämen doch nur bei älteren Frauen in Betracht. Allerdings würden ihn die meisten hübschen Mädchen, mit denen er kaum je sprach, abstoßen, weil sie „charakterlich nicht in Ordnung“ seien; ja einige unter ihnen seien im Grunde genommen „richtige Nutten“, die mit den Jungen der höheren Klassen ins Bett gingen. Andererseits würden ihm jene Mädchen, die „charakterlich O. K.“ seien, meistens nicht besonders gut gefallen.

Die Träume bildeten für Dominique bald einen selbstverständlichen Gesprächsgegenstand. Es schien ihm leichter zu fallen, über sie zu sprechen als über die alltäglichen Ereignisse. So träumte er von einem prächtigen Tor, das ihm den Eingang zu Popstars ermöglichte, doch eine riesige Frau aus Pappkarton, „vielleicht meine Mutter“, hätte das Tor versperrt, so dass

er seine „*Karriere als Musiker*“ aufgeben musste (später erfuhr der Therapeut, dass Dominique Gelegenheit gehabt hätte, in einer „*Quartierband*“ zu spielen, doch hätte er schließlich aufgrund der Vorbehalte seiner Mutter darauf verzichtet).

Der Klient erzählte oft zu Beginn oder im Verlauf der Stunde von sich aus einen Traum. Es bahnte sich in dieser Therapie ein eigentlicher Traumdiskurs an, wobei sich der Therapeut gelegentlich ebenfalls nach einem Traum erkundigte. Bei den Traumerzählungen des Klienten achtete der Therapeut auf die bei Dominique wie von selbst aufsteigenden Gedanken (i. S. von Ergänzungen) sowie auf (mitunter körpernahe) Gefühle (vgl. Gendlin, 1986/1998; Lemke, 2000).

Gesprächsausschnitt

T: (nach sehr langer Pause) *Hast du geträumt in dieser Woche?*

P: – *Ja – ich habe geträumt – ich bin so – ich sei bei White Power (einer Neonazi-Gruppe) – sie haben mich gerade angerufen, es gebe einen Kampf und ich soll auch kommen. Ich ging dorthin mit Kampfstiefeln und Bomberjacke. Nachher hat mich während der Schlägerei irgendjemand an den Kopf geschlagen. Dann bin ich aufgewacht und habe gesehen, dass meine Mutter ihren rechten Arm um mich legte und sagte: Aufstehen!*

T: *Mhm – du hast aufstehen müssen. Ja – ja – und gegen wen seid ihr mit dieser Gruppe angetreten?*

P: *Gegen die Jugos (Jugoslawen).*

T: *Äh – da gab's also eine kleine Schlacht. Das hast du gesehen im Traum.*

P: *Ja – die ist in Zürich gewesen. – Das Ganze hat in Zürich stattgefunden.*

T: *Ja – wie ist das für dich – für dich gewesen, als du die Montur der Neonazis im Traum angezogen hast – wie hast du dich dabei gefühlt?*

P: – *Ähm – ja so Stolz, stolz bin ich gewesen – und nachher denkst du einfach: Heute besiegst du alle.*

T: *Also – du hast dich dann stark gefühlt.*

P: *Ja.*

T: *Und äh – du hast dir in der Montur ja auch gefallen.*

P: *Ja – ich hab es eigentlich noch cool gefunden.*

Der nach der ‚Traum-Frage‘ des Therapeuten ohne Weiteres erzählte *White Power Traum* ist insofern relevant, als durch ihn erstmals die mögliche Aufnahme einer Beziehung des Klienten zu einer rechten Gruppierung zur Sprache kam – ein Sachverhalt, von dem der Therapeut völlig überrascht wurde. Dominique erzählte erstmals recht emotional einen Traum; allerdings erfolgte erst auf die Nachfrage des Therapeuten hin, wie er sich in der Montur gefühlt habe, eine erste – ganz kurze – VEE („*Stolz*“). Unmittelbar darauf wurde vom Klienten eine Emotion inhaltlich umschrieben („*und nachher denkst du einfach:*

Heute besiegst du alle.“), was vom Therapeuten – offenbar in zwei Bedeutungen des Wortes – als „*stark*“ empfunden und entsprechend verbalisiert wurde.

Die Träume trieben den Therapieprozess fast ‚wunderbar‘ weiter voran. Finke (2013), der sich intensiv mit Träumen auseinandersetzte, wies darauf hin, dass im Traum „die Aktualisierungstendenz (...) im Wachbewusstsein ausgeblendete Aspekte des organismischen Selbst zur bildhaften Entfaltung (bringt)“ (ebd., S. 58). Erste Ansätze zur VEE ergaben sich, wenn sich der Therapeut den mit Traumelementen verbundenen Empfindungen zuwandte (vgl. bei Gendlin, 1986/1998, S. 34). In der mittleren Therapiephase handelte es sich meistens um eine eher einfach strukturierte VEE. Sie bezog sich nicht selten auf das Selbstbewusstsein (s. o.), was erfahrungsgemäß hinsichtlich des Therapieerfolges relevant ist (Näheres zu Selbstbewusstsein und Verständigung in Galliker & Weimer, 2006).

Dominiques Traumerzählungen führten i. d. R. zwanglos zurück zu anderen Erzählungen (oft über ein Schlüsselwort vermittelt), mithin zu solchen, die anscheinend für den Fortgang der Therapie *bedeutungsvoll* waren. Im vorliegenden Fall kam der Klient wiederum auf seinen Klassenlehrer zu sprechen, der sich offenbar auch am Abend mit ihm beschäftigte.

Gesprächsausschnitt

T: (den Traum wieder aufgreifend) *Es hat dich einfach jemand von denen angerufen: Du sollst kommen!*

P: *Ja einfach – ich bin am Tisch gesessen. Und nachher bin ich ans Natel (Handy) gegangen und – nachher hat es geheißen: Du bist aufgerufen – willst du zum Kampf nach Zürich kommen an dem und dem Treffpunkt. Wir treffen uns dann und dann ohne Waffen.*

T: *Bekommst du auch sonst mal solche Telefonate?*

P: *Von solchen Leuten nicht – es ruft jetzt öfter mal der Stefan an.*

T: *Der Stefan, ja – zum Rollbrett-Fahren.*

P: *Oder ob ich heute Abend mit ihm ins Kino gehe.*

T: *Ah.*

P: *Und der Lehrer – der ruft auch häufig an (...). In letzter Zeit zwar nicht mehr so häufig, aber früher hat er wegen jeder Kleinigkeit angerufen und hat gesagt, wo ich mich noch bessern soll.*

T: *Ah – den Eltern hat er das gesagt.*

P: *Immer am Abend.*

T: *Und du warst dort und hast manchmal auch das Telefon abgenommen.*

P: *Einmal habe ich den Hörer abgenommen (...). Er hat mich gefragt, ob meine Eltern zuhause sind. Ich gab zur Antwort, dass sie gerade weggegangen seien.*

T: *Sie waren aber zuhause.*

P: *Ja.*

Die vom Klienten erzählte Episode war deshalb für den weiteren Therapieprozess relevant, weil Dominique über den Traum von sich aus und eingehender als früher auf den gehassten Klassenlehrer zu sprechen kam und dabei auch schon ansatzweise vom eigenen Verhalten dem Lehrer gegenüber zum Therapeuten sprach, was schon recht viel Vertrauen bedeutete, das er bis anhin nur bei Erzählungen von Trauminhalten aufbringen konnte.

In der folgenden Stunde schilderte Dominique unter Bezugnahme auf den geträumten White Power-Anruf und die abendlichen Telefonate seines Klassenlehrers (s. o.), wie er manchmal seinen Lehrer vor der Klasse bloßstellte. Trotz allem befürchtete er dabei „*keinerlei Sanktionen*“ bei der Notengebung. Bei seinen kleinen Provokationen fühlte er sich „*sehr gut*“; nicht zuletzt auch deshalb, weil er dann meistens von den Kollegen nach der Stunde auf seine „*Aktion*“ angesprochen wurde und er ihren Respekt erkannte, so dass er sich „*wie ein Held vorkam*“. Der Lehrer reagierte natürlich auf diese Aktionen, wenngleich kaum je bei der Leistungsbeurteilung und Notengebung; indessen nicht immer nur bei passenden Gelegenheiten, sondern auch bei unpassenden, bei denen er – im wahrsten Sinne des Wortes – nur seinen übergroßen Schüler sah, ohne zu merken, dass er diesen auch oft ungerecht behandelte. Zuhause dachte Dominique dann während der Aufgaben oft an diesen Lehrer, den er zwar „*nicht niederschießen*“, aber doch am liebsten „*anschießen*“ wollte, so dass er sich kaum noch auf die mathematischen Probleme konzentrieren konnte. – Nachdem Dominique wieder zu seinem Traum zurückgekehrt war, schilderte er, wie er in die „*Schlacht mit den Jugos*“ hineingezogen wurde, zusammengeschlagen wurde und schließlich Hilfe von seinen Kameraden erhielt. Beim Aufwachen spürte er immer noch leichte Schläge auf dem Kopf – in Wirklichkeit stammten sie von seiner Mutter, die den schweißgebadeten Jungen mit ihrem rechten Arm im Bett aufrichtete und mit dem Zeigefinger der linken Hand auf den Kopf tippte (s. o.).

Dominique erzählte nun von früheren (wirklichen) „*Schlägen*“ seiner Mutter, die er aber immer „*cool*“ entgegengenommen habe. Vor einigen Wochen noch habe er eine Ohrfeige erhalten, doch habe er das „*nicht ernst nehmen können*“ – ähnlich sei es ja auch einem Kollegen von ihm ergangen, der bei einer gemeinsamen Autofahrt von seiner Mutter geschlagen wurde und dann nur laut gelacht habe. Allerdings tauchten nun auch Erinnerungen aus einer Zeit auf, in der Dominique noch nicht so groß war wie jetzt. Einmal sei er nach Schlägen seiner Mutter in sein Zimmer in den ersten Stock gerannt und habe dort so laut „*Hard-Rock losgelassen*“, dass er sonst nichts mehr hörte; auch nicht, dass seine Eltern und Geschwister – wie er später erfuhr – „*mehr als eine Stunde lang*“ an seiner verriegelten Zimmertür „*herumgemacht*“ hätten.

Die im Traum zum Vorschein gekommene (potentielle) Beziehung zur rechten Bewegung konnte erst in einer der folgenden Stunden eingehend geklärt werden. Dabei stellte sich heraus, dass

Dominique zwar „*die Jugos*“ eher ablehnte, aber auch mit „*einem Jugo*“ im Bus manchmal ganz kurz „*in Berührung kam*“, den er „*eigentlich recht freundlich*“ fand. Das Ergebnis des Gesprächs war, dass Dominique von weiteren Kontakten und einem – wie sich später herausstellte: ursprünglich tatsächlich ins Auge gefassten – Eintritt in die Organisation absah, ohne dass der Therapeut ihn in dieser Richtung zu beeinflussen versucht hatte.

Dominique sprach in der zweiten Therapiephase auch erstmals eingehend von seinen beiden Geschwistern. Seine ältere Schwester (17) besuche das Gymnasium und habe dort keine Probleme. Seit einigen Monaten könne er mit ihr aber überhaupt nichts mehr anfangen. Sie hätten zwar keinen Streit, aber es herrsche einfach „*Funkstille*“. Dies schien Dominique aber nicht weiter zu beunruhigen. Dass seine ältere Schwester ihm bei seinen Hausaufgaben helfe, käme überhaupt nicht in Frage. Dominique respektierte zwar seine ältere Schwester; ja er brachte ihr fast ebenso großen Respekt entgegen wie seiner Mutter und achtete sie mindestens so sehr wie die Mädchen seiner Klasse, die er „*moralisch in Ordnung*“ fand, doch wollte er mit ihr nichts Weiteres mehr zu tun haben.

Kürzlich war Dominique mit Julia, einer Schulkollegin, ins Kino gegangen. Sie hätten lange miteinander geredet, auch über Liebe im Allgemeinen und schließlich über ihre Beziehung im Besonderen. Sie seien indes gemeinsam zur Überzeugung gelangt, dass Kollegialität wichtiger als Erotik sei und dass ihr Verhältnis mit Vorteil so bleibe wie bisher.

Dominique sprach nun auch über seine männlichen Schulkollegen sowie über seinen sechs Jahre älteren Bruder, der sich seit zwei Jahren in den USA aufhielt. Dem Therapeuten schien es, dass er über seinen älteren Bruder zwar zunächst spontan zu reden begonnen hatte, aber eine weitere Thematisierung zu vermeiden suchte, weil es ihm plötzlich nicht mehr wohl dabei war. Es machte den Anschein, dass er über seinen älteren Bruder noch weniger gern redete als über seine ältere Schwester. Der Therapeut versuchte dennoch bei diesem Thema zu bleiben und stellte die folgende Frage:

Gesprächsausschnitt

T: *Bis zu welchem Alter blieb dein Bruder zuhause?*

P: *Achtzehn.*

T: *Bis achtzehn – da warst du erst zwölf.*

P: *Noch nicht.*

T: *Du warst noch nicht so groß – ist er auch so groß wie du?*

P: *Ja – er (unverständlich)*

T: *Du warst noch klein und er war schon ein Großer.*

P: *Jetzt sind wir beide etwa gleich groß.*

T: *Ja, jetzt ist es kein Problem mehr – aber damals – der Altersunterschied beträgt sechs Jahre, das ist sehr viel – du hast vor ihm vielleicht Angst gehabt.*

P: Also Angst hatte ich eigentlich nicht.
T: Du hast keine Angst gehabt. – Auch bei einem Streit nicht?
P: Doch – ich habe einfach Angst gehabt, dass er mir weh macht – aber ...
T: Mhm.
P: Sonst --.
T: Ja, das war ein anderes Gefühl als Angst bei einem beginnenden Streit.
P: Ich habe gedacht – oh, nein, jetzt kommt der Globi (Schweizer Mensch-Vogel-Witzfigur) schon wieder, oder so was Ähnliches – aber ich habe nie gedacht, jetzt bring ich ihn um oder jetzt verklage ich ihn.
T: – – Ich kann mir noch nicht so genau vorstellen, welches Gefühl du wirklich gehabt hast – da spielte dabei vielleicht auch noch etwas leicht Verächtliches hinein ...
P: Ja.
T: Mhm.
P: – Aber – ich war nicht wirklich sauer auf ihn, jedenfalls nicht fest. Bei etwas Größerem schon, aber wenn es einfach darum ging, wer zuerst aufs WC kann, dann nicht.
T: Also es war nicht das Gleiche wie jetzt mit dem Klassenlehrer.
P: Nein.
T: Den verachtetest du – aber bei deinem Bruder ging das ganz schnell wieder vorbei und jetzt, da geht es eigentlich nicht vorbei, eigentlich nicht, sehe ich das richtig?
P: Ja.
T: Also deinen Bruder hast du trotz allem noch viel besser gemocht als deinen Klassenlehrer, aber zwischenzeitlich hast du deinen Bruder auch ein wenig verachtet, kann ich das so sagen?
P: Ja.
T: Ja, hast du dann jeweils etwas gesagt oder hast du geschwiegen – ich kann es mir noch nicht so richtig vorstellen.
P: Ich hab einfach gesagt, er soll weg.
T: Du hast nur gesagt, er soll weggehen.
P: Er soll abhauen oder sonst geh ich dich anzeigen, das habe ich oft gesagt, aber ich habe ...
T: Du bist nicht gegangen.
P: Nein.
T: Das brachte schon etwas, wenn du das sagtest.
P: Ja – viel.
T: Das war eigentlich dein einziges Gegenmittel.
P: Aber ich verriet ihn nie und das wusste er mit der Zeit.
T: Da war es kein Gegenmittel mehr – ja, wenn du ihn verraten hättest, was wäre da geschehen?
P: Mams hätte einfach gesagt: Jetzt hörst du aber einmal auf oder sonst (unverständlich).
T: Hmh – das wäre nicht gut für deinen Bruder gewesen oder auch nicht für euer Verhältnis, wenn du ihn verraten hättest.
P: (lacht etwas verdrückt) Ja, da wäre er sicher ganz sauer auf mich gewesen.

T: Auch längerfristig.

P: Ja langfristig – und nachher – das war sicher ein Grund, warum ich es nicht gemacht habe.

Mit Hilfe des Therapeuten stellt sich die ursprünglich vom ihm erfragte „Angst“ als „Verachtung“ des älteren Bruders aufgrund massiver Kränkungen und eigener Wehrlosigkeit heraus. Sie wird auf die offenbar noch stärkere Verachtung des Klassenlehrers übertragen, was der Klient aber *nicht* zum Anlass für eine Selbstexploration nimmt. Der Therapeut versucht, den Klienten bei der Verbalisierung der kurz zuvor angesprochenen Angst vor dem großen Bruder zu unterstützen; doch Dominique verbleibt bei den diesbezüglichen äußeren Verhaltensweisen und scheint zu diesem Zeitpunkt der Therapie noch nicht bereit zu sein, auf die Angst zurückzukommen und sie weitergehend zu verbalisieren. Nach einer längeren Pause mit einer vielleicht stillschweigenden Selbstexploration beharrt der Therapeut nicht länger auf seinem Anliegen (VEE) und lässt den Klienten diesen Themenbereich beenden (der Einschub „jetzt bring ich ihn um“ wurde zu diesem Zeitpunkt der Therapie vom Therapeuten bewusst noch nicht angesprochen).

Erst zwölf Therapiestunden später (im dritten Therapieabschnitt) wird Dominique seine immense Angst vor dem großen Bruder gegenüber dem Therapeuten aussprechen und auch seine immensen Aggressionen reflektieren können. Vorausgegangen waren mehrere Träume, mit denen er sich bewusst wurde, wie stark er dem älteren Bruder ausgeliefert war und wie er ihn deswegen auch gehasst hat. An dieser Stelle kann nur kurz auf einen dieser Träume hingewiesen werden:

„Vor einem Hochhaus steht ein Gemeindewagen mit einem Anhänger. Mein Bruder wirft aus einem Fenster im obersten Stock des Hochhauses einen Stein und trifft durch ein Loch im Wagen hindurch den Mann, der im Wagen sitzt. Der steigt schnell aus dem Wagen aus und klettert wie ein Äffchen die Hauswand hinauf und schlägt dem Bruder dort die Nase blutig.“

Die unkontrollierte Seite von Dominique, die sich in der ersten Phase der Therapie in derselben noch nicht zeigte, kam im weiteren Verlauf der Therapie mit der Zeit deutlicher zum Vorschein, wenn auch vorerst ausschließlich in seinen Träumen. Offenbar passte sie nicht in das Selbstbild des Klienten. Dominique vermochte diese Kraft noch nicht zu integrieren; ganz im Gegenteil, er war vor allem damit beschäftigt, sein Selbstbild zu schützen. Er konnte aufgrund dieser Inkongruenz v. a. in Konfliktsituationen seine Befürchtungen und Bedürfnisse noch nicht richtig ausdrücken. Er verbalisierte weiterhin mehr seine Wertschätzung sowie die großen Erwartungen, die er ursprünglich seinem Bruder und auch seinem Klassenlehrer entgegengebracht hatte.

