

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2013

17. Jahrgang

Herausgegeben von Christiane Bahr, Christian Korunka und Monika Tuczai

FACHBEITRÄGE

- Elena I. Kirillova, Wolfgang W. Keil:* Welche Absichten verfolgte Rogers in seinen therapeutischen Äußerungen? Untersuchung psychotherapeutischer Intentionen 5
- Daniela Leithner:* Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz. Preliminary study 17
- Cornelia Kunert:* Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personenzentrierter Standpunkt 34
- Peter F. Schmid:* The most personal is the most political. Der Therapeut als Politiker – Eine Analyse, ein personenzentriertes Plädoyer und eine Konflikthanzeige 47
- Gerhard Pawlowsky:* Charakteristika und Besonderheiten von Supervision in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie 60

REZENSIONEN

64

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 Praxis, Ausbildung und Forschung 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 wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie und personzentrierte 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 17
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

Christiane Bahr, Christian Korunka und Monika Tuczai

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, Mark Galliker, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Dagmar Nuding, Gerhard Stumm, Monika Tuczai

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 Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Susanne Gerckens, Herbert Goetze, Walter Graf, Regula Haefeli, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Dorothea Hüsson, Dora Iseli Schudel, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, 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, Eva-Maria Schindler, Peter F. Schmid, Stefan Schmidtchen, Wolfgang Schulz, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Tobias Steiger, Norbert Stölzl, Reinhard Tausch, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Helga Vogl, Robert Waldl, Christine Wakolbinger, Johannes Wiltschko, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Carola von Zülów, Günther Zurhorst (Stand 30. Mai 2013)

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

PERSON

17. Jg. 2013, Heft 1

Herausgegeben von

Christiane Bahr, Christian Korunka und Monika Tucza

Inhalt

Editorial 3

FACHBEITRÄGE

Elena I. Kirillova, Wolfgang W. Keil

Welche Absichten verfolgte Rogers in seinen therapeutischen Äußerungen?

Moskauer Untersuchung psychotherapeutischer Intentionen 5

Daniela Leithner

Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz

Preliminary study 17

Cornelia Kunert

Werden wollen, wer man wirklich ist. Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz

– ein personenzentrierter Standpunkt 34

Peter F. Schmid

The most personal is the most political. Der Therapeut als Politiker – Eine Analyse, ein personenzentriertes

Plädoyer und eine Konflikthanzeige 47

Gerhard Pawlowsky

Charakteristika und Besonderheiten von Supervision in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie 60

REZENSIONEN

Diether Höger

Sabine Weinberger & Helga Lindner: Personzentrierte Beratung. 64

Barbara Reisel

Michael Behr: Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. 65

Gerhard Stumm

William R. Miller & Stephen Rollnick: Motivierende Gesprächsführung. 67

Frithjof Rodi

Helmut Johach: Von Freud zur Humanistischen Psychologie. Therapeutisch-biographische Profile. Band 4
der Reihe: Der Mensch im Netz der Kulturen. Humanismus in der Epoche der Globalisierung. 69

Nachruf auf Robert Hutterer, von Reinhold Stipsits. Robert Hutterer (1951–2013) 71

Veranstaltungskalender 2013/2014 73

Editorial

Nach zwei Schwerpunktheften zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde die vorliegende Ausgabe wieder als offenes Heft mit unterschiedlichen Beiträgen konzipiert. Gerade die Auswahl der Beiträge in diesem Heft zeigt die große Bandbreite unseres Ansatzes in besonders deutlicher Weise. Mit einer Reihe von ausgezeichneten Artikeln wird ein weiter Bogen gespannt, der von der klassischen Psychotherapieforschung bis zur Reflexion aktueller gesellschaftlicher und politischer Themenstellungen reicht.

Zwei sehr unterschiedliche Beiträge in diesem Heft stellen empirische Forschungsergebnisse zu unserem Ansatz dar. Wir freuen uns besonders über solche Arbeiten, da die empirische Auseinandersetzung mit dem Ansatz auch aufgrund der aktuellen Entwicklungen in den einzelnen Ländern ganz besonders wichtig ist:

Die Studie von Elena Kirillova aus Moskau, die von Wolfgang W. Keil ausführlich überarbeitet und redigiert wurde, analysiert Transkripte klassischer Therapiegespräche von Carl Rogers (unter anderem die bekannten Gespräche mit den Klient/innen Bryan und Gloria) und zeigt auf dieser empirischen Grundlage die konsequente Weiterentwicklung des Ansatzes durch Carl Rogers.

Die Studie von Daniela Leithner und Mitarbeiter/innen zeigt in einem klassischen experimentellen Design, dass ein interdisziplinärer, multimodaler Ansatz zur Schmerztherapie, der klientenzentrierte Elemente enthält, hohe Effektstärken aufweist und daher sehr erfolgreich ist.

Zwei weitere Beiträge thematisieren aktuelle psychosoziale und politische Themen aus personenzentrierter Sicht:

Im Beitrag „Werden wollen, wer man wirklich ist“ plädiert die Autorin Cornelia Kunert, ausgehend von einem ausführlichen historischen und politischen Abriss, ausdrücklich für die Entpathologisierung von Transsexualität und untermauert dies mit Ergebnissen aus der Hirnforschung. Aus personenzentrierter Sicht versteht sie Transsexualität als „konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz“ und erläutert, dass und warum die Personenzentrierte Psychotherapie besonders geeignet ist, transsexuelle Personen in ihrem Veränderungsprozess im Sinn einer gesunden Entwicklung in Richtung der erlebten Geschlechtsidentität zu begleiten.

Auf eindrucksvolle Weise erläutert Peter F. Schmid die große Bedeutung psychotherapeutischen Handelns im politischen Kontext. Spannend und herausfordernd reflektiert und

analysiert er eine Vielzahl hierfür wichtiger Implikationen und Faktoren. Im Sinne personenzentrierter Selbst-Stärkung und des Förderns lebenswerter Gesellschaftsstrukturen werden Therapeut/innen demnach zu umfassend politisch agierenden Personen. Dies bringt Peter F. Schmid treffend mit folgenden Worten auf den Punkt: *The most personal is the most political.*

Auch Gerhard Pawlowsky beschäftigt sich mit einem speziellen Anwendungsbereich unseres Ansatzes, nämlich der Supervision in der Personenzentrierten Kinderpsychotherapie. Differenziert werden die Unterschiede zwischen Psychotherapie und Supervision erarbeitet und die Affektabstimmung und das „Priming“ als zentrale Erfolgsmechanismen beschrieben.

In der Redaktion der PERSON gab es in den letzten Monaten einige Veränderungen. Ganz besonders beschäftigt uns ein sehr trauriges Ereignis, nämlich der völlig unerwartete Tod von Robert Hutterer. Unsere letzte Redaktionssitzung am 8. März in Wien hat Robert noch – bereits vom Krankenhaus aus – in seinen Institutsräumen in sehr umsorgender Weise für uns organisiert; einige Tage später verstarb er unerwartet im Krankenhaus. Wir haben mit ihm einen Freund, geschätzten Kollegen und wichtigen Vertreter unseres Ansatzes verloren. Reinhold Stipsits widmet ihm einen Nachruf in diesem Heft.

Zwei langjährige und wertvolle Mitglieder unseres Redaktionsteams haben die Redaktion der PERSON verlassen: Peter F. Schmid und Tobias Steiger. Peter F. Schmid war als einer der Gründungsmitglieder der PERSON von Anfang an an der positiven Entwicklung unserer Zeitschrift wesentlich beteiligt und hat mit seinen zahlreichen wissenschaftlichen Artikeln viel dazu beigetragen.

Tobias Steiger hat seit Jahren in kompetenter und professioneller Weise als einer von 3 Kolleg/innen die Schweiz vertreten. Wir möchten uns bei beiden Kollegen für die ganz ausgezeichnete Zusammenarbeit bedanken und wünschen ihnen alles Gute für ihren weiteren Lebensweg!

Ab der nächsten Redaktionssitzung werden einige neue Kolleg/innen in das Team aufgenommen, wir werden diese Kolleg/innen im Editorial des nächsten Hefts begrüßen.

Wir möchten an dieser Stelle noch an die Jubiläumskonferenz 40 Jahre ÖGWG mit dem Titel „Sauber. Sicher, schnell und schön – das Ende des Individuums“ in Salzburg (25.–27. September 2014) erinnern und ersuchen um Vormerkung des Datums. Diese Konferenz steht in der Tradition von zwei sehr gelungenen Vorläufertagungen in Salzburg, die gemeinsam von

den deutschsprachigen Vereinen gestaltet wurden. Auch diesmal wird es ein umfassendes Programm geben, das die Breite des Ansatzes im deutschen Sprachraum zeigt und dabei im Sinne des Titels eine besondere gesellschaftskritische Auseinandersetzung verspricht (www.personenzentriert2014.at).

Schließlich verweisen wir auf eine in mehrjähriger Arbeit entwickelte und nunmehr online gestellte Datenbank mit über 10 000 bibliographischen Einträgen von personenzentrierter Literatur (Bücher, Buchbeiträge, Zeitschriftenartikel, Abschlussarbeiten etc.). Unter www.pce-literature.org ist das bisherige Ergebnis nun weltweit in Deutsch und Englisch frei zugänglich. Grundlage dafür waren Bibliographien von Germain Lietaer. Eingeflossen sind in die Datenbank auch die Rogers-Bibliographie von Peter F. Schmid, die Gendlin-Bibliographie von Frans Depestele und eine Reihe weiterer Quellen. Die Abfrageergebnisse können in den drei gängigsten Zitierstilen (APA, Chicago, MLA) angezeigt sowie in Literaturverwaltungsprogramme am eigenen PC übernommen werden. Die Datenbank erleichtert die wissenschaftliche Arbeit und den fachlichen Diskurs in der weltweiten personenzentrierten Community. Eine weitere

Überarbeitung der bereits bestehenden Datensätze und die laufende Aktualisierung der Datenbank sind geplant, sodass ihre Qualität noch weiter verbessert werden kann. In diesem Sinne sind alle Interessierten eingeladen, die Vorteile der Datenbank zu nützen und die als User gemachten Erfahrungen sowie vor allem bemerkte Mängel oder fehlende Publikationen an die Träger der Datenbank rückzumelden (office@pce-literature.org).

Das in der letzten Ausgabe der PERSON vor angekündigte Schwerpunktheft zum Thema „Spiritualität im Personenzentrierten Ansatz“ musste aus organisatorischen Gründen auf kommenden Herbst verschoben werden.

In der nächsten Zeit planen wir sowohl thematische Hefte der PERSON (für das Heft 02/2014 zum Thema „Neuere Entwicklungen im Personenzentrierten Ansatz“) als auch Hefte mit freien Beiträgen (Heft 01/2014). Wir laden Sie ein, uns Ihre Beiträge zu schicken. Als persönliche Ansprechpartner/innen stehen die Mitglieder des Redaktionsteams gerne unterstützend zur Verfügung.

Christiane Bahr, Christian Korunka und Monika Tucza

Welche Absichten verfolgte Rogers in seinen therapeutischen Äußerungen? Moskauer Untersuchung psychotherapeutischer Intentionen

Elena I. Kirillova
Moskau, Russland

Wolfgang W. Keil¹
Wien, Österreich

Bei der hier referierten Studie wurde untersucht, welche Intentionen Rogers in seinen therapeutischen Äußerungen verfolgte und welche Entwicklungen und Veränderungen über die Zeit seiner Tätigkeit hinweg dabei festgestellt werden können. Nach einem kurzen Überblick über bisherige Untersuchungen der dokumentierten Therapiegespräche von Rogers wird dargestellt, wie mittels der „Intent-Analyse“ von T. Ushakova (Laboratorium für Sprachpsychologie und Psycholinguistik der Akademie der Wissenschaften Russlands) ein System von 30 für psychotherapeutische Diskurse relevanten Intentionen definiert werden konnte. Neben mehreren Transkripten von Gesprächen von Psychotherapeuten verschiedener Schulen wurden Transkripte von Rogers früher Therapie mit Bryan, vom Gespräch mit Gloria und vom noch späteren Gespräch mit Jan hinsichtlich dieser Intentionen untersucht. Bei den abschließend referierten Ergebnissen kann die zunehmende Bedeutung der häufigsten Intentionen „zur Selbstexploration helfen“, „bedingungsfrei annehmen“ und „Selbsteinbringung des Therapeuten“ besonders hervorgehoben werden.

Schlüsselwörter: Intentionen therapeutischer Äußerungen, Intent-Analyse, Psychotherapieforschung, Rogers.

The intentions of Rogers' therapeutic statements — A Moscow study about psychotherapeutic intentions.

The present study investigates which intentions can be identified in Rogers' therapeutic statements and how they changed and developed over the course of his career. After a brief survey of previous studies (of Rogers' documented interviews) we demonstrate how a system of 30 intentions (which are) relevant to psychotherapeutic discourse was defined using T. Ushakova's 'Intent-Analysis' (Laboratory for Psychology of Language and Psycholinguistics of Russian Academy of Sciences). Multiple interview transcripts were analysed in relation to these intentions, including Rogers' early therapy with Brian, his later interviews with Gloria and Jan, as well as further transcripts by psychotherapists of other orientations. The results of this study suggest, in particular, the increasing importance of the three most common intentions — assist with self-exploration, 'unconditional acceptance', and 'self-disclosure of the therapist'.

Keywords: Intentions of therapeutic statements, Intent-Analysis, psychotherapy research, Rogers.

Psychotherapieforschung hat eine besondere Bedeutung für den Bereich der praktischen Psychologie. Carl Rogers kann dabei mit Recht als einer der Pioniere dieser Forschung angesehen werden. Er hat zusammen mit seinen Mitarbeitern v. a. auf Grund vieler empirischer Untersuchungen therapeutischer Gesprächs-Interaktionen die Klientenzentrierte Psychotherapie konstituiert. In diesem Zusammenhang hat Rogers 1942 zum ersten Mal in der Geschichte den vollständigen Verlauf einer Therapie, die mit einem heute unvorstellbaren technischen Aufwand auf Schallplatten aufgenommen und anschließend in allen Einzelheiten transkribiert wurde, veröffentlicht.

Davon ausgehend hat sich innerhalb unseres Ansatzes eine bis heute anhaltende Tradition entwickelt, therapeutische Gespräche auf Tonträger aufzunehmen und zu transkribieren, und dieses Material für Forschung, Ausbildung und Supervision zu verwenden.

In dieser Tradition steht auch die Untersuchung, die hier referiert werden soll. Bei dieser Studie sollte eine größere Anzahl therapeutischer Äußerungen von Rogers hinsichtlich der von

Elena I. Kirillova, Psychologin und Klientenzentrierte Psychotherapeutin in Moskau, Mitgründerin und Mitglied der Community of Client-Centered Psychological Consultants and Psychotherapists (CCPP)

Wolfgang W. Keil, Klientenzentrierter Psychotherapeut in Wien; Lehrangabeleiter ÖGWG an der Donau-Universität Krems. wolfgang@keil.or.at

¹ Dieser Artikel beruht auf der Studie von Elena I. Kirillova (2010) *Intent-analiz psyhoterapewtitscheskoj retsi*. [Intent-Analyse des psychotherapeutischen Sprechens] am Dpt. für Psychologie der staatlichen Wirtschafts-Universität (HSE) in Moskau bzw. dem Artikel von Orlov, A. B. & Kirillova, E. I. (2010). *Intent-analiz psyhoterapewtitscheskoj retsi K. Rodchersa. Sluchaji Herberta, Glorii i Jan* [Intent-Analyse des psychotherapeutischen Sprechens von C. Rogers. Fall Herbert, Gloria und Jan] *Konsultativ'naja psichologija* 2010, 4, 134–165. Die deutsche Fassung dieses Artikels wurde von Wolfgang W. Keil gründlich überarbeitet.

ihm dabei verfolgten Intentionen untersucht werden. Zugleich ging es aber auch darum, die mögliche Entwicklung bzw. Veränderung bei den Intentionen der therapeutischen Äußerungen von Rogers über die Zeit seiner Tätigkeit hinweg zu erfassen. Diese Studie ergab sich aus einer vorangegangenen Untersuchung der Intentionen therapeutischer Äußerungen von prominenten Psychotherapeuten verschiedener Schulen, für welche die Methode der „Intent-Analyse“, die in dem Laboratorium für Sprachpsychologie und Psycholinguistik des Instituts für Psychologie der Akademie der Wissenschaften Russlands von T. Ushakova und ihren MitarbeiterInnen entwickelt wurde, verwendet wurde. Die Arbeit wurde von einer Gruppe Expertinnen geleistet, der auch mehrere Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen (O. Bondarenko, M. Kudrjaschova, L. Travkova) angehörten, die ihre Ausbildung im Zentrum für Europäische Ausbildungen in Moskau unter der Leitung und mit Diplomen der ÖGWG (Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung) absolviert haben.

Die Untersuchung therapeutischer Äußerungen von Rogers

Rogers' eigene Untersuchungen

Rogers hat selbst eine große Anzahl seiner therapeutischen Gespräche kommentiert und in verschiedener Hinsicht untersucht. Er hat dadurch seine theoretischen Konzepte mit umfangreichen Untersuchungen vieler therapeutischer Dialoge eindrucksvoll belegen können. Bei diesen Untersuchungen ging es u. a. um Fragen wie „Tue ich wirklich das, was ich zu tun glaube? Werde ich den Absichten, die ich formuliere, auch wirklich gerecht?“ Das Verfolgen solcher Fragen hat es Rogers ermöglicht, die Grundlagen seines psychotherapeutischen Ansatzes genauer und adäquater zum Ausdruck zu bringen.

Im Rahmen seiner ersten Studien hat Rogers (1942/1973) beispielsweise untersucht, welche Auswirkungen direkte und nondirektive Äußerungen des Therapeuten auf Klienten haben. Zu den direktiven zählte er Äußerungen, in welchen der Berater Interpretationen oder Bewertungen vornimmt, etwas erklärt oder Informationen gibt, die Aufmerksamkeit des Klienten mittels Fragen auf bestimmte Bereiche hinführt, die Indikation des Klienten für die Psychotherapie klären will, den Klienten in bestimmte Richtungen drängen möchte u. a. m. Zu den nicht-direktiven zählte Rogers jene Äußerungen, in welchen der Berater den Klienten zur tieferen Entwicklung des Gesprächsthemas bewegt, empathisches Verständnis des emotionalen Befindens des Klienten zeigt, ihn unterstützt und ihm ermöglicht, einen selbständigen Entschluss bei der Lösung verschiedener Fragen zu fassen usw. Eine solche Unterscheidung von direktiven und

nicht-direktiven Äußerungen ermöglicht u. a. den Schluss auf die dahinter liegenden „operationalen“ Einstellungen und Intentionen des Therapeuten. Rogers meint dazu in einem späteren Werk:

„Es ist möglich, dass einer der bedeutendsten allgemeinen Beiträge des klient-bezogenen Ansatzes der Wunsch gewesen ist, die detaillierte Verwirklichung der Ansicht des Beraters im Interview selbst zu erforschen. ... Nur durch sorgfältiges Studium des protokollierten Gesprächs – nach Möglichkeit sollte sowohl das Tonband als auch das schriftliche Protokoll vorliegen – lässt sich bestimmen, welche Absicht oder Absichten in dem Gespräch wirklich durchgeführt werden. ... Unsere Forschungsanalysen beweisen zur Genüge, dass eine subjektive Beurteilung dieser Fragen von Seiten des Beraters nicht genug ist. Nur eine objektive Analyse der Worte, der Stimme und ihrer Modulation kann die wirkliche Absicht, die der Berater verfolgt, hinreichend ermitteln.“ (1951/1972, S. 39)².

Für die vielen Untersuchungen eigener Therapien durch Rogers sei hier beispielsweise verwiesen auf die Darstellungen des Falles von Miss Cam (ebd., S. 93–130), der Therapie von Mrs. Oak (Rogers & Dymond, 1954, pp. 349–409), oder auf die oft verwendete Analyse „A silent young man“ (Rogers et al., 1967, pp. 401–416). Dazu zählen könnte man auch Rogers Kommentare des in unsere Untersuchung einbezogenen, berühmten Gesprächs mit Gloria (Rogers, 1977, S. 142–160) sowie das Gespräch mit Jan (Rogers, 1986/1991), mit welchen Rogers sein therapeutisches Vorgehen und die daraus folgenden Therapieprozesse beschreiben und illustrieren wollte. Im Folgenden sollen einige Beispiele dafür angeführt werden, wie Rogers seine eigenen therapeutischen Äußerungen kommentiert und dabei auch die Intentionen, die jeweils dahinterstehen, reflektiert:

„B 168: Die negativen Kräfte in Ihrer Persönlichkeit werden nicht zulassen, dass Sie sie ins Licht rücken, solange Sie sie als etwas betrachten, das außerhalb von Ihnen liegt.“

Rogers kommentiert: „Bedauerlicherweise versucht der Berater das Interviewmaterial zu interpretieren. Damit stößt er auf entschiedenen Widerstand, ... Zugunsten des Beraters kann gesagt werden, dass er trotz unkluger Versuche zu interpretieren, diese Interpretationen nicht durchzusetzen versucht, wenn er merkt, dass sie nicht akzeptiert werden. Das ganze Problem hätte vermieden werden können, wenn der Berater in B 168 einfach die ausgedrückten Einstellungen erkannt und gesagt hätte: ‚Sie fühlen, dass das, was Sie tun können, begrenzt ist, und Sie möchten gerne, dass ich weitermache.‘“ (1942/1973, S. 262).

„B 190: Nun wie stehen die Dinge heute?“

Rogers kommentiert: „Eine beiläufige Einleitung des Interviews dieser Art ist vielleicht gar nicht so beiläufig, wie es den Anschein hat. Der Berater hat dem Klienten Gelegenheit gegeben, optimistisch oder pessimistisch oder mit irgendeinem Thema, das ihn beschäftigt, zu reagieren. Diese Art der Einleitung ist wesentlich befriedigender als weitere direkte Fragen wie ‚Haben Sie seit unserer letzten Begegnung irgendwelche Verbesserungen festgestellt?‘ oder ‚Haben Sie über das, was wir letztesmal besprochen haben, nachgedacht?‘“ (a. a. O., S. 341).

„Th.: Ich sehe ... Aber das klingt, als befänden sich Ihre Handlungen außerhalb Ihrer selbst. Sie wollen sich selbst bejahen, doch Ihre Handlungen lassen es irgendwie nicht zu, dass Sie sich bejahen.“ (1977, S. 149)

² Orig. 1951, S. 25

Rogers kommentiert: „Diese Bemerkung des Therapeuten könnte – angesichts der Reaktion der Klientin – als der Ausdruck mangelnder Einfühlung, ja sogar als leicht wertend interpretiert werden. Doch im Zusammenhang der Interaktion und angesichts des Materials, das die Klientin bis zu diesem Punkt eingebracht hat, glaube ich, dass diese Bemerkung sehr empathisch ist, wenn sie auch etwas über den Horizont des Gewahrseins hinausgreift. ...“ (a. a. O., S. 149)

„CARL: Und Sie haben diese Gefühle bis vor vielleicht anderthalb Jahren nicht so stark gehabt? (Pause) Hat es da irgendetwas Besonderes zu dieser Zeit gegeben, das möglicherweise diese Gefühle hat aufkommen lassen?“

Rogers kommentiert: „Meine anfänglichen Reaktionen haben einen doppelten Zweck. Ich will es für sie völlig ungefährlich machen, sich selbst auszudrücken, daher nehme ich von Ihren Gefühlen Notiz und stelle unspezifische, nicht beängstigende Fragen. Zum andern gehört es auch zu meiner Absicht, alles zu vermeiden, was in eine besondere Richtung weisen oder ein Urteil beinhalten könnte. Die Richtung, die das Gespräch nimmt, hängt ganz allein von Ihr ab.“ (1986/1991, S. 245)

Weitere Untersuchungen von Rogers' Therapien

Das Interesse an Rogers' Therapieprotokollen und ihrer Untersuchung war schon zu seinen Lebzeiten groß und hat nach seinem Ableben eher noch zugenommen. Lietaer & Brodley (2003) haben zusammenfassend eine Liste von 158 Transkripten von Rogers' Therapien mit 51 Klienten sowie eine Liste von über 150 Studien dokumentiert, die sich mit der Analyse von Rogers' Therapien und Demonstrationsgesprächen befassen. Etwa 50 dieser Studien beschäftigen sich übrigens mit der Untersuchung des Gesprächs mit Gloria. Eine der bekanntesten Publikationen ist vielleicht die Darstellung und Kommentierung von 10 Fällen von Rogers von Farber, Brink & Raskin (1996).

Viele dieser Untersuchungen haben sich zwar nicht explizit mit den Intentionen der therapeutischen Äußerungen von Rogers befasst, sich aber doch mit der Erfassung der Charakteristika der einzelnen Therapeutenäußerungen und deren Klassifizierung beschäftigt. Die meisten dieser Studien versuchten, die verschiedenen Formen und das Ausmaß der therapeutischen Grundhaltungen, v. a. des empathischen Verstehens zu untersuchen. So hat Merry (1996) bei 10 Demonstrationsgesprächen von Rogers untersucht, wie viele der therapeutischen Äußerungen als „empathic following“ des Therapeuten im Unterschied zu direkten Fragen, direkten Selbsteinbringungen und Einbringen von Beobachtungen des Therapeuten gesehen werden können. Merry ist dabei auf einen Anteil von 89 % aller Äußerungen gekommen, die als Reflexion des Klientenerlebens, indirekte Frage danach oder metaphorische Beschreibung davon, d. h. als „empathic following“ klassifiziert werden konnten. Zu einem ganz ähnlichen Ergebnis ist Brodley (2002) in ihren vergleichenden Untersuchungen von Rogers' (22 Transkripte) und von eigenen Therapien (20 Transkripte) gekommen. Dabei ging es darum, die spezifischen Elemente empathischen Verstehens zu identifizieren und die Frequenz solcher „following-the-client-responses“ zu eruieren, sowie die

beiden Therapeuten in diesen Bereichen zu vergleichen. Bei beiden Therapeuten wurden 91 % aller ihrer Äußerungen als „empathic following responses“ erkannt. Unterschiede im jeweiligen Ausdruck des empathischen Verstehens ergaben sich insofern, als Rogers mehr kognitive (als emotional geladene) Worte, mehr den Klienten direkt stimulierende Formulierungen sowie mehr empathische Formulierungen in der ersten Person verwendete als die Autorin dieser Untersuchung selbst.

