

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2014

18. Jahrgang

Herausgegeben von Wolfgang W. Keil und Christiane Bahr

FACHBEITRÄGE

- Silke Birgitta Gahleitner, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner & Alexandra Koschier:* **Risiken und Fehlerquellen in der Psychotherapie konstruktiv wenden – ein Plädoyer für personzentriertes Vorgehen?** 5
- Norbert File, Wolfgang W. Keil, Manuel Schabus, Joachim Sauer:* **Ansätze zur empirischen Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie in Österreich** 18
- Sylvia Keil:* **Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID)** 31
- Andrea Korenjak, Christian G. Allesch:* **Kunst als Therapie – Über die Schwierigkeiten, die Ursachen heilender Wirkungen ästhetischer Erfahrungen einzugrenzen.** 44
- Kristina Kokta:* **Der Personzentrierte Ansatz nach Carl R. Rogers – eine Utopie?** 54
- Alexandra Sinzinger:* **Personenzentrierte psychologische Diagnostik – Eine psychologische Diagnostik im inneren Bezugsrahmen mit Kindern und Jugendlichen** 65

BERICHTE

- Florentina Palada & Georgeta Niculescu:* **Reflexionsbericht: Personzentrierte Psychotherapie im post-kommunistischen Rumänien** 77
- Christiane Bahr:* **Wahrnehmen – Wertschätzen – Verstehen. Qualitativer Bericht über einen Supervisions-Workshop-Tag unter dem Motto „Ich und das Meer“** 83

REZENSIONEN

93

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, Sektion der APG

(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)
A-1090 Wien, Liechtensteinstraße 129/3
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@apg-forum.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

Wolfgang W. Keil und Christiane Bahr

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

Redaktion

Christiane Bahr, Matthias Barth, Michael Behr, Ulrike Diethardt, Jochen Eckert, Jobst Finke, Brigitta Gahleitner, Mark Galliker, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Christian Metz, Dagmar Nuding, Aglaja Przyborski, Gerhard Stumm, Monika Tuczai, Christine Wakolbinger

Redaktionssekretariat

Katrin Draxl, 1070 Wien, Mariahilfer Straße 76/3/34
Tel: +43 (0) 699 12 05 51 24, E-Mail: katrin.draxl@chello.at

Fachbeirat von PERSON

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardel-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Jef H.D. Cornelius-White, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehringer, Andrea Felnemeth, Irmgard Fennes, 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, Margarethe Letzel, Hans-Jürgen Luderer, 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, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Stefan Schmidtchen, Wolfgang Schulz, Klaus-Peter Seidler, Gert-Walter Speierer, Tobias Steiger, Norbert Stölzl, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Helga Vogl, Robert Waldl, Johannes Wiltschko, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Carolavon Zülow, Günther Zurhorst

(Stand 31. Mai 2014)

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

PERSON

18. Jg. 2014, Heft 1

Herausgegeben von
Wolfgang W. Keil und Christiane Bahr

Inhalt

Editorial 3

FACHBEITRÄGE

Silke Birgitta Gahleitner, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner & Alexandra Koschier
Risiken und Fehlerquellen in der Psychotherapie konstruktiv wenden – ein Plädoyer für
personenzentriertes Vorgehen? 5

Norbert File, Wolfgang W. Keil, Manuel Schabus, Joachim Sauer
Ansätze zur empirischen Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie in Österreich 18

Sylvia Keil
Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID) 31

Andrea Korenjak, Christian G. Allesch
Kunst als Therapie – Über die Schwierigkeiten, die Ursachen heilender Wirkungen ästhetischer
Erfahrungen einzugrenzen. 44

Kristina Kokta
Der Personzentrierte Ansatz nach Carl R. Rogers – eine Utopie? 54

Alexandra Sinzinger
Personenzentrierte psychologische Diagnostik – Eine psychologische Diagnostik im inneren
Bezugsrahmen mit Kindern und Jugendlichen 65

BERICHTE

Florentina Palada & Georgeta Niculescu

Reflexionsbericht: Personzentrierte Psychotherapie im post-kommunistischen Rumänien 77

Christiane Bahr

Wahrnehmen – Wertschätzen – Verstehen. Qualitativer Bericht über einen Supervisions-Workshop-Tag unter dem Motto „Ich und das Meer“ 83

REZENSIONEN

Charlotte Gröflin-Buitink

Jochen Eckert, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Diether Höger (Hg.): Gesprächspsychotherapie.

Lehrbuch. 2., überarbeitete Auflage 93

Dagmar Nuding

Jobst Finke: Träume, Märchen, Imaginationen. Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

mit Bildern und Symbolen. 94

Veranstaltungskalender 2014 96

Editorial

Da in letzter Zeit erfreulicherweise eine Reihe von freien Beiträgen in der Redaktion unserer Zeitschrift eingelangt ist, war es naheliegend, das vorliegende Heft nicht einem bestimmten thematischen Schwerpunkt zu widmen, sondern als offenes Heft zu gestalten. Mit den Beiträgen wird eine große Vielfalt von thematischen Bereichen angesprochen, und wir hoffen, dass diese auch auf das Interesse der Leserschaft treffen. Das Heft enthält zunächst zwei am Personzentrierten Ansatz orientierte Beiträge aus der empirischen Psychotherapieforschung, einen Beitrag zur Konzeptualisierung von Inkongruenzdynamik und des therapeutischen Umgangs damit, ein Plädoyer für die Beachtung des Ästhetischen als Wirkfaktor besonders bei Therapien mit Einbezug kreativer Medien oder Kunsttherapien, eine ausführliche Darstellung der utopischen Gedanken und Perspektiven bei Rogers und deren Bewertung, sowie einen Beitrag, der aufzeigt, wie psychologische (Test-)Diagnostik sorgsam in eine am inneren Bezugsrahmen des Kindes orientierte Personzentrierte Kindertherapie integriert werden kann. Zwei Erfahrungsberichte runden den Inhalt dieses Heftes ab: *Florentina Palada & Georgeta Niculescu* reflektieren ihre Erfahrungen mit dem Personzentrierten Ansatz für das Leben in einem postkommunistischen Land wie Rumänien; *Christiane Bahr* berichtet von einem personzentrierten Supervisionsprozess, bei welchem auf kreative und achtsame Weise individuelle Potenziale des multiprofessionellen Teams eines Altersheims zugunsten einer besseren Teamdynamik und personalen Qualitätsentwicklung für die Ermöglichung optimaler Pflege gestärkt wurden.

Im ersten Artikel berichten *Silke Birgitta Gahleitner, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner und Alexandra Koschier* von einer großen, am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems in Österreich durchgeführten Untersuchung über Risiken, Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie. Die Untersuchung umfasste einerseits die qualitative Auswertung von themenrelevanten Expertengesprächen sowie die Auswertung aller beim Psychotherapiebeirat im österreichischen Gesundheitsministerium eingegangenen Beschwerden, und andererseits die quantitative Auswertung der Befragung von Psychotherapie-Klienten ($n = 562$) der Gebietskrankenkasse für das Bundesland Niederösterreich, sowie die Auswertung einer österreichweiten online-Umfrage ($n = 2056$) zum Thema. Es sollte untersucht werden, ob und welche Nebenwirkungen von Psychotherapie wie häufig auftreten, welche Faktoren dafür und auch für Schäden ausgemacht werden können und wie Fehler wahrgenommen und verhindert werden könnten. Ausgehend

von verschiedenen Untersuchungsergebnissen verweisen die Autorinnen dabei auf die Wichtigkeit einer empathischen und dialogisch-partizipativen Beziehungsgestaltung, wie sie gerade in der Personzentrierten Psychotherapie als wesentlich konzeptualisiert und praktiziert wird bzw. werden sollte. Dass Letzteres doch der Fall ist, kann u. a. dadurch belegt werden, dass die Humanistischen Therapien in Bereichen wie Beziehungsqualität in der Therapie, Erreichen erwünschter Veränderungen und von Zuwachs an Lebensqualität durch die Therapie u. ä. signifikant noch besser als die meisten übrigen Therapieformen abschneiden. Insgesamt sollte jedoch die Aufmerksamkeit auf Neben- und auf negative Wirkungen von Therapie ebenso wie eine forcierte Förderung einer fehlerfreundlichen Praxis auch in der Personzentrierten Psychotherapie noch viel stärker ausgebaut werden.

Im nächsten Beitrag wird von *Norbert File, Wolfgang W. Keil, Joachim Sauer und Manuel Schabus* dargestellt, welche Ansätze zu einer eigenen empirischen Forschung innerhalb der österreichischen Vereinigung ÖGWG bislang entwickelt werden konnten. U. a. werden dabei die Ergebnisse einer demografischen Untersuchung referiert, bei welcher aus den Datensätzen von 68 Therapeutinnen und Therapeuten bzw. von 2028 Klientinnen und Klienten eine Übersicht gewonnen werden konnte, in welchem Umfang mit welchen Klienten mit welchen Therapiemotiven Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich betrieben wird. Darüber hinaus wird ein ausführlicher Zwischenbericht von einer noch laufenden Studie gegeben, bei welcher untersucht wird, welche symptomatischen Veränderungen (gemessen am Brief Symptom Inventory) und welche Veränderungen im emotionalen Erleben (gemessen an den Skalen Emotionalen Erlebens) Klienten von Therapiebeginn bis zur 15. Stunde und bis zum Ende der Therapie erleben. Die Veränderungen sind außerordentlich positiv, was aber relativiert werden muss wegen der bisher noch kleinen Zahl an untersuchten Klienten ($n = 44$) bzw. wegen der geringen Daten für alle drei Messzeitpunkte.

Eine konzeptuelle und praxeologische Innovation für die Personzentrierte Psychotherapie bietet der Artikel von *Sylvia Keil*, die ein Modell für das Kreieren von Verstehenshypothesen durch ein kontinuierliches Wahrnehmen der Inkongruenzdynamik beim Klienten bzw. in der therapeutischen Beziehung ausgearbeitet hat. Ein dynamisches Verständnis von Inkongruenz(prozessen) ergibt sich aus dem zirkulären Zusammenspiel von Organismus (als Akteur), organismischem Erleben (Experiencing) und Selbstkonzept (Struktur, strukturgebundenem Erleben). Der Gesamt-Organismus „verwendet“

bei der „Verarbeitung“ all seiner Erfahrungen „sein“ Selbstkonzept, um sich dabei immer die lebensnotwendige „Selbstachtung“ zu erhalten. Die große Frage bei diesen Verarbeitungsprozessen ist nun, wie sehr und wie fließend oder rigide jeweils die adäquate Symbolisierung von aktuellem organismischem Erleben möglich ist bzw. verzerrt oder verhindert wird. Diese Inkongruenzdynamik kann innerhalb der therapeutischen Beziehung empathisch-hermeneutisch über die eigene therapeutische Resonanz sowie über die achtsame Wahrnehmung der Selbstdefinitionen, Narrative, Verhaltensstrategien und Symptome des Klienten erfasst werden. Es geht dabei nicht darum, Inkongruenzen als bestehende Diskrepanz-Zustände festzustellen, sondern darum, die fortlaufende Dynamik zwischen organismischem Erleben und strukturellen Prozessen gewissermaßen in ihrer Zielsetzung und in ihrem Sinn zu verstehen. Wie sich solche Verstehensversuche im Lauf der Therapie schrittweise entwickeln können, wird auch beispielhaft an einem Therapieverlauf anschaulich dargestellt.

In einem weiteren Beitrag mahnen *Andrea Korenjak und Christian G. Allesch* die Berücksichtigung des Ästhetischen bei der Konzeptualisierung von Wirkfaktoren der Psychotherapie und besonders der Psychotherapie mit Einbezug kreativer Medien bzw. der Kunsttherapie ein. Die therapeutische Arbeit mit Bildern, Träumen, Pantomimen, Musik und Tanz, mit Kunstwerken oder mit Ritualen ermöglicht „präsentative“ (statt nur diskursiver) Symbolisierungen, wobei eben auch Unsagbares zum Ausdruck kommen und „Öffnungen in den Mauern der Notwendigkeit“ entdeckt werden können. Ästhetische Prozesse können „Glück vermitteln“ und „ein Erfülltsein auslösen, das die Grenzzäune zwischen gesund und krank einreißt“. Psychotherapie muss demnach nicht in jedem Fall und einzig und allein als auf die Erzielung eines „gesunden Normalzustands“ ausgerichtet verstanden werden.

Kristina Kokta geht in ihrem Beitrag der Frage nach, ob der Ansatz von Carl Rogers als utopischer Ansatz verstanden werden kann. Nach einer einleitenden Darstellung des Begriffs bzw. der Merkmale von Utopie wird eine informative Übersicht über Rogers' utopische Gedanken und Perspektiven bezüglich der Entwicklung des Individuums, im Bereich der Pädagogik und des Bildungswesens, sowie hinsichtlich der gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen gegeben. Der Frage, ob Rogers nun als Utopist einzustufen sei, wird schließlich insofern nachgegangen, als viele kritische Stimmen von „Rogerianern“ referiert werden, welche zwar verschiedene Einschätzungen und Perspektiven von Rogers als realitätsfern oder illusionär oder eben utopisch bewerten, jedoch betonen, dass dies den substantziellen Wert und Gehalt seines Ansatzes in keiner Weise vermindert oder fragwürdig macht.

Alexandra Sinzinger befasst sich in ihrem Beitrag mit der Frage, ob und wie psychologische Diagnostik in eine Person-

zentrierte Kinderpsychotherapie integriert werden kann. Die Autorin erläutert dabei zunächst die Entwicklung des Verständnisses von Diagnosen und deren Stellenwert in der Psychotherapie bei Rogers selbst, referiert die Diskussion um die Wichtigkeit der Diagnostik bei störungsspezifischen personenzentrierten Therapiekonzepten, und skizziert die Position heutiger Personenzentrierter Kindertherapeuten zur psychologischen (Test-)Diagnostik. Ausgehend von ihren eigenen Therapieerfahrungen plädiert sie schließlich für eine sorgsame und prozessorientierte Einbettung psychologischer Testinstrumente, die oft für das Erfassen von kindlichen Begabungen und Leistungen, wie von kindlicher Persönlichkeit und deren Umfeld unersetzbar sind, in die Therapie mit Kindern und fallweise auch mit Jugendlichen.

Wenn wir zu guter Letzt noch einen kurzen Blick auf die aktuelle personenzentrierte Szene in unseren Ländern werfen wollen, so darf zunächst konstatiert werden, dass PCE Europe unlängst ein kräftiges Lebenszeichen von sich gegeben hat mit dem Internationalen Kongress „The place of the Person-Centred Approach in Europe: Contributions, Activities and Impact in a Troubled World“ an der Karls-Universität in Prag. Bei der gut besuchten und liebevoll organisierten Tagung konnten u. a. speziell Kolleginnen und Kollegen aus vielen mittel- und osteuropäischen Ländern ihre Arbeit vorstellen und sichtbar machen.

Weiters sei wieder auf den für 25.–27. September 2014 geplanten Jubiläumskongress in Salzburg unter dem Motto „Sicher, sauber, schnell und schön – oder selbstbestimmt und unvollkommen?“ anlässlich des 40-jährigen Bestehens der ÖGWG hingewiesen. Der Kongress findet in Kooperation mit allen personenzentrierten deutschsprachigen Vereinen und in Verbindung mit der 5. Internationalen Fachtagung für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der VPKJ statt. Dem Motto entsprechend wird sich der Kongress mit den Auswirkungen aktueller gesellschaftlicher Normierungsprozesse und dem, was unser Ansatz dabei beitragen bzw. dem entgegenstellen kann, befassen.

Schließlich sei noch eines der wichtigsten Vertreter einer professionellen, die existenzielle Ebene einschließenden Personenzentrierter Psychotherapie gedacht, der im August dieses Jahres sein 90. Lebensjahr vollenden wird. Wir gratulieren Hans Swildens zu diesem Jubiläum sehr herzlich und wünschen ihm auf diesem Weg noch weitere erfüllende und erfüllte Lebensjahre in geistiger Lebendigkeit und adäquater körperlicher Gesundheit. Bei dieser Gelegenheit können wir übrigens auch berichten, dass der GwG-Verlag anstrebt, die Neuauflage des im deutschsprachigen Raum vergriffenen (und für viele von uns unverzichtbaren) Werkes über die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie noch in diesem Jahr auf den Markt zu bringen.

Wolfgang W. Keil und Christiane Bahr

Risiken und Fehlerquellen in der Psychotherapie konstruktiv wenden – ein Plädoyer für personzentriertes Vorgehen?

Silke Birgitta Gahleitner, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner & Alexandra Koschier
Donau-Universität Krems, Österreich

Psychotherapie wirkt. Es erstaunt daher nicht, dass es in diesem Geschehen auch zu Risiken und negativen Effekten kommt. Dies ist zwar schon lange bekannt, dennoch wurden diese in der Psychotherapieforschung erst in den letzten Jahren stärker Thema. Die Donau-Universität Krems, das dortige Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, hat sich diesen potenziellen Risiken und Fehlerquellen in psychotherapeutischen Prozessen in einem mixed-method Design gewidmet. Die Ergebnisse des Projekts lassen keinen Zweifel daran, dass Psychotherapie auch mit Symptomverschlechterungen und/oder Verschlechterung der Lebensqualität einhergehen kann. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass es Wege gibt, die Risiken zu reflektieren und einzudämmen. Dieses Ergebnis verweist auch auf schulenspezifische Aspekte. Der Artikel reflektiert diese Tatsache im Hinblick auf die humanistischen Verfahren im Allgemeinen und die personzentrierte Ausrichtung im Spezifischen.

Schlüsselwörter: Risiken und Nebenwirkungen, Psychotherapieforschung, partizipative Orientierung, dialogische Beziehung

Addressing Risks and Sources of Error in Psychotherapy Constructively — a Plea for a Person-Centred Approach? Psychotherapy is effective. It is therefore not surprising that risks are also entailed in psychotherapeutic processes and that they may lead to negative effects. However, it is only in the last few years that psychotherapy researchers have begun to pay more attention to such risks and errors. The Department of Psychotherapy and Biopsychosocial Health of Danube University Krems has investigated these potential risks and sources of error in psychotherapeutic processes in a complex mixed-method design. The results of the project leave no doubt that psychotherapy can also be associated with a worsening of symptoms and/or a deterioration of the quality of life. They also provide information on the prevalence and causes of psychotherapeutic errors and means of addressing them, and point towards concrete ways in which risks can be reflected upon and contained. The results also draw attention to modality-specific aspects. This article reflects upon these results with regard to the humanistic therapies in general and the person-centred approach in particular.

Keywords: risks and side effects, psychotherapy research, participative orientation, dialogical relationship

Silke Birgitta Gahleitner, geb. 1966, studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie, arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen sowie in eigener Praxis. Seit 2006 Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASH Berlin, seit 2012 Universitätsprofessorin an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit in der Funktion der Zentrumsleitung für das Zentrum Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen tätig.
Katharina Gerlich, Mag.^a Dr.ⁱⁿ, geb. 1971, Soziologin, ist seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Vortragende am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich qualitativer soziologischer Erhebungs- und Analyseverfahren zu spezifischen Fragestellungen der psychosozialen Interventionen, Psychotherapieforschung und Gender Studies.

Heidemarie Hinterwallner, MA MA, geb. 1986, studierte Soziologie an der Universität Wien und Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Campus Wien. Seit 2008 als Wissenschaftliche Mitarbeiterin und seit 2012 Lehrgangsführerin des Universitätslehrgangs Psychotherapeutisches Propädeutikum am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit tätig.

Alexandra Koschier, geb. 1967, studierte Psychologie an der Universität Wien und arbeitete als Klinische- und Gesundheitspsychologin. Seit 2007 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen im Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems tätig.

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, 3500 Krems, Österreich. silke.gahleitner@donau-uni.ac.at

Mehr als 60 Jahre nach Eysencks (1952) kritischem Review zur Lage der Psychotherapie steht die grundsätzliche Wirksamkeit psychotherapeutischer Hilfen nicht mehr infrage. Mit breit angelegten Metaanalysen kann seit Ende der 1970er-Jahre (u. a. Smith et al., 1980) aufgezeigt werden, dass psychotherapeutische Interventionen im Allgemeinen eine hohe, positive Wirkung über alle Psychotherapieverfahren hinweg erzielen (u. a. Grawe et al., 1994; Lambert & Ogles, 2004; Strauß & Wittmann, 2005; aktuell Lambert, 2013). Über viele Jahre hinweg fokussierten sich Qualitätsprüfungen allerdings allein auf die Effektivität von Psychotherapie. Qualitätssicherung für psychosoziale Versorgungsformen stellt jedoch ein komplexeres Unterfangen dar als die aktuelle auf RCT-Studien (randomized controlled trials) fokussierte evidenz-basierte Forschungstradition der Psychotherapieforschung glauben machen möchte (vgl. dazu kritisch u. a. Sommerfeld & Hüttemann, 2007; zusammenfassend Schröder & Gahleitner, 2012).

Befragt man z. B. Patienten und Patientinnen selbst danach, welche Veränderungen die Psychotherapie bei ihnen bewirkt hat, wird deutlich, dass sie Behandlungsergebnisse häufig ganz anders bewerten, als sie durch übliche Outcome-Messungen beschrieben werden, nicht selten valider und aussagekräftiger (Bachelor & Horvath, 1999). Bereits Strupp (1969) hatte auf die Notwendigkeit und die Bedeutung der individuellen Bewertung der Wirksamkeit von Psychotherapie durch Patienten und Patientinnen hingewiesen. Qualitätssicherung in der Psychotherapie dient in erster Linie dem Patientenschutz (Laireiter & Vogel, 1998) und sollte sich eines breiten Spektrums von Beobachtungsperspektiven, z. B. Selbst- und Fremdbeurteilung, bedienen, um diesem Anspruch gerecht zu werden, wie es auch Hilsenroth (2013) in einem Rückblick auf 50 Jahre Psychotherapieforschung fordert: „Therefore, it seems prudent and necessary that a continued discussion, encompassing a range of perspectives on such issues, be offered to facilitate progress in our field“ (S. 2).

Bezieht man die subjektive Perspektive der Behandelten – „the unique inner world of the client“ (Bachelor & Horvath, 1999, S. 163) – ein, zeigt sich beispielsweise, dass bei einem beachtlichen Prozentsatz psychotherapeutischer Behandlungen auch unerwünschte Effekte auftreten (Leitner et al., 2009; vgl. auch Bergin, 1963; Kraus, 2010; Lambert et al., 2002; Lieberei & Linden, 2008; Linden & Strauß, 2013; Spielhofer, 2013). Unter der Vielzahl an Effektivitätsstudien gibt es jedoch erst in den letzten Jahren einige Forschungsprojekte, die sich systematisch mit Risiken und negativen Effekten beschäftigen, obwohl der aktuelle Stand der Forschung keinen Zweifel daran lässt, dass Psychotherapie auch mit Symptomverschlechterungen und/oder Verschlechterung der Lebensqualität einhergehen kann. Verschlechterungen müssen also als zum Therapiegeschehen gehörend akzeptiert werden (Berk & Parker, 2009).

An der Donau-Universität Krems, am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, ist ein Forschungsteam diesen potenziellen Risiken und Fehlerquellen in psychotherapeutischen Prozessen empirisch nachgegangen. Über vier Jahre hinweg wurden Daten aus unterschiedlichen Quellen gesammelt, ausgewertet und verglichen. Zusammengefasst lässt sich festhalten: Unerwünschte Wirkungen treten in fast allen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren auf, es bestehen jedoch Möglichkeiten, die Risiken zu minimieren. Dieses Ergebnis hat auch einige interessante schulenspezifische Implikationen. Im Folgenden soll diesem Aspekt nach einem Überblick über den Forschungsstand und einem kurzen Einblick in die Ergebnisse der Studie nachgegangen werden.

1. Risiken und Nebenwirkungen: Ungeliebte Kinder der Psychotherapie

Die Vernachlässigung des Forschungsfeldes zu Risiken und Nebenwirkungen findet ihre Korrespondenz in einem mangelnden Problembewusstsein aufseiten der Therapeuten und Therapeutinnen. Zwei Drittel von ihnen können sich nicht vorstellen, dass Nebenwirkungen überhaupt existieren (Busch & Lemme, 1992). Während diese Tatsache in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung keine Frage darstellt, tüfelt der Psychotherapiebereich noch an Definitionsfragen in diesem Gebiet. Erst in den letzten Jahren wurden von verschiedenen Autoren und Autorinnen – allerdings recht unterschiedliche – Definitionen für negative Effekte vorgeschlagen. Während Kächele und Grundmann (2011) mit strukturell bedingten Fehlern, methodenspezifischen Risiken, situations- oder personenspezifischen Fehlern und solchen Fehlern, die aus einer Kombination dieser Fehlertypen entstehen, verschiedene Typen von Fehlverläufen beschreiben, nehmen Hoffmann und Kollegen (2008) eine Einteilung nach den Auswirkungen von Fehlentwicklungen vor und unterscheiden Misserfolge, unerwünschte Wirkungen oder Nebenwirkungen und Therapieschäden. Eine eher prozess- und patientenorientierte Einteilung von therapeutischen Misserfolgen in der Verhaltenstherapie nimmt Jacobi (2001) in Form einer Erweiterung der Klassifikation von Foa und Emmelkamp (1983) vor: Er unterscheidet Misserfolge beim Therapiezugang, Therapie-Ablehner, Abbrecher, Nicht-Reagierer, Verschlechterungen und Rückfälle. Diese Klassifikation wurde von Märten und Petzold (Märten & Petzold, 2002; Petzold & Märten, 2002) auf zwölf Problembereiche erweitert, sodass sie hilfreich zur Erfassung unerwünschter Effekte therapeutischer Interventionen in unterschiedlichen Settings verwendet werden kann (weitere Publikationen zur Definitionsfrage vgl. Bienenstein & Rother, 2009; Fäh, 2011; Heidenreich & Noyen, 2012; Haupt et al., 2013).

Eine Systematik, die sich von Alltagsfehlern bis hin zu schwerwiegenden Verstößen gegen ethische Prinzipien erstreckt, erwuchs aus dem vorliegenden Projekt (Schigl & Gahleitner, 2013). Demnach kann unterteilt werden in:

- *Alltagsfehler*, die allen praktizierenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen von Zeit zu Zeit unterlaufen, auf die aber reagiert wird, wenn sie deutlich werden,
- *Anfängerfehler* und Fehler in schwierigen Situationen,
- *Kunstfehler* oder „technische Fehler“, die aus unzureichender Kompetenz des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin bzw. unprofessionell, d. h. inkorrekt durchgeführter Therapie erfolgen (vgl. dazu auch Strauß et al., 2012),
- *Ethische Fehler* wider den Berufskodex (schwerwiegende Settingverletzungen, fragwürdige finanzielle Gepflogenheiten oder Nähe-Distanz-Fragen, Beschimpfungen, Belästigungen und gravierende Grenzverletzungen).

Eine Abstimmung im Bereich der Nomenklatur erscheint umso notwendiger, da es sich bei negativen Therapieverläufen keineswegs um Einzelfälle handelt. Bereits vor 50 Jahren kam Bergin (1963) zu dem Schluss, dass sich der Zustand bei in etwa 10 % der Patienten und Patientinnen im Zuge der Therapie verschlechterte. 1980 zeigte eine Metaanalyse von Smith und Kollegen (1980) Verschlechterungen bei rund 12 % der Patienten und Patientinnen. Eine frühere indirekte Schätzung negativer Effekte aufgrund vorliegender empirischer Studien von Grawe und Mezenen (1985) kam zu einer Vermutung von bis zu 30 % Verschlechterungen. Ausgehend von Metaanalysen und eigenen Untersuchungen kamen Lambert und Kollegen zu Ergebnissen von mindestens 2–15 % (Lambert et al., 2002) bzw. 5–10 % (Lambert & Ogles, 2004; vgl. auch Jarrett, 2007; Berk & Parker, 2009). Kraus und Kollegen (2011) gelangen in einer aktuellen Studie sogar zu 11–38 % Verschlechterung der Symptomatik, die im Wesentlichen auf den Einfluss der behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen zurückzuführen sind. Übergreifend verzeichnen Kraus und Kollegen (2011) aktuell eine Prävalenz von einem Drittel der Patienten und Patientinnen, welches negative Effekte in psychotherapeutischen Prozessen aufweist.

Noch komplexer und umstrittener als die Beforschung bzw. die Festlegung reliabler Prävalenzraten ist das Explorieren von Risikobedingungen, die das Auftreten von Verschlechterungen wahrscheinlicher machen. Hoffmann und Kollegen (2008) unterscheiden als Resümee aus einer Reihe weiterer vorliegender Systematiken zwischen (1) patientenseitigen Ursachen, (2) therapiespezifischen Ursachen und (3) therapeutenseitigen Ursachen. Diese Einteilung korrespondiert mit den Faktoren, die auch im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (aktuell in 6. Auflage: Lambert, 2013) seit

50 Jahren zur Erforschung psychotherapeutischer Prozesse diskutiert werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung geben an vielen Stellen Hinweise auf die Bedingungsfaktoren von Psychotherapierisiken, auf Ursachen, Prädiktoren und Einflussmöglichkeiten – im Hinblick auf bereits erforschte Aspekte, aber auch darüber hinaus. Nach einer kurzen Darstellung der Methodik und wesentlicher Ergebnisse der Studie wird insbesondere der Umgang mit Risiken und Therapiefehlern fokussiert und im Lichte des personenzentrierten Ansatzes diskutiert.

2. Fragestellung und Methodik der RISK-Studie

Das Projekt „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden“ (RISK) an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit fokussierte auf die Fragestellung, welche Nebenwirkungen bei einer psychotherapeutischen Behandlung auftreten und wie häufig sie vorkommen, welche Risikofaktoren, Ursachen oder Prädiktoren für Therapiemisserfolg, Schäden und Nebenwirkungen sich identifizieren lassen, und wie negative Therapiefolgen möglichst früh aufgefunden und zukünftig verhindert werden können (zum Untersuchungsdesign und zu einer Gesamtübersicht über die Ergebnisse vgl. Leitner et al., 2012, 2013).

Wie oben bereits deutlich wurde, muss Forschung in der Psychotherapie, die tragfähige Ergebnisse hervorbringen will, multimethodisch vorgehen. Im vorliegenden Projekt wurden daher unter Anwendung von quantitativen und qualitativen Methoden unterschiedliche Beobachtungsperspektiven im Forschungsdesign berücksichtigt: die Sicht von Patienten und Patientinnen, die Beschwerden führten (aus vorhandenen Beschwerdedarstellungen qualitativ ausgewertet), die Sicht der Patienten und Patientinnen, die sich in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden/befanden (im Land Niederösterreich sowohl über einen paper-und-pencil-Fragebogen, n = 562,

Daten und Erhebungsmethoden	Auswertungsmethoden	Ziele
Beschwerdebriefe Ethikkommission des BM für Gesundheit	Qualitative Inhaltsanalyse	Enttabuisierung Vergrößerung des Problembewusstseins
Gruppendiskussion mit Experten/Expertinnen aller Fachspezifika	Grounded Theory	Definition von Nebenwirkungen, Risiken und Schäden
Fragebogenerhebung Patienten/Patientinnen NÖGKK	Statistische Auswertung	Aufklärung der Klienten/ Klientinnen u. Patienten/ Patientinnen: Anregungen für einen „Beipackzettel“
Online-Befragung		Prävention von Therapieschäden

Abbildung 1: Untersuchungsdesign und -ziele

als auch über eine Online-Erhebung, n = 2056) und die Sicht von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (in Form von Gruppendiskussionen qualitativ erforscht).

Die quantitativen Daten wurden sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch analysiert. Die qualitativen Daten wurden computergestützt inhaltsanalytisch (nach Mayring, 2000) bearbeitet – in Kombination mit einer vertiefenden induktiven Kategorienbildung unter Anwendung des Strauss'schen Kodierparadigmas (Strauss, 1987). Dies sollte ermöglichen, sich dem Gegenstand von verschiedenen Seiten zu nähern und ihn mittels Triangulation so weit wie möglich auszuleuchten (siehe Abb. 1).

3. Ergebnisse der RISK-Studie

Die Forschungsbefunde der RISK-Studie sollen unter drei Aspekten dargestellt werden:

- 1) negative Auswirkungen über alle Patienten und Patientinnen hinweg (Prävalenz),
- 2) Darstellung der Voraussetzungen, die das Auftreten von Nebenwirkungen wahrscheinlicher machen (Risikobedingungen) und
- 3) Darstellung des positiven Umgangs mit verschiedenen Risikofaktoren und Nebenwirkungen (Risikoprävention und Intervention).

3.1 Ergebnisse zur Prävalenz negativer Auswirkungen

In der lokal angelegten Untersuchung in Niederösterreich (n = 562) erlebt die Mehrheit der Patienten und Patientinnen Psychotherapie als positiv, hilfreich und sinnvoll. Jedoch erfahren auch hier fast 10% von ihnen eine sehr wenig erwünschte und knapp 30% eine eher wenig erwünschte Wirkung. Mittelwertsunterschiede zwischen den verschiedenen therapeutischen Orientierungen konnten nicht gefunden werden. Damit scheint die Größenordnung von unerwünschten Effekten in diesem österreichischen Bundesland unter jener von Kraus und Kollegen (2011) angesiedelt zu sein, allerdings überschreitet die gefundene Prävalenz die fast 50 Jahre alte 10%-Schätzung negativer Verläufe von Bergin (1963). Im Überblick betrachtet, unterstützt die vorliegende Untersuchung den Hinweis anderer Autoren und Autorinnen, dass Schätzungen in Bezug auf die absolute Verbreitung negativer Therapieerläufe schwierig sind (Hoffmann et al., 2008; Conrad, 2009).

So zeigt die vorliegende Studie, dass in der Onlinebefragung, die bereits in der Akquise der Forschungsteilnehmer und -teilnehmerinnen den Untersuchungsfokus Risiken und Nebenwirkungen hervorkehrte, ein deutlich größerer Anteil der Patienten und Patientinnen schlechte Erfahrungen mit

Psychotherapie gemacht hat (eingeflossen sind hier nur abgeschlossene Therapien; n = 1309). Während ca. 54% der Patienten und Patientinnen von einer erwünschten Wirkung berichteten, erlebte ca. ein Fünftel der Befragten eher wenig und ca. ein Viertel sehr wenig erwünschte Wirkung. Daraus ergeben sich 46,3%, die im Laufe ihrer Therapie nur wenig erwünschte Wirkung der Therapie erfahren haben (siehe Abb. 2). Diese Befunde unterstützen die Annahme von Linden (2011), dass solche Probleme im psychotherapeutischen Prozess ein weit verbreitetes, alltägliches Phänomen darstellen, welches mit unterschiedlichen Forschungsdesigns unterschiedlich stark eingefangen wird.

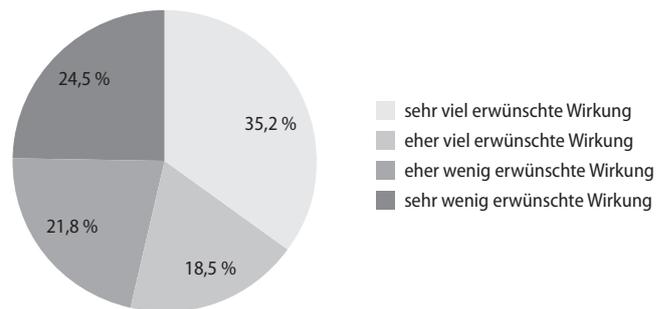


Abbildung 2: Erwünschte Wirkung nach Abschluss der Therapie in der Online-Befragung (Patienten und Patientinnen aller Therapierichtungen; n = 1309)

Legt man den Fokus auf Therapien mit humanistischer Orientierung, so zeigt sich ein davon differierendes Bild: Mehr als 60% der Patienten und Patientinnen berichten über mehr oder weniger erwünschte Wirkungen im Zuge der Therapie und nur rund 35% haben in der Therapie nicht die erwünschte Wirkung erlebt (siehe Abb. 3). Der Unterschied zwischen den humanistisch orientierten Therapien und allen anderen Richtungen erweist sich als hoch signifikant ($p < 0,001$).

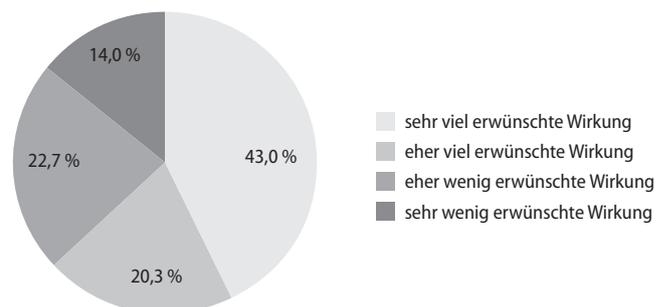


Abbildung 3: Einschätzung der erwünschten Wirkung einer Therapie nach deren Abschluss (Patienten und Patientinnen humanistischer Therapien; n = 365)

Betrachtet man die Ergebnisse zur Prävalenz negativer Therapiewirkungen differenzierter, so lassen sich einige charakteristische Bereiche auffinden, in denen Therapiefehler besonders stark zu Buche schlagen: die Beziehungsqualität, die Belastung durch die Therapie sowie die therapiebedingte Abhängigkeit, aber auch die Veränderung der allgemeinen Lebensqualität.

Im Folgenden werden jeweils die Ergebnisse der humanistisch-existenziell orientierten Therapien den restlichen in die Studie einbezogenen Verfahren gegenübergestellt.

Insgesamt schätzten sich 14 % der in der Online-Studie befragten Patienten und Patientinnen als durch die Therapie hoch belastet ein, fast 18 % erlebten retrospektiv betrachtet eine große Abhängigkeit bzw. Isolation aufgrund der Therapie. Dem Faktor Abhängigkeit wurden mittels Faktorenanalyse 10 Items zugeordnet, er enthielt unter anderem Aussagen wie „Ich habe/hatte das Gefühl, mein Therapeut/meine Therapeutin sei der wichtigste Mensch in meinem Leben“ oder „Ich habe/hatte das Gefühl, mein Therapeut/meine Therapeutin ist die einzige Person, die mir zuhört“. Auch hier zeigen sich Hinweise in Bezug auf die verschiedenen therapeutischen Orientierungen. Es konnten signifikante Unterschiede bezüglich dieser Parameter im Vergleich der humanistisch-existenziell orientierten Psychotherapien mit allen anderen therapeutischen Richtungen gefunden werden. Patienten und Patientinnen in humanistisch-existenziellen Therapien erleben demnach weniger Belastung durch die Therapie (7 %) sowie ein geringeres Maß an therapie-induzierter Abhängigkeit (11 %) als Patienten und Patientinnen anderer therapeutischer Orientierungen (siehe Abb. 4).

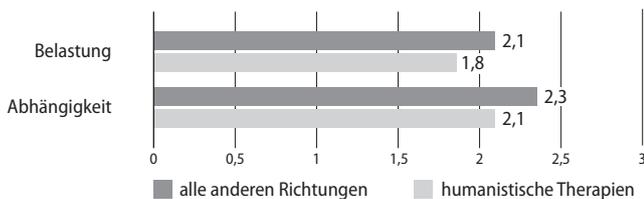


Abbildung 4: Therapiebedingte Abhängigkeit und Belastung durch die Therapie im Mittelwertvergleich (Patienten und Patientinnen humanistischer Therapien: n = 365; Patienten und Patientinnen aller anderen Richtungen: n = 581; Signifikanzniveau $\alpha = 0,01$; Bewertungsskala von 1 = „sehr niedrige Ausprägung“ bis 5 = „sehr starke Ausprägung“)

Allerdings muss einschränkend zu diesen Ergebnissen angemerkt werden, dass es in den Daten auch einen ausgeprägten positiven Zusammenhang negativer Verläufe mit der Länge der Therapie gibt, die Längen der Therapien sich wiederum in den Verfahren unterscheiden und daher nicht mit Sicherheit zu sagen ist, ob die Länge oder die Orientierung „Ursache“ für die eher ungünstigen Verläufe darstellt.

In diesem Zusammenhang ist ein weiteres quantitatives Ergebnis der Studie von Interesse. Rund die Hälfte der Patienten und Patientinnen (50 %) war zufriedener mit ihrer allgemeinen Lebenssituation als vor der Therapie und fast drei Viertel (72 %) berichteten von einer guten Beziehung zum Therapeuten bzw. zur Therapeutin. Wieder lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den therapeutischen Orientierungen finden: Patienten und Patientinnen in humanistisch-existenziell orientierten Therapien waren in einem höheren Ausmaß (61 %) nach abgeschlossener Therapie mit ihrer allgemeinen

Lebenssituation zufriedener als vorher, und sie erlebten auch in einem höheren Ausmaß eine qualitativ bessere Beziehung zu ihren Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen (83 %; siehe Abb. 5 und 6).

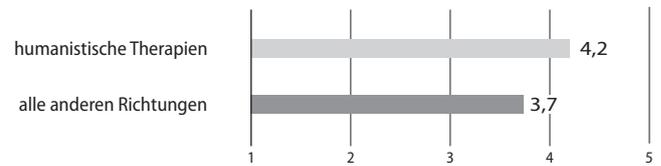


Abbildung 5: Beziehungsqualität (Bewertung von 1 = „sehr niedrige Ausprägung“ bis 5 = „sehr starke Ausprägung“) im Mittelwertvergleich (Patienten und Patientinnen humanistischer Therapien: n = 365; Patienten und Patientinnen aller anderen Richtungen: n = 581; Signifikanzniveau $\alpha = 0,01$)

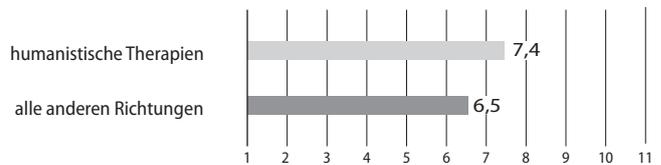


Abbildung 6: Allgemeine Lebenszufriedenheit (Bewertung von 1 = „viel schlechter geworden“ über 6 = „gleich geblieben“ bis 11 = „viel besser geworden“) im Mittelwertvergleich (Patienten und Patientinnen humanistischer Therapien: n = 365; Patienten und Patientinnen aller anderen Richtungen: n = 581; Signifikanzniveau $\alpha = 0,01$)

Erwartungsgemäß ergaben sich auch zwischen der Veränderung der Lebenszufriedenheit und der subjektiv erlebten therapeutischen Beziehungsqualität Zusammenhänge: Eine als positiv erlebte Beziehungsqualität geht mit positiven Veränderungen in der Lebenszufriedenheit einher, d. h., es besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualität des Therapieprozesses und dem Therapieergebnis. In der hier durchgeführten Erhebung konnte ein hoher Zusammenhang ($r = 0,68$) ermittelt werden (Leitner et al., 2009, S. 73). Insofern kann die subjektiv von den Klienten und Klientinnen erlebte Beziehungsqualität als Risikobedingung wie auch als Resultat eines fehlerhaften Therapieprozesses betrachtet werden. Auf der Suche nach den Risikobedingungen und Möglichkeiten der Prävention und Intervention wird man jedoch vor allem in den qualitativen Daten der Studie fündig.

3.2 Ergebnisse der Untersuchung von Risikobedingungen und Risikovermeidung

Lehnt man sich an die Einteilung von Hoffmann und Kollegen (2008) für Prädiktoren und Einflussvariablen psychotherapeutischer Fehlverläufe in patientenseitige, therapiespezifische und therapeutenseitige Ursachen an, erweckt die erste Kategorie häufig berechtigt Kritik. Das Auftreten von Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie kann keinesfalls allein bei den Patienten und Patientinnen angesiedelt werden. Zudem zeigen Versuche einer Systematisierung von Patienteneigenschaften

äußerst widersprüchliche Ergebnisse (vgl. u. a. Garfield, 1994; Kraus et al., 2011). Denn es zeigt sich immer wieder deutlich: „Both, the person who provides and the person who receives psychotherapy are likely to influence its results“ (Castonguay et al., 2010, S. 39).

Auch die qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung aus den Beschwerdebriefen wie den Gruppendiskussionen (Angaben zur Methodik s. o.) zeigen eine Reihe patienten-seitiger Bedingungsfaktoren auf. Allerdings fokussieren diese Ergebnisse eher auf dialogische Aspekte der Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung als auf Persönlichkeitseigenschaften oder Störungsaspekte der Patienten und Patientinnen. Bereits in der Anbahnungsphase und der Vertragsphase wird nach den Aussagen der Patienten und Patientinnen wie auch der Experten und Expertinnen der Untersuchung häufig deutlich, ob und wie entscheidende Aspekte des Umgangs miteinander ausgehandelt werden. Dieser eingangs gewählte Umgangsstil bestimmt maßgeblich den weiteren Prozess. Die interviewten Experten und Expertinnen der vorliegenden Untersuchung betonen, dass zudem im Vergleich zu früher eine steigende Tendenz bei Patienten und Patientinnen zu verzeichnen ist, sich aktiv in die Therapiegestaltung einzubringen. Diese erhöhte Mitarbeit bezieht sich auch auf Umfeldpersonen, welche sich nicht selten konstruktiv, zuweilen jedoch auch destruktiv in den therapeutischen Prozess einbringen.

Diese Veränderungen des Nutzerverhaltens der Patienten und Patientinnen durch mehr aktive Partizipation am Therapiegeschehen werden zwar in der Literatur implizit beschrieben (Duncan et al., 2007), sind bisher aber kaum expliziter Fokus von Untersuchungen im Mainstream-Bereich der Psychotherapie. Impulse zu einer „subjekttheoretischen Perspektive“ (Hanses, 2007) im Gesundheitsbereich kommen eher aus Forschungsbemühungen der Sozialwissenschaften und der Pädagogik. Sander (2012, S. 15; vgl. auch Sander, 2009) stellt in diesem Zusammenhang eine „eigensinnige Stabilität von professionellen Situationen und den darin geltenden Ordnungsmustern“ fest, und eine Neigung von Patienten und Patientinnen, sich der „Diskursivität“ (Hanses, 2011, S. 65) der Professionellen zu fügen. Von den Patienten und Patientinnen selbst wird Vertrauen in die Ordnung gesetzt, weil sie damit in Bezug auf den Heilungserfolg die größtmögliche Chance assoziieren. Und die Professionellen „behalten ihre Dominanz auch dann, wenn der ‚mündige Patient‘ dazu eingeladen wird, darin Platz zu nehmen“ (Sander, 2012, S. 30).

Diese Betrachtungsebene führt das Thema wieder auf diejenigen zurück, die im psychotherapeutischen Geschehen als verantwortlich zu betrachten sind. Nebenwirkungen und Schäden zu verhindern, ist die Aufgabe der Psychotherapeuten und -therapeutinnen, so auch der Tenor aus dem qualitativen Teil der vorliegenden Untersuchung. Entsprechend den soeben

referierten Zusammenhängen ist das Spektrum an Möglichkeiten, Therapiefehler zu verhindern, aufseiten der Psychotherapeuten und -therapeutinnen besonders breit. Nach den Auskünften der interviewten Experten und Expertinnen sowie der Beschwerdebriefe spielen dabei sowohl Persönlichkeitseigenschaften der Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie deren Ausmaß an Kompetenz, Erfahrung und Selbstreflexion eine entscheidende Rolle. Insbesondere die Gefahr, Bedürfnisse nach Macht, finanzieller Bereicherung, emotionaler und sexueller Befriedigung über Patienten und Patientinnen auszuagieren – verbunden mit der Unfähigkeit, Grenzen zu halten und zu setzen – werden als Ursachen und Quellen für schwere Schäden und Nebenwirkungen angegeben (vgl. dazu insbesondere die Gefahr sexueller Übergriffe; zum vorliegenden Projekt Gahleitner et al., 2014; Übersicht Hoffmann et al., 2008).

Bei der Analyse aller Formen therapeutischer Fehlbehandlungen wird immer wieder deutlich, dass insbesondere die Qualität der professionellen Beziehung eine Schlüsselrolle für Fehleranfälligkeiten spielt (siehe dazu nochmals Abb. 5) – neben mangelnden Kompetenzen auf der Ebene der Diagnostik und Intervention (vgl. hier auch Lieberei & Linden, 2008) oder der Unfähigkeit, die Sitzungen zu strukturieren oder zu fokussieren.

Die Auswirkungen einer problematischen Beziehungsgestaltung und der Missbrauch von Macht werden von den Experten und Expertinnen in den Interviews daher mit Abstand für die stärksten Schädigungen gehalten. Die Beschwerdebriefe der Patienten und Patientinnen weisen in eine ähnliche Richtung (vgl. zu Beziehungsstörungen als Ursache für Fehlentwicklungen in der Psychotherapie Omer, 2000). In diesem Zusammenhang tauchen insbesondere die Bedeutung der Transparenz und die Informationsgestaltung für Patienten und Patientinnen durch Psychotherapeuten und -therapeutinnen auf. In der Online-Erhebung gab etwa jeder siebte Patient an, es gäbe zu wenig Zeit zur Klärung von Rahmenbedingungen. Des Weiteren zeigten die Ergebnisse der Niederösterreich-Befragung, dass fast die Hälfte der Patienten und Patientinnen nur unzureichend über unerwartete und möglicherweise belastende Veränderungen durch Psychotherapie aufgeklärt waren.

Auch der häufig sture, unflexible Einsatz von Manualen wird in den Interviews immer wieder als problematisch beschrieben.

Durch die Ergebnisse zur Fehlerprävention und -intervention wird die Bedeutung der partizipativen Dimension der Psychotherapie erneut unterstrichen. Voraussetzung zur Umsetzung einer Reduktion von negativen Verläufen in der Psychotherapie wäre nach Aussage der interviewten Experten und Expertinnen eine Vereinheitlichung in der Auslegung psychotherapeutischer Verhaltensregeln, eine Implementierung dieser Übereinkünfte in die Ausbildung und Supervision sowie eine angemessene Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit für bereits praktizierende

Kollegen und Kolleginnen. Diese Öffentlichkeitsarbeit könnte ihre Fortsetzung in einer Aufklärung der Patienten und Patientinnen und deren jeweiligem sozialen Umfeld finden. Patienten und Patientinnen wie auch deren Angehörige müssten angemessen über Rechte, Pflichten, Vorgehensweisen und gesetzliche Grundlagen und Kodizes informiert werden. Eine adäquate Prävention müsste jedoch auch hier stets in das oben herausgearbeitete dialogische Geschehen zwischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen einerseits und Patienten und Patientinnen andererseits eingebettet sein. Letztere müssen demgemäß ermutigt werden, ihre Wahrnehmungen in den therapeutischen Prozess einzubringen. Diese Überlegung gewinnt noch an Gewicht, wenn man die Korrekturmöglichkeiten bereits aufgetretener unerwünschter Nebenwirkungen, negativer Effekte und Schäden während laufender Psychotherapien berücksichtigt.

Ein Ergebnis der qualitativen Datenanalyse ist, dass sich drei verschiedene Umgangstypen mit auftretenden Fehlern und Nebenwirkungen unterscheiden lassen: ein proaktiver Umgang, ein unreflektierter und ein ignoranter Umgang (Schigl & Gahleitner, 2013).

Beim proaktiven Umgang wird den Psychotherapeuten und -therapeutinnen der Fehler durch Signale der Patienten und Patientinnen bewusst, und sie reagieren adäquat darauf. Dies stellt den chancenreichsten Umgang mit Therapiefehlern dar.

Beim unreflektierten Umgang hingegen werden die Signale nicht wahrgenommen, oder aber die Signale werden zwar wahrgenommen, aber nicht adäquat darauf reagiert.

Im Falle eines ignoranten Umgangs der Psychotherapeuten und -therapeutinnen mit dem Fehler wird das als Fehler zu bezeichnende Geschehen zwar bewusst zur Kenntnis genommen, das eigene Verhalten jedoch als unproblematisch eingeschätzt.

Der Risikofaktor, nämlich die Neigung zu Wahrnehmungsverzerrungen zugunsten der eigenen Fähigkeiten bei Psychotherapeuten und -therapeutinnen wurde bereits angesprochen (u. a. Walfish et al., 2009). Ergebnisse von Hannan und Kollegen (2005) zeigen, dass tatsächlich nur 20 % der von den Patienten und Patientinnen erlebten Verschlechterungen auch von deren Therapeuten und Therapeutinnen bemerkt werden. Erkennen Psychotherapeuten und -therapeutinnen hingegen im Dialog mit den Patienten und Patientinnen oder in der Inter- und/oder Supervision Fehlentwicklungen frühzeitig und reagieren darauf proaktiv, können negative Effekte maßgeblich vermindert werden. Daraus sollten nachhaltige Schlussfolgerungen für die Therapeuten- und Patientenaufklärung (Kierein & Leitner, 2011) gezogen werden.

4. Risikovermeidung im Personenzentrierten Ansatz

Interessanterweise scheinen ungünstige Verhaltensweisen, wie z. B. der ignorante Umgang, bei bestimmten Psychotherapeuten und -therapeutinnen immer wieder aufzutreten, bei anderen dagegen selten. In Prozessstudien, die sich über lange Zeiträume erstrecken, wurde dieses Ergebnis bereits mehrfach aufgefunden (Lambert, 2013; Hoffmann et al., 2008). Ist die Frage der Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung also weniger eine Frage nach der richtigen Methode als eine Frage nach dem „richtigen“ Psychotherapeuten oder der „richtigen“ Psychotherapeutin (Hill, 2006; Hill & Knox, 2009)? Hoffmann und Kollegen (2008) weisen hingegen darauf hin, dass fehlende förderliche Therapeutenmerkmale wie Empathie, Selbstreflexivität u. v. m. (vgl. z. B. Eckert et al., 2006; Elliott, 2000) das Risiko schädigender Auswirkungen erhöhen und für ausbleibende Therapieerfolge verantwortlich sein können. Dieser Aspekt wurde auch in der vorliegenden Untersuchung deutlich. Obwohl es im quantitativen Untersuchungsabschnitt – ähnlich wie in der Wirksamkeitsforschung – nur wenige Hinweise auf schulenspezifische Unterschiede gibt (s. o.), weisen die qualitativen Ergebnisse zur Fehlerprävention und -intervention eine große Nähe zu personenzentrierten Vorgehensweisen auf. Dies soll im folgenden Abschnitt anhand einiger qualitativer Interviewauszüge von klientenzentriert ausgerichteten Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen verdeutlicht werden (alle Zitate entstammen der vorliegenden Untersuchung; vgl. Leitner et al., 2012).

Wie die Bezeichnung „Klientenzentrierte Therapie und Beratung“ verdeutlicht, steht eine dialogisch und partizipativ orientierte Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung von Beginn an im Zentrum humanistischer Überlegungen (Spielhofer, 2004). Eine radikal akzeptierende und empathische Grundhaltung, in der Zielsetzung Räume zur Selbstentfaltung bereitzustellen, gehört zu den Grundpfeilern personenzentrierter Herangehensweisen in Therapie und Beratung (Rogers, 1957a, 1959a/1987, 1967f). Realitätsoffenheit, Personenbezogenheit und Akzeptationsbreite (Tscheulin, 1992) werden als zentrale Bedingungen eines geglückten klientenzentrierten Beziehungsangebotes verstanden. In der „Begegnung“ mit Martin Buber fand bei Carl R. Rogers die Bedeutung der Gegenseitigkeit Eingang in die therapeutische Beziehung (Rogers & Buber, 1960, S. 212). Der wechselseitige Charakter der therapeutischen Beziehung gewann daraufhin immer mehr an Bedeutung (Finke, 2004, S. 4), das Spektrum erweiterte sich „von einem verstehend-spiegelnden bis hin zu einem dialogisch-interaktionellen Modus“ (Steenbuck, 2005, S. 83), auch unter Einbezug bindungstheoretischer Konzepte (Gahleitner, 2005; Höger & Müller, 2002).

„Die Personenzentrierte Psychotherapie stellt die Praxis eines Menschenbildes dar, das den Menschen als Person versteht und

ihm daher, ihn anerkennend, begegnet, statt ihn, ihn zu erkennen suchend, zu objektivieren. *Personzentrierte Psychotherapie versteht sich demnach als wissenschaftliche und praktische Frage nach der Person*“ (Schmid, 2002, S. 82; Herv. i. O.; vgl. auch Levinas, 1983).

Im Hinblick auf diese konsequent partizipative Haltung wissen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen mehrfach darauf hin, dass das Einlösen dieser Grundhaltung bedeute, immer wieder „persönlich gefordert zu sein“. „Es gehört ja auch zum Stand eigentlich der Kunst in der Therapie, genau das zu reflektieren. Den ... Klienten zum Beispiel zu fragen, ‚haben Sie den Eindruck heute, dass ich irgendetwas lieber wollte als was anderes.‘ ... Da kommen ja da diese ganzen Verstehenskonzepte auch, ... weil Patienten und Klienten können ganz gut Auskunft geben darüber.“ Der Abstimmungsprozess mit dem Klienten bzw. der Klientin muss jedoch den eigenen Vorlieben im Vorgehen dann gleichgeordnet bleiben. „Ein sich Verschreiben einer bestimmten Sichtweise ... birgt einen Schaden, ... weil es da eine Idee gibt, die man halt dann auch zu beweisen versucht. ... Und auch, vielleicht auch in der besten Absicht ..., ich seh' in der letzten Zeit auch in der Supervisionspraxis ... sehr viel Schaden in diese Richtung.“ Den lebendigen inneren Dialog zwischen einer engagierten, vom eigenen Verfahren überzeugten Haltung und Versteifungstendenzen in Dogmatismen beschrieb eine weitere Diskussionspartnerin: „Nicht sozusagen dogmatisch im Eigenen zu bleiben, sondern die Dinge, die mich wirklich ansprechen und die ich integrieren kann, dazunehmen und nicht aus Gründen des Dogmatismus abzulehnen. Also eine – die eigene – Methode zu finden, die ich wirklich lebe und hinter der ich stehe.“

Eine zentrale Fehlerquelle in psychotherapeutischen Interaktionen ist auch nach den Ergebnissen der qualitativen Befragungen die professionelle Beziehungsgestaltung. Obwohl oder gerade weil die therapeutische Beziehung zu den wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie zählt (z. B. Grawe, 2005; Hermer & Röhrle, 2008; Strauß & Wittmann, 2005), kann diese auch maßgeblich an einem unerwünschten Therapieverlauf beteiligt sein, insbesondere dann, wenn es zu einem zu großen Machtgefälle zwischen Patient bzw. Patientin und Therapeut bzw. Therapeutin kommt (Linden, 2011). Die Therapie wird dann zu einem „verhängnisvollen Zusammenspiel“ (Conrad & Auckenthaler, 2010). In diesem finden die Erwartungen der Patienten und Patientinnen, ihre jeweiligen Denk- und Beziehungsmuster keine adäquate Resonanz; die Dynamiken der psychotherapeutischen Beziehung entwickeln sich machtrichtig. Das Prinzip der Non-Direktivität wird durchbrochen (vgl. dazu Überlegungen bei Bozarth, 2002; Hutterer, 2003). Bereits in den 1950er-Jahren wurden – insbesondere durch das Aufkommen klientenzentrierten Gedankenguts – machtreflexive Überlegungen im Psychotherapiebereich angeregt (vgl. jedoch

auch Vorreiter wie Adler, Kenfer oder Moser). Dem „Prinzip Deutung“ wird explizit das „Prinzip Antwort“ entgegengesetzt (Heigl-Evers & Heigl, 1988; zit. nach Finke, 2008, S. 460). Zu den wichtigen Entwicklungen in diesem Bereich gehören methodische Aspekte wie die „Selbstöffnung“ und das „Beziehungsklären“ (Finke, 2008), letztlich „Psychotherapie als Beziehungstherapie“ (Finke, 2004, S. 14; vgl. auch Schmid, 2005; vgl. an einem Beispiel Wakolbinger, 2010; vgl. bereits Rogers, 1967f, zit. nach Balen, 1992) zu verstehen.

Dazu gehört ein hochsensibler Umgang mit Macht. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen aus dem klientenzentrierten Bereich wiesen auf dieses Phänomen mehrfach hin: „Die Gefahr, dass dabei Abhängigkeitsstrukturen etabliert werden, Nicht-Veränderung etabliert wird“, sagte eine Teilnehmerin. Machtverhältnisse zu reflektieren, gehöre zu den zentralen Aufgaben in der Psychotherapie: „Ich denke mir, ... so die narzisstische Problematik, ... ich möchte gerne verändern, oder ich möchte gerne erfolgreich sein ... oder diejenige sein, die hilfreich ist. Das ist auf der einen Seite die beste Absicht, aber auf der anderen Seite, denke ich, unterstützt es ... die Machtstruktur ..., und ich denke ..., dieser Anspruch auf Veränderung, der auch in besten Absichten des Therapeuten ist, kann auf der anderen Seite äußerst schädigend sein.“ „Also, wenn die Veränderungsneutralität, wie sie in meiner Methode heißt, nicht mehr gehalten werden kann und damit natürlich so etwas entsteht wie ... Veränderung zu initiieren, in Konkurrenz zu sein, der Bessere zu sein, der endlich Hilfreichere zu sein“, das könne schon verführen, betonte eine andere Interviewpartnerin. Dass dies manchmal sehr nahe beieinander liegt, äußerte eine weitere Diskussionsteilnehmerin: „Also, für mich liegt da sozusagen die beste Absicht und der Schaden ganz nebeneinander ..., weil manchmal heißt es, ‚der ist so engagiert‘ ..., und gleichzeitig kann aber sehr engagiert zu sein sehr sehr schädlich sein. Im Sinne von: dem Klienten oder Patienten noch nicht mal das eigene Tempo zu lassen, die Autonomie zu lassen, die eigenen Entwicklungsschritte zu machen.“ Auch massive Verfehlungen wie die folgende: „Also, ich hab' auch manchmal so Fragezeichen. Also, ich hab einen Kollegen, Lehrtherapeuten, der ist mit seiner Schülerin verheiratet, die jetzt auch Psychotherapeutin ist“ sind nach Ansicht der Interviewten äußerst kritisch zu betrachten: „Das ist ... eine Frage der Ethik, wie ich damit umgehe“, sagte eine Diskussionsteilnehmerin zu dieser sexuellen Ausbeutungsgefahr.

Fehlerprävention und -intervention kann, so die Ergebnisse der Untersuchung, durch einen proaktiven Umgang mit entsprechenden Signalen von Patienten und Patientinnen positiv gewendet und zuweilen sogar in chancenreiche Veränderungsprozesse umgewandelt werden. Proaktiver Umgang bedeutet jedoch, bewusst und adäquat mit der Fehlersituation umzugehen. So können etwa durch die Rückmeldung der Patienten und

Patientinnen darüber, wie eine Intervention oder ein Verhalten der Therapeuten bzw. Therapeutinnen auf sie wirkt, wichtige Hinweise für die Behandlung offenbar werden. Die Chance auf Sensibilität gegenüber künftigen Fehlern steigt, die negativen Auswirkungen vermindern sich beträchtlich oder werden eliminiert, der weitere Therapieverlauf wird reguliert. Wie bereits weiter oben deutlich wurde, ist insbesondere die Dimension der Empathie und Selbstreflexion von großer Bedeutung dabei, ob ein proaktiver Umgang mit Fehlern gelingt. „Ich bin dabei gelandet, bei schwierigen Stunden oder überhaupt schwierigen Personen, mir Stichworte aufzuschreiben ... Wir kommen ja von einer Tradition, wir haben alle Therapiegespräche in Ausbildung ... und machen Supervision auch mit Tonband ..., also braucht man nur ein bisschen hineinhören und hat schon was, kriegt schon was mit, was man so nicht kriegen würde“

Im Ausbildungskontext der humanistischen Verfahren spielen Selbsterfahrung und Selbstreflexion daher zu Recht eine besonders große Rolle (vgl. auch die Ergebnisse der Folgestudie der Donau-Universität zur Bedeutung der Selbsterfahrung; Leitner et al., i. V.; vgl. auch Spielhofer, 2001; vgl. dazu auch Ausführungen zur hermeneutischen Empathie und der Bedeutung der eigenen Resonanz bei Keil, 1997, 2012).

5. Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen die Forderung nach weiterer Erforschung des Phänomens der unerwünschten Wirkungen sowie deren Prävention und Intervention und geben deutliche Hinweise, dass im psychotherapeutischen Feld eine aktivere Haltung von Therapeuten und Therapeutinnen sowie eine partizipative Beteiligung von Patienten und Patientinnen notwendig ist (vgl. u. a. Castonguay et al., 2010; Maeschalk & Axsen, 2007; Sachse et al., 2012), um Nebenwirkungen und Schäden zu begrenzen. Obwohl jedoch in den letzten Jahren das Forschungsinteresse bezüglich Risiken und unerwünschten Wirkungen von Psychotherapie deutlich gestiegen ist (Strauß, 2010), wird Psychotherapie noch häufig als nebenwirkungsfreie Behandlungsform betrachtet. Die Sensibilisierung von Therapeuten und Therapeutinnen für diese Thematik bedarf weiterer Anstrengungen, um negativen Therapieverläufen entgegenwirken zu können (Linden, 2011).

Patientenvariablen allein als Ursachen für unerwünschte Effekte heranzuziehen, stellt eine Umkehrung der Verantwortlichkeiten dar. Ursachen für Behandlungsfehler liegen in der Art der Behandlung und nicht in dem Patienten bzw. der Patientin. Zur Reduktion von therapeutischen Misserfolgen gehört auch eine *lege artis* durchgeführte Indikationsstellung (Eckert et al., 2010), wobei nicht Klientenmerkmale, sondern Passungsmerkmale die

Grundlage für die Indikationsentscheidung bilden. Kommt man nach Erstgesprächen zu einer positiven Indikationsentscheidung, dann sollte die Chance, über Partizipation Patienten und Patientinnen mehr Einwirkungsmöglichkeiten auf den Prozess zu geben, nicht verpasst werden. „Dekontextualisierung, Ausgrenzung biographischer Perspektiven und Missachtung partizipativer Bemühungen“ (Alheit & Hanses, 2004, S. 18) können sonst die Folge sein. Je besser dagegen die Qualität dieser reflexiven Aushandlungs- und Mitgestaltungsprozesse, desto geringer schlagen eventuelle therapeutische Fehler oder Missverständnisse zu Buche und findet eine „Auseinandersetzung um eine eigene und subjektiv als sinnvoll erlebte Bestimmung der persönlichen gesundheitlichen Situation statt“ (ebenda, S. 17). Dies kann dann nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung sogar zu einer Ressource im therapeutischen Beziehungs- und Behandlungsgeschehen werden.