Dominique machte auch noch in der zweiten Therapiephase auf den Therapeuten meistens einen niedergeschlagenen

Eindruck. Dabei geschahen ‚mit ihm‘ manchmal immer noch Dinge, die er eigentlich so nicht wollte. Jüngstes Beispiel: Ein Kollege offerierte ihm an einem doch recht geschützten Ort auf dem Schulhof eine Zigarette. Er lehnte zunächst ab, da er ja eigentlich gar keinen Spaß am „*Rauchen gewöhnlicher Zigaretten*“ habe und er das für das gesamte Schulareal geltende Rauchverbot kannte. Dominique nahm dann aber „*wie von selbst*“ doch eine Zigarette und zündete sie an. Just in diesem Moment kam ein Lehrer vorbei und bemerkte, dass Dominique rauchte, während er die Zigarette in der Hand des viel kleineren Kollegen übersah.

Im Weiteren erzählte Dominique Träume, in denen er „*von Kameras überwacht*“, in „*Hetzjagden*“ von Polizisten verfolgt und schließlich von denselben durchsucht wurde (nach Waffen, nach Drogen oder nach der Beute eines Raubüberfalls). In einem Traum warfen Stefan und er Schneebälle an die Jalousien eines reichen Nachbarn, bis dieser „*höchst genervt*“ aus dem Haus sprang und sie „*durch den ganzen Kanton*“ verfolgte. In diesem Zusammenhang sprangen die Gedanken wie von selbst wieder zum Verhalten des Klassenlehrers über.

In der zweiten Therapiephase ließ der Klient den Therapeuten in einigen Stunden schon etwas näher an sich herankommen, worauf dieser unmittelbar positiv reagierte, was sich wiederum auf das Verhalten des Klienten auswirkte (u. a. erste Ansätze zu VEE). Dabei waren insbesondere die Traumerzählungen der Weg des Klienten, sich emotional auszudrücken. Er begann sich mit seinem Klassenlehrer konkret auseinanderzusetzen und manchmal sogar schon seinen eigenen Anteil am Konflikt mit dem Klassenlehrer ansatzweise zu erkennen, nachdem er in der ersten Phase noch nicht von sich aus über ihn gesprochen und noch keine Konfliktsituation eingehend dargestellt hatte.

Der Therapeut gewann erst in diesem zweiten Abschnitt der Therapie allmählich den Eindruck, dass er die inneren Probleme von Dominique aus dessen Bezugssystem heraus, das ihm insbesondere über die Traumerzählungen zur Kenntnis gebracht wurde, zu verstehen begann. Er achtete allenfalls darauf, dass die von Dominique meistens schon nach kurzer Zeit unterbrochene Selbstexploration später womöglich wieder aufgenommen und fortgesetzt werden konnte.

Der Klient schien in der zweiten Phase der Therapie dieser und dem Therapeuten wohlgesinnter zu sein als in der ersten Therapiephase. Im Unterschied zur ersten Phase geschahen nicht mehr nur Dinge mit ihm, die anscheinend mit ihm selbst nichts zu tun hatten, sondern er konnte sie teilweise auch schon als seine eigenen, persönlichen anerkennen, wenngleich vorerst meistens nur vermittelt über seine Träume. In Ansätzen machte es zwar manchmal schon den Anschein, dass er auch seine Aggressionen, Sehnsüchte usw. zu seiner Person gehörig betrachtete, was in der ersten Therapiephase überhaupt noch

nicht der Fall war, doch blieb ihm (und auch dem Therapeuten) in dieser zweiten Phase noch Einiges an seinem ‚Missgeschick‘ rätselhaft.

Dritte Therapiephase

Die dritte Therapiephase (32–49) dauerte vom Schulwechsel am Ende des Schuljahrs bis zum Therapieende. Dominique kam nach den Sommerferien braungebrannt in die Therapie. Er könne nun am Morgen wieder rasch aufstehen und sei „*fast froh*“, dass er wieder in die Schule dürfe. Alle früheren Schul-sorgen möchte er am liebsten vergessen. Er glaube, dass er jetzt wieder „*etwas glücklicher*“ werden könne. Am liebsten würde er über seine früheren Sorgen gar nicht mehr sprechen; dennoch würde er gerne die Therapie „*noch ein wenig*“ fortsetzen und noch einige Male in die Beratungsstelle kommen.

Gesprächsausschnitt

T: *Du bist froh über den Schulwechsel.*

P: *Ja, es ist jetzt viel besser, auch mit den Lehrern, die ich bis jetzt gehabt habe – die haben auch einen guten Eindruck gemacht ...*

T: *Bei dir.*

P: *Ja (lacht) auch – aber ich verspreche mir jetzt nicht allzu viel.*

T: *Du meinst, dass es gut ist, wenn du dir nicht allzu große Hoffnungen machst – damals hattest du ja den Lehrer zunächst fast ein wenig auf einen Sockel gestellt und nachher warst du sehr enttäuscht, dass er herunterkam.*

P: *Ja – so war es.*

T: *Über deine Enttäuschung von damals, das kannst du jetzt vielleicht noch etwas ausführlicher erzählen ...*

P: *Ja, es war einfach ein wenig traurig – es beschäftigte mich einfach – aber sonst ...*

T: *Sonst ...*

P: *Eigentlich nichts.*

T: *Traurig warst du ...*

P: *Ja. –*

T: *– Da war deine Trauer – wie du sie erlebt hast.*

P: *Also ich war einfach traurig, weil ich mir zu viel Hoffnung gemacht habe – also nicht wegen dem – dass er nicht so gut war, wie ich gedacht habe.*

T: *Du fühlst diese Trauer wegen deiner zu großen Hoffnung manchmal wieder ein wenig.*

P: *Nein.*

T: *Gar nicht mehr.*

P: *Überhaupt nicht.*

T: *Das ist vorbei.*

P: *Ja.*

T: *Also, wenn du so erzählst, dann kommt die Trauer nicht mehr.*

P: *Nein – jetzt bin ich einfach wieder glücklich, weil – so wie es aussieht – alles ein wenig besser ist – außer der neue Klassenlehrer (lacht)– er ist schon auch ein netter, aber auch ein wenig ein stressiger – also – in der Mathematik ...*

T: *Ja.*

P: *Äh – er hat ein Blatt geschrieben und erzählt – aber nein geschrieben hat er nicht – das hat er schon zuhause geschrieben, aber abgelesen und wir sollten es abschreiben – alles war klein geschrieben. Stifte weglegen! Und hört mir zu! Und dann erzählt er dazu gleich noch etwas. Da habe ich gedacht: Ja – ich höre besser zu, dass ich es nachher weiß, und dann sagt der Kollege neben mir: Wenn ich du wär, würde ich jetzt schreiben. Du wirst es nachher sehen, warum. Und dann begann ich zu schreiben und nachher sagte er also, jetzt gebe ich euch einmal richtig Zeit zum Schreiben. Und nach einer Minute kommt er: Also machen wir weiter! Die meisten haben aber erst ungefähr so viel aufgeschrieben (zeigt es an) und nachher war die Stunde plötzlich beendet.*

Dominique sieht dem Leben in der neuen Schule optimistisch entgegen. Er will jedoch nicht mehr in den gleichen Fehler verfallen wie in der ersten Zeit in der alten Schule, als er sich viel zu viel von neuen Lehrern versprach. Er äußert zur damaligen Enttäuschung auch Trauer aufgrund unerfüllter Hoffnungen („Also ich war einfach traurig, weil ich mir zu viel Hoffnung gemacht habe.“). Doch die Trauer ersetzt er schnell wieder durch das neue Wohlbefinden („jetzt bin ich einfach wieder glücklich.“), das er jedoch nicht ganz ungetrübt sieht („... außer der Klassenlehrer ...“). Die neue Erfahrung mit einem Klassenlehrer vermag er schon in dieser ersten Stunde der letzten Therapiephase ansatzweise differenziert zu verbalisieren („... er ist schon auch ein netter, aber auch ein wenig ein stressiger“).

In der letzten Sequenz des obigen Gesprächsausschnittes schildert Dominique lebendig und anschaulich ein wichtiges Ereignis, das sich bei dieser Lehrperson wahrscheinlich wiederholen wird. In seiner Rede praktiziert er Rollenübernahme und direkte Rede („Stifte weglegen! Und hört mir zu!“). Dominique sprach in dieser Stunde erstmals erlebensnah und stellenweise auf recht hoher Stufe des Prozesskontinuums (vgl. Rogers, 1961/2006, S. 136 ff.).

Gesprächsausschnitt

T: *Ich erinnere mich, dass in der letzten oder in der vorletzten Stunde (in der alten Schule) deine Kollegen vorgeschlagen haben, die zwei letzten Stunden – wie das ja in deiner alten Schule üblich war – deinem Abgang zu widmen. Und dass dann C. gesagt habe: Nein, nein, nur höchstens eine Stunde.*

P: *Ja.*

T: *Das war für dich ...*

P: *Also zuerst, als er das gesagt hat, habe ich zuerst gedacht, ah, was ist das für ein Arsch, und es hat mich auch ein bisschen traurig gemacht, aber nachher habe ich gedacht: Ja, was soll's.*

T: *Aber im Moment hat's dich wütend gemacht – oder wenn du sagst, was ist das für ein Arsch, dann heißt das, er hat dich verletzt – dann bist du auch traurig geworden, aber bald war es dir egal.*

P: *Ja – zuerst bin ich ein wenig traurig gewesen und danach habe ich gedacht: egal.*

T: *Zuerst bist du traurig gewesen ...*

P: *Ja – und was sonst – ist doch – habe ich gedacht – es ist mir gleich – ja – soll er's doch sagen – und wenn – ist es ja auch gut – ist es viel besser sogar.*

T: *Und jetzt im Nachhinein denkst du, du bist eher beides gewesen – traurig und wütend.*

P: *Ja, beides.*

T: *Ja – ein bisschen Enttäuschung ist auch dabei gewesen.*

P: *– Ja, aber einfach besonders bin ich hässig gewesen.*

T: *Also – du bist böse, äh verdrießlich geworden.*

P: *Mmmmm.*

T: *Gäll (Bezug auf Gesprächspartner) – traurig ja, nur zu Beginn.*

P: *Ja – aber das war eigentlich auch bald vorbei.*

T: *Die Wut auch.*

P: *Ja.*

In der dritten Therapiephase konnte Dominique sein Erleben seinem früheren Klassenlehrer gegenüber verbalisieren und hier erstmals ansatzweise explorieren. Er differenzierte es in drei Schritten in einem ausgeglichenen Dialog (1. „habe ich zuerst gedacht, ah, was ist das für ein Arsch“ 2. „es hat mich auch ein bisschen traurig gemacht“ 3. „... nachher habe ich gedacht: Ja, was soll's.“). Es wurden drei Gefühle thematisiert, wovon vorerst nur eines als solches auch verbalisiert („traurig“). Nach dem nächsten Beitrag des Therapeuten, der sich ausschließlich auf die Trauer bezieht, wird dieses Gefühl vom Klienten kurz wiederholt, um dann in anderer Weise fortzufahren, auch wenn der Therapeut ihn nochmals auf die Trauer zentriert („Zuerst bist du traurig gewesen“). Dominique differenziert ein weiteres (zunächst nur implizites) Gefühl aus (1. „... es ist mir gleich ...“; 2. „... soll er's doch sagen ...“; „... ist es ja auch gut ...“; 4. „... ist es viel besser sogar ...“). Wie der Therapeut auf der Trauer beharrt und auch das erste Gefühl expliziert, stimmt der Klient zwar zu („Ja, beides“), wenngleich nicht vollständig. Die vom Therapeuten hinzugefügte „Enttäuschung“ lässt er zwar gelten, aber nur bedingt, expliziert er nun doch seine zuvor angesprochene starke Emotion („... was ist das für ein Arsch ...“) plötzlich in eigener Regie („Ja, aber einfach besonders bin ich hässig gewesen.“).

Gegen Ende dieses Gesprächsausschnittes wird vom Klienten die schnelle Abnahme der Trauer (sowie der anfänglichen

Wut) zum Ausdruck gebracht, wobei der Übergang in Gleichgültigkeit und von dieser in ein besseres Befinden von Dominique nicht mehr selber expliziert wird. Indessen gelang es dem Klienten offenbar schon, auch widersprüchliche Gefühle zu verbalisieren, so dass gegen Ende dieser Therapiestunde schließlich auch die Ambivalenz gegenüber dem Klassenlehrer ins Auge gefasst werden konnte.

In den nächsten Stunden erzählte Dominique von den Mädchen, denen er sich nun manchmal vorsichtig annäherte und die teilweise auch von sich aus auf diesen gut aussehenden, sportlichen, starken, großen, jungen Mann zukamen. Er verbalisierte seine Emotionen; wusste aber noch nicht so richtig, wie er sich verhalten sollte. Es gäbe schon einige Mädchen, die ihn „aufregen“ oder doch eher „erregen“ würden. Allerdings würden gerade diese sich noch nicht so sehr um ihn bemühen. Doch auch zu den Mädchen, mit denen er manchmal gern rede, kämen manchmal „gute Gefühle“ hinzu, die er so nicht mehr missen möchte.

In einem Traum sieht sich Dominique als Hauptdarsteller eines antiken Kriegsfilms. Er ist sich aber seiner bisherigen Rolle nicht mehr so sicher oder vielmehr fühlt er sich seiner neuen Rolle noch nicht ganz gewachsen, fällt er doch plötzlich aus seiner Rolle. Der Regisseur und die Mitspieler finden dies „gar nicht cool“ und „rufen aus“. Dominique kommentierte dies wie folgt: Der Traum stelle schon etwas Wirkliches dar. Im Moment könne er die Rolle als „richtiger Mann“ noch nicht ganz ausfüllen. Mit seinem übergroßen Vater (seinem bisherigen Inbegriff des starken Mannes) sei keine Auseinandersetzung möglich – sei auch nie eine möglich gewesen. Er sage nicht viel, verbiete etwas nur, wenn er gute Argumente dazu habe, gegen die kaum je etwas einzuwenden sei. Ganz im Unterschied zur Mutter, die habe meistens schlechtere Argumente als er, mit der könne er manchmal schon streiten.

Der Klient steht in dieser Phase der Therapie seinem Vater ausgesprochen ambivalent gegenüber. Dieser ist nicht mehr nur „lieb“ und „ruhig“: Dominique erkennt nun auch negative Eigenschaften. Er bezeichnet seinen Vater als einen Mann, der meistens sehr passiv bleibe und außerdem oft mit Vorurteilen behaftet sei (z. B. bezüglich Frauen, gegen Migranten usw.). Zur Passivität berichtet er von einem Traum, in dem ihm plötzlich alle Zähne ausfallen und sein Vater nichts unternimmt, sondern erstarrt neben ihm stehenbleibt. Ähnlich sei es in seiner Kindheit gewesen, wenn ihm etwas zustieß. Seine Mutter hätte in einem solchen Fall sofort den Arzt gerufen. Bei allem Respekt für seinen Vater: Nein, der sei ihm trotz seiner Größe zu wenig männlich. Er habe sich mit ihm nie auseinandersetzen können. Und jetzt könne er sowieso nicht mehr so viel von ihm lernen; auch nicht, was den Umgang mit anderen Menschen, mit Männern und Frauen, besonders jungen, anbelange.

In einer der nächsten Stunden gab der Klient dem Therapeuten mit Genugtuung zu verstehen, dass er in Mathematik wieder gute, wenn auch noch keine sehr guten Noten erhalte. Auch kam er auf seine Freizeit zu sprechen, beispielsweise auf das Schwimmen in der Aare.

Gesprächsausschnitt

T: *Dort könnt ihr schwimmen.*

P: *Ja, da hat es auch eine Brücke, die ungefähr acht Meter hoch ist, wir haben sie kürzlich gemessen. Man kann dort hinunterspringen und in die Aare hinaus schwimmen, aber da muss man recht schnell schwimmen, sonst wird man weggetrieben und kommt nicht mehr hinaus. Aber bei dieser Brücke ist es eigentlich recht cool. Also es gibt schon solche, die springen mit einem Bein aufs Geländer und springen gleich hinunter – ja, ja, mit dem Rollbrett. Und sie springen aufs Geländer und vom Geländer und halten das Brett so (zeigt es an wie) unter den Füßen (...). Also, ich selber habe es noch nie probiert, aber ich glaube, es gibt einen rechten Schlag.*

T: (unverständlich) *Acht Meter ist hoch.*

P: *Ja, es geht – mit der Zeit da gewöhnt man sich ein wenig daran – kürzlich habe ich einen Köpfler (Kopfsprung) hinunter gemacht.*

T: *Von dort!*

P: *Ja. Das ist noch recht brutal gewesen. Also mit dem Nachbarn, das ist so ein Mega-Kleiner. Und da sind wir dort oben gewesen und haben etwa eine halbe Stunde hin- und hergemacht, können wir einen Köpfler tief hinunter wagen? Dann hat er ausgerufen: So, jetzt springe ich – eins, zwei – (unverständlich) nein, und dann halt doch nicht – ja, es dauerte eine ganze halbe Stunde. Dann habe ich gesagt: So, jetzt mach ich, glaube ich (hoffentlich), einen. – Und dann hat er den Köpfler eben doch gemacht (enttäuscht) und mir ist durch den Grind: So jetzt musst du (sich aufraffend) – und dann, und dann bin ich auch gehechtet (stolz). Ich hab's dann – ja – (freut sich wie ein kleines Kind) viermal und dann noch dreimal gemacht. Mit der Zeit bekam ich aber Kopfschmerzen (Bewegung an den Kopf mit Ausdruck von Schmerz).*

Dominiques Schilderungen seiner Erlebnisse – hier seines neuen Sports, dem „Brückenspringen“, einer richtigen Mutprobe – sind im schweizerdeutschen Dialekt mit emotional gefärbten Ausdrucksweisen durchsetzt, die Aggression, Angst, Hoffnung, Mut, Freude, Stolz, Schmerz usw. ausdrücken. Dominiques Erlebnissprache hat nicht nur einen deskriptiven Charakter, sondern ist zugleich ‚gespielt‘ i. S. eines Einbezugs direkter Rede und ihrer jeweiligen Einleitung. Sein affinitives Sprechen, das auch Erinnern einzuleiten vermag (vgl. Galliker, 1990), und den Klienten stellenweise weitergehend in die

Kindheit zurück verwies (s. u.), zeigt sich beim obigen Beispiel in Bezug auf sich selbst (1), auf seinen Freund (2) sowie auf diesen und sich selbst (3).