Eine Untersuchung der Intentionen bei den einzelnen Äußerungen der Psychotherapeuten Rogers, Perls und Ellis im Gespräch mit Gloria wurde von Hill, Thames & Rardin (1979) durchgeführt. Es wurde dabei das von Hill (1978) entwickelte und später modifizierte System zur Kategorisierung therapeutischen Gesprächsverhaltens verwendet, das die folgenden 14 Intentionen umfasst: *Minimal Encourager, Approval-Reassurance, Information, Direct Guidance, Closed Question, Open Question, Restatement, Reflection, Nonverbal Referent, Interpretation, Confrontation, Self-Disclosure, Silence, Other*. Die AutorInnen waren interessiert, neben den möglichen Unterschieden in der Häufigkeit verschiedener Intentionen bei den 3 Therapeuten auch herauszufinden, ob und welche (markanten) Veränderungen dabei innerhalb des Sitzungsverlaufs (Beginn, Mitte, Schluss) zu eruieren waren. Die Ergebnisse für die jeweils zwei häufigsten Intentionen (in Tab. 1 jeweils fett gedruckt) der drei Therapeuten sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Prozentsätze der jeweils zwei häufigsten Intentionen der drei Therapeuten im Gespräch mit Gloria nach Hill, Thames & Rardin (1979)

Intention		1. Drittel	2. Drittel	3. Drittel	Total
1. Minimal Encourager	Rogers	56	45	56	53
	Perls	7	9	9	8
	Ellis	20	12	10	14
	Rogers	7	3	11	7
3. Information	Perls	13	11	11	12
	Ellis	18	32	41	30
	Rogers	0	0	0	0
4. Direct Guidance	Perls	15	28	16	19
	Ellis	13	23	27	21
	Rogers	10	21	5	11
	Perls	6	4	4	5
7. Restatement	Ellis	11	1	4	5

Die Struktur der Intentionen der drei Therapeuten spiegelt in diesem Fall nahezu idealtypisch Kernpunkte ihrer theoretischen und praxeologischen Konzepte. Bei Rogers decken *Minimal Encourager* und *Restatement* 69 % aller Äußerungen ab, während bei Ellis *Information*, *Direct Guidance* und *Interpretation* zusammen 63 % ergeben. Bei Perls sind die Intentionen viel mehr gestreut, bei ihm kommen die drei häufigsten *Direct Guidance*, *Information* und *Interpretation* zusammen auf 43 %. Interessant ist bei manchen Intentionen die Varianz

ihrer Frequenz über den Verlauf der Sitzung hinweg. Auffällig ist hier etwa das deutliche Ansteigen über den Verlauf der Sitzung hinweg von *Information* und *Direct Guidance* bei Ellis oder die Häufung im mittleren Drittel von *Direct Guidance* bei Perls oder von *Restatement* bei Rogers.

Bei zwei weiteren Untersuchungen von therapeutischen Intentionen von Hill und O'Grady (1985) wurden keine starken schulenspezifischen Unterschiede mehr gefunden; es handelte sich dabei allerdings zum Großteil um eklektisch orientierte PsychotherapeutInnen, die sich nicht einer bestimmten Schule zurechneten. Dafür konnten hier ausgeprägtere Veränderungen der Frequenz einzelner Intentionen über den Verlauf der Sitzung hinweg konstatiert werden, wobei *clarify* und *get information* abnahmen und *cathart*, *insight* und *change* häufiger wurden. Bei dieser Studie waren jedoch weder Transkripte von Rogers noch die von anderen Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen Gegenstand der Untersuchung.

Aus den meisten Untersuchungen von therapeutischen Äußerungen möchten wir jedoch zusammenfassend folgern, dass die intentionalen Dispositionen des therapeutischen Sprechens durchaus die theoretischen und praxeologischen Konzepte widerspiegeln, an denen sich die jeweiligen PsychotherapeutInnen orientieren. Speziell bei Rogers kann dies in hohem Ausmaß erwartet werden.

Die Moskauer Untersuchung der Intentionen psychotherapeutischen Sprechens

Für die Untersuchung der Intentionen von psychotherapeutischen Äußerungen hat sich die Methode der „Intent-Analyse“ als geeignetes Verfahren angeboten, die in dem Laboratorium für Sprachpsychologie und Psycholinguistik des Instituts für Psychologie der Akademie der Wissenschaften Russlands von T. Ushakova (2006) und ihren MitarbeiterInnen entwickelt wurde. Diese Methode ermöglicht es, Texte auf die ihnen zu Grunde liegenden Absichten und Standpunkte hin zu untersuchen. Anhand dieser Methode haben Ushakova und ihre MitarbeiterInnen etwa Aussagen aus dem Bereich der politischen Auseinandersetzung und der Wahlwerbung (Ushakova, Pavlova et al., 2000), aber auch sozial-psychologische Texte und verschiedene andere Diskurs-Strukturen (Pavlova & Zatschesova, 2007) erforscht. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen haben Ushakova veranlasst vorzuschlagen, auch die Besonderheiten der intentionalen Struktur weiterer Bereiche, wie etwa publizistischer, literarischer oder auch wissenschaftlicher Diskurse, mit dieser Methode zu erforschen.

Dieser Ermunterung folgend, hat eine Gruppe von 5 Expertinnen (seit mehr als 5 Jahren tätige, erfahrene Psychotherapeutinnen verschiedener therapeutischer Schulen) eine

Untersuchung der Intentionen psychotherapeutischer Äußerungen in Angriff genommen. Als Material für diese Untersuchung dienten (in russischer Übersetzung vorliegende) Transkripte von therapeutischen Gesprächen von James Bugental (1998), Joseph Lichtenberg (Lichtenberg, Lachmann & Foss-hage, 2003), Alfried Längle (2005) und Carl Rogers (1999). Es wurden dabei insgesamt 1703 Therapeutenäußerungen erfasst, die im Rahmen psychoanalytischer, existenzanalytischer oder humanistischer bzw. klientenzentrierter Psychotherapien gemacht wurden.

In einem ersten Schritt wurde versucht, zu eruieren, welche verschiedenen Intentionen bei all diesen Äußerungen von Therapeuten (855 von Bugental, 194 von Lichtenberg, 40 von Längle und 614 von Rogers) überhaupt festgestellt werden können. Die Vorgangsweise war dabei so, dass entweder bei einer einzelnen Äußerung eine Intention eindeutig erkannt werden konnte, oder es wurde die Äußerung zergliedert und dann versucht, die Intention hinter dem prägnantesten Teil der Äußerung zu erfassen. Auf diese Weise konnten 80 verschiedene Intentionen von Therapeuten-Äußerungen definiert werden. In einem zweiten Arbeitsschritt haben die Expertinnen anschließend die Definitionen eines Großteils der 80 Intentionen vor dem Hintergrund der Therapie- und Praxeologiekonzepte der beteiligten Psychotherapeuten daraufhin untersucht, in wie weit sie das jeweils Gemeinte exakt beschreiben und in wie weit sie sich wechselseitig überlappen oder genügend trennscharf verschieden sind. Daraus konnte eine konsistentere Liste von zunächst 44 Intentionen und in der Folge 30 Intentionen therapeutischer Äußerungen gewonnen werden.

In diesem zweiten Arbeitsschritt wurde zusammen mit MitarbeiterInnen des Instituts für Psychologie der Akademie der Wissenschaften Russlands versucht, eine (im Sinn der Intent-Analyse) sprachpsychologisch konsistente Struktur der verschiedenen Intentionen therapeutischen Sprechens zu erfassen. Diese Struktur wurde in Anlehnung an die Auffassungen des russischen Psychologen Semenov (1982) über die Organisation menschlichen Denkens erstellt. Es wurden dabei die Intentionen therapeutischer Äußerungen nach den „Objekten“, auf die die Intentionen jeweils ausgerichtet sind, unterschieden. Demnach wurde differenziert zwischen Intentionen, die sich auf Gegebenheiten (Erleben, Verhalten, Situation) des Klienten richten, und Intentionen, die sich an den Klienten als Person richten, wobei der Therapeut v. a. mit dem Klienten in Kontakt kommen bzw. diesen Kontakt halten oder vertiefen möchte. Eine Kommunikation aus der ersteren Intention heraus kann als eher mental (kognitiv) und mehr als Subjekt – Objekt – Kommunikation angesehen werden, während Kommunikation aus der letzteren Intention heraus als dialogisch und mehr als Subjekt – Subjekt – Kommunikation betrachtet werden kann. Die Forscherinnen sind davon ausgegangen,

dass die Intentionen, die sich auf die Situation des Klienten richten, charakteristisch für tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten sind, während Therapeuten humanistischer Ausrichtung mit diesen Intentionen tendenziell weniger in der Therapie-situation selbst, sondern eher in der eigenen Reflexion und Supervision befasst sind. Für die Untersuchung der Intentionen speziell von Rogers' therapeutischen Äußerungen wurde aus methodenspezifischen Gründen außerdem noch eine zusätzliche dritte Kategorie von „Objekten“, auf die Intentionen ausgerichtet sein können, differenziert. Es war nämlich zu erwarten, dass bei Rogers die Intention, die Selbstexploration des Klienten direkt oder indirekt anzuregen, zu fördern oder zu vertiefen, besonders wichtig sein sollte.

In der nachfolgenden Tabelle 2 sind die Objekte, auf welche sich therapeutische Intentionen beziehen können und die ihnen zugeordneten Intentionen von Psychotherapeuten schematisch dargestellt. Anschließend sollen die 30 Intentionen kurz beschrieben und an Hand konkreter Beispiele charakterisiert werden.

Tabelle 2: Klassifikation der Intentionen psychotherapeutischer Äußerungen

Objekte auf welche die Intentionen sich beziehen	Charakteristik der aus diesen Intentionen geführten Kommunikation	Intentionen psychotherapeutischer Äußerungen
Situation, Gegebenheit (Verhalten, Erleben) des Klienten	mental/kognitiv Subjekt-Objekt-Kommunikation	1 Gefühl erfragen
		2 analysieren
		3 Hypothese aufstellen
		4 beurteilen, bewerten
		5 klares Verständnis vermitteln
		6 vergleichen
		7 Sinn, Bedeutung geben
		8 mit früher Erlebtem verbinden
		9 akzentuieren, markieren
		10 zusammenfassen
		11 Inkonsistenz ansprechen
		12 objektivieren
		13 symbolisieren
Klient als Subjekt (Kontakt mit ihm/ihr herstellen, halten, vertiefen)	dialogisch Subjekt-Subjekt-Kommunikation	14 Hier – und – Jetzt
		15 Indikation abklären
		16 interessiert nachfragen
		17 Zusammenarbeit betonen
		18 konfrontieren
		19 Organisatorisches klären
		20 anregen
		21 unterstützen, bestärken
		22 Verantwortung übergeben
		23 empathisch mitfühlen
		24 beeinflussen
Selbstexploration des Klienten	direkt oder indirekt förderlich (für Selbstexploration des Klienten)	25 zur Selbstexploration helfen
		26 Eigenständigkeit gewähren
		27 bedingungslos annehmen
		28 Selbsteinbringung des Therapeuten
		29 aktuelle eigene Selbstexploration
		30 eigenes Anliegen einbringen

Erläuterung der 30 psychotherapeutischen Intentionen

Die mittels des in Tab. 2 dargestellten Schemas erhobenen 30 Intentionen psychotherapeutischer Äußerungen sollen nun kurz beschrieben und mit Beispielen ausschließlich aus den therapeutischen Gesprächen von Rogers charakterisiert werden. Die Beispiele sind hier den deutschen Übersetzungen der Gespräche mit Herbert Bryan (Rogers, 1942/1973), mit Gloria (Rogers, 1977) und mit Jan (Rogers, 1986/1991) entnommen.

1. GEFÜHL ERFRAGEN

Th(erapeut/in) fragt Kl(ientIn) nach seinen /ihren (momentanen) Gefühlen, um ihn /sie mit seinem /ihrem inneren Erleben in Kontakt zu bringen.

„B 58: Ich meine, welche Gefühle haben Sie, wenn Sie tanzen, oder was ist es, das Sie offenbar ...“ (Rogers, 1942/1973, S. 242)

2. ANALYSIEREN

Th. erläutert ein Erleben/Verhalten des Kl. von dessen tiefenpsychologischen Zusammenhängen her. Diese Intention wurde bei den untersuchten Äußerungen von Rogers kein einziges Mal erkannt.

3. HYPOTHESE AUFSTELLEN

Th. stellt Vermutungen über die Voraussetzungen einer Lebenssituation, die Ursachen eines Verhaltens des Kl. an.

„B 168: Die negativen Kräfte in Ihrer Persönlichkeit werden nicht zulassen, dass Sie sie ins Licht rücken, solange Sie sie als etwas betrachten, das außerhalb von Ihnen liegt.“ (ebd., S. 262)

„B 283: Vielleicht sind Sie sich nicht ganz sicher – oder waren es in der Vergangenheit nicht – wie weit Sie wirklich eine maskuline Rolle spielen wollen.“ (ebd., S. 286)

4. BEURTEILEN, BEWERTEN

Th. drückt positive oder negative Einschätzung eines Erlebens/Verhaltens des Kl. aus.

„B 56: Richtig. Sie haben Ihre Situation wirklich bemerkenswert gut analysiert, und Sie haben ganz recht, wenn Sie sagen, dass Sie sich nicht selbst an den Hosenträgern hochziehen können.“ (ebd., S. 241)

„B 171: Sie erheben alles auf ein intellektuelles Niveau. Ich glaube, es gibt keinen Aspekt Ihres Lebens, von dem Sie nicht meinen, dass Sie ihn intellektuell ohne Angst betrachten könnten.“ (ebd., S. 263)

5. KLARES VERSTÄNDNIS VERMITTELN

Th. möchte ausdrücken, dass er Erleben/Situation des Kl. in deren innerer Konnexität gut verstanden hat.

„B 267: Verstehe ich Sie richtig, dass das, was Ihnen an Ihrer Arbeit schwer fällt, das ist, was einige Initiative verlangt, und dass Ihnen gleichzeitig die umgekehrte Situation, die kaum oder gar keine Initiative verlangt, noch schlimmer oder viel schlimmer vorkommt?“ (ebd., S. 283)

6. VERGLEICHEN

Feststellen von Ähnlichkeiten/Unterschieden im Verhalten und Erleben des Klienten

„B 96: Jedenfalls haben Sie das Gefühl, dass sich der Konflikt verschärft hat ...“ (ebd., S. 248)

„B 335: Und Sie werden immer ehrlicher, würde ich sagen.“ (ebd., S. 297)

7. SINN, BEDEUTUNG GEBEN

Th. möchte (weitere) Bedeutungen eines Erlebens/Verhaltens des Kl. aufzeigen.

„B 115: So dass es im Augenblick scheint, als wäre es besser ... als wäre es einfacher, sich treiben zu lassen.“ (ebd., S. 251)

8. MIT FRÜHER ERLEBTEM VERBINDEN

Th. spricht lebensgeschichtliche Zusammenhänge heutiger Themen/Probleme des Kl. an

„CARL: Und Sie haben diese Gefühle bis vor vielleicht anderthalb Jahren nicht so stark gehabt? (Pause.) Hat es da irgendetwas Besonderes zu dieser Zeit gegeben, das möglicherweise diese Gefühle hat aufkommen lassen?“ (1986/1991, S. 245)

9. AKZENTUIEREN, MARKIEREN

Th. möchte bestimmte Aspekte des Erlebens oder Verhaltens des Kl. hervorheben, unterstreichen.

„CARL: Es ist eine Angst vor Bindung und eine Angst davor, Kinder zu haben? Und es sieht so aus, als ob all das eine wachsende Angst wäre, alle diese Ängste nehmen offenbar zu.“ (ebd., S. 246)

„B 301: Mir scheint das Wichtigste an dieser ganzen Erfahrung zu sein, dass es – in der Gegenwart und zu bestimmten Zeiten in der Vergangenheit – Momente gegeben hat, in denen Sie das Gefühl hatten: ‚Ich werde die Segel in diese Richtung setzen.‘“ (1942/1973, S. 290)

10. ZUSAMMENFASSEN

Schlussfolgerungen, Zusammenfassungen von verschiedenen Aspekten des Erlebens/der Situation des Kl.

„B 11: Hm. Sie fühlen sich also sowohl bei der Arbeit als auch beim Vergnügen blockiert.“ (ebd., S. 233)

„CARL: Das stimmt. Es ist so, dass Sie sich von außen und für einen Beobachter in Ihren besten Jahren befinden und alles zu Ihren Gunsten läuft. Aber das ist nicht Jan innerlich. Innerlich ist Jan ganz verschieden davon.“ (1942/1973, S. 249)

11. INKONSISTENZ ANSPRECHEN

Th. möchte auf Ambivalenzen/Widersprüche im Verhalten und Erleben des Kl. hinweisen

„B 48: Es geht um das Gefühl, dass Sie eine gewisse Neigung haben, es so zu lassen, obwohl Sie es nicht mögen.“ (ebd., S. 239)

„Th.: Aber mir war, als höre ich Sie sagen, dass es nicht bloß die Kinder sind, sondern dass *Sie selbst* es nicht mögen, wenn es nicht wirklich ...“ (1977, S. 173)

12. OBJEKTIVIEREN

Th. möchte bestimmte Elemente/Inhalte im Erleben des Klienten bestimmen / klar werden lassen

„B 58: ... Sie sagten zum Beispiel, dass Sie gerne tanzen. Und trotzdem macht sich die Sache auch dort bemerkbar und verhindert, dass Sie das Tanzen genießen. Können Sie mir mehr darüber erzählen...“ (1942/1973, S. 242)

13. SYMBOLISIEREN

Th. verwendet Bilder/Symbole für das Erleben / die Situation des Kl.

„B 525: Der Sturm kann gelegentlich an den Segeln zerren, aber man könnte immer noch das Gefühl haben, dass es ein starkes, sicheres Fahrzeug ist.“ (ebd., S. 334)

14. HIER – UND – JETZT

Th. möchte die Aufmerksamkeit des Klienten auf aktuelle psychische Prozesse lenken

„B 405: ... Wenn Sie sich jetzt für einen Handlungsablauf entscheiden, dann bedeutet das auch die Aufgabe des anderen. Und diese Woche

sagen Sie: 'Mein Gott, ich weiß nicht – das heißt doch, sehr vieles aufzugeben.'" (ebd., S. 310)

15. INDIKATION ABKLÄREN

Th. möchte klären, ob etwas psychotherapeutisch relevant ist

„B 13: Hm. Trotz der Unannehmlichkeiten, die Ihnen das verursacht, sind Sie ziemlich sicher, dass es nichts Organisches ist.“ (ebd., S. 233)

16. INTERESSIERT NACHFRAGEN

Th. ersucht den Kl. um Auskunft über etwas, das er noch nicht genügend erfassen konnte

„Th.: Ich bin an allem interessiert, was Sie angeht.“ (1977, S. 166)

„CARL: Können Sie mir ein bisschen mehr erzählen über die Angst, die Sie vor dem Altwerden haben? Sie werden älter und –? (1986/1991, S. 244)

17. ZUSAMMENARBEIT BETONEN

Th. verweist auf gemeinsames Tun von Kl. und Th.

„B 331: Nun ich will jetzt sicherlich nicht auf psychoanalytische Theorien eingehen, aber ich glaube, unsere gemeinsame Erfahrung zeigt, dass zur Auffindung des Schlüssels beide ihr Teil beitragen müssen. Den Schlüssel umzudrehen ist dagegen Ihre Sache.“ (1942/1973, S. 296)

18. KONFRONTIEREN

Th. verweist den Kl. auf Alternativen, andere Möglichkeiten, die vom Kl. übergangen werden

„CARL: Das ist eine Rolle, die Sie sehr gut kennen. (Jan *lacht*.) Sie haben Sie in vielen Stücken gespielt. (Jan: Und es funktioniert!) Es *funktioniert* – das schlimme kleine Mädchen kann sich einiges erlauben. Und etwas anderes, das Sie gesagt haben: Dass Sie versuchen, *mir* zu helfen. Ich denke, meine Hoffnung ist, dass *Ihnen* helfen wird, was wir hier tun. ...“ (1986/1991, S. 249)

19. ORGANISATORISCHES KLÄREN

Besprechung von organisatorischen u. ä. Belangen

„B 85: ... Jetzt sollten wir ... ich habe kurz bevor Sie kamen, in meinem Terminkalender nachgesehen. Wir könnten nächsten Dienstag um vier Uhr weitermachen; wäre Ihnen diese Zeit recht?“ (1942/1973, S. 246)

20. ANREGEN

Th. möchte den Kl. zu einer Handlung/ einer Reflexion einladen

„B 179: Ich glaube, ich setze Ihnen ein wenig zu hart zu. Jedenfalls werden wir diese Situation weiter erforschen und sehen, was für Werte sie für Sie beinhaltet.“ (ebd., S. 264)

21. UNTERSTÜTZEN, BESTÄRKEN

Th. möchte Erleben/Verhalten des Kl. ausdrücklich unterstützen/ermutigen

„B 72: Eine ständige Qual. Und doch haben Sie trotz dieser ständigen Qual das Gefühl, dass Sie Ihren Weg finden oder sich Ihren Weg aus alledem heraus erkämpfen können.“ (ebd., S. 244)

„CARL: Ein Mensch, der genug an Sie glaubt, um zu sagen: ‚Sicher kannst du das schaffen – du bist in Ordnung. Du bist dabei, es durch zu stehen.‘ Aber man kann das nicht zu sich selbst sagen.“ (1986/1991, S. 250f.)

22. VERANTWORTUNG ÜBERGEBEN

Th. verweist darauf, dass der Kl. selber etwas tun muss/kann

„Th.: Ich würde gern sagen: ‚Nein, ich will Sie nicht in Ihren Gefühlen schmoren lassen!‘, doch habe ich andererseits das Gefühl, dass es sich hier um eine so persönliche Angelegenheit handelt, dass ich *unmöglich* an Ihrer Stelle antworten kann. ...“ (1977, S. 170)

23. EMPATHISCH MITFÜHLEN

Th. drückt aus, dass er mit dem Kl. mitfühlt, sein Erleben versteht

„Th. (dessen Augen feucht werden): Was ich sehr stark spüre, ist, dass es eine verdammt riskante Sache ist zu leben.“ (ebd., S. 177)

„CARL: Und es ist so sehr mit einem Risiko verbunden, von einem beleuchteten Platz in die Dunkelheit, in das Unbekannte zu kommen. (Jan: Richtig.) So eine Chance und so erschreckend.“ (1986/1991, S. 251)

24. BEEINFLUSSEN

Th. möchte den Kl. belehren, Ratschläge geben u. ä.

„B 280: Und – ich möchte Sie da nicht drängen – vielleicht haben Sie es nicht ganz deutlich gesagt, vielleicht ist es Ihnen selbst nicht ganz klar, ...“ (1942/1973, S. 286)

„B 414: Ja, und wichtig ist die Entscheidung, welche Befriedigungen Sie wirklich wollen.“ (ebd., S. 311)

25. ZUR SELBSTEXPLORATION HELFEN

Th. möchte das Erleben/Verhalten des Kl. in einer Weise aufgreifen, dass sich der Kl. seinem inneren Erleben zuwendet und es weiter exploriert

„B 369: Mit anderen Worten, Sie haben das Gefühl, dass Sie für die schlechten Tage vielleicht eine größere Vorliebe haben als für die guten?“ (ebd., S. 304)

„CARL: Was Sie mir also sagen ist, dass Sie ein Ziel im Leben *haben*. Sie *haben* etwas, das Sie wirklich tun wollen. – (Jan: Oh ja.) Dass Sie sich der Musik, der Kunst verpflichtet fühlen, aber Sie haben das Gefühl, dass Sie die Gesellschaft daran hindert, das zu tun. Doch was Sie gern tun würden, ist, alles andere hin zu werfen und sich nur noch auf Ihre Liebe zur Musik zu konzentrieren.“ (1986/1991, S. 247)

„Th.: Mir ist als höre ich Sie sagen: ‚Wenn ich mit einem Mann ins Bett ginge und meine Gefühle wären wirklich echt und voll Liebe und

Achtung und so, dann würde ich mich Pam gegenüber nicht schuldig fühlen. Ich könnte mich dann in der Situation wirklich wohl fühlen.“ (1977, S. 173)

26. EIGENSTÄNDIGKEIT GEWÄHREN

Th. möchte dem Kl. explizit eine Wahl überlassen

„Th.: Ein Problem im Dreieck, sozusagen. Sie meinen, dass ich oder Therapeuten allgemein oder andere Leute sagen: ‚Das ist doch richtig, das ist gut, das ist doch völlig natürlich, mach nur so weiter.‘ Und ich meine, Sie spüren, wie es Ihren Körper auf diese Seite zieht. Doch etwas in Ihnen sagt: ‚Aber ich mag das nicht auf diese Weise, solange das nicht tatsächlich in Ordnung ist.‘“ (ebd., S. 176)

27. BEDINGUNGSFREI ANNEHMEN

Th. drückt unbedingte Wertschätzung für die Person oder ein Erleben des Kl. aus

„CARL: Jetzt bin ich besser bereit. Ich weiß nicht, worüber Sie mit mir reden möchten, weil wir noch nicht mehr getan haben, als einander ‚Guten Tag‘ zu sagen. Aber was immer Sie zur Sprache bringen möchten, ich bin ganz bereit, Ihnen zuzuhören.“ (ebd., S. 244)

„CARL: Einfach, dass vielleicht eine Ihrer besten Freundinnen das Du ist, das Sie in sich verbergen, das furchtsame kleine Mädchen, das schlimme kleine Mädchen, das wahre Du, das nicht sehr weit ins Freie herauskommt.“ (ebd., S. 252)

28. SELBSTEINBRINGUNG DES THERAPEUTEN

Offene Darstellung der eigenen Reaktionen, des eigenen Erlebens des Th.