Wie mit bereits eingetretenen Schäden weiter umgegangen wird und inwiefern sie ein schädigendes Potenzial für die Zukunft entfalten, wird also maßgeblich nicht nur von den Psychotherapeuten und -therapeutinnen selbst, sondern auch von den Patienten und Patientinnen und deren Umfeld mitgestaltet. „Most of our current empirical findings“, fassten Bachelor und Horvath bereits 1999 (S. 164) in ihrem umfassenden Überblick über die laufende Psychotherapieforschung zusammen, „indicate a need to return to the more meaningful understanding of our essential intersubjectivity, of the fundamental importance of relationships and, significantly, of the healing potential of a well-managed therapeutic alliance“ (ebenda). „In opposition to these findings“, so die Autoren (S. 165), „there is an effort to reintroduce a reductionist mechanical model of the mind (and therapy) in the name of accountability and efficacy“ (ebenda).

Im personenzentrierten Vorgehen gehört diese dynamische Begegnungsform von Beginn an zu den Grundfesten der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Eine Praxis, die den Patienten und Patientinnen ein großes Maß an Selbsterforschung eröffnet und die Selbstkonstituierung des Subjekts fördert, ist im humanistischen Gedankengut fest verankert. Die Aufgabe helfender Professionen ist hier, sich auf Begegnung und Unmittelbarkeit einzulassen. Und mehr Bereitschaft zu einer kooperativen Interaktion zwischen Therapeuten bzw. Therapeutinnen einerseits und Patienten bzw. Patientinnen andererseits ist eindeutig hilfreich (Duncan et al., 2007). Die helfende Beziehungsgestaltung ist aus dieser Perspektive ein Vorgang, der nicht nur eine Persönlichkeitsentwicklung des Klienten bzw. der Klientin „fördert“, sondern – ähnlich den obigen Gedanken der Interviewpartnerin – auch eine entsprechende Entwicklung der Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin „erfordert“ (Schmid, 2002; vgl. auch Pfeiffer, 1993). Diese Grundhaltung korrespondiert auch mit Überlegungen anderer psychosozialer Berufsgruppen. Psychotherapie – wie alle psychosoziale Praxis – ist

nur bedingt standardisierbar und rationalisierbar (Gildemeister, 1983; Mühlum & Gahleitner, 2010). Dialoge entlang der Selbstkontextualisierung und des Selbst-„Verständnisses“ der Klienten und Klientinnen sind daher – im Sinne einer „reflexiven Interaktionsgestaltung“ (Oevermann, 1996) – unerlässlich.

Die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren haben sich in den letzten Jahren jedoch sehr wenig mit Negativwirkungen der jeweiligen Therapiemethoden beschäftigt (Lambert, 2007). Hier machen personbezogene Ansätze keine Ausnahme, und es fehlt – wie in den anderen Verfahren auch – an differenzierten Befunden. Lieberei und Linden (2008) sehen in Ausbildung wie Praxis daher zunächst die Förderung des Bewusstseins der Praktiker und Praktikerinnen darüber geboten, dass es unerwünschte Effekte in der Psychotherapie überhaupt gibt, sowie den angemessenen Umgang mit erfolgten Fehlern durch eine fehlerfreundliche Kultur (vgl. Kleiber & Wehner, 1988). Bienenstein und Rother (2009) sprechen von „Alltagsfehlern“, nicht verhinderbar, aber begrenzt. Die Empfehlungen fordern – übergreifend betrachtet – eine wachsende Sensibilität gegenüber dem Thema und einen größeren Stellenwert in Supervision und Ausbildung. Dazu gehört auch, die Widerstände der Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen und der Therapie-Community gegen die Wahrnehmung unerwünschter Effekte ernst zu nehmen und Gegenmaßnahmen zu entwickeln (vgl. dazu aktuell auch Kächele, 2011).

Die Daten der vorliegenden Untersuchung unterstützen diese Überlegungen und führen darüber hinaus zu weiteren Anregungen für Forschung und Praxis. Sie nehmen insbesondere die Perspektive der Patienten und Patientinnen selbst in den Fokus und fordern als Resultat der Ergebnisse eine Hinwendung einer „subjekttheoretischen Perspektive“ mit der Ermöglichung von „Aneignungsprozessen“ für Klienten und Patientinnen (Hanses, 2007, S. 116 ff.). Bereits Rogers (1980) stellte die Existenz „einer Wirklichkeit“ infrage und lenkte die Aufmerksamkeit auf Prozesse des „voneinander Lernens“ (S. 184). Das Ergebnis knüpft auch an eine Reihe aktueller Überlegungen an, die aus 50 Jahren Psychotherapieforschung gezogen und in den letzten Jahren publiziert wurden (Lambert, 2013; Orlinsky, 2008; Okiishi et al., 2006). Auch auf aktuellen Fachtagungen der internationalen Psychotherapie-Community spricht man aktuell von „client-informed-practice“ oder „client-driven-therapy“ (Pos, 2013; vgl. auch bereits Rennie, 2000). An dieser Stelle sollte also zukunftssträchtig weitergearbeitet werden. Als praxisnahes und handhabbares Produkt entstand daher aus dem Projekt eine „Patienteninformation“, die nicht nur in Praxen und Beratungsstellen weitergegeben werden kann, sondern auch auf der Website der Universität Krems zum Download bereitsteht.¹

¹ Die Patienteninformation kann unter: www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformation_26.09.12.pdf heruntergeladen werden.

Literatur

- Alheit, P. & Hanses, A. (2004). Institution und Biographie. Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In A. Hanses (Hrsg.), *Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit* (Reihe: Grundlagen der sozialen Arbeit, Bd. 9; S. 8–28). Baltmannsweiler: Schneider.
- Bachelor, A. & Horvath, A. O. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (S. 133–178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Balen, R. v. (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1(3), 162–183.
- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 244–250.
- Berk, M. & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787–794.
- Bienenstein, S. & Rother, M. (2009). *Fehler in der Psychotherapie: Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis*. Wien: Springer.
- Bozarth, J. D. (2002). Nondirectivity in the person-centered approach: Critique of Kahn's critique. *Journal of Humanistic Psychology*, 42(2), 78–83.
- Busch, I. & Lemme, R. (1992). *Schulenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Einstellung der Therapeuten zur Wirkung von Psychotherapie?* Diplomarbeit. Berlin: Technische Universität.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R. & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34–49.
- Conrad, A. (2009). *Ein verhängnisvolles Zusammenspiel. Misslungene Psychotherapie aus Klientensicht*. Dissertation. Berlin: Freie Universität, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. Verfügbar unter: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_00000015048 [30.10.2013].
- Conrad, A. & Auckenthaler, A. (2010). Therapiemisserfolge in ambulanter Einzeltherapie. Die Sicht der Klienten. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 10(1), 7–41.
- Duncan, B., Miller, S. & Hubble, M. (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, 31(Nov/Dez), 36–45, 56–57. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapynetworker.org/recentissues/176-how-being-bad-can-make-you-better> [30.10.2013].
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Eckert, J., Barnow, S. & R. Richter (Hrsg.) (2010). *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Elliott, R. M. (2000). *Bringing about a good therapist*. Vortrag beim Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, Juni 2000.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319–324.
- Fäh, M. (2011). Wenn Psychoanalytiker Fehler machen – Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Fehlerkultur. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13(2), 29–48.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 457–489). Tübingen: DGVT.
- Foa, E. B. & Emmelkamp, P. M. G. (Hrsg.) (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.

- Gahleitner, S. B., Reichel, R., Schigl, B. & Leitner, A. (Hrsg.) (2014). *Wann sind wir gut genug? Selbstreflexion, Selbsterfahrung und Selbstsorge in Psychotherapie, Beratung und Supervision*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy & behavior change* (4. Aufl.; S. 190–228). New York: Wiley.
- Gildemeister, R. (1983). *Als Helfer überleben. Beruf und Identität in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Neuwied: Luchterhand.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1(1), 4–11.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Mezenen, U. (1985). Therapeutische Misserfolge im Spiegel der empirischen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4(4), 355–377.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163. Verfügbar unter: <http://centerforclinicalexcellence.com/wp-content/plugins/buddypress-group-documents/documents/1330071104-Hannanetal2005.pdf> [30.10.2013].
- Hanses, A. (2007). Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben?* (Reihe: Soziale Arbeit aktuell, Bd. 9; S. 113–123). Baltmannsweiler: Schneider.
- Hanses, A. (2011). Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare* (S. 64–80). Wiesbaden: VS.
- Haupt, M.-L., Linden, M. & B. Strauß (2013). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 1–14). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Heidenreich, T. & Noyon, A. (2012). Schwierige Situationen in der Psychotherapie als Basis für riskantes Therapeutenverhalten. *VPP – Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 45(3), 529–535.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. S. (1988). Zum Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytischen Therapie. In R. Klußmann, W. Mertens & F. Schwarz (Hrsg.), *Aktuelle Themen der Psychoanalyse* (S. 85–97). Berlin: Springer.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.) (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Bd. 1: Allgemeiner Teil. Bd. 2: Spezieller Teil*. Göttingen: Hogrefe.
- Hill, C. E. (2006). Introduction to special section on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16(2), 143.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13–29. Verfügbar unter: http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=edu_fac [30.10.2013].
- Hilsenroth, M. J. (2013). Introduction to the 50th anniversary special issue on psychotherapy outcome: A return to the beginning. *Psychotherapy*, 50(1), 1–2.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 54(1), 4–16.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6(2), 35–44.
- Hutterer, R. (2003). Non-direktiv. In Stumm, G., Wiltshko, J. & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 217–218). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch & F. Kaspers (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323–346). Lengerich: Pabst. Verfügbar unter: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/iz/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/misserfolgsvorschung-050301.pdf> [30.10.2013].
- Jarrett, C. (2007). When therapy causes harm. *Psychologist*, 21, 10–12. Verfügbar unter: http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive_home.cfm/volumeID_21-editionID_155-ArticleID_1290-getfile_getPDF/thepsychologist%5C0108jarr.pdf [30.10.2013].
- Kächele, H. (2011). Einige (abschließende) Gedanken zum Fehlerbewusstsein der Profession. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13(2), 109–114.
- Kächele, H. & Grundmann, E. M. (Hrsg.) (2011). Fehlerkultur [Themenheft]. *Zeitschrift Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 13(2).
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1(1), 5–13.
- Keil, W. W. (2012). *Hermeneutische Empathie. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen*. Skript zum Vortrag beim Fachgruppentreffen Psychotherapie und Beratung am 14. 9. 2012. Verfügbar unter: http://www.pca-acp.ch/resources/W_Keil_Zuerich_20121.pdf [23.10.2013].
- Kierein, M. & Leitner, A. (2011). *Psychotherapie und Recht*. Wien: Facultas.
- Kleiber, D. & Wehner, T. (1988). Fehlerfreundlichkeit: ein Plädoyer zur Vitalisierung nicht intendierter Ereignisse (Handlungsfehler, therapeutische Mißerfolge u. a.). In D. Kleiber & A. Kuhr (Hrsg.), *Handlungsfehler und Mißerfolge in der Psychotherapie* (Reihe: Tübinger Reihe, Bd. 8; S. 18–33). Tübingen: DGVT.
- Kraus, D. R. (2010). The empirically supported therapist: All clinicians have strengths and weaknesses. *Integrating Science and Practice*, 1(1), 12–15.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267–276.
- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (Hrsg.) (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT.
- Lambert, M. J. (2007). What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1–14. Verfügbar unter: <http://www.oru.se/PageFiles/21320/Lambert,%20to%20improve%20gains%20in%20outcome,%20%20Psychotherapy%20res2007.pdf> [30.10.2013].
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6., überarb. Aufl.; S. 169–218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J., Hawkins, E. J. & Hatfield, D. R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für die Praxis und Forschung. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden* (S. 40–59). Mainz: Grünewald.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 139–193). New York: Wiley.
- Leitner, A., Liegl, G., Märtens, M. & Gerlich, K. (2009). *Effektivität der Integrativen Therapie*. Krems: Donau-Universität Krems.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hinterberger, G. & Schigl, B. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie*. Endbericht. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (2013). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 95–105.
- Leitner, A., Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., Koschier, A., Frank, C., Märtens, M. & Schigl, B. (i. V.). *Qualitätsmerkmal*

- oder Mythos? Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung. Krems: Donau-Universität, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Lévinas, E. (1983). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie* (Reihe: Alber-Broschur Philosophie). Freiburg: Alber.
- Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102 (9), 558–562.
- Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 45–50). Berlin: Springer.
- Linden, M. & B. Strauß (Hrsg.) (2013). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Maeschalck, C. & Axsen, R. (2007). But will it help those clients? *Psychotherapy Networker*, 31 (11/12), 42–43.
- Märtens, M. & Petzold, H. G. (Hrsg.) (2002). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(2), Art. 20. Verfügbar unter: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089 [30.10.2013].
- Mühlum, A. & Gahleitner, S. B. (2010). Klinische Sozialarbeit – Fachsozialarbeit: Provokation oder Modernisierungsprojekt der Sozialen Arbeit? In S. B. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (Reihe: Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Bd. 1; S. 95–113). Opladen: Budrich.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70–182). Frankfurt: Suhrkamp.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L. & Ogles, D. D. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback in individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157–1172. Verfügbar unter: <http://mentalhealthpros.com/mhp/pdf/therapist-good-bad-rank.pdf> [30.10.2013].
- Omer, H. (2000). Troubles in the therapeutic relationship: A pluralistic perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 201–210.
- Orlinsky, D. E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Die Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 58 (9/10), 345–354.
- Petzold, H. G. & Märtens, M. (2002). Ausblick: Überlegungen, Perspektiven und Konsequenzen – Zum Stand der Risikodebatte in der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Schadensforschung. In M. Märtens & H. G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 424–452). Mainz: Grünewald.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre in der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 19–39). Heidelberg: Asanger.
- Pos, A. (2013). *Client driven integration: The integrity of integratively. Responding to the client*. Vortrag beim 29th Annual Meeting der Society for Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI): "Psychotherapy integration: Researchers and clinicians working together. Towards convergence" am 9.6.2013 in Barcelona.
- Rennie, D. L. (2000). Aspects of client's conscious control of the therapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration* 10 (2), 151–167.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Englisches Original erschienen 1959a: *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships*. As developed in the client-centered framework)
- Rogers, C. R. (1980). Brauchen wir „eine“ Wirklichkeit? In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg, *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften; S. 175–184). Stuttgart: Klett-Cotta. (Englisches Original erschienen 1978d: *Do we need "a" reality?*)
- Rogers, C. R. (1967f). The interpersonal relationship in the facilitation of learning. In R. R. Leeper (Hrsg.), *Humanizing education* (S. 1–18). Washington: NEA.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers. 1957. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3 (4), 208–221.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Hammelstein, P. (2012). Wie sollte eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein? Eine Analyse didaktischer Erfordernisse. *Report Psychologie*, 37(2), 50–53.
- Sander, K. (2009). *Profession und Geschlecht im Krankenhaus. Soziale Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin*. Konstanz: UVK.
- Sander, K. (2012). Interaktionsordnung. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxis. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis* (S. 15–34). Wiesbaden: Springer VS.
- Schigl, B. & Gahleitner, S. B. (2013). *Fehler machen – aus Fehlern lernen? Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit*. Psychotherapie-Wissenschaft, 3(1), 23–33. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/download/1001/976> [24.02.2014].
- Schmid, P., F. (2002). Anspruch und Antwort. Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 75–106). Wien: Springer.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftlichen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. *Person*, 9 (1), 5–21. Verfügbar unter: <http://web.utat.net.at/schmidpp/paper-stoerungsspez.pdf> [30.10.2013].
- Schröder, M. & Gahleitner, S. B. (2012). Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialer Arbeit. In S. Schlüter-Müller, M. Schmid, K. Rensch & M. Tetzer (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 128–141). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Sommerfeld, P. & Hüttemann, M. (Hrsg.) (2007). *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis* (Reihe: Grundlagen der sozialen Arbeit, Bd. 17). Baltmannsweiler: Schneider.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personenzentrierten Ansatz. *Person*, 5 (1), 5–18.
- Spielhofer, H. (2004). Psychotherapie als Prozess der Anerkennung. *Person*, 8 (2), 102–113.
- Spielhofer, H. (2013). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. *News. Das Magazin des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie*, 12(1), 26–30.
- Steenbuck, G. (2005). Zur Aktualität Personenzentrierter Begleitung und Beratung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36 (2), 81–86.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauß, B. (2010). Risiken, Nebenwirkungen und Fehlbehandlungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 9 (2), 196–198.
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.-L. & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeiten in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57(5), 385–394.

- Strauß, B. & Wittmann, W. W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 760–781). Stuttgart: Thieme.
- Strupp, H. H. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Wakolbinger, C. (2010). Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 14 (1), 21–31.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M. J. (2009). *Are all psychotherapists from Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in mental health providers*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Ansätze zur empirischen Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie in Österreich

Norbert File
Imst

Wolfgang W. Keil
Wien
alle Österreich

Manuel Schabus
Salzburg

Joachim Sauer
Salzburg

Nach einer einleitenden kurzen Übersicht über die bisherige empirische Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie weltweit und über Forschungsansätze im Rahmen der österreichischen Vereinigung ÖGWG¹ werden zwei von der ÖGWG durchgeführte empirische Untersuchungen dargestellt. Die demographisch ausgerichtete Studie 1 sollte eine Bestandsaufnahme der Klientenzentrierten Therapie in Österreich ermöglichen. Dabei konnten in die statistische Erhebung 2028 KlientInnen und 68 (von 468 angeschriebenen) TherapeutInnen einbezogen werden. Nach Ausschluss von 50 Datensätzen von Lehrtherapien ergaben sich u. a. als häufigste Diagnosen Anpassungsstörungen (F43; 24 %), Depression (F32, F33; 22 %) und Angststörungen (F40, F41; 12 %), während 9 % kein krankheitswertiges Therapiemotiv aufwiesen. Bei Studie 2, eine Prozess- und Outcome-Evaluation, sollten sowohl Symptomveränderungen als auch Veränderungen im emotionalen Erleben untersucht werden. Dazu wurden zu drei Messzeitpunkten (Beginn, 15. Stunde und Ende der Therapie) das Brief Symptom Inventory (BSI) und die „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (SEE) verwendet. Bei 44 evaluierten Datensätzen von KlientInnen ergaben sich u. a. signifikante Veränderungen bei allen Skalen des BSI sowie positive Veränderungen beim SEE bereits bis zur 15. Therapiestunde. Zum Therapieende weisen v. a. die BSI-Daten auf eine, nicht nur statistisch signifikante, sondern auch klinisch bedeutsame Veränderung der betreffenden KlientInnen hin.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychotherapieforschung, Brief Symptom Inventory (BSI), Skala zum Erleben von Emotionen (SEE)

Attempts to Research in Client-Centered Psychotherapy in Austria. After giving a short overview about empirical research on client-centered psychotherapy world-wide and about research in the Austrian association for person-centered psychotherapy (ÖGWG¹) we are going to focus on two recent ÖGWG research projects. Study 1” was focused towards demographic data and was intended to provide a snapshot of client-centred therapies in Austria today. We acquired statistical from 2028 clients as well as 68 (out of 468 contacted) ÖGWG psychotherapists. After excluding 50 data sets from ÖGWG psychotherapy candidates (training therapy) the most prevalent diagnoses included adjustment disorder (F43; 24 %), depression (F32, F33; 22 %) and anxiety disorder (F40, F41; 12 %) while 9 % did not have a clinical indication. In “study 2”, evaluating psychotherapy process and outcome, we focused on changes in clinical symptoms as well as in emotional experiencing. Specifically, we used the “brief symptom inventory” (BSI) and the “Scales for Experiencing Emotions” (SEE) at three sampling points, at the beginning of therapy, after about 15 hours and at the end of therapy. Significant changes after only 15 hours (N = 44) were found across all BSI symptom scales as well as across most SEE scales. At the end of psychotherapy specifically the BSI measurements do not only indicate statistically significant but also clinically relevant changes.

Keywords: Client-Centered Therapy, Psychotherapy Research, Brief Symptom Inventory (BSI), Scales for Experiencing Emotion (SEE)

Norbert File, Mag., 1966, freiberuflicher Klientenzentrierter Psychotherapeut in Imst und Innsbruck, Psychologe, E-Mail: norbert.file@aon.at

Wolfgang W. Keil, Prof., Mag., 1937, freiberuflicher Psychotherapeut in Wien, Lehrgangsleiter für den Universitäts-Lehrgang der ÖGWG an der Donau-Universität Krems, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

Joachim Sauer, a.o.Univ.-Prof. i. R., Dr., 1944, freiberuflicher Klientenzentrierter Psychotherapeut, Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Supervisor/Coach (ÖVS), E-Mail: joachim.sauer@tele2.at

Manuel Schabus, Ass.-Prof., Dr., Priv.-Doz., 1977, freiberuflicher Klientenzentrierter Psychotherapeut, Psychologe, BASKET-Therapeut (Bindungsbasierte Ambulante auf Säuglinge, Kinder und Eltern bezogene Therapie) bei TAF Salzburg, E-Mail: manuel.schabus@sbg.ac.at

1 Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung.

1. Überblick über die empirische Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie

Der Klientenzentrierte Ansatz kann wahrscheinlich die – nach der Verhaltenstherapie – umfangreichste Forschung zur Psychotherapie vorweisen. Rogers hat, beginnend in den 1940er Jahren, vor allem viele Therapieprozesse in ihren Zusammenhängen mit verschiedenen Prozessvariablen und mit den Therapieergebnissen untersucht und damit die „process-outcome“-Forschung in der Psychotherapie begründet. Es seien hier beispielsweise die mittels Q-sort-Methode durchgeführten Untersuchungen zur Veränderung des Real-Selbst und des Ideal-Selbst oder die Untersuchungen zur Prozessskala, die Rogers die Formulierung seiner bekannten „Prozessgleichung“² erlaubt haben, erwähnt. Einzigartig ist auch die Analyse und das öffentliche Zur-Verfügung-Stellen von Therapieskripten, etwa des gesamten Therapieverlaufs mit Herbert Bryan (Rogers, 1942/1972) oder die Analyse der fehlgeschlagenen Therapie mit Mr. Bebb (Rogers & Dymond, 1954). Auch das ausführliche Untersuchungsprojekt über die Therapien mit stationären schizophrenen Patienten in Wisconsin sollte hier genannt werden. Es ist bedauerlich, dass der umfangreiche Bericht über diese Forschung (Rogers et al., 1967) nicht in deutscher Sprache zur Verfügung steht. Für eine ausführliche Darstellung der gesamten Forschungstätigkeit von Rogers wird auf die in PERSON erschienene kritische Würdigung von Korunka, Nemeskeri und Sauer (2001) verwiesen.

Unter den vielen weiteren Studien finden sich u. a. die geläufigen Untersuchungen zur Einschätzung des Therapeutenverhaltens (Grundhaltungen) und der Selbstexploration des Klienten unter Verwendung diverser Einschätzskalen für geschulte Rater oder unter Verwendung diverser Klienten-Fragebögen (etwa das Relationship Inventory von Barrett-Lennard, woraus Eckert, Höger und Kollegen die gebräuchlichen Klienten-, Therapeuten und Gruppen-Erfahrungsbögen entwickelt haben). Die Mehrheit aller Studien belegt die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Therapie, die therapeutische Beziehung erwies sich dabei als größter Wirkfaktor. Unter diesen Studien findet sich übrigens auch die „berühmte“ Studie von Kirtner & Cartwright (1958), die belegt, dass Klienten, die von Beginn an keinen Kontakt zu ihrem inneren Erleben haben, dies auch durch Klientenzentrierte Therapie nicht erreichen. Rogers begegnete der Enttäuschung seiner Mitarbeiter über dieses Ergebnis mit dem mittlerweile klassisch gewordenen Diktum „Die

Tatsachen sind freundlich!“³ Diese Studie war aber auch der Hintergrund, dass Gendlin mit seinen Mitarbeitern das Focusing entwickelte, als Methode, zu lernen, sich dem eigenen Experiencing zuzuwenden. Zum Focusing und zur focusing-orientierten Therapie gibt es ebenfalls reichhaltige Forschung; eine diesbezügliche Übersicht von Marion Hendricks (2000) liegt auch in deutscher Sprache vor. Des Weiteren entwickelten Gary Prouty et al. die Prä-Therapie, ein Personzentriertes Verfahren, das Klienten/-innen mit spezifischen „Kontaktreflexionen“ unterstützt, in Kontakt mit sich und ihrem Körpererleben zu kommen. Dekeyser, Prouty & Elliott (2008) haben die empirischen Forschungen dazu zusammengefasst.

Nach den zunächst meist amerikanischen Forschungen entwickelte sich auch in Deutschland (einschließlich der ehemaligen DDR) eine reiche Forschungskultur zur Gesprächspsychotherapie. Ein Schwerpunkt dabei lag bei Prof. Tausch in Hamburg, dessen Untersuchungsprogramme z. T. auch weit über den Bereich der Psychotherapie hinaus die Charakteristika förderlicher Kommunikation in vielen pädagogischen und Alltagsbereichen erfasste. Erwähnt werden sollen auch einige der in Deutschland durchgeführten Vergleichsstudien wie der Vergleich von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie (Grawe, 1976; Plog, 1976) mit phobischen Menschen, die große Hamburger Kurzzeit-Psychotherapie-Studie, ein Vergleich von psychoanalytischer Kurztherapie und Gesprächspsychotherapie, oder auch ein analoger Vergleich von stationären Gruppenpsychotherapien von Eckert & Biermann-Ratjen (1985). Die Vergleiche ergaben großteils gleiche quantitativ fassbare Effekte, jedoch mit qualitativen Unterschieden; bei der Hamburger Kurzzeit-Psychotherapie-Studie erwies sich die Gesprächspsychotherapie als überlegen. Die relativ gleiche Wirksamkeit von verschiedenen Therapieverfahren wird von fast allen Vergleichsstudien bestätigt, so etwa auch bei einer großen Untersuchung, bei welcher im Rahmen des britischen National Health Service durchgeführte kognitiv-behaviorale Therapie, Personzentrierte Therapie und psychodynamische Therapie verglichen wurden. Ein kurzer Bericht dazu kann in PERSON nachgelesen werden (Stiles et al., 2007). Eine der umfassendsten Metaanalysen verschiedenster Therapieformen wurde in den 1990er Jahren von Grawe, Donati & Bernauer (1994) vorgelegt. Hier dominiert vollkommen die Verhaltenstherapie, doch meinen die Autoren. „Vergleicht man die Ergebnistabellen (...) zu den meisten anderen Therapieformen, dann muss man der

2 “The more the client perceives the therapist as real or genuine, as empathic, as having an unconditional regard for him, the more the client will move away from a static, unfeeling, fixed, impersonal type of functioning and the more he will move toward a way of functioning which is marked by a fluid, changing, acceptant experiencing of differentiated personal feelings.” (Rogers, 1970, p. 201)

3 Rogers (1961/1973, S. 41) hat im Rückblick dazu gemeint: „Während ich es weiterhin hasse, (...) alte Formen des Wahrnehmens und der Begriffsbildung aufzugeben, so erkenne ich doch auf einer tieferen Ebene, dass diese schmerzlichen Neuorganisationen das sind, was man *Lernen* nennt, und dass sie, obwohl sie schmerzlich sind, immer zu einer befriedigenderen, weil etwas genaueren Ansicht des Lebens führen.“

Gesprächspsychotherapie eine sehr überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit bescheinigen. Die Ergebnisse sind bemerkenswert, wenn man an das Spektrum an Störungen denkt, auf die Gesprächspsychotherapie angewandt wurde, und an die relativ kurze Therapiedauer, in der die Effekte erreicht wurden.“ (a. a. O., S. 134). Eckert (1996) merkt dazu an, dass in die Metastudie von Grawe nur Gesprächspsychotherapien mit einer kurzen Dauer (meist bis 20 Stunden) einbezogen waren. Da dies nur ein Viertel der üblichen Behandlungsdauer⁴ darstellt, kann angenommen werden, dass die mögliche Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie hier bei weitem noch nicht ausgeschöpft worden ist. Was die störungsbezogene Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie und deren sozialrechtlich relevante Nützlichkeit angeht, konnte Frohburg (2009) aus der Untersuchung mehrerer professioneller Expertisen den Schluss ziehen, „dass Gesprächspsychotherapie ein wirksames Verfahren zur Beseitigung bzw. Verminderung krankheitswertiger psychisch bedingter Störungen mit einem breiten Indikationsbereich ist.“ (a. a. O., S. 111) Dies wird auch schon in einem Überblicksartikel zur Wirksamkeit der klientenzentrierten Psychotherapie von Sauer (1993) angemerkt.

Ein außerordentlich produktives Forschungs-Zentrum für unseren Ansatz hat sich beginnend mit Laura Rice und dann vor allem bei Les Greenberg in Kanada entwickelt. Aus diesen Untersuchungen ist weitgehend die heutige Emotionsfokussierte Therapie entwickelt worden; die emotionsfokussierte Paartherapie ist überhaupt die erste Therapieform, die zur Gänze von der empirischen Forschung her konzeptualisiert wurde. Im Rahmen von vergleichenden Studien zur Therapie von Depression wurde hier auch festgestellt, dass emotionsfokussierte Therapie einer klassischen Personzentrierten Therapie in einigen Prozessmerkmalen (Tiefe des Experiencing u. ä.) überlegen ist, dass jedoch die Therapieeffekte durchaus vergleichbar sind (Greenberg & Watson, 1998; Pos et al., 2003; Goldman et al., 2006).

Seit etwa 1980 sind in der Psychotherapieforschung Metaanalysen gebräuchlich geworden, bei denen die in vielen einzelnen Studien erfassten Veränderungen rechnerisch zusammengefasst und in „Effektstärken“ angegeben werden. Für unseren Ansatz sind inzwischen mindestens sechs solcher Metaanalysen durchgeführt worden. Elliott, Greenberg & Lietaer (2004) haben für die 5. Auflage von Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change 112 Untersuchungen von Personzentrierten (einschließlich emotionsfokussierter) Therapien

analysiert und eine Effektstärke von .86 errechnet. In der in der 6. Auflage dieses Handbuchs erschienenen Metaanalyse von Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire (2013) wurde eine Effektstärke von .95 bei 199 Untersuchungen von Humanistischen Psychotherapien festgestellt. Dies ist den Ergebnissen der kognitiv-behavioralen Therapie vergleichbar, die Ergebnisse fallen jedoch unterschiedlich aus, wenn einzelne Störungen gesondert betrachtet werden. Hier zeigt sich eine leichte Überlegenheit der Personzentrierten und Emotionsfokussierten Therapie bei Depression oder bei Paarkonflikten, während sie bei Angst- und Panikstörungen der Verhaltenstherapie unterlegen ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Wirksamkeit (effectiveness) der Personzentrierten Therapie gut belegt ist und immer wieder neu bestätigt wird. Allerdings liegen dazu nur wenige Untersuchungen vor, die dem so genannten „Goldstandard“ der empirischen Forschung entsprechen. Dies sind randomisierte kontrollierte Studien, bei denen unter Laborbedingungen manualisiertes therapeutisches Vorgehen bei isolierten psychischen Störungen auf seine Effektivität (efficacy) hin untersucht werden kann. Es ist klar, dass eine solche, an die medizinische und Pharmaforschung angelehnte Forschung für ein Verfahren, das ein humanistisches Menschenbild und Therapieverständnis betont, nicht adäquat ist (vgl. Auckenthaler & Helle, 2001). Dafür hat unser Ansatz aber eine Vielzahl von Studien zur Wirksamkeit (vgl. auch die Übersicht von Elliott & Freire, 2010), zur Prozess-Ergebnis-Forschung (vgl. Watson, Greenberg & Lietaer, 2010), zur Forschung über Klientenbeiträge zur Selbstheilung (vgl. Bohart & Tallman, 2010) und schließlich zahlreiche Untersuchungen zur Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (vgl. Hölldampf, Behr & Crawford, 2010) hervorgebracht. Abschließend sei noch auf ein in PERSON erschienenes detailliertes Review aller Wirksamkeitsuntersuchungen im Personzentrierten Ansatz im Zeitraum von 1992 bis 2006 verwiesen (File et al., 2008).

2. Forschungsansätze in der ÖGWG

Eine einzelne therapeutische Vereinigung wie die ÖGWG hat leider nicht die Ressourcen, umfassende empirische Untersuchungen selbstständig durchzuführen. Notwendig und unverzichtbar ist in jeder Therapieschule jedoch die Analyse und Reflexion der eigenen therapeutischen Tätigkeit. In der ÖGWG geschah dies – wie in anderen Vereinigungen auch – u. a. in Form von Abschlussarbeiten, in denen eigene Therapieverläufe analysiert und reflektiert werden. Aus Gründen der Verschwiegenheit und des Klientenschutzes können diese Arbeiten allerdings nicht veröffentlicht werden. Im Rahmen der Kooperation mit der Donau-Universität Krems besteht inzwischen die Möglichkeit, auch mit einer wissenschaftlichen Theorie- oder

⁴ Eine Untersuchung von Eckert & Wuchner (1994) in Deutschland ergab eine durchschnittliche Dauer von 70 Stunden, die österreichische Untersuchung von Korunka, Keil & Eskevig (2003) eine solche von 61 Stunden im Durchschnitt.

Forschungsarbeit in Form einer Masterthesis abzuschließen. Hier liegen mittlerweile einige aussagekräftige Arbeiten, u. a. etwa über Paranoia aus klientenzentrierter Sicht (Kniener, 2010), über die Prozesse vor plötzlichem Therapieabbruch (Schouweiler 2012), über das Selbst und die Selbstentwicklung in der Psychotherapie (Keil, 2007) über das Ich bei Gendlin (Lindenbauer, 2013) oder über den Umgang mit erotischem Erleben in der Therapie (Zach, 2013).

Eine größere Untersuchung v. a. über die Therapiedauer Klientenzentrierter Therapien in Österreich wurde im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien durchgeführt (Korunka, Keil & Haug-Eskevig, 2003). Ausgewertet wurden bei einer Rücklaufquote von 16 % aller ÖGWG-Mitglieder die Angaben von 92 Therapeutinnen und Therapeuten über 175 abgeschlossene Einzeltherapien mit Erwachsenen. Demnach umfasst die Dauer einer Klientenzentrierten Therapie durchschnittlich 61 Stunden; die häufigsten Diagnosen sind dabei neurotische Störungen (46 %), affektive Störungen (28 %), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (8 %) sowie Persönlichkeitsstörungen (8 %). Der Anteil der Frauen auf Therapeut(inn)enseite betrug 70 %, auf Klient(inn)enseite 68 %. Zum Zeitpunkt der Untersuchung stellten die (der ÖGWG zugeordneten) Klientenzentrierten 13,4 % und die (der APG⁵ und der VRP⁶ zugeordneten) Personenzentrierten 3,3 % aller eingetragenen österreichischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.⁷

In den letzten sieben Jahren hat die mittlerweile wieder reaktivierte Wissenschaftskommission der ÖGWG große Anstrengungen unternommen, eigene Forschungsaktivitäten in der ÖGWG zu ermöglichen, zu planen und durchzuführen. Die beiden ersten aktuellen Forschungsprojekte der ÖGWG Wissenschaftskommission sollen nun im Folgenden dargestellt werden. Es handelt sich dabei zum einen um eine demographische Erhebung an 2028 KlientInnen die von 68 ÖGWG TherapeutInnen begleitet wurden (Studie 1), und zum anderen um eine Prozess-Ergebnisforschung mit drei Erhebungszeitpunkten (Therapiebeginn, ca. 15. Stunde und Therapieende) mit 44 KlientInnen (Studie 2).

3. Die ersten beiden empirischen Forschungsprojekte der ÖGWG

Dieser Abschnitt verweist auf zwei durchgeführte Studien. Studie 1 betrifft eine demographische Bestandsaufnahme der in Österreich durch ÖGWG-PsychotherapeutInnen behandelten KlientInnen in einem bestimmten Zeitraum, während es sich bei Studie 2 um eine Therapieverlaufsstudie bei 44 KlientInnen zu 2 Messzeitpunkten und bei einer kleinen Stichprobe von 12 KlientInnen zu 3 Messzeitpunkten handelt.

3.1 Methode

3.1.1 Studie 1 – Demographische Erhebung

Insgesamt wurden im Zeitraum März 2011 bis November 2012 zu zwei Zeitpunkten 468 Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (337 Frauen, 131 Männer) – davon 77 TherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision – zur Teilnahme an der ersten empirischen Untersuchung der ÖGWG-Wissenschaftskommission eingeladen. Ziel dieser Erhebung war, erstmalig eine Bestandsaufnahme der österreichweit behandelten KlientInnen durch ÖGWG-PsychotherapeutInnen zu ermöglichen. Zudem können die Daten wichtige Information für eventuelle zukünftige berufspolitische Diskussionen liefern.

Die TherapeutInnen

Insgesamt nahmen 68 Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (Altersmittelwert 51,25, Standardabweichung [SD] = 10,06, Range: 31–75) bzw. 2028 KlientInnen an der ersten ÖGWG-Erhebung teil, wobei 64,7 % (n = 44) der TherapeutInnen weiblich, und 35,3 % (n = 24) männlich waren. Dies bedeutet einen Gesamttrücklauf von den angeschriebenen PsychotherapeutInnen von 14,50 % Prozent.

Die TherapeutInnen (Th.), die an der Erhebung teilnahmen, waren im Schnitt seit 15,5 Jahren (SD= 10,20) therapeutisch tätig. Die Th. kommen dabei aus der Bundeshauptstadt Wien (n = 21), Salzburg (11), OÖ (12), Steiermark (10), Kärnten (5), Tirol (6), sowie NÖ, Burgenland und Vorarlberg (je 1). Die TherapeutInnen gaben dabei die demographischen Daten der KlientInnen in einer von der ÖGWG-Wissenschaftskommission angelegten Datenbank ein und beurteilten dabei auch den subjektiven Therapieerfolg aus ihrer Sicht.

Die KlientInnen

Wenn von den 2.028 KlientInnen die Ausbildungs- bzw. Lehrtherapien ausgeschieden werden, verbleiben 1.978 Datensätze zur weiteren Verrechnung. 63,1 % (n = 1.248) der KlientInnen, die an der Studie teilnahmen, waren Frauen, 36,9 % (n = 729) der Klienten waren männlich.

58,2 % (1152) der KlientInnen waren ohne pharmakologische

5 Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision, die in 2 Sektionen geteilt ist: APG-Forum (Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung) und APG-IPS (Institut für personzentrierte Studien)

6 Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

7 Derzeit lauten diese Sätze 8,02 % und 4,87 %; d. h. 12,89 % aller österreichischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen über den Zusatztitel Klientenzentrierte oder Personenzentrierte Psychotherapie. (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>)

Behandlung während der Psychotherapie, 8,4 % (167) phasenweise und 33,1 % (655) ständig unter Einnahme psychoaktiver Substanzen. Bezüglich Ausbildungsgrad ergab sich folgende Verteilung: Noch in Ausbildung 10,9 % (215), Keine/Angelernt 8,5 % (168), Lehre/Berufsschule 21 % (415), Fachschule 9,2 % (182), berufsbildende höhere Schule 16,8 % (332), Fachakademie/Fachschule 10,6 % (210) und akademischer Abschluss 21,4 % (424). Bezüglich der Finanzierung zeigte sich folgende Aufteilung: Selbstzahler 20,3 % (401), Selbstzahler mit 21.80 € Zuschuss 39,5 % (781), überwiegend durch die Krankenkassen finanziert 25,6 % (506), über Institutionen finanziert 13,7 % (271).

Die Behandlungsform

In allen Fällen wurde die Klientenzentrierte Psychotherapie als Behandlungsform angewandt. Die meisten der Klienten hatten wöchentliche (55,9 %) oder zweiwöchentliche (27 %) Therapiesitzungen. Das Therapiesetting war dabei überwiegend ein klassisches Einzelsetting (88,2 % Einzelsetting vs. 3,7 % Paar-, 5,8 % Gruppen-, 1,5 % Familien-Setting).

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 68,1 % ($n = 1.347$) der Therapien noch nicht abgeschlossen, sowie 631 Therapien (31,9 %) beendet. Die Therapiezufriedenheit bei den abgeschlossenen Therapien wurde dabei mit insgesamt 69,1 % – „sehr zufrieden“ (36,5 %) bzw. „zufrieden“ (32,6 %) – aus der Sicht der TherapeutInnen angegeben.

Bezüglich der durchschnittlichen Therapiedauer: Der weniger auf Ausreißer anfällige „5 % getrimmte Mittelwert“ weist mit 36,2 Therapiestunden (laufende Therapien) bzw. 28,6 (abgeschlossene Therapien) einen bereinigten und glaubwürdigen mittleren Richtwert aus. Frühzeitige Therapieabbrüche (<4 Stunden) sowie außerordentlich lange Therapien (>400 Stunden) wurden gänzlich von dieser Berechnung ausgenommen. Wird die Dauer aller 1978 Therapien nach Kategorien aufgeteilt ergibt sich folgende Verteilung: 1–5 Stunden 14,9 % (295 Fälle), 6–15 Stunden 28,7 % (568), 16–25 Stunden 15,2 % (301), 26–50 Stunden 16,8 % (333) und mehr als 51 Stunden 24,3 % (480). Zu beachten ist dabei, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur 31,9 % (631 Therapien) abgeschlossen waren.

3.1.2 Studie 2: Therapieverlaufsstudie

KlientInnen:

In die Auswertung wurden nur Klientinnen einbezogen, die während der Therapieeingangsphase (Messzeitpunkt 1) nach Franke (2000) als „psychisch auffällig belastet“ galten. Demnach gilt ein Proband als psychisch auffällig belastet, wenn der Global Severity Index des BSI einen T-Wert über 62 aufweist oder wenn in mindestens 2 BSI-Skalen ein Wert von 63 erreicht oder überschritten wird. 3 (von 47) KlientInnen wurden nach diesem Kriterium als von Anfang an „gesund“ von der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

Insgesamt wurden Daten von 44 KlientInnen mit mindestens 2 Messzeitpunkten (im Abstand von etwa 15 Stunden, $M = 14,75$, $SD = 2,45$) erhoben.

Das Alter der Probanden lag zwischen 20 und 65 Jahren ($M = 40,80$; $SD = 11,16$). 29 Probanden der Stichprobe waren dabei weiblich ($M = 38,87$, $SD = 9,28$) und 15 männlich ($M = 44,53$; $SD = 13,70$); es fällt also ein gewisser Altersunterschied zwischen den Geschlechtern auf. Die häufigsten Störungsbilder waren depressive Störungen ($n = 15$), Anpassungsstörungen ($n = 13$), Angststörungen ($n = 11$) und Sonstige ($n = 5$).

Zum jetzigen Zeitpunkt haben 23 KlientInnen die Therapie abgeschlossen, 11 davon innerhalb der ersten 15 Stunden, was bedeutet dass bei diesen 11 Klienten die Messzeitpunkte 2 (15. Stunde) und 3 (Therapieende) identisch sind. Von insgesamt 12 KlientInnen liegen Daten zu allen 3 Messzeitpunkten vor. Therapiebeender unterscheiden sich bezüglich der Diagnose-Verteilung statistisch nicht signifikant ($\text{Chi-Quadrat} = 1,0$, $p = 0,78$, $df = 3$) von KlientInnen, die sich noch in Therapie befinden. Die durchschnittliche Dauer der im Rahmen dieser Untersuchung abgeschlossenen Therapien ($n = 23$) betrug 23,57 Stunden ($SD = 11,81$) verteilt auf 41,78 Wochen ($SD = 20,57$). Da es sich um einen Zwischenbericht handelt, sind die kürzer dauernden Therapien überrepräsentiert. Therapien, die noch nicht beendet sind (längere Therapieverläufe), werden die durchschnittliche Therapiedauer nach oben korrigieren.

TherapeutInnen:

Insgesamt haben 9 Therapeuten und 4 Therapeutinnen an der Untersuchung teilgenommen. Sie sind im Durchschnitt seit 24,31 Jahren ($SD = 9,18$) als TherapeutInnen tätig. Bemerkenswert ist, dass mehr als zwei Drittel von ihnen (69,23 %) ihr wöchentliches Arbeitspensum als Psychotherapeuten mit über 20 Stunden angeben. Die meisten TherapeutInnen (92,3 %) sind als Ausbilder für klientenzentrierte Psychotherapie tätig.

Untersuchungsdesign:

In dieser Studie steht die klinische Brauchbarkeit („effectiveness“) klientenzentrierter Psychotherapie im psychotherapeutischen Alltag im Vordergrund (Hahlweg, 2000, S. 46). Untersucht wird die Wirksamkeit von Psychotherapie in der täglichen klinischen Praxis von niedergelassenen PsychotherapeutInnen. Die Untersuchung hat den Zweck, mögliche Veränderungen zwischen dem Beginn (Messzeitpunkt 1, Stunde 1–3), nach etwa der 15ten Stunde (MZ2; $M = 14,75$, $SD = 2,45$) und dem Ende (MZ3; $M = 31,00$, $SD = 10,80$) von Klientenzentrierten Psychotherapien zu erheben. Es geht dabei um Veränderungen bezüglich körperlicher und psychischer Beschwerden der KlientInnen sowie um Veränderungen in der Wahrnehmung eigener Gefühle. Erstere werden mittels des „Brief Symptom

Inventory“ (BSI; Franke, 2000), letztere mittels der „Skalen zum Erleben von Emotionen“ (SEE; Behr & Becker, 2004) erhoben. Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist ein international anerkanntes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erhebung psychischer Belastungen. Neben 9 Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) lässt sich ein Globalwert (Global Severity Index) errechnen, der die grundsätzliche psychische Belastung misst.

Nach Hutterer (2005, S. 142) ist der Fragebogen SEE ein therapie- und fachspezifisches Instrumentarium, in dem klientenzentrierte Kategorien und Konstrukte operationalisiert wurden, um sie der Forschung zugänglich zu machen. „Die Skalen zum Erleben von Emotionen stellen ein theoriegeleitetes multidimensionales Instrument zur Erfassung zentraler Konstrukte der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie ... dar“ (Behr & Becker, 2004, S. 7). Sie zählen zu den Persönlichkeitsfragebögen und messen daher stabilere Persönlichkeitsstrukturen und bestehen aus 7 Subskalen (Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung, Erleben von Emotionsmangel, körperliche Symbolisierung von Emotionen, imaginative Symbolisierung von Emotionen, Erleben von Emotionsregulation und Erleben von Selbstkontrolle). In einer kanadischen Studie von Watson & Lilova (2011) wurden für den SEE eine gute Reliabilität und eine ausgezeichnete Validität empirisch bestätigt mit gewissen nationalen Unterschieden (z. B. verwendeten die kanadischen Versuchspersonen weniger Träume und Imaginationen zum Verstehen von Gefühlen und hatten insgesamt ein geringeres Bedürfnis, ihre Gefühle zu verstecken als die deutsche Stichprobe).

Alle Klientenfragebögen wurden mit einem persönlichen Code versehen und von den TherapeutInnen den KlientInnen direkt übergeben. Die ausgefüllten Fragebögen wurden in einem verschlossenen Kuvert den behandelnden TherapeutInnen retourniert. Die Auswertung erstellte Norbert File automatisiert über das Hogrefe Test-System.

3.2 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den beiden Studien dargestellt.

3.2.1 Ergebnisse der Studie 1

Die Auswertung der diagnostischen Erhebung erfolgte nach ICD-10 (2010).

In der Folge (siehe Tabelle 1) sind die häufigsten der von den Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen angegebenen ICD-10 Hauptdiagnosen dargestellt. Zur besseren Übersicht wurden die Diagnosen dabei in Diagnosegruppen zusammengefasst.

Die meisten der behandelten Fälle sind dabei als Anpassungsstörungen (F43), depressive Störungen (F32, F33) oder Angststörungen (F40, F41) ausgewiesen.

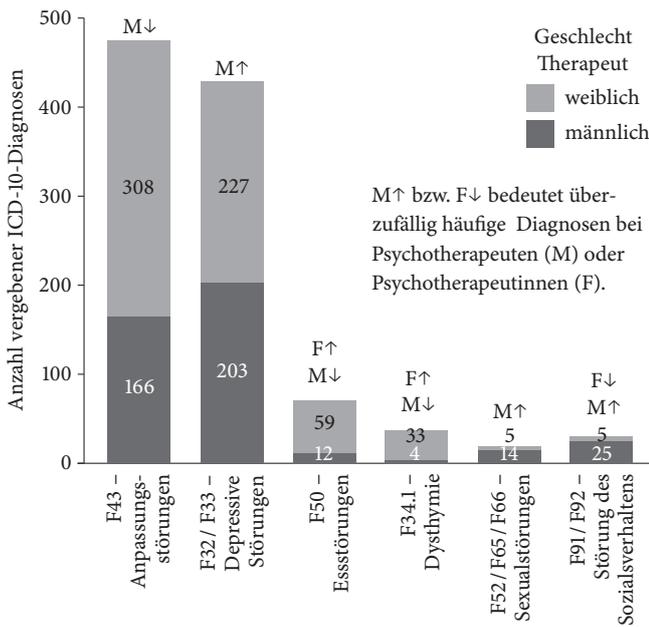
Tabelle 1. ICD-10 Hauptdiagnosen bei ÖGWG Psychotherapien.

ICD-10 Hauptdiagnose Gruppen	Häu- figkeit	Valide %
F43 – Anpassungsstörungen	474	24,0
F32 & F33 – Depressive Störungen	430	21,7
F40 & F41 – Angststörungen	240	12,1
nicht klinisch indiziert (Selbsterfahrung, ...)	180	9,1
F60 & F61 – Persönlichkeitsstörungen	151	7,6
F50 – Essstörungen	71	3,6
F3 & F30 & F31 & F34 – Affektive Störungen	53	2,7
F45 – Somatoforme Störungen	51	2,6
F2 – Schizophrene Störungen	51	2,6
F48 – Neurasthenie	41	2,1
F34.1 – Dysthymie	37	1,9
F42 – Zwangsstörung	32	1,6
F91 & F92 – Störungen des Sozialverhaltens	30	1,5
F10 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20	1,0
F11 & F19 – Psychische und Verhaltensstörungen durch anderwärtigen Substanzgebrauch	20	1,0
F52 & F65 & F66 – „Sexualstörungen“	19	1,0
F93 & F94 & F95 & F98 – „Kindheitsstörungen“	18	0,9
Sonstige Diagnosen	60	3,0
Total	1978	100,0

Insgesamt wurden 1978 Hauptdiagnosen von Th. angegeben. Die Gruppierung in ICD Diagnosegruppen erlaubt die übersichtliche Darstellung und erfasst 1918 der 1978 vergebenen Einzeldiagnosen. Lehrtherapien wurden für die Darstellung ausgeschlossen. „Nicht klinisch indiziert“ umfasst Therapien mit Fokus auf Selbstreflexion und Selbstentwicklung.

Untersucht man nun den geschlechtsspezifischen Zusammenhang von Therapeuten bzw. Therapeutinnen mit den am häufigsten vergebenen Hauptdiagnosen (hier zusammengeführt in größere ICD-10-Diagnosegruppen), so zeigt sich eine Ungleichverteilung (Chi-Quadrat = 87,6, $p < 0,001$). Im Detail zeigt sich eine unterzufällige Diagnosehäufung von Anpassungsstörungen (F43), und eine überzufällige Diagnosehäufung von depressiven Störungen (F32, F33) bei Psychotherapeuten, sowie eine statistisch überzufällige Häufung von F50-Diagnosen (Essstörungen) bei Psychotherapeutinnen sowie eine Unterrepräsentation bei Psychotherapeuten. Des Weiteren häuft sich die Behandlung von Dysthymie (F34.1) bei Therapeutinnen und ist dagegen bei Therapeuten unterrepräsentiert. Die Behandlung von Sexualstörungen (F52, F65, F66) sowie Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92) häufen sich ebenso bei Psychotherapeuten und sind weniger bei Psychotherapeutinnen vertreten (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1. Zusammenhang von Therapeutengeschlecht und Hauptdiagnosen.



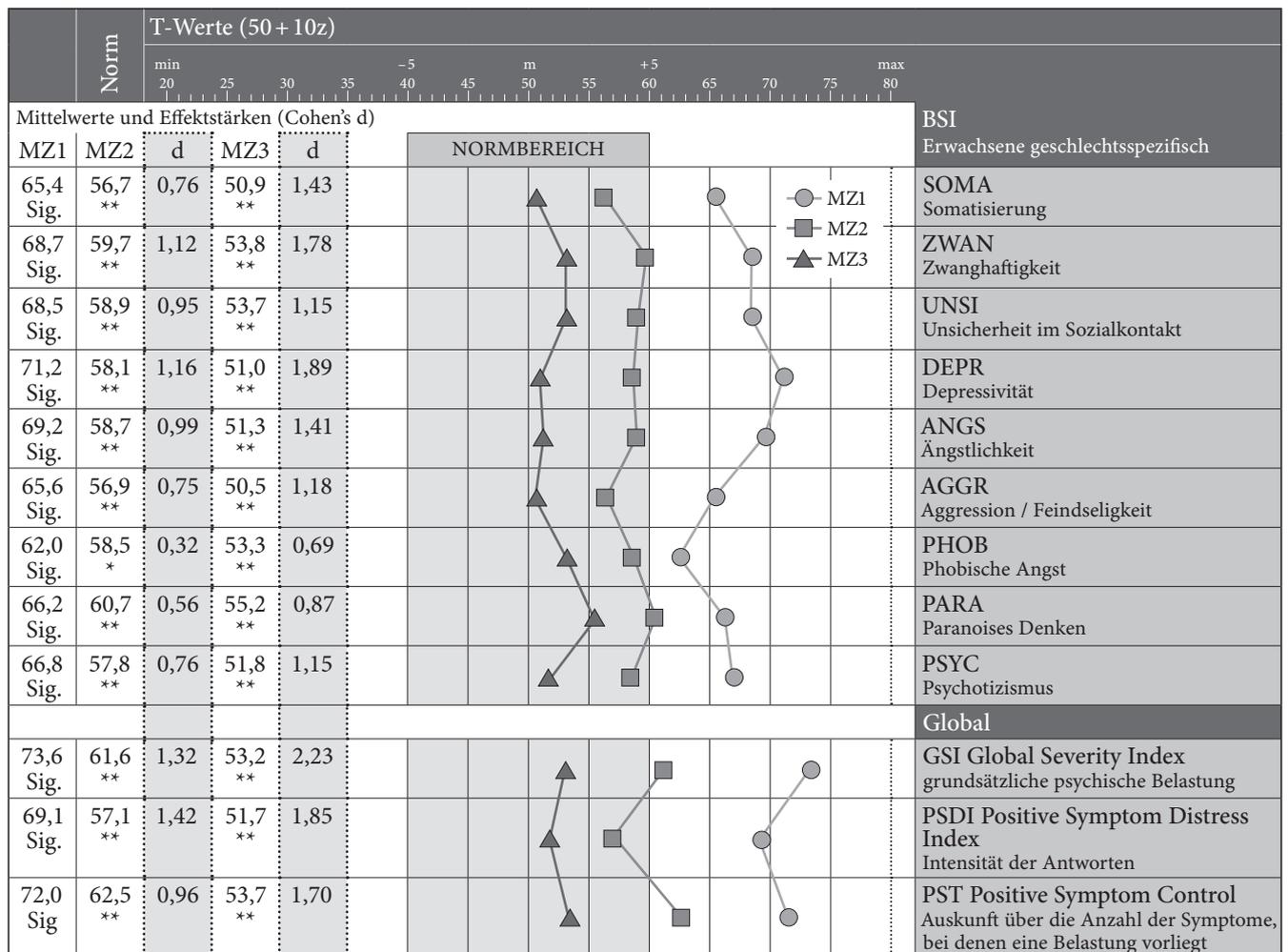
3.2.2 Ergebnisse der Studie 2

Veränderungen nach dem Brief Symptom Inventory (BSI) – Vergleiche auf Gruppenebene

Abbildung 2 veranschaulicht die systematischen Veränderungen von MZ1 zu MZ2. Dabei zeigen sich signifikante Veränderungen sowohl für die 3 BSI Globalskalen (GSI, PSDI, PST) als auch für sämtliche Subskalen (siehe auch Tabelle 2). Obwohl die größten Veränderungen also von MZ1 zu MZ2 angezeigt werden, so zeigen sich von MZ2 zu MZ3 noch weitere Veränderungen in positivem Sinne in den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Paranoies Denken und Psychotizismus. Ebenso zeigen die 3 Globalskalen (von MZ2 zu MZ3) weitere signifikante Verbesserungen (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2 unterstreicht die deutlichen Veränderungen auf Symptomebene, die bereits in den ersten 15 Stunden der Psychotherapie auftreten und sich im Laufe der Therapie fortsetzen. Praktiker können dies im Einzelfall auch zur Evaluation

Abbildung 2. Veränderung im „Brief Symptom Inventory“ über den Therapieverlauf.



Zu beachten sind die zu Therapiebeginn (MZ1; n = 44) außerhalb des Normbereichs (grau schattiert) liegenden Werte, welche sich nach MZ2 (ca. 15 Therapiestunden; n = 44) und MZ3 (Therapieende; n = 23) verbessern und im Normbereich liegen. Man beachte, dass 11 der 23 Probanden mit MZ3 (Therapieabschluss) die Therapie bereits zu MZ2 beendet hatten. Die Effektstärke (Cohen's d) wird für Mz1 zu Mz2 sowie Mz1 zu Mz3 angegeben.

Tabelle 2. Mittelwertvergleiche für die Skalen des „Brief Symptom Inventory“ (BSI)

BSI Skalen MZ1-MZ2 Vergleich	M _{MZ1} (SD)	M _{MZ2} (SD)	t	p	Cohen's δ
Somatisierung	65,41 (10,19)	56,73 (12,26)	4,99	< 0,001**	0,76
Zwanghaftigkeit	68,66 (8,85)	59,68 (11,79)	7,06	< 0,001**	1,12
Unsicherheit im Sozialkontakt	68,48 (9,70)	58,89 (12,40)	6,10	< 0,001**	0,95
Depressivität	71,18 (7,48)	58,11 (11,64)	7,36	< 0,001**	1,16
Ängstlichkeit	69,23 (8,98)	58,66 (12,13)	6,37	< 0,001**	0,99
Aggressivität/Feindseligkeit	65,64 (10,98)	56,86 (11,29)	4,93	< 0,001**	0,75
Phobische Angst	62,02 (12,52)	58,50 (13,00)	2,09	0,043*	0,32
Paranoides Denken	66,20 (11,02)	60,70 (10,87)	3,73	0,001**	0,56
Psychotizismus	66,80 (11,79)	57,80 (11,77)	5,02	< 0,001**	0,76
GSI Global Severity Index	73,55 (7,08)	61,55 (12,13)	7,83	< 0,001**	1,32
PSDI Positive Symptom Distress Index	69,14 (7,43)	57,05 (10,89)	8,85	< 0,001**	1,42
PST Positive Symptom Total	71,95 (8,45)	62,48 (13,11)	5,88	< 0,001**	0,96
BSI Skalen MZ2-MZ3 Vergleich	M _{MZ2} (SD)	M _{MZ3} (SD)	t	p	Cohen's δ
Somatisierung	56,08 (13,61)	51,83 (9,32)	1,93	0,080	0,66
Zwanghaftigkeit	61,75 (8,78)	54,17 (8,38)	3,12	0,010*	0,90
Unsicherheit im Sozialkontakt	60,67 (9,83)	55,92 (9,92)	1,94	0,079	0,56
Depressivität	57,50 (10,27)	50,08 (8,13)	3,27	0,008**	0,97
Ängstlichkeit	59,83 (7,60)	53,00 (8,69)	3,48	0,005**	1,01
Aggressivität/Feindseligkeit	57,00 (10,61)	52,92 (8,03)	1,68	0,122	0,50
Phobische Angst	62,75 (13,49)	55,92 (9,79)	2,43	0,033*	0,75
Paranoides Denken	61,08 (11,45)	57,42 (10,06)	1,97	0,074	0,58
Psychotizismus	58,25 (10,83)	51,25 (7,86)	2,35	0,038*	0,70
GSI Global Severity Index	63,08 (11,95)	54,08 (11,74)	4,13	0,002**	1,19
PSDI Positive Symptom Distress Index	57,83 (9,20)	52,42 (7,27)	3,19	0,009**	0,97
PST Positive Symptom Total	64,08 (13,11)	55,00 (13,08)	3,39	0,006**	0,98

Erläuterungen:

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = T-Test für abhängige Stichproben; p = probabilität; ** p < .01; * p < .05; Cohen's δ = Effektstärke
 MZ1–MZ2 Vergleiche: MZ1 (n = 44), MZ2 (n = 44); MZ2–MZ3 Vergleiche: MZ2 (n = 12), MZ3 (n = 12).

des Therapieerfolges heranziehen und die Ergebnisse den KlientInnen im Therapieprozess zur Verfügung stellen.

Die Vergleiche auf Gruppenebene für alle Skalen des BSI sind im Folgenden (Tabelle 2) ausgewiesen; dabei gilt für MZ1–MZ2: n = 44 und für MZ2–MZ3: n = 12.

Die durchschnittliche Effektstärke von Psychotherapie wird in der Metaanalyse von Smith, Glass & Miller (1980) mit .85 angegeben (insgesamt wurden 475 Studien in die Metaanalyse miteinbezogen). Lipsey & Wilson (1993) ermittelten einen durchschnittlichen Behandlungseffekt bei 156 Metaanalysen (!) von .47 (vergleiche auch Lambert, 2013, S. 169 ff.). In unserer Studie ließen sich Symptomverbesserungen mit großen Effektstärken bereits innerhalb der ersten 15 Stunden bei den Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit und den drei Gesamtwerten (GSI, PSDI und PST) nachweisen. Mittlere Effektstärken zwischen .56 und .76 zeigten sich bei den Skalen Somatisierung, Aggressivität/Feindseligkeit und Paranoides Denken. Auf der Skala Phobische Angst

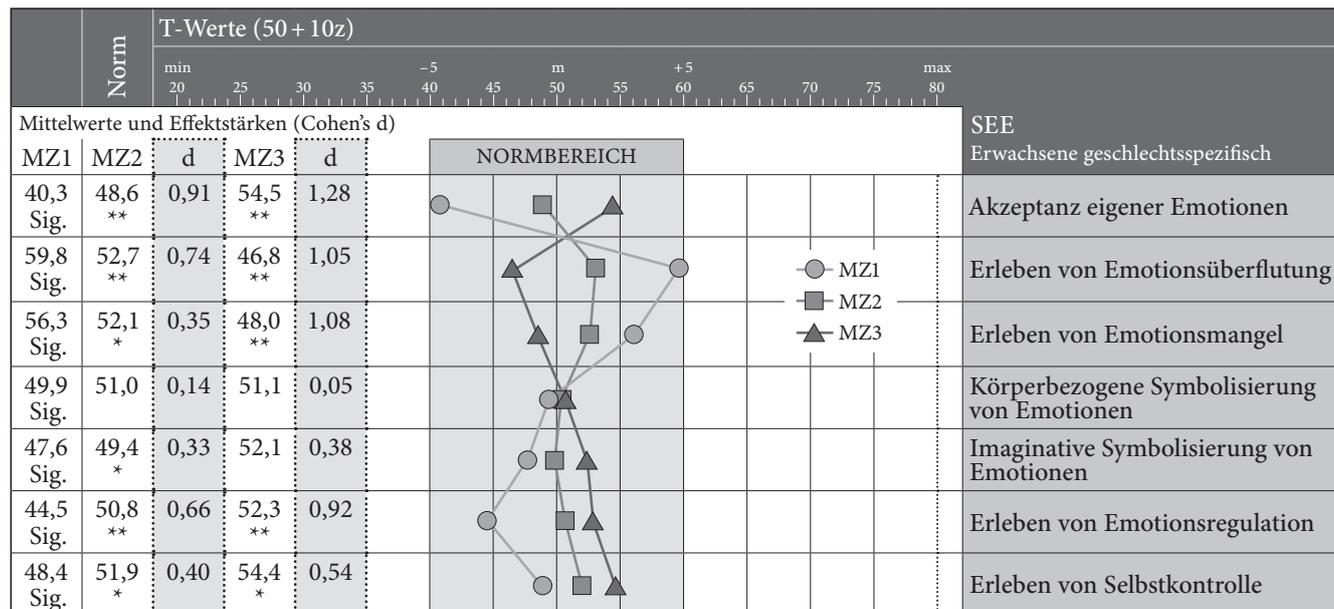
konnte nach 15 Stunden Psychotherapie mit .32 nur eine geringe Effektstärke erreicht werden.

Der Vergleich der psychischen Belastung zu Therapiebeginn und deren Veränderung zu Therapieende weist bei allen Skalen des BSI außer Phobische Angst (.69) große Effektstärken zwischen .87 (Paranoides Denken) und 2.23 (Global Severity Index) aus (siehe Vergleich MZ1–MZ3 in Abbildung 2).

Es wird hervorgehoben, dass am Ende der Therapie (MZ3) alle Mittelwerte des BSI im Normbereich (T = 40–60) liegen.

Veränderungen nach dem SEE – Vergleiche auf Gruppenebene
 Beim SEE fallen die Veränderungen erwartungsgemäß geringer aus als beim BSI aus, da es sich beim SEE um einen Persönlichkeitstest handelt, der zeitüberdauernde Persönlichkeitsdimensionen abbildet. Beim SEE zeigen sich positive Veränderungen (MZ1 zu MZ2) hin zu besseren emotionalen Kompetenzen in allen Skalen ausgenommen der „körperbezogenen Symbolisierung von Emotionen“. Nach etwa der 15. Therapiestunde (MZ2)

Abbildung 3. Veränderung in den Skalen zum Erleben von Emotionen über den Therapieverlauf.



Zu beachten ist, dass sich beim SEE bereits zu Therapiebeginn (MZ1; n = 44) alle Skalen im Normbereich bewegen (schattiert). Nach ca. 15 Therapiestunden (MZ2; n = 44) bzw. zum Therapieende (MZ3; n = 23) kommt es jedoch zu weiteren Verbesserungen innerhalb der Skalen (im Normbereich). Man beachte, dass 11 der 23 Probanden mit MZ3 (Therapieabschluss) die Therapie bereits zu MZ2 beendet hatten. Die Effektstärke (Cohen's d) wird für Mz1 zu Mz2 sowie Mz1 zu Mz3 angegeben.

kommt es allerdings nur noch in den Skalen „Erleben von Emotionsüberflutung“ und „Erleben von Emotionsmangel“ zu weiteren signifikanten (bei der Skala „Akzeptanz eigener Emotionen“ als Trend $p = 0.065$) Verbesserungen.

Bei den Ergebnissen des SEE ist zu beachten dass sich die KlientInnen auch zu Therapiebeginn bereits häufig (z. B. Skala 1 „Akzeptanz eigener Emotionen“ 22 von 44 innerhalb der Norm) im Normbereich bewegen, und aufgrund der Therapie nur weitere „Verbesserungen“ innerhalb dieser Normen möglich sind (siehe Abb. 3). Im Gegensatz zum BSI, bei dem Durchschnittswerte auf Symptombefreiheit hinweisen, können beim SEE durchaus überdurchschnittliche Werte z. B. bei der „Akzeptanz eigener Emotionen“ positiv bewertet werden.