Einleitung: Beschreibung	Ausführung: Rede
(1) „Dann habe ich gesagt“;	„So, jetzt mach ich, glaube ich, einen.“
(2) „Dann hat er ausgerufen“;	„so, jetzt springe ich – eins, zwei ...“
(3) „wir haben hin- und hergemacht“;	„können wir einen Köpfler wagen?“

Als solche Erlebnisschilderungen immer häufiger vorkamen (u. a. Fußballspiele, Rollbrettfahren und -springen, Herumblödeln mit diversen Kollegen, Teilnahme an Partys, Begegnungen mit Mädchen), die auf eine zunehmende Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung hinwiesen, erkundigte sich der Therapeut am Ende einer Therapiestunde nach den Wünschen von Dominique hinsichtlich weiterer Therapiestunden. In der nächsten Stunde einigten sich Klient und Therapeut sehr schnell, dass die Therapie bald beendet und nur noch zwei, drei Therapiestunden in größeren Abständen durchgeführt werden sollten, bis alles an der neuen Schule „wirklich O. K.“ sei.

Kennzeichnend für diese dritte Therapiephase war, dass der Gesprächsverlauf viel interaktiver war als in der ersten Phase, in welcher der Therapeut sich oft bemühen musste, das Gespräch überhaupt in Gang zu bringen. Nach Brossi (2003) verändert sich die therapeutische Beziehung im Verlaufe der Psychotherapie in dem Sinne, dass auch der Klient den Therapeuten als ein Gegenüber betrachtet, dessen Redebeiträge und Reaktionen interessieren und auf die er sich auch aktiv beziehen kann. So stellte gegen Ende der Therapie auch Dominique dem Therapeuten immer häufiger Fragen (u. a. was er denn „in echt“ von ihm / seiner Mutter / diesem Klassenlehrer gedacht habe; ob er Erfahrungen mit Cannabis / anderen Drogen habe; ob ihm denn dieser Beruf auch wirklich gefalle, wenn er sich den ganzen Tag dieses Gejammer anhören müsse usw. usw.). „Wenn sich Therapeutinnen und Therapeuten auf die Beziehung einlassen, löst jeder Patient und jede Patientin eine ganz spezifische Resonanz aus. Diese Resonanz enthält implizit die gesamte Problematik der Person, ihre Stärken und Nöte“ (Keil, 2014, S. 37).

Nach der Vereinbarung von Klient und Therapeut, die Therapie zu beenden, setzte sich Frau B. mit dem Therapeuten telefonisch in Verbindung und stellte ziemlich aufgeregt fest, dass sich bei ihrem Sohn zwar einiges gebessert habe (so habe er sich in den letzten Monaten beruhigt und die Schulleistungen seien auch fast wieder so wie früher), doch würde er sich mehr als je zuvor „auf Glatteis“ bewegen. Dominique verkehre in schlechter Gesellschaft, in der selbst vor Drogen nicht haltgemacht würde

(gemeint war Dominique's sporadischer Cannabis-Konsum an Wochenenden), und er lasse sich neuerdings sogar auf Mädchen ein, wofür er doch noch viel zu jung sei. Der Therapeut vereinbarte mit der Mutter des Klienten (Dominique war ihr jüngstes Kind) einen Termin an der Beratungsstelle, um alle noch anstehenden Probleme zu besprechen.

Der Abschied

In der letzten Therapiestunde hielten die Gesprächspartner eine Art Rückblick auf die 49 miteinander verbrachten Stunden in einem Zeitraum von etwas mehr als anderthalb Jahren.

T: *Ja, wenn du noch sagen könntest, wie du die Stunden erlebt hast, die wir miteinander verbracht haben.*

P: *– Ich hab's eigentlich gut gefunden und es hat mir eigentlich auch viel geholfen und ich habe auch wieder recht Mut gefasst, ja, mich wieder anzustrengen, dass ich gut und richtig arbeite. Eine Zeitlang dachte ich, ja, das wird recht schwer und ich schaff's sowieso nicht mehr und so – und jetzt habe ich es trotzdem geschafft. Ich fand es auch gut, dass wir da immer über alles miteinander reden konnten und so.*

T: *– Was, was hättest du vielleicht lieber ein wenig anders gehabt oder was hat dich gewundert, wo warst du nicht so sicher?*

P: *Ja – mich hat am meisten gewundert, dass man hier über alles reden kann und nichts verschweigen muss.*

T: *Mhm.*

P: *Da bin ich recht überrascht. Ich habe vorher gedacht, das ist alles ein bisschen oberflächlich und so.*

T: *Aber hat es auch etwas gegeben, bei dem du dich gewundert hast; etwas, was vielleicht für dich nicht so gut gewesen ist, was du anders gewollt hättest; da wäre ich dir dankbar, wenn du auch dazu etwas sagen kannst.*

P: *– Äh – ich habe es gut gefunden. – Was vielleicht als Einziges nicht so toll gewesen ist, dass es am Mittwoch Nachmittag stattgefunden hat. Aber das war auch nicht so schlimm, weil es so früh am Nachmittag war.*

Im Weiteren wies Dominique darauf hin, dass er glaube, er hätte sich nun „besser im Griff“, dass „Ausraster“ wie früher nicht mehr zu befürchten seien; ja, er könne sich vorstellen, dass er sich bei einem möglichen Zwischenfall, beispielsweise wenn ihm wieder etwas danebengehen würde, viel rascher beruhigen würde als früher.

Auch der Therapeut hatte den Eindruck gewonnen, dass die affektive Selbststeuerung und Selbstwertregulation des Klienten besser geworden sei und er mehr als früher zu internen sowie externen Dialogen befähigt war und manchmal auch Ansätze zur Selbsttröstung erkennen ließ. Offenbar widersprach die

Selbstbehauptung nicht mehr der Aktualisierungstendenz: Die Grenzen waren durchlässiger geworden.

Kennzeichnend für diese Therapie war, dass der Therapeut der Aktualisierungstendenz resp. dem therapeutischen Prozess voll und ganz vertraute. Es ging weniger darum, was *er* machte, sondern vielmehr darum, was der Klient machte und was er den Klienten machen ließ. Früher oder später kam *es* zu Ereignissen, in denen sich die Aktualisierungstendenz manifestierte. Im vorliegenden Fall waren dies die Traumerzählungen des Klienten. In anderen Fällen kann es auch etwas Anderes sein, beispielsweise Tagträume oder spontan aufkommende musische Aktivitäten oder Interessen. Natürlich zeigt sich die Aktualisierungstendenz auch im unmittelbaren körperlichen Erleben. Oft kommt zu Beginn einer Therapie die behinderte Aktualisierungstendenz in psychosomatischen Beschwerden zum Vorschein; mit deren Dechiffrierung und Verbalisierung wird sie sich in eine produktive Kraft verwandeln.

Aufgrund der Traumerzählungen ließ sich im Verlaufe der Therapie von Dominique die Fehlentwicklung bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen: Für die Eltern des Klienten war es nicht immer möglich, empathisch und bedingungslos auf die Bedürfnisse und Emotionen ihres Jungen einzugehen. Ursprünglich versuchte Dominique, sich seine Bedürfnisse nach positiver Beachtung besonders über vorzeigbare Leistungen zu erfüllen. Es bildete sich ein auf Opfer-, Leistungs- und schließlich Kampfeswille beruhendes Selbstkonzept heraus, zu dem auch die Abwehr jener Affekte gehörte, die nicht im Sinne seiner Bezugspersonen waren. Ganz auf Entsagung sowie Fügsamkeit ausgerichtet, konnte Dominique bald kaum noch persönliches Verlangen spüren, ‚wahr-nehmen‘ oder gar realisieren. Lange Zeit vermochte er seine Bedürfnisse und die entsprechenden Gefühle auch nicht zu symbolisieren (u. a. seine insgeheimen Wünsche oder auch seine Aggressionen und Rachege-lüste gegenüber dem älteren Bruder und seinem Klassenlehrer). Seine organismischen Bedürfnisse stimmten nicht mit dem auf soziale Anpassung und Unterordnung (insbesondere gegenüber seiner Mutter) ausgerichteten Selbstkonzept überein und mussten abgewehrt werden. Die an sich spontanen organismischen Tendenzen wurden von Verlustängsten eingedämmt und stauten sich in einem inneren Spannungszustand. Die nicht akzeptierten, als negativ disqualifizierten Affekte blieben lange Zeit abgespalten und konnten nicht ohne Weiteres ins Selbstkonzept integriert werden. In der Pubertät drängten sie sich aber

immer häufiger in einer Art und Weise hervor, die für Dominique Bezugspersonen sowie für ihn selbst nicht leicht verstehbar waren. Dominique Wut und Verzweiflung über seine Lebenssituation manifestierte sich schließlich besonders im Konflikt mit dem Klassenlehrer. In seinem rasanten Wachstum fühlte er sich zunächst allein gelassen. Dank der Aktualisierungstendenz konnte jedoch eines Tages über seine Träume auch „Unangebrachtes“ zur Sprache kommen und schließlich eine Symbolisierung erfahren.

Literatur

- Brossi, R. (2003). Unzeitgemäß? Gedanken einer Praktikerin zum Thema Langzeittherapie. *Person*, 7 (1), 57–65.
- Finke, J. (2013). *Träume, Märchen, Imaginationen. Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung mit Bildern und Symbolen*. München: Reinhardt.
- Galliker, M. (1990). *Sprechen und Erinnern. Zur Entwicklung der Affinitätshypothese bezüglich verbaler Vergangenheitsverweise*. Göttingen: Hogrefe.
- Galliker, M. & Weimer, D. (2006). *Psychologie der Verständigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gendlin, E. T. (1986/1998). *Dein Körper – Dein Traumdeuter*. Salzburg: Otto Müller.
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person*, 18 (1), 31–43.
- Lemke, H. (2000). *Das Traumgespräch. Umgang mit Träumen nach klientenzentriertem Konzept*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Monden-Engelhardt, Ch. (2008). Überraschend und herausfordernd. Beziehungsaufnahme mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Psychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 39, 66–74.
- Rogers, C. R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt. [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].
- Rogers, C. R. (1961/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. erschienen 1961: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977/2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Swildens, H. (1988/1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Wakolbinger, Ch. (2010). Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 14 (1), 21–31.
- Yalom, I. D. (1989/2010). *Existenzielle Psychotherapie*. Bergisch Gladbach: EHP.

Prozessanalyse einer Personzentrierten Psychotherapie mit Märchen

Jobst Finke

Essen

Es wird der Prozess einer Personzentrierten Psychotherapie bei einem 31-jährigen Klienten mit einer depressiven Störung beschrieben. Dabei werden, auch anhand von Gesprächsausschnitten, die einzelnen Schritte und die jeweils bestimmende Thematik in den verschiedenen Therapiephasen dargestellt. Als eine methodische Besonderheit wird die therapeutische Arbeit mit Märchen eingesetzt.

Schlüsselwörter: Therapie-Verlaufsbeschreibung, personzentrierte Störungstheorie, personzentrierte Märchenarbeit

Process-Analysis of Person-Centered Psychotherapy by Using Fairytales. We describe a client-centered process of therapy with a 31 years old client with a depressive disorder. Several steps and leading themes of the interaction between client and therapist are described. The special manner of these proceedings is the use of fairytales as means of the therapy.

Keywords: report of therapy process, person-centered theory of disorder, person-centered working with fairytales

Problemstellung

Es wird der Prozess einer Personzentrierten Psychotherapie bei einem Klienten mit einer anfänglich hohen, angstbedingten Abwehr gegenüber einer vertieften Selbstexploration beschrieben. Um dem Klienten eine Auseinandersetzung mit seiner Problematik in den therapeutischen Gesprächen zu erleichtern, wird ihm die Arbeit mit einem Märchen angeboten, wodurch ermöglicht werden soll, dass er seine Problematik zunächst indirekt, nämlich an der Geschichte eines anderen, hier des Märchenhelden, bearbeitet. Indem der Klient seine Problematik gewissermaßen auf den Märchenhelden projiziert, ist die Problemkonfrontation weniger explizit und so weniger angstbesetzt. Unter diesem Aspekt arbeiten auch andere Therapieverfahren mit Geschichten, so z. B. selbst die Verhaltenstherapie im Rahmen ihrer Methode der so genannten Weisheitstherapie (Baumann & Linden, 2011). In der Tiefenpsychologischen

Therapie wurden Märchen vor allem wegen der emotionsevozierenden Kraft ihrer eindrucksvollen Bilder bzw. Szenen (und insofern wegen ihrer „problemaktualisierenden“ Potenz; Grawe, 2000) schon vor längerer Zeit eingesetzt (Kast, 1986; Jacoby et al., 1987). Diese hier angedeuteten Wirkfaktoren der Arbeit mit Märchen sollen in dem folgenden Verlaufsbericht so beschrieben werden, dass deutlich wird, wie ihr Wirksamwerden vom Kontext der therapeutischen Beziehung mitbestimmt wird.

Anmeldungsgrund und Symptomanamnese des Klienten

Der 31-jährige Verwaltungsangestellte, Herr Peter P.¹, tätig auf dem städtischen Katasteramt, kommt in die Therapie, weil er sich seit drei Monaten depressiv, abgeschlagen und schwunglos fühlt. Er kommt auf Anraten seines Hausarztes. Er berichtet, dass er zwar noch seiner Arbeit nachgehe, er sich aber regelrecht durch den Tag schleppen müsse, es fehle ihm jeglicher Antrieb. Er könne sich über nichts mehr richtig freuen und sei fast durchgehend bedrückt. Der Appetit sei etwas vermindert, schlafen könne er noch ganz gut. Diese Symptome beständen seit etwa drei Monaten. Sie entwickelten sich, wie sich erst in

Jobst Finke, Dr. med., 1937, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie, Ausbilder in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), von der Ärztekammer Nordrhein ermächtigter Weiterbilder, tätig in freier Praxis sowie in der klinisch-fachärztlichen Weiterbildung und als Supervisor; Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie, Beziehungskonzepte der psychotherapeutischen Schulen, Arbeiten mit Imaginationen, Träumen und Märchen.

Kontakt: D-45134 Essen, Hagelkreuz 16; jobst.finke@uni-due.de

1 Die Angaben zur Person wurden so modifiziert, dass eine Identifikation nicht möglich ist.

einem weiteren Gespräch ergab, nach einer kränkenden Bemerkung seines Chefs und nach dem fast zeitgleichen Rückzug einer Kollegin, in die er sich offensichtlich verliebt hatte und mit der er sich über einige Wochen dreimal in einem Restaurant zum Abendessen getroffen hatte.

Biografische Anamnese

Der Klient Peter P. hat eine kleine Dachgeschoßwohnung im gleichen Haus, in dem auch seine Mutter wohnt. Abends hält er sich oft bei seiner Mutter auf. Er hat kaum engere Freunde. Sein Hobby ist das Sammeln von Zinnsoldaten und das Lesen von Abenteuer- und historischen Romanen bzw. Biografien. Die Mutter ist auch als städtische Angestellte tätig. Sie trennte sich von ihrem Mann wegen dessen Alkoholabhängigkeit, als der Klient drei Jahre alt war. Der Klient weilte als Kind wegen der Berufstätigkeit der Mutter häufiger bei den Großeltern. Die Mutter war um den heranwachsenden Klienten durchaus bemüht, aber wegen ihrer Berufstätigkeit oft auch sehr angespannt, manchmal überanstrengt und ungeduldig und sie erwartete von ihrem Sohn, als braves und pflegeleichtes Kind zu funktionieren.

Der Klient hat in seiner Heimatstadt eine Lehre als Verwaltungsangestellter mit recht guten Zensuren abgeschlossen und ist jetzt weiterhin dort tätig. Er lebt sozial recht isoliert, hat außer den regelmäßigen Kontakten zu seiner Mutter und den rein formalen Beziehungen zu seinen Berufskollegen kaum sozialen Austausch. Er hatte noch nie eine engere Beziehung zu einer Frau (außer natürlich zu seiner Mutter), sehnt sich aber danach, eine Freundin zu haben.

Entwicklungspsychologischer Hintergrund und Inkongruenzkonstellation

Die Mutter setzte, wie sich aufgrund späterer Angaben des Klienten vermuten lässt, Bewertungsbedingungen („conditions of worth“, Rogers, 1959/1987, S. 50 f.), die zur Verinnerlichung von Normen wie Folgsamkeit, Nachgiebigkeit und Leistungsbereitschaft, vor allem in schulischer Hinsicht, führten. Es bildete sich also ein auf Anstrengung, Entsagung und Fügsamkeit bezogenes Selbstkonzept aus, mit dem autonome, widerständige, auf Selbstdurchsetzung bezogene Bedürfnisse nicht vereinbar waren. So konnten diese Gefühle und Bedürfnisse auch nicht symbolisiert, also im Selbstkonzept abgebildet werden. Nicht symbolisiert werden konnten vor allem alle aggressiven und selbstbehauptenden Gefühle, besonders auch gegenüber der Mutter als zentraler Bezugsperson. Es besteht also eine Inkongruenz zwischen einem auf soziale Anpassung

und Unterordnung ausgerichteten Selbstkonzept einerseits und abgewehrten organismischen Bedürfnissen nach Selbstbestimmtheit und Selbstverwirklichung andererseits (Rogers, 1959/1987, S. 29 f.). Aufgrund der Ausblendung vieler Aspekte des organismischen Erlebens resultierte ein labiles, inkohärentes Selbstkonzept bei geringem Selbstwerterleben. Das Beziehungskonzept des Klienten wäre so zu beschreiben, dass er in den ihm begegnenden Anderen schnell etwas Bedrohliches, d. h. ihn Beschämendes, Abwertendes und Missachtendes sieht, dies gilt besonders bei Personen, die er als eine Art Autorität empfindet. Durch das Fehlen einer väterlichen Identifikationsfigur hatte der in seiner beruflichen Arbeit sehr um Korrektheit und Gründlichkeit bemühte Klient auch kein Vorbild für männliche Selbstbehauptung, das ein Gegengewicht zum mütterlichen Einfluss hätte geben können. So können auch die Aggressionen aufgrund der aktuellen Enttäuschungserlebnisse nicht interpersonal selbstbehauptend, sondern nur resignativ und gegen sich selbst gerichtet verarbeitet, d. h. in Form der Depressivität verzerrt symbolisiert werden.