„CARL: Naja ich weiß nicht – ich bin zwar erst 80, aber ich kann noch immer ein schlimmer kleiner Bub sein.“ (ebd., S. 252)

„B 612: Nun, ich habe immer das Gefühl. Dass es mir auch etwas gibt.“ (1942/1973, S. 347)

29. AKTUELLE EIGENE SELBTEXPLORATION DES TH.

„B 421: Ja, ich war nicht ganz sicher, ob ich Sie richtig verstanden hatte.“ (ebd., S. 314)

„CARL: Sie können sich Zeit nehmen, soviel Sie wollen, denn ich habe das Gefühl, dass ich anfangs, mit der angstvollen kleinen Jan, die da drin steckt, vertraut zu werden.“ (1986/1991, S. 249)

30. EIGENES ANLIEGEN EINBRINGEN

Th. stellt eigene aktuelle Anliegen/Impulse offen dar

„CARL: Ich wünschte, ich könnte Ihnen helfen, zu einer Handhabe für manche dieser Dinge zu kommen, die Ihnen im Kopf herumgehen.“ (ebd., S. 247)

„B 468: Ich glaube, ich weiß genau, wie Sie sich heute fühlen, und ich denke, dass ... ich wünschte, es gäbe irgendeine leichte und direkte Lösung, die man hier verwenden könnte.“ (1942/1973, S. 323)

Die Intentionen in Rogers' therapeutischen Äußerungen

Unsere Studie hatte das Ziel, einen Überblick über die Struktur der von Rogers verfolgten Intentionen in seinen therapeutischen Äußerungen zu gewinnen. Zugleich ging es aber auch darum, die mögliche Entwicklung bzw. Veränderung bei den Intentionen der therapeutischen Äußerungen von Rogers über die ganze Zeit seiner Tätigkeit hinweg zu erfassen. In diesem Sinn wurden drei bekannte Therapieverläufe von Rogers, die für die jeweiligen Zeiträume seines Wirkens repräsentativ sein könnten, für die Untersuchung ausgewählt. Es handelt sich dabei um die erste veröffentlichte Therapie mit Herbert Bryan aus dem Zeitraum 1940–1941 (Rogers, 1942/1973; russisch Rogers, 1999), das Gespräch mit Gloria aus dem Jahr 1964 (Rogers, 1977; russisch Yagnyuk, 2001) und das Gespräch mit Jan aus dem Jahr 1982 (Rogers, 1986/1991; russisch Rogers, 2004). Es wurden dabei insgesamt 729 psychotherapeutische Äußerungen von C. Rogers untersucht, neben den 614 Therapeuten-Äußerungen in der Therapie mit Herbert Bryan auch 61 Äußerungen im Gespräch mit Gloria und 54 Äußerungen im Gespräch mit Jan.

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt nun einerseits einen deutlichen Unterschied in der Struktur der Intentionen in der Therapie mit Bryan im Vergleich mit den beiden anderen, aber auch eine relativ vergleichbare Häufung bestimmter Intentionen bei allen drei Therapieprozessen. Die folgende Tabelle 3 gibt einen Überblick über die prozentuelle Häufigkeit der therapeutischen Intentionen in allen drei untersuchten Verläufen, wobei der Übersichtlichkeit wegen die meisten nur gering (weniger als 4 %) vertretenen Intentionen nicht mehr verzeichnet sind, Intentionen, die in einem der drei Fälle jeweils gar nicht kodiert wurden, sind jedoch (mittels Strich) markiert.

Als hervorstechendstes Ergebnis fällt hier auf, dass die Therapie mit Bryan sich vor allem durch die breitere Streuung der verschiedenen Intentionen von den beiden anderen unterscheidet; (29 [von insgesamt 30] kodierte Intentionen im Unterschied zu 24 kodierten Intentionen im Gespräch mit Gloria bzw. 23 im Gespräch mit Jan). Außerdem zeigt sich bei der Therapie mit Bryan keine so starke Konzentration auf bestimmte Intentionen wie bei den beiden anderen; so überwiegt etwa bei letzteren die Intention *zur Selbstexploration helfen* bei weitem (25,5 % bzw. 22,2 %!), welche bei Bryan gerade erst 6,9 % aller Intentionen ausmacht.

Dennoch lässt sich aus den in Tabelle 2 dargestellten Daten auch eine über alle drei Therapieprozesse hinweg durchgängige Häufung bestimmter Intentionen ersehen. Dies betrifft vor allem die Intention *zur Selbstexploration helfen*, welche die bei weitem häufigste ist, sowie auch die Intentionen *bedingungsfrei annehmen*, *Selbsteinbringung*, *Gefühl erfragen* und

Tabelle 3: Häufigste Intentionen (> 4%) sowie gar nicht kodierte Intentionen in den therapeutischen Äußerungen von Rogers mit Bryan, Gloria und Jan

Intentionen	Bryan	Gloria	Jan	durchschnittlich
1 Gefühl erfragen	5,8	4,6	6,1	5,5
2 analysieren	—	—	—	—
3 Hypothese aufstellen	3,9	—	—	—
4 beurteilen, bewerten	4,0	—	—	—
5 klares Verständnis vermitteln	—	—	—	—
6 vergleichen	—	—	—	—
7 Sinn, Bedeutung geben	—	—	—	—
8 mit früher Erlebtem verbinden	—	—	—	—
9 akzentuieren, markieren	—	—	6,1	—
10 zusammenfassen	9,1	4,5	5,1	6,2
11 Inkonsistenz ansprechen	—	5,5	—	—
12 objektivieren	—	—	—	—
13 symbolisieren	—	—	—	—
14 Hier – und – Jetzt	—	—	—	—
15 Indikation abklären	—	—	—	—
16 interessiert nachfragen	4,5	—	—	—
17 Zusammenarbeit betonen	—	—	—	—
18 konfrontieren	—	—	—	—
19 Organisatorisches klären	3,9	—	—	—
20 anregen	—	—	—	—
21 unterstützen, bestärken	13,6	4,5	1,1	6,4
22 Verantwortung übergeben	—	—	—	—
23 empathisch mitfühlen	2,4	10,0	7,1	6,5
24 beeinflussen	—	—	—	—
25 zur Selbstexploration helfen	6,9	25,5	22,2	18,2
26 Eigenständigkeit gewähren	—	—	4,0	—
27 bedingungslos annehmen	14,3	3,6	13,1	10,3
28 Selbsteinbringung des Therapeuten	5,9	8,2	10,1	8,1
29 aktuelle eigene Selbstexploration	—	4,5	—	—
30 eigenes Anliegen einbringen	—	—	6,1	—

zusammenfassen. Diese Intentionen kommen bei allen drei untersuchten Fällen in jeweils großer Häufigkeit (mind. > 3,6 %) Häufigkeit vor und können somit von Ihrer Frequenz her als charakteristisch für Rogers' therapeutische Äußerungen insgesamt betrachtet werden. Zählt man die Intention *empathisch mitfühlen*, die bei Bryan noch unter 4 % vorkommt, sowie die Intention *unterstützen/bestärken*, die nur bei Jan unterrepräsentiert ist, zu den häufigsten Intentionen von Rogers dazu, so decken diese 7 Intentionen jeweils 58 % (Bryan), 60,9 % (Gloria) bzw. 64,8 % (Jan) aller Intentionen ab.

Eine auffällige Entwicklung in der Häufigkeit zeigt sich bei der Intention *empathisch mitfühlen*, die bei Bryan nur 2,4 %, bei den späteren Gesprächen jedoch 10 % bzw. 7,1 % ausmacht, sowie bei der Intention *eigenes Anliegen einbringen*, die bei Bryan nur 0,5 % und bei Gloria 2,7 %, bei Jan jedoch bereits 6,1 % aller Äußerungen abdeckt. Diesem Trend entsprechend könnte die Abnahme bei der Kategorie *beurteilen/bewerten* gesehen

werden, die bei Bryan noch mit 4 %, bei den beiden späteren jedoch gar nicht mehr vertreten ist. Dies gilt in abgeschwächter Form auch für die Intentionen *beeinflussen* und *vergleichen*, die bei den späteren Verläufen kein einziges Mal, bei Bryan jedoch noch geringfügig (1,4 %) feststellbar war.

Nicht in Übereinstimmung mit dieser Tendenz einer Entwicklung von zunächst etwas mehr *beurteilen* und *beeinflussen*, jedoch später viel mehr *empathisch mitfühlen*, befindet sich allerdings die Entwicklung bei *unterstützen/bestärken*, die bei Bryan als zweithäufigste Kategorie mit 13,6 % aufscheint, jedoch bei den beiden späteren auf 4,5 % bzw. 1,1 % stark absinkt. Ebenfalls nicht in den vorgenannten Trend eingeordnet werden kann die Entwicklung bei der Kategorie *bedingungslos annehmen*, welche bei Bryan (14,3 %) und bei Jan (13,1 %) sehr häufig, bei Gloria jedoch nur bei 3,6 % aller Äußerungen erkannt wurde.

Im Folgenden soll auch noch die Struktur der Intentionen und ihrer Häufigkeit bei den drei Therapieverläufen im Einzelnen dargestellt werden.

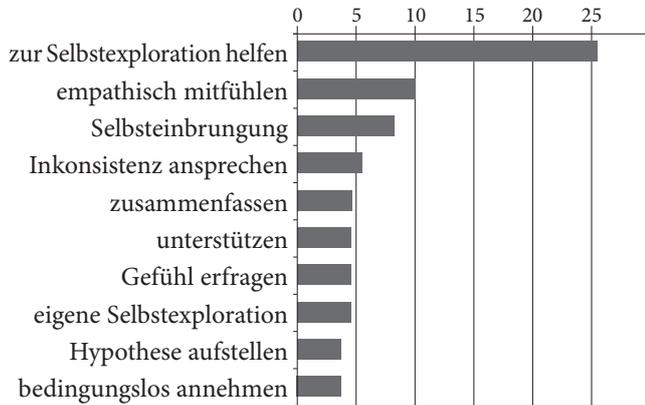
Wie schon erwähnt, zeigt sich in der Therapie mit Herbert Bryan eine große Bandbreite der Intentionen. Die beiden Spitzenreiter, nämlich *bedingungslos annehmen* und *unterstützen/bestärken*, kommen über 14,3 % bzw. 13,6 % nicht hinaus, und umgekehrt finden sich hier 21 Intentionen mit einer Häufigkeit von unter 4 %. Unter den 10 Intentionen, die in einer Häufigkeit von mindestens 4 % vorkommen, finden sich jedoch fast alle der vorhin als für Rogers charakteristisch bezeichneten Intentionen, nämlich *zusammenfassen*, *zur*

Abbildung 1: Die häufigsten (> 2%) Intentionen in der Therapie mit Bryan



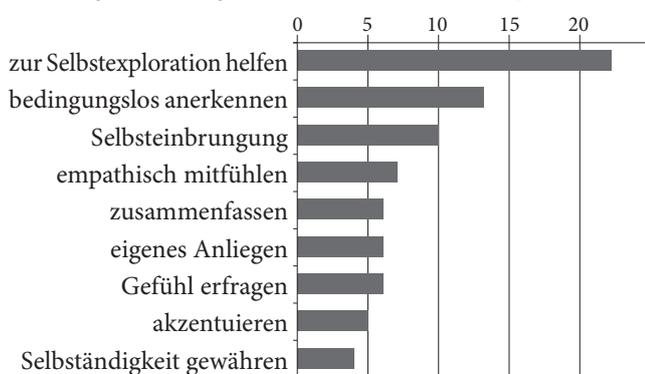
Selbstexploration helfen, *Selbsteinbringung* und *Gefühl erfragen*; *empathisch mitfühlen* erreicht hingegen nur 2,4 %. Es finden sich bei Bryan aber auch in größerer Häufigkeit solche Intentionen, die nicht gerade als charakteristisch für diesen Ansatz gelten wie etwa *interessiert nachfragen* (4,5 %), *beurteilen/bewerten* (4,0 %), *Organisatorisches besprechen* (3,9 %) oder *Hypothese aufstellen* (3,9 %).

Abbildung 2: Die häufigsten (>3,6%) Intentionen im Gespräch mit Gloria



Im Gespräch mit Gloria erscheint die Bandbreite von Intentionen, die überhaupt registriert werden konnten, deutlich eingeschränkt: sechs Kategorien kommen gar nicht vor, weitere sechs nur unter 1 %. Eindrucksvoll konzentriert erscheint hier hingegen das Spitzentrio, nämlich die Intentionen *zur Selbstexploration helfen*, *empathisch mitfühlen* und *Selbsteinbringung*, die zusammen über 40 % aller Intentionen abdecken. Auffällig ist hier die geringe Häufigkeit von *bedingungslos annehmen* (3,6 %), aber auch der große Anteil an persönlicher Offenheit des Therapeuten, wenn man die Intentionen *Selbsteinbringung des Therapeuten* und *aktuelle eigene Selbstexploration* betrachtet, die zusammen 16,2 % aller Intentionen in diesem Gespräch ausmachen.

Abbildung 3: Die häufigsten (> 4%) Intentionen im Gespräch mit Jan



Der schon im Gespräch mit Gloria feststellbare Trend zur Konzentration auf wenige, jedoch häufig registrierbare Intentionen zeigt sich noch markanter im Gespräch mit Jan. Die Bandbreite

der Intentionen ist im Gespräch mit Jan insofern weiter eingeschränkt, als hier sieben Kategorien gar nicht und zehn weitere nur mit einer Häufigkeit von je 1 % kodiert werden konnten. In der Spitzengruppe sind hingegen sechs der vorhin als für Rogers charakteristisch bezeichneten sieben Intentionen, nämlich *zur Selbstexploration helfen*, *bedingungslos annehmen*, *Selbsteinbringung*, *empathisch mitfühlen*, *Gefühl erfragen* und *zusammenfassen* gut vertreten. Auffällig erscheint auch hier das Ausmaß an persönlicher Offenheit des Therapeuten, wenn man die Intentionen *Selbsteinbringung des Therapeuten* und *eigenes Anliegen einbringen* betrachtet, die zusammen 12,7 % aller Intentionen ausmachen.

Diskussion der Ergebnisse

Bei dieser Studie ist zu beachten, dass für die Definition der verschiedenen Intentionen therapeutischer Äußerungen nicht ein allgemeines, schulenübergreifendes Raster verwendet wurde, sondern dass von methodenspezifischen Konzepten und Vorgehensweisen ausgegangen wurde. Dabei wurde großer Wert darauf gelegt, die Intentionen möglichst differenziert und detailliert zu formulieren und nicht bei den generellen Intentionen des Ansatzes, wie etwa „empathic following“, Nondirektivität o. ä. stehen zu bleiben. Dies bietet die Möglichkeit, verschiedene Detailspekte des empathischen Verstehens, wie etwa *empathisch mitfühlen*, *zusammenfassen*, *Sinn/Bedeutung geben*, *symbolisieren* u. a. m. unterscheiden zu können. Es eröffnet aber auch einen Einblick in die Differenziertheit von mehr oder weniger „direktiven“ Intentionen wie etwa *akzentuieren* oder *zusammenfassen* oder *zur Selbstexploration helfen*, von denen die Interventionen eines durchaus klassisch nondirektiv orientierten Therapeuten getragen sein können. In diesem Sinn bieten die bei dieser Studie verwendeten Kategorien die Möglichkeit, die therapeutischen Intentionen von Rogers differenzierter und damit auch genauer zu erfassen, als dies etwa bei den von Hill et al. (1979) verwendeten Kategorien (*Minimal Encourager*, *Approval-Reassurance* und *Restatement*) oder bei dem von Brodley (2002) und von Merry (1996) bevorzugten „following-the-client-responses“ der Fall ist.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie besteht darin, dass der größte Anteil der Intentionen bzw. dass alle durchgängig häufigen Intentionen auf solche entfallen, die den Grundanliegen des Ansatzes bestens entsprechen. Dies gilt in beeindruckender Weise für das Spitzentrio *zur Selbstexploration helfen*, *bedingungslos annehmen* und *Selbsteinbringung*, welche allein bereits mehr als ein Drittel aller konstatierten Intentionen darstellen und die bereits für sich schon die therapeutischen Grundhaltungen Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz (Transparenz) repräsentieren können. Auch die

vorhin beschriebenen sieben häufigsten Intentionen (neben dem eben genannten Spitzentrio noch *Gefühl erfragen*, *zusammenfassen*, *empathisch mitfühlen* und *unterstützen/ bestärken*, die (von ihrer Frequenz her) als für Rogers charakteristisch gelten können, belegen dies. Es fallen dabei die Kategorien *Gefühl erfragen* und *zusammenfassen*, die doch eher objektivsachlich klingen, ein wenig aus dem Rahmen. Wir möchten jedoch darauf verweisen, dass wir v. a. die Kategorie *Gefühl erfragen* nicht im Sinne einer sachlichen Nachfrage nach den (momentanen) Gefühlen verstanden haben, sondern eher im Sinne von Gendlin, der sich „auf einen Felt Sense [der Klientin beziehen möchte], obwohl sie den in dem Sinn eigentlich noch gar nicht gesagt hat“ (1993, S. 55). Als Ziel dieser Intention kann also ebenfalls die Vertiefung der Selbstexploration des Klienten angesehen werden.

Dazu kommt, dass eine sehr deutliche Zunahme (über den Zeitraum der untersuchten Gespräche hinweg) bei *zur Selbstexploration helfen* bei gleichzeitiger Abnahme von *unterstützen/ bestärken* und auch von *zusammenfassen* darauf hinweist, dass Rogers hier zunehmend zum wesentlichen Ziel seiner therapeutischen Interventionen gefunden hat, nämlich dem Klienten bei der Herstellung des Kontaktes zu seinem eigenen inneren Erleben, bei seinem Selbstverstehen und seiner Sinnsuche zu helfen.

Über Erwarten deutlich ist bei dieser Studie das Ausmaß an persönlicher Transparenz des Therapeuten aufgefallen. Die Kategorie *Selbsteinbringung des Therapeuten* ist im Durchschnitt die dritthäufigste Intention; zählt man diese Kategorie zusammen mit *aktuelle Selbstexploration des Therapeuten* und *eigenes Anliegen einbringen*, so erhält man bei Bryan zwar nur 6 %, jedoch bei Gloria 15,4 % und bei Jan 17,3 % aller Intentionen. Darin zeigt sich natürlich die Entwicklung, die Rogers selbst genommen hat, der ja ursprünglich größten Wert darauf gelegt hat, dass der Therapeut vor allem ein „alter ego“ des Klienten sein soll. Auch von daher ist es erstaunlich, welches Ausmaß die persönliche Transparenz des Therapeuten bei Rogers dann erreicht hat. *Selbsteinbringung des Therapeuten* und *persönliche Transparenz* sind natürlich wichtige Elemente in den Konzepten der Klientenzentrierten Psychotherapie; vielleicht weisen diese Untersuchungsergebnisse aber darauf hin, dass deren Bedeutung noch größer ist, als bisher gedacht.

Zu erwarten war, dass Intentionen wie *analysieren*, *vergleichen*, *objektivieren*, *Indikation abklären*, *beeinflussen*, *beurteilen* bei Rogers keine große Rolle spielen. Die Untersuchung hat dies bestätigt: diese Intentionen wurden nahezu durchgängig unter 2 % registriert. Auffällig ist jedoch, dass auch professionell-psychotherapeutische Intentionen wie *Verbindung mit früher Erlebtem*, *Rückkehr ins Hier-und-Jetzt*, *klares Verständnis vermitteln*, *symbolisieren*, *anregen*, *Verantwortung übergeben* und *Zusammenarbeit betonen* nur in einem ebenso geringen Ausmaß konstatiert werden konnten. Dies zeigt, mit wie wenig

klassischen therapeutischen Techniken Rogers auskommt und wie sehr bei ihm das Bemühen um wertschätzendes Annehmen und die Vertiefung der Selbstexploration des Klienten sowie die eigene persönliche Transparenz im Vordergrund stehen.

Kritisch kann bei dieser Studie vermerkt werden, dass die Forscherinnen, die den einzelnen therapeutischen Äußerungen die jeweiligen Intentionen zugeordnet haben, alle selber Klientenzentrierte Psychotherapeutinnen waren, und sie daher eventuell in einer gewissen inhaltlichen Voreingenommenheit befangen gewesen sein könnten. Darüber hinaus ist vielleicht eine begrenzte Aussagekraft der Studie darin zu sehen, dass einerseits die drei verwendeten Transkripte in ihrem Umfang sehr differieren (8 Stunden umfassender Therapieprozess mit 614 Therapeuten-Äußerungen bei Bryan vs. halbstündiges Demonstrationsgespräch mit 61 Äußerungen bei Gloria und 54 bei Jan), dass aber vor allem offen ist, wie weit die Gespräche mit Gloria und mit Jan repräsentativ sein können für das therapeutische Vorgehen von Rogers in den Zeiträumen der 1960er bzw. der 1980er Jahre, das ja in dieser Studie mit dem Rogers'schen Arbeiten in den 1940er Jahren verglichen wird. Allerdings ist hier darauf hinzuweisen, dass von Rogers keine dokumentierten Einzeltherapien nach der Wisconsin-Zeit (1957–1963) vorliegen, aber auch darauf, dass Rogers in den Demonstrationsgesprächen ja gerade sein psychotherapeutisches Vorgehen darstellen wollte.

In diesem Sinn können die Ergebnisse der vorliegenden Studie also durchaus einen Aufweis der Strukturen der Intentionen, die Rogers in seiner therapeutischen Arbeit verfolgte, bieten, und vor allem die Entwicklung dieser Strukturen nach den ersten therapeutischen Arbeiten von Rogers deutlich machen.

Literatur

- Brodley, B. T. (2002). Observations of empathic understanding in two client-centered therapists. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Bugental, J. (1998). Nauka byt' givim: dialogi megdu terapevtom i pazientame v gumanisticheskoy psichoterapy. [Die Lehre, lebendig zu sein. Dialoge von Therapeuten und Patienten in der Humanistischen Psychologie]. Moskwa: Klasse.
- Farber, B. A., Brink, D. C. & Raskin, P. M. (Eds.) (1996). *The psychotherapy of Carl Rogers. Cases and commentary*. New York: Guilford.
- Gendlin, E. T. (1993). *Focusing ist eine kleine Tür ... Gespräche über Focusing, Träume und Psychotherapie*. Focusing Bibliothek Bd. 4, Würzburg: DAF (Deutsches Ausb.-institut f. Focusing-Therapie).
- Hill, C. E. (1978). Development of a Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461–468.
- Hill, C. E., Thames, T. B. & Rardin, D. K. (1979). Comparison of Rogers, Perls and Ellis on the Hill Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 198–203.