Zwischen MZ1 und MZ2 zeigen sich statistisch signifikante Veränderungen für die Skalen „Akzeptanz eigener Emotionen“, „Erleben von Emotionsüberflutung“, „Erleben von Emotionsmangel“, „imaginative Symbolisierung von Emotionen“, „Erleben von Emotionsregulation“ und „Erleben von Selbstkontrolle“. All diese Veränderungen entsprechen Verbesserungen im Sinne des „besseren“ Umgangs mit eigenen Emotionen (für Details und weitere Vergleiche siehe Tab. 3). Die Skalen 1 („Akzeptanz eigener Emotionen“), 2 („Erleben von Emotionsüberflutung“) und 3 („Erleben von Emotionsmangel“) stehen nach Behr & Becker (2004, S. 20) mit dem klientenzentrierten Konzept der Kongruenz in Verbindung. Die beobachteten Veränderungen (höhere Werte bei Skala 1 und niedrigere Werte bei den Skalen 2 und 3) weisen somit auf eine erhöhte Kongruenz über den Verlauf der Psychotherapie hin und bestätigen nach

Rogers die Entwicklung der Persönlichkeit durch eine gelungene Psychotherapie in Richtung der „fully functioning person“. Die höchsten Effektstärken beim SEE bei Therapieende (Vergleich MZ1 – MZ3, siehe Abbildung 3) fanden sich bei den Skalen Akzeptanz eigener Emotionen (1.28), Erleben von Emotionsüberflutung (1.05), Erleben von Emotionsmangel (1.08) und Erleben von Emotionsregulation (0.92). Die Veränderungen auf den ersten drei Skalen belegen die Entwicklung der KlientInnen hin zu höherer Kongruenz. Bei der Skala Erleben von Selbstkontrolle ergab sich mit .54 eine mittlere Effektstärke, während die Effektstärken bei der körperbezogenen bzw. imaginativen Symbolisierung von Emotionen als sehr gering einzuschätzen sind. Die Mittelwertvergleiche und Effektstärken zwischen MZ1 – MZ2 und MZ2 – MZ3 sind in Tabelle 3 dargestellt.

Für die Effektstärken-Berechnung wurde Cohen's δ herangezogen; die Berechnung sowohl für BSI als auch für SEE erfolgte nach der folgenden Formel von Morris & DeShon (2002, S. 109):

$$\delta_{\text{Messwiederholung}} = \frac{AM_{\text{post}} - AM_{\text{prä}}}{\frac{SD_{\text{post}} + SD_{\text{prä}}}{2} \sqrt{2 * (1 - \text{corr}_{(\text{prä}, \text{post})})}}$$

Effektstärken von .50 deuten dabei mittlere, während solche von .80 große Effekte andeuten.

Zur Erläuterung: Die Effektstärke bezeichnet ein (standardisiertes) statistisches Maß, das die (relative) Größe eines Effektes angibt. Ein Effekt (oder auch Wirkung) liegt vor, wenn in einem (zugehörigen) statistischen Test die Nullhypothese

Tabelle 3. Mittelwertsvergleiche in den Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)

SEE Skalen MZ1-MZ2 Vergleich	M _{MZ1} (SD)	M _{MZ2} (SD)	t	p	Cohen's δ
Akzeptanz eigener Emotionen	40,30 (14,14)	48,55 (11,52)	- 5,79	< 0,001**	- 0,91
Erleben von Emotionsüberflutung	59,75 (10,50)	52,68 (11,19)	4,88	0,001**	0,74
Erleben von Emotionsmangel	59,75 (10,50)	52,11 (11,36)	2,32	0,025*	0,35
Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen	49,89 (8,06)	51,00 (9,98)	- 0,89	0,376	- 0,14
Imaginative Symbolisierung von Emotionen	47,61 (8,84)	49,41 (9,37)	- 2,15	0,037*	- 0,33
Erleben von Emotionsregulation	44,48 (10,12)	50,77 (10,64)	- 4,37	0,001**	- 0,66
Erleben von Selbstkontrolle	48,39 (12,03)	51,93 (10,08)	- 2,61	0,012**	- 0,40
SEE Skalen MZ2-MZ3 Vergleich	M _{MZ2} (SD)	M _{MZ3} (SD)	t	p	Cohen's δ
Akzeptanz eigener Emotionen	50,92 (10,12)	55,25 (7,09)	- 2,05	0,065	- 0,64
Erleben von Emotionsüberflutung	52,92 (9,23)	46,50 (7,43)	3,43	0,006**	1,02
Erleben von Emotionsmangel	52,67 (12,79)	45,25 (7,76)	2,31	0,041*	0,73
Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen	56,17 (8,88)	54,00 (8,52)	0,83	0,424	0,24
Imaginative Symbolisierung von Emotionen	54,00 (9,09)	55,50 (11,61)	- 0,61	0,553	- 0,18
Erleben von Emotionsregulation	51,58 (14,60)	54,33 (9,65)	- 0,82	0,430	- 0,26
Erleben von Selbstkontrolle	55,00 (8,67)	55,92 (7,68)	- 0,49	0,632	- 0,14

Erläuterungen:

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = T-Test für abhängige Stichproben; p = probability; ** p < .01; * p < .05; Cohen's δ = Effektstärke
MZ1-MZ2 Vergleiche: MZ1 (n = 44), MZ2 (n = 44); MZ2-MZ3 Vergleiche: MZ2 (n = 12), MZ3 (n = 12).

(= kein Effekt) abgelehnt wird. Die Effektstärke kann zur Verdeutlichung der praktischen Relevanz von signifikanten Ergebnissen herangezogen werden. Zum Beispiel führen bei steigenden Stichprobenumfängen immer kleinere Effekte zur Ablehnung der Nullhypothese und somit zu statistisch signifikanten Effekten. In der empirischen Psychotherapieforschung interessiert jedoch nicht nur, ob ein Effekt vorhanden ist (Ablehnung der Nullhypothese), sondern auch wie groß der Effekt ist.

Einschätzung der klinisch bedeutsamen Veränderungen – Einzelfallanalyse

Neben der rein statistischen Berechnung der Ausmaße von Veränderungen, wurde auch analysiert, ob und wie weit es sich dabei um klinisch relevante Veränderungen handelt. Die derzeit verbreitetste Vorgehensweise, um klinische Veränderungen auf ihre Bedeutsamkeit zu prüfen, besteht nach Ogles (2013, S. 155) und Lambert (2013, S. 176) aus 2 Kriterien: erstens muss die Veränderung nicht nur statistisch signifikant, sondern auch in ihrer Größe bedeutsam sein („reliable change“), und zweitens muss der Klient nach der Behandlung als „geheilt“ eingestuft werden können. In unserem Fall kann als „geheilt“ gelten, wenn jemand beim Global Severity Index (GSI) des BSI einen T-Wert von weniger als 63 erzielt und zugleich der T-Wert von höchstens einer der weiteren Skalen über 62 liegt. Der Reliable Change Index (RCI) gilt als sehr konservatives und restriktives

Kriterium, d. h. im Vergleich zu Effektstärke und Standardfehler ist die Schätzung von Behandlungseffekten mit dem RCI wesentlich vorsichtiger (Lambert, 2013, S. 177).

Berechnet wurde der RCI nach folgender Formel (Jacobson & Truax, 1991):

$$RCI = \frac{x_2 - x_1}{S_{diff}} \text{ und } S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2} \text{ und } S_E = s_1 \sqrt{1 - r_{xx}}$$

Als Reliabilität wurde 0.9 angenommen (Franke, 2000, S. 36). Mit dieser Formel wird die individuelle statistische Signifikanz (d. h. für jede Klientin/jeden Klienten einzeln) der Differenz zwischen Prä- (Skalenwert zu Behandlungsbeginn) und Postwert (Skalenwert am Ende der Therapie) berechnet. Diese Veränderung muss nicht nur statistisch signifikant (dies könnte auch bei kleinen Effekten der Fall sein), sondern auch in ihrer Größe bedeutsam sein.

Zum MZ2 zeigen 30 von 44 Klienten klinisch bedeutsame Veränderungen. 16 Klienten erfüllen beide Kriterien nach Jacobson & Truax (1991) und weisen zu MZ2 keine psychisch auffälligen Belastungen mehr auf (BSI < 63 und T_{2Skalen} < 63). Beim MZ3 weisen alle Probanden nicht nur eine statistisch signifikante, sondern auch eine klinisch bedeutsame Veränderung auf (RCI > 1.96). 14 (von 23) Klienten können als „geheilt“ (bzw. nicht mehr psychisch auffällig belastet) eingestuft werden (BSI < 63 und T_{2Skalen} < 63). 14 Klienten erfüllen beide Kriterien nach Jacobson & Truax (1991).

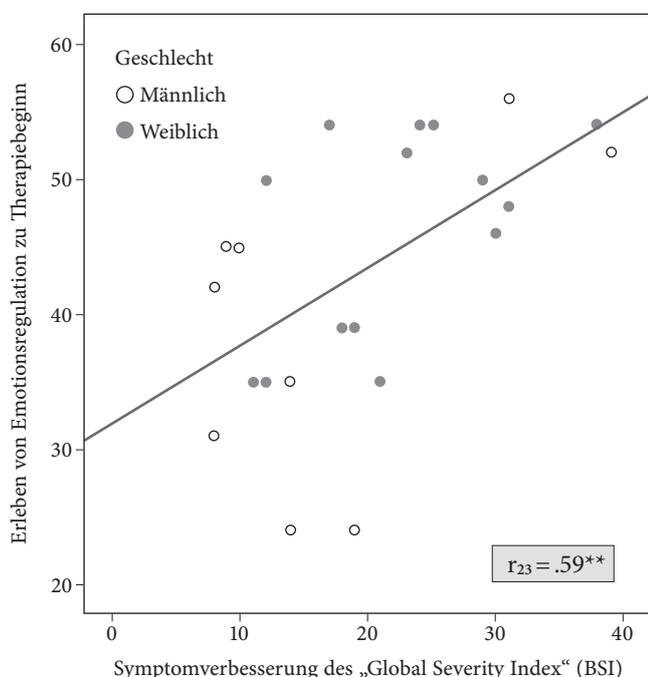
Tabelle 4. Klinisch bedeutsame Veränderungen auf Symptomebene (BSI) nach (Jacobson & Truax, 1991).

	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2	Messzeitpunkt 3
N	44	44	23
$T_{GSI} \geq 63$ oder $T_{2Skalen} \geq 63$	44 (100 %)	28 (64 %)	9 (39 %)
GSI < 63 und weniger als 2 Skalen > 62	0 (0 %)	16 (36 %)	14 (61 %)
RCI > 1.96	—	30 (68 %)	23 (100 %)

In die Berechnung einbezogen wurden nur die KlientInnen, die nach gebräuchlichen wissenschaftlichen Kriterien zu Beginn als psychisch erkrankt gelten können. Hervorzuheben ist daher die „Normalisierung“ auf BSI Symptomebene ($T_{GSI} \geq 63$ bzw. 2 beliebige Skalen $T \geq 63$) sowie die klinisch bedeutsame Veränderung (Jacobson & Truax, 1991) von 68 % der Klienten innerhalb der ersten etwa 15 Stunden bzw. aller Patienten bis Therapieende.

In unserer Untersuchung zeigte sich, dass KlientInnen, die zu Therapiebeginn einen höheren Wert bei Skala 6 des SEE („Erleben von Emotionsregulation“) aufwiesen, in der Folge viel deutlicher von der Therapie profitierten ($r = .59, p = .003$; Partielle Korrelation mit Kontrollvariable $GSI_{Therapiebeginn}$). Diese Personen können also mit höherer Wahrscheinlichkeit als Therapie-Responder angesehen werden. Weitere Untersuchungen werden zeigen, ob die Emotionsregulation zukünftig

Abbildung 4. Zusammenhang von Emotionsregulation zu Therapiebeginn und Symptomverbesserung.



Die Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen den Werten bei Emotionsregulation zu Beginn der Therapie (Skala 6 des SEE: Erleben von Emotionsregulation) und den Symptomverbesserungen des *Global Severity Index* des BSI. Der Zusammenhang gilt dabei für Frauen und Männer in gleichem Maße.

als Prädiktorvariable für Therapie-Responder herangezogen werden kann.

3.3 Diskussion

3.3.1 Studie 1 – Demographische Erhebung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit 1.978 Datensätzen von KlientInnen bereits eine beachtliche Anzahl von PsychotherapeutInnen der ÖGWG gesammelt werden konnte. Diese Daten (von 68 der insgesamt 468 Mitglieder der ÖGWG) erlauben somit einen ersten Einblick in die – von ÖGWG-PsychotherapeutInnen getätigte – klientenzentrierte Arbeit in Österreich. Besonders interessant erscheinen dabei zunächst der generelle Umfang klientenzentrierter psychotherapeutischer Arbeit durch Mitglieder der ÖGWG in Österreich sowie die überwiegend behandelten Störungsbilder.

Wenn man davon ausgeht, dass grob geschätzt etwa 100 000 Personen sich in Österreich im Lauf eines Jahres in einer Psychotherapie befinden (etwa die Hälfte davon von den Kassen mitfinanziert)⁸, und derzeit etwa 8 % der rund 7900 eingetragenen PsychotherapeutInnen⁹ Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen sind, lässt sich vermuten, dass in Österreich zurzeit mehr als 8000 KlientInnen bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Behandlung sind. Davon würden, wenn man die Daten unserer Studie 1 hochrechnet, 2000 KlientInnen unter Anpassungsstörungen (F43), 2000 unter depressiven Störungen (F32, F33), etwa 1000 KlientInnen an Angststörungen (F40, F41), 700 an Persönlichkeitsstörungen (F60) und etwa 400 an Essstörungen (F50) leiden. Bei dieser Berechnung wurde davon ausgegangen, dass etwa ein Sechstel dieser KlientInnen von den 61 von unserer Studie erfassten ÖGWG Mitglieder behandelt wird.

Interessant erscheinen auch erste Analysen, die andeuten, dass depressive KlientInnen überzufällig männliche ÖGWG Psychotherapeuten aufsuchen, wogegen sich KlientInnen mit Essstörungen überzufällig häufig an Psychotherapeutinnen für die Behandlung wenden. Gründe für derartige Häufungen können zum jetzigen Zeitpunkt nur spekuliert werden, deuten jedoch das Potenzial der erhobenen demographischen Daten für mögliche weitere Fragestellungen an.

Es ist erfreulich, dass für die demographische Erhebung der ÖGWG (Studie 1) doch zahlreiche Psychotherapeutinnen und

8 In einer Präsentation von Frau Dr. Mückstein vom ÖBVP über die psychotherapeutische Versorgung in Österreich bei einer Podiumsdiskussion des BSA im Mai 2012 in Wien wurde referiert, dass etwa 900 000 Österreicher sich im Lauf eines Jahres wegen psychischer Probleme (bei mehr als 200 000 in schwerem Ausmaß) in Behandlung begeben, davon sind etwa 65 000 in einer Psychotherapie, die bei 35 000 von den Kassen mitfinanziert wird. Diese Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2009.

9 7871 eingetragene PsychotherapeutInnen lt. <http://psychotherapie.chealth.gov.at> Abruf 6. 2. 2014

Psychotherapeuten begeistert werden konnten und diese somit einen tatkräftigen Beitrag zum Beleben der alten klientenzentrierten Forschungstradition geleistet haben.

3.3.2 Studie 2: Prozess-Ergebnis Forschung

Mit der darauf folgenden Studie 2 wurde versucht, einen nächsten Schritt in Richtung systematischer, begleitender Psychotherapieprozess- und Outcomeforschung zu setzen und der empirisch-wissenschaftlichen Forschungstradition klientenzentrierter Psychotherapie neue Impulse zu geben.

Diese Studie zielte darauf ab, zusätzlich zu den rein demographischen Kennwerten von KlientInnen und TherapeutInnen, zu erheben, wie die Veränderungen der Symptomatik (BSI) und des emotionalen Erlebens (SEE) auf Seiten der KlientInnen wahrgenommen werden, und ob sich diese Veränderungen statistisch belegen lassen.

Wie die Ergebnisse zeigen, stellen sich auf Symptomebene bereits deutliche Verbesserungen nach 15 Stunden Klientenzentrierter Psychotherapie bei 68 % der KlientInnen ein. Am Ende der Therapie zeigen alle KlientInnen bedeutsame Veränderungen ($RCI > 1.96$) und knapp zwei Drittel der KlientInnen (61 %) sind in ihren Belastungswerten nicht mehr von der Durchschnittsbevölkerung zu unterscheiden und können als „geheilt“ eingestuft werden.

Beim SEE fallen die Veränderungen erwartungsgemäß geringer aus, da der SEE ein Persönlichkeitsfragebogen ist, der seinen Fokus auf Persönlichkeitsstrukturveränderungen hat. Dennoch lassen sich auch auf Persönlichkeitsebene Entwicklungen zu mehr Kongruenz (Skalen 1, 2 und 3) und der Stärkung emotionaler Kompetenzen nachweisen (Skalen 6 und 7).

Weitere Forschungsbemühungen sollten der Frage nachgehen, warum KlientInnen, die ihre Emotionen selbst besser regulieren können (höhere Werte bei Skala 7), mehr von klientenzentrierter Psychotherapie profitieren und eher zu den „Therapie-Respondern“ werden. Sollten sich diese empirischen Befunde weiter belegen lassen, könnte Emotionsregulation als Prädiktorvariable für Therapieerfolg herangezogen werden.

Das Fehlen einer klinischen Kontrollgruppe muss als Limitation genannt werden, da das vorliegende Studiendesign nicht Spontanremissionen oder Placebo-Effekte kontrolliert und diese ebenso dem Therapieerfolg in der jetzigen Studie zugeschrieben werden könnten.

Eine weitere Limitation für die vorliegenden Studien ist sicherlich auch der selektive Rücklauf von Fragebögen. Es ist zu vermuten, dass nur eine spezielle Gruppe von an empirischer Wissenschaft begeisterten TherapeutInnen ihren KlientInnen die Wichtigkeit der Untersuchung vermittelt bzw. die Fragebögen zeitgerecht ausgibt bzw. einsammelt.

Es haben in unserer Studie beeindruckende 44 KlientInnen ihre Daten sowohl für Messzeitpunkt (MZ) 1 wie für MZ2

(Erhebung zur etwa 15. Stunde) zur Verfügung gestellt. Hingegen ist die kleine Stichprobengröße von 12 Probanden, die sowohl MZ2 (ca. Stunde 15) als auch MZ3 (Therapieende) beschrieben haben, als kritisch für die statische Analyse zu erwähnen.

Im Sinne der Qualitätssicherung wäre es sehr zu begrüßen, auch weitere quantitative Messinstrumente in der täglichen psychotherapeutischen Praxis einzusetzen und den Nutzen für die KlientInnen im Verlauf einer Psychotherapie zu vermitteln und anschaulich zu machen – ganz im Sinne von Carl Rogers, für den immer die KlientInnen die „Grunddaten“ für die Entwicklung des personzentrierten Ansatzes gesetzt haben – sowie verstärkt in die Ausbildung von PsychotherapeutInnen zu integrieren. Explizit sei an dieser Stelle allen teilnehmenden PsychotherapeutInnen und KlientInnen für ihre Unterstützung der beiden Studien und ihre Forschungsfreude gedankt, obgleich es – wie einleitend erwähnt – schwer ist, im Rahmen einer einzelnen psychotherapeutischen Vereinigung Studien mit höherem Auflösungsgrad durchzuführen. Die vorgestellten Studien bedurften der vollen Anstrengung der Wissenschaftskommission der ÖGWG über einen Zeitraum von mehreren Jahren.

Literatur

- Auckenthaler, A. & Helle, M. (2001). Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 393–411). Wien: Facultas.
- Behr, M. & Becker, M. (2004). *Skalen zum Erleben von Emotionen. SEE*. Göttingen, Bern [u. a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (2010). Clients as active self-healers: implications for the person-centered approach. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 91–131). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Dekeyser, M., Prouty, G., & Elliott, R. (2008). Pre-Therapy process and outcome: A review of research instruments and findings. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 37–55.
- Eckert, J. (1996). Wie effektiv ist die Gesprächspsychotherapie wirklich? Über die Bedeutung des Faktors Zeit in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift* 102, 35–38.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse Effekte Vergleiche*. Springer: Berlin.
- Eckert, J. & Wuchner, M. (1994). Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil I: Einzeltherapie bei Erwachsenen. *GwG-Zeitschrift* 95, 17–20.
- Elliott, R. & Freire, E. (2010). The effectiveness of person-centered and experiential therapies: a review of the meta-analyses. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 1–15). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.

- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495–537). New York: Wiley.
- File, N., Hutterer, R., Keil, W. W., Korunka, C. & Macke-Bruck, B. (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personenzentrierten und Experientialen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review. *PERSON*, 12 (2), 5–32.
- Franke, G. H. (2000): Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis; BSI; (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Frohburg, I. (2009). Wirksamkeitsprüfungen der Gesprächspsychotherapie. Kommentierte bibliographische Synopse. zu den sozialrechtlichen Nutzenbeurteilungen. *Gesprächspsychotherapie u. Personenzentrierte Beratung*, 40 (2), 1002–111
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16 (5), 537–549.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship, conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210–224.
- Grawe, K. (1976). *Differentielle Psychotherapieforschung I: Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Menschen*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hahlweg, K. (2000). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. In H. J. Freyberger, G. Heuft & D. Ziegenhagen (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung* (S. 43–71). Stuttgart: Schattauer.
- Hendricks, Marion N. (2000). Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Überblick über Theorie, Forschung und Praxis mit Beispielen aus therapeutischen Sitzungen. *Focusing Journal spezial, Juli 2000*.
- Hölldampf, D., Behr, M., & Crawford, I. (2010). Effectiveness of person-centered and experiential psychotherapies with children and young people: a review of outcome studies. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (16–44). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Hutterer, R. (2005). Handhabung und Verwendung der Diagnostik aus Sicht fachspezifischer Methoden: Personenzentrierte und klientenzentrierte Psychotherapie (PP & KP). In H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky & S. Wiesnagrotzki (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard* (S. 133–137). Wien: Springer.
- Jacobson N. S. & Truax P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), S.12–19.
- Keil, S. (2007). *Selbst und Selbstentwicklung in der Psychotherapie. Eine qualitative Einzelfallstudie zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst im klientenzentrierten Konzept*. Masterthesis Donau-Universität Krems
- Knienider, P. (2010). *Paranoia – Klientenzentriertes Verständnis und Klientenzentrierte Psychotherapie*. Masterthesis Donau-Universität Krems
- Kirtner, W.L. & Cartwright, D.S. (1958). Success and failure in client-centered therapy as a function of initial in-therapy behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 329–333
- Korunka, C., Keil, W. W. & Haug-Eskevig, K. (2003). Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich – Eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Sicht. *PERSON*, 7 (1), 70–80.
- Korunka, C., Nemeskeri, N. & Sauer, J. (2001). Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung. *PERSON*, 5 (2), 68–89.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp.169–218). NewYork: Wiley.
- Lindenbauer, K. (2013). *Das Ich bei Eugene T. Gendlin*. Masterthesis Donau-UniversitätKrems
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.
- Meyer, A. E. (1981). The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35 (2–3), 77–212.
- Morris S. B. & DeShon R. P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods* (7), S. 105–125.
- Ogles, B. J. (2013). Measuring Change in Psychotherapy Research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp.134–166). NewYork: Wiley.
- Plog, U. (1976). *Differentielle Psychotherapie II. Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N. & Korman L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 1007–1016.
- Rogers, C. R. (1942/1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler; ab 1985 Frankfurt/M.: Fischer-Tb. (Orig. ersch. 1942 Counseling and psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (Ed.) with the collaboration of E. T. Gendlin, D. J. Kiesler, D. & J. Truax (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press
- Rogers, C. R. (1970). The process equation of psychotherapy. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 190–205). Boston: Houghton Mifflin.
- Sauer, J. (1993). Zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 1, 67–80.
- Schouweiler, M. (2012). *Wenn sich Klienten wortlos von ihren Therapeuten trennen*. Masterthesis Donau-Universität Krems
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark J. & Cooper, M. (2007). Wirksamkeit Personenzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service praktiziert werden. (G. Stumm, D. Höger & U. Diethardt, Hrsg.) *PERSON*, 11 (2), 105–113.
- Watson, J. C., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2010). Relating process to outcome in person-centered and experiential psychotherapies: the role of the relationship conditions and clients experiencing. In M. Cooper, J. C. Watson & D. Hölldampf (Eds.), *Person-centered and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (pp. 132–163). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Watson, J. C. & Lilova, S. (2011). Testing the reliability and validity of the Scale for Experiencing Emotion with a Canadian sample. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8 (3), 189–207
- World Health Organization (2010). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 10th ed.
- Zach, B. (2013). *Goldmine und Minenfeld. Erotisches Erleben von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im psychotherapeutischen Prozess*. Masterthesis Donau-Universität Krems.

Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID)

Sylvia Keil

Wien, Österreich

In diesem Beitrag wird ein Modell zur prozessualen Inkongruenz-Diagnostik (PID) vorgestellt, mit dessen Hilfe Verstehenshypothesen, die in der therapeutischen Arbeit entstehen, systematisch ins Inkongruenzmodell eingeordnet werden können. Inkongruenz wird dabei als dynamischer Prozess definiert. Da der Therapiefortschritt mit der Zunahme des empathischen Verstehens korrespondiert, stellen verlaufdiagnostische Hypothesen über die Inkongruenzdynamik Fixpunkte in unübersichtlichen und schwierigen Therapieverläufen dar. Diagnosen über die Inkongruenzdynamik können empathisch-hermeneutisch aus der eigenen Resonanz in der Beziehung sowie aus den Symptomen, Verhaltensweisen, Narrativen und Selbst-Narrativen der Patienten oder Patientinnen erschlossen werden. Sie sind Grundlage für die Entwicklung von prozessfördernden und Selbstkonzept-stabilisierenden Interventionsstrategien. Durch prozessuale Inkongruenz-Diagnosen lässt sich der konkrete Therapieprozess chronologisch beschreiben. Dadurch ergeben sich außerdem Möglichkeiten für ein meta-empathisches Verstehen aufgrund des Prozessverlaufs selbst.

Schlüsselwörter: Inkongruenz, Selbstkonzept, Hermeneutische Empathie, Diagnostik, Diagnose

Processual Diagnostic of Incongruence-Dynamics (PID). This paper presents a process-related diagnostic-model for identifying incongruence, which facilitates the systematic classification of hypotheses derived from empathic understanding during therapy according to the incongruence-concept. Incongruence is defined as a dynamic process. The progress of therapy corresponds to an increase of empathy and, therefore, process-related diagnoses of incongruence-dynamics represent fixed points in difficult and complex therapy procedures. Diagnoses of incongruence-dynamics can be developed hermeneutic-empathically from the therapeutic response and from patients' symptoms, behaviors, narratives and self-narratives. They form the basis for the creation of intervention-strategies which bring the process forward and help stabilize the self-concept. The specific and individual therapy-process can be described in chronological order by process-related diagnoses of incongruence; this also opens up new opportunities for meta-empathic understanding based on the progress of the process itself.

Keywords: incongruence, self-concept, hermeneutic empathy, diagnostic, diagnosis

Offenheit für organismisches Erleben gilt in der personenzentrierten und experienziellen Therapie als primäres Therapieziel. Inkongruenz bedeutet, dass eine Person sich selbst in ihrem Erleben nicht versteht, wodurch Lebensprozesse blockiert werden. Das therapeutische Bemühen richtet sich darauf, stagnierendes Erleben wieder in Fluss zu bringen. Dafür steht inzwischen ein breites Spektrum an erlebnisintensivierenden Tools zur Verfügung, allen voran das empathische Mitfühlen des Erlebens, Wort für Wort, im Hier und Jetzt.

In längeren Therapieverläufen wird der innere Bezugsrahmen immer nachvollziehbarer. Dadurch wird nicht nur das aktuelle Erleben von Patienten und Patientinnen verstanden, sondern unwillkürlich werden Bezüge hergestellt, die aus anderen Therapiesequenzen stammen, was fast automatisch ein

tiefere Verstehen ermöglicht. Bei der Konzentration auf das unmittelbare Erleben im direkten Dialog bildet das Inkongruenzmodell eine theoretische Hintergrundfolie. Es erfolgt aber selten eine individuelle Inkongruenz-Diagnose, wohl auch deshalb, weil jede fixierende Zuschreibung im Prozess des empathischen Verstehens vermieden werden soll.

Inkongruenz ist jedoch ein wesentliches Indikationskriterium für Personenzentrierte Psychotherapie. In publizierten Falldarstellungen wird die Ätiologie der Störung aus der Perspektive der primären und sekundären Inkongruenz-Konstellation beschrieben. Eine genauere Diagnose der konkreten Inkongruenz der Patienten und Patientinnen fehlt aber auch hier. Die Veränderung der Inkongruenz, wie sie Therapeuten und Therapeutinnen empathisch nachvollziehen, wird bei phänomenologischen Beschreibungen des Therapieverlaufs ebenfalls nicht referiert (vgl. z. B. Eckert, Höger & Linster, 1997).

Die Notwendigkeit einer genaueren inhaltlich-konkreten Bestimmung der Veränderung der Inkongruenz während des

Sylvia Keil, MSc, Ausbilderin und Lehrtherapeutin der ÖGwG, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis. Mitglied der Ethik-Kommission der ÖGwG, Lektorin an der FH Campus Wien, Bachelorstudiengang Soziale Arbeit. E-Mail: sylvia@keil.or.at

Therapieprozesses wird in der Literatur nicht thematisiert. Die genaue Bestimmung scheint auch tatsächlich nicht erforderlich zu sein, weil die Aufrechterhaltung der empathischen, wertschätzenden und kongruenten Beziehung als der zentrale Wirkfaktor für therapeutische Veränderung angesehen wird.

Aber gerade um diese therapeutische Haltung beizubehalten, ist die Frage, wie die Inkongruenz einer Person zu verstehen ist, immer wieder Thema in Supervisionen. Denn das empathische Verstehen richtet sich auf den inneren Bezugsrahmen, der von der vorhandenen Inkongruenz bestimmt wird. Während der Reorganisation des Selbstkonzepts im Therapieverlauf ändert sich auch die Inkongruenz. Diese Veränderungen werden in der Regel intuitiv empathisch verstanden. Daraus besteht die tägliche Arbeit, die viel Kraft braucht und Geschick verlangt. Eine explizite Beschreibung dieser Veränderung mithilfe des Inkongruenzmodells erfolgt aber in der Regel nicht.

Wenn jedoch das Inkongruenzmodell nach Indikationsstellung „vergessen“ wird, so wird eine konzeptuelle Stärke des personenzentrierten Persönlichkeitskonzepts nicht genügend genutzt. Der theoretische Rahmen, der durch eine inhaltlich-konkrete, prozessuale Inkongruenz-Diagnostik errichtet wird, könnte mehr Sicherheit und Orientierung in schwierigen Therapieverläufen bringen.

Allerdings steht dafür noch kein methodisches Handlungskonzept zur Verfügung, das diese komplexe therapeutische Aufgabe systematisch beschreibt und damit auch erlernbar macht.

Im Bemühen, die Bedeutung der Inkongruenz im Therapieprozess für das empathische Verstehen deutlich zu machen, habe ich das Handlungsmodell „Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik“ (PID) entwickelt, das ich nun in diesem Beitrag vorstellen möchte.

1. Inkongruenz als dynamischer Prozess

Am Inkongruenzmodell orientieren sich alle personenzentrierten Therapeuten und Therapeutinnen. Sie haben den beeindruckenden und berührenden Wandel bei sich selbst und anderen erlebt, wenn kongruentes Erleben auftaucht. Diese *felt shift*-Erfahrungen bleiben in Erinnerung und prägen das therapeutische Handeln und Verstehen.

Rogers definiert das Konzept „Inkongruenz“ als Zustand, bei dem Widerspruch besteht zwischen dem, wie ein Mensch sein Selbst wahrnimmt, und seinen „tatsächlichen organismischen Erfahrungen“ (Rogers, 1959/1987, S. 29). Der „Zustand“, der aus Wahrnehmungen und Erfahrungen „besteht“, ist jedoch kein statischer. So, wie Rogers das Selbst konzipiert hat als „geschlossene, organisierte, konsistente Gestalt“, als „fließende, sich ändernde Wesenheit“, die als ein „Prozess“ verstanden werden kann, „der jedoch zu jedem gegebenen Zeitpunkt

eine spezifische Gestalt aufweist“ (Rogers, 1959/1987, S. 26), betrachte ich auch die Inkongruenz als einen bedeutungsvollen Prozess, in dem situations- und zeitabhängig unterschiedliche Abwehr-Dynamiken und Muster zu erkennen sind. Daraus ergibt sich die Verwendung des Begriffes Inkongruenzdynamik im hier zur Diskussion gestellten Handlungsmodell PID.

Wegen der Namensähnlichkeit soll an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass „Inkongruenzdynamik“ im Sinne des PID nichts mit dem Konzept der „Allgemeinen Inkongruenzdynamik (AID)“ bei Speierer (1994, S. 92) zu tun hat, da sich die Konzepte hinsichtlich des zu Grunde liegenden Inkongruenz-Verständnisses völlig unterscheiden.

1.1. Inkongruenzdynamik

Bei einer Integration von Rogers' Inkongruenzmodell mit Gendlins *process model* (Gendlin, 1997) beschreibt Inkongruenzdynamik die kontinuierlichen organismischen Prozesse in internen und externen Beziehungsräumen des Gesamtorganismus. Das sind insbesondere die zirkulären Beziehungen zwischen körperlichem Spüren/experiencing und den mehr oder weniger maladaptiven strukturgebundenen Reaktionen darauf. Umgekehrt reagiert auch das körperliche Spüren auf die Prozesse, wie sie vom Organismus in seinen internen und externen Umwelten von Moment zu Moment wahrgenommen werden.

Die „strukturgebundenen Reaktionen“ des menschlichen Organismus können sowohl nicht bewussteinfähige neurophysiologische Prozesse als auch bewussteinfähige, aber nicht unbedingt bewusste, Handlungs- und Verhaltensmuster oder Gefühlsschemata sein. Dazu gehören Selbst-Narrative (z. B. „Ich bin eine glückliche Person!“), Träume, Gedanken, (biografische) Erfahrungen, Worte, Erzählungen, aber auch die Erfahrung von körperlichen und psychischen Symptomen. Auch wenn solche strukturgebundenen Prozesse oft wie fixe Entitäten erscheinen, ist stets im Bewusstsein zu halten, dass es sich um Prozesse handelt, die ein Organismus ständig reproduziert, um sich am Leben zu erhalten.

Ziel dieser organismischen Inkongruenzdynamik bei Menschen ist jedenfalls die Aufrechterhaltung der bedingungslosen Selbstachtung, bzw. wird die Dynamik auch vom Bedürfnis nach dieser Wertschätzung bestimmt.

Da sich in jedem Organismus strukturgebundene Prozesse abspielen, gibt es immer eine Inkongruenzdynamik zu beobachten. Inkongruenz hat stets mit Strukturgebundenheit zu tun und Struktur kann nicht und soll nicht kongruent mit aktuellem Erleben sein. Fully functioning person erlebt sich oder erscheint von außen als eine Person „ohne Abwehr“ (Rogers, 1959/1987). Es ist jedoch ein Missverständnis, daraus zu schließen, dass diese Person keine Selbststruktur mehr „braucht“. Sie hat eine besonders flexible und stabile Selbststruktur entwickelt,

wenn sie fähig ist, aktuelles Erleben zu symbolisieren, und zwar immer dann, wenn es notwendig erscheint (vgl. dazu die interessanten Erläuterungen von Gendlin, 1959). Gerade weil Menschen mit maladaptiven Erlebensformen über eine zu „schwache“ Selbststruktur verfügen, ist es wichtig, die Stabilität der Selbststruktur im Blick zu haben, wenn Erlebensprozesse angeregt werden.

Krankheitswertig ist daher eine Inkongruenzdynamik nur dann, wenn systematisch keine aktuellen Symbolisierungsprozesse möglich sind, wenn mit dem felt sense keine Kommunikation und keine Interaktion stattfindet, obwohl sie notwendig wäre. Hinweise auf eine krankheitswertige Inkongruenz sind sicherlich dann gegeben, wenn der betroffene Mensch leidet, wegen körperlicher Symptome, psychischer Störungen oder wegen chronischer Probleme. Der Organismus hat in diesem Fall ein Selbstkonzept entwickelt, mit dem er sich überlastet.

Als krankheitswertige Inkongruenz wird eine Dynamik bei Personen mit einem Therapieanliegen aber auch dann eingeschätzt, wenn die intrapsychische Beziehungsqualität nicht von einfühlsamer, kongruenter Wertschätzung geprägt ist, da auch in diesem Fall die bewusste Interaktion mit dem experiencing-Prozess nicht möglich ist, selbst wenn vordergründig noch keine psychische Störung klassifiziert werden kann.

Zur Verdeutlichung möchte ich Inkongruenz von Vorstellungen abgrenzen, die Inkongruenz mit Diskrepanzen aller Art erklären. Ein plakatives Beispiel dieser Form von Inkongruenzdefinition findet sich bei Kunert (2013), die mit Verweis auf das Inkongruenzmodell von Speierer (1994) Transsexualität als „konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz“ bezeichnet. Sie beschreibt eine Person, die schon als Kind wusste, dass sie geschlechtlich in einem falschen Körper lebt und bezeichnet dieses Problem als Inkongruenz. Wenn eine Person dieses Problem so wahrnimmt und dies mit ihrer organismischen Erfahrung übereinstimmt, besteht kein Widerspruch zwischen ihrem Selbst und ihrer organismischen Erfahrung. Sie erlebt das Problem kongruent. Die Person hat ein schwerwiegendes Problem mit ihrer sozialen Umwelt, auch mit ihrem biologischen Geschlecht, aber das allein ist noch kein Hinweis auf eine Inkongruenz. Hinweise auf eine krankheitswertige Inkongruenz sind erst dann gegeben, wenn eine solche Person mit ihrem aktuellen Erleben nicht in Kontakt kommt, wenn sie sich in ihren Empfindungen und Gefühlen nicht akzeptieren kann oder wenn es in der therapeutischen Beziehung schwerfällt, die empathisch, wertschätzende Haltung kongruent aufrechtzuerhalten.

1.2. Inkongruenzdynamik im Therapieprozess

Die Personzentrierte Psychotherapie wirkt über die kommunikativen interagierenden Prozesse in der therapeutischen Beziehung. Sie ist insbesondere dann förderlich, wenn diese Prozesse

das körperliche Erleben von beiden Beziehungspartnern oder Beziehungspartnerinnen berühren und weitertragen (vgl. das carrying-forward-Konzept bei Gendlin, 1997). Diese intrapsychischen und interpersonellen Beziehungen lassen sich empathisch nachvollziehen. Mit dem empathischen Zugang wird gleichzeitig ein Beziehungsangebot gesetzt, das sämtliche Beziehungsverhältnisse „ansteckt“.

Das PID-Konzept bezieht sich besonders auf dieses Phänomen der gegenseitigen Ansteckung im Erleben. Bevor Patienten oder Patientinnen das Beziehungsangebot in der Therapie für den Umgang mit sich selbst übernehmen, geschieht die Ansteckung umgekehrt. Therapeuten und Therapeutinnen spüren im empathischen Einlassen die Beziehungsqualität, unter der die Patienten oder Patientinnen leiden. Diese interaffektive Ansteckung zeigt sich oftmals darin, dass die unbedingt wertschätzende Haltung nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Diese Abweichung ist kein therapeutischer Fehler, sondern geradezu die Chance, die leiden-erzeugende Inkongruenzdynamik, die oftmals nicht sprachlich ausgedrückt werden kann, zu verstehen (vgl. Keil S., 2003).

Auch Eckert (1996, S. 162) weist darauf hin, dass die Abweichung von der therapeutischen Haltung – er nennt es „reaktive Inkongruenz“ – in manchen Fällen etwas mit der Problematik der Patienten oder Patientinnen zu tun hat. Er rät jedoch zu Beginn der therapeutischen Tätigkeit von solchen Interpretationen ab. Nur wer als Therapeut oder Therapeutin frei wäre von primärer Inkongruenz, sollte diesen Zusammenhang herstellen. Abgesehen davon, dass kaum jemand frei von primärer Inkongruenz ist, entspricht das nicht meiner Erfahrung. Vor allem Berufsanfänger und -anfängerinnen verbauen sich oft diesen Zugang zum empathischen Verstehen über die eigene Resonanz, weil sie ihre emotionale Irritation in der therapeutischen Beziehung auf Defizite ihrer Person zurückführen.

Da die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehungsqualität als Wirkfaktor für psychotherapeutische Veränderung angesehen wird, müssen Personzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen lernen, kontinuierlich auf ihr Erleben in der Beziehung zu achten. Denn es sind geradezu die Abweichungen von der geforderten Beziehungsqualität, die ein tieferes Verstehen ermöglichen und die auch die Notwendigkeit einer Psychotherapie erklären. Eine Fußnote in der ersten Auflage von „Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen“ bringt es auf den Punkt:

„Wir haben die Annahme, dass dann, wenn es dem Therapeuten möglich ist, die therapeutische Funktion unangefochten zu erfüllen, die psychotherapeutische Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden kann. ... Auch 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 et al., 1979, S. 12 f.)

Da die personzentrierte Beziehungsqualität erst dann im Erleben realisiert werden kann, wenn keine Therapie mehr nötig ist, sollte nicht die Kontrolle der wertschätzenden Haltung im Vordergrund der therapeutischen Reflexion stehen. Die Wahrnehmung der Resonanz in der Beziehung, völlig unabhängig davon, ob sie nun wertschätzend ist oder nicht, liefert wertvolle Hinweise auf das Erleben und die organismisch erlebten Probleme der Person als ganzer.

Gerade das eigene Spüren des unaussprechlichen Leidens oder Beziehungsproblems steht am Beginn einer oft mühsamen therapeutischen Veränderung. Es geht dabei ja darum, gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen, selbst aus dem gespürten Beziehungsdilemma herauszukommen.

In solchen therapeutischen Prozessen brauche ich die Diagnostik der Inkongruenzdynamik, um eine Vorstellung davon zu haben, ob sich ein förderlicher Prozess abspielt oder nicht. Solange sich mein empathisches Verstehen vertieft, hoffe ich, dass dies auch in irgendeiner Form hilfreich für die Patienten und Patientinnen sein wird.

Mein diesbezüglicher Lehrmeister war ein sehr attraktiver und sehr intelligenter Patient, Herr M., der vergleichbar der Problematik im Film „Und ewig grüßt das Murmeltier“¹ über Jahre hinweg fast jede Stunde mit der – für ihn völlig neu aufgetauchten – Frage begonnen hat: „... ich weiß nicht, ob du mich verstehst, aber glaubst du, hat die Therapie überhaupt noch einen Sinn, mir geht es immer schlechter!“ Erst viel später konnte er seinen Dank ausdrücken, dass ich „damals nicht aufgegeben habe“. Ohne das Kriterium, den Therapiefortschritt an der Zunahme meines Verstehens zu erkennen, hätte ich nicht durchhalten können. Wie Phil Connor, der im oben erwähnten Film so lange in einer Zeitschleife festhängt, bis er liebesfähig wird, hatte ich in jeder Stunde eine neue Chance, zu lernen, wie ich guten Kontakt zu diesem Patienten herstellen konnte. Es gelang regelmäßig, aber immer mit unterschiedlichen Strategien. Während ich froh war, dass der Kontakt überhaupt zustande kam, verunsicherte ihn die Unkontrollierbarkeit des Geschehens so stark, dass die positive Beziehungserfahrung kaum angenommen werden konnte. Wie ich erst aus dem Rückblick weiß, litt der Klient darunter, dass er bei jedem Erleben von Unsicherheit Kontakte, insbesondere auch den Kontakt zu sich selbst, mit dissoziativer Qualität abbrechen musste, um sich mit seinem Selbstkonzept als „einer, der Sicherheit braucht“, stabil zu halten. Dass die Phase so lange dauerte, korrespondiert mit dem Ausmaß der Instabilität des Selbstkonzeptes. Ich

nehme an, dass der Patient in der Therapie erst wichtige Beziehungserfahrungen nachholen musste, um insgesamt in Beziehungen sicherer zu werden. Erst auf Basis dieser Sicherheit ist eine zunehmende Reflexion bzw. eine strukturelle Veränderung des Selbstkonzepts möglich.

1.3. Sechs diagnostische Aspekte zur Erschließung der Inkongruenzdynamik

Im hier vorgestellten Handlungsmodell wird Diagnose als Teilschritt professionellen Handelns begriffen. Professionelles Handeln lässt sich als Ablauf von Datenerhebung (Anamnese), Einschätzung der Problemsituation (Diagnose) und Intervention beschreiben. Vor dem jeweiligen fachlichen Hintergrund werden Informationen gesammelt (Anamnese) und oft auch gezielt erhoben, um zu einer Diagnose zu kommen (Diagnostik). Die erhobenen Daten werden in Form einer Diagnose auf den Punkt gebracht, bei der die Problemsituation aus fachlicher Perspektive definiert wird. Auf Basis der Diagnose erfolgt die Auswahl der Interventionen. Diagnosen im Behandlungsprozess sind niemals Statusdiagnosen, sondern müssen als Verlaufsdiagnosen betrachtet werden, wenn sie Ausgangspunkte für die Interventionen darstellen. Verlaufsdiagnosen erfüllen ihren Zweck nur im Therapieprozess; ihre Angemessenheit zeigt sich darin, ob die Interventionen zum erwarteten Ziel führen.

Diagnose im Sinn dieses Verständnisses hat also nichts mit der klassifikatorischen (Status-)Diagnose zu tun, wenn die Symptomatik nach ICD-10 oder DSM-IV diagnostiziert wird. Sie soll auch nicht mit einer psychologischen Diagnose verwechselt werden, die auf Basis von psychologischen Tests und Gesprächen zustande kommt. Auch wenn solche Diagnosen in der Psychotherapie ebenfalls berücksichtigt werden, geht es hier um die methodenspezifische Diagnose, die sich im Personzentrierten Ansatz am Inkongruenzkonzept zu orientieren hat. Empathisches Verstehen soll sich auf den inneren Bezugsrahmen richten. Der innere Bezugsrahmen bezeichnet die subjektive Welt eines Menschen, die in einem bestimmten Augenblick erfahren, wahrgenommen, erinnert oder empfunden wird (vgl. Rogers, 1959/1987, S. 37). Es handelt sich um Erfahrungen, die prinzipiell der Gewährwerdung zugänglich sind. Rogers sagt es nicht explizit, es ist aber im Kontext des Gesamtkonzepts naheliegend, davon auszugehen, dass die Beziehungsqualität in dieser inneren Welt von der Inkongruenzdynamik der Person geprägt ist. Empathisches Verstehen, auch wenn es sich dann „nur“ in einer Intervention wie „saying back“ ausdrückt, enthält also implizit anamnestiche und diagnostische Momente und erfolgt auf Basis einer Diagnose über die Inkongruenzdynamik im inneren Bezugsrahmen, die mehr oder weniger umfassend und auch mehr oder weniger bewusst sein kann.

¹ Eine genaue Filmbeschreibung findet sich unter http://de.wikipedia.org/wiki/Und_t%C3%A4glich_gr%C3%BC%C3%9Ft_das_Murmeltier [15. 8. 2013]

Es ist jedoch zu fragen, wie das hoch-abstrakte Inkongruenzmodell auf Phänomene der Praxis angewendet werden kann. Wie lässt sich die konkrete gestalthafte Inkongruenzdynamik in den kontinuierlichen Erzählungen und Dialogen in der psychotherapeutischen Beziehung diagnostisch erkennen? Denn in den einzelnen Therapiegesprächen zeigen sich nur Teilaspekte der Inkongruenzdynamik.

Wird Inkongruenz als dynamisches Verhältnis zwischen Organismus, organismischem Erleben und Selbstkonzept konzipiert (vgl. Keil, S., 2009a, 2009b, 2011), so lässt sich im Lauf der Therapie, wenn immer mehr Facetten erkennbar werden, die Gesamtdynamik erfassen. Für die Diagnose der Inkongruenzdynamik sind fünf Aspekte sowohl im einzelnen als auch in ihren Wechselwirkungen (Pkt. 6) zu berücksichtigen.

1. *Selbstbilder*: Sie dienen zur Aufrechterhaltung der Konsistenz und Kohärenz der Persönlichkeit und Identität. Menschen berichten in der Therapie, welche Vorstellungen sie von sich selbst haben. Sie äußern es oft sehr direkt, z. B. „Ich bin ein froher Mensch!“, „Ich bin ein ehrlicher Mensch!“, „Ich bin einer, der (so etwas) nicht macht!“ etc. Solche Aussagen sind Hinweise auf die Selbstbilder im Selbstkonzept. Es gibt in den meisten Fällen mehrere Selbstbilder, die miteinander in einem Zusammenhang stehen. Je rigider solche Selbstbilder verteidigt werden, umso krankheitswertiger ist die Inkongruenzdynamik einzuschätzen.
2. *Verhaltensmuster, Handlungsstrategien*: Es ist anzunehmen, dass Handlungsweisen, welche eine Person immer wieder zeigt, Selbstkonzept-geleitet sind. Sie dienen dazu, die bestehenden Selbstbilder aufrechtzuerhalten, zu bestätigen. Zu beachten ist, dass diese Verhaltensmuster daher in jedem Fall zu unterstützen sind, sie stellen Ressourcen dar. Oftmals sind sie aber auch gleichzeitig die Ursache von einer krankheitswertigen Dynamik, wenn eine Person mit diesen Strategien nicht auf ihr Erleben „hören“ kann und den Organismus dadurch belastet oder wenn die Problemlösung nach dem Prinzip „mehr desselben“ eskaliert. Eine große Erleichterung stellt sich in Therapien oft dadurch ein, dass solche vorhandenen Strategien verbessert werden, eventuell dazu verwendet werden können, mit sich selbst besser umzugehen. Im obigen Fallbeispiel wäre das dann gegeben, wenn Herr M. es schafft, bei Verunsicherung seine dissoziative Abwehrstrategie durch eine adäquate Selbstkontrolle zu ersetzen.
3. *Symptome*: Wenn Symptome als Folge einer Inkongruenz eingeschätzt werden, dann weisen sie darauf hin, dass die Person mit ihrem Selbstkonzept den gesamten Organismus überlastet. Für das Verstehen der Inkongruenzdynamik sind folgende Fragen relevant: Welche Symptome hat der Organismus ausgebildet? Wie lässt sich die „Symptomsprache“ verstehen? Welche organismische Befindlichkeit wird über die Symptome artikuliert? Mit welchen Strategien reagiert die Person mit ihren Selbstbildern auf die Symptome? Die Unterscheidung, ob es sich bei psychischen Symptomen (z. B. depressives Erleben oder Stottern, Sucht etc.) um „Symptome“ oder eher um Handlungsweisen bzw. um bewusste Erfahrungen handelt, ist oftmals schwierig und nur im Einzelfall (vorläufig) zu entscheiden. So ist der dissoziative Kontaktabbruch im obigen Fallbeispiel auch als traumaspezifisches Symptom einzuschätzen, das aber im Lauf der Therapie immer mehr bewusst und als Handlungsweise kontrollierbar wird.
4. *Bewusste Erfahrungen*: Es ist anzunehmen, dass alles, was eine Person in ihrem Bewusstsein erlebt und ausdrücken kann, in irgendeiner Weise mit dem Selbstkonzept vereinbar ist. Dabei sind Erfahrungen, die bewusst erlebt, aber zugleich bekämpft und abgelehnt werden, besonders wichtig. Wenn jemand sagen kann: „Ich glaube, dass ich schlank bin, aber im Spiegel sehe ich, dass ich fett bin“, hat die Person von sich das Bild einer „schlanken Person“, sie hat aber ein Selbstkonzept ausgebildet, das die Wahrnehmung der Diskrepanz erlaubt, obwohl sie ihre körperliche Gestalt gar nicht akzeptieren kann. Eine Person mit einem solchen Selbstkonzept ist wesentlich stabiler als jemand, der die Diskrepanz gar nicht wahrnehmen kann.
5. *Vermutungen über organismisches Erleben*: Aufgrund der Resonanz in der therapeutischen Beziehung lässt sich vermuten, was die Person vielleicht auch erlebt, aber mit ihrem Selbstkonzept oder ihren Strategien noch nicht zulassen, nicht symbolisieren kann. Eine weitere Analysemöglichkeit besteht in der Reflexion der Basisaffekte, welche die Person nicht erlebt, im Unterschied zu denen, die sie sehr wohl erleben kann. Es geht dabei darum, empathisch zu erschließen, welche Gefühle der Organismus mit dem bisher erkannten Selbstkonzept gut wahrnehmen kann, und welche Basisgefühle womöglich nicht oder nur verzerrt symbolisiert werden können. Es geht hier auch darum, darauf zu achten, ob eine Person strukturgebundenes Erleben (z. B. Panik oder depressive Stimmung) schildert, mit welchem kein *carrying forward*-Prozess möglich ist, oder ob sie Erleben ausdrückt, das einem *experiencing* entspricht.
6. *Inkongruenzdynamik des Organismus*: Der einzige Akteur, der handelt und reagiert, auch mit Symptomen reagiert, ist der Organismus als ganzer. Er verwendet sein Selbstkonzept, das er auf Basis von biografischen Erfahrungen gebildet hat, in denen sich die Person wertgeschätzt gefühlt hat. Dieses Selbstkonzept hat sich bewährt, gerade auch weil die negativen Folgen, die mit ihm verknüpft sind, nicht klar sind. In der Therapie kann eine Person grundsätzlich selbst entdecken, an welchem Selbstkonzept sie „sich orientiert“ und „festhält“ bzw. welche Empfindungen so bedrohlich sind, dass das Selbstkonzept zur Stabilisierung notwendig

ist. Sie lernt zu unterscheiden, unter welchen Bedingungen ihr Selbstkonzept tatsächlich zielführend ist, unter welchen jedoch nicht. Diese Zusammenhänge lassen sich als vorläufige Inkongruenzdiagnose beschreiben (siehe Beispiel in Pkt 2.3). Es ist jedoch zu bedenken, dass dieses Selbst-Entdecken, d. h. das empathische Verstehen des eigenen Selbstkonzepts, in den meisten Fällen mit großer Angst verbunden ist, destabilisierend wirkt und daher auch in der therapeutischen Beziehung sehr lange vermieden wird. Meist entlastet und stabilisiert sich der Organismus im Klima der therapeutischen Beziehung, ohne dass die Struktur des Selbstkonzepts im Detail bewusst werden muss. Dennoch sollten Therapeuten und Therapeutinnen von Beginn an versuchen, die Inkongruenzdynamik und hier insbesondere die Struktur des Selbstkonzepts diagnostisch zu erfassen, damit sie in schwierigen Therapiemomenten selbstkonzeptspezifisch intervenieren können.

Eine Diagnose über die Inkongruenzdynamik hat nicht den Anspruch „objektiv“ zu sein, wird sie doch aus dem subjektiven Erleben des Therapeuten bzw. der Therapeutin „geboren“. Dennoch lassen sich Qualitätskriterien festlegen. Eine solche Verstehenshypothese ist dann besonders „gut“, wenn sie

- für andere nachvollziehbar ist,
- mit den vorhandenen Anamnesedaten übereinstimmt,
- hilft, empathischer und wertschätzender zu sein als vorher, und
- Ansatzpunkte für neue oder spezifische Interventionsstrategien enthält.

2. Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik – ein Handlungsmodell

Das Handlungsmodell „Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik“ beschreibt ein methodisch-therapeutisches Vorgehen, das am Konzept der Hermeneutischen Empathie (Keil, W., 1997; 2013) anschließt, aber noch darüber hinausgeht. Es sollen nicht nur biografische Verstehenshypothesen aus der Resonanz heraus entwickelt werden, mit denen die wertschätzende Haltung wieder eingenommen werden kann, sondern es soll eine Diagnose über die Inkongruenzdynamik gebildet werden. Das Modell beschreibt ein generelles therapeutisches Prinzip und ist nicht nur eine Methode, die in Situationen anzuwenden ist, wenn die bedingungslose Wertschätzung nicht mehr erfüllt ist.

PID leitet an, niedrig abstrakte Verstehenshypothesen, wie sie im Therapieprozess und durch hermeneutische Empathie entstehen, systematisch auf höherer Abstraktionsebene dem Inkongruenzmodell zuzuordnen. Dadurch werden die komplexen Erfahrungen, Ereignisse und Informationen, die im direkten

Kontakt aufgenommen werden, therapierelevant strukturiert und auf eine (vorläufige) konkrete Inkongruenz-Diagnose reduziert. Diese ist dann die Basis für die Entwicklung von Inkongruenz-spezifischen Interventionsstrategien, deren prozessfördernde Nützlichkeit im Kontakt mit den Patienten und Patientinnen gegengecheckt wird.

PID dient also dazu, den Prozess des Erkennens der individuellen Inkongruenz und deren Veränderungen im Lauf der Therapie systematisch im Blick zu halten und diese Wahrnehmungen gezielt für das empathische Verstehen und Intervenieren aus diesem Verstehen heraus zu nützen.

Eine genaue Inkongruenz-Diagnose soll Grundlage für spezifische Interventionsstrategien sein und Wege aufzeigen, wie *experiencing*-Prozesse angeregt werden können, ohne die Stabilität der Person zu sehr zu gefährden. Denn bei rigiden Erlebensformen ist immer die Gefahr der Desorganisation gegeben. Durch eine konkrete Inkongruenzdiagnostik kann eher erkannt werden, wie sich bestimmte Belastungen auf einen Menschen mit seinem Selbstkonzept auswirken.

Gewissermaßen als Nebenprodukt ermöglicht diese kontinuierliche Inkongruenzdiagnostik auch eine Orientierungshilfe im komplexen Therapieprozess. Die einzelnen unterschiedlichen Diagnosen über die Inkongruenzdynamik stellen Stationen dar, die aufzeigen, wie sich das empathische Verstehen im Lauf des Therapieprozesses verändert hat. Daraus ergibt sich ein weiterer Mehrwert bezüglich des empathischen Verstehens. Denn es stellt sich die Frage, wie es meta-empathisch zu verstehen ist, dass der Therapieprozess genau diesen konkreten Verlauf genommen hat.

In diesem Kapitel soll nun an einem rekonstruierten Fallbeispiel (Frau K.) demonstriert werden, wie das Modell im Detail umzusetzen ist. Der komplexe Prozess lässt sich in fünf Schritte gliedern. Es muss allerdings betont werden, dass diese Schrittfolge in der Praxis nicht in dieser Reihenfolge abläuft. Es handelt sich eher um einen Prozess, der zwischen den einzelnen Schritten hin und her pendelt. Der Inkongruenz-Diagnose kommt eine besondere Bedeutung zu. Sie entspricht dem, was in der Sprache des *focusing* als „Griff“ bezeichnet wird. Sie ist in Erinnerung zu behalten, weil an der Veränderung dieser Diagnosen dann später die konkrete Veränderung durch Therapie am leichtesten zu beschreiben ist.

2.1. Schritt 1: Aus eigener Resonanz Verstehenshypothesen bilden

Die für psychische Veränderung erforderliche Beziehungsqualität hat Rogers (1959/1987) in der Therapietheorie in Form von sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen beschrieben. Die erste Bedingung „zwei Personen sind in Kontakt“ bezieht sich auf beide Personen in der therapeutischen Beziehung.

Zwei der weiteren Bedingungen betreffen den Klienten bzw. die Klientin. Er oder sie soll sich in einem Zustand der Inkongruenz befinden (Bedingung 2) und das therapeutische Beziehungsangebot annehmen können (Bedingung 6). Nur drei dieser Bedingungen beziehen sich auf Merkmale im Erleben des Therapeuten bzw. der Therapeutin, nämlich die Kongruenz in der Beziehung (Bedingung 3), die bedingungslose Wertschätzung (Bedingung 4) und das empathische Verstehen des inneren Bezugsrahmens (Bedingung 5). Da alle Bedingungen Erlebensqualitäten ansprechen, die nicht willkürlich hergestellt werden können, haben Therapeuten und Therapeutinnen nur dadurch Einfluss auf das Beziehungsklima, dass sie sich aktiv um das empathische Verstehen bemühen und ihre wertschätzende Haltung kontinuierlich reflektieren.

Empathisches Verstehen hat jedoch immer hypothetischen Charakter. Nicht einmal dann, wenn der Patient oder die Patientin einer Interpretation zustimmt, wird eine solche „Verstehenshypothese“ als abschließend verifiziert betrachtet. Dies hat mit dem personenzentrierten Verständnis von Empathie als Prozess zu tun (vgl. Rogers, 1975/1980). Auch Binder (Binder, 1994) betont die therapeutische Funktion des Prozesscharakters von Empathie.

Der Begriff „Verstehenshypothesen“ geht über diese kontinuierlichen Hypothesenbildungen während des aktiven Zuhörens hinaus. Er wurde von Auckenthaler (1989) eingeführt, um im Kontrast zur psychoanalytischen „Deutung“ die Basis personenzentrierter Methodik zu beschreiben. In der Supervision werden die unterschiedlichen Hypothesen „kritisch hinterfragt und gegeneinander abgewogen“, „mit dem Ziel, ... die (vorläufig), überzeugendste ‚Verstehenshypothese‘ zu finden, die dem Therapeuten dann als Grundlage für sein weiteres Handeln dienen soll“ (Auckenthaler, 1995, S. 14). Der Begriff Verstehenshypothesen bezieht sich also auf ein weitreichendes Verstehen, das mit einer generellen Handlungsdisposition verknüpft ist, die so lange beibehalten werden kann, bis sich die Hypothese im Therapieprozess nicht mehr bewährt.

Die Therapeuten oder Therapeutinnen haben Muster im inneren Bezugsrahmen entdeckt, vor deren Hintergrund sie die aktuellen Aussagen oder Verhaltensweisen einordnen und mit bedingungsfreier Wertschätzung verstehen können. Etwa vergleichbar den Aha-Erlebnissen, wenn wir in einem Theaterstück oder Film mit der Zeit verstehen, worum es überhaupt geht bzw. was der Autor oder die Autorin im Sinn hat. Wie in einem guten Theaterstück kommt es aber auch in einem Therapieverlauf zu überraschenden Wendungen, wodurch sich das Verstehen grundlegend ändert. Diesen bedeutungsvollen Kontext zu begreifen, meint wohl das, was Rogers in der vierten der sechs Bedingungen beschreibt: „Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.“ (Rogers, 1959/1987, S. 40)

Auch im PID wird der Begriff Verstehenshypothese verwendet. Eine solche berücksichtigt den inneren Bezugsrahmen, sie wird aus der eigenen Resonanz heraus gebildet und in einem zweiten Schritt mit den bekannten Fakten aus der Therapie verglichen bzw. kontrastiert.

Wenn sich Therapeuten und Therapeutinnen 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. Diese Resonanz stellt sich sofort ein und tritt nicht erst auf, wenn eine Störung in der Beziehung oder in der therapeutischen Haltung wahrgenommen wird. D.h. sie lässt sich permanent für das Verstehen nützen. Sie ändert sich, wenn sich etwas in der Beziehung und damit auch im Therapieprozess ändert.

Die eigene Resonanz wird als *felt sense* spürbar und kann daher in einem speziellen Focusing-Prozess (vgl. Gendlin & Wiltschko, 2004) zu einer stimmigen Beschreibung der Beziehungsdynamik führen. Die ersten Fragen an die *felt sense* beziehen sich darauf, wie der Therapeut oder die Therapeutin die Person wahrnimmt.

- Wie erlebe ich die Person?
- Wie ginge es mir mit der Person in einem privaten Kontext: auf einer langen Eisenbahnfahrt, als Kollege oder Kollegin, als Freund oder Freundin, als Partner oder Partnerin etc.?
- Welche Impulse habe ich, was würde ich am liebsten mit ihr tun, was erlaube ich mir nicht? Was fürchte ich?

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die spezifische Beziehungsdynamik, die sich im Kontakt mit der Person spontan eingestellt hat²:

- Wie erlebt sich der Therapeut oder die Therapeutin in der Beziehung?
- Wie reagiert der Therapeut oder die Therapeutin, was tut der Patient oder die Patientin?
- Was geschieht im Miteinander? Mit welcher Metapher lässt sich die Dynamik beschreiben? Mit welcher Skulptur könnte die Beziehungsdynamik künstlerisch ausgedrückt werden?

Ziel dieser Reflexion entlang der obigen Fragen ist es, zu einer Beschreibung der Situation zu kommen, die sich stimmig anfühlt.

In längeren Therapieprozessen ist die Resonanz komplexer, dann braucht es für eine solche Explikation einen intensiven Auseinandersetzungsprozess. In einem Erstkontakt, wie in folgendem Beispiel, ist die Resonanz oft sehr rasch zu beschreiben.

² Einen guten Überblick über mögliche Formen von Beziehungsmustern bietet das OPD auf der Beziehungs-Achse. (Arbeitskreis OPD, 2006)

Erstkontakt – Frau K.:

Beim telefonischen Erstkontakt erreicht mich Frau K., die in geschäftsmäßigem Befehlston, der keine Widerrede erwartet, „dringend“ einen Termin braucht. Ich habe spontan den Eindruck, es handle sich um eine Krise. Da ich nicht früher Zeit habe, biete ich ihr entschuldigend einen Termin erst in der nächsten Woche an. Sie erklärt mir daraufhin, dass sie sowieso erst frühestens in zwei Wochen einen Termin ausmachen kann, weil sie mit der Taufe der Tochter noch so viel zu tun hat.

Resonanz 1: *Ich fühle mich nach dem Telefonat „überfahren“ und gleichzeitig seltsam „alleine stehen gelassen“.*

Ich gehe nun von der grundsätzlichen Annahme aus, dass das Erleben des Therapeuten oder der Therapeutin im Zusammenhang mit der Inkongruenz der Klienten oder Klientinnen Sinn macht. Daher frage ich in einem nächsten Schritt:

- Geht es der Person vielleicht auch so, wie es mir in der Beziehung mit ihr geht? Spüre ich vielleicht, wie es ihr innerlich geht, was sie aber nicht ausdrücken kann?
- Geht es anderen mit der Person auch so, wie es mir mit ihr geht? Welche Beziehungserfahrung macht sie dann immer? (Wenn ich mich überfahren fühle, geht es anderen vielleicht auch so? Sind dann andere auch so „gnädig“ wie ich oder reagieren sie mit Gegenwehr?)
- Wie profitiert die Person, dass sie auf andere so wirkt?
- Wie könnte zwischen der Resonanz ein sinnvoller Zusammenhang mit den Symptomen hergestellt werden, die der Gesamtorganismus der Person ausgebildet hat?