Psychischer Befund bei Therapiebeginn und diagnostische Bemerkungen

Der Klient wirkt beim Vorgespräch auf den Therapeuten bedrückt und mäßig antriebsgemindert. Etwas umständlich und pedantisch, sehr auf Exaktheit der zeitlichen Zusammenhänge bedacht, schildert er seine Beschwerden und ist dabei emotional etwas monoton, wenig schwingungsfähig, aber verbal nicht ungewandt, mit einer Neigung zum Intellektualisieren. Im Ausdrucks- und Kontaktverhalten wirkt er gehemmt und etwas steif. Er scheint wenig durchsetzungsfähig und eher selbstunsicher zu sein. Im Beruf zeigt er vermutlich eine gewissenhafte Leistungsbereitschaft, und er könnte in der Arbeit sehr auf eine zur Umständlichkeit führende Korrektheit bedacht sein.

Diagnostisch ist das vorliegende Störungsbild, bei dem als Auslöser eindeutig belastende Lebensereignisse zu eruieren waren, als eine depressive Anpassungsstörung einzuordnen (ICD-10 F43.21). Als individuelle Disposition zur Entwicklung einer solchen Störung ist eine selbstunsichere, kontaktgehemmte, wenig durchsetzungsfähige und auch etwas zwanghafte Persönlichkeit anzunehmen.

Therapieverlauf

Zur therapeutischen Konzeption

Die Therapie des Klienten wurde als Personenzentrierte Psychotherapie in insgesamt 78 Sitzungen während eines Zeitraumes von fast anderthalb Jahren durchgeführt. Im ersten Halbjahr

fanden zwei Sitzungen pro Woche statt, um bald eine tragfähige therapeutische Beziehung zu schaffen und dem Klienten den nötigen Halt zu geben, seiner beruflichen Tätigkeit ohne „Krankschreibung“ standhalten zu können. Als abschbar wurde, dass dies zu erreichen ist, fanden die Sitzungen einmal wöchentlich statt.

Die Personzentrierte Therapie wurde insofern modifiziert, als ein zusätzliches Medium eingeführt wurde, nämlich die Arbeit mit Märchen (vgl. Finke, 2013). Diese Modifizierung soll generell dazu dienen, das erlebensaktivierende, „experienzielle“ Moment der Personzentrierten Therapie zu betonen. Wenn man von der Formulierung ausgeht, dass das Paraphrasieren, also das Umschreiben, das hermeneutische Umkreisen eines Erlebensmusters, ein erster Schritt bei der personzentrierten Verstehensarbeit ist, dann soll der Einsatz eines Märchens dazu dienen, das Problem des Klienten in einer besonders bildkräftigen, emotionsevozierenden, vielfältige Bedeutungen generierenden Weise zu „umschreiben“. Das Märchen ist dann wie ein Gleichnis, mit dem verschiedene Aspekte der inneren Situation des Klienten so erlebensnah beschrieben werden, dass dem Klienten eine „exakte Symbolisierung“ (Rogers, 1959/1987, S. 30) dieser Situation zunehmend besser möglich wird. Eine besondere Indikation hierfür ergibt sich bei Klienten, denen eine vertiefte Selbstexploration schwerfällt, etwa aufgrund von starken Schamkonflikten mit entsprechender Abwehr all dessen, was das Selbstkonzept infrage stellen könnte (Rogers, 1959/1987, S. 30 f.), oder aufgrund mangelnder (meist sozialisationsbedingter) Fertigkeiten zur Selbstreflexion und Selbstexploration. Hier kann das Märchen mit seinen eindrucksstarken Bildern und seiner klaren, einfachen Handlungsstruktur eine emotionsevozierende Vorlage für das Betrachten und Erkunden der eigenen Problematik sein. Bei Klienten mit hoher Schamananfälligkeit und entsprechend rigider, d. h. strukturgebundener Abwehr ist auch die Möglichkeit bedeutsam, die eigene Problematik zunächst indirekt, nämlich stellvertretend am Schicksal der Märchenhelden bearbeiten zu können, d. h. sich gewissermaßen selbst zu explorieren, indem man scheinbar nur über andere spricht.

Erste Therapiephase

In den ersten 4 bis 6 Wochen ist die Selbstdarstellung des Klienten durch ein erlebensfernes Berichten gekennzeichnet. Von den die Depression auslösenden Ereignissen ist keinesfalls sofort etwas zu erfahren, von der kränkenden Kritik seines Chefs erst in der dritten Sitzung, von der Zurückweisung durch die Kollegin erst nach einigen Wochen. In seiner Resonanz auf den Klienten fühlte sich der Therapeut zunächst sehr auf Distanz gehalten, was er manchmal auch als fast kränkende Abweisung empfand, obwohl oder gerade weil er zum Klienten durchaus eine spontane Sympathie verspürte. Dabei wurden

Impulse der Verweigerung entsprechend der oben geschilderten Persönlichkeitsproblematik nie direkt gezeigt, vielmehr war der Klient im Kontaktverhalten immer von förmlicher Höflichkeit. Die Intention, dieses Ausweichen im Sinne der Frage anzusprechen, ob Angst- und Schamgefühle hierfür verantwortlich seien, weil der Klient vielleicht befürchtete, der Therapeut könne ihn insgeheim genauso verachten, wie er dies von anderen annahm, stellte der Therapeut zurück. Denn er befürchtete, dass der Klient in diesem frühen Stadium eine solche, wenn auch behutsam formulierte Frage nach seinem Beziehungserleben gegenüber dem Therapeuten, also ein *Beziehungsklären* (Carkhuff, 1969; Finke, 2004) zu sehr als bedrängend und als Angriff auf seine Intimitätsgrenzen erleben könnte. Andererseits hatte er auch das Gefühl, dass dem Klienten an dem Gespräch gelegen war, vor allem wenn er von seinen beruflichen Aufgaben und anderen, eher erlebensferneren Themen sprechen konnte. Als Beziehungspheantasie entstand im Therapeuten die Vorstellung, eine Art Chef-Figur für den Klienten zu sein, von der man leicht Kritik und Entwertung erfahren könne, bei guten Leistungen vielleicht aber auch etwas Lob. Dieses Vermeiden einer emotional berührenden Thematik änderte sich erst nach Einführung der Arbeit mit Märchen.

In den ersten Therapiestunden schildert der Klient zunächst akribisch seinen beruflichen Alltag und seine Beschwerden. Er bringt diese nicht von sich aus mit seinen Enttäuschungserlebnissen in Zusammenhang. Erst als der Therapeut nach seiner beruflichen Zufriedenheit fragt, beklagt er sich über die Ungerechtigkeit der Kritik seines Chefs. Von dem für ihn enttäuschenden Verhalten der Kollegin ist zunächst gar nicht die Rede.

Für den Therapeuten wird deutlich, dass der Klient im Umgang mit dem Chef und auch mit Kollegen vermutlich wenig gewandt, sondern eher steif und etwas linkisch ist und so seine Leistungen nicht angemessen darstellen und seine Interessen kaum behaupten kann. Der Therapeut stellt deshalb die Frage, wie der Klient seinen Chef beeindrucken könnte und wie man sich bei Leuten wie ihm durchsetzen könne. In diesem Zusammenhang thematisiert der Therapeut die Bedeutung von Vorbildern, von Leitfiguren. Er fragt den Klienten, ob er auch welche hätte, z. B. Helden von Romanen oder Filmen. Als er eine etwas ausweichende Antwort erhält, fragt der Therapeut, ob er früher als Kind gerne Märchen gehört oder gelesen hätte. Ja, die Großmutter habe ihm früher wohl welche vorgelesen, aber erinnern könne er sich an keines. Da der Therapeut den Eindruck gewonnen hatte, dass für die Problematik dieses Klienten das Märchen „Der Eisenhans“ die richtige, nämlich männliche Stärke und Durchsetzungskraft thematisierende Botschaft enthält, insofern dem vaterlos aufgewachsenen Klienten wohl eine Autoritätsängste überwindende, männliche Identifikationsfigur fehlt (vgl. Finke, 2013, S. 171 ff.), macht er Herrn P. den Vorschlag, dieses bis zur nächsten Sitzung zu lesen.

Der Märchentext

Der Eisenhans (Brüder Grimm, 1857/1980, KHM 136), ein wilder, am ganzen Körper mit langen Haaren versehener Mann aus der Tiefe der Wälder, war für jeden, der diese Wälder betrat, zu einer Bedrohung geworden und er wurde deshalb schließlich gefangen gesetzt. Aus seinem Käfig befreit ihn aber der noch sehr junge Königssohn, nachdem er dazu den Schlüssel unter dem Kopfkissen seiner Mutter entwendete. Der Königssohn bittet dann den Eisenhans, mit ihm in die Wildnis gehen zu dürfen. Dort bereitet der Eisenhans ihm ein angenehmes Lager und gebietet ihm, einen Brunnen mit flüssigem Gold zu bewachen und vor jeder Verunreinigung zu bewahren. Als der Königssohn diese Bedingung mehrfach nicht erfüllt, indem er u. a. versehentlich sein Haar in das Gold des Brunnens fallen lässt, muss er den wilden Mann verlassen, bekommt aber das Versprechen mit auf den Weg, dass er den Eisenhans rufen könne, wann immer er ihn brauche. Er arbeitet sodann unerkannt als Gärtner an einem fremden Königshofe und fällt dort wegen seiner goldenen Haare (die waren ja in den Goldbrunnen gefallen) der Königstochter auf, die Gefallen an ihm findet. Er aber will sich erst bewähren und reitet, als der König in einen Krieg zieht, auf einem lahmen Gaul hinterher. Dann ruft er den Eisenhans herbei und wünscht sich von ihm ein feuriges Ross und eine Rüstung. Er erhält beides sowie einen Trupp Soldaten und kann so dem Krieg die entscheidende siegreiche Wendung geben. Er gibt sich aber noch nicht zu erkennen. Erst durch seine Siege bei anschließenden Ritterspielen, für die der Eisenhans ihm wieder die Ausrüstung beschafft, wird das Geheimnis um seine Identität gelüftet, und die Königstochter kann ihn heiraten.

In der nächsten Sitzung spricht der Therapeut Herrn P. auf seine Märchenlektüre an und fragt, wie ihm „Der Eisenhans“ gefallen habe. Der Klient zögert und sagt dann etwas unbestimmt, es habe ihm wohl ganz gut gefallen.

Gesprächsausschnitt

T: *Welche Stelle, welche Szene hat Ihnen besonders gefallen?*

K: *Das Versprechen des Eisenhans bei der Verabschiedung des Jungen.*

T: *So einen Eisenhans hätten Sie vielleicht auch gebraucht.*

K: (murmelt) *Ja, vielleicht.*

T: *Wenn Sie neulich Ihren Eisenhans hätten rufen können und dann auch so eine Rüstung gehabt hätten und dazu noch Verstärkung an Ihrer Seite, dann hätten Sie dem Chef ganz anders Paroli bieten können.*

K: (etwas in sich gekehrt, aber sichtlich berührt) *Ja – das stimmt irgendwie schon.*

T: *Da fehlt Ihnen vielleicht eine Art väterlicher Schutzengel, auf den Sie sich immer verlassen können.*

K: (ausweichend) *Könnte schon sein.*

T: *Wie haben Sie sich den Eisenhans vorgestellt?*

K: *Das ist ein großer, kräftiger Mann mit einem zotteligen Bart gewesen. – Ja, und mit langen Haaren, die hingen ihm bis auf die Schultern herab, und mit Fellen bekleidet.*

T: *So wie mit einem Pelzumhang. – Und sein Gesicht, wie sieht das aus, stellen Sie es sich noch einmal intensiv vor!*

K: *Das ist ziemlich zerknittert, aber gütig.*

Der Therapeut will hier bei dem vaterlos aufgewachsenen Klienten die geheimen, kaum symbolisierten Beziehungserwartungen und -hoffnungen stimulieren und sie zunächst in der Projektion auf die Märchenfigur des jungen Prinzen zum Ausdruck kommen lassen. So äußert der Klient in Form dieser Projektionen Wünsche nach einer väterlichen Halt, Rat und Orientierung gebenden Figur, die unmittelbar auszudrücken seine Scham noch nicht zugelassen hätte.

Dies wird auch bestätigt durch die lakonische und immer noch ein wenig ausweichende Entgegnung „Könnte schon sein“ auf die Bemerkung des Therapeuten „Da fehlt Ihnen vielleicht eine Art väterlicher Schutzengel, auf den Sie sich immer verlassen können.“ Der Therapeut hat hier das Gefühl, dem Klienten durch die schon recht direkte Problemansprache zu nahe gekommen zu sein und so zu viel Abwehr zu provozieren. Er nimmt sich deshalb vor, zunächst auf der Symbolebene, also beim Märchenstoff zu bleiben. Deshalb fragt er den Klienten, wie er sich den Eisenhans vorgestellt habe.

Die Phantasien des Klienten zur Figur des Eisenhans zu evokieren hat das Ziel, sowohl seine Vorstellungen und Erwartungen an einen idealen Vater als auch seine Erwartungen an sich selbst, also sein Selbstideal, zu explorieren. Freilich soll sich diese Exploration zunächst auf einer gleichnishaften bzw. metaphorischen Ebene vollziehen, da der Klient zu einer „exakten Symbolisierung“ (Rogers, 1959/1987, S. 30), also zu einer sprachlich unmittelbaren Benennung wegen seiner hohen Schamfälligkeit noch nicht in der Lage ist. Er sieht im Therapeuten vermutlich immer noch eine Figur negativer Väterlichkeit, d. h. einen „gestrengen“, autoritären Vater, der vielleicht seinem Chef gleicht und der bereit ist, ihn kritisch zu bewerten und auch zu beschämen, wenn er „Unangemessenes“ äußern sollte. Der Mut zur Symbolisierung, vor allem zur „exakten Symbolisierung“, also der Fähigkeit, sich die eigenen Bedürfnisse im Klartext der lexikalischen Sprache zu vergegenwärtigen und sie zu verbalisieren, wird durch die Einführung der Märchenarbeit jedoch vorbereitet. Darüber hinaus soll der Klient die väterliche Figur des Eisenhans als ein gutes „Alter Ego“ (vgl. Rogers,

1951/1973, S. 47), als inneren Begleiter (vgl. Gahleitner, 2005; Finke, 2013) so imaginativ verinnerlichen, dass diese Figur zu einer selbstwertstabilisierenden Stütze wird.

Der Therapeut gewinnt in der Interaktion mit dem Klienten zunehmend die Überzeugung von der Berechtigung dieser Überlegungen, denn der Klient wirkt in der Beschäftigung mit dem Märchenstoff deutlich lebendiger und spontaner als zuvor. Zu diesem Zeitpunkt, d. h. etwa 8 bis 10 Wochen nach Beginn der Therapie, hat sich übrigens auch die depressive Symptomatik schon weitgehend zurückgebildet.

Die Gesprächspartner sprechen dann über die Figur des Eisenhans, der über Zauberkräfte und seherische Fähigkeiten verfügt, der „eisern“ ist, also stark und kraftvoll und wohl auch hart und grausam sein kann, allerdings eben auch hilfreich und gütig. Er steht der Natur und ihren Kräften in besonderer Weise nahe und entspricht der Figur des Wilden Mannes, einer Sagengestalt, die in vielen deutschen Waldgebirgsgegenden zu finden ist (Lurker, 1991).

Innerseelisch, also als Aspekt der eigenen Person verstanden, entspräche die Figur des Wilden Mannes dem vitalen, ursprünglichen, intuitiv wissenden, also dem organismischen Persönlichkeitsanteil, von dem Rogers sagte, dass dieser klüger als das Bewusstsein sein könne und es oft auch sei (Rogers, 1961/1973, S. 191). Mit dem Erwecken des „Eisenhänischen“ (Kast, 1984, S. 105 ff.) in sich würde der Klient aber nicht nur eine ursprünglich-intuitive Lebensklugheit aktivieren, sondern auch seine Fähigkeiten zur autonomen Selbstbehauptung und sozialen Durchsetzung. Es kommt dem Therapeuten darauf an, dass sich der Klient mit den verschiedenen Aspekten des Eisenhans auseinandersetzt, mit den zur Selbstbehauptung anregenden, sowohl aggressiven und fordernden als auch beschützenden und haltgebenden. Denn diese Aspekte spielen sowohl für die Veränderung des Selbst- als auch des Beziehungskonzeptes des Klienten eine Rolle.

Gesprächsausschnitt

T: *Ich denke jetzt daran, wie der Eisenhans dem Jungen das Lager bereitet hat, als er ihn mit in den Wald genommen hat. Das war ja sehr aufmerksam und sehr liebevoll.*

K: *Ja, der Junge konnte sich da richtig geborgen fühlen.*

T: *Das ist so ein schönes Bild für Sie, dass da jemand ist, der Geborgenheit gibt.*

K: *Ja, er konnte sich dem ganz anvertrauen.*

T: *Aber er wurde ja auch gefordert, er musste ganz konzentriert auf den Brunnen aufpassen.*

K: *Er wäre dafür aber auch anerkannt und gelobt worden, wenn er es geschafft hätte.*

T: *Eine solche Anerkennung würden Sie sich manchmal auch wünschen, z. B. von Ihrem Chef.*

K: *Ja, schon, ja.*

Der Therapeut wagt jetzt schon, zumindest ansatzweise den unmittelbaren Bezug mancher Märchenszenen zum Klienten herzustellen, und der Klient weist solche Bezugnahmen auch nicht zurück, wenn er hier, wie in der letzten Äußerung, noch recht einsilbig reagiert. Das Bemühen um Wertschätzung und Einfühlung des Therapeuten hat dem Klienten wohl schon etwas die anfänglichen Befürchtungen vor Kritik und Demütigung genommen und sein Bild vom Therapeuten nimmt vermutlich zunehmend positive Züge an. Die negativen Beziehungserwartungen, die der Klient nun zurücknehmen kann, dürften eine aktuelle Ursache in den negativen Beziehungserfahrungen mit seinem Chef haben, sie könnten zudem weiter zurückliegende Gründe in der Erfahrung mit Lehrern haben und möglicherweise sehr frühe in dem Erleben des im Trunk oft jähzornigen Vaters.