- Hill, C. E. & O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3–22.
- Kirillova, E. I. (2010). *Intent-analiz psyhoterapewtitscheskoj retsi*. [Intent-Analyse psychotherapeutischen Sprechens] Moskwa
- Länge, A. (2005). Terapewtitscheskij slutschaj nachoschdenija sobstvenogo ja (primenenie metoda personalnogo existenzialnogo analiza). [Der Therapiefall der Findung des eigenen Ich (Anwendung der Methode der persönlichen Existenzanalyse)] *Psichologija. Zhurnal Wyszshej shkoly ekonomiki*, 2 (2), 81–98.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. & Fosshage, G. L. (2003). Klinicheskoje vzaimodejstviye. Teoreticheskije i prakticheskije aspekty koncepczhee motivacionnyji system. [Die klinische Wechselwirkung. Vom Selbst und den Motivationssystemen abgeleitete Techniken]. Moskwa: Kohito-Center.
- Lietner, G. & Brodley, B. T. (2003). Carl Rogers in the therapy room. A listing of session transcripts and a survey of publications referring to Rogers' sessions. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 2 (4), 274–291.
- Merry, T. (1996). An analysis of ten demonstration interviews by Carl Rogers: Implications for the training of client-centered counsellors. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid, & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 273–283). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Orlov, A. B. & Kirillova, E. I. (2010). Intent-analiz psyhoterapewtitscheskoj retsi K. Rodchersa. Sluchaji Herberta, Glorii i Jan [Intent-Analyse des psychotherapeutischen Sprechens von C. Rogers. Fall Herbert, gloria und Jan] *Konsultativ'naja psichologija* 2010, 4, 134–165.
- Pavlova N. & Zatschesova I. (2007). Situacionnaja I lichostnaja determinacya diskursa [Situations – und Persondetermination des Diskurses. Moskwa: Institut für Psychologie der Akademie der Wissenschaften Russlands.
- Rogers, C. R. (1942/1973). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1942 Counseling and psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1951/1972). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-centered therapy*. München: Kindler. (Orig. ersch. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implication, and theory. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1986/1991). Ein klientenzentrierter bzw. Personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 238–256). Mainz: Grünewald. (Orig. ersch.: 1986 A client-centered/person-centered approach to therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook. Theory and technique in the practice of modern times*. San Francisco: Jossey Bass, 197–208)
- Rogers, K. R. (1999). *Konsul'tirovanie i psyhoterapia. Noveyshie podhodyj v oblasti prakticheskoy raboty*. [Beratung und Psychotherapie. Neue Ansätze im Bereich der praktischen Arbeit] Moskwa: EKSMO-Press.
- Rogers, K. R. (2002). *Klient-tsentrirovannaya psikhoterapiya*. [Klientenzentrierte Psychotherapie] Moskwa: Aprel' Press, Eksmo-Press, 2002.
- Rogers, K. R. (2004). *Chelovekotsentrirovannyj/klientotsentrirovannyj podhod v psikhoterapii*. // *Psikhologicheskoe konsul'tirovanie i psikhoterapiya: sb. Statej*, 154–165. [Klienten-/Personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In: Psychologische Beratung und Psychotherapie: Brevier]. Moskwa: Voprosy psikhologii. [Fragen der Psychologie].
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago IL: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. with the collaboration of Gendlin, Kiesler & Truax (1967). *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Semenov, I. N. (1982). *Metodologicheskie problemy sistemnogo issledovaniya organizatsii myslitel'noy deyatel'nosti. Sistemnye issledovaniya. Metodologicheskie problemy*. *Ezhgodnik* 1982, 301–319. Methodologische Probleme der Systemuntersuchung der Organisation der Denktätigkeit. In *Methodologische Probleme. Jahrbuch 1982*. Moskwa: Nauka [Wissenschaft].
- Ushakova T. N. (Hrsg.) (2006). *Psichologivistik: uchebnik dlya vysheyi shkoly*. [Psycholinguistik: Lehrbuch für Hochschulen] Moskwa: PER SE
- Ushakova T. N., Pavlova N. u. a. (2000). *Slovo v dejstviy. Intent-analiz politicheskogo diskursa*. [Das Wort in Aktion. Intent-Analyse des politischen Diskurses]. St. Petersburg: Aleteiya.
- Yagnyuk K. V. (2001). Sessija Karla Rodchersa s Glorije [Die Sitzung von C. Rogers mit Gloria: Analyse der verbalen Interventionen]. *Zeitschrift der praktischen Psychologie und Psychoanalyse*, 2001, No 1 [http://www.psyjournal.ru]

Körperorientierte Gruppentherapie – ein klientenzentrierter Therapieansatz bei chronischem Schmerz Preliminary study

An der Organisation der Therapiegruppe und Studie waren beteiligt:
Daniela Leithner, Edith Benkoe, Ingrid Kraus, Waltraud Dörrscheid, Thomas Landauer,
Rudolf Müller, Robert Kurz.

Daniela Leithner
Wien, Österreich

In der Behandlung chronischer Schmerzen ist ein interdisziplinäres therapeutisches Vorgehen mit Integration psychologisch-psychotherapeutischer Betreuung mittlerweile State of the Art. Entsprechende Therapieangebote sind im österreichischen Raum allerdings noch wenig etabliert. In der vorliegenden Arbeit wird ein multimodales Schmerztherapieprojekt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt vorgestellt, das chronischen Schmerzpatientinnen¹ in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation angeboten und begleitend evaluiert wurde. Hervorzuheben sind das Vorgehen nach dem klientenzentrierten Ansatz sowie eine durchgängige interdisziplinäre Gruppenleitung durch eine Psychotherapeutin und eine Physiotherapeutin. Nach einer Einführung in die aktuelle klinische Situation im Bereich der Behandlung chronischer Rückenschmerzen soll mit besonderer Berücksichtigung des klientenzentrierten Ansatzes das Vorgehen im vorliegenden Schmerztherapieprogramm beschrieben werden. Abschließend werden die Ergebnisse der Evaluation dargestellt, die auf Basis einer umfassenden Fragebogenstudie begleitend durchgeführt wurde. Es zeigen sich erfreuliche Veränderungen hinsichtlich Schmerz und schmerzbezogener bio-psycho-sozialer Faktoren.

Schlüsselwörter: chronischer Schmerz, strukturgebundenenes Erleben, Rehabilitation, körperorientierte Gruppentherapie, Veränderung im Schmerzgeschehen, Evaluation.

Körperorientierte Gruppentherapie – A Client-Centered Therapy Approach to Chronic Pain. In the treatment of chronic pain, an interdisciplinary therapeutic approach integrating both psychological and psychotherapeutic support has become state of the art. The availability of appropriate therapy in Austria, however, is still not fully established. In this work, a multimodal pain therapy project with an emphasis on psychotherapy will be presented, in which patients suffering chronic pain were provided accompanying evaluation in orthopedic outpatient rehabilitation. Of particular note are the implementation of the client-centered approach, and a continuous interdisciplinary group leadership by a psychotherapist and a physiotherapist. After an introduction presenting the current clinical situation in the field of chronic back pain treatment, the procedure of this pain therapy program will be discussed with particular focus on the client-centered approach. In conclusion, this work will present the results of evaluation, based upon a comprehensive study of accompanying questionnaires. These results reflect encouraging changes with regard to pain and pain-related biopsychosocial factors.

Keywords: chronic pain, structure-bound experience, rehabilitation, body-oriented group therapy, changes in pain processes, evaluation.

Mag^a. Daniela Leithner, MSc, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Klinische und Gesundheitspsychologin; tätig im Zentrum für Ambulante Rehabilitation der PVA in Wien sowie in freier Praxis. daniela.leithner@pensionsversicherung.at

1 Im Folgenden wird zur leichteren Lesbarkeit die weibliche Form verwendet, da dies die reale Geschlechterverteilung in der beschriebenen klinischen Stichprobe sowie auch im Behandlungsteam besser repräsentiert. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

Im Verständnis und der Behandlung chronisch orthopädischer Schmerzerkrankungen, insbesondere hinsichtlich des „unspezifischen Rückenschmerzes“ (Rückenschmerz, bei dem pathologische körperliche Befunde das Ausmaß der Schmerzproblematik nicht zwingend erklären können)², hat sich in den letzten Jahren ein Wechsel vollzogen. Ein bio-psycho-soziales Verstehensmodell ersetzt frühere somatische Konzepte. Der Behandlungsschwerpunkt hat sich weg von passiv-reaktiven Interventionen hin zu umfassenden multimodalen³ Behandlungsprogrammen entwickelt, die aktivierende physiotherapeutische Therapiemaßnahmen und psychologisch-psychotherapeutische Behandlung in den Mittelpunkt stellen (NVL, 2011; Pfingsten, 2001; Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007; Kröner-Herwig et al., 2007; Waddell, 2004). Es gilt als mittlerweile evident, dass in der Behandlung des chronischen Rückenschmerzes diese interdisziplinär physiotherapeutisch-psychologischen Programme das Behandlungskonzept der Wahl sind (ebd.; Hüppe, Scharfenstein & Fritsche, 2007). Körperliche, soziale und psychische Faktoren werden dabei in der Behandlung parallel berücksichtigt (Wachter, 2012). Das konkrete Behandlungsvorgehen ist im optimalen Fall individualisiert und richtet sich dabei nach den jeweiligen Ursachen, verstärkenden Faktoren und psychosozialen Folgen der Schmerzproblematik.

Die Effektivität derartiger Programme und eine deutliche Überlegenheit gegenüber älteren unimodalen Modellen ist mittlerweile gut belegt (Pfingsten, 2001; Hildebrandt et al., 2004). Es können über derartige Ansätze Verbesserungen in der körperlichen Funktionsfähigkeit und (in geringerem Ausmaß) eine Schmerzreduktion erreicht werden (Huge et al., 2006). Zahlreiche Studien und Metaanalysen weisen auf sowohl kurz- als auch langfristige Wirksamkeit multimodaler Therapien hin (Schütze et al., 2009; Neubauer et al., 2006; Kröner-Herwig et al., 2007; Hildebrandt et al., 1996). Die Forschungsdaten aus dem deutschsprachigen Raum beziehen sich dabei meist auf verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieprogramme. Darauf basierend wird in Deutschland seit vielen Jahren eine Nationale Versorgungsleitlinie als offizielle Richtlinie für die

Behandlung chronischer Schmerzen herausgegeben und regelmäßig überarbeitet, die Standards der Behandlung definiert (NVL, neueste Fassung 2011). Vom Arbeitskreis für psychodynamisch-interpersonelle Therapie wurden Störungstheorien und Therapieprinzipien bei somatoformen (Schmerz-)Störungen publiziert, die ebenfalls im Rahmen einer Studie überprüft wurden (Arbeitskreis PISO, 2011). Darüber hinaus liegen von den Fachrichtungen Integrative Bewegungstherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie konzeptuelle sowie therapeutische Überlegungen zum Thema chronischer Schmerz vor (Jan-son, 2009; Breitenborn, 2006).

Das Angebot an spezifischen und multimodalen Programmen im deutschsprachigen Raum ist bisher nicht ausreichend (Hüppe & Raspe, 2004; 2005). „Während sich in anderen vergleichbaren Ländern (Skandinavien, England, Schweiz) bereits ein Erfolg versprechender Konzeptwechsel vollzogen hat, sind die Therapiekonzepte für Betroffene [...] in Deutschland häufig noch unbefriedigend. Zu den neuen Konzepten liegen noch nicht genügend kontrollierte Studien vor. Weitere Untersuchungen zur optimierten Gestaltung derartiger Programme, auch im Vergleich zu gegenwärtigen Behandlungskonzepten und insbesondere auch zur Kosten-Nutzen-Analyse und möglichen Nebenwirkungen einer Behandlung erscheinen daher dringend erforderlich“ (NVL, 2011, S. 110). Ähnlich ungünstig scheint die Versorgungslage im österreichischen Raum. Trotz hoher Prävalenzraten in der Bevölkerung und hoher Gesundheitskosten im Bereich Schmerzerkrankungen ist diese Art von umfassenden Therapieprogrammen noch kaum etabliert. Dementsprechend liegen auch keine Evaluierungen vor.

Dem gegenüber steht die wachsende Anzahl an Betroffenen, die unter chronischen orthopädischen Beschwerden leidet. Behandlungsrealität für die Betroffenen ist oft ein jahrelanges Aufsuchen verschiedener Ärzte, langzeitige medikamentöse Behandlung sowie das wiederholte Absolvieren konservativer nicht-medikamentöser Therapiemaßnahmen (physikalische Therapien, Heilgymnastik), wobei diese Maßnahmen vielfach jedoch zu keiner nachhaltigen Verbesserung der Situation führen.

Dies stellt die Ausgangsbasis für die Etablierung des hier vorgestellten Therapiekonzepts im Zentrum für Ambulante Rehabilitation Wien, einer Rehabilitationseinrichtung der Pensionsversicherung, dar.

Entsprechend dem State of the Art wurde ein interdisziplinäres Rehabilitationsangebot gestaltet, das auf einer ganzheitlichen, multimodalen Sichtweise basiert. Da ein spezifisches Angebot für chronische Rückenschmerzpatientinnen eine Neuerung in der Therapiepalette des Zentrums darstellte, wurde zunächst ein „Pilotprojekt“ mit geringem Therapieumfang bewilligt und

2 Bestimmte Pathologien der Wirbelsäule (degenerative Veränderungen, Bandscheibenvorwölbungen) liegen bei zahlreichen Menschen vor, ohne jedoch Beschwerden zu verursachen. Bei einzelnen Patientinnen ist bei vergleichbarer Bildgebung die Schmerzsymptomatik jedoch äußerst hoch. Der Schmerz lässt sich hier nicht zur Gänze durch den pathologischen Befund erklären. Man spricht vom „unspezifischen“ bzw. „nicht-spezifischen“ Rückenschmerz (vgl. Kröner-Herwig et al., 2007).

3 Unter der Bezeichnung „multimodaler“ Behandlung werden multidisziplinäre bzw. interdisziplinäre Behandlungsansätze verstanden, die möglichst im integrativen Setting in Kleingruppen stattfinden. Behandlungsrealität ist jedoch häufig die multidisziplinäre Behandlung, in der die einzelnen Fachrichtungen getrennt ihr jeweiliges Gruppenprogramm anbieten.

ein dementsprechendes Rehabilitationsprogramm konzipiert. Dies wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt. Im Rahmen einer begleitenden Studie sollte die Effektivität dieser Behandlung erfasst werden. Die Ergebnisse liegen nun vor und scheinen vielversprechend.

Klientenzentrierte Therapie als Ansatz in der Behandlung chronischer Schmerzen – ein Literaturüberblick

Eine Herangehensweise aus einer humanistischen Richtung der Psychotherapie in der institutionellen Schmerzbehandlung ist im deutschsprachigen Raum bisher wenig präsent. Vorliegende Forschungsergebnisse beziehen sich, wie erwähnt, überwiegend auf Programme nach der kognitiven Verhaltenstherapie. In der klienten- bzw. personenzentrierten Literatur findet die Thematik „chronischer Schmerz“ nur vereinzelt Erwähnung. Im Folgenden sind diese Arbeiten kurz dargestellt.

In personenzentriertem Verständnis stellen Geiser (2010) sowie Müller & Feuerstein (1999; 2000) die Situation chronischer Schmerzpatientinnen dar und schlagen fachspezifische Interventionsmöglichkeiten vor. Auf diese beiden Arbeiten wird bei der Vorstellung des vorliegenden Programms immer wieder Bezug genommen.

Geiser (2010) beschreibt, unterlegt mit konkreten Beispielen, das stark strukturgebundene Erleben von chronischen Schmerzpatientinnen. Zunehmend geht im Verlauf der Erkrankung der Abstand zwischen Person und Schmerz verloren, es ist keine Distanzierung mehr möglich. Die Körperwahrnehmung wird auf eine dichotomische Ebene eingengt. Es wird „Schmerz“ oder „kein Schmerz“ erlebt, während das gesamte Repertoire an sonstigen Erlebensebenen nicht mehr vorkommt. Geiser erinnert an die „bipolar structure of frozen wholes: there is – there is not. Pain – no pain. Feeling bad – feeling fine. Nothing in between“ (Geiser, 2010, S. 5). Statt wahren Erlebens ist strukturgebundenes „Wissen“ über den Körper vorherrschend. Geiser spricht von einer Art „Schmerzkörper“, zu dem Erfahrungen abgespeichert sind und sofort abgerufen werden können.

Zusätzlich werden Verstehensmodelle von Patientinnen durch Behandlungserfahrungen im Lauf der Schmerzgeschichte geprägt. Auf Basis der Erfahrung, sich im medizinischen Behandlungskontext aufgrund der Nicht-Besserung der Beschwerden zurückgewiesen zu fühlen, entwickeln Klientinnen ihre eigenen Vorstellungen von Ursachen und Zusammenhängen hinsichtlich der Schmerzsymptomatik (vgl. Geiser, 2010, S. 6). Auch diese individuellen Konzepte nehmen meist sehr starren Charakter an. Klientinnen reagieren teils

mit Aggression, wenn diese Vorstellungen von anderen hinterfragt werden. Umgekehrt widmen Betroffene in sozialen Begegnungen den Ausführungen dieser persönlichen Konzepte oftmals viel Raum. Im Gegenüber lösen derartige Beschreibungen durch die Strukturgebundenheit und das fehlende Erleben häufig unangenehme Gefühle wie Hilflosigkeit, Ärger, Ungeduld, Langeweile oder Bedrücktheit aus.

Für das therapeutische Arbeiten legt Geiser auf einen körper- und bewegungsorientierten Zugang starken Wert. Über Körper- und Bewegungserfahrung, auch gemeinsames Bewegen kann eine Lösung aus der Erstarrung initiiert werden.

Innerhalb des personenzentrierten Kontexts präsentieren Müller und Feuerstein (1999; 2000) eine konkret focusingorientierte Herangehensweise an eine chronische Schmerzproblematik. Für die Autoren stellt Focusing in diesem Kontext als „inneres Behandlungsprogramm“, das die Ganzheitlichkeit eines chronischen Schmerzgeschehens erfassen kann, ein zielführendes Pendant zu den üblichen multimodalen „äußeren“ Therapieansätzen dar. Die Vorgehensweise über Focusing erfasst die Komplexität eines Schmerzproblems besser, indem „die Lösung nicht mittels logischer oder empirischer Konzepte (allein) gesucht wird, sondern im Erleben der Person“ (Müller & Feuerstein, 2000, S. 268). Im Hintergrund werden als wesentliche Einflussfaktoren für Schmerzerleben, Chronifizierungsursachen und Heilungsprozesse der aktuelle Umgang der Patientin mit dem Schmerz (Schmerzmedikation, Verhalten bei Schmerz), der aktuelle Umgang der Patientin mit ihrem Körper (Beziehung zum Körper, Fürsorglichkeit, Beachtung des Körpers), die subjektive Bedeutung des Schmerzes für die Klientin und daraus resultierende Verhaltensweisen (Schmerz als Strafe, Erwartung der Unheilbarkeit, Umgang mit Aggressionen, Gestaltung von familiären Beziehungen) gesehen. Aktuelles Erleben bei Schmerz ist oftmals mit geprägt von Angst, Aggression, negativen Zukunftsperspektiven und einem niedrigen Selbstwert. Müller & Feuerstein sehen als wesentlich bei Schmerzpatientinnen an, „[...] deren Beziehung zum Schmerz und zum Körper zu reflektieren und in Richtung von mehr Achtsamkeit und Freundlichkeit zu verändern“ (2000, S. 273).

Die weiteren vorhandenen personenzentrierten Arbeiten betrachten spezifische Fragestellungen bzw. Focusing als unterstützenden Behandlungsansatz in der Schmerztherapie. Als speziellen Schwerpunkt betrachtet Macke-Bruck (2006) die Situation des Betreuungsteams im palliativen Kontext und bringt Schmerz Erfahrungen mit lebensgeschichtlichen Bindungserfahrungen in Zusammenhang. Hinterkopf (2010) beschreibt zu Beginn ihres Artikels einen persönlichen Schmerzbewältigungsprozess durch Focusing. Egendorf (1995) widmet sich den Verstehensmöglichkeiten von Botschaften von Schmerzpatientinnen. Im Rahmen ihrer Diplomarbeit widmet sich Kopp (2008)

dem Einfluss von Focusing auf das Schmerzerleben chronischer Schmerzpatientinnen.

Die einzige personenzentrierte klinische Studie ist von einer brasilianischen Gruppe zu finden (Machado et al, 2007): Im ambulanten Gruppensetting wurden ein reines Bewegungsprogramm und klientenzentrierte Therapie als Therapieformen bei Patientinnen mit chronischem unspezifischem Rückenschmerz verglichen. In dieser Studie konnte bei 9-wöchiger Behandlung das klientenzentrierte Angebot die Verbesserungen der Trainingsgruppe nicht erreichen (gemessen wurden die Faktoren Schmerz, subjektive Beeinträchtigung durch den Schmerz und Depression). Bisher sind keine weiteren Untersuchungen in diese Richtung bekannt.

Für multimodale Rehabilitationsprogramme in einer klinischen Einrichtung ist nach unserem Wissensstand eine klientenzentrierte Herangehensweise neuartig. In diesem Sinne stellt die Körperorientierte Gruppentherapie (KOG) neben etablierten Therapieprogrammen erstmalig ein Angebot mit klientenzentrierter Ausrichtung dar.

KOG-Rehabilitationsprogramm

Das KOG-Konzept wurde von Mitarbeiterinnen des Zentrums für Ambulante Rehabilitation aus den Bereichen Medizin, Psychologie/Psychotherapie und Physiotherapie erarbeitet. Die Kolleginnen und Kollegen sind als Autorinnen der Studie namentlich angeführt.

Die in unserem klinischen Alltag verwendete Abkürzung „KOG“ steht für „Körperorientierte Gruppentherapie“. Dieser Titel sowie die unten genannten Rahmenbedingungen waren von der Institution vorgegeben. Inhaltlich war es möglich, das gesamte Programm auf Basis des klientenzentrierten Konzepts zu entwerfen.

Es handelt sich bei der KOG um ein psychotherapeutisches Behandlungsprogramm für chronische Schmerzpatientinnen, das als klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie konzipiert und angeboten wurde. Für die psychotherapeutischen Einheiten waren dementsprechend keine vordefinierten Module oder konkreten Inhalte vorgesehen, sondern der Prozess richtete sich gänzlich nach den Bedürfnissen der Gruppe. Das Wesen der klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie darf an dieser Stelle als bekannt vorausgesetzt werden. Vorgestellt im Weiteren sollen Elemente, die – auf den Gruppenprozess abgestimmt – als störungsspezifische Unterstützungsmöglichkeiten zusätzlich in die Therapie integriert wurden. Auch wenn es sich um eine psychotherapeutische Gruppe mit semistrukturiertem Programm handelte, bildete ein klientenzentriertes Vorgehen bei sämtlichen Therapiebausteinen die Basis.

Gerade Schmerzpatientinnen scheinen von der Integration körperorientierter Elemente in die klientenzentrierte Therapie besonders zu profitieren. Geiser betont dies in ihrem Artikel über die psychotherapeutische Arbeit mit chronischen Schmerzpatientinnen: „These clients [...] benefit not only from careful verbal work at the edge of understanding, but particularly from including the bodily presence of both, therapist and client“ (2010, S.1). Der Miteinbezug der körperlichen Ebene findet über unterschiedliche Behandlungselemente statt, die ebenfalls im Weiteren beschrieben werden. Auch das Vorgehen beim körperlichen Training basiert auf der klientenzentrierten Haltung. Auf allen Ebenen sollten Klientinnen unterstützt werden, sich selbst zu erleben und neue Erfahrungen zu machen. Die Art der Umsetzung war stets am klientenzentrierten Beziehungsangebot orientiert.

Neben der Vorstellung der inhaltlichen Vorgangsweise sollen schmerzspezifische Überlegungen andiskutiert werden, die sich in der Durchführung des Projekts zeigten.

Rahmenbedingungen

Die multimodale Behandlung wurde in Form eines 12-wöchigen Gruppentherapieprogramms für je maximal 10 Teilnehmerinnen angeboten. Die Gruppe wurde als geschlossene Therapiegruppe geführt. Das Gruppensetting scheint in diesem Indikationsbereich förderlich und zielführend. Auch wenn die Frage nach dem optimalen Setting (Einzel versus Gruppe) in der Schmerzbehandlung bisher nur wenig in Studien erforscht wurde und bisher keine Überlegenheit einer Art nachgewiesen wurde (Kröner-Herwig, Frettlöh, Klinger & Nilges, 2007), bleibt doch der Eindruck, dass das Gruppensetting gute Wirkmechanismen aufweist (ebd.).

Wöchentlich fanden jeweils eine Stunde aktives körperliches Training in der medizinischen Trainingstherapie sowie eine einstündige psychotherapeutische Gruppe statt. Passive Behandlungen wurden bewusst nicht einbezogen. Insgesamt umfasste damit das Rehabilitationsprogramm nur 24 einstündige Therapieeinheiten. Den aktuellen Standards, die aktive Bewegungstherapie und psychologische Schmerztherapie als Behandlungsrichtlinien nennen und geschlossene Therapiegruppen empfehlen, wurde im KOG-Modell inhaltlich somit zur Gänze Rechnung getragen, der Therapieumfang ist hingegen als sehr gering anzusehen. Zu begründen ist die geringe Therapieintensität mit organisatorischen Möglichkeiten für ein Pilotprojekt, das einen neuen Behandlungsschwerpunkt in der durchführenden Institution darstellt.

Beachtenswert in diesem Zusammenhang ist die Realisierung einer tatsächlich interdisziplinären Betreuung: Die Patientinnengruppe wurde durchgängig in allen Behandlungselementen von einem interdisziplinären Zweierteam betreut.

Nach Hüppe, Scharfenstein & Fritsche (2007) kooperieren in der Behandlung im optimalen Fall Ärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen und Physiotherapeutinnen. Interdisziplinär geleitete Programme unter Beteiligung von Psychologinnen erwiesen sich in Untersuchungen als deutlich effektiver als unimodale medizinische Ansätze (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007; Flor, Fydrich & Turk, 1992; Basler & Kröner-Herwig, 1998). Behandlungsrealität ist jedoch häufig die multidisziplinäre Behandlung, eine wirklich interdisziplinäre gemeinsame Gruppenführung ist uns sowohl aus der Literatur als auch aus klinischen Angeboten im österreichischen Raum nicht bekannt.

In der KOG wurde die als ideal empfohlene Betreuungsvariante umgesetzt, jeweils eine Klientenzentrierte Psychotherapeutin (auch Klinische Psychologin) sowie eine Physiotherapeutin leiteten die Gruppe gemeinsam. Das betreuende Therapeutinnenteam blieb dabei über die Gruppendauer konstant. Diese Art des Arbeitens erwies sich in der Praxis als äußerst hilfreich und effektiv. Es ermöglichte sehr unmittelbar, Erfahrungen der Patientinnen aus Bewegungstherapie und psychologischer Therapieeinheit zu verknüpfen. Zahlreiche Rückmeldungen der Patientinnen zeigen auf, dass diese integrative Betreuung als qualitativ äußerst wertvoll und hilfreich erlebt wurde. Die Teilnehmerinnen fühlten sich in ihrer Gesamtheit wahrgenommen und besser verstanden.

Die ärztliche Betreuung der Patientinnen erfolgte im Rahmen begleitender Einzeltermine. In den Teambesprechungen bestand durchgängig die Möglichkeit zur interdisziplinären Patientinnenbesprechung.