Dieses Sinnsuchen wird solange fortgesetzt, bis sich ein Aha-Erlebnis einstellt, das die therapeutische Haltung erleichtert. Dieses Aha-Erlebnis entspricht einer Verstehenshypothese. Im Fallbeispiel komme ich zu dieser ersten Verstehenshypothese.

1. Verstehenshypothese aus der Resonanz im Erstkontakt – Frau K.

Wenn ich annehme, mein Spüren im Erstkontakt ist ein Hinweis auf ihr Erleben, dann verstehe ich ihre Problematik, die sie in die Therapie führt, folgendermaßen: Ihre Beziehungserfahrungen bestehen aus brutalem Überfahren-Werden, bei dem sie sich alleingelassen fühlt und nicht als fühlendes Wesen wahrgenommen wird. In ihrer Not kann sie Kontakt nur bekommen, indem sie mit ihrer Forderung andere ebenfalls überrollt. Dadurch erlebt sie Ablehnung, was den Teufelskreis krankheitswertiger Inkongruenzdynamiken in Gang setzt.

2.2. Schritt 2: Verstehenshypothese aus der Resonanz mit Fakten prüfen

Obwohl Verstehenshypothesen aus der Resonanz heraus erstaunlich treffsicher die Problematik einer Person aufzeigen, muss diese Resonanz, will sie nicht willkürlich sein, an Fakten geprüft werden. Das sind vor allem therapierelevante Fakten wie Anlass für die Therapie, die Symptomatik und das ausgesprochene Therapieziel.

Zu den zu prüfenden Fakten gehören aber auch sämtliche Erzählungen, Handlungsweisen, Kompetenzen, Lebensverhältnisse und biografischen Daten der Person.

In einem längeren Therapieverlauf gibt es bereits Verstehenshypothesen und Inkongruenzdiagnosen. Auch diese sind dann der aktuellen Verstehenshypothese gegenüberzustellen.

Die Verstehenshypothese, wie sie aus der Resonanz gewonnen wurde, soll mit diesen Faktoren verglichen werden. Dabei wird durch Faktoren, die dazu passen, die Hypothese noch angereichert, sie wird präziser und verdeutlicht noch mehr die Problematik.

Besonders wichtig aber ist es, gezielt nach Daten Ausschau zu halten, die der Verstehenshypothese widersprechen. Denn dadurch lässt sich vermeiden, dass die eigene Resonanz willkürlich zum Verstehen benützt wird, und dann – wenn diese Offenheit fehlt – tatsächlich mehr mit der eigenen Inkongruenz zu tun hat als mit der von Patienten und Patientinnen.

Da im Fallbeispiel die Resonanz nur aufgrund des ersten Telefongesprächs erfolgte, gibt es sehr wenig Material. Im Erstgespräch kann diese erste Verstehenshypothese bereits an weiteren konkreten Details geprüft werden.

Neue Fakten im Erstgespräch mit Frau K.

Frau K. wirkt als junge Erwachsene in ihrer Gesamterscheinung „sehr gesund“, lebhaft und freundlich. Sie spricht mit einem kaum zu stoppenden Redefluss. Sie klagt über vielfache Belastungen als allein erziehende Mutter eines Babys, die nach einer Trennung wieder bei den Eltern wohnt. Sie klagt über Essstörungen, Schlafstörungen, Zukunftsängste und „Auszucker“, die sie nach Streitereien bekommt. Insgesamt glaubt sie, dem Leben nicht gewachsen zu sein. Eine Freundin hätte sie in die Therapie geschickt. Was sie sich von der Therapeutin wünscht, ist: „Dass Sie mich leiten!“

Resonanz 2: *Ich erlebe die Patientin wie ein schutzbedürftiges Küken, das verzweifelt seine Mutter sucht. Da sie jedoch so aufgereggt ist, komme ich kaum zu Wort und erlebe mich nicht hilfreich. Dies steht im Gegensatz zu ihrer stabilen und gesunden Ausstrahlung.*

Die hinzukommenden Fakten im Fallbeispiel unterstreichen den Verdacht auf einen Teufelskreis, der sich durch gegenseitiges Überfahren in ihren Beziehungen aufschauelt. Die

geschilderten Symptome deuten alle auf eine zu hohe Anspannung hin, die Frau K. nicht selbst regulieren kann.

Die Resonanz 2 – sie wirkt wie ein verzweifelter Kücken – bestätigt den Verdacht, dass sich die Patientin im Grunde einsam und verloren fühlt.

Die Hypothese, dass es sich um einen krankheitswertigen Teufelskreis handelt, muss jedoch vor dem Hintergrund der besonderen Krisensituation (Nach-Scheidungskrise) noch mit Vorsicht behandelt werden.

2.3. Schritt 3: Verstehenshypothese als Inkongruenz-Diagnose formulieren

Eine Verstehenshypothese als (vorläufige) Inkongruenz-Diagnose zu formulieren, verlangt nun die Zuordnung der aus der Resonanz gewonnenen und an den Fakten überprüften Verstehenshypothese zum Inkongruenzmodell. Dabei orientiere ich mich in der Struktur an den Aspekten, wie sie in Pkt. 1.3 beschrieben wurden.

Im Fallbeispiel komme ich zu folgender Diagnose:

1. Inkongruenz-Diagnose (PID-1) – Frau K.	
Selbstbild	Ich bin eine, die dem Leben nicht gewachsen ist.
Handlungsmuster	„geschäftstüchtig“, bestimmend, klagend, lebhaft, Viel-Rednerin, überschreitet die Grenzen anderer und lässt ihre Grenzen überschreiten.
Bewusstes Erleben	Aufregung, zu hohe Anspannung, Angst, Bedürfnis nach Halt, spürt Gefühle differenziert, akzeptiert sie aber nicht, traut ihnen nicht.
Aufgrund der Resonanz vermutetes organisches Erleben	Bedürfnis nach Gesehenwerden, nach Respekt, Akzeptanz der Gefühle.
Symptome	Wutanfälle, Schlaflosigkeit, kann nicht essen trotz Hunger.
Inkongruenzdynamik des Organismus	Frau K. sieht sich selbst als eine Person, die dem Leben nicht gewachsen ist, und bemüht sich vermutlich schon ein Leben lang, dies zu verändern. Daher hat sie sehr viele soziale Kompetenzen entwickelt, die sie aber nicht als solche schätzen kann. Sie versteht nicht, dass dieses negative Selbstbild in ihr entstanden sein dürfte, weil sie in ihren Empfindungen und Bedürfnissen nicht gesehen und verstanden wurde. So kämpft sie um Anerkennung, bekommt diese aber nicht von den anderen in der Form, wie sie sie

1. Inkongruenz-Diagnose (PID-1) – Frau K.	
	haben will. Das bestätigt ihr Selbstbild. Daraus ergibt sich die Überforderung des Organismus und die Symptomatik.

Verglichen mit der Verstehenshypothese „nur“ aus der Resonanz heraus, bringt die Zuordnung zum Inkongruenzmodell weitere Problematiken ans Licht. Die Diagnose erklärt und weist frühzeitig darauf hin, warum bzw. dass der Teufelskreis nicht leicht zu stoppen sein wird. Denn meiner Erfahrung nach müssen solche Selbstbilder sehr massiv verteidigt werden. Es ist also anzunehmen, dass auch die Therapeutin von der Beziehungsdynamik (Überrollen und Überrollt-Werden) angesteckt werden wird und dass es daher einer spezifischen Interventionsstrategie bedarf, um die therapeutische Qualität der Beziehung zu sichern.

2.4. Schritt 4: Inkongruenz-spezifischen Interventionsstil kreieren

In diesem Schritt sollten sich Therapeuten und Therapeutinnen vergegenwärtigen, wie sie nun störungsspezifisch auf diese erkannte Inkongruenz-Konstellation reagieren können, so dass ein hilfreicher Prozess in Gang kommt. Dazu sind folgende Fragen förderlich:

- Was verstehe ich nun durch die Inkongruenzhypothese besser oder genauer als vorher?
- Was müsste ich tun, um diese Patientin mit dieser Dynamik sofort zu verlieren?
- Welche Schwierigkeiten i. d. Beziehung sind zu erwarten?
- Wie kann ich die Selbststruktur stützen?
- Wie müsste ein Therapeut oder eine Therapeutin sein, dass diese Patientin mit ihrer Dynamik sich auf ihr aktuelles Erleben in der Beziehung einlassen kann?
- Mit welcher Haltung werde ich daher der Patientin begegnen?
- Wie kann ich konkret meine Wertschätzung und meine Empathie spezifisch kommunizieren?

Im Fallbeispiel könnte eine Therapeutin daher folgende Interventionsstrategie für sich kreieren.

1. Interventionsstrategie – Frau K.	
Haltung	Ich erkenne, dass meine erlebte Hilflosigkeit im Kontakt mit dem Selbstbild der Patientin korrespondiert. Daher stimme ich mich ein, dass ich hilfreich bin, auch wenn ich nicht zu Wort komme – weil ich DA bin. Ich hoffe, dass ich damit der Patientin vermitteln kann, dass auch sie sich für ihre Existenz allein akzeptieren kann.

1. Interventionsstrategie – Frau K.	
Kommunikation der Wertschätzung	Da ich annehme, dass in den normalen Beziehungen Frau K. wenig bestätigt wird, werde ich ihre Stärken lobend und bewundernd benennen. Auch das Selbstbild lässt sich positiv reframe: Es ist normal, dass man sich dem Leben als junge erwachsene Frau mit Baby nicht gewachsen fühlt. Dass sie ihre Schwächen erkennt, ist eine gute Voraussetzung für lebenslanges Lernen.
Kommunikation der Empathie	Ich werde geduldig dem Teufelskreis (Überrollen, weil nicht gesehen werden) begegnen und wissen, dass er sich nicht so leicht abstellen lässt, weil er zur Stabilität beiträgt. Ich werde die eskalierenden Beziehungsmuster problematisieren, weil sie mir als Ausgangspunkt für die Gesamtproblematik erscheinen. Ich werde mit der Patientin gemeinsam nach deeskalierenden Strategien suchen.

2.5. Schritt 5: Diagnose im direkten Kontakt testen und modifizieren

Dadurch, dass eine konkrete Interventionsstrategie bewusst verfolgt wird, lässt sich nun im Kontakt mit den Patienten oder Patientinnen testen, ob die entwickelte Inkongruenz-Diagnose geeignet ist, den Prozess zu fördern, insbesondere, ob sie hilft, die therapeutische Haltung beizubehalten.

So ist aufgrund der Diagnose zu erwarten, dass Frau K. – wenn es sich tatsächlich um ein Selbstbild handelt – sehr häufig darüber klagt, dass sie mit dem Leben nicht zurecht kommt. Mit dieser Diagnose im Kopf, kann diese wiederkehrende Klage mit mehr Verständnis ertragen werden.

Ich habe generell das Ziel, die Verstehenshypothesen mit den Patienten und Patientinnen, sobald es von der Beziehung her möglich ist, offen zu besprechen und/oder mit ihnen gemeinsam solche Verstehenshypothesen zu entwickeln. Wenn das gemeinsame Besprechen möglich ist, ist das ein deutlicher Therapiefortschritt.

Das folgende Transkript aus dem 5. Gespräch zeigt so eine Besprechung. Am Ende der Stunde, in der ich bis zu diesem Zeitpunkt kaum zu Wort komme, greife ich das Thema der aufschaukelnden Streitereien zum zweiten Mal in der Therapie auf. Ich wusste bereits vom ersten Mal, dass Frau K. fürchtet, gar keinen Austausch zu haben, wenn sie nicht auf jeden Vorwurf reagiert und sich dagegen wehrt. Meine erste Intervention bezieht sich auf eine Episode, in der Frau K.

stolz berichtet, sich diplomatisch abgegrenzt zu haben. Sie hat dabei aber nicht auf ihr Bedürfnis geachtet, akzeptiert werden zu wollen.

Frau K. – Mitteilen und Testen der Hypothese

- (1) T: Frau K., das eine ist, wie grenzen Sie sich da ab, und das andere ist, wie kommen Sie zu einem Austausch. Das ist eine andere
- (2) K: andere Baustelle
- (3) T: naja, das hängt nämlich zusammen, ich glaub', dass Sie, weil Sie den Austausch wollen ... grenzen Sie sich nicht ab! Und ... für den Austausch sind Sie ... viel zu schnell!
- (4) K: für mich ist das, für mich ist das dann wieder so, weil so quasi wenn mir wer was Böses sagt oder wenn mir wer Kritik sagt, dann heißt das für mich automatisch, der hat mich nicht mehr gern!!! Aber was ja gar nicht ...
- (5) T: (*ergänzt den Satz*) stimmt ... genau!
- (6) K: wissen Sie, wie ich mein', ich sehe das irgendwie so ähnlich, weil Austausch und Abgrenzen, das eine schließt ja das andere nicht aus!
- (7) T: nein, mhm ja ja
- (8) K: Wissen Sie was, wie ich mein'?
- (9) T: Oder wenn Sie sich abgrenzen, dann haben Sie den anderen nicht mehr gern!! ... Also dass Abgrenzung
- (10) K: Genau – weil mir fällt wahrscheinlich auch schwer, Nein zu sagen, mir fällt schwer, meine Meinung zu sagen, – so quasi ja, ich find's jetzt gut, dass das Kind am Abend nur Ketchup und Pommes frites isst, – (T: mhm) und so quasi, dass der andere dann glaubt, ich hab ihn nimmer gern ... (T: mhm) wissen Sie, was ich mein' ... und das ist halt schwierig für mich.
- (11) T: naja – und da merken Sie aber, das könnte auch anders gehen, dass man sich abgrenzt und sich trotzdem gern hat
- (12) K: mhm ja
- (13) T: (*liebevoll belehrender Ton*) das ist sogar eine Voraussetzung dafür – fürs Gernhaben, eine gute Grenze
- (14) K: (*peinlich berührt zustimmend*) jaaa – ich weiß
- (15) (Kurze Pause)
- (16) T: (*mit suggestiver Stimme*) ich hab die Babsi [Name der Freundin] gern und sie hat mich gern, die Eltern haben mich gern und ich hab die Eltern gern und ich darf mich abgrenzen – (K: ja) (*mit normaler Stimme*) ... so als Mantra
- (17) K: (*lacht*)
- (18) T: es muss nicht immer Verschmelzung sein (K: ja) Sie sind ein eigenständiger Mensch und dürfen anders sein und die dürfen anders sein und man kann sich trotzdem gern haben
- (19) K: ja, ich weiß ... (*ganz leise*) das ist schwierig
- (20) (kurze Pause)

Frau K. – Mitteilen und Testen der Hypothese

- (21) K: (*wieder im üblichen Klage-ton*) Aber ich hab' das Gefühl, es verändert sich nichts, dass es immer gleich bleibt und dass immer derselbe Blödsinn irgendwie wiedergekaut wird, und **eigentlich hätt' ich ja gern, dass es anders wird**, wissen Sie, was ich mein'?
- (22) T: (*verwirrt*) ich hab jetzt ...
- (23) K: nein, ich hab das Gefühl, dass ich immer drüber red', und dass es im Endeffekt doch gleich bleibt, dass sich nichts verändert, am liebsten hätt' ich die Sachen schon gestern anders gehabt als wie erst morgen, wissen Sie, wie ich mein'? Dass ich alles am liebsten gleich und sofort haben will – so wie mit der Wohnzimmer-einrichtung, ich hätt's gern, aber ich weiß, dass es nicht geht und dass es nicht notwendig ist, so ungefähr ... Ich bin da irgendwie zu schnell und zu voreilig,
- (24) T: und vielleicht auch innerlich auch aushalten, dass da wer innerlich es ganz schnell und ganz anders haben will?
- (25) K: ja
- (26) T: und **wir** sind nicht so schnell
- (27) K: (*lacht*)
- (28) T: aber ich bin da schon zufrieden, mit dem – aha, ich glaube, das ist unser Thema, wenn Sie mit dem gut umgehen können, wenn das gelöst ist, dann muss ich Sie schon wieder auslassen, dann ist das wichtigste Problem gelöst
- (29) K: (*lacht*) aber ich will nicht ausgelassen werden!

In diesem Transkript gibt es einige Stellen, welche meine ursprüngliche Diagnose bestätigen, aber auch welche, die eine Modifikation der Diagnose notwendig machen.

In (4) präzisiert die Patientin, dass es nicht nur um Austausch geht, sondern um das Gefühl, „gern gehabt zu werden“. In (10) akzeptiert sie meinen intuitiven Einfall, dass es auch um die Sorge geht, die anderen könnten sich von ihr abgelehnt fühlen. Als ich ihr jedoch in (13), (16) und (18) ein anderes Beziehungsmodell vorschlage, ist ihr der Hinweis sichtlich peinlich. Sie stimmt zwar zu, betont aber, dass sie „das eh weiß“.

Ich empfinde, dass ich sie da in eine Ecke gedrängt habe, aus der sie sich mit dem üblichen Klage-ton in (21) befreit, den ich schon aus ihren Erzählungen kenne. Sie bestätigt damit auch ihr Selbstbild: „Ich bin dem Leben nicht gewachsen, nicht einmal in der Therapie bring' ich was weiter“! Dennoch scheint sie die Bedrängnis mehr zu sich gebracht zu haben, worauf der leise Seufzer „das ist schwierig“ in (19) und die kurze Pause hindeutet. Sie setzt dann ihren Explorationsprozess in (21) und (23) auf einer tieferen Ebene fort. Sie problematisiert erstmals die Beziehung zu sich selbst. Sie ärgert sich über sich selbst, sie möchte sich ändern und erkennt, dass sie dabei „zu schnell

und zu voreilig“ sei. Sie greift mit der Formulierung „zu schnell“ eine Problematik auf, die ich schon in (3) erwähne. Durch ihre Aussage fällt mir auf, dass es um die innere Ungeduld geht, dass sie innerlich zu schnell ist, und nicht nur im Austausch mit anderen. Sie stimmt der Idee in (25) zu. Mit der Intervention in (26): „Und wir sind nicht so schnell“ versuche ich eine freundliche Distanzierung zur strukturgebundenen Hektik herzustellen. Ihr Lachen (27) zeigt mir, dass ich sie damit emotional erreicht habe. Da die Sitzungszeit aus ist, kann dieses Thema nicht weiter exploriert werden, aber ich bestätige die Wichtigkeit in (28), indem ich das Therapieziel daran knüpfe. Ihre Reaktion in (29) unterstreicht dann wieder die Annahme, dass sie das bewusste Bedürfnis nach Gern-gehabt-Werden hat und dies in ihren Beziehungen, insbesondere in der Beziehung zu sich selbst, noch nicht befriedigen kann. Die häufigen Redewendungen „wissen Sie was ich mein“ sind generell ein Hinweis darauf, dass die Patientin in etwas verstanden werden möchte, das sie selbst noch nicht richtig versteht. Mir fällt auch auf, dass sie die Redewendung verwendet, wenn sie bei mir im Kontakt Halt sucht.

Die erste Inkongruenzdiagnose (PID-1), wie sie nach dem Erstgespräch formuliert werden konnte, lautet in PID-2 nach dem 5. Gespräch nun bereits etwas anders, die zentrale Problematik kann nun deutlicher an der Art festgemacht werden, wie Frau K. innerlich reagiert.

PID-1	PID-2
<p>Frau K. sieht sich selbst als eine Person, die dem Leben nicht gewachsen ist, und bemüht sich vermutlich schon ein Leben lang, dies zu verändern. Daher hat sie sehr viele soziale Kompetenzen entwickelt, die sie aber nicht als solche schätzen kann. Sie versteht nicht, dass dieses negative Selbstbild in ihr entstanden sein dürfte, weil sie in ihren Empfindungen und Bedürfnissen nicht gesehen und verstanden wurde. So kämpft sie um Anerkennung, bekommt diese aber nicht von den anderen in der Form, wie sie sie haben will. Das bestätigt ihr Selbstbild. Daraus ergibt sich die Überforderung des Organismus und die Symptomatik.</p>	<p>Frau K. möchte gemocht werden und hat großen Stress, dies nicht zu bekommen. In diesem Stress reagiert sie zu schnell und zu voreilig, so dass sie keine Ruhe hat, sich genau mit ihren Empfindungen zu beschäftigen. Die zentrale Problematik scheint mir nun darin zu liegen, dass nicht nur die Beziehungen mit anderen von gegenseitigem Überrollen charakterisiert sind, sondern vor allem auch in der Beziehung zu sich selbst diese Hektik ihr genaues Spüren überrollt. Frau K. müsste lernen, innerlich ruhiger zu werden und ihre Stressreaktionen zu beruhigen, sich selbst „zu leiten“, wie sie es schon im Erstgespräch von mir wünscht.</p>

Aus PID-2 ergibt sich nun eine neue Interventionsstrategie, die den zu hektischen inneren Umgang mit sich selbst fokussiert. Das entspricht zwar sowieso einer traditionellen Methode der Personzentrierten Psychotherapie. Allerdings ist diese Strategie bei dieser Patientin mit ihrem Redefluss nicht leicht umzusetzen. Es wird sicherlich notwendig sein, sie abzustoppen, und dies gelingt dann wertschätzender und mit mehr Sicherheit, wenn ich sie an ihre eigenen Worte erinnern kann: „Sie haben gesagt, dass Sie sich ändern wollen, dass Sie aber dafür zu schnell und zu voreilig sind, daher lade ich Sie ein, jetzt einmal ruhig auf Ihr Inneres zu horchen ...“.

3. Prozessuale Diagnostik zur Beschreibung des Therapieverlaufs

Diagnosen über die Inkongruenzdynamik werden – wie im Fallbeispiel demonstriert – im weiteren Prozess kontinuierlich überprüft und sollten sich bis zum Ende der Therapie verfeinern und verändern. Sie markieren den empathischen Prozess, der sich im Lauf der Therapie intensiviert. Sie helfen daher auch, den Überblick im Therapieprozess zu behalten und oftmals gezielter und sicherer als ohne eine solche Verstehenshypothese zu intervenieren.

In einem längeren Therapieprozess lassen sich die Veränderungen am ehesten mit den Veränderungen der Inkongruenz-Diagnosen belegen. Denn die sichtbaren Fortschritte auf Seite der Patienten oder Patientinnen können manchmal lange ausbleiben oder werden lange nicht berichtet. Dass Symptome verschwunden sind, höre ich oft nur beiläufig und nebenher. Außerdem können Verbesserungen auch durch andere außertherapeutische Einflüsse erklärt werden. Solange jedoch die Diagnosen über die Inkongruenzdynamik genauer werden, kann auch in schwierigen Therapieverläufen angenommen werden, dass ein Therapieprozess geschieht.

Rogers (1951/2012, S. 208) sieht im therapeutischen Prozess ebenfalls eine diagnostische Dimension: „In einem bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozess, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als in der Erfahrung des Kliniklers.“ Eine Inkongruenz-Diagnose baut auf den Aussagen und Interaktionen mit den Patienten und Patientinnen auf und wird mit ihnen gemeinsam besprochen oder zumindest daran getestet, ob die daraus abgeleiteten Interventionsstrategien tatsächlich den Therapieprozess fördern. Dennoch ist immer im Bewusstsein zu halten, dass die Diagnose einer vorläufigen Arbeitshypothese des Therapeuten und der Therapeutin entspricht, die nicht mit den Erfahrungen der Klienten und Klientinnen verwechselt werden darf.

Patienten und Patientinnen erleben den therapeutischen Prozess aber oft selbst sehr verwirrend und verlieren die

Hoffnung, dass sie auf einem guten Weg sind. Dann kann ihnen das Einbringen der prozessual-diagnostischen Sicht Sicherheit geben und helfen, den Punkt klar zu bekommen, an dem sie in der Therapie arbeiten möchten.

Der Therapiefortschritt zeigt sich in der Psychotherapie meiner Erfahrung nach auf drei Ebenen:

1. Das Selbstkonzept, mit dessen Hilfe eine Person ihren Selbstwert aufrechterhalten möchte, wird immer deutlicher und verstehbarer. Die Stärken und die zu erhaltenden Vorteile werden nachvollziehbarer, aber auch die Problematik der Strategien, die damit verbunden sind, wird bewusster.
2. Es werden die Auslöser für maladaptive Muster immer besser identifiziert und es ist ein großer Fortschritt, wenn diese Muster besprechbar werden und Patienten und Patientinnen für sich neue Formen lernen, damit umzugehen.
3. Selbstbilder lassen sich kaum verändern und sollen sich auch gar nicht ändern. Was jedoch möglich ist und eine wesentliche Strukturveränderung bedeutet, ist, dass neue Selbstbilder hinzukommen. Patienten und Patientinnen sind dann in der Lage, zu akzeptieren, dass sie nicht nur – wie im Fallbeispiel – jemand sind, der dem Leben nicht gewachsen ist, sondern auch jemand, der z. B. sehr liebenswert ist.

Generell fördert das Bewusstmachen der impliziten Inkongruenz-Diagnosen auch den empathischen Prozess. Denn die Veränderung einer PID_n zu einer PID_{n+1} bedeutet, dass eine empathische Erfahrung im Sinn von Gendlins *carrying forward*-Prozesses weitergetragen wurde. PID_{n+1} verändert das gesamte Verstehen, verändert auch PID_n im Nachhinein. Es entsteht ein meta-empathischer Prozess. Denn es lässt sich fragen, wieso war PID_{n+1} erst jetzt möglich und wieso war PID_n bisher eine plausible Verstehenshypothese? Im Fallbeispiel, in dem bereits in der Beginnphase der Therapie zwei PIDs gemacht werden konnten, verdeutlicht die Veränderung von PID-1 zu PID-2 die Ansteckung in der Beziehung. So wie die Patientin die Probleme zuerst im Außen wahrnimmt, folge ich ihr mit meinem Verstehen, indem auch ich zuerst die Probleme im Außen problematisiere und erst später durch Selbstexploration der Klientin die innere Problematik konkreter verstehe. Aufgrund meiner Resonanz spüre ich, dass die direkte Konfrontation mit sich selbst noch zu bedrohlich ist, denn dazu braucht es zuerst eine ruhige und liebevolle Haltung, welche die Patientin noch nicht einnehmen kann.

4. Zusammenfassung

Das Inkongruenz-Konzept sollte als Hintergrundfolie für das empathische Verstehen des inneren Bezugsrahmens nicht nur bei der Indikation für Personzentrierte Psychotherapie, sondern

während des gesamten Therapieprozesses zur Förderung des empathischen Prozesses genutzt werden. Dafür wurde ein Modell zur Diagnostik der Inkongruenzdynamik vorgestellt. Verstehenshypothesen, die aus der Resonanz in der therapeutischen Beziehung entwickelt werden, lassen sich demnach konsequent als Inkongruenz-Diagnosen formulieren. Die Diagnose der Inkongruenzdynamik einer konkreten Person besteht aus der empathischen Beschreibung des Problems, das ihr Organismus dabei hat, mit Selbstkonzept-geleiteten Strategien sich selbst am Leben zu erhalten. Eine Inkongruenz-Diagnose beschreibt, welche Selbstbilder und Strategien die adäquate Symbolisierung von organismischem Erleben ermöglichen oder behindern, und wie, d. h. mit welchen Handlungsmustern die Person versucht, Stress zu regulieren und die bedingungslose Selbstachtung aufrechtzuerhalten.

Im Fallbeispiel wurde gezeigt, wie sich eine Inkongruenzdiagnose im weiteren Therapieprozess verändert. Das Modell beruht auf der Annahme, dass der Therapiefortschritt mit verlaufdiagnostischen Veränderungen korrespondiert. Therapeuten und Therapeutinnen können den Fortschritt, wie er sich in der Intensivierung des empathischen Prozesses zeigt, mithilfe der unterschiedlichen Inkongruenz-Diagnosen im Bewusstsein halten. Dadurch haben sie nicht nur selbst einen klaren Überblick im Therapieverlauf, sie können auch, indem sie die Fortschritte anhand dieser signifikanten Stationen deutlich machen, die Therapiemotivation in schwierigen Prozessen wecken bzw. unterstützend aufrechterhalten. Aus den unterschiedlichen Diagnosen ergeben sich außerdem Inkongruenz-spezifische Schwerpunkte für maßgeschneiderte Interventionsstrategien.

Wie jedes andere Handlungsmodell muss jedoch auch dieses zuerst an Einzelfällen eingeübt und inkorporiert werden, damit es seine qualitätssichernde Funktion in der täglichen Arbeit ohne zu großen Aufwand entfalten kann. Mit der deutlichen Referenz auf das Inkongruenzmodell des Personenzentrierten Ansatzes wird außerdem die Identität als Personenzentrierter Psychotherapeut und Personenzentrierte Psychotherapeutin bei gleichzeitiger Methodenfreiheit gefestigt.

Literatur

Arbeitskreis OPD (2006). *OPD-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber

Auckenthaler, A. (1989). Statt zu deuten. Psychotherapie auf der Basis von Verstehenshypothesen. In T. Reinelt & W. Datler (Hrsg.), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess* (S.197–212). Berlin: Springer.

Auckenthaler, A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1979). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in klientenzentrierter Psychotherapie. Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn: Dietmar Klotz.

Eckert, J., Höger, D., & Linster, H. W. (Hrsg.) (1997). *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Eckert, J. (1996). Gesprächspsychotherapie. In Chr. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer

Gendlin, E. T. (1959). The concept of congruence reformulated in terms of experiencing. Chicago: The University of Chicago. *Counseling Center Discussion Papers*, 5 (12).

Gendlin, E. T. (1997). *A Process Model*. New York: The Focusing Institute. Verfügbar unter http://www.focusing.org/gendlin/docs/gol_2161.html

Gendlin, E. T., & Wiltschko, J. (2004). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag* (2. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Keil, S. (2003). „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie. *PERSON*, 7 (1), 37–50.

Keil, S. (2009a). Teil I: Das Selbst als Gestalt – eine kritische Analyse und Ansätze zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst im klientenzentrierten Konzept. *PERSON*, 13 (2), 101–111.

Keil, S. (2009b). Teil II: „Das war ein wichtiger Schritt, mich besser in mein Selbstbild pressen zu können“ – Zur Rekonstruktion der Selbstgestalt eines Klienten und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf Basis einer Einzelfallstudie. *PERSON*, 13 (2), 112–123.

Keil, S. (2011). Wie zeigen sich „Selbst“ und „Inkongruenz“ in der Psychotherapie? – Essenzen aus einer qualitativen Studie zum Thema Selbst/Inkongruenz. *Zeitschrift für Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 42 (3), 129–137.

Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 1 (1), 5–13.

Keil, W. W. (2013). HERMENEUTISCHE EMPATHIE. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen. Vortrag Zürich 2012, Festveranstaltung zum 30-jährigen Jubiläum von Michale Gutberlet. Verfügbar unter <http://www.pca-acp.ch/de/Personenzentrierter-Ansatz/Bibliothek/Vortraege.199.html> [7. 2. 2012]

Kunert, C. (2013). Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personenzentrierter Standpunkt. *PERSON*, 1 (1), 34–47.

Rogers, C. R. (1951/2012). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.)

Rogers, C. R. (1959/1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG (Orig. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) *Psychology. A study of a science*. Vol. 3: *Formulations of the person and the social context* (pp.184–256). New York: McGraw Hill.)

Rogers, C. R. (1975/1980). Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg (1980), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S.75–93). Göttingen: Hogrefe. (Orig. 1975: Empathic – an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5 (2), 2–10)

Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch und Arbeitsbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.

Kunst als Therapie

Über die Schwierigkeiten, die Ursachen heilender Wirkungen ästhetischer Erfahrungen einzugrenzen.

Andrea Korenjak

Christian G. Allesch

Universität Salzburg, Österreich

Therapien mit künstlerischen Medien erfreuen sich zunehmender Beliebtheit, leiden aber unter dem Problem, dass sich die konkreten therapeutischen Wirkungen kaum eingrenzen und nachweisen lassen. Dabei wird freilich übersehen, dass ästhetische Erfahrungen nicht als direkte Reiz-Reaktions-Vorgänge verstehbar sind. Was wirkt, sind eher komplexe ästhetische Erfahrungssituationen als isolierbare wirksame Reize. Die Erfahrungen, die diesbezüglich in der Therapie mit kreativen Medien gewonnen werden können, sind aber grundsätzlich auch für andere therapeutische Kontexte generalisierbar.

Schlüsselwörter: Therapie mit kreativen Medien, Psychologische Ästhetik, therapeutischer Kontext.

Art as therapy: Problems of defining the healing effects of aesthetic experiences. Therapies based on creative media are enjoying an increasing popularity but face the problem that their concrete therapeutic effects are difficult to define and prove. Researchers have often failed to realize that aesthetic effects and experiences cannot be reduced to a linear stimulus-response scheme. Hence, therapeutic impacts occur more in „situations of aesthetic experience“ and are less often due to singular identifiable stimuli. In this regard, the paper considers the question of whether evidence derived from arts-based therapies can be applied to other therapeutic contexts.

Keywords: art and psychotherapy, psychological aesthetics, therapeutic context.

Psychotherapie mit kreativen Medien hat in den letzten Jahrzehnten einen beachtlichen Aufschwung erfahren. Der Begriff „kreative Medien“ verweist dabei auf eine große Vielfalt therapeutischer Anwendungsfelder, die von der Musiktherapie über Kunst- und Tanztherapien bis hin zur Poesie- und Filmtherapie reichen. Die Anfänge der modernen westlichen Musiktherapie sind um die Mitte des 20. Jahrhunderts vordergründig als Erweiterung der verbalen Formen der Psychotherapie

hervorgegangen. Offenbar hatte man schon bald nach der Erfindung der „talking cure“ – wie Bertha Pappenheim („Anna O.“) die Psychoanalyse bezeichnet hatte – gemerkt, dass Sprache allein nicht immer ausreicht, um dem Erlebten und dem Empfundnen Ausdruck zu verleihen. Umgekehrt beeinflussten aber auch psychoanalytische Theorien musiktherapeutische Ansätze nachhaltig (vgl. auch Bruhn 2000, S. 69). Therapeutische Anwendungsfelder mit kreativen und künstlerischen Medien haben sich weitgehend unabhängig voneinander entwickelt; eine theoretische und inhaltliche Verklammerung hat bislang kaum stattgefunden. Aus diesem Grund ist auch eine generelle Bewertung der Wirksamkeit derartiger Therapieansätze kaum möglich.

In der Psychotherapie insgesamt haben sich im 20. Jahrhundert therapeutische Ansätze im Wesentlichen aus den verschiedenen Paradigmen der Psychologie herausgebildet: Aus der behavioristischen Lerntheorie entwickelte sich die Verhaltenstherapie, aus der kognitiven Wende die kognitive Therapie der Depression von Aaron Beck, aus der Gedankenwelt der Humanistischen Psychologie der Personzentrierte Ansatz von Carl Rogers, um nur einige Beispiele zu nennen. Dadurch waren diesen Therapien Erklärungsschemata für ihre Wirksamkeit gewissermaßen schon von der Wiege an mitgegeben.

Andrea Korenjak, geb. 1974; Musikwissenschaftlerin (Dr.), Psychologin (Dr.), Querflötistin (BA). Derzeit Lehrbeauftragte am Fachbereich Psychologie der Paris-Lodron-Universität Salzburg; MAX KADE-Fellow am Department for Musicology, Harvard University (2010–2012). Schwerpunkte: Historische Musikwissenschaft, Kulturgeschichte der Musik als Heilkunst, „Medical Ethnomusicology“, derzeit Musik in der Wiener Psychiatriegeschichte. Korrespondenzadresse: FB Psychologie, 5020 Salzburg, Hellbrunner Straße 34, Österreich. E-Mail: andrea.korenjak@gmail.com
Christian G. Allesch, geb. 1951; ao. Univ.-Prof. am Fachbereich Psychologie der Paris-Lodron-Universität Salzburg. Wichtige Publikationen: Geschichte der psychologischen Ästhetik (1987). Einführung in die psychologische Ästhetik (2006). Arbeitsschwerpunkte: Psychologische Ästhetik, Geschichte der Psychologie, Kulturpsychologie. Korrespondenzadresse: FB Psychologie, 5020 Salzburg, Hellbrunner Straße 34, Österreich. E-Mail: christian.allesch@sbg.ac.at

In der Therapie mit kreativen Medien haben derartige „paradigmatische“ Ursprünge eher eine untergeordnete Rolle gespielt. Dies könnte damit zu tun haben, dass in fast allen psychotherapeutischen Handlungsmodellen – unabhängig von ihrer theoretischen Verankerung – primär der sprachliche Austausch zwischen dem Therapeuten bzw. der Therapeutin und dem Klienten bzw. der Klientin eine zentrale Rolle spielt. Dies trifft in besonderem Maß auch auf die Verfahren des Personenzentrierten Ansatzes zu, die in der öffentlichen Darstellung nicht selten auf das Label „Gesprächstherapie“ verkürzt werden. Therapien mit kreativen Medien setzen dagegen häufig dort an, wo der sprachliche Diskurs im therapeutischen Geschehen nur eingeschränkt oder auch gar nicht möglich ist: „Ich singe, was ich nicht sagen kann“ überschrieb Rosemarie Töpker (2013) ihre Einführung in die morphologische Musiktherapie, und dieses therapeutische Motto ließe sich wohl – mutatis mutandis – über viele andere Ansätze in der Therapie mit kreativen Medien schreiben.

Dieses Ansetzen an nichtsprachlichen Prozessen erschwert allerdings die Bemühungen, die aus der Praxis durchaus glaubwürdig berichteten therapeutischen Effekte theoretisch zu begründen. Therapie mit künstlerischen Medien rechtfertigte sich daher, wie es ein namhafter Musiktherapeut im Rahmen einer Diskussion einmal formuliert hat, lange Zeit stärker „aus der Erfahrung gelingender Praxis“ als aus kontrollierten Wirksamkeitsstudien, wie sie heute als methodischer Standard zunehmend eingefordert werden. Dies hat den Therapien mit künstlerischen Medien anfänglich manches an Kritik eingetragen. Die Entwicklung der modernen Therapieforschung (siehe dazu etwa Grawe, 1994) hat den Rechtfertigungsdruck deutlich erhöht, andererseits aber auch das Bewusstsein dafür gestärkt, dass es dabei nicht um einfache Ursache-Wirkungs-Analysen geht, sondern um die Erforschung komplexer therapeutischer Prozesse.

Zu den Determinanten dieser Prozesse zählt im Falle der Therapien mit kreativen Medien aber auch die ästhetische Natur der eingesetzten Medien. Petersen (2002, S.18) definiert etwa künstlerische Therapien als Zusammenspiel von „therapeutischer Beziehung“, „therapeutischem Prozess“ und dem „ästhetischen Medium“. Es läge daher nahe, Theorien über ästhetische Wirkungen und Erfahrungen in derartige Prozessanalysen einzubeziehen. Tatsächlich wird auf die Ästhetik als Wissenschaft in diesem Zusammenhang kaum Bezug genommen: Blickt man auf die Fülle musik- und kunsttherapeutischer Ansätze und Methoden, so fällt auf, dass selbst bei ihnen psychologische, psychotherapeutische und naturwissenschaftlich-medizinische Theorien dominieren. Zudem lässt sich eine zunehmende Tendenz zu einer naturwissenschaftlichen Beweisführung erkennen, die anhand physiologischer Parameter das „Heilende“ künstlerischer Therapieverfahren zu legitimieren sucht. Diese Tendenz, die in den letzten Jahren nicht zuletzt durch die rasante

Entwicklung der bildgebenden Verfahren gefördert wurde, lässt sich ja auch in der Psychologie in Gestalt einer wachsenden Dominanz neurokognitiver Erklärungsansätze feststellen und bestätigt einmal mehr die Abhängigkeit theoretischer Trends in den Anwendungsdisziplinen von den paradigmatischen Entwicklungen in der „Mutterdisziplin“ Psychologie.

Im Hinblick auf die Künste bleibt bei einer rein „naturwissenschaftlichen Berechnung“ jedoch immer ein Rest übrig, der nicht aufzugehen scheint (mancherorts wird dieser „Rest“ als „Störfaktor“ gesehen). Künstlerische Therapien bewegen sich im Spannungsfeld zwischen (natur-)wissenschaftlicher Beweisführung und ästhetisch-künstlerischer Offenheit, zwischen therapeutischen und medizinischen Zielsetzungen, zwischen Gesundheitspolitik und kreativer „Entfaltung“. In diesem Sinne schreiben Eberhard-Kaechele und Adridge (2011, S.194):

„Künstlerische Therapien stehen in der heutigen Zeit vor einem theoretischen Balanceakt. Auf der einen Seite werden konsistente, methodenspezifische, empirisch belegte Theorien gefordert, um eine Implementierung der künstlerischen Therapien in den Dokumentations-, Abrechnungs- und Wissenschaftssysteme der Medizin zu rechtfertigen. Auf der anderen Seite wird die Anpassung der Konzepte an sich wandelnde Aspekte der Praxis, wie Störungsbilder, Settings, institutionelle Strukturen und herrschende theoretische Paradigmen, verlangt. Hinzu kommen naturwissenschaftliche Entwicklungen in den Bezugswissenschaften der künstlerischen Therapien, die bestimmte Theorien falsifizieren oder erweitern.“

Während beispielsweise in der langen Kulturgeschichte der Musik als heilendes Medium bis weit ins 19. Jahrhundert hinein nahezu ausschließlich der Musik *per se* eine heilende Wirkung zugeschrieben wurde (vgl. Korenjak, 2003), gilt seit der Begründung der modernen westlichen (Musik-)Therapiemodelle vorrangig der *therapeutische Prozess* – nicht die ästhetische Transformation oder das (Kunst-)Werk – als das eigentlich „Heilende“. Wenngleich der „therapeutische Prozess“ bereits eingehend reflektiert wurde, ist die Bedeutung des „Ästhetischen“ bislang weitestgehend vernachlässigt worden. (Ausnahmen finden sich vor allem im Kontext der Kunsttherapie und *Art brut*, siehe beispielsweise Petersen, 2002; Gorsen, 1998). Ein positives Signal haben in jüngerer Vergangenheit Eberhard-Kaechele und Aldridge (2011) mit ihrem Artikel „Spezifische Merkmale der Künstlerischen Therapien: Anregungen für eine Theoriebildung aus der Tanztherapie“ gesetzt: Eberhard-Kaechele fasst mit Blick auf die Tanztherapie die „ästhetische Perspektive“ (auf Grundlage ihrer Erhebung unter TanztherapeutInnen 2005/06) folgendermaßen zusammen: „Fokus auf ästhetischen Prozessen der Sinneswahrnehmung in Verbindung mit Sinngebung, Kreativität, Symbolisierung, Gestaltung und

Improvisation. Diese dienen der Erkenntnisgewinnung, Erweiterung des Verhaltensrepertoires, stimulieren und vermehren das Problemlöseverhalten und die Modifikation gestörten Gesundheitsverhaltens; Aktivierung von ästhetischen Prozessen in der Therapie.“ (ebd., S. 200, Tabelle 2).

Interessant erscheint uns hier ein Rückblick auf die Kulturgeschichte: Im Zuge der bereits in der Antike begründeten und vor allem durch Galen im 2. Jh. n. Chr. weiter ausgestalteten Diätetik fiel die „Regulierung“ und „Harmonisierung“ der Lebensweise in den Bereich der *res non naturales*. Im Zentrum steht „das Maß der gesunden Mitte“, für das der Mensch selbst die Verantwortung trägt. Die „Kunst der Muse“ begegnet uns im Rahmen der Diätetik bereits in ihrer Bedeutung für den *Erhalt* der Gesundheit, nicht nur als allfälliger „Modifikator“ eines bereits „gestörten Gesundheitsverhaltens“. Für die Pflege des „seelisch-geistigen Wohlbefindens“ (*accidentia animae*) wurde (vor allem von arabischen Ärzten) die gesundheitserhaltende Wirkung u. a. von Musik und Tanz, die Freude an schönen Dingen, Spaziergänge in schönen Gärten, das Hören von Poesie und Erzählungen sowie gute Gespräche mit Freunden empfohlen (vgl. Korenjak, 2012a). In dieser Hinsicht waren auch die Künste bzw. die Bedeutung ästhetischer Erfahrung in eine umfassende Diätetik eingebettet. In Hinblick auf die Musik fasst Ibn Buṭlān (gest. um 1068) diesen Ansatz mit folgenden Worten zusammen: „Instrumenten und Seytenspiel der Musica helfen auch die gesuntheit erhalten / und die verloren wider zubringen.“ (Ibn Buṭlān in der deutschen Fassung der *Schachtafelen der Gesuntheit* von Michael Herr 1533/1988, S. 137).

Aus dem Blickwinkel einer ästhetischen Perspektive fällt zudem auf, dass das Verhältnis von „Kunst“ und „Therapie“ ansonsten nur selten ein gleichberechtigtes ist. Christian Allesch (1993, S. 22) hat auf zwei „Reduktionismen“ aufmerksam gemacht: Zum einen auf die szientistische Voreingenommenheit, ein Kunstwerk wäre erst dann „verstanden“, wenn es anhand einer wissenschaftlichen Theorie „erklärt“ würde – etwa als Nachklang eines (frühkindlichen) Traumas –, zum anderen auf die „Gegenattitüde“, „der zufolge niemand anderer berufen sei, über Kunst zu urteilen, als der künstlerisch Schaffende selbst“, die wir in vielen ästhetischen Aussagen von Künstlern finden. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, das zu beschreiben, was die Eigenart „kreativer Medien“ ausmacht, ohne einem dieser beiden Reduktionismen zu verfallen.

„An Art Beyond Words“ (Leslie Bunt): Kunst als „nonverbales Medium“

In ihrer erstmals 1988 und kürzlich in einer aktualisierten 3. Auflage erschienenen Schrift „Ich singe, was ich nicht sagen kann“ betont Rosemarie Tüpker (2013) die Bedeutung der Musik

als einer vorsprachlichen Möglichkeit der Verständigung in der Psychotherapie. In der vor allem in den USA populären *Cinema, Film* oder *Movie Therapy* wird das Medium Film eingesetzt, um ein Problem vorerst zu „fühlen“: „Films trigger emotions and open doors that might otherwise be closed. It is one thing to talk about a problem, quite another to feel it. Particularly for clients who intellectualize, viewing a film that elicits emotion and connecting the film to personal situations enhances therapeutic conversation.“ (Hesley & Hesley, 1998, S. 22). Die moderne Musiktherapie verwendet dagegen die Musik vorrangig als primäre (und zugleich „nonverbale“) Ausdrucksform.

„Musik hat die Fähigkeit, Unfassbares in den Raum des Erlebaren zu holen und Unaussprechliches mitzuteilen“, heißt es dazu etwa in der Website des Österreichischen Berufsverbands der MusiktherapeutInnen (ÖBM), und „Musik überschreitet Grenzen, indem sie als Mittlerin (Medium) zwischen zwei Spielern ein gemeinsames Drittes entstehen lässt.“¹ In diesem Zusammenhang wird sehr oft der Begriff des „Übergangsobjektes“ und eines „intermediären Bereiches“ im Sinne Winnicotts (1993, S. 10 ff.) aufgegriffen. Die Musik soll eine Kontaktaufnahme zwischen Patient und Therapeut ermöglichen bzw. unterstützen und das Beziehungsgeschehen gestaltbar und sinnlich erfahrbar werden lassen. Musiktherapie wird dabei als „prozesshaftes Geschehen“ interpretiert, „für dessen Verlauf die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn von wesentlicher Bedeutung ist.“² Die Musiktherapie ist vor allem dann indiziert, „wenn Sprache nicht oder nur beschränkt zur Verfügung steht, wenn Sprache hauptsächlich zur Abwehr von Gefühlen verwendet wird und bei Störungen aus der vorsprachlichen Zeit, die über ein nonverbales Medium am besten erreichbar sind.“³

Auf Grundlage einer Fragebogenerhebung unter MusiktherapeutInnen zur allgemeinen Indikation für Künstlerische Therapien im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Stegemann & Schmidt 2010) hebt Thomas Stegemann (in Stegemann, Hitzeler & Blotevogel, 2012, S. 22) den „nonverbale[n] Zugang zu vorsprachlichen oder sprachlich schwer vermittelbaren Erfahrungen und Persönlichkeitsanteilen“ hervor, der in dieser Studie an erster Stelle rangiert. An zweiter Stelle werden die Förderung und Sensibilisierung des Gefühls- und Ausdrucksbereichs sowie der Zugang zu inneren Vorgängen genannt, an dritter Stelle die Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbsterkenntnis (ebd.). Im ästhetischen Kontext weist das sinnliche Erleben über das „Gesprochene“ hinaus. Dort, wo diese ästhetische Erfahrung zum Medium therapeutischer Prozesse

1 <http://www.oebm.org/musiktherapie/berufsbild/berufsbild.html#901283>

2 <http://www.oebm.org/musiktherapie/berufsbild/berufsbild.html#128256>.

3 <http://www.oebm.org/musiktherapie/musiktherapie.html#824309>; vgl. auch Jekat, 1999, S. 30.

gemacht wird, findet sich meist die Auffassung, dass das „Unaussprechliche“ des ästhetischen Erfahrungsinhalts in einem weiteren Schritt mit dem Therapeuten in Worte zu fassen gilt. In Anlehnung an Victor Hugos Sentenz „Die Musik drückt das aus, was nicht gesagt werden kann und worüber zu schweigen unmöglich ist“ weist Stegemann (ebd., S. 18) auf die Bedeutung hin, „...mit dem Patienten Worte zu finden, die es erlauben, das emotionale Geschehen auch kognitiv ordnend zu erfassen oder auch Worte für das bereitzustellen, wofür es bisher keine Worte gab [...] Das künstlerische Medium wird somit zu einem Mittler des Verstehens und in der Verbalisierung dieser Prozesse zu einem Anwalt gegen die Sprachlosigkeit und Ohnmacht“ (ebd., S. 18). „Die Verbalisierung dessen, was in oder durch Musik angestoßen oder ‚zum Klingen gebracht‘ wurde, ist dabei in der Regel unverzichtbar.“ (ebd., S. 62).

Ähnlich sehen das Marianne Eberhard-Kaechele und David Aldridge (2011, S. 195):

„Das Spezifische der Künstlerischen Therapien liegt in der künstlerisch-therapeutischen Nutzung der nonverbalen, prozeduralen Kommunikation und in der personenzentrierten Anwendung künstlerischer Medien und Prozesse innerhalb einer therapeutischen Beziehung. Der schöpferische Prozess oder das Werk tritt als dritte Instanz in eine triadische Interaktion mit dem Patienten und dem Therapeuten ein, woraus die fachspezifische Befunderhebung, Diagnostik und Intervention generiert werden.“

Im Allgemeinen herrscht Einigkeit darüber, dass kunsttherapeutische Interventionen ressourcenorientiert an den „gesunden Anteilen“ und am „schöpferischen Potenzial“ des Menschen ansetzen. Die allgemeinen Ziele der Künstlerischen Therapien umfassen dabei „die körperliche, psychische, kognitive und soziale Regulation und Stabilisierung, sowie Einsicht und Verhaltensänderung im Sinne von Krankheitsbewältigung und die Verbesserung der Lebensqualität“ (ebd.). Verbale Reflexion wird dabei „zur Bewusstwerdung und Integration von Wahrnehmungs-, Erlebens-, Gestaltungs- und Begegnungsprozesse den Möglichkeiten der Patienten entsprechend genutzt.“

In dieser Betonung der Wichtigkeit verbaler Reflexion liegt wohl auch ein entscheidender Unterschied zwischen modernen Therapien mit kreativen Medien und traditionellen Auffassungen von der heilenden Wirkung ästhetischer Erfahrungen. Vergleicht man die Anleitungen in den heutigen Darstellungen der Therapie mit kreativen Medien etwa mit dem – oft als frühestes Beispiel von „Musiktherapie“ zitierten – Bericht über die Heilung Sauls durch David im Alten Testament (1. Samuel, 16, 14–23; siehe dazu Allesch & Korenjak, 2009). Nicht nur fehlt dort jeder Hinweis auf eine Reflexion oder Verbalisierung des Geschehens, es erschien dem biblischen Berichtserstatter offenbar nicht einmal wichtig, welche Musik gespielt

wurde – es heißt lediglich: „Saul sagte zu seinen Dienern: Seht euch für mich nach einem Mann um, der gut spielen kann, und bringt ihn her zu mir!“ (1. Samuel 16–17). Ansonsten wird nur der Name des Instruments (ursprünglich der *kinnor*) genannt. Dagegen wird ausdrücklich auf einige Aspekte verwiesen, die mit dem therapeutischen Agens Musik zunächst gar nichts zu tun zu haben scheinen, nämlich die Tüchtigkeit und Verständigkeit Davids, die kulinarischen Gastgeschenke und nicht zuletzt Davids „schöne Gestalt“.

Natürlich wird niemand das Rad der Zeit zurückdrehen und biblische Texte an die Stelle wissenschaftlich reflektierter und empirisch begründeter therapeutischer Handlungsmodelle setzen wollen. Aber die gänzlich andere Perspektive auf das heilende Geschehen, die sich in der biblischen Darstellung zeigt, kann dazu beitragen, die Frage, „was wirkt“ in der Begegnung mit dem Ästhetischen, unvoreingenommener und offener zu stellen. Die Überlegung, dass das, „was wirkt“, nicht in eingrenzenden, womöglich sogar messbaren Merkmalen des kreativen Mediums liegt, ist keineswegs antiquiert. Was der biblische Bericht beschreibt, nämlich ein „therapeutisches Setting“, in dem menschliche Beziehung eine wichtige Rolle spielt, vielleicht sogar eine homoerotische Komponente, vielleicht auch der von David mitgebrachte Wein, verweist auf eine Vielfalt von Wirkfaktoren, die in der konkreten therapeutischen Situation austauschbar sein können, aber jedenfalls mit einbezogen werden müssen, wenn man „Heilrituale“ verstehen will.

Im Kern stellt der biblische Bericht der Heilung Sauls durch David eine Parabel für den Aufbau zwischenmenschliches Vertrauen dar, das in der therapeutischen Arbeit mit kreativen Medien eine zentrale Rolle spielt. Tatsächlich bildet die Herstellung einer gemeinsamen Erfahrungsebene – die auch als „Suche nach einer gemeinsamen Zeit“ (Schumacher & Calvet, 2007a, DVD, Kap. 1) interpretiert werden kann – in vielen Therapien mit kreativen Medien ein erstes und wichtiges Ziel therapeutischen Handelns. Karin Schumacher und Claudine Clavet zeigen am Beispiel von mitunter nicht sprachfähigen autistischen Kindern auf, dass diese gemeinsame Erfahrungsebene in „synchronen Momenten“ erlebt werden kann. Schumacher und Clavet (2007b, S. 27) beschreiben synchrone Momente in der Interaktion als „Momente der genauen zeitlichen Übereinstimmung zweier Menschen im gemeinsamen musikalischen Spiel [...]“. Die beeindruckende Dokumentation solcher Prozesse (Schumacher & Calvet, 2007a; DVD) verdeutlicht, dass hier ein therapeutischer Prozess in Gang kommt, ohne dass eine Verbalisierung oder gar Reflexion mit den autistischen Kindern möglich wäre. „Interventionen, die Musik als ‚einhüllendes‘, Atmosphäre schaffendes, die Wahrnehmungsbereiche integrierendes und affekt-abstimmendes Medium verwenden“, gehen nach Schumacher und Clavet (2007b, S. 36) „ganz vom Befinden des Kindes aus und können ohne das dialogische Prinzip wirksam werden [...]“.

Man ist daher angesichts der Erfahrungen in derartigen Anwendungsbereichen gut beraten, das „was wirkt“ in der Therapie mit kreativen Medien, nicht vorschnell mit reflexiven Prozessen zu verbinden. Es ist aber auch nicht im Sinne einer „Reizwirkung“ zu interpretieren, die an physisch beschreibbaren Merkmalen des Mediums festgemacht werden könnte, also an bestimmten Farben, Formen, Struktureigenschaften oder Frequenzen, wie dies manche kommerziell vermarktete „Therapiemusiken“ nahelegen. Die kritischen Berichte über den angeblichen „Mozart-Effekt“ zeigen, wie rasch sich derartige auf Reizeigenschaften projizierte Wirkungsvorstellungen in Luft auflösen.

Am Beispiel der Dokumentation von Karin Schumachers therapeutischer Arbeit mit autistischen Kindern wird zudem deutlich, dass zwar die „Musik“ bzw. „elementare Klänge“ austauschbar wären, nicht jedoch die Therapeutin als Person. Darüber hinaus scheinen sich „synchrone Momente“ besonders dann zu ereignen, wenn sie über die Musik hinaus mit körperlicher Berührung (Interaktions-Synchronisation) oder Bewegung (Selbst-Synchronisation beim Trampolin-Springen, Schaukeln in der Hängematte) und Freude einhergehen.

Ästhetische Erfahrungen als symbolische Erfahrungen von Wirklichkeit (Susanne Langer, Alfred Lorenzer, Ernst E. Boesch)

Was hier in Bezug auf die Einbindung ästhetischer Erfahrungen in therapeutische Prozesse gesagt wurde, spiegelt ein allgemeines Problem wider, das in der Ästhetik seit langem diskutiert wird. Will man die Wirksamkeit ästhetischer Erfahrungen nicht einfach auf Reizmerkmale zurückführen, wie dies „Objektästhetik“ immer wieder versucht haben (siehe dazu Allesch, 2006), so muss man das, was die ästhetische Wirkung ausmacht, in der spezifischen Verbindung eines Wahrnehmungsinhaltes mit einem wahrnehmenden Subjekt suchen, durch die ein Gegenstand überhaupt erst zum ästhetischen Gegenstand wird. Der Gestaltpsychologe Rudolf Arnheim (2000, S. 95) hat für den visuellen Bereich überzeugend aufgezeigt, dass „Sehen“ nicht allein durch die Eigenschaften des wahrgenommenen Gegenstandes erklärt werden kann, sondern ein Akt des „schöpferischen Auges“ ist: „[...] Man kann deshalb nicht deutlich genug und nicht oft genug feststellen: *Das Schaffen von Abbildern, in der Kunst und anderswo, hat seinen Ursprung nicht einfach in der optischen Projektion des dargestellten Gegenstandes, sondern ist vielmehr eine mit den Eigenschaften eines bestimmten Mediums wiedergegebene Entsprechung dessen, was an dem Gegenstand beobachtet wird.*“ Analoges ließe sich auch über ein „schöpferisches Ohr“ usw. sagen. Ästhetische Wahrnehmung lässt sich demnach weder am körperlichen Substrat von

bestimmten „Reaktionen“ messen noch aus der „Erfahrungssituation“ herauslösen. Darüber hinaus ist das Wahrgenommene auch Teil des kulturellen Symbolsystems.

Susanne Langer schließt in ihrer Symboltheorie unmittelbar an die vorhin dargestellten Überlegungen an, dass ästhetisches Erfahren und Handeln zum Ausdruck bringen kann, was sich dem direkten sprachlichen Benennen und Beschreiben entzieht: In Ritual, Symbol und Kunst wird das „Unaussprechliche“ sinnlich „wahrnehmbar“. Ein echtes Symbol entsteht nach Langer (1984, S. 121) „am ehesten dort, wo ein Objekt, Laut oder Akt gegeben ist, der keinen praktischen Sinn hat, wohl aber die Tendenz, eine emotionale Antwort hervorzulocken und so die Aufmerksamkeit ungeteilt festzuhalten.“ Symbole und Rituale werden zwar als Träger von Sinnbeziehungen erkannt, ihr Bedeutungsspektrum wird aber nie gänzlich preisgegeben, sondern weit mehr „erahnt“. In ihnen bleibt etwas Verborgenes bewahrt, das nach einer (geistigen) Ergänzung strebt und die sinnliche Wahrnehmung erhöht und intensiviert. Der Anthropologe Edward Schieffelin beschreibt dies in ähnlicher Weise für die Erfahrung von Ritualen (an dieser Stelle unter Berücksichtigung der Kaluli, Papua Neuguinea):

„Beyond aesthetic virtuosity, however, such enactments fundamentally aim to create or evoke an imaginative reality, a sense of presence, among the participants, in which their awareness becomes (for a time) situated away from the activities of everyday life. Participants undergo a heightening and intensification of experience, an altered awareness of their situation (even if only a new appreciation for the genre), and often a sense of emotional release. In true ‘ritual’ events, not only the participants’ attitudes but also their social statuses and relationships to one another (or to the wider cosmos) may be altered.“ (Schieffelin, 1996, S. 60).

Mit „Erhöhung“ der sinnlichen Wahrnehmung soll eine „Erweiterung“ gemeint sein. Es geht freilich nicht darum, die Wahrnehmung eines Depressiven zu „intensivieren“, sondern sie aus der Enge der Selbstbezogenheit zu lösen und in einen umfassenderen Sinnhorizont einzuordnen.

Dass das Fehlen von sprachlichem Ausdruck oder gar der bewusste Verzicht darauf keinen Verlust an symbolischem Gehalt bedeuten muss, hat Susanne Langer auch mit ihrer Unterscheidung zwischen „diskursiver“ und „präsentativer“ Symbolisierung zum Ausdruck gebracht: „Der präsentative Symbolismus zeichnet sich dadurch aus, dass eine Vielzahl von Begriffen in einen einzigen totalen Ausdruck zusammengezogen werden kann, ohne dass diesen einzelnen Begriffen durch die den Gesamtausdruck konstituierenden Teile jeweils entsprochen wird.“ (Langer, 1984, S. 191). Diese „präsentative Symbolik“ die beispielsweise in Gemälden, Träumen, Mythen und Musik zum Ausdruck kommt, kann aber auch in einem Heilritual bestehen,

das Gebete, Lieder oder die Herstellung von (Sand-)Bildern beinhaltet. Insofern stellen die Überlegungen Langers einen interessanten begrifflichen Ansatzpunkt für die Beantwortung der Frage dar, was in Therapien mit kreativen Medien „wirkt“. Dies trifft auch für die Weiterführung dieser Gedanken durch Alfred Lorenzer zu, der davon ausgeht, dass präsentative Symbole als „Ganzheiten“ wirken, „weil sie aus ganzen *Situationen*, aus *Szenen* hervorgehen und *Entwürfe für szenisch entfaltete Lebenspraxis* sind“ (Lorenzer, 1992, S. 31; Hervorhebungen im Original).

Nach Ernst E. Boesch (1983, S. 318) vermögen ästhetische Erfahrungen die „Gültigkeit der inneren Bilder“ auszuweiten; Kunstwerke, aber auch in ästhetischer Absicht erzeugte Alltagsobjekte stellen nach Boesch „Brückenobjekte“ dar, die die „Spaltung zwischen Ich und Nicht-Ich“ überbrücken können und Empathie als zentrales Merkmal ästhetischer Erfahrung ermöglichen: Durch kreativen Ausdruck vermag der Mensch gewissermaßen „Spuren“ in der Wirklichkeit zu setzen, durch die ihm zugleich das eigene tätige Ich im Rahmen einer „transformierten Ich-Welt-Beziehung“ erfahrbar wird (Boesch, 1991, S. 220 f.). Auch die Kunsttherapeutin Susanne Lücke spricht von einer „Externalisierung innerer Prozesse“ durch künstlerische und gestalterische Prozesse, sieht aber darin umgekehrt auch eine Möglichkeit, vorerst eine Distanz zu schaffen, „die einen neuen Blick auf das innere Geschehen erlaubt“ (Lücke 2012, S. 133). Lücke zeigt auf, dass gerade in der Arbeit mit Trauma-Patienten sich diese therapeutische Technik als eine besonders wertvolle erweist: „Ein selbst geschaffenes Objekt ist sowohl Teil der Innen- als auch der Außenwelt, auf das Einfluss genommen, über das entschieden, mit dem gehandelt, das mit den eigenen Händen verwandelt und in seiner veränderten Form internalisiert werden kann“ (ebd.). Auch in diesem Ansatz sind die „Brückenfunktion“ wie auch die „Empathie“ implizit angesprochen. Zudem können Gefühle von Kontrollverlust und Ohnmacht so in eine Erfahrung von Selbstwirksamkeit und in ein „Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz“ (ebd.) übergeleitet werden.

Die Funktion, „in symbolischer Weise eine Ordnung oder eine Struktur zu bewirken, die das Individuum in seine wahrgenommene Welt integriert“, schreibt Boesch (1991, S. 90) aber nicht nur individuellen kreativen Handlungserfahrungen zu, sondern auch dem Ritual als kulturell geformtem Handlungsmuster. Dies macht auch verständlich, warum Rituale zwar nicht zwingend, aber doch zumeist an bestimmte geregelte Handlungsanweisungen gebunden sind:

„If rituals emphasize order, the repetitious performance in itself tends to become a reinforcement of order: it facilitates order, suggests familiarity, provides a feeling of action potential. The ability to execute perfectly a ritual not only signals skill or mastery, but is often socially awarded or approved.

It is not surprising, therefore, that rituals tend to become formalized and stereotyped.“ (Boesch, 1991, S. 91).

Dies trifft sicher auch auf eine Reihe der von den Anthropologen beobachteten und beschriebenen Heilrituale zu. Diesem kulturpsychologischen Aspekt des hier behandelten Themas müssen wir daher kurz unsere Aufmerksamkeit zuwenden.

„Dann geh’ als jemand, der ein langes Leben hat“ (Navaho) – Ritual und Heilung

Die Überzeugung von der heilenden Wirkung der Musik lässt sich historisch in vielen Kulturen weit zurückverfolgen (siehe dazu Allesch & Korenjak, 2009; Korenjak, 2003). Nicht nur die Musik, sondern auch der Krankheitsbegriff ist dabei untrennbar mit dem kulturellen bzw. kulturhistorischen Hintergrund verbunden (siehe dazu etwa Matsumoto & Juang, 2013, S. 173 f.). Entgegen der allgemeinen Annahme, Musik und Tanz *per se* als Medien der Heilung zu begreifen, spielen diese im Kontext indigener Rituale oft nur eine untergeordnete Rolle. (Eine Ausnahme bildet das Phänomen des Tarantismus, vgl. Korenjak, 2012b.) Der Musik kann beispielsweise die Funktion zukommen, durch den Wechsel des Rhythmus klangliche „Zeichen“ für bestimmte Ritual-Sequenzen zu geben, die (magischen oder religiösen) Worte des Heilers oder der Heilerin klanglich zu „erhöhen“, einen Tanz zu begleiten und damit das Erreichen eines Zustands von Trance zu unterstützen, die Aufmerksamkeit während der Zeremonie zu intensivieren, die Gruppe zu „synchronisieren“, um so das Gemeinschaftsgefühl zu fördern. (In Hinblick auf den Begriff *Trance* orientieren wir uns an Rouget, 1985, S. 11 ff.) Dennoch stehen die Worte des Heilers oder der Heilerin in der Regel über der Musik, mitunter ist selbst die dingliche Substanz des magischen Instruments bedeutender als ihr Klang.