Kommentar

Die therapeutische Beziehung wurde bald nach Beginn der Therapie von beiden Seiten als recht angespannt erlebt. Der Klient stand wohl aufgrund seiner Persönlichkeitsproblematik von Beginn an unter der angstvollen Vorstellung, der Therapeut könnte ihn kritisieren und beschämen wollen. Die entsprechende Abwehr, sich auf ein vertiefendes Gespräch einzulassen, verursachte auch beim Therapeuten eine psychische Spannung, d. h. ein Gemisch von Gefühlen der Ungeduld, des leichten Ärgers, aber auch der Ohnmacht und einer Inkompetenzscham, den Klienten nicht erreichen zu können. Diese Spannung beserte sich auf beiden Seiten ziemlich schnell mit Einführung der Märchenarbeit. Der Klient, der sich nun nicht mehr unmittelbar mit sich selbst beschäftigen musste, fühlte sich nicht mehr so bedroht und folglich spontaner und aufgeschlossener für die gemeinsame Arbeit. Der Therapeut empfand mitunter so etwas wie Stolz, die richtige Indikationsentscheidung für die Märchenarbeit getroffen zu haben.

In den weiteren Sitzungen lässt der Therapeut den Klienten noch häufiger zu der Figur des Eisenhans imaginieren. Er unterstützt dabei jede Zuschreibung von positiven Merkmalen dieser Figur. Der Therapeut will damit erreichen, dass Herr P. den Eisenhans zunehmend als sein Alter Ego, als einen hilfreichen Begleiter verinnerlicht. Mit dieser Förderung der Verinnerlichung einer positiven Identifikationsfigur, die auf Seiten des Therapeuten auch nicht frei von suggestiven Elementen ist, führt er ein bewältigungsorientiertes Moment in die Therapie ein. Da die Personzentrierte Psychotherapie eher eine klärungs- bzw. einsichtsorientierte Therapieform ist als eine bewältigungsorientierte (entsprechend dem dichotomen Schema von Grawe, 2000), stellt diese Vorgehensweise eine Abweichung vom Standardverfahren dar. Dem Therapeuten war neben einer betont klärungsorientierten Auseinandersetzung mit dieser Figur dieses zusätzliche Moment aber wegen der

ausgeprägten Selbstunsicherheit und des Mangels an interaktionaler Kompetenz des Klienten wichtig. Der Therapeut vermutete, dass dem Klienten so der Aufbau eines stabilen Selbstwerterlebens bessertgelingen würde.

Zweite Therapiephase

In der mittleren Phase der Therapie ist viel von dem Bedürfnis des Klienten nach Anerkennung, auch nach Gefordertwerden die Rede. Er kann es jetzt schon zulassen, auf seine „innere Welt“ (Rogers, 1977, S. 184) angesprochen zu werden. Er wirkt im Kontakt nicht mehr so überkontrolliert und steif und scheint weniger Angst davor zu haben, der Therapeut könne ihn verurteilen oder missbilligend auf ihn herabblicken. So ist in dieser Therapiephase auch eine zumindest zögernde Bereitschaft zur Selbstexploration zu beobachten. Er berichtet, sich in seiner beruflichen Tätigkeit eigentlich qualitativ unterfordert zu fühlen, er wünscht sich, dass der Chef ihm mehr weiterführende Aufgaben stellt, ihm aber auch Hinweise zu ihrer Lösung gibt.

Um bei dem auch hier immer noch ein wenig überkontrolliert und untergründig ängstlich wirkenden Klienten eine gefühlnahe Selbstexploration, aber auch eine optimistische Zukunftserwartung anzuregen, fokussiert der Therapeut auf die Märchenebene und meint dann:

Gesprächsausschnitt

T: *Der Eisenhans hat aber nicht nur Aufgaben gestellt, sondern auch viel Schutz und Nähe gegeben. Vor allem hat er das Versprechen gegeben, immer für den Jungen da zu sein, wenn er ihn brauche. Können Sie sich vorstellen, was ihm der Junge beim Abschied zugerufen haben könnte?*

K: *Der wird sich sehr bedankt haben und der Abschied ist ihm sicher sehr schwer gefallen.*

T: *Trotz dieses Abschiedsschmerzes ist er sicher in dem dankbaren und zuversichtlichen Gefühl gegangen, jetzt allen Gefahren des Lebens trotzen zu können. Wenn Sie dieser Königssohn wären, was wären jetzt Ihre Pläne?*

K: *(emotional sehr beteiligt) Ich hätte das Gefühl, unbesiegt zu sein, und ich würde mir wohl vornehmen, mir das auch zu beweisen, so wie es der Junge später ja dann auch getan hat, als er in den Krieg zog.*

T: *Dieses Bedürfnis, sich selbst auch bewähren zu wollen, das können Sie gut nachempfinden.*

K: *Ja, dass man diese Sicherheit hat, aus seinem Leben wirklich etwas zu machen.*

T: *Der Königssohn hat ja, als er den Eisenhans verlassen hatte, zunächst nichts Besonderes aus seinem Leben gemacht, er hat bei einem anderen König wie Aschenputtel erst niedere Küchendienste verrichtet und dann im Garten gearbeitet.*

K: *Ja, der Junge hatte sein Ziel vielleicht noch nicht ganz klar*

vor Augen, aber er fühlte sicher ganz stark, dass er zu etwas Besonderem berufen war.

T: *Sie haben den Eindruck, dass der Junge schon zu dieser Zeit ganz fest fühlte, zu etwas Besonderem berufen zu sein?*

K: *Genau, und dieses Gefühl hat ihn getragen und hat ihm Entschlossenheit gegeben.*

T: *Ja, um solch eine Entschiedenheit ist er irgendwie auch zu beneiden.*

K: *(nickt lebendig zustimmend)*

Da der Klient zwar in seinem Kontaktverhalten schon etwas spontaner und gegenüber der Selbstexploration nicht mehr ganz so abwehrend ist, andererseits aber noch leicht irritierbar erscheint, hat der Therapeut in der Sitzung, aus der der oben stehende Gesprächsausschnitt stammt, es vorgezogen, die Themen Selbstwerterleben, Selbstideal und Lebensziele noch indirekt, d. h. an der Projektionsfigur des Märchenhelden zu bearbeiten. Der Klient arbeitet hier sehr lebendig und mit viel Engagement mit, obwohl er schon ahnen dürfte, dass er auch über sich spricht. Aber bei einer direkten Problemansprache hätte er sich vermutlich doch nicht so eingebracht.

Kommentar

In dieser zweiten Phase der Therapie fasst der Klient endgültig Vertrauen zum Therapeuten, so dass er sich ihm gegenüber zunehmend öffnen kann, auch mit Selbstaspekten, die er offensichtlich als beschämend erlebt. Dies zeigt sich auch darin, dass er jetzt öfter direkt von seinem eigenen Erleben sprechen kann, also ohne dabei den Umweg über die Märchenfigur zu nehmen.

Im weiteren Gespräch kann der Klient auch zum ersten Mal emotional recht berührt von seinem Wunsch berichten, sich an einer besonderen Aufgabe bewähren zu können und ein wirklich herausforderndes Lebensziel zu haben. Er hat das Gefühl, dass ihm in seinem jetzigen Leben etwas fehlt, er kann aber nicht eigentlich sagen, was. Es wird ihm dann schamhaft deutlich, dass er zwar von Heldentum und Größe träumt, aber gar keine konkreten Ziele hat, ja, dass er bisher offenbar immer vermieden hat, sich solche konkret erreichbaren Ziele überhaupt intensiver vorzustellen. Die Gesprächspartner arbeiten dann miteinander die Ambivalenz des Klienten hinsichtlich seiner „großen Lebensaufgabe“ heraus. Herr P. äußert verschämt, sich momentan noch so weit von einer tatsächlichen Übernahme einer solchen Aufgabe entfernt zu fühlen. Sobald er sich die mögliche Inangriffnahme einer solchen Aufgabe intensiver vorstellt, bekommt er Angst. Denn ein solches Projekt wäre ja mit Anstrengung, Kampf und dem Risiko des Scheiterns verbunden sowie damit, den engen Lebensraum seiner Mutter zu verlassen. Die Gesprächspartner arbeiten dann länger an diesen Versagensängsten und der Neigung des Klienten, sich gegenüber anderen – manchmal auch dem Therapeuten

gegenüber – schnell beschämt zu fühlen, also an einem Mangel an Selbstwerterleben zu leiden. Neben dieser Einsicht in die oft gegebene Unangemessenheit seiner Beziehungsbefürchtungen ist es auch zu einer erlebensbedingten Änderung von negativen Beziehungserwartungen gekommen, die ihm ein solches „Geständnis“ überhaupt erst ermöglichen. Durch das Erleben von Wertschätzung, Einfühlsamkeit und Achtsamkeit des Therapeuten hat der Klient also korrigierende emotionale Erfahrungen machen können. (Alexander & French, 1946)

Dritte Therapiephase

Der Klient zeigt sich in dieser dritten Therapiephase zu vertiefter Selbstexploration fähig. Er kann nun auch, angeregt durch die Verstehensangebote des Therapeuten, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gefühlen und Bedürfnissen sowie früheren Beziehungserfahrungen entdecken. Um bestimmte Konstellationen und Zusammenhänge erlebensintensiv zu veranschaulichen, greift der Therapeut aber immer wieder auch auf Bilder bzw. Szenen des Märchens als jeweils eindruckstarke Metapher der Problematik des Klienten zurück.

Im weiteren Verlauf der Therapie kommen die Gesprächspartner darauf zu sprechen, wie der Klient seine Freizeit verbringe und wie er sich zu Hause fühle, bei sich in seiner kleinen Wohnung und bei seiner Mutter, bei der er sich ja viel aufhalte. Der Klient deutet nun zum ersten Mal an, dass er sich durch die Situation manchmal recht beengt fühle. Als der Therapeut dieses Gefühl der Beengung und sodann das mögliche Bedürfnis nach Befreiung aufgreift, zeigt sich das Ambivalenzerleben des Klienten: Einerseits sehnt er sich nach der Weite eines ganz anderen Lebens, andererseits schätzt er die Geborgenheit und die Bequemlichkeit, jeden Abend von der Mutter bekocht zu werden. Einerseits schämt er sich, noch „bei der Mutter zu hocken“, andererseits bekommt er Schuldgefühle bei dem Gedanken, die Mutter zu verlassen. Der Therapeut greift diese Schuldgefühle unter Bezugnahme auf die Bilder des Märchens auf:

Gesprächsausschnitt

T: *Diese Schuldgefühle halten Sie gefangen, sie sind für Sie wie der Käfig, in den der Eisenhans gesperrt war.*

K: *Der konnte sich aber nicht selbst daraus befreien, das hat der Königssohn gemacht.*

T: *Aber er wusste, wie man das macht. Er hat dem Königssohn gesagt, wo er den Käfigsschlüssel finden kann und holen soll, nämlich unter dem Kopfkissen seiner Mutter.*

K: *Und der Königssohn hat ihn dann einfach von dort genommen.*

T: *Ja – der Königssohn hat die Schuld auf sich genommen, den Schlüssel zur Befreiung des Eisenhans unter dem Kopfkissen seiner Mutter zu stehen. Das hat ihm wohl auch die Entschlossenheit gegeben, den Eisenhans zu bitten, mit ihm gehen zu dürfen.*

K: *Das war eine richtige Entscheidung von ihm, so hat er seinem Leben eine wichtige Wendung gegeben.*

T: *Der Königssohn musste also seiner Mutter gegenüber untreu werden, um beim Eisenhans eine neue Entwicklungsmöglichkeit zu haben. Durch das Verlassen seiner Mutter und auch seines Vaters hat er den Eisenhans und sich selbst befreit.*

K: (nachdenklich) *Ja – aber er brauchte erst den Eisenhans, um zu wissen, wo der Schlüssel ist, und um den Mut zu haben, ihn zu nehmen.*

T: *Einen Eisenhans haben Sie auch. Sie haben ihn in sich. Er ist nur noch eingesperrt – eingesperrt im Käfig Ihrer Schuldgefühle und Ihrer Ängste.*

Der Therapeut überlegt hier, ob der Klient auch in ihm eine Art Eisenhans zu sehen beginnt. Aber er will, dass die fiktive Figur des Eisenhans im Erleben des Klienten möglichst wenig mit der realen Person des Therapeuten konfundiert, weil das den Klienten zu abhängig von ihm machen könnte. Deshalb lenkt er die ganze Aufmerksamkeit des Klienten auf diese imaginäre Identifikationsfigur „Eisenhans“. Die Gesprächspartner erörtern miteinander, wie der Klient auf den Wilden Mann bzw. auf das „Eisenhansische“ in sich selbst achten und lauschen könne. Er muss dem Eisenhans in sich selbst mehr Raum gewähren, was aber auch das Verhältnis zu seiner Mutter gefährden kann. Der Klient kann sich hier erstmals eingehender zu der ambivalenten Beziehung zu seiner Mutter äußern. Einerseits fühlt er sich seiner Mutter sehr verbunden und er bekommt bei Trennungphantasien Schuldgefühle; andererseits ruft ihre Fürsorge auch aggressive Gefühle in ihm hervor, weil diese Fürsorge für ihn eine einengende und vor allem verpflichtende Wirkung hat. Der Therapeut erinnert den Klienten noch einmal an den Käfigsschlüssel unter dem Kopfkissen der Mutter des Königssohnes und fragt ihn, was dieses Bild in ihm auslöst. Der Klient ist sichtlich betroffen, und er setzt sich angestrengt mit dem Gedanken auseinander, dass seine Mutter ihn wohl aktiv durch die Fürsorge, ja Verwöhnung festhalte, die sie ihm angedeihen lässt. Er kann sich nun eingestehen, dieses Umsorgtwerden durchaus zu genießen, aber auch gerade dadurch davon abhängig zu sein. Diese Sicht ist als eine „Entschlüsselung“ seiner Mutterbeziehung zu verstehen. Diese Interpretation im Sinne einer „hermeneutischen Empathie“ (Keil, 1997) ist der Schlüssel unter dem Kopfkissen seiner Mutter! Damit bekommt dieses Märchenbild für den Klienten etwas sehr Eindringliches. Der Therapeut bittet den Klienten, dieses Bild noch einmal intensiv vor seinem inneren Auge entstehen zu lassen und sich dann zu fragen, ob der Schlüssel noch etwas anderes bedeuten könne.

Kommentar

In dieser dritten Therapiephase, besonders in ihrer zweiten Hälfte, werden Fragen nach dem Lebensentwurf und den

Sinnkonzepten des Klienten erörtert, also nach dem, was er als die Bestimmung seines „wahren Selbst“ erlebt (vgl. z. B. Gallicker, 2011). Dabei wird zunächst davon gesprochen, was ihn an der Verwirklichung dessen, was er als sein eigentliches Selbst erlebt, hindert. Dies stellt sich dann vor allem als seine ambivalente, aber starke Mutterbindung dar.

Wegen dieser Thematik lässt sich sagen, dass sich hier Aspekte der so genannten Problem- bzw. Konfliktphase mit der existenziellen Phase nach Swildens (1991) überschneiden, während die oben besprochene zweite Phase weitgehend der Problem- bzw. Konfliktphase nach Swildens entspricht.

In den auf den oben dargestellten Gesprächsausschnitt folgenden Therapiestunden werden die Schuldgefühle des Klienten gegenüber seiner Mutter thematisiert. Diese Schuldgefühle tauchen beim bloßen Gedanken an Selbstständigkeit auf und binden ihn so an die Mutter. Indessen fordert die Mutter sein Dableiben nie direkt, aber er hat die Vorstellung, dass sie es braucht, von ihm gebraucht zu werden, und dass das Leben der Mutter sinnentleert sei, wenn er gehen würde. Warum also nicht einfach bleiben? Aus der Perspektive des Märchens kann man sagen, wenn der Königssohn nicht mit dem Eisenhans von Zuhause fortgegangen wäre, hätte er kein goldenes Haar bekommen und vor allem wäre er kein kühner Ritter und Kriegsheld geworden. Klient und Therapeut sprechen dann darüber, welche Seiten von ihm durch das Leben mit der Mutter vielleicht weniger zur Entfaltung kommen. Das wären also jene Seiten, für deren Entfaltung es gut ist, ein männliches Vorbild, einen Eisenhans, zu haben (vgl. Bly, 1993). Denn das wäre eine Leitfigur für die Entfaltung der Selbstbehauptung und der Möglichkeit einer Auseinandersetzung mit männlichen Rivalen. Er könnte so jene Selbstbewusstheit und Selbstgegenwärtigkeit entwickeln, die wir mit den Begriffen (und wohl auch dem Stereotyp) der „männlichen“ Identität und Authentizität umschreiben.

In diesem Zusammenhang kommen auch die Ängste des Klienten vor der Selbstständigkeit und dem Alleinsein zur Sprache, die sich bisher etwas hinter seinen Schuld- und Verantwortungsgefühlen gegenüber seiner Mutter versteckten, deren exakte Wahrnehmung er also mit diesen Schuldgefühlen abwehrte. Darauf behutsam angesprochen, kann er sich aber eine gewisse Unsicherheit gegenüber einer Änderung seiner Wohnsituation bald eingestehen. Im Sinne einer entsprechenden Angstbewältigung wird der Klient gebeten, sich eine solche Änderung in möglichst vielen Einzelheiten imaginativ auszumalen.

In Ergänzung zur Thematik der Selbstbehauptung und sozialen Durchsetzung fragt der Therapeut den Klienten, welche Vorstellungen, Pläne und Wünsche er jetzt für sein Leben habe. Bei der Beantwortung dieser Frage kommt der Klient auf seinen Wunsch zu sprechen, eine Freundin zu haben. Der Therapeut fragt hier nach den Vorstellungen und Erwartungen des Klienten an solch eine Freundin. Dabei zeigt sich, dass Herr

P. nur ein diffuses, ein recht vages Bild von dieser ersehnten Freundin zeichnen konnte. Aber immerhin kann er sagen, dass ihm an der Kollegin, die ihn seinerzeit zurückgewiesen hatte, ihre lebendige, fröhliche und Kontaktfreude ausstrahlende Art gefallen hatte. Vielleicht sucht Herr P. ein Gegenbild zu sich selbst und verband mit ihm den Wunsch, von seiner ängstlichen Zurückhaltung und Überkontrolliertheit erlöst zu werden.

Die Thematik der ersehnten Partnerin nimmt mehrere Situationen ein und der Klient fragt sich dabei, warum „die Frauen“ ihn wohl abweisen (eine ähnliche Zurückweisung wie jetzt von der Kollegin hatte Herr P. bereits vor gut einem Jahr von einer anderen Frau erfahren). Klient und Therapeut gelangen zu der Überlegung, dass dies vielleicht daran liege, dass er sich selbst noch nicht recht gefunden und verwirklicht habe, dass er so „den“ Frauen noch nicht genügend deutlich mache, was er wolle. Vielleicht müsste Herr P. einfach noch etwas warten, genau wie der Königssohn in der Rolle als Gärtner noch sein inneres Wachstum abgewartet habe, d. h. zunächst die Kontaktangebote der Prinzessin abwehrte, bis sich seine Entwicklung in der Bewährung als Kriegsheld vollendete.