Kröner-Herwig & Frettlöh (2007) beleuchten die Frage nach Vor- und Nachteilen von ambulanter bzw. stationärer Schmerztherapie. Sie sprechen sich dabei stark für das ambulante Setting aus, sofern nicht spezifische Notwendigkeiten eine intensivere Überwachung erfordern. Als Vorteile der ambulanten Therapie nennen sie die Aufrechterhaltung von Aktivität, die Vermeidung der Verstärkung eines Krankheitsverhaltens, den erleichterten Transfer des Neugelerten in den Alltag und bei Bedarf auch das Miteinbeziehen von Angehörigen. Die KOG wurde als ambulantes Therapieprogramm angeboten und speziell so gestaltet, dass sie auch aktiv berufstätigen Patientinnen zur Verfügung stand.

Inhaltliche Konzeptionierung und Erfahrungen aus der praktischen Durchführung

Psychotherapeutisches Erstgespräch: Ziel des psychotherapeutischen Erstgesprächs ist begleitend zur Anamneseerhebung das Erkennen des Verstehensmodells der Klientin über ihre Schmerz- und Beschwerdesituation. Das beinhaltet ihr subjektives Erleben der aktuellen gesundheitlichen und persönlichen

Situation sowie die subjektive Entwicklungsgeschichte. Durch das empathische Eingehen und das Explorieren des inneren Erlebens der Klientin soll eine zumindest ansatzweise Offenheit für ein ganzheitliches Verstehen der eigenen Situation ermöglicht werden. Je nach Ausgangssituation soll in größerem oder kleinerem Umfang eine Idee zur Schmerzproblematik hergestellt werden, die nicht rein somatisch, isoliert, nicht zur Person gehörig ist, sondern die Beschwerden als Teil eines prozessualen Geschehens in einem bio-psycho-sozialen Kontext sieht. Dabei ist es unerlässlich, sich im Bezugsrahmen der Klientin und am Rand ihres Gewahrseins zu bewegen.

Die Ausgangssituation zahlreicher Klientinnen ist dergestalt, dass sie sich gleichsam an einem Endpunkt fühlen. Schwierig sind das Erleben chronischen Schmerzes an sich sowie belastende Behandlungserfahrungen, letztlich liegt oft eine komplexe Problematik vor. Hier entsprechen unsere Erfahrungen denjenigen, die von Müller & Feuerstein (1999; 2000) geschildert werden. Zahlreiche therapeutische Maßnahmen konnten an den körperlichen Beschwerden der Patientinnen keine positive Änderung bewirken, häufig gibt es bereits negative Konsequenzen und einschneidende Verluste im beruflichen und sozialen Eingebundensein, eine starke Eingeschränktheit in subjektiven Handlungsmöglichkeiten und das Empfinden einer Unveränderlichkeit der Situation. Weder von der eigenen Person ausgehend noch von anderen wird noch die Möglichkeit einer „Lösung“ erwartet. Genau dieses Gestopptsein von Erlebensprozessen beschreibt auch Geiser (2010). Im Sinn einer starken Strukturgebundenheit ist hier „frustration, bodily discomfort, and a dead end“ (S. 2).

In dieser Situation eröffnet ein klientenzentriertes Beziehungsangebot „etwas Neues“, die Klientinnen erleben am Ende des Erstgesprächs oft ein noch nicht näher benennbares und nicht zuordenbares, aber angenehmes Empfinden.

Indem die klientenzentrierte Therapeutin ganz beim Erleben der Klientin bleibt und deren Erleben bedingungslos anerkennt, wird die Klientin zur Expertin. Implizit wird die „Verantwortlichkeit“ für den eigenen Körper damit wieder von der Klientin selbst übernommen. Statt einer reinen Hinwendung zum Arzt, der etwas gut machen soll, wird der eigene Körper wieder als der Person „zugehörig“ erlebt und die Klientin sich ihrer Rolle als Expertin, als Zuständige, als Handlungsmögliche bewusst. Für viele Klientinnen ist das eine neuartige Erfahrung nach langer medizinischer Behandlungskarriere. Im Gegensatz zu Behandlungserfahrungen, in denen es darum geht, das eigene Empfinden angesichts von Befunden, Therapiemisserfolgen zu „verteidigen“, in denen externe Hilfe etwas reparieren soll, erlebt die Klientin Angenommensein und Ernstgenommenwerden. Auf diesem Boden kommt es auch in der Klientin zu einer gefühlten Veränderung – wie wir es aus der klientenzentrierten Arbeit gut kennen.

Umgang mit schmerzfokussiertem Erleben: Chronische Schmerzpatientinnen haben oftmals keine anderen Erfahrungen mehr als den Schmerz an sich. Das Schmerzgeschehen ist stark bestimmend und überlagert einen großen Teil des Selbstkonzepts, andere Aspekte der Person und des Lebens treten stark in den Hintergrund. Im therapeutischen Kontakt ist zu bemerken, dass bei der betroffenen Person die Distanz zwischen sich und dem Schmerz verloren gegangen ist und eine Identifikation mit dem Schmerzerleben stattgefunden hat. Zentrales Anliegen zu Therapiebeginn war es, die „ganze Person“ in die Gruppe einzuladen. Eine Erweiterung des Blicks auf die eigene Person sollte initiiert werden, ein Partialisieren im Sinn von: nicht „ich bin Schmerz“ sondern „ich habe Schmerzen, aber ich bin mehr als der Schmerz“. Persönliche Züge, Fähigkeiten, Interessen, Ressourcen usw. wurden in den Fokus der Aufmerksamkeit geholt. Punktuell wurden im Rahmen des Prozesses dafür Bilder oder körperorientiertes Vorgehen angeboten. Vergleichbar beschreibt Geiser (2010, S. 7) den Einsatz von „modalities“ als eine konkrete Möglichkeit, um die innere Welt von Schmerzpatientinnen wieder reicher und größer zu machen.

Zunächst liegt jedoch ein stark strukturgebundenes Erleben mit einer hohen Fokussierung auf den Schmerz vor. Beispielsweise nannten Patientinnen in der KOG auf die Frage nach der momentanen Befindlichkeit häufig kein aktuelles Erleben, sondern führten eine stereotype Reihe von häufigen Beschwerdesymptomen an. Bei unterschiedlichsten Übungen in der Gruppe waren Körperempfindungen zunächst auf die Wahrnehmung von Schmerz begrenzt. Konkrete Entspannungs-, Atem- oder Körperwahrnehmungsübungen, die im Allgemeinen von Personen als angenehm erlebt werden, führen bei Schmerzpatientinnen oftmals zur erneuten direkten Konfrontation mit dem unangenehmen Schmerzerleben. Es war für viele Klientinnen schwierig, im Körper eine Stelle zu finden, die sich „angenehm“ anfühlt. Der Körper wurde nur mehr in einem ganz eng umschriebenen Bedeutungszusammenhang wahrgenommen. Der Aufmerksamkeitsfokus war eng begrenzt auf den Bereich des Schmerzes, das Verhalten der Klientinnen schien zunächst eher dem eines Scheinwerfers zu gleichen, der den Körper spezifisch nach Schmerzerfahrungen scannt.

Im Laufe der Therapie ergab sich hier eine deutliche Veränderung. Erfahrungen wurden breiter und vielfältiger, sowohl auf körperlicher, emotionaler als auch sozialer Ebene. Aspekte außerhalb der Schmerzerfahrung traten wieder in den Vordergrund. Konkret zeigte sich dies in einer Veränderung der emotionalen Stimmungslage, mehr freudvollem Empfinden und einer zuversichtlicheren Haltung, dem Wiederaufnehmen von Hobbies, einer Zunahme sozialer Aktivitäten und nicht zuletzt einem Ausbau von Bewegung auch außerhalb der Therapie.

Um eine derartige Entwicklung zu ermöglichen, gilt es, wieder Abstand zwischen Schmerz und Person zu schaffen. Dazu

benötigt es nicht nur Verstehen im Sinne einer „moment to moment empathy“ (Lietaer, 2002, zit. nach Geiser, 2010), sondern Arbeit am Rande des Gewährseins. Konkrete Unterstützung für die Klientinnen sollte dabei in den einzelnen Therapiebausteinen der KOG über die weiter unten ausgeführten Zugangswege gegeben werden.

Ziel der Therapie ist es, Veränderung der Haltung sich selbst und dem Schmerz gegenüber zu erreichen:

1. eine verständnisvolle Haltung der Klientin gegenüber ihrer eigenen Person und Situation: Selbstempathie und Selbstfürsorglichkeit (statt Aggression, Resignation, Dissoziation),
2. eine (erneute) Verantwortungsübernahme der Klientin für den eigenen Körper: die körperlichen Prozesse sind „Teil von mir“, Veränderungsmöglichkeiten liegen in der Person (statt reiner Fokussierung auf externe Unterstützung),
3. eine neue Haltung dem Schmerz gegenüber: achtsames Hinschauen (statt Versuch des Ignorierens, des Loswerden-Wollens),
4. den Schmerz als Teil der eigenen Person betrachten, aber sich auch davon distanzieren zu können.

Hinführen zu korrektem Schmerzkonzept: Wissensvermittlung über physiologische Schmerzprozesse dient als Impulsgeber für neues, „frisches“ Erleben. Wissen über körpereigene Prozesse kann eine Möglichkeit darstellen, aus strukturgebundenem Erleben herauszukommen. Es ist ein Impuls, Neues denken zu können, es kann zu einem Felt Shift verhelfen. Wesentlich für Schmerzpatientinnen ist es, zu wissen, welche physiologischen Prozesse bei längerdauerndem Schmerz ablaufen und dass chronischer Schmerz in der Person auf vielen Ebenen Veränderungen bewirkt. Weder rein somatische, noch rein psychologische Modelle repräsentieren ein chronisches Schmerzgeschehen korrekt. Für das Herstellen eines korrekten Selbstkonzepts ist es wesentlich, ein stimmiges Schmerzkonzept zu haben.

Gerade auch in der Reflexion der Schmerzkonzepte erwies sich ein hohes Ausmaß an Geduld mit einzelnen Gruppenmitgliedern als ausschlaggebend. Erleben und innerer Bezugsrahmen der Person sind ernst zu nehmen, gleichzeitig gilt es – auch im Sinn der klientenzentrierten Haltung – Wissen zur Verfügung zu stellen. Schmerzpatientinnen kommen oftmals mit aus der Behandlungserfahrung resultierenden eigenen Konstrukten und Vorstellungen über das eigene Schmerzgeschehen. Beispiele sind engumgrenzte somatische Erklärungsmodelle, inkorrekte Vorstellungen über die Physiologie (z. B. Angst, die Wirbelsäule reißt bei einer Rotationsbewegung ab), die Vorstellung, dass jede Bewegung schädlich ist, das Negieren des Einflusses psychischer und psychosozialer Faktoren oder das alleinige Befürworten von Vermeidungsverhalten. Es ist zwingend erforderlich, gemeinsam im Zwiegespräch mit der Klientin und

in ihrem Tempo zu versuchen, (physiologisch) inkorrekte Vorstellungen zu korrigieren. Ein reines Dagegenhalten mit der medizinischen und psychologischen Theorie führt oftmals zu Widerstand oder zu Rückzug bei der Klientin, die sich nicht als Person angesprochen fühlt. Vielmehr benötigt es eine Begleitung im Sinne des klientenzentrierten Beziehungsangebots.

Biographie als Einflussfaktor auf Schmerzerleben und -verhalten: Miteinbezogen wurden ansatzweise (aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens) biographische Erfahrungen, die mit Aspekten rund um den Schmerz in Zusammenhang stehen. Verdeutlicht werden sollte, dass das Gewordensein der Person, frühere Erfahrungen Einfluss haben auf das aktuelle Sein, Erleben und Verhalten – auch im Bereich des Schmerzes.

Macke-Bruck (2006) beschreibt den Entwicklungsweg von Schmerzerleben ab frühesten Erfahrungen und die Abhängigkeit von erlebten Bindungserfahrungen. In Abhängigkeit von früheren Antworten bedeutsamer Anderer auf die Person und im Konkreten auf Schmerzerfahrungen werden Wahrnehmung, Bewertung, Umgangsweise, die eigene Beziehung zu sich selbst auch im Bereich des Schmerzerlebens geformt.

In der Therapiegruppe zeigte sich beispielsweise bei einer Klientin ein Schmerzverhalten, das stark geprägt war von sehr hoher Not, fast panikartiger Suche nach dem Loswerden des Schmerzes, hohem appellativen Ausdruck, starkem Schwanken zwischen Momenten der riesigen Hoffnung in die Behandlerinnen und – im Gegensatz – der Überzeugung einer Unveränderlichkeit. Dabei war die Klientin trotz Angabe der höchsten Schmerzintensität nie in der Lage, im körperlichen Training, in der Gruppentherapie, im Alltag achtsam mit sich umzugehen, sondern ihr Umgang war stark geprägt von ständiger Selbstüberforderung, grenzenlosem Ehrgeiz, einer für die Umgebung fast schmerzhaft anmutenden Aktivität. Bei dieser Klientin schien eine deutliche Parallele zum Beziehungsgeschehen in der Herkunftsfamilie gegeben. Bei anderen Klientinnen war es immer wieder eindrücklich zu sehen, wie der Beginn der Schmerzsymptomatik mit wichtigen Ereignissen im Lebenszyklus gelagert war.

Nicht immer ist ein Zusammenhang in dieser Weise so plakativ gegeben. Es wird von den Behandlerinnen auch nicht davon ausgegangen, dass bei jedem Schmerzgeschehen im Hintergrund eine konflikthafte Familien- oder Lebenssituation verursachend vorhanden ist. Doch scheint es wesentlich, dass Klientinnen verstehen, dass die Qualität des Schmerzerlebens auch mit ihrer eigenen Person zu tun hat, mit ihrer Persönlichkeit, ihrer Art, mit Belastungen umzugehen usw.

Körperwahrnehmung: Geiser (2010) betont die Bedeutsamkeit des Miteinbezugs der körperlichen Ebene in die Schmerzbehandlung. Der Körper steht im Zentrum der Wahrnehmung

der betroffenen Klientin und wird dabei als problematisch erlebt. Obwohl die körperliche Ebene so im Fokus der Aufmerksamkeit steht, ist die Wahrnehmung doch stark eingeschränkt. Über angeleitete körperorientierte Wahrnehmung, wie weiter unten für unsere Gruppe beispielhaft angeführt, sollen Klientinnen ermutigt werden, auf andere Weise ihren Körper wieder zu erfahren. Geiser beschreibt sehr ausführlich: „So we can encourage them to be aware of sensations in the body, which do not belong to the bipolar pattern ‚hurting – non hurting‘. Whole areas of the body are often abandoned, without awareness, without language, without a life of their own. Patients can learn to draw their attention – not an easy task, but an important movement! – and leave the usual places where they are in contact with their pain and go to these ‚non-hurting‘ places, be aware of their quality, and find language or images for them [...]“ (S. 7).

Schmerzpatientinnen verändern ihr Erleben zunächst nicht, weil sie es in der hohen Strukturgebundenheit nicht vermögen. „Bezogen auf die Praxis ist festzustellen, dass Schmerzpatienten vieles tun, um ihren Schmerz loszuwerden. Nur eines machen sie selten: Sie wenden sich nicht direkt ihrem Körper zu“ (Müller & Feuerstein, 2000, S. 268). Diese Erfahrung machten auch wir mit unseren Klientinnen. Trotz scheinbar ständigem Spüren von Schmerz ist echtes körperliches Wahrnehmen stark vernachlässigt. Schmerzpatientinnen befinden sich oftmals vielmehr im Kopf, in Bildern über sich und ihre (Schmerz-)Situation. Sie haben Wissen um ihren Schmerz und verwechseln dieses mit Erleben. Es ist ihnen auch unter Anleitung kaum möglich, wirklich im Körper zu verweilen. Um diese Fähigkeit zu schulen, wurden körperbezogene Interventionen angeboten. Übungen zur Wahrnehmung einzelner Körperregionen, dem Bewusstmachen von Körperstellen abseits der Schmerzregion, Einladung zum Auffinden einer „guten Stelle“ über einen Focusing-Prozess sowie unterschiedliche Ansätze zu entspannenden Körperübungen wurden mit den Klientinnen durchgeführt. Ziel dieser Übungen war, die Fähigkeit zur (veränderten) inneren Bezugnahme anzustoßen und statt dem reinen Schmerzerleben andere, angenehme körperliche Erfahrungen zugänglich zu machen. In sachter Weise gilt es hier, Impulse zu setzen und sorgsam Anleitung zu Veränderungsmöglichkeiten anzubieten. Alternative Konzepte sollen mit der Zeit die Erlebensfähigkeit bei der Klientin (wieder) steigern.

Auch wenn das Ziel hier eine Veränderung in Richtung mehr Flexibilität und Experiencing auf Seiten der Klientinnen ist, so gilt es dennoch, das Erleben jeweils so zu nehmen, wie Klientinnen es empfinden. Als Therapeutin gilt es auszuhalten, wenn eine Klientin ein Angebot, auch wenn es im Allgemeinen von Menschen als „angenehm“ empfunden wird, nicht gut empfindet.

Vorteil der körperorientierten Übungen ist, die Komplexität von Schmerzerleben nicht auf der kognitiven Ebene

„aufzudröseln“, sondern in ihrer ganzen Komplexität über den Körper zu erfassen und darüber eine Form der Komplexitätsreduzierung zu erreichen (vgl. Müller & Feuerstein, 1999; 2000). Ergänzend wurde neben dem konkreten körperlichen Tun auf verbaler Ebene die Reflexion über den eigenen Körper angestoßen: Welche Beziehung hat die Klientin zu ihrem eigenen Körper? Wie war bzw. ist ihr Umgang mit dem Körper vor und seit dem Schmerzerleben?

Sachte wurde nach Emotionen und deren körperlicher Verortung bei den Klientinnen gefragt. Emotionen sind bei Klientinnen mit chronischem Schmerzleiden oftmals nur mehr rudimentär präsent (vgl. Geiser, 2010). Anleitungen in diese Richtung führten in unserer Gruppe bei Klientinnen oftmals zu einem Erstaunen, zum Bemerken, wie schwer manche Gefühlsqualitäten zugänglich sind, wie unterschiedlich einzelne emotionale Qualitäten im Körper lokalisiert werden konnten. Klientinnen erlebten diese Erfahrung oftmals als anregend für eine weitere Auseinandersetzung mit sich selbst.

Neben dem körperlichen Training ging es auch darum, Klientinnen wieder in die Welt der „kleinen, sachten Bewegungen“ einzuführen. Klientinnen sollten differenzieren lernen, dass nicht jede Bewegung sich gleich anfühlt, nicht jede Bewegung Schmerz verursacht. Auf diesem Weg soll dem „Gehirn“ wieder schmerzfreie Bewegungserfahrung ermöglicht werden. Ziel war weiters, über das gemeinsame Üben bei den Klientinnen selbst mehr achtsame Haltung sich selber gegenüber zu erreichen und beispielhaft ein sorgsames Bewegen im Gegensatz zu unkontrolliertem Bewegen vorzustellen. Für Patientinnen mit ausgeprägtem Schonverhalten war es der Versuch, Bewegung überhaupt wieder möglich zu machen.

Geiser (2010) schlägt für die „little movements“ als Beginn beispielsweise Atemübungen vor oder bewusstes Stehen und Spüren des Bodenkontakts. In der KOG wurden darüber hinaus oben erläuterte Übungen vorgeschlagen, bei denen es darum ging, einfache Bewegungen im schmerzfreien Bereich durchzuführen und diese Bewegung dann immer kleiner und kleiner werden zu lassen, bis hin zur vorgestellten Bewegung, und auf die gefühlte Wahrnehmung zu fokussieren.

Aktives Training: Körperliches Training ist ein zentrales und zwingendes Therapieelement in der Behandlung chronischer Schmerzen. Kräftigung, Koordination, Ausdauer sind essenziell für die Gesundheit. Neben den körperlichen Effekten können umfassende positive Veränderungen erreicht werden. Über neue körperliche Bewegung kann es gelingen, wieder Beweglichkeit in eine erstarrte (strukturgebundene) Situation zu bringen. Oftmals deutlich gestärkt wird das Ausmaß an Selbstwirksamkeit.

Eine Stunde pro Woche trainierten die Klientinnen in der Medizinischen Trainingstherapie. Die Aufgabe der Psycho-

therapeutin dabei war es, eine klientenzentrierte Haltung auch in der physiotherapeutischen Begleitung zu etablieren. In enger Zusammenarbeit mit den betreuenden Physiotherapeutinnen wurde der Umgang mit den Klientinnen (z. B. in der Reaktion auf Schmerz, Angst, Vermeidungsverhalten, Überforderung) gestaltet. Die physiotherapeutischen Kolleginnen konnten neben der eigenen Expertise die Klientin als Expertin für sich und die eigene Situation ernst nehmen und wertschätzend verstehen versuchen. Dies galt beispielsweise für die Entscheidung hinsichtlich Gewicht(-ssteigerung) bei Trainingsgeräten oder die Pausengestaltung im Training. Bei gefestigter Beziehung wurde das eigene therapeutische Erleben zunehmend als kongruente Offenlegung der eigenen Sicht angeboten und in freundlicher Weise die Klientin ermutigt, Schritte zu versuchen, die ihr zugetraut wurden.

Handlungsimpulse in Richtung Selbstachtsamkeit und Selbstfürsorge wurden den Klientinnen bei Bedarf von der Psychotherapeutin angeboten.

Das Klima in der Trainingstherapie entsprach für die Klientinnen stark einem gemeinsamen Prozess im Sinne eines „Wir“ statt einer Atmosphäre von behandlungsbedürftiger Patientin versus wissender Behandlerin. Klientinnen fühlten sich auch im Training auf diese Art ernst genommen in ihrem körperlichen Erleben, interessiert und sorgsam begleitet. Rasch stellte sich in den Trainingsgruppen eine lustvolle Gestimmtheit anstelle von ängstlicher Zurückhaltung ein.

Punktuell wurde durch ein Mittun der Therapeutin bei Übungen der Klientin eine Art Spiegel für die eigene Bewegung angeboten und über diesen Weg des Sehens der Bewegung zusätzlich Ermutigung gegeben. Gemeinsames Bewegen findet sich auch bei Geiser (2010) als förderliche Intervention wieder. Sie erlebt dies als wesentlich zielführender als ein reines Gespräch über den Körper oder ein alleiniges Bewegen auf Seiten der Klientin: „I think that only when bodily accompanied, can new movements be embodied by the client and grow in him“ (S. 8). – Auch wenn Geiser dabei vermutlich nicht an physiotherapeutisches Körpertraining denkt, so scheint uns die „Übersetzung“ auch in diesen Bereich ebenfalls wertvoll und für die Klientinnen ermutigend.

Durch das aktive Training im Rahmen der Physiotherapie in Kombination mit Psychoedukation sollen Vermeidungsverhalten verringert, Zutrauen in den eigenen Körper wieder gestärkt und Beweglichkeit verbessert werden. Kräftigung und aktives Tun stehen gleichrangig neben Sensibilisierung der Körperwahrnehmung, Differenzierung von Körperempfindungen, dem Erlernen einer guten Dosierung von Anspannung versus Entspannung und dem Aufbau von Vertrauen in den Körper und dem Ausprobieren neuer Bewegungen. Durch sämtliche Körperübungen sollen aktive Gestaltungsmöglichkeiten bewusst gemacht und gestärkt werden.

Therapeutisches Beziehungsangebot: Wir haben den Eindruck, dass in unserem Therapieangebot das personenzentrierte Beziehungsangebot ein wesentlicher Wirkfaktor für eine positive Entwicklung auf Seiten der Klientinnen war. Positiv von den Teilnehmerinnen erlebt wurde insbesondere, dass Therapeutinnen und Klientinnen auf gleichrangiger Ebene den Prozess gemeinsam und miteinander gestalten. Wertschätzung und Ernstnehmen des Erlebens der Klientin ermöglichten rasch eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der Klientinnen sich öffnen konnten. Die Klientinnen schätzten das Bemühen der Therapeutinnen, sich in ihre Welt einzufühlen und sie als Expertinnen ernst zu nehmen. Dort, wo Selbstempathie auf Seiten der Klientin nicht ausreichend gegeben war, wurde versucht, „stellvertretend“ Erleben zur Verfügung zu stellen. Für viele Klientinnen neu war die Weise, in der die Therapeutinnen von einer Entwicklungsmöglichkeit – im Sinne der Aktualisierungstendenz – überzeugt waren. Die klare Zuversicht der Therapeutinnen wirkte unserem Eindruck nach für die Klientinnen haltgebend und erzeugte auch bei ihnen eine Form von Vertrauen in Entwicklung. Gleichzeitig war wesentlich, das – nach langer Erstarrung oftmals zögerliche und langsame – Tempo der Klientin zu begleiten. Auf diese Weise waren viele berührende Entwicklungsschritte sichtbar.

Methodik

Studiendesign

Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittuntersuchung wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren alle konsekutiven Patientinnen, für die eine entsprechende Indikation vorlag und die am Pilotprojekt „Körperorientierte Gruppentherapie“ teilnahmen, erfasst. Von allen Patientinnen konnte im Rahmen der Voruntersuchung ein informed consent zur Studienteilnahme eingeholt werden. Sämtliche Daten wurden mittels Fragebogen erfasst und flossen anonymisiert in die Studie ein. Es wurde keine Approbation einer Ethikkommission eingeholt, da die vorliegende Evaluierung der Wahrnehmung einer gesetzlichen Vorgabe entsprach (gemäß §31, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz), alle Daten anonymisiert waren und es sich um eine reine Fragebogenstudie handelte, wodurch Patientinnen zur Gänze Kontrolle über ihre Teilnahme hatten.

Indikationen: Aufgenommen in das Programm wurden orthopädische Patientinnen mit chronischer Schmerzsymptomatik, speziell mit der Problematik „unspezifischer Rückenschmerz“. Die Überweisung der Patientinnen in das Zentrum für Ambulante Rehabilitation erfolgte durch niedergelassene Ärztinnen sowie durch stationäre Rehabilitations-einrichtungen.