Darüber hinaus sollte nicht vergessen werden, dass viele Heilrituale auch gänzlich ohne Musik, nicht aber ohne die *performance* auskommen. In den Heilritualen indigener Kulturen bildet die gesamte Heilungszeremonie eine Einheit. Die vielschichtigen Komponenten der Heilungszeremonie umfassen dabei das gesamte menschliche Sinnesvermögen: „Sie werden in der Interaktion mehrerer Kommunikationsebenen – des Hörens, Sehens, Riechens, Fühlens, Schmeckens – körperlich-seeleisch wahrnehmbar“ (Touma, 1982, S. 287). Zudem bedeutet Genesung in vielen traditionellen Gesellschaften nicht in erster Linie die „Befreiung von Krankheit oder Schmerz“, sondern vor allem die Herstellung einer starken, symbolischen Beziehung zwischen dem Kranken und seiner sozialen, kulturellen und natürlichen Umwelt. Diese „symbolische Beziehung“ drückt sich besonders schön in den abschließenden Worten

einer Navaho-Zeremonie (*Emergence Myth*) aus, in der es heißt (Haile & Wheelwright, 1949, S. 54):

„Then go as one who has long life,
Go on as one who is happy,
Go with blessing before you,
Go with blessing below you,
Go with blessing above you,
Go with blessing around you,
Go with blessing in your speech,
Go with happiness and long life,
Go mysteriously.“

Auch in den abschließenden Worten „Geh’ geheimnisvoll“ spiegelt sich die bereits erwähnte Eigenschaft „präsentativer“ Symbolik (hier in der Poetik) wider, deren Sinn zwar erkannt, aber nie zur Gänze preisgegeben wird. Zudem beruhen indigene Heilrituale im Beziehungsgeschehen in der Regel nicht auf einer alleinigen Interaktion von Heiler bzw. Heilerin und Patient bzw. Patientin, sondern werden – zumindest in bedeutenden Abschnitten – in Gemeinschaft vollzogen. Auf diese Weise helfen Rituale ebenso den (Stammes-)Angehörigen, den Kranken als Teil ihrer Gemeinschaft zu (re-)integrieren und zu unterstützen.

Kreatives Handeln als „Erweiterung des Erfahrungshorizonts“ – ästhetische Sensibilität als „Möglichkeitssinn“ (Max Kobbert, Robert Musil)

Das Überschreiten von Grenzen zu dem uns Noch-nicht-Bekanntem und Unvertrauten spielt nicht nur im therapeutischen Kontext, sondern auch in der allgemeinen Auseinandersetzung mit Kunst eine entscheidende Rolle. Der Umgang mit Werken rückt ein unvertrautes Bild der Wirklichkeit des Seelischen, der Kunst heraus“, schreibt Wilhelm Salber (1986, S. 36); Kunst ist daher „ein Instrument, ein Mittel, mit dem wir behandelt werden und auch behandeln können (ebd., S. 200).

Der der Gestaltpsychologie nahestehende Kunstpsychologe Max Kobbert charakterisiert Kunst als „fortgesetzte Gewinnung von Neuland jenseits bestehender Erfahrungshorizonte“ (Kobbert, 1986, S. 4). Er sieht „die Bereitschaft, ‚ja‘ zu sagen zum Unvertrauten“ (ebd., S. 6) als eine der Hauptaufgaben der Kunstpsychologie an, zu denen man wohl auch die Entwicklung kunsttherapeutischer Konzepte zählen kann. Im Film „Das Lied des Lebens“ (Langemann & König, 2013), das die Arbeit des Komponisten Bernhard König mit Senioren und Seniorinnen dokumentiert, betreten ältere Menschen (jenseits therapeutischer Zielsetzungen) „Neuland“, indem sie beispielsweise Biografisches ästhetisch ausdrücken und sich Lebensgeschichten „mit allen Sinnen“ erzählen. Der Film dokumentiert dabei

nicht nur ein musikalisches Nachsinnen über das Erlebte, sondern auch darüber, was *überlebt* wurde. Der „ästhetische Gehalt“ leidet dabei keinesfalls „am Alter“ der Stimmen oder an verlorener „musikalisch-technischer Geläufigkeit“ – im Gegenteil, der musikalische Ausdruck gewinnt sogar eine neue Dimension: er ist ein mit allen Fasern gelebter.

Robert Musil hat diese Fähigkeit, über das Faktische und Vorgefundene hinaus zu denken (oder besser: hinaus zu empfinden), als „Möglichkeitssinn“ dem viel beschworenen „Wirklichkeitssinn“ (Realitätssinn) gegenübergestellt:

„Wenn es aber Wirklichkeitssinn gibt, und niemand wird bezweifeln, daß er seine Daseinsberechtigung hat, dann muß es auch etwas geben, das man Möglichkeitssinn nennen kann. Wer ihn besitzt, sagt beispielsweise nicht: Hier ist dies oder das geschehen, wird geschehen, muß geschehen; sondern er erfindet: Hier könnte, sollte oder müßte geschehn; und wenn man ihm von irgend etwas erklärt, daß es so sei, wie es sei, dann denkt er: Nun, es könnte wahrscheinlich auch anders sein. So ließe sich der Möglichkeitssinn geradezu als die Fähigkeit definieren, alles, was ebenso gut sein könnte, zu denken und das, was ist, nicht wichtiger zu nehmen als das, was nicht ist. [...] Ein mögliches Erlebnis oder eine mögliche Wahrheit sind nicht gleich wirklichem Erlebnis und wirklicher Wahrheit weniger dem Werte des Wirklichseins, sondern sie haben, wenigstens nach Ansicht ihrer Anhänger, etwas sehr Göttliches in sich, ein Feuer, einen Flug, einen Bauwillen und bewußten Utopismus, der die Wirklichkeit nicht scheut, wohl aber als Aufgabe und Erfindung behandelt.“ (Musil, 1978, S. 16)

In künstlerischen wie in therapeutischen Kontexten gilt es, den Bereich verengter Erfahrungs-, Sinn- und Handlungshorizonte zu erweitern. Luise Reddemann zeigt in ihrem gleichnamigen Buch (2012) auf, dass bereits die „Imagination als heilsame Kraft“ auf diesem Weg betrachtet werden kann.

Ästhetische Erfahrung als „anthropologische Konstante“ (Peter Faltin, Walter Schurian)

„Ästhetische Verarbeitung der Realität“ ist nach Peter Faltin (1985, S. 39) „kein begleitendes Produkt, sondern wesentlicher Bestandteil jeder Berührung zwischen Mensch und Welt und gehört als eine Dimension der Wahrnehmung zur Voraussetzung der Gattung Mensch. Die ästhetische Funktion ist eine anthropologische Konstante. Der Mensch ist zur ästhetischen Verarbeitung der Realität gewissermaßen verurteilt; sie ist in jedem Akt der Auseinandersetzung mit der Welt notwendig vorhanden.“ Das Ästhetische kann daher, wie es Faltin unter Bezugnahme auf einen zentralen Begriff von Kant (1790, § 22)

formuliert, mit der „subjektiven Notwendigkeit‘ der sinnlichen Wahrnehmung der Welt“ gleichgesetzt werden (Faltin, 1980, S. 184).

Am Beispiel des bekannten Werbe-Grafikers Carolus Horn (1921–1992), der auch von kunsttherapeutischer Seite Aufmerksamkeit erfährt, wird besonders deutlich, dass auch Krankheit Teil der ästhetischen Transformation von „Realität“ ist. Im Gegensatz zu dem oftmals hervorgehobenen „Verlust zeichnerischer Qualitäten“ oder gar „Bildern geistigen Zerfalls“ möchten wir uns dem zuwenden, was uns Carolus Horn *über* seine Alzheimer-Erkrankung *hinaus* in seinen Bildern mitzuteilen vermag: Seine neue Wahrnehmung von Form und Komposition, von Prägnanz und Farbe, von Wesentlichem und für ihn Nicht-mehr-Wesentlichem. Selbst in seinen letzten Bleistiftstrichen kurz vor seinem Tod vermittelt uns Horn noch seine eigenste sinnliche Welterfahrung: Bewegte Konturen von Licht und Schatten.

Zu Recht hat Walter Schurian (1986, S. 8) festgestellt, dass die Fähigkeit zu ästhetischer Wahrnehmung einen elementaren Bestandteil der evolutionären Grundausstattung des Menschen darstellt. Sie ist begründet in der evolutiv entwickelten Fähigkeit des Menschen, das in der Wahrnehmung Gegebene ständig kreativen Umdeutungen zu unterwerfen, und in der dem Menschen eigenen schöpferischen Unrast: seinem Bedürfnis, „Öffnungen in den Mauern der Notwendigkeit zu entdecken“ (ebd., S. 47). In ähnlicher Weise hat Carl Rogers den *kreativen* Menschen als jenen „Typus“ bezeichnet, der die Evolution vorantreibt, da er „unter sich ändernden Umweltbedingungen am ehesten sich den neuen Verhältnissen anpassen und somit überleben würde“: „Angesichts seiner empfindsamen Offenheit gegenüber seiner Welt, angesichts seines Vertrauens zu seinen eigenen Fähigkeiten, neue Beziehungen zu seiner Umwelt aufzunehmen, wäre er der Typus Mensch, der kreative Werke und kreatives Leben entstehen lässt“ (Rogers 1961a/1973, S. 193).

Schlussfolgerungen

Die Bedeutung therapeutischer Techniken, die sich auf künstlerisch-kreative Erlebnisweisen stützen, liegt nicht zuletzt darin begründet, dass sie ebendiese evolutionär grundgelegten Voraussetzungen menschlicher Existenz unmittelbar ansprechen, verstärken und im therapeutischen Prozess wiederherzustellen versuchen. Diese evolutionär entwickelte „Gerichtetheit, die sich in allem organischen und menschlichen Leben zeigt: der Drang nach Expansion, Ausdehnung, Entwicklung und Reife; die Tendenz, alle Kapazitäten des Organismus oder des Selbst zum Ausdruck zu bringen und zu aktivieren“, prädestiniert den kreativen Ausdruck als Medium von Therapie, denn, so formuliert es Carl Rogers (1961a/1974, S. 340), „der Ursprung der

Kreativität ist anscheinend die gleiche Tendenz, die uns in der Tiefe als die heilende Kraft der Psychotherapie begegnet – *das Bestreben des Menschen, sich selbst zu aktualisieren, seine Möglichkeiten zu werden*“ (Hervorhebung im Original).

Es liegt in der Natur derartiger kreativer Prozesse, dass ihre Entfaltung und ihr Ergebnis nicht restlos vorhersehbar sind. Dies widerspricht bis zu einem gewissen Grad der naturwissenschaftlichen Beweislogik, die von theoretischen oder empirischen Begründungen her bestimmte Effekte eingrenzbarer „Wirkfaktoren“ hypothetisch vorherzusagen und durch möglichst „objektive“ Messungen zu bestätigen sucht. Dies ist kaum möglich, ohne die Entfaltung eines therapeutischen Prozesses mit kreativen Medien Standardisierungen zu unterwerfen, die seinem Wesenskern widersprechen. Wo aber die *spezifische* Bedeutung ästhetischer, kreativer und künstlerischer Unmittelbarkeit und Erfahrung zugunsten der Erfordernisse naturwissenschaftlicher Wirkungsnachweise aufgegeben wird, laufen künstlerische Therapien Gefahr, dass sie am Ende nicht ihre „Berechtigung“, sondern ihre „Überflüssigkeit“ naturwissenschaftlich bestätigt finden: Isolierte Reiz-Reaktionen können auch medikamentös erreicht werden.

Die Künste können mit derartigen vorhersagbaren Wirkungen nicht aufwarten. Sie können aber körperlich und psychisch Leidenden ein „Vokabular“ anbieten, welches ihr Empfinden symbolisch erfasst und es auf allen möglichen Ebenen der ihn umgebenden Welt in Beziehung setzt – und damit „Sinn“ verleiht. Dabei können die Künste helfen, mitunter eingeeengte Begrifflichkeiten von „Normalität“ und „Wahrnehmung“ neu zu überdenken: So war der Musikpädagoge und Komponist Wolfgang Roscher überzeugt, dass „die ästhetischen Prozesse Glück vermitteln und ein Maß von Erfüllung auszulösen vermögen, das die Grenzzäune zwischen krank und gesund einreißt. Therapie bedeutet hier nicht Annäherung an einen oder gar Herstellung eines ‚gesunden Normalzustands‘, der scheinbar und vorgeblich alle Beeinträchtigungen und Behinderungen ausschließt, sondern ‚Hoffnung‘ ohne Richtschnur und ‚Heil‘ ohne Winkelmaß [...]“ (Roscher, 1991, S. 4).

Die Grunderfahrung, dass das „was wirkt“, nicht an isolierbaren Aspekten des eingesetzten kreativen Mediums festzumachen ist, sondern erst aus der Entwicklung der therapeutischen Situation erfahren werden kann und sich in manchen Fällen sogar einer direkten „Benennung“ entzieht, mag aus der Sicht einer theoriegestützten „Planbarkeit“ von Psychotherapie als Nachteil erscheinen. Dass die therapeutische Arbeit mit kreativen Medien dem Therapeuten bzw. der Therapeutin ein besonders hohes Maß an Achtsamkeit für die vielfältigen Aspekte der therapeutischen Situation und seiner Entwicklung abverlangt, wird aber von den in diesen Therapieformen Erfahrenen keineswegs als Nachteil angesehen. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass derartige „Kontextwirkungen“ gewiss

auch in der Personzentrierten Psychotherapie eine Rolle spielen, aber von einem auf spezifische Wirkungserwartungen fixierten Blick nur allzu leicht ausgeblendet werden, könnten Erfahrungen aus der Therapie mit kreativen Medien auch für den Personzentrierten Ansatz von Interesse sein.

Eine Verbindung von Personenzentrierter Therapie und kreativen Medien hat Natalie Rogers (1993, S. 2; Kursivschrift im Original) bereits Anfang der 1990er Jahre eingeleitet:

„Expressive art refers to using the emotional, intuitive aspect of ourselves in various media. We express inner feelings by creating outer forms. It is true, of course, that talking about our feelings is also an important way to express and discover ourselves, meaningfully. But in the therapeutic world based on humanistic principles, the words *expressive therapy* have been reserved for nonverbal and/or metaphoric expression. Humanistic expressive arts therapy differs from the analytic or medical model of art therapy, in which art is used to diagnose and treat people.

When using art as an expressive mode for self-healing or therapeutic purposes, we are not concerned about the aesthetics or craftsmanship of the visual art, the grammar and style of the writing, or the harmonic flow of the song. We use the arts to let go, to express, and to release. Also, we gain insight by studying the symbolic and metaphoric messages.“

Literatur

- Allesch, C. G. (1993). Psychologie und Ästhetik – Zur Geschichte und Gegenwart eines schwierigen Verhältnisses. In W. Schurian (Hrsg.), *Kunstpsychologie heute* (S. 19–48). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Allesch, C. G. (2006). *Einführung in die psychologische Ästhetik*. Wien: Wiener Universitätsverlag.
- Allesch, C. G. & Korenjak, A. (2009). Ästhetische Erfahrung und seelische Gesundheit – Ein Beitrag aus historischer, interkultureller und polyästhetischer Perspektive. In G. Franzen (Hrsg.), *Kunst und seelische Gesundheit* (S. 31–46). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Arnheim, R. (2000). *Kunst und Sehen. Eine Psychologie des schöpferischen Auges*. 3., unveränd. Aufl., Berlin: de Gruyter.
- Boesch, E. E. (1983). *Das Magische und das Schöne. Zur Symbolik von Objekten und Handlungen*. Stuttgart: Frommann & Holzboog.
- Boesch, E. E. (1991). *Symbolic Action Theory and Cultural Psychology*. Berlin: Springer.
- Bruhn, H. (2000). *Musiktherapie. Geschichte – Theorien – Methoden*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.
- Bunt, L. (1994). *Music Therapy. An Art Beyond Words*. London, New York: Routledge. (Reprint 2005)
- Eberhard-Kaechele, M. & Aldridge, D. (2011): Das Spezifische der Künstlerischen Therapien. *Musiktherapeutische Umschau*, 32, 193–205.
- Faltin, P. (1980). Über Gegenstand und Sinn der philosophischen Ästhetik. *International Review of the Aesthetics and Sociology of Music*, 11, 169–195. Faltin, P. (1985). Bedeutung ästhetischer Zeichen. *Musik und Sprache*. Aachen: Rader.
- Gorsen, P. (1980). *Kunst und Krankheit. Metamorphosen der ästhetischen Einbildungskraft*. Frankfurt/M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Haile, B. & Wheelwright, M. (1949). *Emergence Myth: According to the Hanelthnayhe or Upward Reaching Rite*. Santa Fe, NM: Museum of Navaho Ceremonial Art. (Navaho Religion Series, Vol. 3)
- Herr, M. & Ibn-Butlän (1533/1988). *Schachtafeln der Gesuntheit*. Neudr. d. Ausg. Strassburg 1533. Weinheim: VCH
- Hesley, J. W. & Hesley, J. G. (1998). *Rent Two Films and Let's Talk in the Morning. Using Popular Movies in Psychotherapy*. New York u. a.: John Wiley & Sons, Inc.
- Jekat, F. (1999). Vortrag zum 4. Jour fixe am 13. Dezember 1999. 40 Jahre Musiktherapie in Österreich. Zur Entwicklung eines Berufes. Überarbeitete Fassung. Wissenswertes zum ÖBM, Einsatzbereiche der Musiktherapie, die Frage der beruflichen Identität“. In ÖBM – Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen (Hrsg.). *Jour fixe 1999*. Wien: ÖBM.
- Kant, I. (1790). *Critik der Urtheilskraft*. Berlin: Lagarde und Friedrich.
- Kobbert, M. J. (1984). *Kunstpsychologie. Kunstwerk, Künstler und Betrachter*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Korenjak, A. (2003). *Musik als Heilkunst. Eine vergleichende Kulturgeschichte musikalischen Heilens, reflektiert an Therapiekonzepten der Gegenwart*. Dissertation Salzburg: Universität Mozarteum Salzburg.
- Korenjak, A. (2012a). Musik und Diätetik. Die Musik im Dienste der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. In K. Grzywka et al. (Hrsg.), *Kultur – Literatur – Sprache. Festschrift für Lech Kolago zum 70. Geburtstag*. Bd. 2. (S. 1199–1246). Warszawa: Instytut Germanistyki Uniwersytetu Warszawskiego.
- Korenjak, A. (2012b). Musik und rituelle Heilung am Beispiel des Tarantismus. Historische, ethnologische und psychologische Reflexionen. In J. v. Belzen (Hrsg.), *Musik und Religion* (S. 125–164). Wiesbaden: Springer.
- Langemann, I. & König, B. (2013). *Das Lied des Lebens* (DVD). Berlin: Absolut-Medien.
- Langer, S. K. (1984). *Philosophie auf neuem Wege. Das Symbol im Denken, im Ritus und in der Kunst*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.
- Lorenzer, A. (1992). *Das Konzil der Buchhalter. Die Zerstörung der Sinnlichkeit*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Lücke, S. (2012). Kunst- und Gestaltungstherapie im Prozess der Traumheilung. In L. Reddemann (Hrsg.), *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (S. 132–165). 16. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Matsumoto, D. & Juang, L. (2013). *Culture and Psychology*. 5th ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Musil, R. (1978). *Der Mann ohne Eigenschaften* (1930/32), Bd. I. Neuausgabe Reinbek: Rowohlt.
- Petersen, P. (2002). *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge*. Stuttgart: Meyer.
- Reddemann, L. (2012). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. 16. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. (1961a/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (On Becoming a person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, N. (1993). *The Creative connection: Expressive Arts as Healing*. Palo Alto: Science & Behavior Books, Inc.
- Roscher, W. (1991). Polyästhetische Erziehung: „Kunst und Therapie“. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 1, 3–6. Rouget, G. (1985). *Music and Trance. A Theory of the Relations between Music and Possession*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Salber, W. (1986). *Kunst – Psychologie – Behandlung*. 2., völlig neu bearb. Aufl. Bonn: Bouvier.

- Schieffelin, E.L. (1996). On failure and performance. Throwing the medium out of the seance. In Laderman, Carol & Roseman, M. (Eds.), *The Performance of Healing* (pp. 59–90). New York: Routledge.
- Schumacher, K. & Calvet, C. (2007a). *Synchronisation / Synchronization. Musiktherapie bei Kindern mit Autismus – Music Therapy with Children on the Autistic Spectrum* (DVD). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schumacher, K. & Calvet, C. (2007b). Entwicklungspsychologisch orientierte Kindermusiktherapie – am Beispiel der „Synchronisation“ als relevantes Moment. In U. Stiff & R. Tüpker (Hrsg.), *Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden* (S. 27–61). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schurian, W. (1986). *Psychologie ästhetischer Wahrnehmungen. Selbstorganisation und Vielschichtigkeit von Empfindung, Verhalten und Verlangens*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Stegemann, T., Hitzeler, M. & Blotevogel, M. (2012). *Künstlerische Therapien mit Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt.
- Stegemann, T. & Schmidt, H.-U. (2010). Zur Indikation und Kontraindikation von Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Fragebogenuntersuchung. *Musiktherapeutische Umschau*, 31, 87–101.
- Touma, H. H. (1982): Außereuropäische Heilmusik. In G. Harrer (Hrsg.), *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie*. 2., neubearb. Auflage (S. 287–291). Stuttgart: Gustav Fischer.
- Tüpker, R. (2013). *Ich singe, was ich nicht sagen kann*. 3., aktualisierte Aufl. Norderstedt: Books on Demand.
- Winnicott, D. W. (1993). *Vom Spiel zur Kreativität*. 7. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.

Der Personzentrierte Ansatz nach Carl R. Rogers – eine Utopie?

Kristina Kokta
Wien

Der vorliegende Artikel dient der Aufdeckung utopischer Gedankenkonstrukte im Personzentrierten Ansatz nach Carl R. Rogers. Basierend auf der leitenden Forschungsfrage: „Inwiefern weist der Personzentrierte Ansatz utopische Momente auf?“ werden die Ideen und Entwürfe Rogers' einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Dahingehend erfolgt eine Untergliederung des gesamten Ansatzes in drei Teilbereiche – in seine individuellen, pädagogischen und sozialen, politischen Theorien –, in denen Rogers verstärkt für Innovationen und Veränderungen auf der Basis humanistischer Ideale und Werte plädiert. Zu diesem Zwecke ist eine vorangehende, differenzierte Beschäftigung mit dem Begriff der Utopie für ein besseres Verständnis dieses Phänomens unentbehrlich. Abschließend erfolgt eine postmoderne Diskussion der personzentrierten (utopischen) Theorien, um die Implikationen des Rogerianischen Ansatzes bis in die heutige Zeit beurteilen zu können.

Schlüsselwörter: Personzentrierter Ansatz, Utopie, Carl Rogers, Neue Welt, Frieden, Identitätskrise

The person-centered approach by Carl R. Rogers – a utopian construct? This thesis attends to discuss the link between aspects of the person-centered approach by Carl R. Rogers and utopian constructs. Resting upon the leading research question: “To what extent does the person-centered approach own utopian features?” the visions and drafts of Rogers will be submitted a scrutinized consideration. Therefore the whole approach will be subdivided into three parts – into individual, pedagogical and social, political theories – where Rogers called for innovations and changes based on humanistic ideals. For that purpose a preceding involvement with the term utopia is indispensable to get a better insight of this phenomenon. Finally there will be a synopsis of the person-centered theories to evaluate the implications of the Rogerian approach till the present day.

Keywords: Person Centered Approach, Utopia, Carl Rogers, New World, Peace, Crisis of Identity

1. Erkenntnisinteresse – Das Naheverhältnis zur Utopie

Beschäftigt man sich näher mit den Publikationen des Begründers des Personzentrierten Ansatzes, Carl Ransom Rogers¹, lässt sich in den Ausführungen wiederholt der Wunsch, die Stellung des Individuums,² die gegenwärtigen zwischenmenschlichen Beziehungen sowie in späteren Jahren die erzieherische, soziale und politische Wirklichkeit durch revolutionäre Vorstellungen zu verändern, erkennen. In einer Rede der American Psychological Association im Jahre 1972 erklärte Rogers, dass es an der Zeit sei, zukunftsorientiert eine neue Gesellschaft mit

Hilfe eines neuen Ansatzes zu entwerfen (Rogers & Rosenberg, 1980). Seine Entwürfe beschränkten sich demnach nicht nur auf den beratenden, therapeutischen Bereich, sondern er war vielmehr bestrebt, seine Grundsätze auch auf andere wesentliche Gebiete – schlussendlich die ganze Welt – auszudehnen. Insbesondere lässt sich aus seinem Alterswerk eine bemerkenswerte Überzeugung herauslesen, dass sein Personzentrierter Ansatz eine Alternative für die vorhandene destruktive Welt darstellt, um diese vor einem Verfall zu bewahren (z. B. Rogers, 1977; 1980/1981; Rogers & Ryback, 1984). Gewiss hat Rogers kein vollendetes utopisches Modell erarbeitet, jedoch erinnert seine vi-

Kristina Kokta, *1984, absolvierte 2011 ihr Studium der Bildungswissenschaften an der Universität Wien (Schwerpunkt „Projektstudium: Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie“ unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer). Sie ist derzeit als Beraterin und Coach für Personen mit multiplen sozialen Problemlagen im arbeitsmarktpolitischen Kontext in Wien tätig.
Kontaktadresse: Mag.^a Kristina Kokta, 1080 Wien, Schönbornrgasse 18, E-Mail: kokta_kristina@gmx.at

1 In vorliegender Arbeit sind mit dem Begriff des Personzentrierten Ansatzes primär das Gedankengut und die Publikationen des Begründers Carl Rogers gemeint.
2 Obwohl ich die Auseinandersetzung mit einem geschlechtergerechten Sprachgebrauch für sinnvoll und notwendig erachte, entscheide ich mich im Sinne der leichteren Lesbarkeit in vorliegendem Artikel für einen Verzicht auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise. Ausdrücklich halte ich jedoch fest, dass die bei Personen verwendete maskuline Form für beide Geschlechter gleichermaßen gilt.

sionäre Konstruktion einer neuartigen „personzentrierten“ Gesellschaft mittels Gedankenlinien aus seinem therapeutischen Ansatz durchaus an utopische Entwürfe.

Die Inhalte des Personzentrierten Ansatzes waren zu damaliger Zeit gänzlich neuartig – einer der Biographen Rogers, David Cohen (1997), spricht sogar von „*radical ideas*“ (p. 13), Eugene Gendlin (1988) von „[...] *he turned the social system upside down*“ (p. 127) bzw. schreibt Groddeck (2002), dass „*Rogers in eine schroffe Frontstellung gegen medizinisch-psychiatrischen [sic!] und psychoanalytischen [sic!] Dogmen der damaligen Zeit [geht]*“ (S. 105). Wörter wie *revolutionär*, *neuartig*, *radikal* etc. werden im Großen und Ganzen von Rogers selbst bzw. seinen Anhängern verwendet – entspringen somit einer subjektiv positiven Sichtweise, der nicht uneingeschränkt Folge zu leisten ist. Von seinen Kritikern hingegen wird der Ansatz vielfach als utopisch – im Alltagssprachlichen Verständnis dieses Begriffes im Sinne von nicht möglich, naiv, undurchführbar, Träumerei oder Hirngespinnst – bezeichnet. In einigen Werken werden seine damaligen Entwürfe wahrhaftig als Utopien bzw. Rogers selbst als Utopist bezeichnet. Der österreichische Universitätsprofessor und Psychotherapeut Reinhold Stipsits (1991, S. 130 ff.) widmet ein Unterkapitel seines Werkes „Gegenlicht“ dem Thema Rogers als Utopist, benennt dies jedoch explizit als *eine* Leseart von Rogers' Gesamtwerk. Auch Rogers' Wegbegleiter, John K. Wood (2008), verweist in seiner Publikation über die Implikationen des Personzentrierten Ansatzes auf die diesbezüglichen unterschiedlichsten Sichtweisen der Anhängerschaft und bezeichnet dabei eine dieser Gesinnungsrichtungen als „*a utopian way of life*“ (p. 14). Groddeck (2002) beispielsweise lokalisiert Rogers' Werk „Entwicklung der Persönlichkeit“ durchaus als „[...] *selbstreflektierendes Buch über sich, seine Werte, Ziele und Utopien* [...]“ (S. 139f.) und Vogel (1989) gibt sich überzeugt: „*Das Noch-Nicht, das Real-Mögliche und der Übergang, das Neue sind Grundfiguren im Denken Rogers*“ (S. 93). Auf dieser Art des Verständnisses des Nachlasses Rogers' aufbauend, wird im vorliegenden Artikel untersucht, inwiefern sein Personzentrierter Ansatz utopische Momente aufweist und inwieweit sich tatsächlich Parallelen zum Genre der Utopie finden lassen.

1.2 Beitrag zur Identitätsdiskussion

Im Gegensatz zu anderen Therapierichtungen blieben Rogers' Leistungen nicht nur auf einen neuen Zugang zu Beratung und Psychotherapie beschränkt, sondern entwickelten sich zum Personzentrierten Ansatz, indem er seine Grundgedanken mit der Zeit auf jegliche zwischenmenschliche Beziehungen anwendbar machte, was schließlich in seine weltweiten Friedensbemühungen mündete. Diese eher unübliche Ausdehnung und Verbreitung des als Theorie für die Disziplinen der Psychologie und

Psychotherapie begonnenen Ideenkomplexes hin zu einem allumfassenden Ansatz wird als eine der Hauptursachen für die heutigen Problemstellungen im Rahmen der Personzentrierten Psychotherapie/des Personzentrierten Ansatzes gesehen (Steenbuck, 2005). Dieser Artikel beabsichtigt, Dogmatisierungen in jedwede Richtung zu vermeiden und einen Impuls für weiterführende Auseinandersetzungen mit diesem Thema zu bewirken. Indem der Rogerianische Ansatz von einer anderen Seite beleuchtet wird, soll dies einen Beitrag zu gegenwärtigen Identitätsfragen leisten.

In einem ersten Teil wird der zentralen Frage, was das Phänomen der Utopie ausmacht, nachgegangen. Danach folgt eine differenziertere Auseinandersetzung mit elementaren Inhalten des Rogerianischen Ansatzes. Aufgrund der Komplexität der Innovationen des Ansatzes werden Rogers' Theorien in jene drei Ebenen eingeteilt, in denen er am nachdrücklichsten für eine Modifikation des Bestehenden eintrat. Diese werden sodann auf ihre jeweiligen utopischen Aspekte hin überprüft. Der Fokus liegt dabei auf den Fragen: An welchen Stellen von Rogers' Vorstellungen und Entwürfen werden die Grenzen des Vorstellbaren berührt? Inwiefern gedachte er selbst seine Entwürfe zu verwirklichen bzw. hielt er sie für verwirklichtbar? Um die Parallelen zu utopischen Denkmodellen zu überprüfen, ist es in einem weiteren Kapitel unabdinglich, dem Nachklang und Stellenwert des Ansatzes in der gegenwärtigen Zeit Beachtung zu schenken.

2. Zum Begriff der Utopie und seiner Funktion

Sätze wie „Das ist doch utopisch!“ werden im Alltag überaus oft verwendet. Was genau verbirgt sich jedoch hinter diesem Wort und dessen Substantiv – die Utopie? Was ist ihre ursprüngliche Bedeutung, wie ist sie entstanden? Aus welchem Grund hat sich dieses Phänomen mitsamt seinen Entwürfen über Jahrhunderte gehalten und welchen Sinn und Zweck erfüllen utopische Konstruktionen in Bezug auf die Gesamtgesellschaft sowie im alltäglichen Leben von Individuen?

2.1 Auf der Suche nach einer formalen Definition

Bloch (1997) folgend reicht die utopische Idee bis auf die Prophezeiungen der Bücher Moses, die Exodusteile der Bibel, die Wunder Jesu Christi sowie die Werke der griechischen Philosophen Platon und Aristoteles zurück, die sich als zumindest utopisch-ähnliche Gebilde bezeichnen lassen. Platon wird auch heute noch mit seiner um ca. 400 v. Chr. als Staatsroman konzipierten „*Politeia*“ als einer der ersten bekannten Utopisten angesehen. Ursprünglich kommt der Begriff Utopie von den zwei griechischen Wörtern „*ού*“ und „*τόπος*“, die mit ‚Nicht-Ort‘

übersetzt werden können, da ‚topos‘ der Ort und das vorangestellte ‚u‘ eine spielerische Verneinung im Griechischen ist. „<U-topia> besagt: <Den Ort – den gibt es nicht!>“ (Kerényi, 1964, S. 11). Von dieser ursprünglichen Begriffsbedeutung ausgehend hat sich jedoch in der Literatur eine Vielzahl an unterschiedlichen und kontroversen Auslegungen entwickelt. Einigkeit scheint bei den Autoren darin zu herrschen, dass der Begriff der Utopie nicht leicht fassbar und eine homogene Definition keine leichte Angelegenheit ist (z. B. Kerényi, 1964; Mannheim, 1968b; Neusüss, 1968; Swoboda, 1972; Davis, 1981; Gnüg, 1999; Sitter-Liver, 2007).

Nach eingehender interdisziplinärer Literaturrecherche lassen sich dennoch Berührungspunkte und somit entscheidende, wesentliche Eigenschaften ausfindig machen, die sich in folgenden Formation wiederfinden:

2.1.1 Utopisches Denken als Nicht-Sein

Mannheim (1968a; 1968b) setzt sich in seinen Schriften intensiv mit der Thematik der Utopie und des utopischen Bewusstseins als Denkform auseinander, indem er bemüht ist, sie wissenschaftstheoretisch zu erfassen. Er beschreibt die utopische Denkform als etwas, das mit dem bestehenden Sein nicht deckungsgleich („seinstranszendente“) ist. Bloch (1997) schreibt der Utopie – in Erweiterung der Theorie Mannheims – eine „*Ontologie des Noch-Nicht-Seins*“ (S. 71) zu. Utopische Entwürfe beinhalten stets nur Hoffnungen der Utopisten auf Realisierung, nicht allerdings die Realisierung selbst. Wesentlich ist jedoch, dass es sich hierbei nicht um einen unbewussten Vorgang handelt, der an die Oberfläche drängt, sondern um ein Abbild der Zukunft, welche noch im Stadium der Möglichkeit steht. Utopisches Denken ist mit dem gegenwärtigen Sein nicht in Einklang zu bringen, da es nicht wirklichkeitsgemäß ist. „*A state of mind is utopian when it is incongruous with the state of reality within which it occurs*“ (Mannheim, 1997, S. 173). Die Utopie kann nur in dem Raum zwischen dem Seienden und dem völlig Unvorstellbaren existieren. Sie berührt somit die Grenzen des Vorstellbaren. Sie darf weder einen realen Topos besitzen, noch atopisch im Sinne von unmöglich sein. Sobald der Entwurf zur Realität wird, tritt er seinen utopischen Charakter ab.

2.1.2 Dualismus: Gesellschaftskritik – Zukunftsvision

Mannheim (1968b) konstatiert, dass die Utopie, bezogen auf die Gegenwart, stets eine umwälzende Funktion beinhaltet. Sie beschreibt das Nicht-Sein, von dem aus man auf die unzulänglich bestehende Realität schließen kann. Der Sozialphilosoph Horkheimer (1968) betrachtet die Utopie als ein Phänomen, das eine typisch dualistische Struktur aufweist: Einmal übt sie Kritik an den *gegenwärtigen* Bedingungen, andererseits stellt sie dar, wie diese ihrer Ansicht nach sein sollten – sie ist *zukunftsorientiert*. Das Ziel, dessen Antrieb die Anprangerung

der vorherrschenden Zustände ist, stellt eine vollendete Gesellschaft dar. Der niederländische Philosoph Polak (1968) benennt diesen unverkennbaren Dualismus einer Utopie auf der einen Seite als „*Seinsspessimismus*“, auf der anderen Seite als „*Willensoptimismus*“ und spricht ihm eine Wechselwirkung zu (S. 367). Insofern ist die Unzufriedenheit mit dem Gegebenen eine der Voraussetzungen für die gedankliche Erschaffung einer gelungeneren Welt. Die Utopie vermittelt somit gewissermaßen zwischen Gegenwart und Zukunft.

2.1.3 Utopien als bewusst-intentionale Konstrukte

Vorrangig wird Utopien ein immanentes Ziel zugeschrieben. Sie sind also nicht beliebige Wunschvorstellungen, sondern bahnen *bewusst* eine neue gesellschaftliche Realität an. Die Kritik an den bestehenden Gegebenheiten und der konkrete Wunsch nach einer besseren Zukunft unterscheidet die Utopie somit von der nicht zielgerichteten Phantasie (Gnüg, 1999). Der Philosoph und Soziologe Marcuse (1968) untersucht in seinen Schriften den Zusammenhang bzw. Unterschied zwischen Utopie und Phantasie und kommt zur Ansicht, dass hinter der Phantasie – um zur Utopie zu werden – ein Wissen stehen muss. Ein Wissen darüber, dass sie Wirklichkeit werden *kann*. Auch Swoboda (1972), der sich eindringlich mit den Charakterzügen eines Utopisten auseinandersetzt, vertritt die Auffassung, dass Utopien stets als Realutopien angelegt sind. In utopischen Entwürfen kommt somit immer ein entsprechender Plan zum Ausdruck, indem im festen Glauben der Verwirklichbarkeit eine Zukunftsvision konstruiert wird.

2.1.4 Tabula rasa-Bestrebungen

Eine weitere Gemeinsamkeit zahlreicher Utopien ist ihr Ausgangspunkt als völliger Neuanfang der Menschheit und der Welt, gleichsam die Darstellung einer Tabula rasa-Situation. Nur von dieser ausgehend gelingt es, die Idealstaaten und -gesellschaftsentwürfe zu verwirklichen (Bossle, 1988). Zudem unterstellt Swoboda (1972) den Utopisten, dass sie ihren Entwürfen häufig das Konzept der Tabula rasa zugrundelegen, wenngleich sie es sich oftmals nicht eingestehen wollen. Dieser hypothetisch angenommene Unschuld-/Unberührtheitszustand ist ein weiteres Zeichen der Unrealisierbarkeit in der gegenwärtigen Welt, in der wir leben. Einen vor-sozialen, rein naturgemäßen Zustand gibt es nicht (mehr) (Hansen, 1996). Trotz des Wissens um die Unmöglichkeit der Schaffung einer Tabula rasa-Situation durchschreitet die Vorstellung eines Neubeginns erkennbar die utopischen Entwürfe unserer Vergangenheit und Gegenwart.

2.1.5 Ethische Anforderungen

Vor allem humanistische Sozialutopien sind, in Anlehnung an die Werte des Humanismus, von den Idealen des Friedens, der

Humanität und Gerechtigkeit getragen. Davis (1981) beschreibt den gedanklichen Hintergrund der humanistischen Autoren folgendermaßen: „*All visualisers of ideal societies are concerned to maximise harmony and contentment and to minimise conflict and misery*“ (S. 19). Polak (1968) ist der Meinung, dass es bei utopischen Entwürfen nicht ausschließlich um eine Mängelkompensation der gegenwärtigen Bedingungen geht, sondern diese die Menschen gleichsam dazu auffordern, aktiv Schritte in Richtung einer vollendeten Gemeinschaft zu unternehmen. „*Er [der Utopist; Anm. Verf.] will den Menschen aufrütteln, und zwar nicht zum Handeln schlechthin, sondern zu sinnvollem, auf die bessere, von ihm entworfene Gesellschaft hin orientiertem Handeln*“ (S. 369). Mit Blick auf die Geschichte lassen sich bei Sozialutopien stets Wert- und Moralvorstellungen des Utopisten erkennen, die humanistischen Idealstandards entsprechen und Fragen der Menschlichkeit aufwerfen.

2.1.6 *La condition humaine*

Uchtenhagen (2005/2006) stellt sich die Frage, warum utopische Zielsetzungen auch im postmodernen Zeitalter nichts an ihrer Attraktivität eingebüßt haben und gleichsam eine „*anthropologische Konstante*“ (S. 181) darstellen. Er vergleicht deren unbeirrtes Bestehen mit der Sinnsuche im Leben der Menschen und schlussfolgert: [...] *das Leiden an den Unzulänglichkeiten und das Bedürfnis nach Verbesserungen gehört wohl zur condition humaine*“ (S. 182). Wie die Suche nach dem eigentlichen Lebenssinn sind die Gegenwartskritik sowie der Versuch, neue, „geglücktere“ Gesellschaftsmodelle zu erschaffen, demnach etwas spezifisch Menschliches und für das menschliche Dasein charakteristisch. Das Individuum lebt letztendlich in einem ständigen Spannungszustand zwischen einer gedanklich freien Zukunftsvorstellung und den Grenzen und Verdrießlichkeiten der Realität. Da Menschen um ihre Endlichkeit wissen, hält die fortwährende Hoffnung auf eine bessere Zukunft utopisches Denken am Leben. Bloch (1997) argumentiert, dass das Ende des Auftauchens von Utopien das Ende des Menschseins überhaupt wäre, da dies ein spezifisch menschliches Merkmal ist, das uns von anderen Lebewesen abgrenzt. Utopische Entwürfe gehören zum menschlichen Sein unumgänglich dazu.

3. Die „Utopien“ des Personzentrierten Ansatzes nach Carl R. Rogers

Die gezielte Hervorhebung von drei Ebenen des Rogerianischen Ansatzes lehnt sich an die Einteilung des deutschen Psychologen und Psychotherapeuten Albert-Ludwig Vogel (1989) in seinem Werk „Das Politische bei Carl R. Rogers“ an. Vogel erkennt in seiner wissenschaftlichen Arbeit drei Aspekte, wo

er die meiste Tätigkeit sowie die dringendste Forderung nach Veränderungen auf Seiten Rogers' ausmacht – in Bezug auf das Individuum, die politische/kulturelle, menschliche Kommunikations- und Verständigungsstruktur sowie im Hinblick auf normsetzende Institutionen, wobei hierbei das Unterrichts- und Erziehungssystem im Fokus steht. Gleichsam wird der Ansatz Rogers' auch von anderen Autoren, neben seiner Bedeutung für die Psychotherapie, als besonders einflussreich auf den Gebieten Erziehung und Unterricht sowie Konfliktlösung und Friedensarbeit gesehen (z. B. Kirschenbaum, 1979; Russel, 2002; Gendlin, 2002). Auf der Grundlage dieser drei Stränge wird jeder einzelne unter Einbeziehung von Kritikpunkten auf seine utopischen Momente hin reflektiert.

3.1 *Die individuelle Ebene*

3.1.1 *Das Emporkommen eines ‚neuen Menschen‘*

In seinen späteren Ausführungen geht Rogers (1980/1981) über die Beschreibung der *fully functioning person*, des seelisch optimal entwickelten, voll funktionsfähigen Menschen, der aus einer erfolgreichen Psychotherapie hervorgeht, hinaus. Basierend auf seiner individuellen Theorie zieht er zusätzlich den soziologischen Aspekt der Auswirkungen auf die Umwelt mit ein. Hierfür charakterisiert er einen neuen Menschen, dem er bestimmte universell-kollektive Eigenschaften zuschreibt, die mit denen einer voll entfalteten Person übereinstimmen. Motiv für dessen Konstruktion stellt die „Welt von morgen“ dar, eine sich im Herannahen befindende, neuartig verwandelte Welt, die frei von Machtkämpfen und Disputen ist, da Intuition und Spiritualität sowie die Abkehr von großen Institutionen vorherrschen. Bereits im Vorwort seines Werkes „Der neue Mensch“ stößt man auf Rogers' Hinweis, dass er all seinen Ausführungen eine bestimmte Hypothese zugrunde legt. In seinen Worten ist dies „[...] *die Überzeugung, daß der menschliche Organismus, das einzelne Mitglied der Spezies Mensch, in seinen Tendenzen und seiner Richtung im Kern konstruktiv ist*“ (S. 7). Dieses inständige Vertrauen in das einzelne Individuum ließ zahlreiche Forscher im Hinblick auf die Negation eines destruktiven Anteils im Menschen an der Möglichkeit der Effektivität der personzentrierten Annahmen zweifeln. Nicht selten kam es zu Vorwürfen des hoffnungslosen Optimismus und der Naivität der personzentrierten individuellen Theorien (z. B. Bommert, 1977; Keil & Stumm, 2002; Kirschenbaum, 2007). Selbst in den eigenen Reihen gab es missbilligende Äußerungen. Beispielsweise weist Cohen (1997) darauf hin, dass der humanistische und existentialistische Psychologe Rollo May, der sich insbesondere mit dem Gewaltphänomen beschäftigte, Rogers vorwarf, dass dieser immer schon Probleme gehabt hätte, sich den negativen Emotionen im Menschen zu stellen und eindeutige psychologische Experimente ignoriert hätte. Die Kritik

Rollo Mays ist jedoch nicht gänzlich gerechtfertigt, da Rogers (1961/1979), durchaus thematisiert, dass Individuen „[...] *sich unglaublich grausam, destruktiv, unreif, regressiv, asozial und schädlich verhalten können* [...]“ (S. 42), jedoch betont, dass dies lediglich aus Abwehr und innerer Angst geschieht. Deshalb wird es aufgrund unumstößlich stattgefundener Erziehungs-, Erfahrungs- und Sozialisationsprozesse nicht möglich sein, einen solchen voll entfalteten, rein konstruktiven Menschen anzutreffen.

Ein wesentliches Merkmal des neuen Menschen ist, dass dieser in der Lage sein wird, einen Paradigmenwechsel³ durchzuführen und jene neue Welt zu schaffen, die gerechter und wertschätzender ist (Rogers & Rosenberg, 1980). Auf die ihm oft entgegengebrachte Kritik, dass Wertvorstellungen nicht überall auf der Welt gleich aussehen, repliziert Rogers (1964/1986), dass er aufgrund von Beobachtungen aus der Therapie die These aufstellt, dass psychisch reife Menschen universale Wertsysteme besitzen, die deshalb allgemeine Gültigkeit haben, da sie „[...] *aus den Erfahrungen des menschlichen Organismus entstehen*“ (S. 53). Er wagt sich schließlich mit seinen Annahmen noch weiter vor und stellt die vorläufige Behauptung auf, dass diese Gemeinsamkeit der Wertstrukturen „[...] *zum Überleben [sic!] und zur Evolution seiner Spezies beitragen*“ (ebd., S. 50). Dabei vertraut Rogers jedoch völlig auf die Ubiquitarität der Vorstellungen von Moral, was insofern utopisch anmutet, als dies in einem völligen Gegensatz zur vorherrschenden Realität steht. Die Wertproblematik wiederholt sich auch an der Stelle, indem der neue Mensch a priori als gut bewertet wird. Wood (2008) schreibt in seiner Publikation über die Implikationen des Personenzentrierten Ansatzes, dass diese Idealvorstellungen nur fehlschlagen können: „*This approach backfired for the Chinese communists with their 'new man' and the Soviets who used to speak of the 'new civilization'*“ (p. 162). Einerseits empört Rogers sich über Skinner, wenn dieser nicht in der Lage zu sein scheint, die Frage zu beantworten, wer über die Menschheit bestimmt, indem er sie auf ein zufriedenstellendes Leben hin konditioniert, andererseits entwirft auch Rogers hier das Leitbild einer Person, das in jedem Fall erstrebenswert ist.

Unmissverständliche Kritik erfährt Rogers' Konzept des neuen Menschen auch von Stipsits (1999), der es als „*schlicht utopisch*“ und aufgrund der ewigen Wiederholung in der Geschichte als „*praktisch ausgeleiert*“ bezeichnet (S. 134). Sozialer Zusammenhalt und Frieden ohne jegliche Unterdrückung durch Institutionen trotz Betonung der Individualität jedes Menschen sind und bleiben seiner Meinung nach Visionen, Rogers habe bloß einen nicht unerheblichen Beitrag zu möglichen Verwirklichungen geleistet. Die Idealvorstellung

eines gänzlich andersartigen mitmenschlichen Individuums in einer neuen friedlich-gerechten Welt ist, den Ausführungen Stipsits' folgend, bloß eine weitere utopische Geschichte, die sich so nicht erfüllen wird können. Vogel (1989) bezeichnet es als beeindruckend, mit welcher Überzeugung Rogers an die Verwirklichung seiner Theorien bezüglich eines neuen Menschen glaubte und schreibt dies der angestrebten stillen Revolution zu, die im Gegensatz zu einer gewaltsamen auf weniger Ablehnung stößt und dadurch für ihren Begründer aussichtsreicher erscheint.

3.2 Die pädagogische Ebene

3.2.1 Rogers' pädagogisch-revolutionäre Intention

Seit der verstärkten Ausdehnung seiner personenzentrierten Gedankenlinien auch auf andere Bereiche zwischenmenschlicher Beziehungen, erhält der pädagogische Raum vermehrt Rogers' Aufmerksamkeit. Erziehung fungiert nun nicht mehr zu Konditionierungszwecken oder reiner Wissensvermittlung in Bezug auf die Nachfrage des Marktes, sondern es ist „[...] *die hilfreiche Beziehung selbst, die erzieht*“ (Krone, 1992, S. 107). In Bezug auf seine neuartigen Konzepte hinsichtlich des Lehrens und Lernens spricht Rogers (1980/1981) von seinem angestrebten Ziel einer Demokratisierung des Unterrichtswesens und erachtet seine diesbezüglichen Vorschläge als eine revolutionäre Abkehr von dem gewöhnlichen pädagogischen Tenor der Institutionen seiner Zeit. Er stellt von Anfang an klar, dass er eine fundamentale Veränderung auf allen Ebenen anstrebt: „*Ich fürchte, daß meine Ansichten völlig unorthodox sind* [...]. *Es handelt sich nicht um eine Reformierung der herkömmlichen Erziehung; es geht vielmehr darum, die Erziehungspolitik auf den Kopf zu stellen*“ (S. 12; 143). Im Bewusstsein eines möglichen Scheiterns und mit dem Willen, das bestehende System von Grund auf zu verändern, schreibt Rogers demnach seine Überlegungen und Umsetzungsversuche in seinen Werken nieder. Wagner (1987) weist jedoch darauf hin, dass bereits Rogers bei den Realisierungsversuchen seiner pädagogischen Visionen auf erhebliche Schwierigkeiten stieß. Abgesehen von der teilweise faktischen Unmöglichkeit einer Verwirklichung seiner Ideen mussten auch bei seinen Versuchsschulen oder -klassen Adaptierungen vorgenommen werden, um sie mit den bestehenden Institutionen – dem tatsächlichen Sein – in Einklang bringen zu können. Rogers (1983/1984) selbst führt aus, dass die mehrfachen Umsetzungsversuche meistens entweder am politischen System, an anderen äußeren Umständen oder an Personen, die mit der neuen Situation nicht zurechtkamen, scheiterten, weil ihnen die Abgabe von Macht Angst einflößte. Überzeugt davon, dass sein Konzept bei geänderten Gegebenheiten in jedem Fall umsetzbar wäre, tritt Rogers für seine pädagogische Zukunftsvision ein.

3 Der Paradigmenwechsel erinnert an eine Tabula rasa-Situation.

3.2.2 Die neue Machtverteilung

In seinen pädagogischen Schriften spricht Rogers (1983/1984) dem Lehrer seine Autoritätsstellung im klassischen Sinn ab, indem er die Eigenaktivität der Schüler verdeutlicht: „*Der Moderator sorgt für eine psychologisch günstige Umgebung, in welcher der Lernende selbstverantwortlich Kontrolle zu übernehmen vermag*“ (S. 140). Im Hinblick auf die Bildungspolitik, die er in seinen Werken immer wieder anspricht, bedeutet dies, dass in dieser Art des Unterrichts niemand versucht, geschweige denn das Bedürfnis hat, mächtiger als der andere zu sein bzw. Herrschaft über andere zu erlangen. Vielmehr gelingt die Abkehr von konventionellen hierarchischen Machtstrukturen, die sich durch Über-/Unterlegenheit kennzeichnen. Der personenzentrierte Lehrer verzichtet auf seine Obrigkeit über die Schüler, überlässt die Verantwortung dem Einzelnen und behält somit nur die Herrschaft über sich selbst. Die deutsche Professorin für pädagogische Psychologie Wagner (1987) ist der Auffassung, dass gerade bei Rogers' Konzepten für Erziehung und Unterricht das bekannte Theorie-Praxis-(Umsetzungs)-Problem besonders stark zum Vorschein kommt, da die Praxis innerhalb von Erziehung, Schule und Unterricht aufgrund ihrer Komplexität auf theoretischer Ebene kaum vorhergesehen werden kann. Utopisch muten Rogers' pädagogische Konzepte auch an, wenn der Umstand betrachtet wird, dass es aufgrund der speziellen Situation der Institution Schule eine völlige Gleichstellung im Sinne einer *Symmetrie der erzieherischen Beziehung* nicht geben kann. Nach dem Ermessen Krones (1992) liegt die Problematik bei Rogers darin, dass er die Unterschiede in der strukturellen Beschaffenheit von Therapie und Erziehung vernachlässigt hat. Demzufolge hätte Rogers ohne Rücksicht auf die unterschiedliche Natur der beiden Disziplinen seine gesamten Annahmen aus dem Bereich der Beratung und Psychotherapie auf die Pädagogik übertragen und dabei deren Komplexität außer Acht gelassen. Dies führt zu einer Begrenzung der Vorstellbarkeit einer vollständigen Umsetzung der pädagogischen Konzepte Rogers'.

3.2.3 Kontemporäre Frustration und das Ideal des Bildungswesens der Zukunft

Hinter Rogers' Theorien und Vorschlägen hinsichtlich eines veränderten pädagogischen Systems steht unübersehbar auch Kritik an den zu seiner Zeit vorherrschenden Erziehungs- und Unterrichtspraxen. Groddeck (2002) schreibt, dass Rogers' Beanstandung so weit ging, dass er öffentlich kundtat, dass Heranwachsende im bestehenden Schulsystem „*eher zu manipulierten Objekten dressiert*“ (S. 133) würden, anstatt zu selbstständigen Personen. Er bemängelt die fehlende Ganzheitlichkeit, da die gegenwärtigen Bildungsinstitutionen ausschließlich den Intellekt einbeziehen und den Bereich der Gefühle und des Erlebens ausklammern. Somit wird ein wichtiger Teil der

Persönlichkeit ausgegrenzt, was zu verstärkter Entfremdung des Menschen führt. Demgegenüber skizziert Rogers (1980/1981) in seinem Werk „Der neue Mensch“, wie das künftige Bildungs- und Unterrichtssystem der neuen Welt aussehen könnte, wenn die Institution Schule dem Personenzentrierten Ansatz entsprechend vorgehen würde. Seinen Idealen entsprechend würde ein Klima des Vertrauens herrschen, in dem die natürliche Neugier nach Wissen gefördert werden könnte. Dort wäre es für Schüler ein Leichtes, Selbstvertrauen und Selbstachtung zu entwickeln sowie ihre Potenziale zu entwickeln. Alle Personen innerhalb dieser Schulen würden sich völlig wertgeschätzt und frei fühlen und im Sinne *einer* Gemeinschaft Entscheidungen treffen. In seinen Ausführungen lässt sich der für Utopien typische Dualismus von Seinspessimismus und Willensoptimismus erkennen. Rogers belässt es nicht bei einer visionären Zukunftsbildung, sondern beinhaltet diese immer auch einen Appell an die Verantwortlichen bzw. die Gesellschaft. Mit dieser impliziten Aufforderung wird sein Ansatz unweigerlich politisch und erneut weitreichender.

3.3 Die politische, gesellschaftliche, soziale Ebene

3.3.1 Düsteres Zukunftsszenario

Grund für die weitere Ausdehnung des Personenzentrierten Ansatzes sieht O'Hara (2007) in Rogers' verstärkter Befassung mit gesellschaftlichen Problemen und der damit einhergehenden Erkenntnis, dass Menschen in Psychotherapien zu helfen alleine nicht ausreicht, um die Welt humaner zu gestalten: „*He felt increasingly that the problems facing humanity were on a scale far beyond what could be helped through individual counseling* [...]“ (S. 54). Er zeichnet eine – gestützt durch die in den 1960er Jahren in den USA vorherrschende allgemeine Aufbruchstimmung – finstere, bedrohliche bevorstehende Zeit, wenn es nicht bald zu gesellschaftlichen Veränderungen kommt (Groddeck, 1987). Sein Wunsch nach einem Wandel der bestehenden Seinsordnung wird spürbar. In „Der neue Mensch“ verurteilt Rogers (1980/1981) das zu seiner Zeit in der westlichen Gesellschaft bestehende allgemeine Ungleichgewicht von Macht, das auf der Überzeugung basiert, den – wenig vertrauenswürdigen – Menschen kontrollieren zu müssen. Im Besonderen benennt er dabei die Schulen, Regierungen, Unternehmen und Industriebetriebe, die seines Erachtens das ungleiche hierarchische Modell repräsentieren und weiter forcieren. Er kritisiert somit gewissermaßen die gesamte westliche Kultur und Institutionen zu seiner Zeit, die massiv gegen humanistische Grundprinzipien agieren. Ergänzend spricht Rogers (1977) davon, dass jegliche Verhaltensweisen, die Menschen an den Tag legen, der eigentlichen inneren Natur zuwiderlaufen und nur institutionell und kulturell „eingeebnet“ werden: „*Now I believe that individuals are culturally conditioned, rewarded, reinforced, for behaviors that*

are in fact perversions of the natural directions of the unitary actualizing tendency“ (p. 247). Immer wieder warnt er in diesem Zusammenhang von einem Zerfall der Kultur und einer Selbstzerstörung der Gesellschaft. Zur nachhaltigeren Untermauerung seiner düsteren Zukunftsszenarien erwähnt Rogers (1977) in seinem Werk „On Personal Power“ den Generalsekretär der UNO, der wie er der Auffassung ist, dass der Welt bis zu ihrem Verfall nicht mehr viel Zeit bleibt. In Übereinstimmung mit den Zielen Rogers' sieht die UNO ihre ursprüngliche Zuständigkeit in der Einhaltung der Menschenrechte und des Völkerrechts sowie der Sicherung des Weltfriedens. Die Kluft zwischen theoretischen Ausführungen und ihren tatsächlichen praktischen Umsetzungen ist jedoch eine bekannte Schattenseite der humanitären Visionen, verharnt oftmals in der Utopie: „*In no area of its activities has the gap between rhetoric and action inspired greater public disillusion*“ (Righter, 1995, p. 81f.). Dieser Unzufriedenheit mit den vorherrschenden Gegebenheiten setzt Rogers Alternativen entgegen.

3.3.2 Engagement für den Frieden

Über die nationalen Grenzen hinaus begab sich Rogers, indem er Aufsätze über den drohenden Atomkrieg veröffentlichte und die Nationen, insbesondere die politischen Entscheidungsträger, eindringlich dazu aufforderte, sich ihren eigentlichen Ängsten zu stellen und zu den „Gegnern“ in echte Kommunikation zu treten. Für Rogers war dies bedingungslos „[...] *the only hope of avoiding Mutually Assured Destruction*“ (Cohen, 1997, p. 231). Rogers (1965) beschreibt den Spannungszustand, in dem sich die Welt befindet und identifiziert als Folge einen holocaust-ähnlichen Zustand und letztendlich die völlige Zerstörung der Zivilisation. Einem Artikel beinahe 20 Jahre später zufolge, „One Alternative for Nuclear Planetary Suicide“, hat sich an der atomaren Bedrohung weltweit nicht viel verändert, und Rogers & Ryback (1984) benennen die Reduktion von durch Hass und Verbitterung ausgelösten internationalen Spannungen mittlerweile als *überlebenswichtig* für die menschliche Spezies. Getragen von ethischen Anforderungen wird auch hier der utopische Dualismus Seinspessimismus und Willensoptimismus sichtbar.

Innerhalb des neu gegründeten Center for Studies of the Person, das Groddeck (2002) als „[...] *die institutionelle Gestalt für die utopischen und basisdemokratischen humanistischen Ideen und Visionen, die Rogers immer angetrieben haben*“ (S. 154) bezeichnet, startet Rogers 1984 das „Carl Rogers Peace Project“ – ein Vorhaben, das all seine Bestrebungen im internationalen Bereich zusammenfassen sollte. Erfüllt mit Enthusiasmus beschreibt Rogers (1965) seine neue Art der Konfliktlösung als „[...] *a hopeful source of new knowledge which almost certainly will develop with further experimentation and research*“ (p. 10). Zu dieser Zeit war Rogers der Überzeugung, dass sein

Konfliktlösungsansatz fundamentaler und längerfristiger als andere vergleichbare Modelle der Problemlösung sei. Hinsichtlich seiner Theorien bezüglich der Entstehung von Konflikten und der als einfach präsentierten Lösung wurde Rogers vorgeworfen, dass er die Komplexität bestimmter Situationen sowie der Entstehung von Disputen verkennt (Wood, 2008). Tatsächlich erscheint Rogers' Darstellung der Lösung einer Meinungsverschiedenheit beinahe zu simpel, um sie auf jedwede Situation anwendbar zu machen. Vielleicht war es jedoch gerade seine Kunst, komplexe Phänomene zu dekonstruieren und somit klar und eindeutig nachzuzeichnen. Seine Erfahrungsberichte, wie zum Beispiel sein Gruppenexperiment in Nordirland, veranschaulichen das Potenzial seiner Theorien. Stipsits (1999) bezeichnet Rogers' Erwägungen, politische Konflikte auf die Ebene persönlicher Beziehungen zu reduzieren, als naiv. Aufgrund der Komplexität des politischen Geschehens, das nicht nur einzelne Menschen umspannt, sei diese Vision ein „*utopisches Credo*“, das aufgrund der Grenzen menschlicher Kommunikation „*geradezu paradox anmutet*“ (S. 138). Auch Kirschenbaum (2007) weist darauf hin, dass viele Gegner der Meinung waren, dass er sich nicht genügend mit dem komplexen Phänomen von Macht auseinandersetze, indem er es zu sehr vereinfachte: „[...] *he oversimplifies the concept of power*“, (p. 455). Rogers hingegen war von der Realisierbarkeit seiner Entwürfe überzeugt und nahm dies zum Anlass, seine Visionen einer neuen Welt und einer besseren Zukunft intensiv voranzutreiben und sie auch öffentlich zu propagieren.

3.3.3 Die Ausgestaltung einer neuen Welt – „Politics of Trust“⁴

Als Folge seiner Gesellschaftskritik weist Rogers (1977; 1980/1981) in seinen späten Werken auf eine in der Zukunft liegende neue Welt hin, die sich aus den Missständen der gegenwärtigen Zeit entwickeln wird. In diesem Zusammenhang spricht Rogers (1980/1981) vom „*Aufbau einer Gemeinschaft, um interkulturelle und internationale Spannungen zu lösen und aufzulösen*“ (S. 104). Das von ihm angestrebte Zukunftsmodell erstreckt sich in befriedigenden zwischenmenschlichen Beziehungen, weltweitem Frieden und Wertschätzung jedes einzelnen Individuums. Erinnerung man sich an dieser Stelle an Rogers' Theoriekomplex des neuen Menschen, ist er es, der diese Veränderung herbeiführen wird und damit die angestrebte Welt verwirklichen kann. Es scheint, als hätte Rogers die Zukunft der Erde in den wesentlichsten Bereichen geplant, die Lösungsmöglichkeiten gegen eine Destruktion präsentiert und als läge es ausschließlich in den Händen der Machthaber, diesen Weg zu beschreiten. Entgegen Rogers' Bestreben, seine Vorstellungen für die gesamte Menschheit anwendbar zu machen, erfuhr er einiges an Vorwürfen hinsichtlich der Beschränktheit seines Ansatzes als

⁴ Kirschenbaum, 2007, p. 578.

„humanistische Philosophie des Westens“. MacDougall (2002) weist darauf hin, dass besonders Kritiker außerhalb der humanistischen Psychologie Rogers' Ansatz des Öfteren zwar als eine gute Möglichkeit der Persönlichkeitsentwicklung für die westliche, weiße amerikanische Mittelschicht bezeichneten, die jedoch für Leute aus ärmeren Verhältnissen oder mit ethnischem Background keine echte Alternative darstellen würde, da sie andere Probleme als Selbstfindung und Selbstverwirklichung hätten. So wird Rogers entgegengehalten, dass er sich nicht ausreichend mit den unterschiedlichen Lebensformen weltweit auseinandergesetzt habe. „[...] *The person-centered approach would be called a white, middle-class, Western approach to therapy, education and human relationships, less applicable or inapplicable to other cultural, economic, and political contexts in the U.S. and around the world*“ (Kirschenbaum, 2007, p. 506). Erneut stehen subjektive, implizite Wertvorstellungen Rogers' sowie die Abweichung vom tatsächlichen Sein einer umgehenden Verwirklichung seiner Vision entgegen.

4. Carl Rogers – ein Utopist?

Schon früh war sich Rogers über seine Wirkung im Klaren: „*Mir ist bewußt, daß der von mir skizzierte Lebensgang eine Wertung darstellt, die zu den üblicherweise bevorzugten oder verhaltensmäßig verfolgten Zielen entschieden im Widerspruch steht*“ (Rogers, 1961/1979, S. 182). Mit seinem Ziel, durch eine befriedigende zwischenmenschliche Beziehung dem Individuum zu Autonomie und Freiheit zu verhelfen, schafft er ein zusammenhängendes Denkkonstrukt, in dem sich seine eigenen Erfahrungen und (humanistischen) Ideale widerspiegeln. Schon bald erkennt er den umwälzenden Charakter seiner Alternativvorschläge und bezeichnet sie als revolutionär. Rogers hielt das bestehende System für mangelhaft und hält diesem, insbesondere in seinen späteren Publikationen, ein geglückteres Zukunftsmodell entgegen. Zweifellos nimmt er den Kampf gegen die vorherrschenden Verhältnisse auf: „*Revolutionaries are seen as dangerous – and there is no doubt that they are dangerous to the established order*“ (Rogers, 1977, p. 28) und er ist bemüht, auf dieser Grundlage die Gesellschaft zu verändern. Sein auf eine Verbesserung der Welt gerichtetes Alternativmodell nennt Rogers selbstbewusst „*das personenzentrierte Szenarium der Zukunft*“ (Rogers, 1980/1981, S. 186). Das Naheverhältnis zu einem Utopisten wird erkennbar, da er ausgehend von seinem tiefen Glauben an die positive Natur des Menschen, uneingeschränkt an eine Verwirklichung seiner Ideen in unmittelbarer Zukunft glaubt und ein visionäres Denkmodell offeriert. In Bezug auf seine pädagogischen Vorstellungen im Bereich des Bildungswesens postuliert Rogers (1980/1981) kühn: „*Ich bin fest davon überzeugt, daß innovatives, humanistisches,*

erfahrungsbezogenes Lernen, ob es nun innerhalb oder außerhalb des Klassenzimmers stattfindet, aus unserem Leben nicht mehr wegzudenken ist [...]“ (S. 138). Einige Eigenschaften einer Utopie im Sinne des Noch-Nicht-Seins, der Zukunftsorientiertheit sowie der Glaube an die Realisierbarkeit kommen hierbei ungeschmälert zum Ausdruck. Zu diesem Zeitpunkt bestanden Rogers' Intentionen schon lange nicht mehr nur in der Etablierung einer eigenen Therapierichtung, sondern vielmehr in der Umgestaltung der Gesellschaft bis hin zur gesamten Welt. In diesem Sinne „[...] *geht Rogers in den letzten acht Jahren seines Lebens im Engagement für diese Zielsetzung auf*“ (Groddeck, 2002, S. 183).