Der Abschied

Da der Therapeut gerade in der letzten Therapiephase zunehmend den Eindruck hatte, dass der Klient ihn idealisiert und dass er so selbst zu einer Art Eisenhans für den Klienten geworden ist, versucht er dies in Vorbereitung auf das (auch durch das kassenrechtlich begrenzte Stundenkontingent gesetzte) Therapieende über das *Beziehungsklären* und über das *Selbsteinbringen* (Finke, 2004) zu thematisieren. Er will so einer emotionalen Abhängigkeit des Klienten entgegenwirken und dessen Selbstbestimmtheit und innere Unabhängigkeit festigen.

Therapieausschnitt

T: Unsere Gespräche gehen jetzt langsam dem Ende zu. Was ist Ihrer Meinung nach hier erreicht worden?

K: Ich kann jetzt ganz anders über mein Leben nachdenken und fühle mich insgesamt deutlich sicherer.

T: Sie fühlen sich sicherer, stärker, vielleicht auch mutiger – auch wenn Sie in die Zukunft blicken?

K: Ja, ich weiß jetzt klarer, worauf es ankommt, was ich ändern muss.

T: Das Leben in die eigenen Hände zu nehmen und es aktiv zu gestalten, das ist wichtig für Sie?

K: Ja. Das will ich jetzt auf jeden Fall viel entschiedener machen.

T: Sie haben jetzt klarer ein Ziel vor Augen, und Sie wissen jetzt besser, was Sie vom Leben erwarten wollen.

K: Ja, so ist es.

T: Oder sagen Sie das jetzt nur mir zuliebe, weil Sie vielleicht glauben, dass ich das hören will?

K: *Nein, gar nicht. Ich will ja selbst etwas ändern, viel ändern sogar.*

T: *Sie müssen ja gar nichts ändern. Niemand zwingt Sie dazu, etwas zu ändern. Oder haben Sie das Gefühl, ich dränge Sie zu einer Änderung?*

K: *Nein, ich will ja selbst mein Leben nicht mehr so weiterführen.*

T: *Aber Sie hätten nicht ganz Unrecht, wenn Sie den Eindruck haben sollten, dass ich es schön fände, wenn Sie in einigen Punkten etwas ändern würden. Aber Sie brauchen sich ja mit meinen Wünschen überhaupt nicht zu identifizieren und sich hier gar nicht unter Druck setzen lassen.*

Als die Psychotherapie nach fast eineinhalb Jahren und fast 80 Sitzungen beendet wird, lebt der Klient zwar immer noch im gleichen Hause wie die Mutter, aber er kann jetzt stärker eine innere Distanz halten. Er kann auch seine ambivalenten Gefühle der Mutter gegenüber vergegenwärtigen und aggressive Gefühle bei sich anerkennen.

Auch anderes hat sich im Verlaufe des therapeutischen Prozesses geändert: Die Depressivität hatte sich schon früh zurückgebildet, der Klient ist selbstsicherer, selbstzufriedener sowie konflikt- und kontaktfähiger geworden und er ist in einen Tanzverein eingetreten. Dort hat er zwar noch nicht „seine Frau“ gefunden, aber er unterhält jetzt doch freundschaftliche Kontakte zu mehreren Vereinsmitgliedern und verbringt nicht mehr jeden Abend zu Hause. Die Figur des Eisenhans hat er in gewisser Hinsicht verinnerlicht. Er muss oft daran denken, der Eisenhans ist gewissermaßen zu einem inneren, vor Selbstwertzweifeln und Depressivität schützenden Begleiter geworden.

Resümee

Die Beziehungserwartungen des etwas kontaktscheuen Klienten mit sozialphobischen Zügen, vor allem in Form von Autoritätsängsten, waren anfangs auch gegenüber dem Therapeuten negativ, nämlich angstbesetzt. Zwar spürte der Therapeut in Reaktion auf das vordergründig angepasste, formell höfliche, aber zunächst ausweichende, Nähe und Selbstexploration abwehrende Verhalten des Klienten eine Verunsicherung, jedoch nahm er sich vor, konsequent eine wertschätzende und empathische Haltung zu verwirklichen. Dem Klienten ermöglichte dies offensichtlich eine korrigierende emotionale Erfahrung insofern, als er sich langsam auf das therapeutische Angebot einlassen konnte, also dem Therapeuten zu vertrauen begann. Letzterer hatte auch das Gefühl, dass sich zwischen ihm und dem Klienten eine gute emotionale Einstimmung und gegenseitige Resonanz entwickelte. Die nun zunehmend generell positiven Beziehungserwartungen zeigten sich im letzten Drittel der Therapie auch außerhalb der Therapie, nämlich

darin, dass der Klient in der Freizeit soziale Kontakte zu suchen und zu unterhalten begann.

Bei diesem Prozess dürfte die Märchenarbeit insofern eine Rolle gespielt haben, als hierdurch dem Klienten die therapeutische Arbeit sehr erleichtert wurde, was offensichtlich auch eine positive Rückwirkung auf die therapeutische Beziehung hatte. Das durch diese konstruktive Arbeit bedingte Erleben von Erfolg und Selbstwirksamkeit hat sein Selbstwertgefühl sehr gefestigt und mittelbar auch die Beziehung zum Therapeuten. Thematisch hat die Märchenarbeit zudem bewirkt, dass der Klient sich sogar auf eine Bearbeitung seiner ambivalenten, aber eben auch primär „unantastbaren“ Beziehung zu seiner Mutter einlassen konnte.

Literatur

- Alexander, F. & French, T. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- Baumann, K. & Linden, M. (2011). Weisheitstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 483–488). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bly, R. (1993). *Eisenhans – Ein Buch über Männer*. München: Knaur.
- Brüder Grimm (1857/1980). *Kinder- und Hausmärchen*. Bd. 2. Stuttgart: Reclam.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations, a primer for lay and professional helpers*. Vol. 2: Practice and research. New York, Chicago: Holt Rinehard and Winston.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2013). *Träume, Märchen, Imaginationen – Personzentrierte Psychotherapie und Beratung mit Bildern und Symbolen*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen*. München: Reinhardt.
- Galliker, M. (2011). Existenzphilosophie und Personenzentrierter Ansatz. *Person*, 15 (2), 126–137.
- Grawe, K. (2000). Allgemeine Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 314–325). Stuttgart: Thieme.
- Jacoby, M., Kast, V., Riedel, I. (1987). *Das Böse im Märchen*. Fellbach-Oeffingen: Bonz.
- Kast, V. (1984). *Familienkonflikte im Märchen*. Olten: Walter.
- Kast, V. (1986). *Märchen als Therapie*. Olten: Walter.
- Keil, W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1 (1), 5–13.
- Lurker, M. (1991). *Wörterbuch der Symbolik*. Stuttgart: Kröner.
- Rogers, C. R. (1951/1973). *Die klientbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt. [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].
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1961: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG.

Diskussionsbeitrag zum Thema „Co-Aktualisierungstendenz“

Gabriele Isele
Hamburg

„Eine akzeptable Erklärung muss zeigen, dass die untersuchten Vorkommnisse Spezialfälle oder komplexe Kombinationen der für uns einsichtigen Grundtypen von Ereignissen sind.“

(Stephen Toulmin, 1961/1968, S. 98 f.)

Im folgenden Beitrag beziehe ich mich auf das von Renate Motschnig vorgestellte Konzept der Co-Aktualisierungstendenz in PERSON (2014), 2 (Motschnig, 2014). Begrifflichkeit, Bedeutung und Stellenwert von Aktualisierungstendenz und Co-Aktualisierungstendenz in der personenzentrierten Theorie werden reflektiert und hinsichtlich ihres Erklärungswertes untersucht.

Ich möchte im Folgenden einige Zweifel in Bezug auf das von R. Motschnig in PERSON (2014), 2 vorgestellte Konzept einer Co-Aktualisierung formulieren, begründen und damit zur Diskussion stellen. Ich folge dabei der Frage, ob sich mit der Annahme einer Co-Aktualisierungstendenz mehr erklären lässt, als aufgrund des Konzeptes der Aktualisierungstendenz bisher bereits möglich ist, und ob mit der Annahme einer Co-Aktualisierungstendenz nicht der Boden der organismischen Theorie des Personenzentrierten Ansatzes unnötig verlassen wird.

Organismische Theorie, Aktualisierungstendenz und Beziehung

Das Konzept der Aktualisierungstendenz ist grundlegend für das personenzentrierte Menschenbild. Es beschreibt die dem Organismus inhärente Fähigkeit der Selbststeuerung. Alle Lebewesen tendieren dazu, sich zu erhalten und zu entfalten. Menschliche Lebewesen sind dazu auf Beziehung angewiesen, was von Rogers als *need for positive regard* konzeptualisiert wurde. Das

Gabriele Isele, geb. 1948, Diplomsoziologin, Heilpraktikerin, european certificate for psychotherapy (ECP), Ausbilderin für personenzentrierte Beratung in der GwG. Freiberuflich tätig in eigener Praxis, freie Dozententätigkeit. Mitglied im Ausschuss für Ethische Angelegenheiten und Beschwerden der GwG.

Kontakt: Osterstr. 16, 20259 Hamburg. Gabriele.Isele@t-online.de

Selbst(konzept) entwickelt sich aus Beziehungserfahrungen heraus, ihrer Wahrnehmung und Bewertung (als Subsystem des Organismus) und konstellierte sich in verschiedenen Beziehungen unterschiedlich. Beziehungen können demzufolge als ein Aspekt des Selbst verstanden werden. Entwicklung *in Beziehung* bedeutet dabei in der wechselseitigen Bezogenheit immer auch eine Mit-Aktualisierung der Beziehung.

So schreibt auch Motschnig: „Es gibt keine Co-Aktualisierung ohne die Aktualisierung der einzelnen Personen, die in dieser Beziehung sind und sowohl wechselseitig voneinander als auch durch die Beziehungserfahrung selbst beeinflusst werden“ (S. 169). Wenn dieses In-Beziehung-Sein nun verselbständigt und zum Träger einer eigenen (Co-)Aktualisierungstendenz gemacht wird, scheint mir die phänomenologische Ausrichtung der Theorie des PZA und der Bezug auf den Organismus verlassen zu werden. Phänomenologisch betrachtet sind das Selbst und auch das Beziehungserleben Wahrnehmungsgegenstände und keine Entitäten (vgl. Eckert, S. 427).

Welche Grundannahmen impliziert das Konstrukt einer Co-Aktualisierung?

Wenn Motschnig beklagt, „dass in unserer westlichen Gesellschaft den beiden Seiten des Begriffes der Person nicht annähernd gleich viel Gewicht zugesprochen wird“ (S. 164), so ist das zunächst eine Frage der Rezeption und nicht eine Frage der theoretischen Konzeption selbst. Wenn Rogers als Kind seiner Zeit den Aspekten von Substantialität, Individualität und Autonomie mehr Raum gegeben hat als den Aspekten von Relationalität, Beziehungsangewiesenheit und sozialem Verhalten, so hat er letztere doch keineswegs ausgeblendet oder vernachlässigt (wie auch R. Motschnig betont). Sie herauszuarbeiten, ihre Bedeutung im Kontext gegenwärtiger Entwicklungen zu akzentuieren, ist zweifellos ein berechtigtes Anliegen. Aber ist es dafür notwendig, ein eigenes Konstrukt zu postulieren? Und welche Grundannahmen sind damit verbunden? Schon bezüglich der Aktualisierungstendenz gibt es dazu unterschiedliche,

zum Teil widersprüchliche Positionen innerhalb der personenzentrierten Community (vgl. Stumm, 2010).

Entsprechend wäre beispielsweise zu fragen:

- Wird Co-Aktualisierung als biologische Disposition begriffen?
- Wird Co-Aktualisierung als Axiom verstanden, also als Grundsatz, der keines Beweises bedarf? Ist Co-Aktualisierung eine phänomenologisch zugängliche Erfahrung?
- Ist Co-Aktualisierung ein Erklärungsprinzip für empirisch beobachtbare Phänomene?
- Ist Co-Aktualisierung ein Entwicklungsprinzip und damit auch ein anzustrebendes Entwicklungsziel?

Eine eindeutige Antwort hierzu habe ich im Text von R. Motschnig nicht gefunden. Die Aktualisierungstendenz wird als „Energiequelle“ (S. 166) beschrieben, als „biologisches, natur- und strukturwissenschaftliches Konzept“ (S. 167). Sie werde durch die personenzentrierten Haltungen freigesetzt, die den „impliziten Plan der Natur“ explizierten (R. Motschnig zitiert dazu B. Brodley, Motschnig, 2014, S. 167).

Die Aktualisierungstendenz ist als anthropologische Kategorie formuliert, d. h. sie macht Aussagen über die Natur des Menschen bzw. seine Entwicklung. Der Begriff „Energie“ dagegen ist ein physikalischer oder physiologischer. Die Vorstellung eines „Planes“ verweist auf eine von außen steuernde Kraft und lehnt sich an die Idee der „Entelechie“ an, wie sie von Aristoteles und später von den Vitalisten vertreten wurde, wonach menschliche Entwicklung einem zweckvollen Gesamtsinn folge. Diesbezüglich finden sich bei Rogers uneinheitliche und widersprüchliche Aussagen. Aus neuerer systemtheoretischer Sicht jedoch wird die Aktualisierungstendenz als systemimmanente Eigenschaft der Selbstorganisation verstanden (Höger, 1993; Kriz, 2008).

Auf die Diskussion, ob ein primär biologisches Verständnis der Aktualisierungstendenz nicht auf einer anderen erkenntnistheoretischen Ebene angesiedelt sei als die wesentlichen Gegenstände psychologischer Phänomene wie Selbst, Erleben, Beziehung, Verstehen, Sinn etc. (Spielhofer, 2010), soll im Rahmen dieses Diskussionsbeitrages nicht weiter eingegangen werden.¹ Hingewiesen sei auch auf Kriz (2010), der die Autopoiese-Konzeption als nicht geeignet für den Bereich der Psychotherapie einschätzt und betont, dass die personenzentrierte Systemtheorie der „Person“ als „Zentrum individueller Sinn-Erfahrung“ eine zentrale Rolle zuweist (Kriz, 2010).

¹ Eine ausführliche Auseinandersetzung findet sich z. B. bei Spielhofer, 2001; 2010.

Zwei Aspekte der Aktualisierungstendenz

In der Beschreibung von R. Motschnig fällt auf, dass in Bezug auf (Co-)Aktualisierung einseitig entfaltende Aspekte betont werden. Auf solche Einseitigkeit in den Erläuterungen zur Aktualisierungstendenz bei Rogers selbst hat Diether Höger (1993) hingewiesen. Rogers habe zwar von zwei Aspekten, dem „Erhalten“ und dem „Erhöhen“ gesprochen, habe sich aber überwiegend mit der entfaltenden Qualität beschäftigt – was in der Folge zu zahlreichen Missverständnissen geführt hat, die bis heute bei der Rezeption des Personenzentrierten Ansatzes eine Rolle spielen. Nach Höger hat jedoch das Konzept der Aktualisierung mit der Betonung *beider* Aspekte – dem erhaltenden und dem entfaltenden – einen breiteren Erklärungswert und umfasst auch Manifestationen von Störungen und Krankheiten sowie eine Offenheit gegenüber der existentiellen Perspektive von Freiheit und Wahl. Eine solche Differenzierung in einen erhaltenden und einen entfaltenden Aspekt ist in den Überlegungen von R. Motschnig nicht ausgewiesen. In ihnen ist das Wirken der Co-Aktualisierung auf eine *positive* (entfaltende) Qualität beschränkt (S. 168; 173).

Co-Aktualisierung nach Motschnig kommt immer dann zum Tragen, wenn sie nicht durch „die Beziehungspartner wie auch die (soziale) Umgebung“ (S. 173) gehemmt wird. Dass co-aktualisierende Prozesse sich gegenüber Phänomenen von Missachtung, Feindseligkeit, Konflikteskalation und negativen Beziehungsdynamiken vergleichsweise selten durchsetzen, begründet R. Motschnig damit, dass es „einer gewissen Basiserfahrung bedarf, Co-Aktualisierungsprozesse bewusst wahrzunehmen und zu fördern. Diese Erfahrung benötigt Aufwand, der häufig zunächst in die Beziehung fließen muss, ehe er spürbar positiv zurückkommt ...“ (S. 173). Es bedarf ihrer Ansicht nach also unseres Bemühens und unserer Bereitschaft, d. h. eines Willensaktes, um Co-Aktualisierung zu ermöglichen. Spätestens hier wird m. E. die Anschlussfähigkeit an das Konzept der Aktualisierungstendenz als eines „übergeordneten Sinnprinzips“ (Höger, 1993, S. 27) fragwürdig.

Die formative Tendenz

R. Motschnig stützt sich bei ihrer Bestimmung der Co-Aktualisierungstendenz auf die Annahme einer „formativen Tendenz“, die Rogers Ende der siebziger Jahre in „Der neue Mensch“ (1981) formuliert hat. Damit hat er eine aktualisierende Tendenz als universelles Ordnungsprinzip auch für nicht organismische Bereiche postuliert, wozu ihn die Beschäftigung mit aktuellen Forschungen aus der Biologie und der Ideengeschichte veranlassten. Er wies darauf hin, dass sich die Physik ausführlich mit der Tendenz zum Verfall, der Entropie, beschäftigt habe, dass

aber der gegenläufigen Tendenz des Entwickelns stetig zunehmender Komplexität kaum Beachtung geschenkt worden sei.²

Rogers betont, dass er die von ihm formulierte Hypothese „als ganz und gar vorläufig“ betrachte. Sie kann somit als interessante wissenschaftliche Idee betrachtet werden, für die eine weitergehende Erforschung und Überprüfung aber noch aussteht. Seine Hypothese kann zwar in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen aus der Systemtheorie als allgemeines Erklärungsprinzip diskutiert werden, birgt aber dennoch die Gefahr, sich auf spekulatives Terrain zu begeben.