Eine spezifische Besonderheit des vorliegenden Therapieangebotes ist die Aufnahme von Patientinnen, die einen Antrag auf Pensionierung gestellt hatten. Diese Personengruppe wird meist aus derartigen Rehabilitationsprogrammen ausgeschlossen, da Therapieerfolge bei Annahme einer zugrunde liegenden Ambivalenz hinsichtlich Gesundheit nicht erwartet werden. Uns war es ein wesentliches Anliegen, gerade auch dieser stark belasteten Gruppe von Schmerzpatientinnen die Therapie anzubieten und begleitend zu überprüfen, ob sich Therapieerfolge erreichen lassen.

Studienteilnahme: Es konnten alle 48 Patientinnen in die Studie eingeschlossen werden, die das 3-monatige Therapieprogramm absolvierten. Therapieabbrüche gab es in 4 Fällen, Gründe waren (schmerzunabhängige) Erkrankung, Unfallereignis bzw. berufliche Unvereinbarkeit. Tab. 1 zeigt soziodemographische Daten der Studienteilnehmerinnen im Überblick.

Tab. 1: Soziodemographische Basisdaten

Geschlecht	Frauen	42
	Männer	6
Alter (Jahre)	Altersspanne	37–80
	Alter – Mittelwert	55
Beruflicher Hintergrund	berufstätig	22
	in Pension	14
	aktuelles Pensionsbegehren	12

Auf somatischer Ebene waren degenerative Wirbelsäulen-, vereinzelt degenerative Gelenkserkrankungen verschiedener Lokalisation die Hauptdiagnosen (Tab. 2).

Tab. 2: Diagnosen + Chronifizierung

	Anz.	in %
Chronifizierung		
Stadium I	5	10,4
Stadium II	10	20,8
Stadium III	33	68,8
therapierelevante somatische Diagnose		
degeneratives WS-Leiden	43	89,6
Diskusprolaps	28	58,3
Gelenkserkrankung	8	16,7
psychische Komorbidität		
F45.40 somatoforme Störung	23	47,9
F45.41 Chron. Schmerzstörung mit somat. u. psych. Faktoren	21	43,8
F32 Depression	36	75,0
sonstige	13	27,1
Anzahl Psychologischer Diagnosen		
eine Diagnose	15	31,2
zwei Diagnosen	32	66,7

Fast immer war begleitend zur körperlichen Beschwerdeproblematik eine deutliche psychische Symptomatik erkennbar

bzw. der Verdacht auf relevante beteiligte psychische Faktoren an Entwicklung, Chronifizierung und Aufrechterhaltung der Schmerzen gegeben. Überwiegend handelte es sich um Patientinnen mit ICD-10-Diagnosen der Kategorie F45 (F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren). Sehr häufige Komorbidität war erwartungsgemäß eine depressive Symptomatik (F32 Depression), die teils als vorausgehend, teils als Konsequenz der körperlichen Beschwerden anzusehen war.

Die Schmerzdauer betrug nach Angaben der Patientinnen 2–20 Jahre, im Mittel 8 Jahre. Hinsichtlich Lokalisation wurden meist ausgedehnte Schmerzareale angegeben. Sämtliche Patientinnen hatten in der Vergangenheit bereits zahlreiche, letztlich nicht nachhaltig erfolgreiche somatische Therapien absolviert, manche Patientinnen über Jahre durchgängig (Infiltrationen, Infusionen, physikalische Therapien, Massage, Physiotherapie). Es bestanden langjährige ärztliche Anbindungen. Medikamentöse Therapie wurde mit einer Ausnahme immer in Anspruch genommen, teils in umfangreichem Ausmaß. Dies zeigt sich in hohen Scores auf der Chronifizierungsskala nach Gerbershagen et al. (2012). Zu Therapiebeginn wies die überwiegende Anzahl der Patientinnen das höchste Chronifizierungsniveau Stadium III auf (Abb.1), das auch prognostisch ungünstigste Ausgangsniveau. Betrachtet man Patientinnen mit Pensionsbegehren (PB) und solche ohne dieses Anliegen (NonPB) getrennt, ist dieser Überhang in der PB-Gruppe noch deutlicher (Abb. 2). PB-Patientinnen geben noch mehr Belastetheit bzw. Therapiebedarf an und befinden sich hinsichtlich der Chronifizierung fast ausschließlich in Stadium III.

Abb. 1: Chronifizierungsstadien in Gesamtgruppe

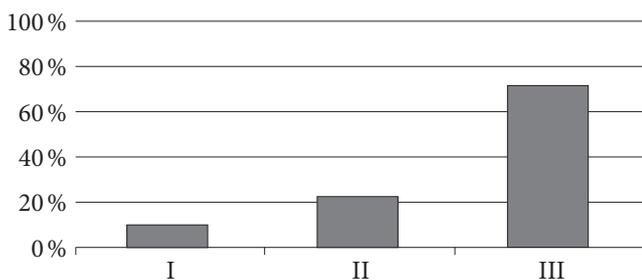
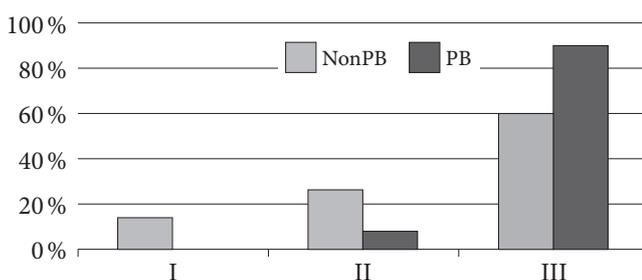


Abb. 2: Chronifizierung getrennt nach Vorliegen eines Pensionsbegehrens



Messzeitpunkte: Die Erhebungen mittels Fragebogenbatterie fanden zu 4 Zeitpunkten statt: vor Beginn und am Ende des 3-monatigen Gruppenprogramms und als Nachuntersuchungen 6 Monate und 12 Monate nach Ende der Gruppe.

Zum Zeitpunkt T₁ (Therapiebeginn) wurden die Testinstrumente im Rahmen des persönlichen Erstgesprächs vorgegeben. Die Ergebnisse stellen die Ausgangswerte dar. Um Veränderungen in der Rehabilitationsphase zu erfassen, wurde die Fragebogenbatterie am Ende der Gruppentherapie erneut vorgegeben (T₂). Bis zu diesem Zeitpunkt bestand im Rahmen des Therapieprogramms regelmäßiger persönlicher Kontakt mit den Patientinnen, danach endete das Rehabilitationsprogramm und somit die Betreuung hierorts.

Die Nachhaltigkeit der Ergebnisse wurde mit erneuter Vorgabe der Testbatterie zu den Zeitpunkten 6 Monate nach Trainingsende (T₃) sowie 12 Monate nach Trainingsende (T₄) evaluiert. Die Testunterlagen wurden den Teilnehmerinnen per Post geschickt, ein Begleitbrief sowie die Einladung zu einer persönlichen Ergebnisbesprechung sollten die Motivation zur weiteren Mitarbeit erhöhen. Weiters wurde einmalig telefonisch kontaktiert, wenn Testungen nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraums retourniert wurden. Die Nachuntersuchung für T₄ ist noch nicht abgeschlossen. Es zeigt sich eine zufriedenstellende Rücklaufquote bei den Folgetestungen (58,3 % bei T₃, bisher 59,5 % bei T₄), dennoch kam es erwartungsgemäß zu einigen Ausfällen. Dies erklärt die unterschiedliche Stichprobengröße zu unterschiedlichen Testzeitpunkten.

Zielkriterien und Testverfahren:

Die Untersuchungsinstrumente für die Studie wurden so gewählt, dass die Ergebnisse vergleichbar sind mit üblichen verhaltenstherapeutischen Studien. Als Messinstrumente wurden die gängigen psychologischen Fragebogeninstrumente verwendet, auch wenn diese sich in Sprache und Blickwinkel von klientenzentriertem Vokabular und Perspektive unterscheiden. Die Verwendung von Fragebogen zur Erfassung eines subjektiven Erlebens ergibt sich aus der Thematik: Schmerz ist nicht objektiv messbar, relevant als Kriterium ist daher rein das subjektive Empfinden der Situation auf Seiten der Betroffenen.

In Tab. 3 werden die ausgewählten Zielkriterien für die Erfassung des Behandlungserfolgs sowie die zugehörigen Messinstrumente dargestellt. Die Zielkriterien leiten sich dabei von den Vorgaben der NVL (Nationale Versorgungsleitlinien, 2011) ab. Die umfassende Testbatterie beinhaltet schmerzspezifische Instrumente, Fragebögen zur allgemeinen gesundheitlichen und psychischen Situation sowie zur Lebensqualität. Eine Vergleichsmöglichkeit mit bereits vorliegender Literatur und validen umfassenden Erhebungsinstrumenten, wie z. B. dem Schmerzfragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft (Stand 2011), ist gegeben.

Tab. 3: Zielkriterien und Messinstrumente

Zielkriterium	Messinstrument
subjektive Schmerzintensität	Numerische Rating-Skala, NRS
schmerzbedingte Beeinträchtigung	Numerische Rating-Skala, NRS
Funktionsfähigkeit	Funktionsfragebogen Hannover bei Rückenschmerz, FFbH-R
funktionelle Einschränkung im Alltag	Pain Disability Index, PDI
schmerzbezogene kognitive Haltung	Fragebogen zu Schmerzselbstinstruktionen, FSS
Schmerzbewältigungsstrategien	Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung, FESV
Angst und Depression	Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS
gesundheitsbezogene Lebensqualität	Kurzform der Health Survey, SF-36, SF-12
allgemeine Beschwerdesymptomatik	Gießener Beschwerdebogen, GBB-24

Die Auswertung erfolgte anhand folgender Fragestellungen:

1. Therapiewirksamkeit: Veränderung in den Zielkriterien während der Therapiephase
2. Längerfristige Therapieeffektivität: Veränderung der Zielkriterien von Therapiebeginn bis 1 Jahr nach Therapieende
3. Therapieerfolg bei Vorliegen eines Pensionsbegehrens

Ergebnisse

Schmerz- und Beeinträchtigungserleben

Im Vordergrund der Erhebung stand die Analyse des subjektiven Schmerz- und Beeinträchtigungserlebens auf Seiten der Patientinnen als zwei wesentliche subjektive Parameter des Befindens in Bezug auf Schmerz. Beide Parameter verbessern sich über die 3-monatige Therapiedauer stark. Diese Veränderung ist laut 2 t-Tests für abhängige Stichproben signifikant ($df=47$; $p=0,000$) (Tab. 4).

Tab. 4: Ergebnisse Therapiezeitraum, n = 48

	T1	T2	Sign.
subjektive Schmerzintensität (NRS)	7,63 (1,7)	5,63 (2,2)	0,000
schmerzbedingte Beeinträchtigung (NRS)	7,35 (1,7)	5,6 (2,0)	0,000

Eine Reduktion um 2 Punkte auf der NRS ist laut Literatur als klinisch bedeutsame Verbesserung anzusehen (Brandstätter, 2009). In den beiden zentralen Parametern Schmerzerleben bzw. subjektives Beeinträchtigungserleben sind die Ergebnisse somit als sehr zufriedenstellend anzusehen.

Ergebnisse in den weiteren Testverfahren

Die erfreulichen Ergebnisse hinsichtlich Therapiewirksamkeit zeigen sich ebenso in den weiteren Fragebogen- bzw. Testinstrumenten (Tab. 5).

Tab. 5: Ergebnisse Therapiezeitraum, n=48

	Ziel	T1	T2	Sign.
funktionelle Einschränkung (PDI)	↑	5,7 (2,1)	4,7 (2,1)	0,000
Funktionskapazität (FFbH-R)	↑	46,7 (20,9)	52,3 (24,8)	0,017
günstige Selbstinstruktion (FSS)	↑	27,7 (9,4)	32,7 (8,1)	0,001
ungünstige Selbstinstruktion (FSS)	↓	30,2 (13,4)	27,4 (12,7)	0,036
Handlungsplanung (FESV)	↑	12,7 (5,2)	16,9 (4,9)	0,000
Kognitive Umstrukturierung (FESV)	↑	11,7 (4,3)	14,7 (4,8)	0,001
Kompetenzerleben (FESV)	↑	12,6 (4,9)	15,3 (5,3)	0,002
Mentale Ablenkung (FESV)	↑	9,9 (4,8)	10,9 (4,8)	0,158
Gegensteuernde Aktivitäten (FESV)	↑	9,0 (4,9)	11,3 (4,3)	0,011
Ruhe/Entspannungstechniken (FESV)	↑	10,4 (4,0)	14,2 (5,3)	0,001
körperliche Lebensqualität (SF-12)	↑	30,7 (7,3)	33,9 (8,2)	0,003
psychische Lebensqualität (SF-12)	↑	33,6 (10,3)	39,4 (12,2)	0,000
Angst (HADS-D)	↓	10,8 (3,8)	9,8 (4,6)	0,027
Depression (HADS-D)	↓	10,7 (4,6)	9,8 (5,2)	0,040
allg. körperliche Beschwerden (GBB-24)	↓	45,8 (15,0)	42,9 (18,0)	0,200

Körperliche und funktionelle Beeinträchtigung im Alltag: Alltagsbewältigung bzw. Zurechtkommen in unterschiedlichen Lebensbereichen gelingen zu Therapieende besser. Schmerzassoziierte Einschränkung bei Alltagsverrichtungen nehmen ab. Im *Funktionsfragebogen Hannover bei Rückenschmerz* FFbH-R zeigt sich dies in einer höheren „Funktionskapazität“. Einfache Tätigkeiten im Alltag können häufiger wieder durchgeführt werden (Heben, Tragen, bestimmte Körperbewegungen). Nicht nur persönliche Versorgung gelingt etwas besser (z. B. Körperpflege, Haushalt), Auswirkungen zeigen sich auch in der Teilhabe an assoziierten Lebensbereichen (z. B. berufliche Leistungsfähigkeit, Teilnahme an sozialen Aktivitäten). Diese Verminderung der funktionellen Einschränkung in Alltagsbereichen wird im *Pain Disability Index (PDI)* sichtbar, die subjektiv erlebte Beeinträchtigung sinkt signifikant.

Schmerzbezogene kognitive Haltung: Im *Fragebogen zu schmerzbedingten Selbstinstruktionen* FSS zeigen sich inhaltliche Verschiebungen in den schmerzbezogenen Gedanken. Zuversichtlichere innere Sätze, optimistische Haltung und Kompetenzgefühl (z. B. Gefühl von Kontrolle und Veränderbarkeit) sind zu Therapieende signifikant vermehrt vorhanden, für die Schmerzbewältigung ungünstige Gedanken (z. B. Hilflosigkeit, Resignation) weniger häufig. Der eigene Bezug zum Schmerz hat sich verändert. Dies deutet ein Stück auf eine gewonnene Distanzierung vom Schmerz hin.

Schmerzbewältigungsstrategien: Im *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung* FESV werden gedankliche und handlungsbezogene Umgangsweisen mit dem Schmerz erfasst. Nach Ende des Therapieprogramms werden von den Patientinnen mehr aktive Kompetenzen angegeben. In 5 von 6 Subdimensionen liegen signifikante Ergebnisse vor.

Es steht ein höheres Ausmaß an Ressourcen und aktiven Handlungsmöglichkeiten (Wissen, welche Aktivitäten hilfreich sind und zur Schmerzreduktion beitragen) zur Verfügung, auf die zugegriffen werden kann. Nach der Skala „Kognitive Umstrukturierung“ gelingen Veränderungen auch auf gedanklicher Ebene, die sich im Umgang mit dem Schmerz im Alltag positiv auswirken. Das Gefühl der eigenen Kontrolle bzw. das subjektive Kompetenzerleben sind signifikant höher. Dies beschreiben Teilnehmerinnen auch häufig in ihren Rückmeldungen. Sie erleben sich dem Schmerz weniger ausgeliefert, haben konkrete Ideen, was ihnen gut tun könnte. Obwohl unserem Ansatz entsprechend keine „Techniken“ in diese Richtung geübt wurden, vergrößert sich das Repertoire an „Mentaler Ablenkung“. Die Ergebnisse sind (bei zu berücksichtigender relativ kleiner Stichprobe) nicht signifikant, jedoch ist eine Tendenz in die gewünschte Richtung ersichtlich. Gemeint ist die Verbreiterung des Blickwinkels, die ursprüngliche Fokussierung rein auf den Schmerz ist nicht mehr so starr. Bei ebenso sehr begrenzter Einführung in Entspannungstechniken stiegen die Kompetenzen im Bereich „Ruhe und Erholung“ (z. B. Entspannung, wohltuende Aktivitäten).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhöht sich laut Ergebnissen im *Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Befindlichkeit* SF-12 ebenfalls signifikant. Das körperbezogene gesundheitliche Wohlbefinden steigt. Noch deutlicher verbessert sich das psychische gesundheitliche Wohlbefinden. Erfragt wird, wie sehr Alltagsaktivitäten oder soziale Aktivitäten durch die körperliche oder psychische Belastetheit eingeschränkt sind. In beiden Bereichen wird eine Abnahme der Einschränkung angegeben, es können auf Basis der vorliegenden körperlichen bzw. psychischen Situation praktische und soziale Aktivitäten vermehrt durchgeführt werden und es wird ein höheres Ausmaß an Lebensqualität erlebt.

Psychische Situation: Die positive Veränderung der psychischen Situation bzw. emotionalen Stimmungslage wird durch die *Hospital Anxiety and Depression Scale* HADS-D wiedergegeben. Ängstlichkeit und Depressivität sinken. Die Reduktion ist zwar begrenzt, aber angesichts der Ausgangssituation, der kleinen Stichprobe und der kurzen Therapiedauer als sehr erfreuliches Ergebnis zu werten, zumal hier Veränderungen bei den Teilnehmerinnen im Gruppengeschehen stark spürbar wurden und laut Folgetestungen die Verbesserung anhält bzw. teils sogar weiter fortschreitet (s. u.).

Allgemeine gesundheitliche Situation: Tendenzen in Richtung einer allgemeinen Beschwerdefreiheit, aber keine Signifikanz in der vorliegenden kleinen Stichprobe werden im *Gießener Beschwerdebogen* GBB-24 ersichtlich. Die allgemeine körperliche Beschwerdesymptomatik wird hier aus subjektiven Beschwerden in mehreren Bereichen (z. B. Kopfschmerz, Erschöpfung, Verdauungsprobleme) errechnet. Der Einsatz des Tests diente einer Einschätzung der generellen körperlichen Befindlichkeit auf Seiten der Studienteilnehmerinnen während der therapeutischen Begleitung in unserem Zentrum. Im Vergleich zur altersspezifischen Normstichprobe zeigt sich dabei häufig eine überdurchschnittlich hohe Belastetheit. Aufgrund der Fokussierung auf konkrete schmerzassoziierte Inhalte im Rahmen des Therapieprogramms wurden diese allgemeinen Beeinträchtigungen nicht spezifisch thematisiert. Eine Verminderung der allgemeinen körperlichen Beschwerdesymptomatik wäre angesichts der Kürze des Therapieprogramms daher nicht zu erwarten gewesen. Dementsprechend ist angesichts der Rahmenbedingungen die Reduktion der Belastung um einige Testpunkte erfreulich.

Nachhaltigkeit

Ein Blick auf die Daten, die ein Jahr nach Therapieende erhoben wurden, lässt eine positive Langzeitwirkung des Therapieprogramms in zahlreichen Bereichen erkennen. Erhoben wurden alle schmerzbezogenen Dimensionen sowie Lebensqualität und psychische Befindlichkeit. Zum Zeitpunkt der Auswertung standen die kompletten Verlaufsdaten von 22 Patientinnen zur Verfügung, die bisher an beiden Nachuntersuchungen (6 und 12 Monate nach Therapieende) teilgenommen haben. Von größtem inhaltlichen Interesse hinsichtlich Nachhaltigkeit war für unsere Institution der späteste Nachuntersuchungszeitpunkt (T₄, 1 Jahr nach Therapieende). Hier waren zum Zeitpunkt der Auswertung bereits 25 Datensätze vorliegend. Die Ergebnisse sind als richtungweisende Tendenzen zu sehen. Die vorliegenden Daten für den Zeitpunkt T₄ sind hinsichtlich medizinischer als auch soziodemographischer Kriterien repräsentativ für die Gesamtstichprobe, sie beinhalten auch Personen mit

Pensionsbegehren. Umso erfreulicher ist zu werten, dass in sämtlichen Testverfahren Veränderungen in die gewünschte Richtung vorliegen und zahlreiche Veränderungen bereits bei dieser kleinen Gruppe signifikant sind (Tab. 6–8).

Hinsichtlich der beiden zentralen Parameter subjektives Schmerz- bzw. Beeinträchtigungserleben bleibt die Verbesserung über den Zeitraum der Therapie hinaus erhalten. In den Ergebnissen ist sichtbar, dass auch 6 bzw. 12 Monate nach Therapieende (T3 bzw. T4) die Mittelwerte unter den Ausgangswerten zu Therapiebeginn liegen (Tab. 6). Trotz der relativ kleinen Stichprobe zeigen sich bereits klar signifikante Ergebnisse.

Tab. 6: Gesamtverlauf über alle Zeitpunkte, n = 22

	T1	T2	T3	T4	Sign.
subjektive Schmerzintensität (NRS)	7,14 (2,0)	4,59 (1,8)	5,45 (1,7)	5,36 (2,1)	0,000
schmerzbedingte Beeinträchtigung (NRS)	6,95 (1,7)	5,09 (1,7)	6,18 (1,6)	5,68 (2,0)	0,000

Im Verlauf der Mittelwerte über alle Zeitpunkte zeigt sich eine leichte Reduktion des Therapieeffekts zum Zeitpunkt T3. Auf Basis der vorliegenden Daten kann diese kleine Bewegung nicht zuverlässig interpretiert werden. Auf Basis der Patientinnengespräche nach T3 entstand die Vermutung, dass Patientinnen mit diesen Angaben betonen wollten, dass ein längerer Therapiezeitraum erwünscht gewesen wäre. Bei den 1-Jahresuntersuchungen war diese Thematik nicht mehr vordergründig.

Da üblicherweise bei chronischem Schmerz die jahrelang bestehende Problematik sich nicht einfach von selbst bessert, wird das Fortbestehen einer signifikanten Verbesserung vorwiegend der Therapie zugeordnet. In den Nachgesprächen war ersichtlich, dass dieser Zusammenhang von den Patientinnen selbst ebenfalls in dieser Weise erlebt wurde.

Tab. 7: Nachhaltigkeit 1 Jahr nach Therapieende, n = 25

	T1	T4	Sign.
subjektive Schmerzintensität (NRS)	7,36 (1,9)	5,48 (2,1)	0,000
schmerzbedingte Beeinträchtigung (NRS)	7,12 (1,8)	5,72 (2,0)	0,001

Mittels zweier t-Tests für abhängige Stichproben wurden die Werte für T4 mit der Ausgangssituation verglichen (Tab. 7). Die Verbesserung ist nachhaltig signifikant, sowohl hinsichtlich Schmerzintensität (df = 24; p = 0,000) als auch hinsichtlich schmerzbedingter Beeinträchtigung (df = 24; p = 0,000).

Im Langzeitverlauf zeigt sich auch für die weiteren Parameter, dass 1 Jahr nach Therapieende positive Therapieeffekte noch anhalten. Sämtliche Testwerte haben sich in die gewünschte Richtung bewegt (Tab. 8).

Tab. 8: Nachhaltigkeit 1 Jahr nach Therapieende, n=25

	Ziel	T1	T2	Sign.
funktionelle Einschränkung (PDI)	↓	5,2 (2,1)	4,6 (1,9)	0,084
Funktionskapazität (FFbH-R)	↑	50,0 (19,4)	50,8 (25,1)	0,821
günstige Selbstinstruktion (FSS)	↑	31,7 (8,3)	35,7 (10,7)	0,012
ungünstige Selbstinstruktion (FSS)	↓	29,5 (14,1)	25,9 (13,4)	0,023
Handlungsplanung (FESV)	↑	13,3 (5,7)	17,5 (4,6)	0,001
Kognitive Umstrukturierung (FESV)	↑	11,5 (4,3)	15,0 (4,6)	0,031
Kompetenzerleben (FESV)	↑	12,7 (5,3)	16,1 (4,5)	0,030
Mentale Ablenkung (FESV)	↑	11,7 (5,4)	13,2 (6,1)	0,327
Gegensteuernde Aktivitäten (FESV)	↑	10,2 (5,9)	12,2 (4,6)	0,021
Ruhe / Entspannungstechniken (FESV)	↑	10,4 (2,9)	15,2 (4,6)	0,000
körperliche Lebensqualität (SF-12)	↑	32,7 (10,8)	33,1 (11,9)	0,657
psychische Lebensqualität (SF-12)	↑	34,5 (11,4)	39,9 (12,0)	0,046
Angst (HADS-D)	↓	10,8 (3,8)	9,14 (4,4)	0,024
Depression (HADS-D)	↓	10,6 (5,0)	8,9 (5,4)	0,011

Nachhaltig signifikante Änderungen zeigen sich im Bereich der gedanklichen Einstellung (Selbstinstruktionen zum Schmerz, FSS) und in aktiven Schmerzbewältigungsstrategien (FESV). Wie oben beschrieben kann dies verstanden werden als veränderte Haltung dem Schmerz gegenüber und eine Zunahme an persönlichen Möglichkeiten, gestaltend die eigene Situation zu beeinflussen. Weiters ist die psychische Situation der Patientinnen zum Zeitpunkt T4 stabil verbessert, die Patientinnen geben geringere Ängstlichkeit und geringere depressive Stimmungslage an (HADS-D) sowie eine im Gegenzug erhöhte psychische Lebensqualität (SF-12). Kein ausreichend großer Langzeiteffekt konnte bisher im Bereich der körperlichen Einschränkungen im Alltagskontext (PDI, FFbH-R) erreicht werden. Hier bedarf es vermutlich etwas umfassenderer Therapiemaßnahmen und eines längerdauernden Trainings.