Einige seiner Äußerungen erwecken den Anschein, dass Rogers nicht durchgehend realistische Einschätzungen hinsichtlich der tatsächlichen Tragweite bzw. Umsetzbarkeit seiner Ideen traf. In seinem Buch „*On Personal Power*“ schreibt Rogers (1977) an verschiedenen Stellen, dass diese *stille Revolution* in beinahe jedem Bereich bereits in vollem Gange ist: „*It is, not only in principle but in cold fact, a quiet revolution*“ (p. 140). Diese darin ausgedrückte völlige Überzeugung der Realisierbarkeit seiner Entwürfe erscheint angesichts der tatsächlichen damaligen spannungsgeladenen nationalen und internationalen Verhältnisse äußerst gewagt. Dass der Personzentrierte Ansatz sich im Bereich der Psychotherapie und Psychologie als eigenständige Richtung etabliert hat und einige Experimente auch außerhalb dieses Feldes unternommen wurden, lässt an sich noch keine derartigen Verallgemeinerungen für andere Gebiete zu. Erklärbar erscheinen Rogers' Aussagen, wenn man beachtet, dass jemand, der sich über weite Strecken seines Lebens mit einer Sache beschäftigt, sich für diese einsetzt und sie gleichermaßen „lebt“, naturgemäß eine verhältnismäßig subjektive Sicht der Dinge besitzt. Vor allem, wenn er sein Denkmodell als Alternative zu einer absehbaren Zerstörung der Welt darstellt, wird der umfassende Grad seiner Zukunftsvisionen sichtbar: „*In spite of the darkness of the present, our culture may be on the verge of a great evolutionary-revolutionary leap*“ (Rogers, 1977, p. 282). Oder auch: „*Wird die Gesellschaft imstande sein, die Wirksamkeit des zweiten Paradigmas zu begreifen? Das scheint unsere einzige Überlebenshoffnung zu sein*“ (Rogers, 1980/1981, S. 104). An diesen Ausführungen lässt sich einerseits die absolute Überzeugung auf Seiten Rogers' erblicken, die andererseits unverkennbar auch eine Aufforderung an die Menschheit zum Handeln enthält, die Welt zu einer besseren zu machen bzw. vor dem Zerfall zu bewahren. Demgemäß stand mit der Zeit nicht mehr die Wirksamkeit seiner Psychotherapie an erster Stelle, sondern „*die innovative Kraft eines umfassenden Ansatzes [...]*“ und die unumstößliche Bereitschaft, „[...] *sich dieser Vision zu verpflichten*“ (Hutterer, 1992, S. 74). Auch wenn sich Rogers selbst vorzugsweise als Revolutionär sehen wollte bzw. von einer Bezeichnung seiner neuen Welt als *Utopie* Abstand

nimmt⁵, verkörperte er im Nachhinein betrachtet in einigen Bereichen durchaus die Rolle eines Utopisten.

5. Diskussion und Resümee

5.1 Identitätsfindungsschwierigkeiten

Mit der personzentrierten Beratung und Psychotherapie hat Rogers ein Modell hervorgebracht, das die psychologische und psychotherapeutische Praxis weltweit beeinflusst und mitgeformt hat (Vogel, 1989). Stipsits (1991) spricht dabei generell von einer „erfreulichen Verbreitung“ und „erstaunlichen Bekanntheit in Ländern unterschiedlicher politischer und wirtschaftlicher Systeme“ (S. 11). Cohen (1997) gibt in seiner kritischen Biographie über Rogers an, dass dessen Einfluss weniger im Bereich der psychologischen Theorie als in seiner Philosophie liegt, an der sich Fachleute aus den unterschiedlichsten Bereichen orientieren. Für den Nachweis der Effektivität der personzentrierten Therapierichtung bedeutet dies selbst nach Rogers' Ableben eine rege Forschungstätigkeit – mit den Worten von Garbsch (2000): „Keine andere humanistische Richtung ist so gut und erfolgreich beforscht worden“ (ebd., S. 38). Gemäß Schmid (2008) wird das wesentliche Merkmal der *hilfreichen Beziehung* heute international weitestgehend als State of the Art angesehen. Dennoch kämpft die Personzentrierte Psychotherapie um ihre Einheitlichkeit und in manchen Gegenden gar um ihre Existenz. Groddeck (2002) führt an, dass mit der Konzeption von Encounter-Gruppen und der Ausdehnung des Ansatzes auf unterschiedliche Gesellschaftsbereiche gleichzeitig auch der Verfall der Einheit der personzentrierten Therapie begann, da sie dadurch an Klarheit einbüßte. Sie wurde zu einem von vielen Bereichen innerhalb des Ansatzes, der so seine deutliche Bezeichnbarkeit verlor. In Anbetracht dessen war die Zergliederung seiner Psychotherapierichtung möglicherweise der Preis, den Rogers für seinen Kampf um eine bessere, menschengerechtere Zukunft bezahlte. Viele Verfechter der Rogerianischen Psychotherapie stimmen darin überein, dass je vielschichtiger die Weiterentwicklungen des Ansatzes werden, umso mehr der Wunsch nach dem Gemeinsamen, den entscheidenden Merkmalen spürbar wird, um sich der eigenen Identität bewusst zu werden. Dem folgen verschiedene Versuche der Kategorisierung der „vielen Gesichter“ der personzentrierten Psychotherapie (z. B. Geiser-Juchli, 2003; Kirschenbaum & Jourdan, 2005; Haimerl, 2007), die jedoch noch zu keiner endgültigen Lösung bzw. einem Konsens geführt haben. Insbesondere nach Rogers' Tod im Jahre 1987 scheint das Ringen um ein einheitliches Verständnis verstärkt zu Tage zu treten. Problematisch erscheint insbesondere

die Übernahme einzelner Elemente aus der Personzentrierten Psychotherapie – ohne Referenz – in andere Verfahren, da dies eine Zersplitterung noch verstärkte (Hutterer 1993). Auch die von Rogers propagierte Offenheit für Weiterentwicklungen ist einer Konformität nicht dienlich. Darin liegt jedoch gleichsam die Chance, eine unliebsame, zeitinvariante Stagnation zu unterbinden. Nur aufgrund von Erfahrungsoffenheit sind Entwicklung und Fortschritt im Sinne Rogers' möglich. Dies bedeutet mitunter auch, einen anderen Fokus auf den gesamten Ansatz zu legen und dessen *realistische* Möglichkeiten zu erkennen.

5.2 „Darkness of the Present“⁶

Im Hinblick auf seine gesellschaftlichen Konzepte zeichnet Rogers (1977) vor allem in seinem Werk „On Personal Power“ ein düsteres Szenario für die menschliche Zukunft, sollte sich die Welt nicht in eine personzentrierte Richtung entwickeln. Wirft man einen Blick in die Medien, wird schnell erkennbar, dass Kriege, Politikmisstrauen, zwischenmenschliche Gewalt, Aggression, globale politische Konflikte, Terrorismus, ja selbst atomare Bedrohung, immer noch vorhanden und aktuell sind. Es scheint, als ob die Macht der Wirtschaft allumfassend ist, während die Wettbewerbsgesellschaft, in der wir leben, wenig Raum für Selbstverwirklichung und wahrhaftige zwischenmenschliche Beziehungen bietet. Die UNO erscheint in diesem Geschehen eher machtlos, was sich durch die alltägliche Nichtbeachtung der Menschenrechte zeigt. Folgt man den Ausführungen von NGOs erfolgt gegenwärtig – im Angesicht der Vorfälle beispielsweise in Guantánamo – unter dem Vorwand des Kampfes gegen Terror bzw. zur Verteidigung von Menschenrechten – der seit Faschismus und Nationalsozialismus bisher größte Angriff auf die Errungenschaften der Aufklärung. Diese Vorfälle sind eine Kampfansage an das geltende Menschenrecht sowie humanitäre Völkerrecht und werden unter anderem als Indikator für einen allmählichen Zerfall der Demokratie gesehen (z. B. Richter, 1995; Bahar, 2009). Scheinbar haben sich Rogers' Bemühungen um eine bessere Welt nicht nachhaltig durchgesetzt. Hinsichtlich seiner gewagten Vorstellungen für die Beseitigung jeglicher (inter-)nationaler Konflikte machte er bereits in einem Interview im Jahre 1985 einige Abstriche. Er resümierte, dass die ursprüngliche Idee des Zusammenbringens der Mächtigsten aus der ganzen Welt, um sie einander auf einer personzentrierten Ebene begegnen zu lassen, eine gute war, sie sich jedoch als sehr unrealistisch herausgestellt hat. Gleichzeitig gab er sich weiterhin voll und ganz von der Sinnhaftigkeit seiner Gedanken überzeugt: „I still think that's a valuable idea, but I'm not sure who in the world could pull it off“ (Rogers & Russell, 2002, p. 218).

5 Vgl. dazu beispielsweise den Satz in Rogers' (1977) Werk „On Personal Power“: „Emerging persons would not bring Utopia“ (p. 281).

6 Rogers, 1977, S. 116.

5.3 Bedeutung für die Zukunft

Die aufgrund einiger utopischer Momente nicht vollständig gelungene Umsetzung des Personzentrierten Ansatzes nach Carl R. Rogers mildert die Bedeutung und das Revolutionäre der dahinterstehenden Ideen keineswegs. Denn die Autoren sind sich darin einig, dass die spätere tatsächliche Verwirklichung einstiger utopischer Vorstellungen kein Maßstab für ihre ursprüngliche Vernünftigkeit sein kann (z. B. Neusüss, 1968; Gnüg, 1999). Die Frage ist bloß, wann die Menschheit damit anfängt, die utopischen Visionen Rogers' angesichts der derzeitigen Verhältnisse im Weltgeschehen in Richtung individueller Autonomie und Freiheit an eine Verwirklichung heranzutragen? Somit erstreckt sich die Bedeutung der Ideen von Rogers' bedeutungsvollem Vermächtnis im Hinblick auf eine friedliche Welt bis hin zur heutigen Zeit und wird wohl auch in Zukunft noch so lange weiterleben, bis man sie aus der Utopie befreit. Wie Russell (2002) im Auftakt seines Werkes schreibt: „*Like concentric rings from a stone skipping across a pond, the work and spirit of Carl Ransom Rogers is alive*“ (p. xxii).

6. Literaturverzeichnis

- Bahar, A. (2009). *Folter im 21. Jahrhundert. Auf dem Weg in ein neues Mittelalter?* München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Bloch, J. R. (1997). *Utopie: Ortsbestimmungen im Nirgendwo. Begriff und Funktion von Gesellschaftsentwürfen*. Opladen: Leske+Budrich.
- Bommert, H. (1977). *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie – Praxis – Forschung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bossle, L. (1988). *Zur Soziologie utopischen Denkens in Europa – von Thomas Morus zu Ernst Bloch*. Würzburg: Creator-Verlag.
- Cohen, D. (1997). *Carl Rogers. A Critical Biography*. London: Constable.
- Davis, J. C. (1981). *Utopia and the Ideal Society. A Study of English Utopian Writing 1516–1700*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garbsch, M. (2000). Geschichte der Psychotherapieforschung: Der Beitrag des Personzentrierten Ansatzes. *PERSON*, 4 (1), 32–42.
- Geiser-Juchli, C. (2003). Bereicherung oder Entfremdung? Ausweitung oder Entgrenzung? Nachdenken über Weiterentwicklungen und Stolpersteine im Personzentrierten Ansatz. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 34 (3), 121–126.
- Gendlin, E. T. (1988). Carl Rogers (1902–1987). *American Psychologist*, 43 (2), 127–128.
- Gendlin, E. T. (2002). Foreword to Carl Rogers: The Quiet Revolutionary, An Oral History. In C. R. Rogers & D. E. Russell (Eds.), *Carl Rogers. The Quiet Revolutionary. An Oral History* (pp. xi–xxi). Roseville, California: Penmarin Books.
- Gnüg, H. (1999). *Utopie und utopischer Roman*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.
- Groddeck, N. (1987). Person-zentrierte Konzepte im Bereich Schule und Lehrerbildung. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG) (Hrsg.), *Rogers und die Pädagogik. Theorieanspruch und Anwendungsmöglichkeiten des personenzentrierten Ansatzes in der Pädagogik* (S. 79–140). Weinheim und München: Juventa.
- Groddeck, N. (2002). *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Haimler, D. (2007). Lässt sich der Personzentrierte Ansatz heute noch verkaufen? Eine persönliche Vision. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 18 (4), 212–217.
- Hansen, K. P. (1996). Paradoxien der rückwärtsgewandten Utopie. In G. Pochat & B. Wagner (Hrsg.), *Utopie. Gesellschaftsformen Künstlerträume* (S. 25–31). Graz: Akademische Druck- und Verlagsanstalt.
- Horkheimer, M. (1968). Die Utopie. In A. Neusüss (Hrsg.), *Begriff und Phänomen des Utopischen* (S. 178–192). Neuwied: Hermann Luchterhand.
- Hutterer, R. (1992). Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personenzentrierte Theorie der Motivation. In R. Stipsits & R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen. Mit einem historischen Beitrag von Carl R. Rogers* (S. 146–171). Wien: WUV Univ.-Verlag.
- Hutterer, R. (1993). Eclecticism: An Identity Crisis for Person-Centred Therapists. Verfügbar unter: <http://www.vrp.at/sites/default/files/Hutterer%201993.pdf> [24. 8. 2013]
- Keil, W. W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien-New York: Springer.
- Kerényi, K. (1964). Ursinn und Sinnwandel des Utopischen. In A. Portmann (Hrsg.), *Vom Sinn der Utopie* (Eranos-Jahrbuch 1963, 3. Band) (S. 9–29). Zürich: Rhein-Verlag.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On Becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte Press.
- Kirschenbaum, H. (2007). *The Life and Work of Carl Rogers*. Herefordshire: PCCS Books.
- Kirschenbaum, H. & Jourdan, A. (2005). The Current Status of Carl Rogers and the Person-Centered Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (1), 37–51.
- Krone, W. (1992). *Zur Erziehung des Erziehers* (Europäische Hochschulschriften, Reihe XI, Pädagogik, Bd. 354). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- MacDougall, C. (2002). Rogers's Person-Centered Approach: Consideration for Use in Multicultural Counseling. *Journal of Humanistic Psychology*, 42 (48), 48–65.
- Mannheim, K. (1968a). Das utopische Bewußtsein. In A. Neusüss (Hrsg.), *Begriff und Phänomen des Utopischen* (S. 265–285). Neuwied: Hermann Luchterhand.
- Mannheim, K. (1968b). Utopie. In A. Neusüss (Hrsg.), *Begriff und Phänomen des Utopischen* (S. 113–119). Neuwied: Hermann Luchterhand.
- Mannheim, K. (1997). *Ideology and Utopia*. (Collected Works Volume One). New York: Routledge.
- Marcuse, H. (1968). *Triebstruktur und Gesellschaft. Ein philosophischer Beitrag zu Sigmund Freud*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Neusüss, A. (Hrsg.) (1968). *Utopie. Begriff und Phänomen des Utopischen*. Neuwied: Luchterhand.
- O'Hara, M. (2007). Psychological literacy for an Emerging Global Society – Another look at Rogers' „persons of tomorrow“ as a model. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6 (1), 45–60.
- Polak, F. L. (1968). Wandel und bleibende Aufgabe der Utopie. In A. Neusüss (Hrsg.), *Begriff und Phänomen des Utopischen* (S. 361–386). Neuwied: Hermann Luchterhand.
- Righter, R. (1995). *Utopia Lost. The United Nations and World Order*. New York: Twentieth Century Fund.
- Rogers, C. R. (1961/1979). *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. (1964/1986). Der Prozeß des Wertens beim reifen Menschen. In C. Rogers & B. Stevens (Hrsg.), *Von Mensch zu Mensch. Möglichkeiten sich und anderen zu begegnen* (S. 37–55). Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1964: *The Valuing Process in the Mature Person. Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 160–167.)
- Rogers, C. R. (1965). Dealing with Psychological Tensions. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 1(6), 6–24.

- Rogers, C. R. (1977). *On Personal Power. Inner Strength and its Revolutionary Impact*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1980/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1980: *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1983/1984). *Freiheit und Engagement. Personenzentriertes Lehren und Lernen*. München: Kösel-Verlag. (Original erschienen 1983: *Freedom To Learn for the 80's*. Columbus, OH: Charles E. Merrill)
- Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1980). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1977: *A Pessoa como Centro*. Sao Paolo: Editoria Pedagogica e Universitaria Ltda.)
- Rogers, C. R. & Russell, D. E. (2002). *Carl Rogers. The Quiet Revolutionary. An Oral History*. Roseville, California: Penmarin Books.
- Rogers, C. R. & Ryback, D. (1984). One Alternative to Nuclear Planetary Suicide. *The Counseling Psychologist*, 12 (3), 3–12.
- Russel, D. E. (2002). Preface. In C. R. Rogers & D. E. Russell (Eds.), *Carl Rogers. The Quiet Revolutionary. An Oral History* (pp. xxii–xxviii). Roseville, California: Penmarin Books.
- Schmid, P. F. (2008). Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Personenzentrierten Ansatzes. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 39 (3), 124–130.
- Sitter-Liver, B. (2007). Zur Reflexion des Utopischen. Einleitung. In B. Sitter-Liver (Hrsg.), *Utopie heute I. Zur aktuellen Bedeutung, Funktion und Kritik des utopischen Denkens und Vorstellens*. 23. und 24. Kolloquium der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (S. IX–XXIV). Freiburg: Paulusverlag.
- Steenbuck, G. (2005). Zur Aktualität Personenzentrierter Begleitung und Beratung. *Der Personenzentrierte Ansatz – ein Klassiker im 21. Jahrhundert. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36 (2), 81–86.
- Stipsits, R. (1991). Zur Dekonstruktion der Person. Verfügbar unter: http://www.vrp.at/sites/default/files/Stipsits_1991.pdf [24. 8. 2013]
- Stipsits, R. (1999). *Gegenlicht: Studien zum Werk von Carl R. Rogers (1902–1987)*. Wien: WUV-Univ.-Verlag.
- Swoboda, H. (1972). *Utopia. Geschichte der Sehnsucht nach einer besseren Welt*. Wien: Europa-Verlag.
- Uchtenhagen, A. (2005/2006). Utopische Elemente in den Wissenschaften von der Psyche (Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie). In B. Sitter-Liver (Hrsg.), *Utopie heute II. Zur aktuellen Bedeutung, Funktion und Kritik des utopischen Denkens und Vorstellens*. 23. und 24. Kolloquium der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (S. 155–188). Freiburg: Paulusverlag.
- Vogel, A. (1989). *Das Politische bei Carl R. Rogers. Versuch einer Annäherung mit der Darstellung von ausgewählten Strukturanalogien zur Programmatik der Ökologisch-Demokratischen Partei* (Europäische Hochschulschriften, Reihe 31, Politikwissenschaft, Bd. 147). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Wagner, A. C. (1987). Schülerzentrierter Unterricht. Über die psychologischen Schwierigkeiten, guten Unterricht zu machen. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e. V. (GwG) (Hrsg.), *Rogers und die Pädagogik. Theorieanspruch und Anwendungsmöglichkeiten des personenzentrierten Ansatzes in der Pädagogik* (S. 13–78). Weinheim und München: Juventa.
- Wood, J. K. (2008). *Carl Rogers' Person-Centered Approach. Toward an understanding of its implications*. Herefordshire: PCCS BOOKS.

Personenzentrierte psychologische Diagnostik

Eine psychologische Diagnostik im inneren Bezugsrahmen mit Kindern und Jugendlichen

Alexandra Sinzinger

Wien, Österreich

Der Personenzentrierte Ansatz stellt ein Verstehen im inneren Bezugsrahmen in den Mittelpunkt und lehnt Bewertungen von außen ab. Psychologische Diagnostik scheint mit ihrem Einsatz von Testverfahren und dem äußeren Bezugsrahmen einer Normtabelle auf den ersten Blick das genaue Gegenteil zu sein. Stellt man jedoch die personenzentrierte Haltung (Wertschätzung, Empathie, Kongruenz) in den Mittelpunkt, um zu beurteilen, was personenzentriert ist und was nicht, so wird deutlich, dass psychologische Diagnostik personenzentriert sein kann.

Schlüsselwörter: psychologische Diagnostik, psychologische Testverfahren, personenzentriert, innerer Bezugsrahmen

Person-Centered psychological diagnostics. A psychological diagnostics in the internal frame of reference with children and adolescents. The person-centered approach focuses on understanding in the internal frame of reference and disclaims external judgments. Psychological diagnostics including the application of psychological tests and the external frame of reference of norm tables seems to be quite the opposite on the first view. However, if the focus is laid on the person-centered attitude (positive regard, empathy, congruence) for evaluating what is person-centered and what is not, it becomes evident that psychological diagnostic can be person-centered.

Keywords: psychological diagnostics, psychological tests, person-centered, internal frame of reference

Für klinische Psychologen¹ ist Diagnostik selbstverständlich, ja fast identitätsstiftend. In der Personenzentrierten Psychotherapie jedoch begegnet man den Themen Diagnostik und Diagnosen wesentlich skeptischer. In meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen führe ich vor (fast) jeder Psychotherapie eine klinisch-psychologische Diagnostik durch, von deren Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit ich überzeugt bin. Dabei erlebe ich mich nicht nur als klinische Psychologin, sondern auch als personenzentriert. Diese persönliche Erfahrung ist Ausgangspunkt sowohl meiner These, dass es eine *personenzentrierte psychologische Diagnostik* gibt als auch meiner Auseinandersetzung mit der Frage, wie diese aussehen kann.

Mag. Alexandra Sinzinger, geb. 1980, Klinische und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin
Tätigkeitsbereiche: klinisch-psychologische Diagnostik (Kinder, Jugendliche), Elternberatung, Psychotherapie (Kinder, Jugendliche, Erwachsene), Paartherapie. Arbeitsschwerpunkte: Bindungsstörungen, Autismus, Mutismus, Traumafolgestörungen, Angststörungen, Depressionen, Psychosomatik, Persönlichkeitsstörungen, Behinderung.

Kontaktadresse: 1140 Wien, Pfaffenbergengasse 9/2/3; E-Mail: alexandra.sinzinger@chello.at

Bewertungen – und somit auch die Bewertung, unter welchen Bedingungen eine psychologische Diagnostik als personenzentriert bezeichnet werden kann – können aus zwei Perspektiven erfolgen, und zwar in einem äußeren oder inneren Bezugsrahmen. Die Bewertung von psychologischer Diagnostik in einem äußeren Bezugsrahmen umfasst eine Recherche in der personenzentrierten Literatur zu den verschiedenen Zugängen zu Diagnose und Diagnostik, den Für und Wider und deren Begründungen sowie eine Auseinandersetzung mit psychologischer Diagnostik in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie. Dem inneren Bezugsrahmen zufolge ist der eigentliche Diagnostiker die Person selbst (Rogers, 1951a/1972). Nur diese kann aus ihren eigenen beruflichen und persönlichen Erfahrungen, Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühlen, Einstellungen und Reflexionen heraus wissen, wann psychologische Diagnostik personenzentriert ist und wann nicht.

¹ Zur leichteren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet, es sind jedoch Frauen und Männer gleichermaßen damit gemeint.

Personenzentrierte Theorie als äußerer Bezugsrahmen zum Verständnis von Diagnostik

Carl Rogers' Sichtweise(n) von Diagnostik

In „The Clinical Treatment of the Problem Child“ (1939) beschreibt Carl Rogers erstmals seinen therapeutischen Zugang als Psychologe *und* Psychotherapeut. Er betont die Wichtigkeit der emotionalen Beziehung zwischen Therapeut und Kind und stellt das Kind selbst und nicht seine Symptome in den Mittelpunkt: „In this book we shall deal with the child, not with behaviour symptoms“ (Rogers, 1939, S.3). Er versucht, das kindliche Verhalten zu verstehen und dabei verschiedene Einflussfaktoren wie z. B. Genetik, Bedürfnisse des Organismus, Beziehungsqualität, emotionale Unterstützung und die äußere Lebenssituation mit einzubeziehen. Diagnostischen Methoden steht Rogers durchaus offen gegenüber (Rogers, 1939; Reisel, 2001). Psychologische Tests zur Erfassung der Intelligenz sowie von Persönlichkeitsmerkmalen können wichtige Informationen liefern. Ziel von Diagnostik ist es immer, ein besseres Verständnis für das Kind zu entwickeln was sich auch im Titel des ersten Buchteils, „Ways of Understanding the Child“, widerspiegelt.

Tests sind für Rogers sehr hilfreich als Unterstützung, um zu einer Diagnose zu gelangen. Zweifel äußert er jedoch bezüglich übergroßer Erwartungen an diese Methoden und er warnt vor einer allzu mechanischen Anwendung derselben. Diagnostik ist mehr als die Durchführung von Testverfahren, sie erfordert vielmehr die Fähigkeit, Zusammenhänge zu erfassen und jene Bereiche zu erkennen, in denen eine Behandlung wesentlich ist. In diesem Sinne entwickelte Rogers die *Component Factor Method of Diagnosis*. Diese Diagnostikmethode sieht Verhaltensprobleme als Folge vieler interagierender Faktoren innerhalb und außerhalb eines Kindes. Die Methode soll dabei helfen, zu sehen, wo Veränderungen möglich und wichtig wären, sie soll Diagnostik und Unterstützung bei der Behandlungsplanung in einem sein.

1942 wird Rogers' Haltung der Diagnostik gegenüber kritischer: Meist ist eine Psychotherapie ohne Diagnostik möglich, wenn der Therapeut im Erstgespräch auf einige Aspekte (Alter, Intelligenz, Stabilität, ...) achtet. Diese Aspekte erachtet Rogers zum damaligen Zeitpunkt für wichtig, um zu beurteilen, ob eine Psychotherapie indiziert ist. Ein diagnostisches Sammeln von Informationen bewertet er kritisch, da der Klient die Verantwortung an den Berater abgibt und sich im Gegenzug die Lösung seiner Probleme erwarte (Rogers, 1942a/1972). Die Entscheidung für oder gegen eine Diagnostik solle danach erfolgen, wie die *Entwicklung von Reife* am besten gefördert werden kann.

1951 beschäftigt sich Rogers mit der Frage, ob eine Psychotherapie – analog dem medizinischen Modell – von einer

vollständigen Diagnose des Klienten ausgehen soll. In der Medizin ist eine exakte Diagnose wesentlich für die optimale Behandlung, in der Psychotherapie sei dies nicht der Fall, hier gehe es um einen Prozess. Dieser Therapieprozess beginnt bereits im Erstkontakt parallel zur Diagnostik. Daraus lässt sich schließen, dass zumindest einige Aspekte der Therapie nicht auf einer Diagnose aufbauen. Carl Rogers meint, „dass eine psychologische Diagnose, wie sie allgemein verstanden wird, für die Psychotherapie überflüssig ist und für den therapeutischen Prozeß eher schädlich sein kann“ (Rogers, 1951/1972, S. 206). Kritikpunkte an der Diagnostik sind, dass diese den Ort der Wertung in den Experten (Therapeuten) legt und diese Bewertung von einem äußeren Bezugsrahmen aus den Klienten davon abbringt, Lösungen in sich selbst zu suchen, was für den therapeutischen Prozess jedoch wesentlich ist. Darüber hinaus werden soziale und philosophische Aspekte aufgegriffen: Dürfen Experten bestimmen, was *unreif* ist und in welche Richtung konstruktive Veränderung gehen soll? Personenzentrierte Psychotherapie kennt zudem nur eine Methode. Rogers postuliert sechs notwendige und hinreichende Bedingungen, damit sich ein psychotherapeutischer Prozess entwickeln kann (Rogers, 1959/2009). Allen Klienten wird mit derselben Haltung, die durch bedingungsfreie Wertschätzung, Empathie und Echtheit gekennzeichnet ist, begegnet. Eine Diagnose führt nicht zu einem differentiellen Vorgehen und hat deshalb keine Bedeutung für die Steuerung des psychotherapeutischen Handelns. Als eigentlichen Diagnostiker sieht Carl Rogers den Klienten selbst: Diagnosen von außen führen nicht zu Verhaltensänderungen. Vielmehr geht es um das innere Erleben des Klienten, um den inneren Bezugsrahmen. „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozeß, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Kliniklers“ (Rogers, 1951/1972, S. 208).

Diagnostik im Kontext der Diskussion um störungsspezifische Zugänge

In der weiteren Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes zeigen sich unterschiedliche Zugänge und Entwicklungen zum Thema Diagnostik, die wesentlich durch die Diskussion um störungsspezifische Zugänge beeinflusst werden. Dabei stellt sich die Frage, ob die von Rogers postulierten notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Psychotherapie wirklich hinreichend sind und Personenzentrierte Psychotherapie demnach „eine Methode für alle Fälle“ ist (Hutterer, 2005). In diesem Sinne ist die Diagnose für den therapeutischen Prozess nicht handlungsleitend. Diesen Zugang vertreten z. B. Angelo Boy (1989), John Shlien (1989), Robert Hutterer (2005) und Peter Schmid (2005).

In Deutschland (Sachse, 1999) wurden vielfältige Erfahrungen in der Anwendung der Personenzentrierten Psychotherapie mit Klienten mit unterschiedlichen Störungsbildern gesammelt. Um über diese Erfahrungen kommunizieren und sich mit Kollegen austauschen zu können, sind Diagnosen wesentlich. Ebenso stellt sich die grundlegende Frage, ob für Personen mit unterschiedlichen Diagnosen ein differenzielles Vorgehen sinnvoll bzw. erforderlich ist. Diese Sichtweise würde bedeuten, dass Diagnosen am Beginn einer Psychotherapie im Sinne einer Therapieeingangsdagnostik notwendig sind und das Vorgehen in der jeweiligen Psychotherapie beeinflussen.

Für Krankenkassenfinanzierungen ist Diagnostik als Basis sowie begleitend zum psychotherapeutischen Prozess erforderlich. Den Diagnostik-Leitlinien für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (BMGF, 2004) zufolge, sollen Fragen der Indikation (für Psychotherapie bzw. die Wahl der therapeutischen Methode) und der Notwendigkeit weiterer Abklärungen (organmedizinisch, psychiatrisch, psychologisch) mittels psychotherapeutischer Diagnostik geklärt werden.

Finke (1994; 2010) unterscheidet drei Einsatzbereiche von Diagnostik: Diagnostik zur Indikationsstellung, Diagnostik zur Erklärung von Störungen und zur Therapieplanung sowie Diagnostik für Qualitätssicherung und Forschung. Diagnostik kann auf mehreren Ebenen durchgeführt werden (Störungsdiagnostik nach ICD-10, Prozessdiagnostik). Finke sieht es als wichtig an, einerseits als Therapeut eine Diagnostik zu bejahen und andererseits ihre problematischen Seiten (Verstärkung von Abhängigkeitstendenzen, Einschränkung der vorurteilsfreien Offenheit) nicht zu verleugnen.

Nach Eckert (2006) umfasst die Abklärung der Indikation für Psychotherapie die Diagnose der Störung und die Diagnose des Selbstkonzepts. Die Diagnose der Störung erfolgt deskriptiv und phänomenologisch, kodiert wird nach ICD-10. Die Diagnose des Selbstkonzepts ist wesentlich, um die Stabilität des Selbst einschätzen zu können. Eine solche Diagnostik des Selbstkonzepts erfolgt mittels der OPD (operationalisierte psychodynamische Diagnostik). Dabei werden allgemeine Charakteristika, die Selbstwahrnehmung, die Objektwahrnehmung, die Selbststeuerung, die Abwehr/Bewältigung sowie Kommunikation und Bindung eingeschätzt. Ein ähnlicher prozessdiagnostischer Zugang findet sich bereits in der Beschreibung der Prozessstufen bei Rogers.

Schmid (1992) stellt die Frage, wem differentialdiagnostische Zugänge dienen, in den Mittelpunkt. Er betont die Wichtigkeit des phänomenologischen Zugangs. Es geht um Verständnis, nicht um Klassifikation von psychischem Leiden, die Person steht im Mittelpunkt und nicht das Symptom. Theorien müssen aus dem Bezugsrahmen des Klienten sowie aus der Beziehung gewonnen werden. Differentielle Klassifizierungen machen dann Sinn, wenn sie einem besseren Verständnis des

Klienten dienen und nicht etikettierend, sondern in einer phänomenologischen Sprache formuliert sind.

Die Effekte eines diagnostischen Zugangs hängen nach David Cain (1989) davon ab, welche Rolle der Diagnostiker und der Klient spielen, welchen Zweck die Diagnose erfüllt und wer von ihr profitiert. Er beschreibt drei diagnostische Zugänge: Im mechanischen Modell gibt es einen Experten mit Expertenwissen und besonderen Fähigkeiten in einem bestimmten Bereich. Dieser wird kontaktiert, um die Ursache eines Problems herauszufinden und dieses im Anschluss daran zu lösen (z. B. Automechaniker). Im vorschreibenden Modell wird eine Person aufgesucht, die ein Spezialwissen hat, über das der Klient nicht verfügt. Diese Person macht eine Diagnostik und schreibt dem Klienten eine Behandlung vor (z. B. Ärzte). Der Klient soll compliant sein und dem Vorgesprochenen folgen, bleibt dabei jedoch passiv und abhängig vom Behandler. Im kooperativen/gemeinschaftlichen Modell ist der Klient ein aktiver Partner sowohl in der Diagnostik als auch in der Behandlung seiner Probleme. Dies macht Personenzentrierte Psychotherapeuten wesentlich aus. In diesem Modell wird Diagnostik als ein *Das-Selbst-Verstehen* definiert. Begutachtungsmethoden inklusive psychologischer Tests sind wünschenswert und angemessen, wenn Klienten sie möchten und die Methoden den Absichten des Klienten dienen. Dieser phänomenologische Zugang ist kompatibel mit der personenzentrierten Theorie und Praxis. Er ist personenzentriert (nicht problemzentriert), sieht den Klienten ganzheitlich und ist daran interessiert, dass Klienten in einen Prozess der Selbst-Diagnose eintreten. In diesem Ansatz übernehmen Klienten selbst eine aktive Rolle in Diagnostik und Behandlung, sind weniger abhängig vom Behandler und beschreiten öfter individuelle Behandlungswege. Ein häufiger Vorwurf an Diagnostik ist, dass diese etwas sei, was von einem äußeren Bezugsrahmen heraus mit einem Klienten getan wird. Unter diesem Gesichtspunkt ist aber wesentlich, für wen die Diagnostik stattfindet. Im kooperativen Modell findet sie für den Klienten statt und unterstützt diesen dabei, etwas über sich selbst zu lernen und das Erfahrene zur Bewältigung der eigenen Probleme zu nutzen. Der Klient wird demnach in einem Prozess der Selbstdiagnose unterstützt. Diagnostischer und therapeutischer Prozess sind nicht voneinander zu trennen, was Rogers' Zugang sehr nahe steht.

Constance Fischer (1989) vertritt ebenfalls eine Position, die dem kooperativen Modell zuzurechnen ist, wobei sie die Ablehnung des vorherrschenden psychodiagnostischen Zugangs der Klassifikation teilt. Sie wendet sich gegen Expertentum, Labelling, Kategorisierungen und Objektivitätsansprüche, drückt jedoch ihre Wertschätzung für eine andere Art der Diagnostik aus, in der es darum geht, das psychische Erleben des Klienten zu verstehen. Dabei handelt es sich um

einen kooperativen, prozesshaften Diagnostikansatz, in dem das *In-Beziehung-Sein* wesentlich ist. Diagnostik kann wichtig sein, wenn die therapeutische Haltung nicht ausreicht, um das therapeutische Vorgehen an die Person und ihre Lebensumstände anzupassen. Ziel des *life-centered assessments* ist ein besseres Verständnis der Welt des Klienten und seiner Umweltbezüge. Diese Form der Diagnostik nutzt Testscores, theoretische Konstrukte und diagnostische Kategorien als Werkzeuge für ein besseres Verständnis des Klienten. Die Individualität des Klienten, Mehrdeutigkeiten und Intersubjektivität werden respektiert. Diagnostik ist dabei ein Prozess, der in Zusammenarbeit mit dem Klienten erfolgt. Es geht nicht darum, Objektivität erzielen zu wollen, sondern die Subjektivität zu schätzen. Bewerten heißt immer, eine Referenz zu haben. Fischer sieht als Referenz nicht den Bezugsrahmen des Diagnostikers, sondern den inneren Bezugsrahmen des Klienten. Ziel ist es, *mit dem Klienten* und nicht für ihn zu schauen, wie es weitergehen kann. Dabei erfolgt keine starre Empfehlung, sondern es werden die offen stehenden Möglichkeiten mit dem Klienten gemeinsam besprochen. Die phänomenologische Gleichheit zwischen Diagnostiker und Klient ist wesentlich. Fischer spricht von „individualising psychological assessment“ (Fischer, 1989, S. 168). Hierbei handelt es sich um eine Diagnostik, die sich auf konkrete Ereignisse bezieht und nicht auf Konstrukte. Sie bedient sich der Sprache des täglichen Lebens und erfolgt für den Klienten und nicht für den Diagnostiker oder sonstige externe Zwecke. Befunde sollen ebenfalls in einer erfahrungsnahen Sprache geschrieben werden. Psychologische Tests können im Interesse des Klienten einbezogen werden und dienen einem besseren Verständnis der Lebensgeschichte und des inneren Bezugsrahmens. Wesentlich ist die Resonanz des Klienten, um wirklich bei ihm und seinem Bezugsrahmen zu bleiben.

Patterson und Watkins (1982) beschreiben, wie der Einsatz von Testverfahren personenzentriert sein kann: Die therapeutische Haltung (Empathie, Respekt, Wärme, Echtheit, Konkretheit) steht im Mittelpunkt und schafft eine Atmosphäre, in der sich die Person mit den erhobenen Daten und den persönlichen Bedeutungen offen auseinandersetzen kann. Besonders wesentlich sind Wertschätzung, Respekt und die Haltung, jedem Individuum seine Selbstbestimmung zuzugestehen, die eigenen Werte und Ziele festzulegen und eigene Entscheidungen zu treffen. Messungen finden immer zum Nutzen des Klienten statt mit dem Ziel, den Klienten dabei zu unterstützen, zu einem besseren Verständnis seiner selbst zu gelangen. Personenzentrierte Testauswahl bedeutet, dem Klienten alle Informationen zu geben, die er braucht und verlangt, um selbst entscheiden zu können, ob er Diagnostik möchte und welche Verfahren den eigenen Bedürfnissen am besten dienen. Die Ergebnisse sollen objektiv und ohne Bewertungen dargestellt werden, sie

sollen gleichsam für sich selbst sprechen. Ehrlichkeit ist hierbei wichtig, auch wenn einige Ergebnisse unangenehm ausgefallen sein sollten. Denn nur wenn die Person vollständig informiert ist, ist sie in der Lage, möglichst passende eigene Entscheidungen zu treffen.

Unterscheidung von Diagnose und Diagnostik

Die bisherigen Ausführungen befassen sich mit der Entwicklung der Sichtweisen von Diagnostik im personenzentrierten Konzept. Dabei wird deutlich, dass sich die Einstellung zur Diagnostik einerseits bei Carl Rogers selbst über die Jahre hinweg aufgrund seiner Erfahrungen verändert hat. Ebenso werden die kontroversen Meinungen anderer Autoren zum Stellenwert von Diagnostik erkennbar – von einer Ablehnung von Diagnose als nicht handlungsleitend und damit irrelevant für das therapeutische Handeln über eine deutliche Befürwortung des Stellens von Diagnosen in Deutschland im Zusammenhang mit störungsspezifischen Zugängen bis hin zum Versuch zu analysieren, ob und inwiefern Diagnostik personenzentriert sein kann oder nicht (Cain, 1989; Fischer, 1989; Patterson und Watkins, 1982).

In den bisher geschilderten Ansichten zum Thema Diagnose/Diagnostik wird manchmal auf das Stellen von Diagnosen Bezug genommen, manchmal auf den Prozess der Diagnostik und manchmal auf beides. Wichtig ist, klar zwischen dem Prozess der Diagnostik und der Diagnose als Klassifikation (nach ICD-10) zu unterscheiden. *Diagnose* als Klassifikation mag in den störungsspezifischen Zugängen in Deutschland hinsichtlich kollegialen Austauschs und störungsspezifischer Zugänge sowie für Krankenkassenverrechnungen wesentlich sein. Im Sinne von Etikettierung wird Diagnose jedoch als nicht ins personenzentrierte Konzept passend abgelehnt. Der Begriff *Diagnostik* ist als Prozess und als *Verständnishilfe* (Langfeldt & Tent, 1999) zu sehen. In dieser Funktion kann Diagnostik personenzentriert sein.

Der Begriff *Diagnostik* ist noch weiter zu differenzieren: Diagnostik im Sinne eines Prozesses, der im Klienten selbst im Verlauf der Psychotherapie abläuft, ist jene Form von Diagnostik, die bereits Rogers als personenzentriert beschrieben hat. Dabei handelt es sich um psychotherapeutische Diagnostik. Wie sieht es jedoch mit psychologischer Diagnostik aus? Kann auch psychologische Diagnostik, die Testverfahren anwendet, personenzentriert sein?

Hierfür wird zunächst der Stellenwert von psychologischer Diagnostik für eine Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern näher beleuchtet. Anschließend geht es darum zu untersuchen, was personenzentriert bedeutet und ob daraus resultierend psychologische Diagnostik personenzentriert sein kann und wenn ja, unter welchen Bedingungen.

(Psychologische) Diagnostik in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie

Im Kinderbereich suchen Eltern Hilfe, weil sie ein Problem mit ihrem Kind haben und abklären wollen, was sie tun können, um Veränderungen zu erzielen. Die Sorgen der Eltern sind vielfältig (Lern- und Verhaltensprobleme, emotionale und soziale Schwierigkeiten, Erziehungsprobleme usw.). Das erste Anliegen ist also, herauszufinden, was das Kind eigentlich braucht. Der Stellenwert von psychologischer Diagnostik ist insofern hoch, als ihr eine klärende Funktion dahingehend zukommt, welche Maßnahmen im Vordergrund stehen, um wirklich an der Ursache des Problems anzusetzen.

Der hohe Stellenwert der psychologischen Diagnostik, den Therapeuten bei der Auswahl der im Vordergrund stehenden Maßnahmen und Therapien zu unterstützen, zeigt sich in den Regelungen der Krankenkassen: In Wien und Niederösterreich ist vor jeder vollständig durch die Krankenkasse finanzierten Psychotherapie eines Kindes eine klinisch-psychologische Diagnostik erforderlich.

Mehrere personenzentrierte Kinderpsychotherapeuten beschreiben psychologische Diagnostik ebenso als etwas sehr Wesentliches (Schmidtchen, 1991; Fröhlich-Gildhoff, 2006; Weinberger, 2005; Hockel, 2011; Reisel & Wakolbinger, 2006).

Jürgens-Jahnert (2002) setzt sich besonders mit *Therapieeingangsdagnostik* auseinander und beschreibt deren Wichtigkeit für die Personenzentrierte Psychotherapie in mehreren Aspekten (Herausarbeiten der Krankheitsgenese, Verständnishilfe, Unterstützung von Elterngesprächen, Erleichterung des Einstiegs in die Therapie für Kinder durch die Erfahrung, dass sich jemand für sie und ihr Erleben interessiert). Er liefert eine Beschreibung dafür, wie psychologische Diagnostik personenzentriert sein kann: Während der Diagnostik stehen die Beziehung und nicht die Testverfahren im Vordergrund. Bei der Auswahl der Testverfahren ist neben der Fragestellung besonders auf die eigene Kongruenz zu achten. Das bedeutet, Verfahren zu wählen und durchzuführen, die dem Diagnostiker selbst sinnvoll und wichtig erscheinen und bei deren Vorgabe er sich wohl fühlt. Wesentlich ist die innere Einstellung, nicht nur die Testergebnisse als Ziel zu sehen, sondern die Beziehung zum Kind bzw. Jugendlichen in den Mittelpunkt zu stellen und das gesamte Verhalten als wertvolle Informationsquelle zu betrachten.

Im personenzentrierten Konzept bedeutet Diagnostik, einen ersten Zugang zum Bezugsrahmen des Kindes, zu seiner inneren Welt, zu bekommen. Dies kann durch Testverfahren erfolgen, aber auch durch Verhaltensbeobachtung. Häufig werden konzeptferne Verfahren angewandt, da es wenig personenzentrierte Testverfahren gibt. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt – besonders bei konzeptfernen wie z. B. analytischen

Verfahren – nicht anhand der vorgefertigten Konzepte, sondern vielmehr geht es um eine Beschreibung dessen, was das Kind/der Jugendliche in der jeweiligen Situation gezeigt hat. Ziel ist es, auf wiederkehrende Themen und Gefühle zu achten, die einen ersten Zugang zur inneren Welt des Kindes vermitteln und ein Verständnis für die vorliegenden Inkongruenzen ermöglichen. Die Beobachtungen und Ergebnisse werden mit dem Kind/Jugendlichen und den Eltern besprochen, um das Bild noch weiter zu klären und zu vervollständigen. Die Besprechung mit den Eltern ist ein guter Einstieg in die Elternarbeit.

Nach Jürgens-Jahnert (2002) können die Merkmale einer personenzentrierten Beziehung (Wertschätzung, Empathie, Echtheit) auch in einer Diagnostiksituation, die aufgabenorientiert und strukturiert ist, verwirklicht werden.

Betont wird von den genannten Autoren die Wichtigkeit einer *Therapieeingangsdagnostik*, also einer Abklärung, die vor Beginn der Psychotherapie stattfindet und die zu entscheiden hilft, ob eine Psychotherapie überhaupt die sinnvollste Methode ist, das jeweilige Kind zu unterstützen. In dieser Funktion als Orientierungs- und Entscheidungshilfe, aber auch darüber hinaus per se ist psychologische Diagnostik ein auf *Verständnis* ausgelegter Prozess, der einen ersten Zugang zum inneren Bezugsrahmen des Kindes ermöglicht.

Behr (2012) beschreibt, wie diagnostische Verfahren im Sinne eines humanistisch-personenzentrierten Verstehens eingesetzt werden können (Selbstbild, Selbstideal, *conditions-of-worth*, organismische Erfahrungen, Inkongruenzen, Mutterbild, Vaterbild ...).

Bei Schwab (2009) finden sich genauere Hinweise zum Einsatz von verschiedenen Testverfahren zur Eingangs-, Prozess- und Erfolgsdiagnostik in der Gesprächspsychotherapie.

Persönliche Zugänge, Erfahrungen und Reflexionen als innerer Bezugsrahmen zur Beschreibung einer personenzentrierten psychologischen Diagnostik

Was ist „psychologische Diagnostik“ und wie und unter welchen Bedingungen lässt sie sich mit der personenzentrierten Haltung verbinden? Psychologische Diagnostik besteht aus folgenden Schritten (Kubinger, 1996): Klärung der Fragestellung, Auswahl der diagnostischen Verfahren, Durchführung und Auswertung derselben, Interpretation und Gutachtenerstellung sowie Festsetzung der Intervention. Im Mittelpunkt stehen dabei der diagnostische Prozess und die Maßnahmenvorschläge, nicht die Diagnose nach ICD-10. Psychologische Diagnostik ist als Verständnishilfe (Begabungslage, störungsspezifisches Wissen) zu sehen. Sie dient nicht dazu, das Individuum mit der Klassifikation gleichzusetzen (Langfeldt & Tent, 1999).

Psychologische Diagnostik und personenzentriertes Menschenbild

Unter welchen Bedingungen können die genannten fünf Schritte von psychologischer Diagnostik nach Kubinger (1996) personenzentriert sein? Entscheidend ist, *wie* und *in welcher Haltung* sie durchgeführt werden:

Was bedeutet *Fragestellung* und wer definiert diese? Handelt es sich dabei um eine klassifizierende Formulierung, beispielsweise ob eine bestimmte Störung vorliegt oder nicht bzw. welcher Ausprägung bestimmte Merkmale sind? Fragestellungen solcherart implizieren einen Experten, der sie formuliert, untersucht und beantwortet, und weisen schon zu Beginn der Diagnostik auf Expertenstatus und einen äußeren Bezugsrahmen hin. Antworten auf solche Fragen sind Diagnosen, Testwerte, ein *Ja* oder *Nein* und Ähnliches – und somit, personenzentriert gesehen, nicht sinnvoll. Das Formulieren einer Fragestellung für eine psychologische Diagnostik kann aber auch bedeuten, mit dem Klienten gemeinsam zu schauen, welche Fragen eine Person sich selbst stellt und aus diesen Fragen heraus gemeinsam mit der Person die Fragestellung zu wählen, die der psychologischen Diagnostik zugrunde gelegt wird. Als Antworten auf solche Fragestellungen ergeben sich keine Diagnosen oder sonstige kategorielle Antworten, sondern Beschreibungen und Zusammenhänge, die ein tieferes Verstehen des Erlebens einer Person ermöglichen und damit Ausdruck eines personenzentrierten Zugangs sind (Patterson & Watkins, 1982).

Im Anschluss an die Formulierung der Fragestellung erfolgt die *Auswahl der diagnostischen Verfahren*: Welche und wie viele Testverfahren sollen ausgewählt werden? Dies ist abhängig davon, welche *Funktion* und welcher *Stellenwert* den Verfahren zugeschrieben werden. Ein personenzentriertes Vorgehen wäre – analog zur Beschreibung von Jürgens-Jahnert (2002) – nicht die Testverfahren, sondern die Beziehung in den Vordergrund zu stellen und das gesamte Verhalten und nicht bloß die eigentlichen Testverfahren als wertvolle Informationsquelle und Verständnishilfe zu erachten. Daraus resultiert, dass eine begrenzte Anzahl von Verfahren, die aus der Fragestellung abgeleitet sinnvoll erscheint, vorgegeben wird. Es geht darum, eine Person besser zu verstehen, und nicht darum, möglichst viele Testwerte zur Verfügung zu haben. Weiters ist wesentlich, bei der Auswahl der Testverfahren kongruent zu bleiben. Dies bedeutet, dass die Wahl der diagnostischen Verfahren natürlich von der Fragestellung abhängig ist, besonders aber auch davon, mit welchen Testverfahren ein Diagnostiker selbst sich wohl fühlt, welche er für sinnvoll erachtet und in der Folge kongruent vorgeben kann. Eine personenzentrierte Testauswahl zeigt sich darin, vor allem jene Testverfahren auszuwählen, die von ihrer Vorgabe her ein Eingehen auf die Person zulassen und möglichst offen sind. Ein Beispiel dafür sind

projektive Testverfahren, in denen das Testmaterial nicht festgelegt, sondern offen ist und Raum dafür bietet, dass eine Person etwas von sich selbst, von ihrem Erleben und ihren Themen einbringen kann. Viele Fragebogenverfahren wie z. B. ein Depressionsinventar mögen sinnvolle Informationen über das Vorliegen einer Depression geben, sie sind jedoch auf einen bestimmten Bereich, meist eine bestimmte Störung, beschränkt. Infolgedessen erlauben sie es nicht, andere Themen zu zeigen, die für eine Person gerade wichtig sind.

Im dritten Schritt finden die *Durchführung und Auswertung der diagnostischen Verfahren* statt. Eine personenzentrierte Durchführung von psychologischen Testverfahren bedeutet, die Beziehung in den Mittelpunkt zu stellen. Dies impliziert, dass es zwar gewisse Durchführungsbestimmungen für die einzelnen Verfahren gibt, diese aber auch Spielraum für Individualität und somit ein Eingehen auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der jeweiligen Person offen lassen. Eine gewisse Anpassung ans Individuum entspricht nicht nur einer personenzentrierten Herangehensweise, die von Wertschätzung und Respekt geprägt ist, sondern kann darüber hinaus auch noch ermöglichen, die Verfahren sinnvoller und tiefergehender einzusetzen. Fragebögen sind hierfür ein gutes Beispiel: Eine selbstständige Beantwortung führt zwar zu Testscores, verbessert aber das Verständnis für das Erleben der Person nur bedingt. Eine „personenzentriertere“ Möglichkeit wäre, die Fragen vorzulesen, die Antworten gemäß den Vorgaben zu notieren, darüber hinaus jedoch über die Testantwort auch in ein vertiefendes Gespräch zu kommen und somit mehr über das Erleben einer Person zu erfahren. Die Vorgabe von Testverfahren ist nicht nichtdirektiv, da sie strukturiert und aufgabenorientiert ist. Dennoch ist eine gewisse Individualisierung der Durchführung möglich, die Raum gibt – Raum, den eine Person im Sinne der Aktualisierungstendenz nutzen kann, um sich selbst und ihr Erleben zu zeigen.

Die *Interpretation der Testergebnisse sowie die Gutachtenerstellung* erfolgen, personenzentriert gesehen, nicht anhand vorgefertigter Konzepte, sondern es geht um eine deskriptive Beschreibung dessen, was eine Person in der Begutachtungssituation gezeigt hat. Dies ist besonders deshalb wesentlich, weil vielen Testverfahren andere als personenzentrierte Konzepte (z. B. lerntheoretische, analytische) zugrunde liegen. Nicht ein Interpretieren steht im Vordergrund, vielmehr geht es um ein Beschreiben und ein Wahrnehmen von wiederkehrenden Themen, Gefühlen und Zusammenhängen, die einen Zugang zur inneren Welt der Person ermöglichen und eine Verständnishilfe für vorliegende Inkongruenzen darstellen. Die eigenen Beobachtungen können während der Durchführung der Testverfahren bzw. während der Besprechung der Ergebnisse mit dem Klienten besprochen werden, um sich als Diagnostiker ein Feedback zu holen, ob die Person mit den Wahrnehmungen

und Hypothesen etwas anfangen kann, ob diese zutreffend sind. Zugleich minimiert dies den Expertenstatus des Diagnostikers und verhindert externe Zuschreibungen. Die Diagnostikrückmeldung und Besprechung der Ergebnisse wird zum Einstieg in einen Prozess der tieferen Selbstexploration und stellt somit die Schnittstelle zur Psychotherapie her.

Bei der Erstellung von Befunden geht es darum, eine wertschätzende und erfahrungsnahe Sprache zu verwenden, die präzise ist, aber auch für den Klienten verstehbar bleibt. Die Person soll sich in der Beschreibung selbst erkennen können.

Die *Festsetzung der Intervention* bildet den Abschluss der Diagnostik. Die Interventionsmöglichkeiten können mit dem Klienten besprochen werden, ebenso die jeweiligen Vor- und Nachteile, sodass die Person im Sinne des kooperativen Modells (Cain, 1989) selbst für sich entscheidet und Experte für sich selbst bleiben kann. Dieses Vorgehen bei der Besprechung der Ergebnisse, der Entscheidung hinsichtlich des weiteren Vorgehens und der Erstellung von schriftlichen Befunden entspricht jenem Zugang, den Constance Fischer (1989) beschreibt. Ähnliches wird von Patterson und Watkins (1982) genannt.

Psychologische Diagnostik ist demzufolge, zusammenfassend formuliert, dann personenzentriert, wenn sie aus einer personenzentrierten Haltung heraus stattfindet, nicht als Technik verstanden und ausgeübt wird und idealerweise Anknüpfungspunkte für die Behandlung aufzeigt.

Persönliche Erfahrungen, Präferenzen und Reflexionen

Im Anschluss an die genannten theoretischen Überlegungen zu einem personenzentrierten Vorgehen in der Durchführung psychologischer Diagnostik werden meine diesbezüglichen persönlichen Erfahrungen und Überlegungen erläutert.

Ich verstehe psychologische Diagnostik als einen *Prozess*, in dem es darum geht, *das Gegenüber als Person ganzheitlich wahrzunehmen sowie besser kennen und verstehen lernen zu wollen*. Die Basis der Diagnostik bildet ein personenzentriertes Beziehungsangebot, das von Wertschätzung, Empathie und Echtheit geprägt ist. An Testverfahren wende ich bei Kindern immer einen langen Intelligenztest sowie Verfahren aus dem Persönlichkeitsbereich an. Ich bevorzuge Verfahren, bei denen ich in Kontakt mit dem Kind/Jugendlichen bin und beobachten kann, *wie* die Ergebnisse zustandekommen, sowie eigene Wahrnehmungen *ansprechen* und mir eine *Resonanz* des Kindes holen kann (z. B. Unsicherheiten, Angst vor Misserfolgen, Suche nach Anerkennung ...).

Begabungsabklärung

Beim Intelligenztest geht es mir natürlich *auch* darum, einen Gesamtwert zu bekommen und somit die Leistungsfähigkeit des Kindes an einer äußeren, statistischen Bezugsnorm,

nämlich dem Vergleichswert der Gleichaltrigen, zu messen. Hintergrund dafür ist für mich, Über- und Unterforderungen als (Mit)Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Belastungen erkennen und einschätzen zu können sowie zu sehen, ob statt/neben einer Psychotherapie andere organisatorische Maßnahmen (z. B. Schulwechsel, Zuerkennung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs, sonstige Maßnahmen zur Entlastung ...) bzw. eine andere Form der Therapie (Logopädie, Ergotherapie ...) für eine optimale individuelle Unterstützung notwendig sind. Ebenso ermöglicht mir das Wissen um den kognitiven Entwicklungsstand ein besseres Verständnis für das Kind (Spielwahl, Spielverhalten, Interessen, Sprache ...).

Mindestens genauso wichtig wie das Endergebnis des Tests sind mir die individuellen Stärken und Schwächen im Profilverlauf. Bezugsrahmen ist hier dieses eine Individuum: Welche Stärken und Schwächen hat das Kind? Wie stehen diese in Zusammenhang mit dem (Problem)Verhalten bzw. mit emotionalen Themen? Wie geht das Kind mit seinen Schwächen um? Wie kompensiert es diese? Welchen Umgang hat das Kind mit seinen Stärken gefunden? Gibt es extreme Stärken und Schwächen oder ist der Profilverlauf eher homogen? Mein Ziel ist es, das Verhalten des Kindes in der Begutachtungssituation und vermutlich in problematischen Situationen im Alltag aus dem Profilverlauf und der Verhaltensbeobachtung heraus besser zu verstehen und mit dem Kind/Jugendlichen in ein Gespräch zu kommen, um meine Wahrnehmungen nicht als „objektives Wissen“ hinzustellen, sondern diese in der Beziehung zu besprechen, zu hinterfragen und zu differenzieren. Die Beobachtung ermöglicht mindestens genauso viel Verständnis für das Kind wie die Testergebnisse: Motivation, Anstrengungsbereitschaft, Frustrationstoleranz, Selbstvertrauen, Konzentration, Ausdauer usw. zeigen sich dabei.

Je nach Alter des Kindes wende ich im Vorschulalter den *WPPSI-III* (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) und im Schulalter den *WISC-IV* (Wechsler-Intelligence Scale for Children) an. Beide Verfahren erfassen viele verschiedene Teilbereiche der Intelligenz, wodurch individuelle Stärken und Schwächen gut sichtbar werden. Darüber hinaus ist die Vorgabe ausgesprochen interaktiv, was vielfältige Verhaltensbeobachtungen in der Beziehung ermöglicht.

Personenzentrierte psychologische Diagnostik im Zusammenhang mit Begabungs- und Leistungsabklärungen bedeutet – besonders bei nicht altersentsprechenden Resultaten –, die Ergebnisse als Verständnishilfen zu sehen und nicht als Etikettierung. Ebenso heißt es, das Ziel des Besseren Verstehens wichtiger zu nehmen als die exakten Vorgabekriterien des Testverfahrens. Wenn Kinder also aufgrund einer geistigen oder körperlichen Behinderung, einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, wegen Kontaktproblemen, emotionalen

Problemen usw. den Test nicht unter den im Testmanual angeführten standardisierten Bedingungen bearbeiten können, so bedeuten starre Vorgabekriterien einen Verzicht auf ein besseres Verstehen des Kindes. Meiner Erfahrung nach gelingt es fast jedem Kind bei einer ausreichenden Individualisierung der Testvorgabe, diesen zu bearbeiten. Individualisierung kann heißen, die Testvorgabe über einen längeren Zeitraum zu strecken, Subtests ins Spiel des Kindes einzubauen, die Reihenfolge der Subtests zu variieren, Handpuppen einzubeziehen, eine Vertrauensperson die Fragen stellen zu lassen usw. Statistisch mag die Durchführung grenzwertig sein, weil sie stark von jenem Vorgehen abweicht, wie die Referenzwerte der Vergleichspopulation gewonnen wurden. Unter diesem Gesichtspunkt kann ich auch sagen, dass eine Testdurchführung nicht möglich ist. Ich verzichte dann jedoch auf viele Verständnishilfen. Wenn ich im Kontakt mit dem Kind einen Weg finde, das Kind *irgendwie* mitarbeiten zu lassen, so kann ich diese Besonderheiten der Vorgabe als eine Verhaltensbeobachtung beschreiben, die ganz wichtig ist, weil sie zeigt, *wie* dieses Kind erreichbar ist und sich beispielsweise in der Schule auf Anforderungen einlassen kann, welche Unterstützung es braucht und welche Zugänge hilfreich sind. Darüber hinaus erfahre ich zumindest teilweise, welche Stärken das Kind hat und welche Schwächen.

Eine starke Individualisierung der Testvorgabe ist zum Beispiel bei O. nötig. Der 5 Jahre und 6 Monate alte Bub befindet sich seit einigen Wochen bei meiner Kollegin in Ergotherapie. Es besteht der Verdacht einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung. Des Weiteren soll anlässlich der Einschulung abgeklärt werden, ob O. kognitiv beeinträchtigt ist und einen Sonderschullehrplan benötigt. Ihm fallen Situationswechsel so wie das In-Kontakt-Gehen-und-Bleiben sehr schwer. Meist spielt er stereotyp für sich alleine. Immer wieder gelingen kurze Interaktionen mit der Ergotherapeutin. Ein kontinuierliches Bearbeiten von vorgegebenen Aufgaben an einem Tisch – wie es standardmäßig bei der Durchführung eines Intelligenztests vorgesehen ist – ist jedoch undenkbar. Eine starke Individualisierung der Testvorgabe ist also nötig, um auf O.s Bedürfnisse eingehen zu können. Die psychologische Diagnostik findet daher im Ergotherapiezimmer in Anwesenheit der Ergotherapeutin statt, um eine vertraute Umgebung und Sicherheit zu ermöglichen. Sie umfasst viele Stunden und besteht zu Beginn mehrere Einheiten lang ausschließlich aus Verhaltensbeobachtung und Beziehungsaufbau. Später gelingt es mehrfach für wenige Minuten pro Stunde, einzelne Subtests in das Spiel des Buben einzubauen bzw. gemeinsam mit der Ergotherapeutin vorzugeben. Der Verdacht einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung kann anhand der Verhaltensbeobachtung bestätigt werden. Darüber hinaus zeigen sich – obwohl der Intelligenztest nicht komplett durchgeführt werden konnte – überwiegend

altersentsprechende Fähigkeiten im logischen Denken, die eine Beschulung nach dem Regelschullehrplan unter besonderen Rahmenbedingungen (individuelle Unterstützung, kleine Klassengröße, räumliche und zeitliche Möglichkeiten für Auszeiten ...) sinnvoll erscheinen lassen.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass psychologische Diagnostik in Umfang und Art ihrer Durchführung vom Kind bestimmt wird. Sie darf an die Grenzen gehen, wenn sie in einer Haltung der Wertschätzung und Achtung erfolgt, nicht jedoch über die Grenzen hinaus.

Persönlichkeitsabklärung

Besonders projektive Testverfahren eignen sich für eine personenzentrierte psychologische Diagnostik, da sie ihrem Wesen nach darauf ausgelegt sind, offen zu sein und dem Kind Raum zu bieten, etwas von seiner Person, den eigenen Themen und Gefühlen hineinzulegen. Bei projektiven Testverfahren lasse ich meist das Kind wählen, ob es lieber malt (z. B. *Menschzeichentest*, *Baumzeichentest*, *Familie in Tieren*, *verzauberte Familie*) oder Geschichten erzählt (z. B. *Kinderapperzeptions-test*), und orientiere mich bei der Auswahl der Verfahren an diesen Präferenzen. Den *Menschzeichentest*, die *verzauberte Familie* und den *Colour How You Feel-Test* schätze ich besonders. Im *Menschzeichentest* wird das Kind gebeten, einen Menschen zu zeichnen, in der *verzauberten Familie* soll es seine Familie verzaubern. Beide Verfahren geben viel Raum, das eigene Erleben von sich selbst sowie der eigenen Familie zum Ausdruck zu bringen. Im *Colour How You Feel-Test* geht es darum, in eine Figur, die den eigenen Körper darstellen soll, die Gefühle *glücklich*, *traurig*, *wütend* und *ängstlich* mit jeweils einer frei gewählten Farbe an der Stelle einzuzeichnen, wo sie gespürt werden. Auch hier ist viel Raum für individuelle Gestaltung möglich und es zeigt sich, ob das Kind einen Zugang zu diesen Gefühlen findet, wo im Körper es sie spürt, ob es sie differenzieren kann, ob ein oder mehrere Gefühle nicht eingezeichnet werden können, in welchen Situationen welche Gefühle auftreten, wie das Kind mit diesen umgeht und vieles mehr.

Die Anzahl der Testverfahren wird vom Prozess beeinflusst: Habe ich das Gefühl, zu einem besseren Verständnis der Probleme des Kindes gekommen zu sein, so können weitere Testverfahren weggelassen werden. Besonders bei Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik setze ich bei einem Kind mehr Verfahren ein, bei einem anderen Kind, das im Kontakt bzw. im freien Spiel schon viel von seinen Themen zeigt, sind es weniger Testverfahren.

Fragebögen gebe ich meist aus mehreren Gründen weniger gerne vor: Ich bekomme einen Testscore, erlebe aber weniger mit, wie das Ergebnis zustande kommt. Eine Möglichkeit ist hier, die Fragen als Ausgangspunkt für ein vertieftes

Gespräch zu nutzen. Ebenso erfasst ein Fragebogen immer einen bestimmten, recht eingegrenzten Bereich (z. B. Depressionsinventar, Angstfragebogen usw.). Bei der Auswahl des Verfahrens bestimme ich also bereits, dass ich mehr über den Bereich Depression oder Angst wissen möchte und ermögliche es dem Kind/Jugendlichen in diesem Testverfahren nicht mehr, andere Themen, die vielleicht aus dem Bezugsrahmen des Kindes heraus wesentlicher wären, zu zeigen.