R. Motschnig sieht Aktualisierungstendenz und Co-Aktualisierungstendenz als Spezialfälle der Formativen Tendenz, also unter diese subsumiert. Sie stellt dabei Co-Aktualisierungstendenz und Aktualisierungstendenz auf eine Ebene nebeneinander. Als Gegenspieler der Formativen Tendenz wird die Entropie, die Tendenz zum Zerfall, angenommen. Dieser Logik folgend, müsste ich auch für die Aktualisierungstendenz einen Gegenspieler annehmen und ihre Definition als übergeordnetes Sinnprinzip menschlicher Motivation und Verhaltensorganisation (vgl. Höger, 1993), die sowohl einen erhaltenden wie einen entfaltenden Teilaspekt hat, aufgeben.

Fazit

In Bezug auf Psychotherapie und Beratung bietet das Konzept der Aktualisierungstendenz in Verbindung mit den von Rogers formulierten sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für eine hilfreiche Beziehung eine konsistente Erklärung für Veränderung durch Psychotherapie, wobei Bedingung zwei („The first, whom we shall term the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.“ Rogers, 1957) die Indikation begründet.

Unter dem Aspekt von Erhalt können Störungen als Antworten des Organismus auf vergangene oder gegenwärtige ungünstige Umgebungsbedingungen begriffen werden, während Veränderungsprozesse in der Therapie dem Aspekt von Entwicklung zuzuordnen sind.³

² Rogers verweist dabei auch auf den Physiker Fritjof Capra, der versucht hat, mit einem ganzheitlich-systemischen Ansatz eine Verbindung zwischen östlicher Mystik und moderner Physik herzustellen. Mit seinem Buch „The Turning Point“ (dt. „Wendezeit“, 1982), wurde er zur Kultfigur der esoterischen New-Age-Bewegung, von der er sich später distanziert hat. Aus Sicht der modernen Physik gelten seine Aussagen als problematisch. Ihm wird vor allem entgegengehalten, gezielt diejenigen Elemente aus der Wissenschaft und der Mystik aufgenommen zu haben, die zu seinem Weltbild passen, widersprechende Elemente aber ignoriert zu haben.

³ Entwicklung und Veränderung in der Therapie kann auch als der Versuch betrachtet werden, dem eigenen Erleben eine neue, passendere Bedeutung zu geben.

Betrachte ich nun menschliche Beziehungen allgemeiner, gehe also beispielsweise davon aus, dass zwei normal-(in)kongruente Personen eine gedeihliche Arbeitsbeziehung eingehen, so ist die Annahme, dass diese sich unter Abwesenheit störender Bedingungen weiter positiv gestaltet, naheliegend und lässt sich schon aus dem Nutzen und der Freude, den jede Seite daraus zieht, begründen. Engagiertes, kooperatives Miteinander, wechselseitig bedingtes Wachsen und Synergieeffekte sind m. E. mit dem Konzept der organismischen Aktualisierungstendenz ausreichend erklärbar, ohne dass ein neues Konstrukt, die Co-Aktualisierungstendenz, eingeführt werden muss. Darüber hinaus scheint mir die Annahme einer eigenen, sich selbst organisierenden Co-Aktualisierungstendenz die mögliche Integration einer existenziellen Perspektive in den PZA zu erschweren und damit auch die Bedeutung von persönlicher Wahl und Verantwortung in Bezug auf Beziehungsgestaltung abzuschwächen.

Literatur

- Eckert, J. (2006). Paartherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 423–428). Heidelberg: Springer.
- Höger, D. (1993). Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 17–41). Köln: GwG.
- Kriz, J. (2008). Aktualisierungstendenz – Die notwendige systemische Grundlage des Personzentrierten Ansatzes. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 135–154). Wien: Krammer.
- Kriz, J. (2010). Personzentrierte Systemtheorie. *Person*, 14 (2), 99–112.
- Motschnig, R. (2014). Die Tendenz zur Co-Aktualisierung: Überlegungen zum Aktualisierungsprozess innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen. *Person*, 18 (2), 163–175.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personzentrierten Ansatz. *Person*, 5 (1), 5–18.
- Spielhofer, H. (2010). Systemtheorie und Personzentrierter Ansatz – Eine kritische Auseinandersetzung. *Person*, 14 (2), 125–134.
- Stumm, G. (2010). Die Aktualisierungstendenz: eine Synopse in Thesen. *Person*, 14 (2), 135–138.
- Toulmin, S. (1961/1968). *Voraussicht und Verstehen. Ein Versuch über die Ziele der Wissenschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Rezensionen*

Beatrix Teichmann-Wirth

Ernst Kern: Personzentrierte Körperpsychotherapie.

München, Basel: Reinhardt Verlag, 2014, 186 Seiten, ISBN 978-3-497-02433-9. EUR (D), 24,90 / EUR (A), 25,60 / CHF 37,90.

Als ich hörte, dass ein Buch mit dem Titel „Personzentrierte Körperpsychotherapie“ erschienen ist, war meine Freude groß. Endlich wird dieser weit unterschätzte Bereich gebührend gewürdigt. Der Autor Ernst Kern blickt auf eine lange Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit verschiedenen Methoden zurück – zu diesen zählen neben der Gesprächspsychotherapie Verhaltenstherapie, Focusing, Körperpsychotherapie, Tanztherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Traumatherapie; zudem war er langjährig als leitender Psychologe in einer psychiatrischen Klinik tätig.

Im ersten, theoretischen, Teil widmet sich Kern zunächst den phänomenologischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes. Die Erfahrungsorientierung und die Tatsache, dass „Erfahrung immer körperlich fundiert ist“ (S. 18), begründet die Wichtigkeit von körpertherapeutischen Elementen in der Therapie. Kern geht auf die verschiedenen Dimensionen des Körpers ein, einerseits unter Bezugnahme auf Ausführungen von Petzold, Merleau-Ponty, Bauer – und andererseits, in einem eigenen ausführlicheren Kapitel, über den prozesshaften und situationalen Körper in der Theorie von Gendlin. Wie auch bei den anderen Kapiteln ist an den Schluss jeweils eine thesenhafte Zusammenfassung gestellt – hier sind folgende Thesen für mich zentral:

- Der Körper ist die Basis des Selbsterlebens und der Identität.
- Der Körper entwirft seinen eigenen Prozess und hat seine eigene Fortsetzungsordnung.
- Der von innen gespürte Körper wird als Orientierungspunkt angesehen.
- Personzentrierte Körperpsychotherapie entfaltet sich in einem dialektischen Prozess zwischen Erfahrung und Reflexion.

Im Kapitel „Erweiternde Perspektiven“ behandelt der Autor verschiedene Theorieansätze zur Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Emotionspsychologie. Er greift dabei ausführlich auf Autoren wie Stern, Damasio und Downing bzw. Geuter und Schrauth zurück.

Ich vermisse hierbei eine Schwerpunktsetzung, die vorrangig aus der personzentrierten Literatur stammende Theorieentwürfe berücksichtigt – wie die Entwicklungstheorie von Biermann-Ratjen und eine Darstellung der Aussagen von Lux, der ja immerhin ein ganzes Buch den Neurowissenschaften und dem Personzentrierten Ansatz gewidmet hat. Diese Autoren werden nur in Querverweisen zur Unterstützung der vorgestellten Theorien erwähnt. Emotionen werden als Schlüsselstelle von Psychotherapie gesehen und deshalb wird ihnen in der Darstellung des Modells des affektiven Zyklus von Geuter und Schrauth breiter Raum gegeben. Dies birgt für mich auch einige praktisch relevante Aspekte, wie z. B. die Wahrnehmung unterschiedlicher Blockaden im affektiven Zyklus, wie er sich in einem zu raschen Spannungsaufbau oder auch in einem exzessiven Gefühlsausdruck bzw. in einem chronifizierten Hängenbleiben in einem Gefühlsausdruck zeigt. Weiters wird auf Downings Bestimmung von Emotion aus der Perspektive des subjektiven Körpererlebens, auf Greenbergs Konzept einer emotionsfokussierten Therapie und Gendlins Emotionsbegriff eingegangen. Der Theorieteil schließt mit einem Kapitel über Achtsamkeit und deren Bedeutung für die Gegenwärtigkeit.

Im zweiten, praktischen, Teil geht es um die konkreten Möglichkeiten, den Körper in die Personzentrierte Therapie einzubeziehen. Zunächst geht Kern dabei von den Bedingungen seitens der Therapeutinnen und Therapeuten aus und stellt Möglichkeiten vor, wie man körperbasierte Empathie, körperbasierte Anerkennung und körperbasierte Kongruenz und Präsenz ermöglichen kann. Das geschieht zum Teil sehr konkret in Form von anregenden Arbeitsblättern, z. B. zur Erhebung der Geschichte der eigenen Körperlichkeit; es werden auch

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

Möglichkeiten vorgestellt, wie man die bedingungslose Anerkennung auf der Körperebene beispielsweise durch Halten fördern kann. Gerade in diesem Abschnitt, der die Kernbedingungen des Personenzentrierten Ansatzes betrifft, hätte ich mir eine ausführlichere Herleitung der Interventionen aus dem personenzentrierten Theoriekontext gewünscht. Finke, dessen Lehrbuch im Übrigen nicht einmal erwähnt wird, hat diesbezüglich eine konsistente Beschreibung all der Facetten von Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gegeben, auf deren Grundlage man verschiedene Interventionen auf der Körperebene entwickeln könnte. Dann wäre es m. E. auch verständlicher, warum eine Intervention, wie z. B. das Übernehmen einer Körperhaltung des Klienten durch die Therapeutin im Sinne des selbstkonzeptbezogenen Verstehens, Sinn macht bzw. das Anregen der Atmung einem organismusbezogenen Verstehen förderlich ist. Zu den Klientenbedingungen stellt Kern zunächst den Focusing-Prozess an der „Schnittstelle zwischen Sprechen und Körper“ (S. 101) vor und liefert auch dazu jeweils anregende Arbeitsblätter, z. B. zur Symbolisierung einer eigenen Wahrnehmung oder zum Körperausdruck über die verschiedenen Handlungsebenen. In Kapitel 4 geht es dann um konkrete „Überstiegsmöglichkeiten über zentrale Körperaspekte“. Kern stellt dazu mehrere Möglichkeiten vor, wie z. B. die Körperwahrnehmung, die Atmung, die Körperhaltung, die Bewegung und den Körperkontakt. Diese Interventionsmöglichkeiten werden sodann in Fallbeispielen vorgestellt. Darin wird deutlich, dass sich Ernst Kern sehr selbstverständlich in der Welt des Körpers bewegt, und dies auch immer mit großer Achtsamkeit und Einfühlung geschieht.

Ich kann nicht ganz nachvollziehen, weshalb nach diesem sehr praktisch angelegten Kapitel ein Rekurs auf davor noch nicht vorgestellte theoretische Ansätze stattfindet: zunächst das „Alphabet der Leiblichkeit“ von Schmitz (1992) und Labans (1988) Kategorien des Bewegungsantriebs; auch das Modell körperpsychotherapeutischer Entwicklungsphasen von Röhrich (2000), welches aus der Entwicklungspsychologie von Stern hergeleitet ist, wird ausführlich dargestellt. Gerade was diese Vorgehensweise betrifft, finde ich eine nur geringe Kompatibilität mit dem Personenzentrierten Ansatz und halte eine derartig starke Orientierung an einem konzeptbezogenen Vorgehen für unvereinbar mit dem Anspruch von Non-Direktivität.

Das Buch schließt mit einem Kapitel zur „Personenzentrierten körperpsychotherapeutischen Perspektive bei verschiedenen Störungsbildern“. Der Autor geht phänomenologisch an die Störungsbilder der Depression, der Borderlineerkrankung, der Angststörung und der Sucht heran und führt aus, was aus körperpsychotherapeutischer Sicht hilfreich sein kann – z. B. beim Rhythmusverlust des Depressiven die Anregung von Basisrhythmen durch bewusstes Gehen, Laufen oder die Arbeit mit der Körperhaltung, um aus „einer depressiven Position in eine Ressourcenhaltung“ (S. 163) kommen zu können. Besonders in diesem Abschnitt wird die große psychotherapeutische Erfahrung und das daraus begründete störungsspezifische Wissen des Autors deutlich. Er verfügt zudem authentisch über eine „Mehrsprachigkeit“ in der Therapie, die den Körper selbstverständlich einbezieht.

Das Buch trägt den Titel „Personenzentrierte Körperpsychotherapie“, und es wird auch oftmals von *der* Personenzentrierten Körperpsychotherapie gesprochen. Kritisch möchte ich dazu einwenden, dass es nicht *eine* Personenzentrierte Körperpsychotherapie gibt, gar nicht geben kann, dass es vielmehr eine Vielzahl von Ansätzen gibt, den Körper in die Therapie einzubeziehen, und es wäre angebracht, in einem Buch mit diesem Titel die aus dem personenzentrierten Zusammenhang zwar nicht sehr zahlreichen, aber doch vorhandenen Beiträge zum Thema ausführlicher darzustellen. Will man dem – für mich in diesem Sinne kühn gewählten – Titel gerecht werden, wäre es m. E. zudem notwendig, sich vor allem an den theoretischen Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes zu orientieren und daraus einen konsistenten Ansatz zu entwickeln.

In meinem Verständnis stellt das Buch den körperpsychotherapeutischen Ansatz von Ernst Kern vor. Dieser ist auf Theorien verschiedenster Therapieansätze gut gegründet und selbstverständlich in das therapeutische Tun integriert.

Würdigen möchte ich, dass durch die Vielzahl von Anregungen sehr deutlich wird, dass es unzählige Möglichkeiten gibt, den Menschen über das gesprochene Wort hinaus zu „beantworten“. Es wäre zu wünschen, dass diese „Mehrsprachigkeit“ in der Ausbildung von personenzentrierten Therapeutinnen und Therapeuten gelehrt wird, sodass diese sodann selbstverständlich von diesen verschiedenen Sprachen Gebrauch machen können.

Christiane Bahr & Wolfgang W. Keil

Claas-Hinrich Lammers: Emotionsbezogene Psychotherapie. Grundlagen, Strategien und Techniken.

Stuttgart: Schattauer, 2. überarb. u. erw. Auflage 2011, XIV + 373 Seiten, ISBN 978-3-7945-2787-8. EUR (D) 49,99 / EUR (A) 51,40 / CHF 66,90.

Claas-Hinrich Lammers, auch bekannt durch sein verhaltenstherapeutisches Werk „Psychotherapie narzisstisch gestörter Patienten“ (2014), erhebt für das Konzept seines viel diskutierten Werkes „Emotionsbezogene Psychotherapie“ (2011) den Anspruch schulenübergreifender Gültigkeit. Er möchte damit eine im therapeutischen Alltag integrativ einsetzbare Arbeitsweise anbieten, die nicht zuletzt angesichts der Vielzahl zu bearbeitender Emotionen Bedeutung erlangt. Denn an die „85 % aller psychischen Störungen beinhalten eine Art von emotionaler Problematik [...] Emotionale Störungen sind also zentral psychopathologische Prozesse und somit das letzte Ziel der wesentlichen therapeutischen Interventionen und Veränderungen.“ (Lammers, 2011, S. 6)

Die Arbeit mit Emotionen wird in den verschiedenen Therapieschulen sehr unterschiedlich konzeptualisiert. In den humanistischen Therapieformen steht allgemein das Erleben im Mittelpunkt, während verschiedene neuere Therapieformen wie etwa die Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg) oder bestimmte Spezialformen der Verhaltenstherapie (Acceptance and Commitment Therapy) sehr detaillierte Konzepte für die Arbeit mit Emotionen entwickelt haben. Lammers hat in jahrelanger Arbeit versucht, emotionsbezogene Konzepte verschiedener Schulen zu sammeln und sie zu einem schulenübergreifenden Konzept der expliziten Arbeit mit Emotionen in der Psychotherapie zusammenzubringen. Wengleich Lammers seinen Arbeitsansatz als „Emotionsbezogene Psychotherapie“ bezeichnet, handelt es sich hierbei aber nicht um eine vollständige Rekonstruktion des gleichnamigen Ansatzes von Greenberg und auch nicht um ein neues eigenständiges Therapieverfahren, sondern eben um ein praxeologisches Konzept der konkreten therapeutischen Arbeit mit Emotionen, das in verschiedenen Therapierichtungen (auch in der Personzentrierten Psychotherapie) verwendet werden kann.

Bei dieser Arbeit ist es nach Lammers ganz wesentlich, zu unterscheiden, ob es sich bei konkreten Emotionen um primäre oder um sekundäre Emotionen (Bewältigungsschemata, wenn primäre Emotionen nicht ertragen werden) bzw. ob es sich bei primären Emotionen um adaptive oder um maladaptive (wichtige primäre Emotionen, denen man aber ausgeliefert ist) handelt. Die jeweiligen Emotionen sind dabei zumeist in emotionale Schemata (durch wichtige Kindheitserfahrungen vorgeformte emotional-kognitiv-behaviorale Reaktionsweisen) eingebettet.

Spannend gelingt es dem Autor, sein Konzept in neun aufeinander aufbauenden Kapiteln darzustellen, wobei sich das neunte Kapitel hauptsächlich auf konkrete Übungsbeispiele und Textbeispiele für mögliche Handouts bezieht. – Für Leserinnen und Leser, die insbesondere an Texten über emotionstherapeutische Grundlagenliteratur interessiert sind, sei einerseits Kapitel 2 hervorgehoben, das auf die „Psychologie der Emotionen“ eingeht und hierbei veranschaulicht, wie „sämtliche unserer Handlungen, Gedanken, Ziele, Wünsche und Erinnerungen von emotionalen Prozessen gesteuert und geprägt“ (a. a. O., S. 4) werden. Andererseits sei auf Kapitel 3 und damit die neurobiologischen Aspekte von Emotionen verwiesen. Einfach und leicht verständlich wird hierbei deutlich, dass „das Gehirn grundsätzlich separate neuroanatomische Areale und zentralnervöse Funktionen für Emotionen und Kognitionen“ aufweist. „Die emotionalen Areale des Gehirns sind hierbei evolutionär gesehen wesentlich älter als die kognitiven Areale. Um die Stellung von Emotionen gegenüber Kognitionen zu begreifen, muss man sich also verdeutlichen, dass emotionale Prozesse der wesentlich ältere Teil der menschlichen Entwicklung sind. Die bewussten, kognitiven Prozesse und die hierfür relevanten Hirnareale sind hingegen erst Produkt der jüngsten Geschichte der Lebewesen.“ (a. a. O., S. 43)

Das wesentlichste Verdienst dieses Buches sehen wir in der detaillierten Darstellung der Prozesse des Gewährwerdens und des Modulierens von sekundären Emotionen, des Herausfindens und Erlebens dahinter liegender primärer Emotionen sowie der Prozesse einer beginnenden Regulierung maladaptiver Emotionen und deren Transformation zu adaptiven Emotionen. Einen Nachteil dieser detaillierten Darstellung aller einzelnen Prozessschritte sehen wir dabei darin, dass der wertvolle Prozess des gesamten psychotherapeutischen Vorgehens im vorgestellten Konzept als ziemlich mechanistisches Programm erscheint bzw. als solches missverstanden werden könnte. Lammers hat zwar ausdrücklich beschrieben, dass jede therapeutische Arbeit mit Emotionen ausschließlich auf der Grundlage vollkommener therapeutischer Achtsamkeit und Akzeptanz geschehen soll, indem diese Grundlagen aber in einem eigenen Kapitel und somit getrennt von der Darstellung der therapeutischen Vorgehensweisen abgehandelt werden, bleibt unklar, wie diese Vorgehensweisen aus den Grundhaltungen hervorgehen können.