Insgesamt ist nochmals zu betonen, dass die Ergebnisse zur Nachhaltigkeit bisher als erste Hinweise zu verstehen sind, die sicher noch weiterführend zu überprüfen sind. Im vorliegenden Pilotprojekt dienten diese ersten Daten der Orientierung für eine weitere Ausgestaltung des Therapieangebotes.

PB ($df = 46; p = 0,001$). Das Kriterium PB-Antrag hat somit Einfluss auf die Wirksamkeit der Behandlung, trotz der relativ kleinen Stichprobe ist dieser Effekt bereits eindeutig. Beim Faktor „erlebte Beeinträchtigung“ liegt bei dieser Auswertung keine statistische Signifikanz vor, es kann jedoch mit $p = 0,090$ eine Tendenz zur Signifikanz ausgemacht werden.

Mit Vorbehalt aufgrund der kleinen Stichprobengröße verhalten sich die Ergebnisse in den anderen Testverfahren in ähnlicher Weise wie in diesen beiden zentralen Untersuchungsparametern (Tab. 9). Deutlich wird sichtbar, dass die für die Gesamtgruppe festgestellte Wirksamkeit des Therapieprogramms den beiden Gruppen sehr unterschiedlich zugutekommt. Während NonPB-Patientinnen in allen Bereichen eindeutig und signifikant profitieren, erzielen PB-Patientinnen diesen Gewinn nicht. Es gibt mit Ausnahme einer Veränderung in den positiven Selbstinstruktionen keine signifikanten Verbesserungen. Es gilt zwar besonders in diesem Bereich die kleine Größe der PB-Gruppe in der Interpretation zu berücksichtigen, doch können die Ergebnisse als Indiz dafür genommen werden, dass für Patientinnen, die – bei besonders ungünstiger Ausgangslage – eine Pensionierung anstreben, das vorliegende Therapieprogramm noch keine ausreichende Unterstützung bieten kann.

Interpretation: Rein phänomenologisch zeigt sich damit ein geringeres Ansprechen auf die Therapie bei Patientinnen mit Pensionsbegehren. Inhaltlich zu schlussfolgern, dies wäre auf eine ambivalente Genesungshaltung zurückzuführen, ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht zulässig und bildet auch nicht die primäre Annahme der Autorinnen. Vielmehr möchten wir die Hypothese in den Raum stellen, dass der geringe Therapieumfang für diese Klientel sicher zu begrenzt ist. Zunächst ist die besondere Schwere der Ausgangssituation, die in der Chronifizierungsstärke zum Ausdruck kommt, zu berücksichtigen. Wie eingangs ausgeführt, ist nach der Skala von Gerbershagen et al. (2012) die Chronifizierung fast ausschließlich auf Stufe III zu klassifizieren, was für eine langdauernde und schwere Problematik spricht. Dies zeigt sich in gleicher Weise in der Angabe höherer Beeinträchtigung in weiteren schmerzspezifischen Fragebogeninstrumenten. Weiters war bei allen PB-Patientinnen eine psychische Komorbidität gegeben. Der gegebene Therapieumfang im Rahmen des KOG-Pilotprojektes scheint wesentlich zu gering, um hier eine nachhaltige Änderung herbeiführen zu können. Auf Basis der Daten scheint als Konsequenz nicht ein Ausschluss der Patientinnen von den Therapieprogrammen wünschenswert, sondern eine umfassendere Betreuung, die auch die spezifischen Bedürfnisse von Personen, die sich aufgrund ihrer Situation zu einem Pensionsantrag entscheiden, erfassen kann. Weiterführende Forschungsarbeiten sind jedoch sicher erforderlich, um hier genauere Aussagen treffen zu können.

Diskussion

Beim vorgestellten Rehabilitationsangebot für chronische Schmerzpatientinnen handelt es sich um ein multimodales Gruppenprogramm mit psychotherapeutischem Schwerpunkt. Die psychotherapeutische Ausrichtung ist klientenzentriert. Die vorliegende Arbeit ist ein Praxisbericht über Erfahrungen und Ergebnisse eines 2-jährigen Pilotprojekts.

Der Auftrag zur Implementierung eines Schmerztherapieprogramms sowie die Rahmenbedingungen waren von der Institution vorgegeben. Es war ein Anliegen, die Möglichkeit zu nutzen, inhaltlich in Anlehnung an die klientenzentrierte Gruppentradition zu arbeiten. Kern des Therapieangebots bildete die geschlossene psychotherapeutische Gruppe. Auch wenn es sich um eine themenzentrierte Gruppe mit Integration semistrukturierter Elemente handelte, bildete ein klientenzentriertes Vorgehen bei sämtlichen Therapiebausteinen die Basis.

Die Praxiserfahrungen gestalteten sich sehr positiv. Veränderungsprozesse konnten in vielen Aspekten sichtbar angestoßen und von den Patientinnen deutlich wahrgenommen werden.

Das Ergebnis der vorliegenden Evaluation zeigt, dass die „Körperorientierte Gruppentherapie KOG“ über alle schmerzbezogenen Fragebogenverfahren hinweg zu statistisch signifikanten Verbesserungen hinsichtlich des Schmerzgeschehens führt. Das Andauern der Erfolge über die Nachuntersuchungszeit bei den untersuchten Daten lässt von einer kurz- als auch längerfristig positiven Wirksamkeit des nur 3-monatigen Therapieprogramms ausgehen. Die Kombination aus klientenzentrierter Psychotherapie und klientenzentriert begleitetem aktivem körperlichen Training stellt demnach vergleichbar mit etablierten multimodalen Ansätzen eine vielversprechende Therapieoption dar.

In Summe lassen diese Ergebnisse den Schluss zu, dass das Therapieprogramm bei chronischen Schmerzpatientinnen wirksam ist und nachhaltige Verbesserungen initiieren kann. Die inhaltliche Konzeptionierung der KOG ist damit als sinnhafte therapeutische Maßnahme anzusehen. Aufgrund des eng limitierten Therapieumfangs bleiben die Effekte in begrenztem Rahmen. Das Ausmaß der Veränderungen hat jedoch bei zahlreichen Kriterien klinische Relevanz (vgl. Brandstätter, 2009). Deutlichere Veränderungen in den einzelnen Parametern wären wünschenswert. Dies scheint durch einen Ausbau der KOG zu einem umfassenderen Therapieangebot durchaus realistisch erreichbar.

Ein erster wesentlicher Schritt in diese Richtung wurde bereits in unserer Institution gesetzt. Auf Basis der positiven Ergebnisse des Pilotprojekts wurde das Therapieangebot bereits zu einem umfassenden Phase-II-Rehabilitationsangebot ausgebaut und mit Jänner 2013 implementiert. Chronischen

Schmerzpatientinnen kann damit eine deutlich erweiterte Rehabilitationsmaßnahme mit humanistischer Ausrichtung angeboten werden. Eine begleitende Evaluierung ist vorgesehen.

Eine erste Etablierung eines klientenzentrierten Behandlungsangebotes im medizinischen Rehabilitationsbereich ist damit gut gelungen.

Literatur

- Arbeitskreis PISO (Hrsg.) (2011). *Somatoforme Störungen: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PISO)*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Basler, H. D. & Kröner-Herwig, B. (Hrsg.) (1998). *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen*. München: Quintessenz.
- Brähler, E., Hinze, E. & Scheer, J. W. (2008). *GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen GBB24* (3. überarb., neu normierte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber
- Brandstätter, S. (2009). *Rückenleiden. Gesund werden – Gesund bleiben*. Band 2. Buchreihe des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger: Holzhausen-Verlag.
- Breitenborn, C. (2006). Chronischer Schmerz. In Schmidt, E. (Hrsg.), *Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie* (S.179–195). Stuttgart: Schattauer.
- Deutsche Schmerzgesellschaft (2011). *Deutscher Schmerzfragebogen DSF. Version 2011*. Verfügbar unter: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/März_2011.
- Deutsche Schmerzgesellschaft (2012). *Deutscher Schmerzfragebogen DSF. Version 2012.2 – April 2012*. Verfügbar unter: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/12_DS_F_Anamnese_Muster_2012.2.pdf [Juli 2012].
- Dillmann U., Nilges P., Saile H., Gerbershagen H. U. (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz* 8, 100–110.
- Egendorf, A. (1995). Hearing people through their pain. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 5–28.
- Flor, H. (1991). *Fragebogen zu Schmerzselbstinstruktionen FSS*. In: Psychobiologie des Schmerzes. Bern: Verlag Hans Huber.
- Flor, H., Fydrich, T. & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49, 221–230.
- Geiser, Ch. (2010). Moments of Movement: Carrying Forward Structure-Bound Processes in Work with Clients Suffering from Chronic Pain. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies PCEP Journal*, Vol. 9 (2), 95–106. Verfügbar unter: <http://christianegeiser.ch/texte/fachtexte/aktuelle-artikel> [Jänner 2013].
- Geissner, E. (2001). *Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung FESV*. Göttingen: Hogrefe.
- Gerbershagen, H. U., Korb, J., Nagel, B. & Nilges, P., DRK-Schmerz Zentrum Mainz (2012). *Mainzer Chronifizierungsstadium – Mainz Pain Staging Scale, MPSS*. Verfügbar unter: http://www.drk-schmerz-zentrum.de/drktg.de/mz/pdf/downloads/mpss_testanweisungen.pdf [August 2012].
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., Snaith, R. P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-D*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hildebrandt, J., Müller, G. & Pflugsten, M. (2004). Gesamtmanagement. In Hildebrandt, J., Müller, G., Pflugsten, M. (Hrsg.), *Die Lendenwirbelsäule* (S.691–708). München: Urban & Fischer.
- Hildebrandt, J., Pflugsten & M., Franz, C., Saur, P. & Seeger, D. (1996). Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP) – ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Teil 1. *Schmerz*, 10, 190–203.
- Hinterkopf, E. (2010). An integrated approach to processing aging and pain. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, Vol. 22 (1), 130–138.
- Huge, V., Schloderer, U., Steinberger, M., Wuenschmann, B., Schöps, P., Beyer, A., Shahnaz, C. (2006). Impact of a Functional Restoration Program on Pain and Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain. *Pain Med*, 7 (6), 501–508.
- Hüppe, A. & Raspe, H. (2004). Konzepte und Modelle zur Chronifizierung von Rückenschmerzen. In Hildebrandt J., Müller G., Pflugsten M. (Hrsg.), *Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen* (S.328–40). München: Urban & Fischer.
- Hüppe, A & Raspe, H. (2005). Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation*, 44 (1), 24–33.
- Hüppe, M., Scharfenstein, A. & Fritsche, G. (2007). Fort- und Weiterbildung: Spezielle Schmerzpsychotherapie. In Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie – Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S.703–708). Heidelberg: Springer.
- Janson, E. E. (2009). Chronische Rückenschmerzen. In Waibel, M. J. & Jacob-Krieger, C. (Hrsg.), *Integrative Bewegungstherapie: Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis* (S.203–214). Stuttgart: Schattauer.
- Kohlmann T. & Raspe H. H. (1994). Funktionsfragebogen Hannover bei Rückenschmerz FFBH-R. Die patientennahe Diagnostik von Funktionseinschränkungen im Alltag. *Psychomed* 6, 21–17. Verfügbar unter: <http://www.schmerz-zentrum.de/eqa/scales/scales.htm> [Jänner 2010].
- Kopp, D. (2008). *Der Einfluß von Focusing auf das Schmerzerleben von chronischen Schmerzpatienten: Eine Evaluationsstudie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Focusing Gesellschaft und der AOK Gesundheitskasse*. Diplomarbeit: Grin Verlag.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2007). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In Kröner-Herwig B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie – Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S.541–564). Heidelberg: Springer.
- Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R. & Nilges, P. (2007). *Schmerzpsychotherapie – Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (6. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Lang, E., Eisele, R., Jankowsky, H., Kastner, S., Liebig, K., Martus, P. & Neundörfer, B. (2000). Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Der Schmerz*, 3, 146–160.
- Lietaer, G. (2002). The United Colours of Person-Centered and Experiential Psychotherapies, *PCEP* 1, 4–13.
- Machado, L., Azevedo, D., Capanema, M., Neto, T., Cerceau, D. (2007). Client-Centered Therapy vs Exercise Therapy for Chronic Low Back Pain: A Pilot Randomized Controlled Trial in Brazil. *Pain Medicine*, 8 (3), 251–258.
- Macke-Bruck, B. (2006). Nicht-enden-wollender Schmerz. Personzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliativ Care Team. *Person*, 10 (1), 43–54.
- Morfeld M., Kirchberger I., Bullinger M. (2011). SF-36 – *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (2. erg. überarb. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Müller, D & Feuerstein, H. J. (1999). Chronic physical pain. Your body knows the answer? *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*, 18 (1), 96–107.
- Müller, D. & Feuerstein, H. J (2000). Chronische körperliche Schmerzen: dein Körper weiß die Antwort? In Feuerstein, H. J., Müller, D. & Weiser Cornell, A. (Hrsg.), *Focusing im Prozess* (S.265–287). Köln: GwG-Verlag.
- Neubauer, E., Zahlten-Hinguranage, A., Schiltenswolf, M. & Buchner, M. (2006). Multimodale Therapie bei chronischem HWS- und LWS-Schmerz. *Schmerz*, 20, 210–218.
- Nilges, P. & Rief, W. (2010). F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine Kodierhilfe. *Der Schmerz*, 3, 209–212.

- NVL – Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (August 2011, Version 1.2). In Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.), *Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung*. AWMF-Register: nvl/007. Verfügbar unter: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>
- Pfingsten, M. (2001). Multimodale Verfahren – auf die Mischung kommt es an! *Schmerz*, 15, 492–498.
- Schickel, S. & Henningsen, P. (2010). Begutachtung von somatoformen Störungen. *Psychotherapeut*, 5, 409–414.
- Schütze, A., Kaiser, U., Ettrich, U., Große, K., Goßrau, G., Schiller, M., Pöhlmann, K., Brannasch, K., Scharnagel, R. & Sabatowski, R. (2009). Evaluation einer multimodalen Schmerztherapie am Universitäts-SchmerzCentrum Dresden. *Schmerz*, 6, 609–617.
- Wachter, M. (2012). *Chronische Schmerzen*. Berlin: Springer.
- Waddell, G. (2004). *The back pain revolution* (2nd edition). United Kingdom: Churchill Livingstone.

Werden wollen, wer man wirklich ist

Transsexualität als konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz – ein personenzentrierter Standpunkt

Cornelia Kunert

Wien, Österreich

Die Diagnose Transsexualität F 64.0 rangiert im ICD 10 unter den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Demgemäß wurden aus psychiatrischer Sicht im Laufe der vergangenen Jahrzehnte transsexuellen Menschen auf grob verallgemeinernde Weise und ohne jede Evidenzbasierung psychische Störungen, wie etwa Psychosen oder Borderline Störungen, aber auch oft charakterliche Defizite unterstellt.

Die genetisch-neurologischen Forschungsergebnisse der letzten 10–15 Jahre zeigen jedoch, dass es eine biologisch veranlagte Besonderheit des Gehirns gibt, die für das Identitätsempfinden transsexueller Menschen verantwortlich ist. Aus dieser Sicht erscheint die Transsexualität nicht als eine psychische Störung, sondern vielmehr als eine „genetische Variation der Geschlechtsentwicklung“ – als „eine Variante im Grenzgebiet von Genetik, Biologie und Neurowissenschaft bzw. Neuropsychologie“ (Haupt, 2012, S. 8).

Im November 2011 erschienen unter dem Titel „Transsexualität“ die sog. „Altdorfer Empfehlungen“ von Horst-Jörg Haupt, ein medizinisch-neurologisches Positionspapier, welches eine Fülle neurobiologischer Erkenntnisse zusammenfasst und zur Grundlage eines nicht pathologisierenden Case-Managements bei Transsexualität macht.

Ergänzend dazu kann auch von Seiten der Personzentrierten Psychotherapie und der personzentrierten Persönlichkeitstheorie diese Sicht auf den transsexuellen Prozess als einer gesunden Entwicklung (im Sinne zunehmender Kongruenz) unterstützt werden – was im Folgenden versucht wird.

Schlüsselwörter: Transsexualität, Pathologisierung, konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz, Kongruenzdynamik, Aktualisierungstendenz, Phänomenologie, Hirnforschung.

Wanting to become who you really are. Transsexuality as constitutional incongruence — a person-centered point of view. The diagnosis Transsexuality (Gender-Identity-Disorder) ranks in the ICD 10 among the personality behavioral disorders. Accordingly in the past decades the transsexual people, seen from the psychiatric view — generalising but without any evidencial based facts — were not only supposed to have mental disorders as psychoses or borderline disorder but also weakness of character.

The genetic-neurological research results of the last 10–15 years show, that there is a biological disposition of the brain, which is responsible for the gender identity. From this view transsexuality does not appear as a mental disorder, but as a “Genetic Variation in Sex Development” — as a “variation in the field of genetics, biology and neuroscience and neuropsychology” (Haupt, 2012, S. 8, translation by the author). In November 2011 Horst-Jörg Haupt published a medical-neurological positional paper titled “Transsexuality”, the so called “Altdorfer Empfehlungen”. This paper gives a résumé of a lot of neurological findings which bases a non pathological-orientated Case-Management for Transsexuality. The following tries to support this view on the transsexual process as personal growth (within the meaning of increasing congruence) from person-centered psychotherapy and the person-centered theory of the self.

Keywords: Transsexuality (Gender-Identity-Disorder), pathologization, Constitutional Incongruence of Gender, Congruence, Actualizing tendency, brain research.

Mag^a. Cornelia Kunert, geb. 1957, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis seit 1988, Personzentrierte Psychotherapeutin, Existenzanalytikerin, Supervisorin. Weiterbildung in Hypnotherapie n. M. Erickson. Mitglied

im Expert/innenteam für Transidentität des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP). kunert@utanet.at

Da über das sehr komplexe Thema der Transsexualität auch in psychotherapeutisch-psychologischen Fachkreisen wenig als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann, ist die Schwierigkeit, etwas so Spezifisches wie die Frage ihrer Krankheitswertigkeit zu diskutieren, evident. Es gibt bei diesem Thema neurobiologische, medizinische, psychologische, rechtliche und sozialwissenschaftliche Implikationen zuhauf und manchmal erscheint dieses Gebiet wie eine Kampfzone kontroverser Meinungen insbesondere bezüglich der Krankheitswertigkeit und der Indikation für geschlechtsverändernde medizinische Maßnahmen. Die Erkenntnisse der Hirnforschung in den letzten Jahren haben beim Thema Transsexualität zu einem so radikalen Umdenken beigetragen, dass es daher nicht unterbleiben sollte, die Schlussfolgerungen für die psychotherapeutische Arbeit daraus zu ziehen und aus der psychotherapeutischen Theorie und Praxis das zu bestätigen, was bestätigt werden kann.

Dies wird jedoch aus Platzgründen so gerafft geschehen müssen, dass wahrscheinlich viele Fragen aufgeworfen werden, die hier unbeantwortet bleiben müssen.¹

Ein Schlaglicht auf die Transsexualität

Viele transsexuelle Menschen² haben unterschiedlich lange und unterschiedlich stark die unveränderbare Überzeugung „im falschen Körper“ zu sein. Das führt in vielen Fällen dazu, dass früher oder später Schritte unternommen werden, um den Körper und die gelebte soziale Rolle der erlebten Geschlechtsidentität anzugleichen. Meist ist dieser Prozess mühsam und langwierig. Obwohl während dieser Zeit für die Betroffenen denkbar unangenehme soziale Veränderungen geschehen und sie von Verlusterlebnissen begleitet sind, wird dies alles in Kauf genommen, weil dieser Prozess als Befreiung und Harmonisierung erlebt wird. In einer Phase der Hormonsubstitution und dem Beginn des Lebens im Identitätsgeschlecht wird erprobt, ob dieser Anpassungsprozess tatsächlich trotz aller Schwierigkeiten zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Danach – im Abstand von etwa 2 Jahren – folgen für viele Transsexuelle weitere folgenschwere chirurgische Maßnahmen um die körperliche Identität der erlebten anzugleichen. Obwohl alle diese Maßnahmen der Angleichung unterschiedlich erfolgreich und zudem irreversibel sind, das Leben der betreffenden Personen

Verlusten und Gefahren aussetzt, werden diese Schritte nur von etwa 0,4 Prozent der Transsexuellen im Nachhinein bereut (vgl. Hartmann & Becker, 2002, S. 96). Der transsexuelle Prozess wird idealerweise psychotherapeutisch i. S. eines Case-Managements begleitet und koordiniert. Gleichzeitig wird vor jedem medizinisch irreversiblen Schritt mehrfach befundet, um (prä-)psychotische Erkrankungen, schwere bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Dysmorphophobie oder eine von außen induzierte soziogene Geschlechtsdysphorie auszuschließen.

Die Prävalenz für Transsexualität liegt grob gerechnet insgesamt bei 1:10–40.000 (vgl. Rauchfleisch, 2006, S. 12).

Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts hat man ärztlicherseits begonnen, statt einer mehr oder weniger gewaltsamen „Umstimmung“ Transsexueller durch psychiatrische Behandlung, Psychotherapie und anderer Zwangsmaßnahmen, dem Drängen nach Geschlechtsveränderung Zug um Zug nachzugeben und entsprechende medizinische und rechtliche Prozeduren etabliert, um das, was davor noch als Abartigkeit und sittlicher Verfall gegolten hat, in überschaubarere, einem medizinischen Management zugängliche Bahnen zu lenken.

Vorreiter waren Holland (u. a. Gooren, 2011) und die USA (u. a. Benjamin, 1966). In vielen Ländern, insbesondere der westlichen Welt, gelten heute „Standards of Care“ (WPATH, 2011) für die Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen. Die personenstandsrechtliche Anerkennung im Identitätsgeschlecht ist in den meisten europäischen Staaten gesetzlich geregelt. Die Behandlung wird teilweise von Krankenkassen übernommen.

Begriffsbestimmungen

Transsexualität bezeichnet nach dem ICD 10 (F64.0) den „Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit Unbehagen oder dem Gefühl der Nichtzugehörigkeit zum eigenen anatomischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen“ (vgl. Dilling et al., 1999, S. 226).

„Aus neurowissenschaftlicher Sicht ist Transsexualität nicht als psychische Störung anzusehen, sondern als Variation im Grenzgebiet von Genetik, Biologie und Neurowissenschaft bzw. Neuropsychologie mit einer Leiden verursachenden Symptomatik“ (Haupt, 2012, S. 8).

Transidentität wird zunehmend synonym mit Transsexualität gebraucht. Ich verwende den (alten) Begriff Transsexualität, weil die Identität oftmals gar nicht dem Transprozess unterliegt, sondern das körperliche Geschlecht (Sexus) wird transformiert.

Transsexuelle Frauen sind Mann zu Frau Transsexuelle (MzF).

Transsexuelle Männer sind Frau zu Mann Transsexuelle (FzM).

Hormonersatztherapie bezeichnet die meist lebenslange Gabe von Sexualhormonen entsprechend dem zerebralen Geschlecht. Diese Therapie

1 Eine Fülle von Insider-Information zum Thema bietet die Website des Vereins Transx <http://www.transx.at/> und die Website von Lynn Conway <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/conway.html>

2 Hinweis: Um den Forderungen im Hinblick auf eine geschlechtlich nicht diskriminierende Schreibweise zu genügen und kein Binnen-I zu verwenden, weise ich darauf hin, dass im folgenden Text im allgemeinen Fall die weibliche Schreibweise gewählt wird, aber damit sowohl Frauen als auch Männer gemeint sind.

bewirkt neben einer starken emotionalen Harmonisierung auch eine Veränderung der Körperformen (shaping).

Geschlechtsangleichende Operation (GAOP): Nach mindestens einem Jahr Hormontherapie können durch einen oder mehrere operative Eingriffe die äußeren Geschlechtsmerkmale an das Identitätsgeschlecht angeglichen werden. Die Standards orientieren sich sowohl am ästhetischen als auch funktionalen Ergebnis (Kohabitationsfähigkeit, Orgasmusfähigkeit). Die Operationen bewirken dauerhafte Unfruchtbarkeit.

Transvestitismus und Cross-Dressing nach ICD 10 (F 64.1) bezeichnet ein vorübergehendes Übernehmen der gegengeschlechtlichen Rolle durch Verhalten und Kleidung. Es wird vom **fetischistischen Transvestitismus** (F 65.1) abgegrenzt.

Transgender ist der Überbegriff für Personen, die – aus welchen Gründen auch immer – die Geschlechtergrenzen überschreiten. Manchmal wird die bestehende Geschlechterdichotomie auch aus politisch-sozio-kulturellen Gründen agitatorisch bestritten, indem sich eine Person äußerlich der geschlechtlichen Eindeutigkeit entzieht.

Intersexualität besteht, wenn Menschen genetisch und/oder anatomisch nicht eindeutig einem Geschlecht zugeordnet werden können.

Die „klassische“ Pathologisierung

In seinem 1995 erschienenen Buch „Geschlechtswechsel“ stellt der Sexualforscher Volkmar Sigusch eine Frage, die ihn über Jahre der Arbeit mit transsexuellen Menschen beschäftigt habe: „...ob wir überhaupt berechtigt sind, den Transsexualismus als Krankheit zu betrachten, ob wir nicht wie unsere Vorgänger eine Minderheit pathologisieren, weil uns deren Begehren so unverständlich ist“ (Sigusch, 1995, S. 61).