Besonders bei kognitiv (stark) beeinträchtigten, sehr kleinen Kindern (Kindergartenalter) ist eine „klassische“ Persönlichkeitsabklärung nicht/kaum möglich. In diesem Fall wende ich nur einen Intelligenztest an (soweit dieser durchführbar ist) und biete längere Phasen des freien Spiels an, in welchem die Kinder sich analog einer Psychotherapiestunde ausdrücken können. Im Spiel werden die Themen des Kindes deutlich und die Spielentwicklung lässt auch einen groben Rückschluss auf das Entwicklungsalter des Kindes zu, sofern kein Intelligenztest durchführbar ist.

Wesentlich ist für mich, dass ich mich nicht in der normierten Vorgabe von Verfahren sicher fühle, sondern meine Sicherheit daraus beziehe, dass ich weiß, dass ich spüre, was für das Kind passt, und darauf vertraue, dass das Kind mir einen Weg zeigen wird, wie ich zu einem besseren Verständnis gelange. Freies Spiel, Pausen, Humor, Bewegung und alles, was für das Kind und für mich passt, passt nicht nur zu psychologischer Diagnostik, sondern *ist* auch psychologische Diagnostik, weil es *Beziehung* ist. Psychologische Diagnostik findet *für das Kind* statt und für niemanden sonst.

Stellenwert und Nutzen von psychologischer Diagnostik als Therapieeingangsdagnostik

Psychologische Diagnostik hat für mich bei Kindern immer und fallweise bei Jugendlichen einen großen Stellenwert als Eingangsdagnostik vor Therapiebeginn. Sie bietet die Möglichkeit, zu einem ganzheitlichen tieferen Verständnis in verschiedenen Bereichen (Begabung, Leistung, Persönlichkeit, Umfeld) sowie deren Wechselwirkungen zu kommen. Dies ist besonders bei Kindern von großer Bedeutung, um feststellen zu können, wie dem Kind am besten geholfen werden kann (z. B. Psychotherapie, andere Therapien, Elternberatung, schulische Maßnahmen ...). Was davon steht im Vordergrund?

Bei Erwachsenen führe ich keine psychologische Diagnostik vor Therapiebeginn durch. Dies hat vor allem folgende Gründe: Erwachsene können sich verbal besser ausdrücken und ein Verständnis für ihre Situation und ihre Themen gelingt über diesen Zugang gut. Ob eine Psychotherapie sinnvoll ist, lässt sich gemeinsam besprechen. Es besteht meiner Meinung nach daher (meist) keine Notwendigkeit einer psychologischen Therapieeingangsdagnostik. Mit Erwachsenen scheint es mir außerdem

deutlich schwieriger zu sein, eine *personenzentrierte* psychologische Diagnostik durchzuführen, da die Testverfahren im Erwachsenenbereich kaum in Beziehung stattfinden (Papierbleistift-Tests, Testverfahren am PC, Fragebögen, Symptomchecklisten ...).

In einer personenzentrierten Haltung durchgeführt, sehe ich psychologische Diagnostik als ein erstes Kennenlernen des Kindes in einer strukturierten Situation, die aber auch viel Raum zum Ausdruck der eigenen Person bietet. Meiner bisherigen Erfahrung nach hat die Diagnostik den Kindern meistens Spaß gemacht, wenn auch manche Aspekte davon ein wenig anstrengend waren. Häufig spüren die Kinder, dass sich jemand wirklich für sie interessiert und sie verstehen möchte und zeigen so in wenigen Stunden erstaunlich viel von dem, wie es ihnen geht und was sie beschäftigt.

Der Stellenwert der psychologischen Diagnostik, bei der Auswahl der optimalen Maßnahmen eine wichtige Verständnishilfe anzubieten, wird auch von den Krankenkassen so gesehen. In Wien und Niederösterreich ist vor jeder vollständig durch die Krankenkasse finanzierten Psychotherapie eines Kindes eine klinisch-psychologische Diagnostik erforderlich. Dies ist aus meiner Sicht aus den genannten Gründen sehr zu begrüßen. Was ich jedoch kritisch sehe, ist der Umstand, dass die Krankenkassen verlangen, dass diese Diagnostik nicht von derselben Person durchgeführt wird, die anschließend die Psychotherapie mit dem Kind macht. Meiner Erfahrung nach entsteht während der psychologischen Diagnostik eine Beziehung zum Kind und auch ein erstes grundlegendes Verstehen, welche Themen das Kind beschäftigen. Dies ist ein sehr guter Einstieg in einen weiterführenden psychotherapeutischen Prozess, weshalb ich es bevorzuge, die Therapieeingangsdagnostik mit Kindern selbst durchzuführen.

Umgang mit verschiedenen Spannungsfeldern

Meine personenzentrierte Haltung bildet die Grundlage sowohl der psychologischen Diagnostik als auch der Psychotherapie. Dennoch bestehen deutliche Unterschiede im Vorgehen vor allem dahingehend, dass psychologische Diagnostik aufgabenorientierter ist. Ich handhabe es so, dass ich Kinder zu Beginn der psychologischen Diagnostik frage, ob sie wissen, warum sie hier sind und was ihnen ihre Eltern diesbezüglich erzählt haben. Falls sie dazu nichts sagen können oder wollen, bitte ich die Eltern, dies kurz zu erklären. Danach beschreibe ich Kindern je nach Alter und Entwicklungsstand in wenigen Sätzen sinngemäß, dass wir ein Quiz für Kinder mit unterschiedlich schweren Aufgaben machen, sie zeichnen oder Geschichten erzählen und spielen werden. Dabei geht es darum, besser zu verstehen, was sie sehr gut können, wo sie noch Unterstützung brauchen, was sie beschäftigt, wie es ihnen geht und wie man sie am besten unterstützen kann.

In der letzten Diagnostikeinheit frage ich das Kind immer, ob es wissen möchte, was ich mit den Eltern besprechen möchte und ob es etwas gibt, das ich diesen nicht sagen soll. Wenn Kinder Rückmeldungen möchten, gebe ich diese in kindgerechter Form in dem Umfang, wie das Kind Interesse daran zeigt. Das Gespräch über die Ergebnisse der psychologischen Diagnostik führe ich bei Kindern bis etwa 12 Jahren (fast) immer nur mit den Eltern. Bei Jugendlichen findet die Ergebnisbesprechung mit den Eltern und mit dem Jugendlichen gemeinsam statt.

Bei einer an die psychologische Diagnostik anschließenden Psychotherapie erkläre ich in der ersten Psychotherapiestunde kurz, dass von nun an das Kind/der Jugendliche die Inhalte und Tätigkeiten in der Stunde wählen kann. Mit dem Übergang von der Aufgabenorientierung in der psychologischen Diagnostik zur Selbstbestimmung der Spiele, Tätigkeiten und Themen in der Psychotherapie habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht. Das eigenständige Durchführen einer psychologischen Diagnostik während einer bereits laufenden Psychotherapie kommt für mich hingegen nicht in Frage, weil es bedeuten würde, meine Rolle als Psychotherapeutin und die damit einhergehende Nichtdirektivität und die freien Ausdrucksmöglichkeiten auf Seiten des Kindes/des Jugendlichen für einen gewissen Zeitraum unterbrechen zu müssen, um in die Rolle der Psychologin zu schlüpfen und in dieser aufgabenorientierter und strukturierter vorgehen zu können und schließlich wieder in die erste Rolle zurückzukehren. Bereits vorhandene Nichtdirektivität wieder zurückzunehmen sowie der doppelte Rollenwechsel stören meiner Ansicht nach den psychotherapeutischen Prozess sowie die therapeutische Beziehung und verunsichern das Kind/den Jugendlichen.

Zusammenfassung

Psychotherapie kann personenzentriert sein, muss es aber nicht – ebenso kann psychologische Diagnostik personenzentriert sein, oder auch nicht. Entscheidend für ein personenzentriertes Vorgehen ist für mich die *Haltung*, aus der heraus ich handle – sowohl in der Psychotherapie als auch in der psychologischen Diagnostik.

Personenzentrierte psychologische Diagnostik durchzuführen heißt, dem Kind in einer Haltung aus Wertschätzung, Empathie und Echtheit zu begegnen, auf gleicher Ebene, in dem Versuch, es zu verstehen. Sie bezieht dort, wo es wichtig und sinnvoll erscheint, eine begrenzte Menge an Testverfahren ein, reduziert den diagnostischen Prozess jedoch nicht auf diese. Das Vorgehen ist durch die Anwendung der Testverfahren und deren Durchführungsrichtlinien strukturierter

und aufgabenorientierter als in einer Psychotherapie. Es widerspricht dennoch nicht der personenzentrierten Haltung, weil es in dieser stattfindet und die Beziehung und die Bedürfnisse des Individuums – falls diese mit den Richtlinien der Testvorgabe kollidieren – immer handlungsleitend sind.

Personenzentrierte psychologische Diagnostik findet *für* das Kind sowie *in Beziehung* statt. Sie ist bedeutsam als Prozess des Verstehens und zielt nicht darauf ab, Diagnosen nach ICD-10 zu stellen. Störungsspezifisches Verständnis kann jedoch helfen, das Kind besser zu verstehen und zu begleiten und das Umfeld aus diesem Verständnis heraus für das Kind und seine Bedürfnisse zu sensibilisieren.

Die Ergebnisse einer psychologischen Diagnostik werden nicht interpretiert, sondern deskriptiv in einer gut verständlichen Sprache formuliert und mit den Eltern bzw. je nach Alter und Interesse des Kindes auch mit diesem besprochen.

Durch eine Individualisierung der Testvorgabe, einen starken Einbezug der Verhaltensbeobachtung, ein Nachfragen, um zu erfahren, wie Ergebnisse zustande gekommen sind, und eine Auswahl der Testverfahren besonders im Persönlichkeitsbereich (projektive Verfahren, freies Spiel) dahingehend, dem Kind möglichst viel Raum und Aspekte der Nichtdirektivität zu bieten, wird psychologische Diagnostik besonders kindzentriert und damit personenzentriert. Sie wendet sich nach innen (Raum geben, Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz, innerer Bezugsrahmen, Verstehen, Prozess, Beschreiben) und nicht nach außen (striktes standardisiertes Vorgehen und Normen, Bewertung, Expertenwissen, Klassifikation, Interpretation, äußerer Bezugsrahmen, Diagnosen, Direktivität).

Das Spannungsfeld von „außen“ und „innen“ zieht sich wie ein roter Faden durch die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit einer personenzentrierten psychologischen Diagnostik, wie in folgenden Punkten deutlich wird: Technik oder Haltung, Diagnose oder Diagnostik, vorschreibendes oder kooperatives Modell, Expertenwissen oder Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz, Testfokussierung oder Beziehungsfokussierung, äußere Normen oder innerer Bezugsrahmen, Diagnostik für bestimmte Zwecke oder für die Person selbst. Analog dazu besteht meine Auseinandersetzung aus einer Betrachtung vom äußeren Bezugsrahmen heraus (Literaturrecherche) sowie aus einer Beschäftigung mit dem inneren Bezugsrahmen (persönliches Erleben, Erfahrungen, Reflexionen). Letzteres ist das, was ich bin und womit ich arbeite, und damit das eigentlich Wesentliche.

Das „Innen“ und der innere Bezugsrahmen erinnern mich dabei an den kleinen Prinzen: „On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.“ (Saint-Exupéry, 1991, S. 63): Das Wesentliche sieht man nur mit dem Herzen, es ist für die Augen unsichtbar. Es geht darum, von „innen“ zu sehen. Nicht immer gelingt uns dieser Zugang zu uns selbst und zu

anderen Menschen. Doch immer wenn er gelingt, sind wir wirklich Mensch und lebendig.

In diesem Sinne ist auch der nachfolgende, von mir geschriebene Text gemeint: Diagnostik kann sich nach dem „Äußeren“ richten und damit ein „Anders“ erheben, also klassifizieren. Sie kann aber auch auf das Innere schauen und dabei die Individualität in all ihren Facetten, Eigenheiten, Stärken, Schwächen und Bedürfnissen in den Vordergrund stellen – um zu verstehen und zu sein.

ANDERS

ist was für andere anders ist
eine Abweichung von der Norm
ab-normal

weg von der Norm
nicht dazu passen
eine Auffälligkeit

ein Stigma
trennend von der Mehrheit
und von vielen gefürchtet

eine Besonderheit
etwas was absondert von anderen
im Sein, Spüren, Erleben, Verhalten

eine Sondierung
wer bin ich und wer sind andere
eine Trennung

ein auf mich gestellt sein
tief in mir drinnen
das bin ich und bist nicht du

ein Werden
zum Ich
eine Basis
zum Du

INDIVIDUALITÄT

Literatur

- Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- BMGF (2004). *Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Begriffsklärungen und Leitlinien zur psychotherapeutischen Diagnostik des BMGF* (2004).
- Boy, A. V. (1989). Psychodiagnosis. A Person-Centered Perspective. *Person-Centred Review*, 4 (2), 132–151.
- Cain, D. J. (1989). The Client's Role in Diagnosis. Three Approaches. *Person-Centred Review*, 4 (2), 171–182.
- Eckert, J. (2006). Indikationsstellung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 149–217). Heidelberg: Springer Medizin.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2010). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fischer, C. (1989). A life-centered approach to psychodiagnostics. Attending to lifeworld, ambiguity, and possibility. *Person-Centred Review*, 4 (2), 163–170.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). *Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Hockel, C. M. (2011). *Personzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Hutterer, R. (2005). Personenzentrierte und klientenzentrierte Psychotherapie. In H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky & S. Wiesnagrotzky (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für einen neuen Standard* (S. 139–146). Wien: Springer.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monen-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (Band 2)* (S. 257–285). Göttingen: Hogrefe.
- Kubinger, K. (1996). *Einführung in die psychologische Diagnostik*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Langfeldt, H.-P. & Tent, L. (1999). Pädagogisch-psychologische Diagnostik (Band 2): *Anwendungsbereiche und Praxisfelder*. Göttingen: Hogrefe.
- Patterson, C. H. & Watkins, C. E. JR. (1982). Some Essentials of a Client-Centered Approach to Assessment. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 15, 103–106.
- Reisel, B. (2001). The Clinical Treatment of the Problem Child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. *PERSON*, 2, 55–67.
- Reisel, B. & Wakolbinger, C. (2006). Kinder und Jugendliche. In: J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 295–332). Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. (1939). *The Clinical Treatment Of The Problem Child*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1942/1972). Die nicht-direktive Beratung. München: Kindler (Orig. 1942: Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1951/2012). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (Orig. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) Psychology. A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.)
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Saint-Exupéry, A. (1991). *Le petit prince*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Schmid, P. F. (1992). Das Leiden. Herr Doktor bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer „Krankheitslehre“. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie* (S. 83–126). Köln: Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. *PERSON*, 1, 4–20.
- Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. München: Psychologie Verlags Union.
- Schwab, R. (2009). *Diagnostische Methoden in der Gesprächspsychotherapie*. *Psychotherapeut*, 54 (3), 211–229.
- Shlien, J. (1989). Boy's Person-Centered Perspective on Psychodiagnosis. A Response. *Person-Centred Review*, 4 (2), 163–170.
- Weinberger, S. (2005). *Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Juventa.

Reflexionsbericht

Personzentrierte Psychotherapie im post-kommunistischen Rumänien¹

Florentina Palada & Georgeta Niculescu²
Bukarest, Rumänien

In diesem Beitrag beziehen wir uns auf persönliche Erfahrungen während des kommunistischen Regimes, darunter auf die Atmosphäre, die damals geherrscht hat, und wie diese mit unserer persönlichen und professionellen Entwicklung als Personzentrierte Psychotherapeutinnen zusammenhängt. Wir beschreiben die Anfänge, Entwicklung und aktuelle Lage der Personzentrierten Psychotherapie in Rumänien und nehmen dabei Bezug auf den sozialen, politischen und psychologischen Kontext, insbesondere auf die gesellschaftlichen Bewertungsbedingungen mit ihrem über viele Jahre währenden Einfluss auf die Selbstentwicklung und die Werte in der rumänischen Bevölkerung. Abschließend reflektieren wir die Herausforderungen einer personzentrierten psychotherapeutischen Ausbildung, die ja egalitäre Beziehungen fördert, jedoch mit der kollektiven Vorstellung konfrontiert ist, dass PsychotherapeutInnen dem medizinischen Modell entsprechend als Experten Lösungen für verschiedene Probleme anbieten.

Person-Centered Therapy in post-communist Romania. This article provides some personal experiences during the communist regime, regarding also the atmosphere during that period and how it is related with our personal and professional development as person-centered psychotherapists in a post-communist country. We describe how person-centered psychotherapy was introduced and developed in Romania in a social, political and psychological context, with particular conditions of worth of the society that were built during a long communist regime and influenced the development of the self and values of Romanian people. The implementation of PCP was a challenge because PCP proposes a therapist who offers a relationship of equality thereby opposing the background of collective imaginary that the therapist is an expert who offers solutions for various problems, like it is presumed in the medical model.

Der politische und psychosoziale Kontext Rumäniens unter kommunistischer Herrschaft

Die Ausgangslage ist, dass ein „Volk dieser Welt“ von einem *totalitären Regime* unterdrückt wurde. *„Die totalitären Bewegungen sind Massenorganisationen, die sich aus atomisierten und isolierten Individuen zusammensetzen. Verglichen mit allen anderen Parteien und Bewegungen ist deren auffallendstes Charakteristikum die Forderung nach totaler, unbegrenzter, unbedingter und unveränderlicher Loyalität gegenüber dem einzelnen Mitglied der Organisation. Es galt eine neue Form der Sklaverei, die neben der Kontrolle des wirtschaftlichen, politischen und sozialen Lebens auch die mentale Konditionierung der Subjekte des totalitären Staates inkludierte. Im kommunistischen totalitären*

System war es allein die Partei, die bestimmte, was erlaubt und was verboten war.“ (Kommissionsbericht, 2006, S. 10) Darüber hinaus ist der Kommunismus in Rumänien (mit seiner über 50 Jahre langen Dauer) definiert durch eine Langzeittraumatisierung (Zamfirescu, 2012, S. 29).

„Der Kommunismus agierte nicht nur durch Terror, sondern auch durch Erniedrigung und ‚Um-Erziehung‘ traumatisierend und verstieß dabei gegen alle Menschenrechte.“ (Zamfirescu, 2012, S. 27) *„Wer auch immer gegen das neue System opponierte, wurde a priori als Feind des Volkes, Faschist, Geheimagent erklärt. Der Klassenfeind war, ‚objektiv‘ oder ‚subjektiv‘, lediglich ein Parasit, der ausgelöscht werden musste. Jede Form der Unterschiedlichkeit zwischen Subjekten des totalitären Systems, die alle unter dem Zeichen von Angst und Verdacht lebten, musste getilgt werden.“* (ebd., S. 14)

Georgeta Niculescu, Dr. med., Klinische Psychologin, Personzentrierte Psychotherapeutin und Ausbilderin, Gründungsmitglied der Rumänischen Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie (ARPCP).

Florentina Palada, PhD., Klinische Psychologin, Personzentrierte Psychotherapeutin und Ausbilderin, Gründungsmitglied der Rumänischen Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie (ARPCP)

1 Übersetzung aus dem Englischen: Gerhard Stumm und Monika Tucza

2 Unser besonderer Dank gilt Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Christa Gutmann und Elisabeth Zinschitz von der ÖGWG. Ebenso bedanken wir uns bei allen Personen, denen wir begegnet sind und die unsere Entwicklung als menschliche Wesen markant gefördert haben.

Die Menschen in Rumänien hatten ausschließlich einen „Führer“ zu haben, ebenso wie sie sich an strikte Regeln für ihr Leben zu halten hatten; die Menschen durften sich nur entsprechend dieser Regeln entwickeln, andere Wahlmöglichkeiten waren ihnen nicht erlaubt. Über sich selbst zu sprechen, eigene persönliche Meinungen zu haben, verschiedene Ansichten nebeneinander bestehen zu lassen, wäre in dieser Zeit inakzeptabel gewesen.

Die Menschen lebten damals in tiefer Angst und Schrecken, sie konnten aufgrund fehlender Vergleiche nicht klar erkennen, was in ihrem Land passierte. Sie lebten in einer Welt von Hass, sie hassten Ceausescu und konnten nicht sehen, dass dieser „Führer“ das Ergebnis einer sozialen Selektion war und dass sie all ihren Hass stellvertretend gegen ihn richteten. *„Die soziale Auswahl und die Machterhaltung solch paranoider Führer sind nur unter den Umständen eines nicht-demokratischen und repressiven sozialen Systems möglich.“* (Zamfirescu, 2012, S. 256)

Wenn ich, Georgeta, heute auf Ceausescus Tod zurückblicke, erlebe ich diesen als extrem grausam. Gleichzeitig erinnere ich mich sehr genau, wie sehr ich wünschte, er würde nicht mehr leben; ich hatte große Angst, er könnte entkommen. Was wir bis dahin erlebt haben und was ich in dieser Zeit in meiner Tätigkeit als Krankenschwester ansehen musste, war zu arg. Ich war 22 Jahre alt und versorgte viele junge sterbende Menschen, nachdem sie im Zuge der Revolution im Jahr 1989 von Kugeln getroffen worden waren. Ich sah damals zum ersten Mal ein menschliches Gehirn. Wenn ich daran denke, treten Tränen in meine Augen; ich glaube, dass ich vielleicht nicht genug darüber geweint habe, denn was danach passierte, war, dass die „neue postkommunistische Gesellschaft“ mich und andere dazu gedrängt hat mit dem Trauern aufzuhören, so als wäre nichts geschehen.

Im Jahr 2006 nahm der rumänische Präsident Traian Băsescu in einer öffentlichen Stellungnahme eine moralische Verurteilung des Kommunismus vor und lieferte der Öffentlichkeit in Form eines Kommissionsberichts eine Beschreibung der systematisch angewandten Strategien des Regimes. Es war eine nachträgliche Geste, die jüngste Geschichte Rumäniens zu analysieren und einzuschätzen. Auszüge davon finden sich an einigen Stellen in diesem Beitrag.

Die psychologische Situation von Menschen im kommunistischen Rumänien

Im Jahr 2010, zehn Jahre nachdem ich, Florentina, die Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie begonnen hatte und 20 Jahre nach dem Fall des Kommunismus, war ich sehr mit dem Einfluss des sozialen Kontextes auf die Persönlichkeitsentwicklung beschäftigt. Ich begann darüber zu reflektieren,

wie meine Art zu denken und meine gewohnte Reaktion auf neue Ideen von der Zeit vor der rumänischen Revolution, also durch das totalitäre System, geformt wurde. Konzepte wie die Aktualisierungstendenz, Vertrauen in das eigene Erleben oder Kongruenz standen im Widerspruch mit den sozialen Werten der Gesellschaft, in der ich aufgewachsen war. Damals waren wir an „double talk“ von einerseits öffentlich und andererseits privat gewöhnt. Man konnte zwar eigene Gefühle und Meinungen haben, aber es war gefährlich, sie öffentlich zu zeigen bzw. zu äußern. Dies führte zu großer Vorsicht in zwischenmenschlichen Beziehungen. „Der neue Mensch“ durfte gemäß der kommunistischen Doktrin nur in tiefer Übereinstimmung mit den Werten der Kommunistischen Partei denken und sich selbst ausdrücken. Jegliche Meinungsäußerung konnte uminterpretiert werden und die betreffende Person in einen Feind des Volkes verwandeln. Zwischenmenschliche Beziehungen steckten aufgrund des begrenzten Zugangs zu den Ideen der anderen praktisch fest.

Was waren die Konsequenzen für die Entwicklung des Selbst jener Generationen, die während dieser Zeit lebten? Um einen Begriff von Rogers zu gebrauchen, waren die Bewertungsbedingungen der Gesellschaft sehr streng. Es war nicht erlaubt, gegen das System zu opponieren, kritisch zu sein, eigene Ansichten zu äußern. Die Ausdrucksfreiheit war massiv limitiert. Sich frei auszudrücken, war nur innerhalb vertrauter, familiärer Räume möglich, in einer sehr abgegrenzten Umgebung – Oasen, in denen man authentisch sein konnte. Jenseits dieser Grenze brauchte man eine Menge an Selbst-Zensur oder man ging ein großes Risiko ein. Die Diskrepanz zwischen der eigenen Kraft und der Kraft von Autoritäten war enorm. Deshalb wurde die Beziehung zur *Autorität* mit einer Mischung aus Unterwerfung und Opposition gelebt. Die Erfahrung war, dass man jederzeit ein Feind werden konnte und alle Konsequenzen tragen musste. Seit der Kindheit lernte man die „korrekte“ Art zu denken und sich zu verhalten; damit entstand ein inneres zweigleisiges System: einerseits, wie man sich ausdrücken *sollte* und andererseits, wie man sich gerne ausdrücken *wollte*. In der Tat gab es eine Wahl. Allerdings wusste man, was passieren konnte, wenn die getroffene Wahl nicht „korrekt“ war. Für gewöhnlich war das Bedürfnis nach Schutz und Überleben stärker, genauso, wie wir es aus der Entwicklung von Kindern kennen, die immer vor der Wahl stehen zwischen dem Kampf um die Befriedigung ihrer Bedürfnisse und der Erhaltung der Liebe ihrer Eltern – in diesem Fall der sozialen und persönlichen Sicherheit. Die Angst war während der Dej-Periode (1944–1965) *„dermaßen internalisiert, dass explizite repressive Handlungen nicht mehr notwendig waren, außer in extremen Situationen (die Verfolgung der Dissidenten in den 70er und 80er Jahren erzählt viel über die Fähigkeit des Regimes, den Terror zu verstärken, wann immer es dies für notwendig erachtete).“*

Ceausescu Sozialismus, das direkte Erbe von Gheorgiu-Dej, war extrem autoritär, paternalistisch und manipulativ.“ (Kommissionsbericht, 2006, S. 12)

Ich gehöre einer Generation an, die in diesem Klima geboren wurde und diesem System seit frühester Kindheit ausgesetzt war. Ich erinnere mich, wie ich das „zweifache Maß“ lernte, und dass ich nicht glauben konnte, was mir gesagt wurde. Ich lebte in einem Zustand der Erwartung, dass diese Dinge aufhörten – wie eine gesplante Persönlichkeit, als ob das nicht mein wahres Leben wäre. (Allerdings war es auch nicht einfach, sich an das postkommunistische Leben, das andere soziale Werte hatte, anzupassen.) Aus dieser Opfer-Täter-Beziehung entstammt meine Sehnsucht nach Autonomie ebenso wie meine Schwierigkeit, eine Wahl und Entscheidungen zu treffen.

Damals waren keine professionellen Möglichkeiten gegeben, um psychische Probleme zu vermindern oder die persönliche Entwicklung von Personen zu unterstützen. Jede Initiative im Rahmen von Psychologie und Psychotherapie wurde sofort unterdrückt.

Im Jahr 1977 versuchte eine Gruppe Intellektueller Transzendente Meditation in Rumänien einzuführen. Der einzig mögliche Weg, dies zu erreichen, war, das Ehepaar Ceausescu davon zu überzeugen, dass dadurch die Arbeitsproduktivität gesteigert werden würde; und das war der einzige Grund, warum sie es akzeptierten. Psychotherapeutische oder psychologische Bemühungen wurden als gefährlich erachtet. Daher geschah etwas Seltsames: Sowohl die Fakultät für Psychologie (1977) als auch das Institut für Psychologische und Pädagogische Forschung (1982) mussten ihre Tätigkeiten einstellen. 350 PsychologInnen, darunter bekannte ForscherInnen, mussten als Reinigungskräfte, VerkäuferInnen etc. arbeiten.

Die Folgen dieser Anordnung verursachten den Intellektuellen in Rumänien eine Menge Probleme. Ihnen wurde eine Lektion erteilt, was passieren würde, wenn sie den Mut hätten, ihre Gedanken und Gefühle öffentlich zu äußern, also auch die psychischen Probleme und Bedürfnisse von Menschen zu benennen.

Die Herausforderung, die Entwicklung bedeutet

Es ist fast unglaublich, wie viele Dinge sich nunmehr verändert haben. Jetzt ist alles scheinbar farbenfroh, vielfältig und bequem, wie in einem Traum. Aber die rumänische Gesellschaft durchlebt einen Prozess, einen schwierigen, weil sie von der Demokratie manchmal in ein Chaos geworfen wird, in dem jeder – in einer übertriebenen Weise – versucht, seinen Standpunkt zu behaupten und anderen aufzudrängen, weil jeder glaubt, sein Standpunkt wäre der wertvollste. Jede Person hatte ihr eigenes Modell von Freiheit bzw. von einem lebenswerten Leben und

erwartete, dass die gesamte Gesellschaft genau ihr Modell bereitwillig annehmen würde.

Die postkommunistische soziale Atmosphäre war verwirrend. Der zentrale Bezugspunkt verschwand plötzlich. Demzufolge entstand ein leerer Raum, in dem das Bedürfnis nach Bezug zu irgendetwas immer noch da war, aber ohne Unterstützung. Die „freie Presse“ war voll mit Informationen, aber gegensätzlichen (wir haben zu spät verstanden, dass es keine freie Presse gibt, sondern dass diese nur verschiedene Interessen repräsentiert). Das führte zu einem größeren Vorbehalt und einer Spannung zwischen dem, dass „es früher besser war, als alles vorhersagbar war“ und dem Bedürfnis nach Freiheit, nach Neuem, nach Veränderung. Viele RumänInnen erwarteten etwas von außen, das sie selbst als Begünstigte definiert, ohne dabei zu bemerken, was sie selbst beitragen sollten. Die Idee des kommunistischen Systems, dass jemand von außen auf all die wichtigen Aspekte im Leben eines Menschen achtete und den Menschen eine Arbeit und ebenso ein Heim gegeben wurde, galt nicht mehr. Das machte es schwierig, sich Gedanken darüber zu machen, selbst dafür verantwortlich zu sein, was man wählt, wünscht, fühlt, entscheidet. Das Gewähren fast exklusiver Aufmerksamkeit für die individuelle Realität einer Person und das Vernachlässigen anderer Menschen ist die Basis vieler Entscheidungen, die auf unterschiedlichen Ebenen ebenso wie in Beziehungen getroffen werden. Wir lernten langsam die Grundlagen und Nuancen einer pluralistischen Gesellschaft kennen, aber das brauchte Zeit. Der externe Ort der Bewertung ist in der Psyche der rumänischen Menschen ziemlich fixiert, wenngleich dies nicht so benannt wird. Das wurde bereits 1937 von Radulescu-Motru, einem bedeutenden Repräsentanten der rumänischen Schule der Philosophie, sehr gut beschrieben. Seine Theorie wird heute noch als gültig anerkannt. Radulescu-Motru stellt den „typischen Rumänen“ als jemanden dar, der seine Überzeugungen auf „öffentlichen Gerüchten“ und nur sehr wenig auf persönlicher Erfahrung aufbaut. „In Rumänien wird die Redewendung benutzt ‚Sie sagen ...‘. Und wenn ‚sie sagen‘, scheint der Rumäne als Individuum zu verstehen, dass er dasselbe zu sagen hat. Sowohl in städtischen als auch in ländlichen Regionen wird Individualität ausgelöscht und demzufolge zählt, was ‚sie sagen‘, was die Partei sagt, was die Machthaber sagen und sehr selten, was ich sage oder was John oder George sagen. ... Um die Unruhe zu lindern, ist der Rumäne bemüht, sich nach außen zu orientieren, um die neuesten Gerüchte aufzuschnappen; diese Bemühungen sind fast nie nach innen, auf das eigene Gewissen hin, gerichtet.“ (Radulescu-Motru, 1937, S. 36)

Eine andere Herausforderung ist der Zugang zu Emotionen. Für manche Personen ist es noch immer wie ein „einfältiger Film“, über Gefühle oder die emotionale Auswirkung von gewissen Ereignissen zu sprechen. Im Zuge von Psychotherapie oder

psychotherapeutischer Ausbildung entdecken sie, „wie wichtig Emotionen sind“. Eine weitere Herausforderung ist das negative Selbstbild. Zunehmend drücken viele RumänInnen nach 1990 offen ihre negative Bewertung von sich selbst aus. Zamfirescu (2012), der Psychoanalytiker, fragt sich, ob Selbsthass und Selbstverachtung nicht Quellen für kleinkarierten Stolz und Aggressionen sowie für die Unfähigkeit, Solidarität zu üben, seien.

In diesem Zusammenhang stellt die Personzentrierte Psychotherapie das Modell eines Psychotherapeuten vor, der eine therapeutische Beziehung pflegt, die von Gleichheit getragen ist, und damit ein Gegenmodell zu einem Hintergrund von kollektiven Vorstellungen, wonach der Psychotherapeut ein Experte ist, der Lösungen für verschiedene Probleme anbietet, so wie es das medizinische Modell vorsieht. Die Psychotherapieausbildung mit ihren Momenten von Enthusiasmus, aber auch Verwirrung, als wir nicht wussten, wie uns geschah, war eine lebendige Erfahrung für uns.

Die Rumänische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie (ARPCP)

Die erste Ausbildungsgruppe, bei der auch wir dabei waren, startete 1999, also zehn Jahre nach der Revolution. Die Ausbildung war das Ergebnis eines Partnerschaftsprojekts der „Rumänischen Gesellschaft für Psychotherapie“ und der „Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung“. Das Projekt wurde koordiniert von Sonja Kinigadner (ÖGWG).

In der Folge wurde im Jahr 2001 die Rumänische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie (ARPCP) gegründet. Es gab 14 Gründungsmitglieder, darunter PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Psycho-PädagogInnen. 2006 wurde die Gesellschaft vom „Rumänischen Verband für Psychotherapie“ anerkannt und 2008 vom „Kolleg der PsychologInnen“ in Rumänien als Anbieter einer grundlegenden und weiterführenden Ausbildung registriert.

Im Moment (2014) hat die Organisation 44 Mitglieder und 106 AusbildungsteilnehmerInnen in unterschiedlichen Ausbildungsstufen.

Neben der Ausbildung war und ist die ARPCP auch an einer Reihe von Projekten beteiligt:

- Forschungsprojekt „Subjective Age and Adjustment to Aging through the eyes of Portuguese and Romanian Older Population: A Comparative Multiple Correspondence Analysis for Latent Constructs“ (Koordinator: Sofia von Humboldt aus Portugal, von der Forschungseinheit für Psychologie und Gesundheit in Lissabon).
- Wir versuchen, mit rumänischen FachärztInnen in Hinblick auf somatische Beschwerden zusammenzuarbeiten.

- Wir arbeiten zusammen mit dem „National Centre for Psychological Health“ und wir versuchen, uns auch sozialer Probleme anzunehmen.

- Viele junge PsychotherapeutInnen haben verschiedene Projekte, z. B. für schwangere Frauen oder für Krebskranke.

- 2012 haben wir „The Adrian Mircea Paunescu Library“ errichtet, zu Ehren unseres Kollegen Adrian Paunescu, der unglücklicherweise verstorben ist. Seine Frau schenkte der Bibliothek alle Bücher über Psychotherapie und den Personzentrierten Ansatz, die Adrian während seines Lebens gesammelt hatte. Adrian war ein Personzentrierter Psychotherapeut, Psychiater und Psychoanalytiker sowie eines der Gründungsmitglieder von ARPCP. Wir werden das Andenken an ihn bewahren.

- 2015 wird ARPCP das XIII. PCA Forum organisieren, eine riesige Herausforderung für uns.

Eine Reflexion über die Anfänge der ARPCP

Haben wir nach der Revolution tatsächlich zehn Jahre gebraucht, um mit einer humanistischen, nicht-direktiven Methode in Kontakt zu kommen, für die Kongruenz, unbedingte positive Beachtung und Empathie prinzipielle Werte sind, oder war dies nur ein bloßer Zufall? Ich, Georgeta, habe keine Antwort auf diese Frage, aber ich weiß, dass es an den Departments für Psychologie keinen Studenten oder Professor gibt, der nicht über Rogers und seine Theorie Bescheid weiß. Ich war das dritte Jahr an der Universität, als ich mit dem Konzept der Nicht-Direktivität zum ersten Mal in Berührung kam und von Carl Rogers hörte. Ich war fasziniert. Ich pflegte jedem zu sagen, wie brilliant mir diese Theorie erschien.

Manchesmal verändern Menschen ihre Haltung, nachdem sie ihren Blickwinkel aufgrund der Lektüre von Rogers' Büchern geändert haben. Im ersten Ausbildungsjahr stellte ich freudig überrascht fest, dass andere sich allein dadurch veränderten, dass sie über Rogers' Konzepte gelesen hatten. Eine Frau, die etwas für unsere Ausbildungskurse übersetzte, berichtet Folgendes: „Ich muss zugeben, dass eure Texte eine wirkliche Herausforderung für mich waren. Abgesehen davon, die spezifische Terminologie zu lernen, vertiefte ich auch mein psychologisches Wissen. Ich habe begonnen, andere Menschen, insbesondere meine StudentInnen, neu zu betrachten.“

Wir haben uns gefragt, warum rumänische Studierende Rogers' Theorie so attraktiv finden, so viel wie möglich darüber wissen und sie in der Praxis erfahren wollen. Eine Antwort darauf ist, dass der Mensch ein Bedürfnis danach hat, in Kontakt mit sich selbst zu sein. Die häufigsten Antworten auf die Frage, warum jemand eine Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie machen will, sind mit der Bedeutung verbunden, die Rogers der Einzigartigkeit jedes Menschen und dem Umstand

gab, dass jeder einzelne am besten weiß, welchem Pfad er folgen muss. Dies scheint etwas Optimistisches an sich zu haben und dürfte einen Wandel in der Psyche des rumänischen Volkes markieren. Wir stehen aber auch vor der Frage, wie der Personzentrierte Ansatz in unserem Land angewandt werden kann.

Ein Rückblick auf die Erfahrungen der ersten Ausbildungsgruppe

Wir können nicht sagen, dass wir etwas Besonderes in den ersten vier Ausbildungsjahren gelernt haben, trotzdem änderte sich viel in uns und in unserem Leben. Später konnte ich etwas Ähnliches bei einer anderen Person beobachten. So berichtete einer meiner Klienten: „Wenn ich versuche, es zusammenzufassen, dann ist es etwa so, dass ich nicht etwas Bestimmtes gelernt habe, sondern es geschafft habe, andere Möglichkeiten in Betracht zu ziehen. Das war etwas Besonderes. So als ob ich begann, gewisse Dinge, die vorher vernebelt waren, zu erkennen. Einige Löcher wurden so gefüllt. Ich wünschte, ich könnte jetzt sagen, dass mein Leben einen Sinn hat, dass ich weiß, was ich tue und warum. Aber ich kann es nicht; was ich sagen kann, ist, dass ich leben kann, ohne alles genau zu definieren. Das Leben hat wohl mehr und sich ändernde Sinnperspektiven.“

Als wir vor vier Jahren, also im Jahr 2010, zum ersten Mal auf unsere personzentrierte Ausbildung zurückblickten, kam der Moment, dass wir innehielten, um einige ihrer Besonderheiten zu reflektieren:

- Die Ausbildung mit ausländischen AusbilderInnen betraf vor allem die Sprache, wobei keiner von uns jene der AusbilderInnen aus Österreich, also Deutsch, beherrschte. Wir begegneten einander auf „Englisch“ und es war gewiss nicht leicht, auszudrücken, was wir fühlten und was wir in uns selbst zu verstehen versuchten, aber auch darin verstanden zu werden. Und dann natürlich auch zu verstehen, was die anderen von uns wollten. Ich, Florentina, bin mir bewusst, dass dadurch eine Menge verloren ging.
- Die Aneignung eines Ausbildungscurriculums und die spezifische Weise, damit in einem Land zu arbeiten, in dem die akademische Umgebung nur die theoretischen Grundlagen von Carl Rogers kannte, nicht aber, was es hieß, in dieser Methode praktisch auszubilden. Es war zu Beginn sehr schwierig zu verstehen, wie dies funktionieren sollte, da ich von meinem Studium nur gewohnt war, mir Informationen zu merken und sie dann zu reproduzieren – ganz im Sinne einer direktiven Bildung. Es brauchte in der Tat viel Energie, diese Denkweise zu ändern und die Dinge von verschiedenen Standpunkten aus zu sehen und an der Erfahrung im eigenen Tun zu lernen.
- Zudem war es eine Herausforderung, die *Lehrtherapie* in einer anderen Methode zu absolvieren, nämlich nach der

psychoanalytischen Methode. Es war deswegen eine Herausforderung, weil ich zwei Bezugssysteme zu begreifen hatte, innerhalb deren Grenzen die zwei Psychotherapiemodelle jeweils funktionieren. Doch bereicherte mich dies und gab mir die Gelegenheit, meine eigenen Bedürfnisse in einer Beziehung mit jemand anderem besser zu verstehen.

- Wir haben bemerkt, dass es im Prozess unserer Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie etliche Herausforderungen gibt, nicht nur im Prozess des Wachstums im Allgemeinen; eine davon ist die Schwierigkeit, auch andere Realitäten zu sehen und anzuerkennen.
- Dann unsere Erwartungen an die anderen: Ich wünsche, dass das passiert, ich wünsche, dass du das tust, und nur sehr selten hören wir die Stimme, die sagt: Was ist mit mir? Was könnte ich selbst dazu beitragen, dass ich bekomme, was ich brauche? Später, während des Ausbildungsprozesses, begannen wir zu hören: „Gott, wie verschieden wir sind!“
- Schließlich ging es darum, *in einem postkommunistischen Land nicht-direktiv* zu sein. Die Umkehr in Richtung auf das eigene Erleben, die passierte, als wir in Kontakt mit dem Personzentrierten Ansatz kamen, eröffnete uns sukzessive einen anderen Standpunkt. Jedoch hören wir als TherapeutInnen sehr oft die Forderung „sag mir, was ich tun soll“, was – entsprechend der Denkweise unter der kommunistischen Herrschaft – das Bedürfnis nach Direktivität illustriert und auch, dass wir für den Klienten eine Autorität repräsentieren. Konfrontiert mit diesem Wunsch nach Direktivität in einer therapeutischen Beziehung habe ich allmählich gelernt umzuschalten vom Impuls, dies zurückzuweisen, was für Klienten manchmal ziemlich kränkend sein kann, hin zu einer nuancierteren Arbeit genau mit diesem Bedürfnis nach Direktivität. Dies bedeutet, einen Raum dafür anzubieten, das Bedürfnis nach Lenkung von außen, nach Ratschlägen und nach einer hierarchischen Beziehung zu reflektieren. Um dies jedoch zu ermöglichen, hatte ich selbst eine Entwicklung zu durchlaufen, nämlich anzuerkennen, dass ich noch nicht wusste, was ich in die Beziehung einbringen könnte, wenn ich die Rolle der Autorität zurückweise.
- Dazu kam, *die personzentrierte Methode in unserem Land zum Leben zu erwecken*: Veranstaltungen, Übersetzungen, Kontakte mit anderen Vereinigungen und Methoden.

Die Ausweitung der Ausbildung und die Verbreitung des PZA in Rumänien

Nachdem unsere Ausbildung beendet war und wir durch unsere Beziehung mit unseren AusbilderInnen der ÖGWG gewachsen waren, fingen sechs von uns an, eine personzentrierte Ausbildung anzubieten, um diese Möglichkeit für andere an diesem Ansatz interessierte Spezialisten zu schaffen. Wir versuchen,

solche Beziehungen nicht nur unseren AusbildungsteilnehmerInnen anzubieten, sondern auch anderen Leuten in Form von Präsentationen bei nationalen wissenschaftlichen Konferenzen und indem wir Veranstaltungen organisieren, wie Sommer Schulen für Studierende etc. Eine Teilnehmerin schrieb uns: „Meine Begegnung mit dem PZA war eine sehr interessante und erfreuliche Überraschung. Ich habe erkannt, dass es sehr wichtig ist darauf zu fokussieren, wie ich gewisse Ereignisse in meinem Leben und wie ich das Leben jener Menschen, die mir wichtig sind, empfinde. Unsere Diskussion half mir sehr dabei, da ihr es auf der Basis dessen, was ich gesagt habe, vermocht habt, klarer zu benennen, was ich gefühlt habe – Gefühle, die ich bisher nur verschwommen empfinden konnte. Ihr habt mir geholfen zu begreifen, dass die Entscheidungen, die jeder in seinem Leben trifft, sehr davon abhängen, wie er seine Lage erlebt, und zugleich, dass das, was jemand entscheidet, nicht an uns liegt. Ich war erleichtert hinsichtlich meiner Gefühle von Hilflosigkeit, als ich dies besser verstehen konnte.“

Mit der Zeit haben wir erkannt, wie wichtig das Erleben ist. Wir erinnern uns an unseren ersten Workshop auf dem Psychotherapiekongress in Predeal, wo wir an einem praktischen Focusing-Workshop zusammen mit anderen KollegInnen teilnahmen. Das Ziel war, die psychotherapeutische Identität – Thema des Kongresses – auf einer körperlichen Ebene zu erleben. Unsere Knie zitterten. Es waren mehr Psychoanalytiker als üblich da und diese sind für gewöhnlich eher argwöhnisch. Wir waren mitten in der Übung, als mit lautem Getöse ein Zug nahe am Hotel vorbeifuhr. Da dachte ich: „Wir sind verloren.“ Schließlich war es aber eine Erfahrung für alle von uns und am nächsten Tag sagte ein Psychoanalytiker, während wir unsere Schlussfolgerungen zogen, dass er wirklich in der Lage war, während des Workshops etwas zu erleben – und nicht nur einer theoretischen Darbietung zuzuhören. Ein anderer Kollege, ein systemischer Familientherapeut, erinnert sich noch heute an die Symbolisierungen und sein Erleben in diesem Workshop.

Die Gruppen können sehr unterschiedlich sein. Als wir die personenzentrierte Methode den PsychologiestudentInnen bei der Sommerschule darlegten, war jedes der insgesamt fünf Male einzigartig. 2013 war die Liste kurz; nur fünf Psychotherapieformen waren gefragt: Psychodrama, NLP, kognitive Verhaltenstherapie, Hypnotherapie nach Milton Erickson und die Personenzentrierte Psychotherapie. Daher versuchten wir vier Tage lang, in einer Gruppe mit 14 TeilnehmerInnen die personenzentrierten Grundhaltungen anzuwenden.

Schlussbemerkung

Wenn ich, Florentina, heute, also 2014, an die Anfänge der ARPCP und meine Entwicklung im Zuge der Ausbildung zurückdenke, kann ich die Unterschiede sehen, sowohl in Hinblick darauf, dass ich diese Zeit als vergangen erlebe, als auch in Bezug auf die Veränderungen, die in den letzten vier Jahren passierten. Ich denke, all diese Unterschiede haben etwas damit zu tun, dass ich mir Zeit nahm, diese Erfahrungen zu reflektieren. (Andererseits hat sich der soziale Kontext kontinuierlich gewandelt und Informationen über Psychologie, Psychotherapie und persönliche Entwicklung haben unser Umfeld durchdrungen.) Es war wie nach einem Trauma: Nachdem alle schmerzlichen Inhalte hochgekommen sind, setzen sie sich danach und der Felt Sense ändert sich langsam. Heute scheint dies alles „weit weg“, auch weil ich es zunehmend mit Personen zu tun habe, die nach der Revolution geboren sind, deren Mentalität unterschiedlich ist, die sich auf andere Lebenserfahrungen beziehen, ohne viel Gemeinsamkeiten mit unserer Generation. Ich fühle mich von der Geschichte überwältigt. Und die Symptome eines sozialen posttraumatischen Syndroms klingen erst nach und nach ab. Ich bin mir dessen gewahr, dass die meisten Generationen verschiedensten problematischen Ereignissen oder schwierigen sozialen Kontexten ausgesetzt sind. Meine Generation war mit dem Kommunismus konfrontiert und ich denke, es ist wichtig zu verstehen, was uns passiert ist und wie dies unsere persönliche Entwicklung beeinflusste.

Literatur

- Kommissionsbericht (2006). *Raportul Comisiei Prezidentiale pentru analiza dictaturii comuniste din Romania (Bericht der Kommission des Präsidenten zur Analyse der kommunistischen Diktatur in Rumänien)* (Koordinator: Vladimir Tismaneanu). Bucuresti.
- Radulescu-Motru, C. (1937). *Psihologia Poporului Român (Psychologie des rumänischen Volks)*. Bucuresti: Editura Paideia (Neuaufgabe 1999: Bucuresti: Albatros).
- Zamfirescu, V.D. (2012). *Nevroza Balcanică (Die Balkanneurose)*. Bucuresti: Editura Trei.

Wahrnehmen – Wertschätzen – Verstehen

Qualitativer Bericht über einen Supervisions-Workshop-Tag unter dem Motto „Ich und das Meer“

Christiane Bahr

Salzburg

Der vorliegende qualitative Bericht schildert einen Supervisions-Workshop-Tag unter dem Motto „Ich und das Meer“, welcher Teil eines Supervisionsprozesses mit dem Team eines Seniorenheimes war. Diese Teamentwicklung und die damit verbundene Bearbeitung herausfordernder Themen basierte einerseits auf personenzentrierten Ansätzen und andererseits dem psychobiografischen Modell nach Erwin Böhm. Beim Workshop wurden die Supervisandinnen und Supervisanden eingeladen, ihre Erfahrungen im Team mit persönlichen Erinnerungen ans Meer zu vergleichen und auszudrücken. Mithilfe dieser Metapher wurden zahlreiche gedankliche Verbindungen, Bilder und Inspirationen zugänglich, welche achtsame Möglichkeiten und Handlungsspielräume veranschaulichten und dazu beitrugen, Potenziale der Wertschätzung und des Verstehens zu stärken, gemeinsame Ziele zu beleuchten und in der Folge optimale Pflege und Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Schlüsselwörter: Personenzentrierter Supervisions-Workshop-Tag; Seniorenheim; psychobiografisches Pflegemodell; Metapher Teamentwicklung und Meer; Wahrnehmung und Wertschätzung.

Percipience — Appreciation — Understanding. Qualitative Report about a Supervision Workshop Day themed „The Sea and Me“ which was part of a process of supervision with a team of professionals working in a retirement home. Team development was promoted through working on challenging topics based on the principles of person-centred approaches and the psycho biographical nursing concept of Erwin Böhm. The participants were invited to compare their team experiences to their own self-reflecting memories of the sea. Using this metaphor, various mental connections, pictures and inspirations, participants visualised their attentive opportunities and scopes of action. It helped to strengthen their individual and common appreciative perspectives, action potentials and understanding, enlightened their shared aims and further possibilities of working together to provide the best care.

Keywords: Person centred supervision workshop day; retirement home; psycho biographical nursing concept; metaphor team development and sea; percipience and appreciation.

„Supervision im Seniorenheim“ aus der Sicht einer an qualitativer Forschung interessierten personenzentrierten Supervisorin und Psychologin

Wer sich auf die Suche nach Fachliteratur zu „Supervision und Pflege“ macht, wird rasch fündig und mittels spannender Texte inspiriert. Eine Vielzahl an Publikationen zeigt bedeutsame Fakten und hilfreiche Wege auf, die von vielen Supervisorinnen und Supervisoren reflektiert und in den Arbeitsalltag integriert werden. – Ganz anders gestaltet sich die Situation hingegen

für Personen, die nach spezifisch gerontologischer Literatur in diesem Arbeitssegment suchen. Denn die Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen und Veröffentlichungen über Supervision im Altenbereich, deren „Häufigkeit und Intensität“ (vgl. Hirsch 2008, S. 350) mutet bescheiden an. Zudem bezieht sich diesbezügliche Wissenschaftsliteratur großteils auf das Teilssegment des Altenpflegebereiches. – Und spezifisch personenzentrierte Supervisionsliteratur erlangt in diesem Arbeitsfeld besonderen Seltenheitswert.

Im vorbereitenden wissenschaftlichen Zugang zur vorliegenden Arbeit – welche im aktuellen Prozessgeschehen der Supervision bereits 2007 begann – orientierte ich mich deshalb nach personenzentrierten Pflegekonzepten im deutsch- und englischsprachigen Raum (vgl. Lind, 2003; Kitwood, 2000/2004) einerseits und meiner eigenen, langjährigen gerontologischen Feld- und Fachkompetenz (Bahr, 1998 a, b; 2003; 2006; 2009)

Bahr Christiane, Dr.^m, 1961. Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Psychologin und personenzentrierte Supervisorin in freier Praxis, Erzabt-Klotz-Straße 9, 5020 Salzburg/Austria. Expertin mit langjähriger gerontologischer Erfahrung in der Aus- und Weiterbildung und im Management des Gesundheits- und Sozialwesens sowie als Lektorin an der Universität Salzburg (Geragogik; Einführung in die Gerontopsychotherapie).

andererseits und ergänzte dies mit Empfehlungen innovativer (personenzentrierter) Supervisionsliteratur. Angesichts unterschiedlicher wissenschaftlicher Empfehlungen schien mir dabei insbesondere das integrative Modell von Petzold & Petzold (1998) bedeutsam; bei einer vorgestellten Supervisionssitzung wurden hierbei reflexive und handlungsorientierte Arbeitsphasen kombiniert, indem das inhaltliche Ergebnis der Supervisionssitzung zu einer daraufhin etablierten Arbeitsgruppe führte. Dies wiederum vermochte sich förderlich auf die Qualitäts- und Organisationsentwicklung auszuwirken. Zudem wird in diesem Zusammenhang bei vergleichbarer Fachliteratur – mittels eines hierbei vielfach anzutreffenden gestalttherapeutischen Ansatzes (vgl. Petzold & Müller, 2005) – die Bedeutsamkeit kreativer und Fantasie fördernder Arbeitsweisen betont.

Um dem gerontologischen Bedarf nach weiterer Modellentwicklung in diesem (personenzentrierten) Bereich der Supervision zu begegnen, entschloss ich mich – ebenfalls – von Anfang an, den gesamten Supervisionsprozess im Sinne des „going native“ qualitativer Feldforschung zu dokumentieren sowie zugunsten reflektierender Praxeologie, und damit verbundener praxisrelevanter Theoriebildung, nach und nach einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Das Wahrnehmen, Verstehen und Erklären komplexer Strukturen, welches bei diesem Wissenschaftsverständnis zentral ist, schien mir hierfür bestens geeignet zu sein. – Grundlegende Arbeitshaltungen meiner Person als Supervisorin, wie personenzentrierte und prozessorientierte Arbeitsweise, Offenheit und sachbezogene Zielorientiertheit, harmonieren gut mit den Prinzipien qualitativer Sozialforschung, die an dieser Stelle als bekannt vorausgesetzt werden.

Wie kam es zu diesem Workshop-Tag?

Der vorliegende Text beschreibt nun auszugsweise den Rahmen, den Ablauf und die Ergebnisse eines Supervisions-Workshop-Tages innerhalb dieses dokumentierten Prozesses, der die Stärkung der Wahrnehmungsfähigkeit, der wechselseitigen Wertschätzung und des gemeinsam erarbeiteten Verstehens von Dynamiken innerhalb des Pflege-Wohnbereich-Teams eines Seniorenheimes im Bundesland Salzburg zum Ziel hatte. Dieser Workshop-Tag fand am 9. Juli 2012 statt und ergab sich im Rahmen des supervisorischen Teamentwicklungsprozesses. – Üblicherweise trafen wir uns hierfür in regelmäßigen Abständen zu je drei Arbeitseinheiten á 45 Minuten, um aktuelle Themen im Team zu bearbeiten. – Während eines Supervisionstermins äußerten dabei mehrere Teammitglieder den Wunsch, „wieder einmal mehr Zeit für die gemeinsame Reflexion miteinander“ erhalten zu wollen, „um erneut besser zu verstehen, wie das mit der Wertschätzung so funktioniert“, da

diese „im Stress des Arbeitsalltags der letzten Monate zusehends in den Hintergrund rückte“. Sie wollten „wieder so einen spannenden und angenehmen Tag wie damals beim Workshop“ mit dem Titel „Wahrnehmen – Wertschätzen – Verstehen“ erleben, welcher nachhaltig für lange Zeit zu einem „spürbar besseren Miteinander im Team und gegenüber den alten Leuten“ geführt hatte. – Ich griff ihr Anliegen gerne auf und bot an, mir ein „Update“ dieses Supervisions-Workshops, den ich seinerzeit für ihre Achtsamkeitsstärkung konzipiert hatte, zu überlegen und dies inhaltlich mit einem anmutigen sommerlichen Themenschwerpunkt zu verbinden, da hinsichtlich des Termins die bevorstehende erste Julihälfte anvisiert wurde. – Es folgte die benötigte finanzielle Abklärung durch den Heimleiter und alsbald bekräftigende Unterstützung durch ihn. – Und so widmete ich mich nach dessen ausdrücklicher Beauftragung meiner Person in Ruhe und mit Freude der Konzeption und inhaltlichen Planung eines neuen Workshop-Tages. Ich wählte das schöne Motto „Ich und das Meer“ und suchte in meinem Arbeitsspeicher nach hilfreich inspirierenden Materialien, die mein zügig entwickeltes Konzept auf kreative Weise verdeutlichen würden. Es fanden sich sogleich: ein prächtiges Modellholzschild mit großen weißen Segeln und eine das Meer veranschaulichende dunkelblaue Decke, ein paar kleine Teelichter mit Meeres- und Segelmotiven und eine hellblaue Kerze, die mit farblich dazu passenden Rettungsringen versehen war. Ich packte alles zusammen und ergänzte dies mit üblichen Workshoputensilien wie Wachskreiden, Stiften, Papierkärtchen und dergleichen mehr. Es konnte losgehen!

Inhaltlicher Rahmen des Workshops: Kontrakt und Ziele des Supervisionsprozesses

Dass die Supervisorinnen und Supervisorinnen Bedürfnisse in dieser eben geschilderten, angenehmen und direkten Form zu reflektieren und zu benennen vermochten, in der Folge gemeinsam und zielstrebig nach einer möglichen Lösung suchten und diese kreativ umzusetzen gedachten, war nicht immer so gewesen. Diese Kompetenz entfaltete sich ganz allmählich auf unserem Weg erfolgreicher supervisorischer Teamentwicklung. Nach und nach zeigte sich dies in deren einfühlsamer werdender Wahrnehmungsfähigkeit und biografieorientierter Handlungskompetenz. Voraussetzend und prägend für diese konstruktive Entwicklung waren der vor Beginn des Supervisionsprozesses im Jahr 2007 getroffene Supervisionskontrakt und die hierbei grundlegend formulierten Zielvereinbarungen gewesen, welche sowohl die Arbeitsbasis unserer regelmäßig stattfindenden Supervisionstermine als auch jene der später vereinzelt folgenden Supervisions-Workshop-Tage darstellten. – Diese tragenden Säulen gemeinsam vereinbarter Arbeitsziele

seien deshalb folgend im Überblick kurz dargestellt, um den Rahmen der im Workshop erarbeiteten Ergebnisse besser verstehen und zuordnen zu können (Bahr, 2013, S. 18–20).¹ In Anlehnung an Selvini Palazzoli et al (1984, S. 78–79) differenzierte ich bei den angestrebten Zielformulierungen zwischen „expliziten“ und „impliziten“ Zielen.



Zunächst seien hiervon die gemeinsam abgestimmten und vereinbarten *expliziten Ziele* erläutert:

- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Leitung des Teams sollten gemeinsam in kleinen Schritten befähigt werden, einander wertschätzend, achtsam und mit Respekt zu begegnen, und dabei lernen, diese Haltung im Arbeitsalltag auch gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen zu praktizieren.
- Beziehungsorientiertes und achtsames Arbeiten sollte im Pflegealltag allmählich auch mit Biografie stärkenden Impulsen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern umgesetzt werden können. Hiermit verbundene Themen, Widerstände und Arbeitsanliegen würden demzufolge in den Supervisions-sitzungen besondere Beachtung erlangen sowie deren hoher personorientierter Stellenwert den Teammitgliedern nach und nach zugänglich und im alltäglichen Umgang selbstverständlich werden.
- Langfristig sollte im Seniorenheim die Arbeitsweise nach Erwin Böhm (1999) „State of the Art“ werden. Dem inhaltlichen Blickwinkel von und zu dessen „psychobiografischem Pflegemodell“ sollte im Supervisionsprozess daher so viel Raum gegeben werden, dass dieser inhaltlichen Priorität im Zuge der

aktuellen Bearbeitung von Anliegen der Supervisorinnen und Supervisoranden umfassend genüge getan würde. Um diesen Weg zu ermöglichen, sollten die an der Supervision Teilnehmenden verstehen lernen, wie bedeutsam es sei, gegenüber sich selbst, älteren Menschen und anderen Kolleginnen und Kollegen einfühlsames Verstehen zu entwickeln und in konkreten Handlungen wertschätzend auszudrücken. Erst dann würde es möglich werden, in der aktivierenden Altenpflege auf der Station – die daraufhin als „Pflege Wohnbereich A“ bezeichnet werden sollte – adäquate Impulse nach Böhm zu setzen. Diese Sensibilisierung und persönliche Stärkung der Supervisorinnen und Supervisoranden konnte in Anlehnung an biografie- und personorientierte Zugangsweisen und Erkenntnisse erarbeitet werden (vgl. Lind, 2003). – Bei diesem Abschnitt der Auftragsklärung und Vereinbarung war mir wichtig, dass Schulungen zu tragenden inhaltlichen Säulen des Konzeptes von Erwin Böhm nicht Teil der Supervision sein oder werden dürften, sondern dafür eigens vereinbarte Weiterbildungstermine mit anderen Fachkräften aus dem Pflegebereich organisiert werden müssten, was ich ausdrücklich betonte. – Dies gewährleistete, dass ich sowohl den Zielsetzungen des Heimleiters als auch den Anliegen aller anderen Supervisorinnen und Supervisoranden im Team, sowie deren zuweilen sehr unterschiedlichen Anliegen, Interessen und den damit verbundenen Themen im Zuge achtsamer Bearbeitung im Supervisionsprozess gerecht werden konnte.

- Die Sichtweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieses Teams sich selbst und anderen gegenüber hatte der Heimleiter in einem vor dem Kontrakt erfolgten Informationsgespräch zur Situation im Heim mir gegenüber als „sehr stark defizitorientiert und phasenweise destruktiv“ beschrieben. Dies, so schilderte er, äußere sich in immer wieder auftretenden verbalen Entgleisungen im Team. – Daher sollte die Wahrnehmungs- und Handlungsweise der Teammitglieder im Supervisionsprozess zu einem gemeinsam ressourcenorientierten Verstehen und wertschätzenden Agieren aller hin entwickelt werden. – Dies implizierte, dass bestehende negative Betrachtungsweisen gegenüber alten Menschen im Sinne falsch verstandener Routinebetreuung Schritt für Schritt einem wertschätzenden und Ich-Wichtigkeit stärkenden „Fördern durch Fordern“ nach Böhm (1988, 2004) weichen sollten.

- Darüber hinaus war es dem Heimleiter wichtig, selbst an den Supervisionsterminen teilzunehmen, um an der Prozessarbeit zu partizipieren. Vor seiner Tätigkeit als Heimleiter hatte er lange Zeit als DGKP und Stationsleiter gearbeitet und war infolgedessen mit Themen stationärer Pflege bestens vertraut. Ein Prozess wie dieser, in welchem die hier beschriebenen Ziele und das bewusste Erlernen von Empathie und Achtsamkeit im Arbeitsalltag – ausgehend von besagt defizitär geschilderter Personalsituation – gemeinsam mit dem Team erarbeitet

1 Hierbei werden in der Folge des Textes ausschnittartig Inhalte meiner unveröffentlichten Abschlussarbeit „Über die Unterstützung eines Heimleiters bei dessen Organisationsentwicklung und die Supervision im Seniorenheim“ (Bahr, 2013) im Rahmen der von mir von 2010 bis 2013 besuchten Aus-, Fort- und Weiterbildung „Personzentrierte Supervision und Organisationsentwicklung“ – die seitens ÖGWG und IPS der APG angeboten wurde – genutzt.

werden sollten, war allerdings auch für ihn neu. Hoch motiviert, neugierig und gewillt diesen Weg der Qualitätsentwicklung zu gehen, bestand er darauf, dass neben ihm auch die Teamleitung an unseren Teamsupervisionsitzungen teilnehmen müsse.

- Bei diesem Supervisionsprozess sollte es sich ausschließlich um Teamentwicklung handeln. Fallbesprechungen zu einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern des Seniorenheimes wurden seitens des Teams in eigens dafür ausgewiesenen, weiteren Supervisionsitzungen mit dem vor Ort tätigen Psychiater durchgeführt.

Die zum Zeitpunkt der Auftragsklärung vorhandenen *impliziten Ziele* nach Selvini Palazzoli et al (1984, S. 78–79) bezogen sich auf eine starke Erwartungshaltung des Heimleiters hinsichtlich meiner Unterstützung seines anvisierten Erfolgs im Seniorenheim und seines diesbezüglichen Anspruchs an mich. – Um dies sogleich zu klären, hatte ich meinen diesbezüglichen Eindruck in unserer Begegnung bereits zu Beginn der Auftragsklärung angesprochen. Ich sagte ihm, dass ich sein Bedürfnis nach Erfolg in dieser Leitungsfunktion sehr gut nachvollziehen könne und sein Anliegen – mittels meiner langjährigen gerontologischen Berufskompetenz (vgl. Bahr, 2009, 1998 a, b) – im Kontext der Supervision gerne unterstützen wolle. Weiters erläuterte ich, dass es davon unabhängig im Tätigkeitsbereich der Supervision jedoch sehr wichtig sei, Widerständen und unangenehmen Themen seitens der Supervisandinnen und Supervisanden den gebührenden Raum zu geben, da hiermit verbundene Dynamiken nur auf diese Weise – durch offene Thematisierung der anzusprechenden Anliegen und Themen – bearbeitet werden könnten. Dies war für ihn nachvollziehbar und fand deshalb seine Zustimmung, da Erfolg solcherart in Aussicht zu stehen schien.

Die Teilnahme an der Supervision erfolgte für alle Teilnehmenden in der Dienstzeit und war verpflichtend, was somit auch für die Teilnahme am Workshop galt. Die Kosten hierfür wurden zur Gänze vom Seniorenheim getragen.