Hilfreicherweise „kommt die Anwendung von emotionsbezogenen Strategien und Techniken für die überwiegende Anzahl von [Patientinnen und] Patienten infrage, die sich mit psychischen Problemen beim Psychotherapeuten [oder der Psychotherapeutin] vorstellen (u. a. Phobien, Persönlichkeitsstörungen, Panikstörungen und/oder Agoraphobie, Somatisierungsstörungen, Somatoforme Schmerzstörungen, Generalisierte Angsterkrankung, dissoziative Störungen). Wann immer die emotionale Seite der jeweiligen Erkrankung in den Fokus der Aufmerksamkeit kommt, können die in diesem Buch erwähnten Techniken eingesetzt werden“ (a. a. O., S. 27). Im Gegensatz dazu sollte emotionsbezogene Psychotherapie gemäß dem Autor „[bei Patientinnen und] Patienten mit psychischen Störungen aus den Bereichen der Psychosen (Schizophrenien), schweren depressiven Episoden bzw. bipolaren Störungen, akuten Suchterkrankungen und Demenzen“ (a. a. O., S. 26) nicht zum Einsatz kommen. Wir bedauern dabei allerdings, dass das vielfältige Krankheitsbild und

Diagnosenspektrum der Demenz vom Autor hinsichtlich eines möglichen Einsatzes emotionsbezogener Arbeitsweise(n) explizit ausgegrenzt wird. Emotionsbezogene Psychotherapie könnte aus der von uns vertretenen, humanistischen Sicht insbesondere im Bereich demenziell erkrankter Menschen (in deren Anfangsstadien) zunehmend an Bedeutung gewinnen. Wir verweisen dabei auf Konzepte wie jenes der „Validation“ von Naomi Feil oder der „Integrativen Validation“ von Nicole Richards im Bereich der Begegnung und Pflege älterer, verwirrter Menschen.

Abschließend sei positiv hervorgehoben, dass es äußerst wichtig für Therapeutinnen und Therapeuten ist, ein umfassendes Verständnis davon zu haben, wie Veränderungsprozesse – etwa das Explorieren verdeckter primärer Emotionen oder eine Transformation von maladaptiven zu adaptiven Emotionen – vor sich gehen, und wie dies ermöglicht und begleitet werden kann. Und dies gelingt Lammers in sehr inspirierender Weise darzustellen.

Veranstaltungskalender 2015

Cross Cultural Communication International Person-Centred Workshop

Zeit: 13.–19. Juli 2015
Ort: Pecs, Ungarn
Info: www.encounter.hu

Association for the Development of the Person- Centered Approach (ADPCA) 2015 Conference

Zeit: 22.–26. Juli 2015
Ort: Chicago, IL, USA
Info: adpca2015@gmail.com

34. Internationale Focusing Sommerschule

Zeit: 26. Juli – 4. August 2015
Ort: Achberg bei Lindau am Bodensee, Deutschland
Info: http://www.daf-focusing.de/?page_id=8

26. International Focusing Conference

Zeit: 29. Juli – 2. August 2015
Ort: Seattle University Campus, Seattle, USA
Info: <http://internationalfocusingconference2015.com>

Focusing Wochen Achberg

Zeit: 5.–11. August 2015
Ort: Achberg bei Lindau am Bodensee, Deutschland
Info: buero@focusing-netzwerk.de

Focusing Institute Summer School

Zeit: 14.–20. August 2015
Ort: Garrison Institute, New York, USA
Info: <http://www.focusing.org>

Fachtagung Psychotherapie und Beratung pca

Thema: „Psychosomatik – Körper unter Daueralarm!“
Zeit: 12. September 2015
Ort: Hotel Engel, Liestal BL, Schweiz
Anmeldung/Info: info@pca-acp.ch

FORUM Tag

Zeit: 17. Oktober 2015
Ort: Wien
Info: www.forum-personenzentriert.at

Personzentrierte und Psychiatrische Diagnostik Ergänzung, Zusammenspiel oder Widerspruch?

Personzentrierte Dienstags-Vorlesungsreihe
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

ÖGWG Woche „Erleben erleben“

Zeit: 22.–24. Oktober 2015
Ort: Haus der Begegnung, Rennweg 12, 6020 Innsbruck
Info: www.oegwg.at

Abendveranstaltung pca

Thema: „Psychotherapie und Spiritualität“
Zeit: 12. November 2015
Info: info@pca-acp.ch / www.pca-acp.ch

GwG-Fachtag „Psychotherapie“ – Inner Strength

Zeit: 28. November 2015
Ort: Mainz, Deutschland
Info: www.gwg-ev.org/termine/inner-strength



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTT GART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr, Dipl. Soz.-Päd. Dorothea Hüsson, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer & Dipl.-Päd. Dagmar Nuding – 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 einzelne Thementage, Workshops und Prüfungsvorbereitungskurse für die Heilpraktiker-Psychotherapie-Prüfung beim Gesundheitsamt an. Alle KursleiterInnen und ReferentInnen sind erfahrene TherapeutInnen und BeraterInnen mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten, regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichen.

Weitere Informationen über das IGB, zu Terminen, aktuellen Weiterbildungen, Abstracts zu den Veranstaltungen und zu den KursleiterInnen finden Sie auch auf: www.gespraechspsychotherapie.net
Anfragen bzgl. Fort- und Weiterbildung senden Sie bitte an studium@personzentriert.eu

Workshops 2015/2016

Sa 11.07.2015 9.30-18.00h und So 12.07.2015 9.30-16.30h	Dr. med. Jobst Finke, Essen Angst, Wut und Scham – Schwierige Klienten in der Personzentrierten Psychotherapie
Sa 18.07.2015 9.30-18.00h und So 19.07.2015 9.30-16.30h	Dipl.-Psych. Stephan Jürgens-Jahnert, Wetter Selbststrukturstörungen und ADHS
Fr 19.02.2016 15.00-21.00h und Sa 20.02.2016 9.30-18.30h	Dipl.-Psych. Matias Valente, Weinsberg Schematherapie (Tagungsort: Weinsberg, Zentrum für Psychiatrie)
Sa 25.06.2016 9.30-18.00h	6. Internationale Personzentrierte Kinderpsychotherapietagung Tagungsort: Seminarzentrum Schönblick, Schwäbisch Gmünd
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)
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)

* die Workshops finden sofern nicht anders angegeben gegenüber dem Institut im AWO Begegnungszentrum in der Taubenheimerstraße 87 in 70372 Stuttgart Bad-Cannstatt statt.

Die Anmeldung für die Workshops erfolgt formlos an: studium@personzentriert.eu unter Angabe von Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse und Beruf. Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Überweisungsbeleges der Kursgebühr von 90 € auf das Konto 0006753248 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer mit der BLZ 300 606 01 bei (sollte der Kurs bereits ausgebucht sein erhalten Sie die von Ihnen bezahlten Gebühren selbstverständlich in voller Höhe zurück). Eine Stornierung ist bis 3 Tage vorher in Verbindung mit einer Stornierungsgebühr von 20€ möglich.

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



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

Fachtag Psychotherapie**Inner Strength – das Besondere an der
Personzentrierten Beziehung****28. November 2015 in Mainz**

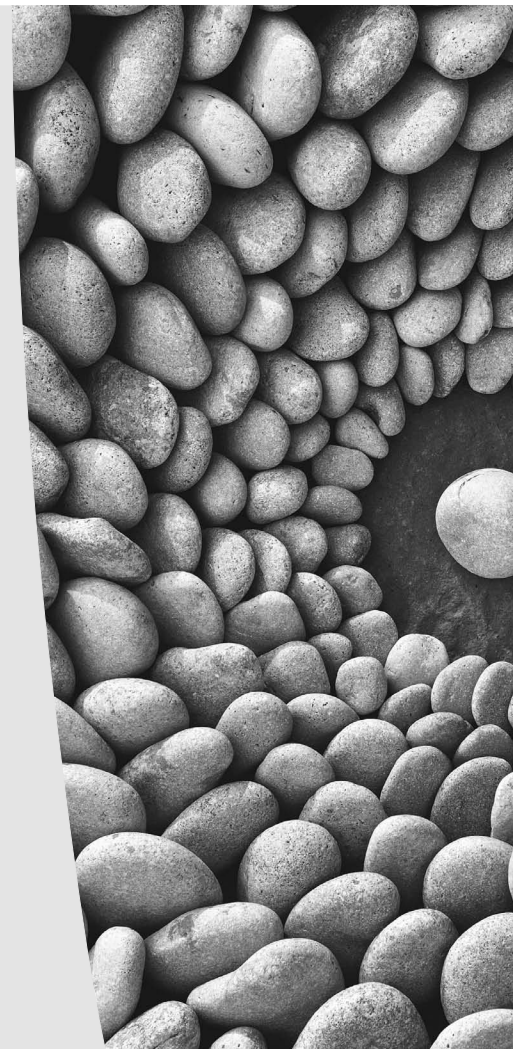
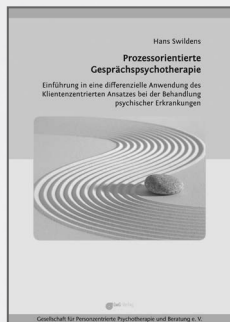
Immer wieder stoßen wir auf dem „Markt“ der Psychotherapie auf vermeintlich moderne Begriffe und Innovationen. Umso wichtiger finden wir es, dass wir uns wieder auf unsere Stärken besinnen und (selbst-)bewusst vertreten, was hinter dem Personzentrierten Ansatz (PZA) steht. Mit „**Inner Strength**“, dem Besonderen an der personzentrierten Beziehung, wird sich der Psychotherapie-Fachtag der GwG am 28. November 2015 in Mainz auseinandersetzen und die Wirksamkeit des PZA erlebbar machen.

Am Vormittag finden Live-Demonstrationen mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten statt. **Dion van Werde**, der sich als einer der ersten konsequent mit der Umsetzung der Prä-Therapie im stationären Setting mit Psychoseerkrankten auseinandersetzt, reist aus Belgien an und stellt die Kernelemente der Therapie vor. Im Anschluss geben **Ulrike Meibohm**, **Inge Ruckes** und **Dr. Jobst Finke** Einblicke in die Personzentrierte Psychotherapie, ins Focusing und in die Arbeit mit Träumen. Am Nachmittag sind Workshops geplant, in denen diese Themen vertieft werden. Anmeldungen sind ab sofort möglich.

Teilnahmegebühr:

Für Mitglieder der GwG: 130,- Euro. Für GwG-Mitglieder in Weiterbildung: 80,- Euro.
Für Nicht-GwG-Mitglieder: 160,- Euro.

Weitere Infos erhalten Sie bei der GwG-Akademie
per Tel.: 0221 / 92590850 oder per Mail an brandt@gwg-ev.org

Neu im  **GwG-Verlag****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
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.

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 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, Krisenintervention und vieles mehr ...

Detaillierte Kursausschreibungen und Anmeldung unter: www.pca-acp.ch oder

[pca.acp](mailto:info@pca-acp.ch) | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | info@pca-acp.ch

VERANSTALTUNGEN

Datum / Zeit

12. September 2015,
09:30 bis 12:30 Uhr

Thema

Fachtagung Psychotherapie und Beratung
pca zum Thema „Psychosomatik - Körper
unter Daueralarm!“
Kursort: Hotel Engel, Liestal BL
Kosten: CHF 50.00 für Nicht-Mitglieder pca

Gestaltung

Referentinnen:
Rosina Brossi,
Psychotherapeutin/Ausbilderin pca
Zagorka Pavles, Physiotherapeutin,
klinische Spezialistin
Psychosomatik, Beraterin pca

12. November 2015
19:15 bis 21:15 Uhr

Abendveranstaltung pca zum Thema
„Psychotherapie und Spiritualität“
Veranstaltungsort: Schulungsraum pca,
1. Stock, Josefstrasse 79, 8005 Zürich
Kosten: CHF 15.00 pro Person

Angelo Lottaz, Psychotherapeut
pca/FSP, Ausbilder pca, Theologe
Astrid Schlosser,
Psychotherapeutin pca/SBAP

Information/Anmeldung: Sekretariat [pca.acp](mailto:info@pca-acp.ch), Tel. 044 244 71 71 70,
info@pca-acp.ch, www.pca-acp.ch



Hans Swildens,

niederländischer Psychiater und Psychotherapeut, Jahrgang 1924, hat sich insbesondere für eine störungsspezifische Ausrichtung der Klientenzentrierten Psychotherapie auf existenzieller Grundlage eingesetzt (siehe auch sein Standardwerk *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*, dessen überarbeitete Auflage aus 1997 im GwG-Verlag 2015 in deutscher Sprache veröffentlicht wird).

Zu seinem 90. Geburtstag ist die vorliegende DVD erschienen, in der ein Gespräch aus dem Jahr 2012 aufgezeichnet ist, das Gerhard Stumm mit Hans Swildens geführt hat.

Darin erzählt er von seinen beruflichen Anfängen sowie von seinem Interesse für existenzielles Denken und die Klientenzentrierte Psychotherapie, erläutert den von ihm ausgearbeiteten Ansatz, die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie, und er zieht Bilanz über sein reichhaltiges Schaffen.

Die DVD wurde von Sonja Kinigadner konzipiert und gemeinsam von der Österr. Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG) und Forum Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis produziert.

Sie ist um € 15,- im Mitgliederservice erhältlich bei:

ÖGWG: office@oegwg.at

Forum: buero@forum-personzentriert.at

GwG um € 15.- + € 5.- Spesen: verlag@gwg-ev.org

und reckzeh-schubert@netcologne.de



Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

FORUM TAG

Zeit: Samstag, 17. Oktober 2015,
ganztags
Ort: Wien
Programm: Vortrag, Encounter,
Sektionsversammlung,
Fest beim Bamkraxler

JOUR FIXE

**Die Resilienzbrille aufsetzen?
Vom Nutzen des Resilienzkonzeptes in der
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Leitung: Mag.^a Marieluise Brückl
Zeit: Donnerstag,
17. September 2015, 19 Uhr
Ort: Wien
Anmeldung: Frau Steinacher im Forum Büro
e-mail: buero@forum-personenzentriert.at

**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: Frau Steinacher im Forum Büro
e-mail: buero@forum-personenzentriert.at
bis 02. November 2015

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

Forum^o

1070 Wien, Wimberggasse 13/12

Tel. 0664/1654303

www.vrp.at

1090 Wien, Liechtensteinstraße 129/3

Tel +01/966 79 44

www.forum-personzentriert.at

WEITERBILDUNG PERSONENZENTRIERTE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Beginn der Weiterbildung im Jänner 2016

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

Nähere Informationen bei:

Mag. Christine Wakolbinger (VRP)

chr.wakolbinger@chello.at

Dr. Barbara Reisel (Forum)

barbara.reisel@gmail.com

Psychosomatik - Körper unter Daueralarm!

Darstellung und Reflexion der supervisorischen Zusammenarbeit zwischen einer Personzentrierten Psychotherapeutin und einer Personzentrierten psychiatrischen Physiotherapeutin.

Referentinnen :

- Rosina Brossi, Psychotherapeutin und Ausbilderin pca.acp
- Zagorka Pavles, Physiotherapeutin, klinische Spezialistin Psychosomatik, Personzentrierte Beraterin pca.acp

Kursort: Hotel Engel, Liestal BL

Datum/ Zeit: 12.09.2015, 9.30 bis 12.30 Uhr

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

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 Vanaerschott Three pathways to an experiencing Self. On the integration of the core relationship conditions and process directiveness.	Astrid Lampe Klientenzentrierte Therapie bei Trauma
11:00 – 12:30	11:30 Eröffnungs-Werkstatt Mittendrin. Es packt mich, es packt uns, es packt mich jetzt. Im Erleben sein.	Greet Vanaerschott Three pathways to an experiencing Self. On the integration of the core relationship conditions and process directiveness.	Lern-Werkstatt Die Angst der Therapeutin/des Therapeuten vor dem (Nicht-) Erleben. Erleben störungsspezifisch. Sylvia Keil, Jürgen Kroemer, Brigitte Pelinka Ethische Überlegungen zum Tagungsthema
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 Lore Korbei, Jochen Sauer Traum-Erleben David Oberreiter Wahn-Erleben	Greet Vanaerschott 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	Sebnem Bahdir, Ingrid Pinzker Dreisamkeit im Therapiezimmer erleben - Dolmetschvermittelte Psychotherapie Margot Weibold Aktive Präsenz	Greet Vanaerschott 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 Manuel Zeitler: Musik Ingrid Wagner: Das Potenzial von Spielen. Selbsterfahrung Rosa Heim: Inneres Erleben mit Babuschkas gestalten Sonja Kinigadner: „Ich brauch nur Zärtlichkeit“ Erregung erleben lernen	18:30 – 19:30 Außerordentliche Generalversammlung 19:30 ÖGWG-Fest	ÖGWG Wanderung (Je nach Witterung)

Vorlesungsreihe zur Personzentrierten Psychotherapie / Sigmund Freud Privatuniversität Wien

Organisiert und moderiert von Renata Fuchs MAS und DSA Mag^a Theresia Hollerer (APG-IPS)

Personzentrierte und Psychiatrische Diagnostik Ergänzung, Zusammenspiel oder Widerspruch?

Zeit: Jeden 3. Dienstag im Monat – ab 20. Oktober 2015

Ort: Sigmund Freud Privat Universität, Campus Prater, 1020 Wien, Freudplatz 1

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 psychotherapeutisch/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 vom IPS und von der SFU im Sommer veröffentlicht.
Zusendungen auf Anfrage bei: hollerer@apg-ips.at

Sigmund Freud Privatuniversität Wien



© Holzer Kobler Architekturen

Nähere Informationen zu allen Veranstaltungen und unseren Ausbildungen auf:

www.apg-ips.at

**Institut
Psychotherapie**

Ausbildung

... besuchen Sie uns!

Service

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.