Räumlichkeit und Setting

Der *Raum*, in dem diese Supervisionsitzungen und Supervisions-Workshops stattfanden, wirkte hell und freundlich. Zwei Seiten der vier Wände bestanden aus Glas, wovon eine Glaswand den Blick in die angrenzende Parklandschaft des Seniorenheimes ermöglichte, welche wiederum durch eine integrierte Glastüre zugänglich war. An beiden Glasfronten hängen zudem blickdichte bunte Vorhänge, die bei Bedarf vorgezogen wurden. Dies geschah dann auf Eigeninitiative der Supervisandinnen und Supervisanden, die gewohnt waren, in diesem Ambiente zu arbeiten.

Der *Zeitraum* des Workshops erstreckte sich am 9. Juli 2012 von 8 Uhr morgens bis 15 Uhr am Nachmittag. Aufgrund mehrerer, bewusst gemüthlich gestalteter Kommunikations- und Plauderpausen umfasste die effektive Arbeitszeit ohne Pausenzeit 7,5 Arbeitseinheiten á 45 Minuten. – Meinem Vorschlag folgend, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an diesem Workshop-Tag mittels Verköstigung so angenehm wie möglich zu umsorgen, um ihnen damit die Wertschätzung des Hauses explizit zu vermitteln, bot der Heimleiter allen Supervisandinnen und Supervisanden sowohl die Pausenimbisse und Getränke als auch das Mittagessen zur freien Verfügung an, was großen Anklang fand.

Supervisions-Workshop „Wahrnehmen – Wertschätzen – Verstehen“ unter dem Motto „Ich und das Meer“

Am Workshop² nahmen einschließlich Heimleitung und Teamleitung insgesamt 16 Supervisandinnen und Supervisanden teil. – Wie bei allen anderen Supervisionsterminen waren auch bei diesem Termin wieder alle Berufsgruppen des „Wohnbereichs Pflege“ vertreten: Diplomkräfte, Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, Altenfachbetreuerinnen und Altenfachbetreuer, Stockassistentinnen.

Zum Geschehen ...

Nach einer kurzen Begrüßung der Supervisandinnen und Supervisanden bitte ich alle Anwesenden um ein kurzes *Eingangsstatement*, das folgende Fragen berücksichtigen möge:

- *Wie geht es mir?*
- *Was wünsche ich mir vom heutigen Workshop-Tag?*
- *Was soll nicht passieren?*

Wir sitzen zur Eingangsrunde im Kreis und auf meine Einladung hin beginnt der Heimleiter mit seinem Eingangsstatement. – Es geht ihm gut. Und das liege vor allem daran, dass sich die Personalsituation im Heim mittlerweile wirklich prächtig entwickelt habe. Deshalb wünsche er sich, dass dies so bleiben und weitergehen möge. Beruhigt erwähnt er, dass sie im Seniorenheim aus diesem Grund mittlerweile nicht mehr so massiv um Personal zu kämpfen bräuchten, wie dies vor ein paar Jahren noch vollkommen üblich gewesen war, und leider

2 Die dargestellten Ergebnisse und Zitate beziehen sich auf meine vorbereiteten Workshop-Notizen und meine protokollierte Dokumentation dieses Workshoptages sowie hierbei von mir ergänzend erstellte Fotos. – Alle Supervisionsitzungen des mehrjährigen Supervisionsprozesses wurden von mir geleitet und im Sinne qualitativer Feldforschung dokumentiert.

für viele andere Seniorenheime auch heute noch zum Alltag gehöre. Dies sei vor allem auf unsere Personal- und Teamentwicklungsarbeit in der Supervision zurückzuführen. – Vom Workshop wünsche er sich an diesem Tag daher wieder all das, was sie „zu einem guten Arbeiten brauchen“ würden. – Nicht geschehen solle natürlich, dass jemand überhaupt nichts mit dem heutigen Workshop-Tag anfangen könne.

Die neben ihm sitzende Teamleiterin setzt fort und schließt sich dem Gesagten in ihrem darauf folgenden Eingangsstatement an. Sie wünscht sich, dass sie alle zusammen vom heutigen Tag „viel mitnehmen“ mögen. Sie habe keine Angst davor, dass womöglich etwas Unangenehmes passieren könne.

In der Folge wird die Eingangsrunde von allen weiteren Supervisionsmitgliedern fortgesetzt. In all ihren Wortmeldungen zeigt sich, dass die Anwesenden „gut da“ und „neugierig“ sind, was sie an diesem Tag Spannendes erwarten möge. Sie wünschen sich eine „gute und fröhliche Zeit“ und dass sie am Ende des Workshops wieder „zufrieden raus gehen“ mögen. Und natürlich sei es wichtig, „dass etwas weitergeht“, meint eine Supervisandin, die als DGKS sowohl eine Mitarbeiterin im Team als auch die „Qualitätsmanagement-Beauftragte“ ist und sich auf den Workshop „schon gefreut“ habe. Ihr Kollege wünscht sich, dass wir miteinander „ein bisserl einen gepflegteren Umgang finden“ und mit „mehr Lust in die Arbeit gehen“. Eine andere Supervisandin hätte gerne, „dass sie als Team wieder an einem Strang ziehen“.

Befürchtungen dahingehend, was nicht geschehen solle, halten sich in Grenzen und betreffen einige wenige Wortmeldungen, die sich darauf beziehen, dass es keine Streitereien geben solle und niemand die Zeit bloß absitzen möge.

Um der gespannten Erwartung der Supervisandinnen und Supervisanden sogleich entgegen zu kommen, erläutere ich zunächst kurz das sommerliche Arbeitsmotto von „Ich und das Meer“, unter welchem wir uns dem Thema „Wahrnehmen – Wertschätzen – Verstehen“ zuwenden werden. – Dieses individuelle Erleben des Meeres berge viele inhaltlich herausfordernde Inspirationen, Gemeinsamkeiten und Parallelen zum Wahrnehmen und Verstehen einer Teamkultur. Sich von heute entstehenden Bildern inspirieren zu lassen, diese gemeinsam wahrzunehmen, verstehen und würdigen zu lernen, und damit natürlich auch kraftvolle und lebensbejahende Impulse für die eigene Teamentwicklung zu finden, sei heute unser Vorhaben. – Meine Ankündigung trifft auf großes und freudiges Interesse seitens der Supervisandinnen und Supervisanden.

Ich setze fort, indem ich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu einlade, zunächst einmal mit einer kurzen, aufbauenden Übung zu beginnen, die sie mit der von ihnen gewünschten beruflichen Zukunft angenehm vertraut zu machen vermag. Dabei bitte ich die Supervisandinnen und Supervisanden, sich

jeweils in einer Zweiergruppe innerhalb der nächsten 15 Minuten folgende Frage zu überlegen:

„Was wünsche ich mir für meine berufliche Zukunft?“

Jede Gruppe erhält für die Beantwortung der Frage ein gelbes Kärtchen. Und ich ersuche die Supervisandinnen und Supervisanden, darauf je zwei gefundene Themen zu notieren. – Während der Übung bittet mich eine Kleingruppe um ein weiteres Kärtchen, weshalb beim später fotografierten Überblick der präsentierten Ergebnisse eine Karte mehr aufscheint.

Nach der Erarbeitungsphase in den Kleingruppen präsentieren die Zweiergruppen ihre Wunschthemen:

„Leichtigkeit / Stabilität / Durch neue „Teemischung“ – Böhm wieder aufkochen lassen / Ehrliches Engagement und lustiges und gern arbeitendes Team! Keine Angst vor Veränderung! / Wertschätzung / Respekt / Feedback – Lob, Kritik / Weiterbildung – Information, Möglichkeit / Individuelle Werte schätzen / Toleranz und Freiraum / Stabilität im Team / Wertschätzung / Hilfe und Unterstützung in der Umsetzung des Böhmkonzepts / Kleinere Missverständnisse sofort lösen, nichts aufstauen lassen.“

Die Gruppe ist mit den erarbeiteten Themen sichtlich zufrieden und nun in kraftvoller und bester Stimmung, freudig weiterzuarbeiten.

Daraufhin erläutere ich Gedanken zum nächstfolgenden Arbeitsschritt.

In der Zwischenzeit hatte ich in der Mitte des Raumes eine kleine Arbeitsdekoration zur Veranschaulichung arrangiert: Die mitgebrachte dunkelblaue Decke legte ich locker wellig auf den Fußboden und platzierte darauf mein Modellsegelschiff, das sich sichtlich „in voller Fahrt“ befand. Rundum legte ich ein paar Teelichter mit hellblauem Meeres- und/oder Segelmotiv auf die Decke und entzündete die dazu passende hellblaue Kerze mit den Rettungsringen.

Auf einem Flipchart notierte ich veranschaulichend den „Veränderungskreis“ – im Original „The Change Cycle“ – von Salerno & Brock (2009) mit dessen sechs Phasen und schrieb daneben einen Spruch von Antoine de Saint-Exupery (2012), der da lautet:

„Wenn du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.“

Antoine de Saint-Exupery (2012) nach „Die Stadt in der Wüste / Citadelle“

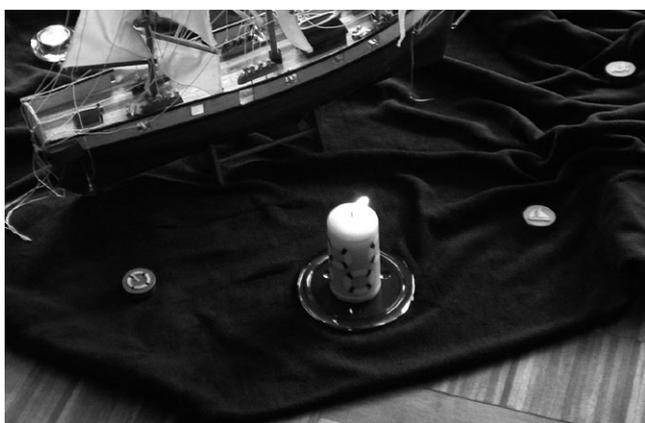
Nach meiner wenige Minuten dauernden Erläuterung des „Veränderungskreises“ und des Zitats von Antoine de Saint-Exupery (2012) leite ich über zur Bedeutsamkeit der individuellen positiven Motivation jeder Person. – Wenn es um Veränderung

im Sinne einer weiteren Optimierung ginge, dann dürfe und solle dies auch Freude bereiten und gemeinsam stärken. Deshalb ginge es in der nun folgenden Übung vor allem darum, ein positives Gefühl der eigenen Erinnerungen, die man mit dem Begriff „Meer“ verbinde, entstehen zu lassen. – Unzählig viele Zusammenhänge und inhaltliche Parallelen gäbe es zwischen den Bildern und Eigenschaften eines Teams und dem herrlich weitläufigen und Leben spendenden Meer.

Damit sind wir beim nächsten Arbeitsschritt angelangt, bei welchem ich die Supervisorinnen und Supervisanden einlade, sich von ihren eigenen, heute schon erarbeiteten Worten und den soeben gehörten kurzen Gedanken sowie der inzwischen sichtbaren Schiffsdekoration inspirieren zu lassen und über folgendes Thema nachzudenken:

„Ich und das Meer“

Das Meer. Ort herrlichen Lebens, wunderbarer Kraft und ... oder ...



Ich bitte die Supervisorinnen und Supervisanden in sich Gedanken und Gefühle zu diesem Thema entstehen zu lassen und diese dann mittels Ölkreiden farbenfroh auf einen Bogen Packpapier zu malen. Dabei könnten sie sich von folgenden Fragen zusätzlich inspirieren und leiten lassen: *Was verbinde ich mit dem Meer? Was bedeutet es für mich? Woran erinnert es mich? Wer oder was fällt mir dazu ein? Und so weiter.*

Die Supervisorinnen und Supervisanden machen sich mit Freude und Interesse ans Werk und haben für die Erstellung ihres Bildes eine Stunde Zeit.

Schließlich sind alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops mit ihren Bildern fertig.

Die Sessel im Raum stellte ich in einer kurz davor erfolgten Pause in Form eines Auditoriums auf, das zur Wand eines großen Kastens hin ausgerichtet ist. – Auf dieser Holzwand werden die gemalten Bilder nun der Reihe nach abwechselnd befestigt und von den Supervisorinnen und Supervisanden anschaulich präsentiert und erklärt. Sie berichten dabei auf lebendige Weise über eigene Wahrnehmungs-, Reflexions- und Verstehensprozesse zum Thema „Meer“ und damit verbundene Erlebnisse.

Im Kontext ihrer persönlichen Erfahrungen erläutern und beurteilen sie den Zusammenhang zwischen ihrer Teamkultur und den individuellen Schilderungen des Meeres – ihren eigenen Wortmeldungen zufolge – schließlich als „echt sehr ermutigend“, „lustig“, als „total leicht verständlich“, „unerwartet logisch“ und „klar nachvollziehbar“. „Richtig spannend!“

In der Folge seien von den 16 Präsentationen, die ich fotografierte und wie alles andere inhaltlich mit protokollierte, vier Erklärungs- und Reflexionsprozesse exemplarisch hervorgehoben:



DGKP und Personalvertreter im Seniorenheim. Er befindet sich hier mit seiner Familie am Strand. Mit „Fußball und Pottscherkugeln ist richtig was los“. Sandburgen kommen auch noch dazu. „Einfach klass.“ Wir haben natürlich „drei bis vier Sonnenschirme“, damit alle „genug Platz haben“. – „Und es gibt nichts Schöneres als am Strand liegen und die Leute beobachten, wie es wieder jemanden ins Wasser prackt.“ Damit meint der Supervisor, dass es ein Vergnügen sei, den Leuten dabei zuzusehen, wie sich diese im sommerlichen Spaß erfrischend ins kühle Nass begeben. – „Und ganz wichtig ... die Kühltasch!“ ... Am besten gleich „zwei oder drei davon ... richtig wie man sich's vorstellt: die (Familiennam)ers kommen!“ – Das „taugt“ ihm: Das Konzentrierte ... „auf die Familie ... dann kommt lang nichts ... und dann kommen die anderen.“

Die Beauftragte für Qualitätsmanagement im Seniorenheim sagt dazu freudestrahlend im gleich darauf folgenden gemeinsamen Reflexionsdialog aller mit dem Supervisor zu dessen Bild: „Für mich ist da so eine Struktur drinnen! ... Das hast schon im Griff!“

Ihre Wortmeldung wirkt kraftvoll, gefällt dem Supervisor und scheint diesen zu stärken.

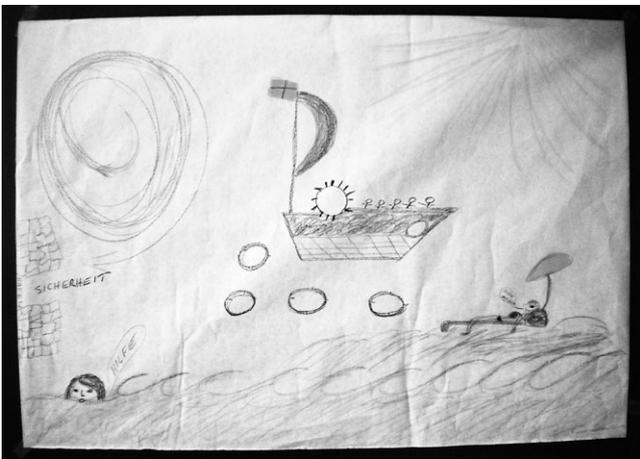
Er ist im Team und Seniorenheim sehr beliebt. Im Alltag agiert er mitfühlend, zeigt viel Verständnis für die Anliegen aller Beteiligten und ist im Falle von Konfliktsituationen stets ausdrücklich an der Erarbeitung einer konstruktiven Lösung interessiert. – Während er von „seiner Familie“ spricht, erkennen

die anwesenden Supervisorinnen und Supervisanden sichtbar und spürbar nicht nur dessen reale private Familie auf dem Bild, sondern indirekt auch sich selbst als Gruppe und die Art, wie er mit ihnen umgehe. Diese positive Resonanz drücken sie durch bekräftigende Wortmeldungen aus, die da lauten: „Toll! Genau so wie es ist!“ – „Das bist echt richtig du!“ – „Lässig!“ – „Echt, so wünscht man sich!“

Der Supervisand präsentiert sein Bild als zweiter in der Reihe der Vorstellungen. Ich erlebe mich selbst und andere dabei als sehr beeindruckt von der Dynamik und Stimmung, die dabei aufkommt.

Bei der Vorbereitung des Workshops und der Ideenentwicklung hatte ich mir das Aufkommen eines annähernd klaren Verständnisses hinsichtlich der Metapher „Meer“ in Zusammenhang mit der Teamkultur gewünscht und bin nun beeindruckt, dass meine hoffnungsvolle Planung von den Supervisorinnen und Supervisanden zudem noch weit übertroffen wird: Ihre Wortwahl, die Art ihres Agierens und Rückmeldens macht deutlich, wie wohl sie sich dabei fühlen und ermutigend bei ihren Stärken im Team anzusetzen vermögen. – Jeder Präsentation folgt ein Applaus seitens der Gruppe, der anfangs von mir angeregt wurde.

Doch der hier stattfindende Applaus ist mehr als ein „Klatschen“. Er ist Ausdruck von Zustimmung, Ermutigung, spürbar stärker werdendem Zusammenhalt im Zuge der nun nach und nach erfolgenden Präsentationen.



DGKS im Team und gleichzeitig Qualitätsmanagement-Bbeauftragte im Seniorenheim. Die Supervisorin beginnt ihre Präsentation einleitend mit der Erklärung, sie sei gerade „im Wasser und auf meiner Matratze und die Crew ist im Schiff“. – „Immer wieder auf zu neuen Ufern!“ – Und „die beobachten mich und retten mich auch, wenn es nötig ist.“ Deshalb habe sie das Symbol der vier Rettungsringe gemalt. – „Im Schiff der große Kreis ist das Steuerrad.“ – „Ich hab’ absichtlich so viele Griffe darauf gezeichnet, dass alle die Möglichkeit haben, sich anzuhalten“, sagt sie. Angesichts des in Worte gefassten

Stauens einer anderen Supervisorin und deren Frage, wie sie denn so einen gleichmäßigen Kreis hinbekommen habe, erklärt diese, dass sie dafür den Kreis des Anhängers ihrer schmucken Kette verwendet habe, und zeigt daraufhin das dazu passende hübsche Schmuckstück, indem sie es kurz empor hebt, in die Runde. – Ah! – Die Supervisorin sagt dann weiter: „Ich brauch’ Sicherheit“ und deshalb passe das „alles so ganz gut“. Besonders wichtig sei ihr dabei auch der Hafen, „weil der hat etwas mit Ankommen, mit Sicherheit zu tun. – Wissen, wohin gehört man!“ – Und hier am Bild ist sie „ganz entspannt auf der Luftmatratze mit Sonnenschein“ zu sehen, weil sie spürt, dass sie sich auf die anderen verlassen kann.

Das Bild der Supervisorin löst bei den anderen Kopfnicken und zunächst auch Erstaunen dahingehend aus, dass auf dem Bild links unten von ihr jemand nahezu ertrinkend dargestellt wurde, was das Wort „Hilfe!“ noch verdeutliche. – Könne denn so etwas hier im Team passieren? – Nein, meint sie, das habe sie auf ihre generelle Wahrnehmung der Arbeitswelt bezogen. Da gehe es oft sehr rau zu, weshalb es sehr wichtig sei, nicht allein dazustehen, sondern auf den Rückhalt anderer – in der Mannschaft – zu vertrauen.

Daraufhin beruhigt sich die kurzfristig etwas unruhiger gewordene Stimmung wieder. In der folgenden, gemeinsamen Reflexion der Supervisorinnen und Supervisanden wenden sich diese dann dem am Bild auffallend groß sichtbaren Steuerrad zu. – Ja, so lautet ihr Tenor, sie alle seien mit eingeladen, die Qualität ihrer Arbeit in gute Gewässer und schöne Häfen zu steuern, was sich im Alltag durch Sorgfalt im Miteinander, in verschiedenen Verantwortlichkeiten und bei Projektarbeiten mit den Seniorinnen und Senioren zeigt. Am Schiff finden sich viele der Anwesenden gedanklich wieder. Und manche sind froh, „nicht steuern zu müssen“ – „anhalten ja, aber steuern?“ – Anhalten. Zusammenhalten.



DGKS und Leiterin des Teams: „Getragen werden“ sei richtig angenehm, beginnt die Supervisorin. „Das ist alles leicht, und dazu Sonne, Wärme und Licht zu genießen“ und hin und wieder

Die gesammelten Erkenntnisse werden anschließend pro Gruppe kurz vorgetragen:

Wie das Meer oder die Meere würden auch sie im Team über eine „Vielzahl an kostbaren Ressourcen“ verfügen, die „noch lange nicht ausgeschöpft“ seien. Wichtig sei aber auch dessen „Regeneration“, entsprechender Erholungsbedarf und diesbezüglich erbauliche Möglichkeiten! Wesentlich sei in diesem Zusammenhang weiters das genaue „Achten auf Grenzen“, um nicht eines Tages mit einem „überfischten Meer“ konfrontiert zu sein. – Der gezogene „Vergleich der beeindruckenden Kraft und des Lebens im Meer, wie im Team“, zeige „ermutigende und optimistische Perspektiven“ auf. Und nicht unterschätzt solle dabei werden, dass „die Wogen“ zuweilen „daraus einmal höher werden können“, sodass man in einem Schiff gegebenenfalls „mit heftigerem Seegang“ zu rechnen hätte. – Doch angesichts furchtbarer „Katastrophen“, die im Meer und der Natur prinzipiell möglich wären, solle man nicht vergessen, dass diese „eine Ausnahme darstellen“ würden. Das „Potenzial, der Reichtum und die Schönheit des Meeres“ seien hingegen der „Normalfall“ und sollten daher nicht wegen furchtbarer Einzelereignisse in den Hintergrund gedrängt werden, sondern den ihnen „gebührenden Stellenwert erhalten“. Wie sie auch.

Zufrieden werden Kostbarkeiten, Potenziale, Gemeinsamkeiten und stärkende Sicherheiten im Team wahrgenommen, die weitere Ressourcen zugänglich machen und Entwicklungsprozesse ermöglichen. Auch viele Unvorhersehbarkeiten und Ängste, angesichts der Mächtigkeit des Meeres und dessen Unbeherrschbarkeit, finden nun einen guten Raum der Bearbeitung; und dies erleben sie „ohne befürchten zu müssen, jemanden mit Worten zu verletzen“. – Lösungsmöglichkeiten, wie etwa jene, gezielt mehr Zeit einzuplanen, wenn „die Wogen höher werden“, und weitere Metaphern, lassen ein achtsames Suchen nach Alternativen bei bislang als ungenügend oder bedrohlich wahrgenommenen Situationen im Alltag entstehen. Und dies ist insbesondere in ihrem Arbeitsumfeld wichtig, in dem altersbedingtes Sterben und der Tod zu einem „normalen Teil des Arbeitsalltags“ gehören.

Dem Zeitplan entsprechend leite ich im Anschluss die *Abschlussrunde* ein, zu welcher wir uns wieder im Sesselkreis formieren. Daraufhin drücken die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus, wie und mit welchen Eindrücken sie nun gehen würden. Es zeigt sich, dass es für die meisten „ein toller Tag war“, der „gut getan“ hat und den sie „sehr produktiv“ erlebten. – „Hat mir wieder sehr viel gegeben!“ – „Habe mir heute viel mitnehmen können; auch Aha-Effekte!“ – „Ein richtig schöner Tag.“ – „War lehrreich und lustig; und auch wir Leute waren alle echt total nett untereinander.“ – „Mir hat’s extrem gut gefallen. Ich glaub’, das war für uns alle ganz wichtig.“ – „War echt ein total spannender Tag!“ – „Sehe jetzt einige Sachen anders.“ – „Hab’ ein gutes Gefühl. Mit diesen Führungskräften kann ich mir das Meer

vielleicht auch noch schön reden, und danke für die Jause!“ – „Gut war’s! Ich wünsch’ mir, dass das, was wir heute gefunden haben, wieder länger anhält!“ – „Nehme mir neben dem Interessanten viele gute Gefühle mit. Danke!“ – „Taugt mir richtig gut.“

Ich selbst bedanke mich danach ebenso herzlich bei allen Supervisorinnen und Supervisanden für ihre beeindruckende Mitarbeit und wünsche allseits einen schönen Ausklang des Tages.

Als ich meine „sieben Sachen“ zusammenpacke, nehme ich in mir ein angenehmes und wohltuend erfrischendes Gefühl wahr. – Ich habe den Eindruck, dass sich die Supervisorinnen und Supervisanden sehr wohl fühlten und sich sowohl beruflich als auch persönlich wertvolle Impulse mitnehmen konnten. Ihre positiven Rückmeldungen in der Abschlussrunde stimmen mich fröhlich und zuversichtlich hinsichtlich des weiteren Supervisionsprozesses der Teamentwicklung.

Abschließende Überlegungen und Resümee

Wenn Supervisorinnen und Supervisanden – mit ihrer Aktualisierungstendenz – spürbar wertschätzende Beachtung erleben und sie dabei ausreichend Zeit und Raum für die Wahrnehmung und Entfaltung ihrer Ressourcen und Potenziale erfahren, eröffnen sich hoffnungsvolle und fröhliche Wege des gemeinsamen Miteinanders trotz und inmitten multipler Belastungssituationen der Altenpflege. – Negativ wirksame Aspekte im Team, wie aufkeimende Ängste vor Krisensituationen, erlebte Schwierigkeiten mit Bewohnerinnen und Bewohnern oder deren Angehörigen, sowie die Wahrnehmung befürchteter Unüberschaubarkeit von Konflikten und Negativdynamiken, finden dann – wie im hier beschriebenen Supervisions-Workshop – konstruktive Ausdrucksformen mittels lebendig gestalteter Bilder und erklärender Worte. – Verdeutlichend sei erwähnt, dass langfristige Veränderungen des Arbeitskontextes von Teamdynamiken jedoch nicht durch Supervision allein veränderbar sind, sondern explizit adäquater Handlungsziele und Leitgedanken seitens der jeweiligen Institution bedürfen. Als besonders hilfreich erwies sich in diesem Zusammenhang etwa die Workshop- und Supervisionsteilnahme der „Gatekeeper“ (Fellermann, 2012, S. 3–7) in Person des Heimleiters und der Teamleiterin. Ihre Befürwortung spezifischer Qualitätskriterien und achtsame Betonung entsprechender Haltungen haben wesentlich dazu beigetragen, dass sich die Teammitglieder stetig und langfristig mit den vereinbarten Qualitätsthemen und Zielen beschäftigten und diese als wichtig erachteten.

Supervision im hier geschilderten Sinne ist deshalb mehr als eine Katalysatorfunktion für die Bearbeitung von Krisensituationen und Belastungsszenarien. – Supervision im

hier vertretenen personenzentrierten Verständnis rechnet mit der kreativen und guten Kraft jeder einzelnen Person einer Gruppe und versucht stärkende Rahmenbedingungen, klärende Impulse und Entfaltungsszenarien anzubieten, um zu einer optimalen, gemeinsamen Erarbeitung von Lösungen zu finden. – Neues Fachwissen, gemeinsam erarbeitete inhaltliche Zusammenhänge, individuelle ebenso wie gemeinsame Selbstreflexion und Selbsterkenntnis vermögen dann zu lösungsorientierten Perspektiven und neuen Handlungsweisen zu führen. Dies trägt angesichts vorhandener Dauerbelastungen in der Altenpflege dazu bei, wechselseitiges Verstehen und Verständnis zu fördern und konkrete Unterstützungsmechanismen zu stärken. – Mögliche Veränderungen des Handlungskontextes werden deutlich wahrgenommen und in weiteren Schritten der gemeinsamen Auslotung von Optionen achtsam, respektvoll und würdigend aufgezeigt und umgesetzt. Der Blick wird frei für das Erkennen von Zusammenhängen, Lösungen und ein konstruktives Miteinander. – Und dann fährt *das Schiff* gut und findet – gegebenenfalls stets aufs Neue – einen guten Kurs auf leicht beschwingtem Meer.

Literatur

- Antoine de Saint-Exupéry (2012). Zitat aus „*Die Stadt in der Wüste / Citadelle*“ Online: www.zitate-online.de/literaturzitate/allgemein/18950/wenn-du-ein-schiff-bauen-willst-dann-trommle.html Zugriff am 5. Juli 2012.
- Bahr, C. (1998a). Das Leben der Bella G. im Heim. In Th. Weidenholzer & E. Marx (Hrsg.), *Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal* (S. 347–359). Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Salzburg: Salzburger Druckerei.
- Bahr, C. (1998b). Aspekte der „Institutionalisierung“ älterer Menschen im ausgehenden Jahrtausend. In Th. Weidenholzer & E. Marx (Hrsg.), *Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal* (S. 361–368). Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Salzburg: Salzburger Druckerei.
- Bahr, C. (2003). Gerontopsychotherapie. In Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. (Hrsg.), *Grundbegriffe der personenzentrierten und focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 138–140). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Bahr, C. (2006). Personorientierte Begegnung und Unterstützung demenzkranker Menschen. In *Psychologie in Österreich. Themenschwerpunkt Gerontopsychologie*, 26 (3), S. 201–207.
- Bahr, C. (2009). Gerontopsychologie im Alltag. *Psychologie in Österreich. Themenschwerpunkt: Berufsfelder der Psychologie*, 29 (4), S. 216–221.
- Bahr, C. (2013). *Über die Unterstützung eines Heimleiters bei dessen Organisationsentwicklung und die Supervision im Seniorenheim*. Abschlussarbeit der Aus-, Fort- und Weiterbildung „Personenzentrierte Supervision und Organisationsentwicklung“. Salzburg, Wien, Linz: ÖGWG und IPS der APG. Unveröffentlicht.
- Böhm, E. (1988). *Verwirrt nicht die Verwirrten*. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Böhm, E. (1999). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*. Grundlagen und Praxis. Graz: Maudrich Verlag.
- Böhm, E. (2004). Verwirrt nicht die Verwirrten. In Bahr, C. & Braun, P. (Hrsg.), *Hoffnung schöpfen. Sinnvolle Wege aus dem Labyrinth der Demenz*. 2. Salzburger Gerontologie Gespräche. Tagungsdokumentation (S. 55–64). Bildungshaus St. Vigil: Salzburger Druckerei.
- Fellermann, J. (2012). Gatekeeping – ein wichtiger Beitrag zur Positionierung von Supervision (unter Mitarbeit von Bechinger, W. & Weiß, K.). *Positionen. Beiträge zur Beratung in der Arbeitswelt*. Ausgabe 4/2012 hrsg. von Haubl, R.; Möller, H. & Schiersmann, C. Kassel: Verlag kassel university press GmbH. S. 1–8.
- Hirsch, R. D. (2008). Supervision in der Altenarbeit: Zwischen Arbeit und Reflexion. *Psychotherapie im Alter. Themenschwerpunkt: Supervision*, 5 (3), Nr. 19, S. 343–362.
- Kitwood, T. (2000/2004). *Demenz*. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (2004 / 3. erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lind, S. (2003). *Demenzkranke Menschen pflegen*. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Bern: Verlag Hans Huber.
- Petzold, C. & Petzold, H. G. (1998). Supervision in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen. In Eck, D. (Hrsg.), *Supervision in der Psychiatrie* (S. 240–257). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Petzold, H. G. & Müller, L. (2005). *Supervision in der Altenarbeit, Pflege und Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis – Integrative Perspektiven*. Sonderausgabe der Zeitschrift *Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Salerno, A. & Brock, L. (2009). *Change Cycle. Wie Sie berufliche und private Veränderungen meistern*. Offenbach: Gabal Verlag.
- Selvini Palazzoli, M.; Anolli, L.; Di Blasio P.; Giossi, L.; Pisano, I.; Ricci, C. Sacchi, M. & Ugazio, V. (1984). *Hinter den Kulissen der Organisation*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rezensionen*

Charlotte Gröflin-Buitink

Jochen Eckert, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Diether Höger (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch. 2., überarbeitete Auflage

Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2012, 348 Seiten, ISBN 978-3-642-28649-0. € 49,95 / CHF 66,90

Im Vorwort der zweiten Auflage dieses Lehrbuches berichten die Herausgeber vom Vorschlag des Verlages, das Buch zu kürzen, beschreiben, auf welche Kapitel sie verzichtet haben, und kündigen eine Überarbeitung der beibehaltenen Kapitel an.

Da die erste Auflage für mich und für viele Psychotherapeuten, die bei mir in Supervision sind, ein wertvolles Grundlagen- und Nachschlagewerk war, ging ich mit gemischten Gefühlen an die Lektüre. Was würde mir fehlen, was würde mich positiv überraschen?

Um mein Fazit vorwegzunehmen: Als Einstieg und Grundlage für interessierte Studenten und als Nachschlagewerk zur Begleitung im therapeutischen Alltag für praktizierende Psychotherapeuten, Supervisoren und Ausbilder ist dieses Lehrbuch nach wie vor wärmstens zu empfehlen.

Zu den positiven Veränderungen gehört, dass das Buch handlicher und leichter ist. Eine weitere leserfreundliche Verbesserung findet sich im Inhaltsverzeichnis, wo Unterkapitel eingeführt wurden, was das (Wieder-) Finden eines Themas oder Begriffes erleichtert. Auch sind die Kapitel neu und stimmig in 4 Gruppen geteilt:

- I. Einleitende Kapitel: Was ist Psychotherapie, was ist Gesprächspsychotherapie und die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts,
- II. Theoretische Grundannahmen: Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie, Entwicklungslehre, Krankheitslehre und Therapietheorie
- III. Praxis der Gesprächspsychotherapie: Therapieziele, Indikationsstellung, der therapeutische Prozess in der Praxis, Evaluation und Qualitätssicherung
- IV. Spezielle Anwendungsfelder.

In diesem letzten Teil wurde am meisten gekürzt. Die Kapitel zu den Anwendungsfeldern „Kinder und Jugendliche“, von Barbara Reisel und Christine Wakolbinger, und „Personzentrierte

Beratung“, von Franz Berger, sind erfreulicherweise erhalten geblieben. Der beklagenswerte Verlust der Kapitel über andere Anwendungsbereiche und konzeptuelle Weiterentwicklungen wird mit der klugen Idee aufgefangen, diese Kapitel aus der ersten Auflage kurz zusammenzufassen und auf ein- und weiterführende Literatur zum Thema hinzuweisen.

Die Überarbeitungen haben die Leserlichkeit erhöht, und die Integration neuer Literatur ist erfreulich.

Zum Inhalt des Buches: Im Vorwort steht, dass die Gesprächspsychotherapie nicht durch eine spezifische Technik definiert ist, sondern durch eine Theorie, die das therapeutische Handeln leitet. Dieser Umstand macht die genaue Rezeption dieser Theorie so wichtig.

Wie immer in ihren Publikationen vermitteln die drei Herausgeber, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Jochen Eckert und Diether Höger, diese Theorie in ihren jeweiligen Beiträgen gründlich und präzise, sowohl in deren Entstehung als auch in deren Weiterentwicklung. Sie besprechen explizit unterschiedliche Interpretationen und nehmen klar Stellung, wie und warum sie die Begriffe so und nicht anders auffassen und konkretisieren. Auch verbinden sie die Begriffe auf fruchtbare Weise mit Erkenntnissen aus anderen Wissensgebieten der Psychologie.

Die wichtigen Grundbegriffe aus der Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Störungslehre und Veränderungstheorie werden in ihrem Ursprung und ihrer Weiterentwicklung breit und nachvollziehbar erörtert:

- der Organismus als zentraler Begriff,
- die Aktualisierungstendenz mit ihrem entfaltenden und erhaltenden Aspekt und als Selbstorganisation,
- Erfahrung, Symbolisierung und Selbst,
- Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung und wie diese Inkongruenz psychische Störungen verursachen kann,
- die Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess, die eine Selbstexploration und Integration von anfänglich bedrohenden Erfahrungen ins Selbst und entsprechend eine Abnahme der Inkongruenz ermöglichen.

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

Biermann-Ratjen beschreibt, wie die Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess auch die Bedingungen für die Selbstkonzeptentwicklung sind. Da im Theoriemodell von Rogers die möglichen Inhalte der ins Selbstkonzept zu integrierenden Erfahrung ursprünglich eher sparsam ausgeführt wurden, bezieht Biermann-Ratjen (wie auch Reisel und Wakolbinger in ihrem Kapitel über Kinder und Jugendliche) Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie (u. a. von Stern und Bowlby) mit ein, um zu veranschaulichen, um welche Selbsterfahrungen es sich im Verlauf der Selbstentwicklung handeln könnte, die im Selbst mehr oder weniger, oder gar nicht, integriert werden. Sie führt aus, wie die entstandenen Inkongruenzen zwischen Selbst und Erfahrung bei psychischen Störungen sichtbar und verstanden werden können.

Da alle Autoren sich auf die theoretischen Begriffsdefinitionen und Ausführungen in anderen Kapiteln beziehen, ist die Wiederholung der wichtigen theoretischen Grundbegriffe in einem jeweils anderen Kontext eine große Hilfe beim Erfassen der abstrakten Begriffe und unterstützt die gedankliche Verbindung zu den Erfahrungen in der psychotherapeutischen Praxis.

Dies wird auch erleichtert durch die anschaulichen Beispiele, die in den theoretischen Erörterungen eingeflochten sind, und durch den Teil „Praxis der Gesprächspsychotherapie“. Dort findet sich nebst vielen praktischen Konkretisierungen in den Kapiteln Therapieziele, Indikationsstellung und der therapeutische Prozess in der Praxis ein Fallbeispiel

von Henriette Petersen. In der Beschreibung der Indikationsstellung und des Verlaufes einer Gesprächspsychotherapie einer jungen Frau verbindet sie die Begriffe zur Selbstentwicklung und Störungstheorie hervorragend mit der Praxis. Das Transkript einer Sequenz aus ihrem Erstgespräch mit dieser Klientin zeigt eindrucksvoll, wie das Beziehungsangebot konkret aussehen kann.

In meiner Weiterbildungs- und Supervisionstätigkeit begegne ich immer wieder dem Anliegen der personenzentrierten Psychotherapeuten, die Wirkungsweise und die Ziele ihrer Arbeit selber besser erfassen und anderen Fachpersonen mitteilen zu können.

Das Verbinden der abstrakten Begriffe der personenzentrierten Theorie mit den eigenen konkreten Erfahrungen im therapeutischen Prozess erfordert eine immer wiederkehrende vertiefte Auseinandersetzung mit dem theoretischen Gedankengut. Für diese Auseinandersetzung bietet dieses Lehrbuch mit seinem Schatz an Material eine wertvolle Hilfe und kann so dazu beitragen, dass die personenzentrierte Arbeitsweise leichter benannt werden kann.

Die Lektüre dieses Buches aktivierte in mir die theoretischen Begriffe und erleichterte mir dadurch die innere Benennung und Reflexion meiner täglichen Arbeit in der Praxis und die Wahrnehmung ihrer Wirksamkeit. Auch die Freude am Beruf konnte ich so bewusster wahrnehmen. Ein guter Effekt eines Lehrbuches!

Dagmar Nuding

Jobst Finke: Träume, Märchen, Imaginationen.

Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung mit Bildern und Symbolen.

München: Reinhardt, 2013, 230 Seiten, ISBN 978-3-497-02371-4. D: € 29,90 / A: € 30,80 / CHF 40,90

Träume, Märchen, Imaginationen – wenn wir in Therapieschulen denken und aus der Historie heraus, ist die therapeutische und beraterische Arbeit mit diesen inneren Bildern eher den psychodynamischen Ansätzen zuzuordnen als den humanistischen. Es sind schon eine Reihe von Arbeiten erschienen, in denen sich namhafte Autorinnen und Autoren mit dem Themengegenstand beschäftigen (Freud, 1990/1972; Wijngaarden, 1991; Gendlin, 1986/1998, Koch, 2012).

Heutzutage sind die Arbeit mit Märchen, Imaginationen und Träumen verfahrenübergreifende Methoden. Das neue Buch von Dr. med. Jobst Finke, Gesprächspsychotherapeut mit tiefenpsychologischem Erfahrungshintergrund, stellt einen echten

Mehrwert zu den sich bisher auf dem Markt befindlichen Werken dar. Er modifiziert den Einsatz von inneren Bildern in seinem praxisnahen und zugleich theoretisch sehr gut fundierten (Lehr-) Buch so, dass der Personenzentrierte Ansatz dabei nicht verlassen wird.

Das Herzstück des Werkes, nach einer Einführung in das Personenzentrierte Arbeiten mit Bildern und Symbolen, bilden die drei eigenständigen Hauptteile „Personenzentriertes Arbeiten mit Träumen“, „Imaginationen in der Gesprächspsychotherapie“ und „Personenzentrierte Arbeit mit Märchen“; alle drei Teile können für sich stehend und ohne Einhaltung der Reihenfolge gelesen werden.

In der Einleitung stellt Finke den Personenzentrierten Ansatz und das Selbstkonzept auf Basis des zugrundeliegenden Persönlichkeits- und Störungsmodells dar. Zudem wird dargestellt, wie die personenzentrierte Arbeit mit Imaginationen, Träumen und Märchen experienziell zu verstehen ist, indem der personenzentrierte Therapeut seinem Klienten Anstöße gibt, „sich selbst, seine Träume und Imaginationen, immer besser, immer genauer zu verstehen und sein organismisches Erleben immer exakter zu symbolisieren“ (S. 27).

Die therapeutische Bedeutung von Träumen liege darin, die Bildsprache des Traumes in lexikalische Sprache zu übersetzen, so Finke in Teil eins des Buches. Nach der Beschreibung der Funktionen des Traumes aus Sicht der Gesprächspsychotherapie stellt der Autor die von ihm favorisierte zweistufige Vorgehensweise in der Personenzentrierten Traumarbeit dar und illustriert diese mit Fallbeispielen und Ausschnitten aus Transkripten.

Imaginationen sind vorerst jene bildhaften Vorstellungen, die unwillkürlich das alltägliche Sprechen, Denken und Erleben begleiten und oft so unscheinbar und schnell ablaufen, dass die Person sie nicht ausdrücklich wahrzunehmen vermag. Sie können aber emotionale Sachverhalte unmittelbarer und umfassender zum Ausdruck bringen als Begriffe. So Finke im zweiten Teil seines Buches, in dem er auch die Vorgehensweise im personenzentrierten Imaginationsgespräch beschreibt, die vom Durchführen von Imaginationsübungen abweicht, da diese nicht konzeptkonform sind. Sie unterbrechen den spontanen Gesprächsfluss und damit den Erlebensstrom und stellen einen lenkenden Eingriff des Therapeuten dar. Um konzeptkonform zu bleiben, müsse sich das Imaginieren des Klienten möglichst übergangslos aus dem Gesprächsfluss ergeben und vom Therapeuten nur sparsam und behutsam in Form einer Bitte angeboten werden. Auch diese Vorgehensweise wird sehr praxisorientiert anhand verschiedener Imaginationsthemen dargestellt.

Die Arbeit mit Märchen, der sich der dritte Teil des Buches widmet, ist in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Erwachsenen eher ungewöhnlich. Märchen haben hier eine Transmissionsfunktion für die Selbstexploration. Durch die Bildsprache des Märchens werden bestimmte Aspekte dieser Themen besonders anschaulich und gefühlsintensiv zum Ausdruck gebracht, zudem illustrieren viele Märchen Entwicklungsprozesse und sind daher für viele Klientinnen und Klienten hilfreich und anregend. Auch für die personenzentrierte Märchenarbeit hat der Autor ein Handlungsmuster entwickelt, welches – wie auch in den anderen beiden Teilen des Buches – nachvollziehbar und nachmachbar dargestellt wird. Die zahlreichen Fallbeispiele und die problemorientierte exemplarische Darstellung verschiedener Märchen motivieren den beraterisch oder therapeutisch tätigen Leser zur Auseinandersetzung mit Märchen und Anwendung Personenzentrierter Märchenarbeit.

Das Buch lohnt sich für alle, die das Potenzial von inneren Bildern in ihrer therapeutischen Arbeit nutzen wollen und gehört in das Bücherregal eines jeden Therapeuten. Sie können von dem im Buch gebündelten Erfahrungsschatz des Autors, der trotz seiner verdichteten Darstellung sehr gut lesbar ist, nur profitieren!

Literatur

- Freud, S. (1900/1972). *Die Traumdeutung. Studienausgabe Bd. II*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Gendlin, E. T. (1986/1998). *Dein Körper – Dein Traumdeuter*. Salzburg: Otto Müller.
- Koch, A. (2012). *Dreams and the person-centered approach. Cherishing client experiencing*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wijngaarden, H. R. (1991). Traum, geführter Tagtraum und aktive Imagination in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In J. Finke & L. Teusch (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen* (S. 187–195). Heidelberg: Asanger.

Veranstaltungskalender 2014

ADPCA Conference 2014

Commitment & Freedom

Zeit: 2.–6. Juli 2014

Ort: Nottingham, UK

Info: www.adpca.org

PCE 2014 – World Conference of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling

Beyond the Frontiers ... experiencing Diversity

Zeit: 20.–24. Juli 2014

Ort: Buenos Aires, Argentinien

Info: www.pce-world.org; info@pce-world.org

Internationale Focusing Sommerschule 2014

Zeit: 27.–31. Juli und 2. Bis 6. August 2014

Ort: Humboldt-Haus Achberg bei Lindau am Bodensee, Deutschland

Info: www.daf-focusing.de

ÖGWG Jubiläumskongress

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

Personzentrierte Psychotherapie in Begegnung mit gesellschaftlichen Normen

Zeit: 25.–27. September 2014

Ort: Salzburg, Österreich

Info: www.personzentriert2014.at

2. Kongress Humanistische Psychotherapie

„Zeitkrankheit Depression – Aktuelle Perspektiven der Humanistischen Psychotherapie“

Zeit: 26.–28. September 2014

Ort: Berlin, Deutschland

Info: www.aghpt.de

Forum Tag

Vortrag von Univ.-Prof. Mag. Dr. Klaus Lamm –

Soziale Neurowissenschaften der Empathie

Buchpräsentation: Gerhard Stumm, Wolfgang W. Keil –

Praxis der Personzentrierten Psychotherapie. Springer Verlag

Zeit: 18. Oktober 2014

Ort: TZG, Wien, Österreich

Information und Anmeldung unter buero@apg-forum.at

GwG Workshop mit Peter F. Schmid

Personzentrierter Ansatz und Spiritualität

„Megatrend Spiritualität“? „Rückkehr der Seele in das gesellschaftliche Bewusstsein“?

Zeit: 25. Oktober 2014

Ort: An der Schanz 14, Köln, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org, www.pfs-online.at

15. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium

Zwischen Suche und Flucht – Personzentrierte Konzepte bei Suchterkrankungen.

Zeit: 24. Oktober 2014

Ort: Ev. Krankenhaus, Grutholzallee 21, Castrop-Rauxel, Deutschland

Info: +49-(0)2305 / 102 28 60, g.ott@evk-castrop-rauxel.de

Jahrestagung der ÄGG

Die Bedeutung der Empathie bei schweren seelischen Störungen.

Zeit: 14. November 2014

Ort: Klinikum am Weissenhof, Weinsberg, Deutschland

Info: Tel. +49-(0)7134 75-1020

Master-Lehrgang in Wien

Kooperation von VRP und FH Feldkirchen

PERSONENZENTRIERTE SPIELTHERAPIE UND FILIALCOACHING

Der Master-Lehrgang vermittelt pädagogische, psychologische und psychotherapeutische Kenntnisse unter besonderer Berücksichtigung des personenzentrierten Konzepts nach Carl R. Rogers, der kindzentrierten Spieltherapie nach Virginia Axline und der Filialtherapie nach Bernard Guerney und Garry Landreth.

Die TeilnehmerInnen erlernen den Umgang mit den verschiedenen Förder- und Trainingsmöglichkeiten mit dem Ziel, spieltherapeutische Elemente in ihre Berufspraxis zu integrieren. Darüber hinaus erwerben sie Qualifikationen für die Arbeit mit Eltern als pädagogisch-therapeutische Kooperationspartner und für ihre Aufgabe in einem multiprofessionellen Team.

Lehrgangsschwerpunkte;

- Personenzentrierte Beziehungstheorie
- Theorie des Spielens
- Spieltherapeutische Übungen
- Forschung und wissenschaftliches Arbeiten
- Psychotherapie- und Beratungsforschung

Zugangs- und Teilnahmevoraussetzungen:

- Studienberechtigung und aktuelles Tätigkeitsfeld in der Arbeit mit Kindern/Jugendlichen sowie zusätzlich entweder:
- eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung nach dem Psychotherapiegesetz und Eintragung in die vom Bundesministerium für Gesundheit geführte Psychotherapeutenliste seit mindestens 2 Jahren, oder
- eine berufliche Tätigkeit in der Betreuung oder Pflege von Kindern und Jugendlichen (Sozialarbeit, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, Kindergarten- und Hortpädagogik etc.) seit mindestens 2 Jahren, oder
- abgeschlossenes facheinschlägiges Bachelorstudium oder ein gleichwertiges Studium an einer anerkannten postsekundären Bildungseinrichtung.

Der Master-Lehrgang im Überblick:

Lehrveranstaltungssprache:	Deutsch
Dauer:	4 Semester
Plätze pro Jahrgang:	20 berufsbegleitend
Abschluss:	Master of Advanced Studies (MAS)
ECTS Punkte:	120
Lehrgangskosten:	€ 1.800 pro Semester

Start: September 2014

Ausbildung in Wien

Ein Wochenende pro Semester findet in Feldkirchen statt

Ende der Bewerbungsfrist: 31. Mai 2014

Blocktermine:	12. - 14. September 2014 – Feldkirchen (Erstinskription und Einführung)	
26. - 28. September 2014 – Wien	03. - 05. Oktober 2014 – Wien	17. - 19. Oktober 2014 – Wien
07. - 09. November 2014 – Wien	21. - 23. November 2014 – Wien	05. - 07. Dezember 2014 – Wien
19. - 21. Dezember 2014 – Wien	09. - 11. Jänner 2015 – Wien	23. - 25. Jänner 2015 – Wien

Weitere Information:

Fachhochschule Kärnten

Hauptplatz 12 | 9560 Feldkirchen i. K. | T +43 05 90 500-0 | F +43 05 90 500-4110

www.fh-kaernten.at | weiterbildung@fh-kaernten.at

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

pca.acp

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

KURSPROGRAMM 2014/2015 WEITERBILDUNG – FORTBILDUNG – KURSE

Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

Vierjährige 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 Diplommiveau 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...

Bestellung des Kursprogramms und Anmeldung:

pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | F +41 44 272 72 71 | info@pca-acp.ch

FACHZEITSCHRIFT AUF FRANZÖSISCH

Seit 2005 gibt die **pca.acp** in Zusammenarbeit mit Personzentrierten Verbänden aus Frankreich und Belgien eine internationale Fachzeitschrift auf französisch heraus: **ACP Pratique et Recherche**.

Die Zeitschrift erscheint zwei Mal pro Jahr, ein Jahresabonnement kostet CHF 50.- / Euro 33.- und kann bei der Geschäftsstelle **pca.acp** bestellt werden.

VERANSTALTUNGEN IM PCA.INSTITUT ZÜRICH

Datum	Thema	Gestaltung
24. September 2014	Hypothesen in der Personzentrierten Psychotherapie	Walter Joller
12. November 2014	OFFEN – WEIT – FREI Kleine theoretische Betrachtungen zu einer Erfahrung voller Leben	Michael Gutberlet

Die Veranstaltungen finden im PCA.Institut, Josefstrasse 79, CH-8005 Zürich, jeweils von 19.15 bis 21.15 Uhr statt.

Alles auch auf: www.pca-acp.ch

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel
Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

15. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium

24. Oktober 2014

Zwischen Suche und Flucht -

Personzentrierte Konzepte bei Suchterkrankungen

9:15 Uhr **Begrüßung** Udo Bonnet

9.30 – 13.00 Uhr
Vorträge

Wolfgang Bensel: Der Mensch im Mittelpunkt – eine personzentrierte Sicht auf die Versorgung und Therapie bei Suchterkrankungen

Udo Bonnet: Depression bei Alkoholkrankheit

Thorsten Borda: Psychotherapeutische Konzepte bei Sucht und komorbider Persönlichkeitsstörung

Norbert Scherbaum: Psychotherapie bei Opiatabhängigkeit

14 – 15.00 Uhr

Ursula Schlüter/ Eva Schunke/ Katrin Isbruch:

Vorstellung der Therapiekonzepte für Abhängigkeitserkrankungen mit Führung durch das Therapiezentrum

Teilnahme kostenfrei, CME-Zertifizierung beantragt

Programme, Anmeldung und Information

Sekretariat Frau Lührmann-Ott

Telefon: 02305/102-2858, g.ott@evk-castrop-rauxel.de

Fax: 02305/102-2860 (Anmeldung möglichst bis 24.9.14)

Ort: Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel

Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel



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 und Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer – veranstaltet als größtes personzentriertes Institut in Süddeutschland regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept.

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

Neben den Weiterbildungen in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GWG - Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. bietet das Institut einzelne Thementage, Workshops und Prüfungsvorbereitungskurse für die Heilpraktiker Psychotherapie Prüfung beim Gesundheitsamt an. Alle Trainer und Referenten sind erfahrene Therapeuten und Berater 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, aktuelle Weiterbildungen, Abstracts zu den Veranstaltungen und zu den Trainern finden Sie auch auf: www.gespraechspsychotherapie.net;

Für telefonische Anfragen bzgl. Ausbildungen erreichen Sie Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr unter +49 (0) 711 580 182

Workshops in 2014

Sa 10.5.2014 9.30 - 18.00 Uhr und So 11.5.2014 9.30 – 16.30 Uhr	Dr. Charles O’Leary, Denver Colorado, USA The Practice of Person-Centered Couple and Family Therapy
Sa 24.5.2014 9.30 – 18.00 Uhr	Dagmar Nuding, Stuttgart Arbeit mit Narrativen in der Humanistischen Psychotherapie mit Kindern- und Jugendlichen (Teil 2)
Sa 11.10.2014 9.30 – 18.00 Uhr	Prof. Dr. Hans- Jürgen Luderer, Weinsberg: ADHS im Erwachsenenalter
Sa 25.10.2014 14.00 – 18.30 Uhr u. So 26.10.2014 9.30 – 14.30 Uhr	Mag. Christine Wakolbinger, Wien Die präsenste Therapeutenperson: Authentizität als entscheidender Faktor in der Personzentrierten Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen

* 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 **80 €** auf das **Konto 0006753248** bei der **Deutschen Apotheker- und Ärztebank** 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 mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Modul 1: Beginn Oktober 2014- alle weiteren Module (Aufbaustufe 1 und 2): nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Beratung (DGfB)

Modul 1: Beginn Oktober 2014 - alle weiteren Module (Aufbaustufe 1 und 2): nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Psychotherapie

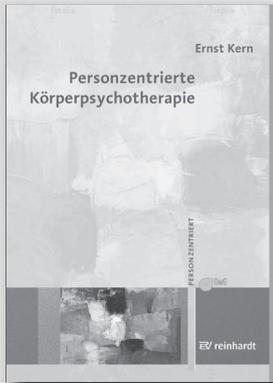
Beginn Oktober 2014



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

Ernst Kern

Personzentrierte Körperpsychotherapie



Ernst Reinhardt Verlag, München
2014 (Reihe Personzentrierte Beratung & Therapie; 12)

186 Seiten, kt., ca. 3 Abb., 24,90 €
(Mitglieder der GwG: 19,90 €)
ISBN 978-3-497-02433-9

Mehr Körper in der Psychotherapie

- Körpergedächtnis therapeutisch nutzen
- störungsspezifische Interventionsvorschläge
- Arbeitsblätter und Praxisanleitungen

Psychotherapie und Beratung lassen sich durch körperorientierte Vorgehensweisen enorm bereichern. Personzentrierte Körperpsychotherapie basiert insbesondere auf den Werten der Empathie, bedingungsfreier Anerkennung und Präsenz des Gegenübers. Wichtig in der therapeutischen Arbeit sind dabei Achtsamkeit und Körperwahrnehmung.

Verständlich erläutert der Autor die theoretischen Grundlagen körperpsychotherapeutischer Ansätze. Er stellt viele Praxisideen vor, wie man vom Sprechen zur Körperarbeit kommt. Fallbeispiele, Arbeitsblätter und Anleitungen erweitern das Interventionsspektrum und helfen bei der Umsetzung der Körperarbeit in Therapie- und Beratungsalltag.

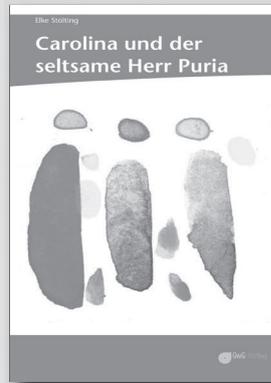
Der Autor

Dr. phil. Ernst Kern, Dipl.-Psych., Saarbrücken, Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Focusing, Körperpsychotherapie, Tanztherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Traumatherapie), ist leitender Psychologe einer psychiatrischen Klinik und als Dozent sowie als Supervisor für verschiedene VT-Ausbildungsinstitute tätig.

InteressentInnen: PsychologInnen, PädagogInnen, Studierende und Lehrende der Sozialen Arbeit.

Elke Stölting

Carolina und der seltsame Herr Puria



GwG-Verlag, Köln 2013
225 Seiten, kart., 14,90 €
ISBN 978-3-926842-52-7

Carolina ist vierzehn und mit all den Fragen und Problemen beschäftigt, die man in diesem Alter haben kann. Sie hat keinen Bock auf Hausaufgaben und nicht auf Lernen überhaupt. Viel wichtiger sind die Mädels von der Clique, mit denen sie chillt. Sie ist verliebt in Joey, der sie nicht mal anguckt. Selbstzweifel plagen sie, sie findet sich hässlich, und meint, die anderen in der Klasse lachen sie aus. Sie fühlt sich in der Schule gemobbt. Wenn man 14 Jahre alt ist, können einen solche Gedanken ganz schön runterziehen, die Freundinnen haben ähnliche Probleme, aber die Erwachsenen nehmen einen nicht ernst. Ihre Mutter hat nicht mal die Zeit, so lange zuzuhören, bis Carolina zu den Themen kommt, die sie wirklich angehen.

Da lernt sie Leonardo Puria kennen, einen Arzt und Erwachsenen, wie sie ihn noch nie kennengelernt hat. Der anders lebt als andere Menschen und zum Beispiel nicht viele Sachen hat, auch nicht in seiner Wohnung. Der so lange fragt, bis er etwas wirklich verstanden hat und der seine Meinung und Bedürfnisse klar äußert. Auch er war in der Klassengemeinschaft ein Außenseiter. Von dem „seltsamen Herrn Puria“ lernt Carolina – und auch ihr Freund Joey – die eigene Position zu finden, wie man sich selbst befragt, warum man was wie macht. Und was man selber will und das auch sagt.

Die Autorin

Dr. Elke Stölting studierte Germanistik und Anglistik mit Promotion in Germanistik und im Zweitstudium Psychologie. Weiterbildung in Psychodrama und Mediation. Tätig in der Beratung von Hochschullehrern an der Ruhr-Universität Bochum und in eigener Psychologischer Praxis. Zuletzt zwanzig Jahre Leiterin einer Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern in Dortmund.

Ebenfalls von Elke Stölting sind im GwG-Verlag erschienen: Hibbel. Ein Vorlesebuch für Eltern unruhiger Kinder, Köln 2010 und Lisa-Marie. Ein Vorlesebuch für Kinder, deren Eltern sich getrennt haben, Köln 2012





Sicher, sauber, schnell und schön. -oder selbstbewusst und unvollkommen?

Jubiläumskongress der ÖGWG in Kooperation mit Forum, IPS, VRP (Österreich), GwG, ÄGG, DPGG (Deutschland), pca.acp (Schweiz) und
„5. Internationale Fachtagung für Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ der VPKJ (Deutschland)

25. - 27. September 2014
Salzburg, Juridische Fakultät, Churfürststraße 1

Information und Anmeldung: www.personzentriert2014.at

Der Kongress befasst sich mit den Auswirkungen des aktuellen gesellschaftlichen Normierungsprozesses auf unsere Klienten und Klientinnen und uns selbst als Kinder unserer Zeit. „Sicher, sauber, schnell und schön“ spiegeln solche Aspekte wider: Wir leben in einer Welt, die uns suggeriert, Sicherheit, Perfektion, Makellosigkeit, grenzenloses Potential seien möglich, daher auch einforderbar. Hier sehen wir die gesellschaftspolitische Verantwortung personzentrierter Therapievereine. Ist doch in unserem Ansatz grundgelegt, dass sich unser Fühlen und Handeln aus dem organismischen Erleben ergibt, moduliert durch die Aktualisierungstendenz, die die möglichst widerspruchsfreie persönliche Entfaltung mit den sozialen Normen und Anforderungen der Gesellschaft zu versöhnen versucht.

Die **sechs Keynotes** von Robert Pfaller, Jürgen Kriz, Jobst Finke, Maike Rönnau-Böse, Lore Korbei und Peter Schmid widmen sich diesem Spannungsfeld zwischen Person und Gesellschaft.

In **über 50 Referaten und Workshops** werden therapierelevante Themen aufgegriffen, in denen sich der Zeitgeist „Sicher, sauber, schnell und schön“ in seinen vielen Facetten und Konflikten zeigt:

Insgesamt gliedern sich die Tagungsbeiträge in **vier große Themenbereiche**: Allgemeine Therapie und deren Problembereiche/ Kinder-Jugend/ Gesellschaft, Arbeit, Soziales/ Berufspolitik

Der Kongress ist zudem **Plattform für die 5. deutschsprachige Internationale Fachtagung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**.

Wir hoffen, Sie mit unserem ansprechenden Programm für die Kongressteilnahme begeistern zu können und freuen uns auf Ihre Anmeldung unter www.personzentriert2014.at!

Forum^o

WORKSHOPS

Personzentriert Arbeiten mit traumatisch belasteten KlientInnen Diagnostik - Beziehung - Prozess

Leitung: Prof. Dr. phil. Silke Birgitta Gahleitner
Zeit: Freitag, 19.9.2014, 16 – 20 Uhr,
Samstag, 20.9.2014, 10 – 18.30 Uhr
Ort: Therapiezentrum OK:
Onno Klopp Gasse 6/3, 1140 Wien
Anmeldung: Frau Zachhuber im Forum Büro
unter Tel. 01/966 79 44 oder per
e-mail: buero@apg-forum.at

Personzentrierte Gruppenpsychotherapie mit psychiatrischen PatientInnen/ KlientInnen

Leitung: Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Klaus-Peter Seidler
Zeit: Freitag, 24.10.2014,
16.30 – 20.30 Uhr
Ort: Therapiezentrum OK:
Onno Klopp Gasse 6/3, 1140 Wien
Anmeldung: Frau Zachhuber im Forum Büro
unter Tel. 01/966 79 44 oder per
e-mail: buero@apg-forum.at

FORUM TAG 18.10.2014

Vortrag: Soziale Neurowissenschaften der Empathie

Leitung: Univ. Prof. Mag. Dr. Claus Lamm
Zeit: Samstag, 18.10.2014, 9.30–11.30 Uhr
Ort: TZG, Kloostergasse 31-33, 1180 Wien
Anmeldung: Frau Zachhuber im Forum Büro
unter Tel. 01/966 79 44 oder per
e-mail: buero@apg-forum.at

Buchpräsentation: Gerhard Stumm, Wolfgang W. Keil – Praxis der Personzentrierten Psychotherapie. Springer Verlag

Beginn: 12.00 Uhr
Information: Frau Zachhuber im Forum Büro
unter Tel. 01/966 79 44 oder per
e-mail: buero@apg-forum.at

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

Forum/APG

1090 Wien, Liechtensteinstr. 129/3, Telefon und Fax +43 1 966 79 44, e-mail: buero@apg-forum.at
www.apg-forum.at

Veranstaltungen des IPS im Wintersemester 2014/2015

Datum	Titel	LeiterIn
ab 28.6.14	Praxisgruppe Kinder-Jugendliche	Hollerer/Siebert
ab 3.9.14	Lfd. pz. Gruppentherapie u. Selbsterfahrung	Hollerer
16.9.14	Gruppe: Gemeinsam zu sich	Kovazh
ab 16.9.14	Lfd. Selbsterfahrungsgruppe	Buzath/Holm
20.9.14	Fremd sein in der Kultur	Fuchs/Markowitsch
21.9.14	Selbsterfahrung in Bewegung	Hollerer/Badegruber
ab 27.9.14	Personz. Praxisgruppe	Winkler
27.9.14	Selbsterfahrung Hochseilgarten	Hollerer/Badegruber/Gansinger
ab 3.10.14	Lfd. Selbsterfahrung m. Prozessreflexion	Schmid
4.10.14	Personzentrierte Aufstellungen	Schmid
ab 6.10.14	Lfd. Supervisionsgruppe	Fehringer
7.10.14	Lebenslust-Lebensfrust	Badegruber/Satzinger
10.10.14	ICD-10 Klassifizierung f. Personz. Psychoth.	Pennauer
18.10.14	Ich und meine Familie	Kovazh
18.10.14	Personz. Traumseminar	Schmid
18.10.14	Stadtflucht	Pennauer/Knaller
24.10.14	Achtung Baby!	Fehringer/Schwarz/Zolles
25.10.14	Selbsterfahrung Klangraum	Langner
1.11.14	Psych. Gefahren der Arbeitsgesellschaft	Fuchs
8.11.14	Theorieseminar C2	Pennauer
15.11.14	2-Tage-Encounter	Badegruber/Markowitsch
22.11.14	Rollen-Spiel, Psycho-Drama	Schmid
27.11.14	Theorieseminar B1	Schmid
ab 28.11.14	Dem Schmerz begegnen (W/Sbg)	Hasler/Macke
28.11.14	Stationäre Psychotherapie Kinder-Jugendliche	Hollerer/Siebert
6.12.14	Das fremde Gegenüber	Fuchs/Holm
7.12.14	Aller Anfang ist schwer	Hollerer/Siebert
13.12.14	Resilienz	Schmid
17.1.15	Ich und andere	Kovazh
24.1.15	Weilen in selbst erschaffenen Welten	Schmid
30.1.15	Scham als Hüterin des Selbst	Fehringer/Zolles
6.2.15	Spiegel des eigenen Geschlechts	Fuchs
13.2.15	Präsenz-Gegenwärtigkeit	Fehringer/Langner
27.2.15	Gegen die Sprachlosigkeit anschreiben	Macke/Winkler
28.2.15	Grenzen setzen	Schmid
20.3.15	Theorieseminar C1	Korunka

Vorlesungsreihe zur Personzentrierten Psychotherapie an der SFU: ab September 2014

„Das IPS stellt sich vor“: Wien, 18.11.2014; Linz: 16.10.2014

Nähere Informationen zu unseren Ausbildungen und aktuellen Veranstaltungen auf www.apg-ips.at.

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

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

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

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

Hinweise zur Manuskriptabgabe

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

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

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

oder

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

Zusendungen sollen enthalten:

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

Zitationsweise

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

Rezensionen

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

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

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

Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden.

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.