Seit dem Erscheinen der „Psychopathia Sexualis“ (Krafft-Ebbing, 1894) lastete der pathologisierende und diffamierende Blick der Medizin auf den Transsexuellen und stigmatisierte sie als schwer gestört. Sigusch fasst diese historische Tatsache zusammen, indem er festhält, „... daß der Transsexualismus im Laufe der Jahre beinahe allen bereitstehenden Krankheitseinheiten mehr oder weniger bündig zugeordnet worden ist – Psychosen, Neurosen, Borderline-Strukturen, Fetischismus, Masochismus, Homosexualität ...“ (Sigusch, 1995, S. 117).

Von „Anomalität“ (Mitscherlich, 1950, zit. nach Töpfer, 2012, S. 14), „Degenerationszuständen“, „Schwachsinn, moralisches Irresein“ (Krafft-Ebbing, zit. nach Sigusch, 1995, S. 89), „paranoide sexuelle Metamorphose“ (Krafft-Ebbing, zit. nach Roudinesco & Plon, 2004, S. 1022), einer schweren Perversion, Psychose oder gar vom „lächerlichen Mummenschanz“, wie ein Psychiater es 1950 ausdrückte (Kranz, zit. nach Töpfer, 2012, S. 58), wird heute im psychotherapeutischen Kontext nur mehr selten gesprochen. – (Wenn, dann nur unter vorgehaltener Hand.)

Wohingegen von Borderline-Störung, Perversion, „psychotische Identifikation mit der idealen Frau“ und „perverse Identitätsstörung“ (Roudinesco & Plon, 2004, S. 1023f.) in Bezug auf Transsexualität auch heute noch häufig zu lesen ist.

Von psychoanalytischer Seite wird der „transsexuelle Wunsch“ oft als zwar überlebensnotwendige aber neurotische Abwehrformation oder als narzisstische Projektion gesehen. Die psychoanalytische Deutung versteht in einer kruden Erklärung die Kastrationsangst als abgewehrt durch die tatsächliche Kastration [sic!] und sieht den sexuellen Trieb geopfert, um den Narzissmus zu schützen (vgl. Hartmann & Becker, 2002, S. 48).

Sigusch bezeichnete noch Mitte der 1990er Jahre Transsexuelle symptomatisch als „affektlos, starr, untangierbar und kompromißlos, egozentrisch, demonstrativ und nötigend, dranghaft besessen und eingeengt, merkwürdig uniform, normiert, durchtypisiert ...“ usw. (1995, S. 91). Kurz danach hat er selbst allerdings dankenswerterweise zugegeben, dass er sich in der Formulierung dieser Leitsymptome „recht unkritisch an jene klassische deutsche Psychiatrie angeschlossen“ habe, die „auffällige und kranke Menschen herabsetzte“ (ebd.).

Die Aufzählung waghalsiger Pathologisierungen und psychodynamischer und psychoanalytischer Deutungen der Genese des Phänomens Transsexualität ließe sich noch lange fortsetzen und doch entbehren sie allesamt einer notwendigen Evidenzbasierung um allgemeine Gültigkeit zu beanspruchen. „Eine evidenzbasierte Diagnostik der Gender Identity Disorder, Gender Dysphoria oder des ‚Transsexualismus‘ ist angesichts des Fehlens entsprechender Studien nicht möglich. Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur bezüglich Transsexualität bisher keine Diskussionen über ein angemessenes Konzept von evidenzbasierter Medizin“ (Haupt, 2012, S. 9). Allein schon unter diesem Gesichtspunkt erscheint die breitgefächerte und beliebig anmutende Deutungsvielfalt in Richtung Persönlichkeitsstörung und Psychose überaus fragwürdig und überzogen. Vielleicht lässt sich diese Tendenz in der Medizin und Psychotherapie aber auch daraus verstehen, dass das Phänomen Transsexualität mit dem Wunsch nach chirurgischen Eingriffen am gesunden Körper etwas zutiefst Beunruhigendes hat. „Medizin und Rechtsprechung haben durch ihr Entgegenkommen das transsexuelle Verlangen weitgehend unter ihre Kontrolle gebracht, nicht zuletzt im Interesse der Aufrechterhaltung der traditionellen Geschlechterordnung“, schreibt die Psychoanalytikerin Sophinette Becker (2004, zit. nach Haupt, 2011a, S. 4).

Die Medizin und die Psychiatrie hatten dem Drängen der transsexuellen Menschen nachgegeben und sich damit auf etwas eingelassen, was viele ethische, soziale, juristische und technische Fragen aufwirft. Sie mussten auch erkennen, dass die Zahl der Menschen, die geschlechtsverändernde Maßnahmen wünschen, weitaus größer ist, als man dachte. In Österreich finden nach der Aussage eines mir bekannten Chirurgen schätzungsweise 30–40 geschlechtsangleichende chirurgische Eingriffe pro Jahr statt. Ich habe in einer Expertenrunde einen Psychiater sagen hören, er habe Angst, mit der zur Zeit in mehreren Ländern bereits stattfindenden Genehmigung einer

Hormontherapie bei Jugendlichen (mit gesicherter Diagnose Transsexualität) werde die ‚Büchse der Pandora‘ geöffnet. Diese Aussage scheint mir bezeichnend für das Unbehagen derer, die meinen, man dürfe Gott nicht ins Handwerk pfuschen, aber nicht davor zurückschrecken würden, sich einen Herzschrittmacher implantieren zu lassen.

Das Umdenken aus der Erfahrung

Es ist eine heute allgemein anerkannte Tatsache, dass Transsexuelle weder durch drohende Bestrafung noch durch Psychotherapie oder psychiatrische Behandlung von ihrer inneren Gewissheit, einem bestimmten Geschlecht anzugehören, abgebracht werden können. Vielmehr kann das Leiden nur dadurch erfolgreich „therapiert“ werden, dass der Weg ins Identitätsgeschlecht für die Betroffenen sozial, medizinisch und rechtlich geebnet wird.

Von psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite wurde diese Haltung erstmals 1950 (!) vom Daseisanalytiker Medard Boss eingenommen, der auf einer psychiatrischen Tagung in Badenweiler über eine transsexuelle Frau berichtet hat, bei der er nach einer 50-stündigen Psychotherapie eine chirurgische Geschlechtsanpassung (nach den damaligen medizinischen Möglichkeiten) empfohlen hat, weil er zu dem Schluss gekommen war, dass es sich aus **phänomenologischer Sicht** um ein „*konstitutionelles Missverhältnis* zwischen körperlicher und seelischer Beschaffenheit handelte“ (Boss, zit. nach Töpfer, 2012, S. 26). Die Operation sah Boss als die einzige Möglichkeit für diese Person, „*seine Art des Selbst-Sein-Könnens*“ (Boss, zit. nach Töpfer, 2012, S. 26) zu verwirklichen und Selbstverstümmelung oder Suizid hintanzuhalten. Diese Vorgangsweise löste teilweise starke Enttäuschung bei den anwesenden Psychiatern aus, und Mitscherlich sah sich veranlasst, an 24 Kollegen (unter anderem C. G. Jung) einen Brief mit der Bitte um Stellungnahme zu dem von Boss vorgestellten Fall zu versenden. Die sehr kontroversen Kommentare und Reaktionen sind als Boss-Mitscherlich-Kontroverse in die Psychiatriegeschichte eingegangen.

In den folgenden Jahrzehnten hat sich sowohl in den USA als auch in Europa langsam aber kontinuierlich eine Behandlung durchgesetzt, die den transsexuellen Personen ein Leben im Identitätsgeschlecht ermöglichen soll. Man kann sagen, dass dies letztlich auf das unaufhörliche Drängen der Menschen selbst zurückzuführen ist, die sich mit innerer Gewissheit dem empfundenen Geschlecht zugehörig fühlten. Nur widerwillig und langsam hat die Medizin und die Psychotherapie diesem Drängen nachgegeben und sich dafür wie zur Rechtfertigung für ihre „Beihilfe“ an diesem skandalösen Unterfangen, der schwersten Pathologisierung bedient, die zu haben waren.

Auch in dem 2002 erschienenen Buch von Hartmann und Becker, das insgesamt in einer sehr pathologisierenden und sogar transphoben Weise das Thema „Geschlechtsidentitätsstörungen“ behandelt (z. B. werden transsexuelle Frauen durchgehend als Männer bezeichnet – auch noch nach einer GAOP), müssen die Autoren dann im Kapitel über die Ursachen eingestehen: „die Ätiologie des Transsexualismus ist nach wie vor ungeklärt“ (Hartmann & Becker, 2002, S. 25). Es scheint, dass sich in diesem Vakuum des Ungeklärtseins die pathologisierenden Deutungen besonders leicht ausbreiten konnten. Die Versuche, das Rätsel der Transsexualität durch psychodynamische Schlussfolgerungen zu lösen, sind allesamt unbestätigte Postulate geblieben (vgl. Sigusch, 1995, S. 66).

Versuche einer korrektiven Therapie, die die Transsexualität zum Verschwinden bringen sollte, hat es in der Vergangenheit gegeben und gibt es vereinzelt noch heute, sie können aber insgesamt als gescheitert betrachtet werden. Es finden sich dazu in der wissenschaftlichen Literatur auch nur wenige Belege und keinerlei Erfolgsstatistik. Das verwundert nicht, wenn man weiß, wie ein transsexueller Mensch reagiert, wenn seine Geschlechtsidentität in Zweifel gezogen wird, nachdem er einmal begonnen hat, sich innerlich dazu zu bekennen. Ein Abbruch eines derartigen „Therapieversuchs“ wäre zweifellos die unmittelbare Folge. Daher ist nach derzeitigem State-of-the-Art der Behandlung eine „Umstimmung“ oder der therapeutische Versuch, die zugewiesene Geschlechtsidentität wieder annehmbar zu machen, weder ein ausgesprochenes noch ein verborgenes Therapieziel.

Seit die behandelnden Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen in den letzten Jahren begonnen haben, ihre theoriegeleitete und unphänomenologische Deutungshoheit über die „Krankheit“ Transsexualität etwas zurückzunehmen und ihre methodenspezifischen Scheuklappen abzulegen, wird der Blick aus der Erfahrung mit den Transsexuellen selbst klarer. Dann zeigt sich nämlich ein ganz anderes – ein nichtpathologisches – Bild:

Aus seiner 30-jährigen Arbeit mit transsexuellen Menschen unter anderem an der psychiatrischen Universitätsklinik Basel resümiert der Psychoanalytiker Rauchfleisch: „Nach meiner heutigen Auffassung können wir Transsexualismus nicht als eine Störung der Geschlechtsidentität betrachten, sondern müssen sie als Normvariante ansehen, die in sich, wie alle sexuellen Orientierungen, das ganze Spektrum von psychischer Gesundheit bis Krankheit enthält“ (2006, S. 22) und „Aufgrund meiner Erfahrung mit transidenten Menschen gehe ich heute davon aus, dass die Transidentität wie die sexuellen Orientierungen ... in keinem Zusammenhang mit wie auch immer gearteten psychischen Störungen steht“ (ebd., S. 48).

Auch Sigusch, ehemaliger Direktor des Instituts für Sexualwissenschaft des Universitätsklinikums Frankfurt, will nun

dazu beitragen, dass es seinen Kollegen leichter fällt, „die un-abstellbaren Mechanismen der Pathologisierung des Transsexualismus und der Transsexuellen zu durchschauen“ (1995, S. 80). Es sei der „nosomorphe Blick“ der psychologischen Medizin, der zu der „Unsitte“ geführt habe, „alles Anstößige und Unverständliche zu psychopathologisieren“ (ebd.).

Rauchfleisch spricht von einem **Paradigmenwechsel**, der dadurch bedingt ist, „...daß wir heute eine weitaus grössere Zahl transsexueller Frauen und Männer kennen als in früheren Jahren. ... Dadurch haben wir ein wesentlich differenzierteres Bild gewonnen und haben erkannt, dass wir längst nicht bei allen diesen Menschen, vielleicht nur bei einem verschwindend kleinen Teil, Zeichen einer wie auch immer gearteten Psychopathologie feststellen können“ (2006, S. 21).

Doch nicht nur die Sexualforscher haben ihre Meinung geändert. Auch in der Öffentlichkeit gelten Transsexuelle nicht mehr als exotische Außenseiterinnen. Man ist meist selbst schon einem transsexuellen Menschen im Alltag begegnet und somit immerhin soweit aufgeklärt, dass man es dabei nicht mit einem „modernen Mutanten“ und „Dinosaurier der Postmoderne“ zu tun hat, wie Runte (1992, S. 4) in ihrer als wissenschaftliche Abhandlung getarnten Spottschrift *Transsexuelle* offen bezeichnet.

Das Thema Transsexualität bzw. Transgender ist in den vergangenen Jahren stärker im Bewusstsein der Informationskonsumentinnen als je zuvor. Sowohl Gerichte, Kommissionen, Ärztinnen, Psychotherapeutinnen als auch Jurymitglieder oder Lehrerinnen sind zunehmend damit konfrontiert. Schicksale erscheinen in Buchform oder als *biopic* im Fernsehen. Transgenderpersonen, die es in allen Berufs- und Bevölkerungsschichten gibt, tragen selbst dazu bei, stärker präsent zu sein. Es werden Kongresse organisiert, Informationsveranstaltungen, Kampagnen und Selbsthilfegruppen abgehalten, unzählige Webseiten betrieben usw. Wenn man will, dann kann man auf youtube gemütlich dabei zusehen, wie sich ein Gesicht im Zeitraffer durch den Einfluss von Steroidhormonen von männlich zu weiblich oder umgekehrt verändert. Man zeigt selbstbewusst das her, was früher niemand wissen durfte, wollte man nicht Beruf, Ansehen, Freunde – kurz alle sozialen Ressourcen – verlieren. Heute wird von vielen Menschen, die sonst nicht mit dem Phänomen Transsexualität bewusst in Berührung gekommen sind, verstanden, dass es sich dabei weder um eine sexuelle Perversion noch um eine provokante Agitation handelt. Vielen ist heute klar, dass ein schicksalhaftes Ringen um eine Lebensmöglichkeit der Grund ist, der transsexuelle Menschen dazu bewegt, zu behaupten dem jeweils anderen Geschlecht anzugehören, als dem bei ihrer Geburt zugewiesenen. Die Transsexuellen selbst sind nicht bizarre Figuren oder werden der Prostitution zugeordnet, sondern leben als gleichwertige Angehörige der Gesellschaft und

üben dieselben Berufe aus wie alle anderen auch, ob als Medizinerin oder Mediziner, Juristin oder Jurist, Arbeiterin oder Arbeiter, Künstlerin oder Künstler, Psychologin oder Psychologe, Angestellte oder Angestellter, Arbeitslose oder Arbeitsloser ... – erkannt oder unerkannt, Frau oder Mann (oder dazwischen).

Der Kommissar für Menschenrechte des Europarats kritisierte 2009 die durch die Klassifikationssysteme bestehende Zuordnung von Transsexuellen als psychisch gestört und sieht darin eine Einschränkung der Menschenrechte (vgl. Hammarberg, 2009).

Auf einem Vortrag in Strassburg vertrat der Health and Human Rights Advisor der WHO, Frau Nygren-Krug, diese Linie und äußerte sich besorgt darüber, dass Transsexualität nach wie vor als psychische Krankheit im Diagnoseschema ICD geführt wird: „Although homosexuality is no longer included, other issues that may concern us remain, such as transsexualität as a mental disorder“ (vgl. Haupt, 2011b, S. 3 f.). Diesen bemerkenswerten Stellungnahmen wird allerdings in der gängigen Behandlungspraxis noch kaum Rechnung getragen und es bleibt abzuwarten wie Transsexualität im ICD 11 (voraussichtlich 2015) verschlüsselt werden wird.

Neue Erkenntnisse der Hirnforschung

Nicht nur die Erfahrungen der Praxis und der phänomenologische Blick haben bei manchen Expertinnen zu einem Umdenken bezüglich der Krankheitswertigkeit der Transsexualität geführt, auch neuere Befunde aus der Hirnforschung belegen nun, dass es sich nicht um eine psychische Störung handelt.

Die zunehmende Bedeutung der Hirnforschung im Zusammenhang mit Psychotherapie und Psychiatrie ist evident. Seit etwas mehr als 10 Jahren wird nun auch das Phänomen Transsexualität naturwissenschaftlich stärker erforscht und es konnten mehrere relevante Befunde dazu erhoben werden, die die psychodynamischen Ätiologien weitgehend ersetzt haben. Hier kann diese Tatsache nur kurz erwähnt werden, so dass eine intensivere Auseinandersetzung damit dem interessierten Leser anhand der Literaturangaben (Zhou et al., 1995; Swaab, 2011; Haupt, 2011a; 2011b; Gooren, 2011; Ecker, 2009; Diamond, 1994; 2002) überlassen bleibt. Es soll auch nicht verschwiegen werden, dass diese Ergebnisse erwartungsgemäß durchaus kontrovers diskutiert werden.

Im Jahre 2009 hielt Sidney Ecker auf der jährlichen Versammlung der American Psychiatric Association ein Referat, in dem er den neurowissenschaftlich-genetischen Forschungsstand zum Thema Transsexualität zusammenfasste. In seiner Schlussfolgerung stellte er fest: „Geschlechtsidentität entsteht

im Gehirn. Bei TransGender Personen wird die normale geschlechtliche Ausdifferenzierung bestimmter hypothalamischer Netzwerke durch die Programmierung des Gehirns in utero verändert, bevor überhaupt der erste Atemzug erfolgt“ (zit. nach Haupt, 2011a, S. 85).

Demnach wäre Transsexualität eine Sache der Biologie und nicht der Psychiatrie und Geschlechtsidentität nur bedingt frei wählbar, sondern hirnanatomisch angelegt.

Der holländische Forscher Dick Swaab, der zusammen mit Louis J. Gooren (vgl. Zhou et al., 1995) das für die Geschlechtsidentität relevante Gehirnareal (Bed Nucleus der Stria Terminalis) identifizieren konnte, schreibt: „Alle Fakten weisen darauf hin, dass Genderprobleme bereits in der Gebärmutter entstehen. Man hat kleine Veränderungen der Gene entdeckt, die an der Wirkung der Hormone auf die Gehirnentwicklung beteiligt sind und auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit von Transsexualität erhöhen. Auch ein abnormaler Hormonspiegel des Kindes in der Gebärmutter oder Medikamente, die eine Mutter während der Schwangerschaft einnimmt und die den Abbau von Geschlechtshormonen hemmen, können die Wahrscheinlichkeit von Transsexualität erhöhen. Die Differenzierung unserer Geschlechtsorgane vollzieht sich in der ersten, die sexuelle Differenzierung unseres Gehirns in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Da diese beiden Prozesse in unterschiedlichen Phasen ablaufen, wird die Theorie vertreten, dass diese Prozesse bei Transsexualität unterschiedlichen [hormonellen, Anm. d. Verf.] Einflüssen unterliegen. Wäre dem so, würde man bei MzF-Transsexuellen weibliche Strukturen in einem männlichen Gehirn erwarten und bei FzM-Transsexuellen das Umgekehrte“ (Swaab, 2011, S. 104). Bestätigung erhielt diese Theorie durch Obduktionen an einem Sample von 6 Gehirnen verstorbener MzF-Transsexueller, was daraufhin in der Zeitschrift *Nature* publiziert wurde (vgl. Zhou et al., 1995).

In den darauffolgenden Jahren haben weitere Studien diese Ergebnisse bestätigt, so dass Milton Diamond, einer der führenden Neurologen beim Thema Intersexualität und Transsexualität, in seiner Arbeit zu dem Schluss kommt: „I maintain that transsexuality is a form of intersex. ... And it is this brain intersexuality that biases the person to assert his or her gender identity“ (Diamond, 1994, zit. nach Haupt, 2011a, S. 20).

Damit ist gemeint, dass es eine zerebral angelegte Geschlechtsidentität gibt, die durch eine Entwicklungsstörung (pränatal) nicht mit dem „peripheren Geschlechtskörper“ (Haupt, 2012, S. 26) übereinstimmt, auf den sie trifft. Ganz plastisch gesprochen stellt sich irgendwann im Laufe des Lebens die Gewissheit ein: „Ich bin männlich, habe aber eine Vagina“, oder „Ich bin weiblich, habe aber einen Penis“. Es handelt sich folglich um eine **konstitutionelle Inkongruenz** zwischen dem Identitätsgefühl und den primären und sekundären

Geschlechtsmerkmalen. Diese wird von den Transsexuellen sehr oft bereits mit etwa 4 Jahren als Irritation wahrgenommen und dann spätestens in der Pubertät als Problem erlebt.

Ich schlage daher für den ICD 11 aus den oben beschriebenen Gründen den Begriff konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz als geeignet für eine diagnostische Bezeichnung außerhalb der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (F60–F69) vor. Denkbar wäre stattdessen eine Einordnung als Entwicklungsstörung (F80–89).

Die Konstitutionelle Geschlechtsinkongruenz aus personenzentrierter Sicht

Zu einer Zeit, als diese hirnanatomischen Fakten noch gar nicht vorlagen, schrieben Pfäfflin und Junge in ihrer großen Sammlung von Abhandlungen und klinischen (Nach-) Untersuchungen zum Thema Transsexualität im Kapitel ‚Ergebnisse und Diskussion‘: „Wer transsexuell war, war es gewissermaßen von seinem Wesen her“ (1992, S. 435). Hier war „vom Wesen her“ sozusagen eine Wiederaufnahme des Ergebnisses, zu dem der Phänomenologe Medard Boss bereits 1950 gekommen war. Nun hat sich aber wie beschrieben die Hirnforschung dieses rätselhaften Phänomens angenommen und versucht, dieses „Wesen“ auf der Landkarte des Gehirns zu verorten und damit die Transsexualität gewissermaßen zu entmythologisieren und dingfest zu machen. Dieses Festmachen an der hirnanatomischen Gegebenheit, am so genannten „Hirngeschlecht“, sollte demnach die Verunsicherung, die das transsexuelle Phänomen seit jeher durch die Infragestellung der dichotomen Geschlechterordnung in der Gesellschaft hervorruft, beruhigen können. Es würde nun weiterhin Frau oder Mann geben, bestimmt vom Zentralorgan Gehirn. Das „Wesen des Menschen“ wird also gewissermaßen in das Gehirn verlegt, um dort dem genetischen Schicksal gänzlich zu unterliegen.

Ein Menschenbild, das aus einer solchen Sicht unter dem Titel „Wir sind unser Gehirn“ (Swaab, 2011) die Person auf das Produkt zerebraler Prozesse reduzieren will, widerspricht aber dem fundamentalen, phänomenologischen Selbstverständnis des Menschen, der sich als selbstverantwortlich i. S. des freien Willens erlebt. Dem personenzentrierten und phänomenologischen Zugang erschließt sich Selbst und Identität immer aus der (Selbst-)Erfahrung innerhalb der Lebenswelt und nicht aus einer neurobiologischen Zuordnung.³

Wenn ich den Menschen anschau und zum phänomenologischen Wesensblick frei werden will, brauche ich die

³ Aus humanistischer Perspektive würde sich hier die Diskussion um Willensfreiheit und materialistischen Determinismus anschließen. Die Frage der Geist-Gehirn-Interaktion ist durch die Erkenntnisse der Hirnforschung zwar gestellt aber durch sie nicht beantwortet.

medizinisch-biologischen Fakten nicht, ja ich darf mich von diesen gar nicht beeinflussen oder in meiner Erkenntnis bestimmen lassen. Schließlich war es bisher auch ein medizinisch-biologisches Faktum, dass der Chromosomensatz eindeutig bestimmt hat, ob ich es mit einer Frau oder einem Mann zu tun habe. Nur die transsexuellen Menschen in ihrer Selbstwahrnehmung und die wenigen phänomenologisch orientierten Expertinnen haben dem widersprochen und nehmen nun lediglich die nachträgliche Bestätigung aus der Naturwissenschaft entgegen. (Eine ähnliche Bestätigung gab es übrigens m. E. im Zusammenhang mit Empathie und der Entdeckung der Spiegelneuronen.)

Die Phänomenologin oder die personenzentrierte Therapeutin vertraut immer darauf, dass ein Mensch, der bereit ist, dem Anderen in seinem Anderssein offen und vorbehaltlos zu begegnen, ohne sich seiner ermächtigen zu müssen, dieses Wesen des Anderen – der Philosoph Emmanuel Levinas nennt es das „Antlitz“ (1987, S. 117.) – auch wahrnehmen kann. Die Deutung der Lebenswirklichkeit des Anderen und erst recht eine diagnostische Festschreibung seines Leidens kann zu einer Ermächtigung oder einem Verfügenwollen werden. Gerade weil sich nach Levinas im „Antlitz“ des Anderen sein Widerstand gegen unseren Willen und unserer Macht zeigt, folgert er in diesem Sinne: „Dem Anderen von Angesicht zu Angesicht gegenüberzustehen – das bedeutet, nicht töten zu können“ (ebd., S. 116f.). Um ihn zu töten muss ich ihn demnach zuvor zu einem verfügbaren Objekt gemacht haben.⁴

Wenn es auch in der psychotherapeutischen Begegnung nicht um rohe Gewalt geht, so können wir den Gedanken übernehmen und dazusagen: Dieses „Antlitz“ zu sehen bedeutet, nicht pathologisieren zu können.

Noch 1980 hat Rogers zu Recht vorausschauend behauptet, „... daß das medizinische Modell – mit Einschluß der Diagnose pathologischen Verhaltens, der Spezifizierung von Behandlungsmethoden sowie der Erwünschtheit von Genesung – ein völlig inadäquates Modell für den Umgang mit psychisch notleidenden oder im Verhalten abweichenden Personen ist“ (1980/1998a, S. 188). Nur die vollständige Akzeptanz und das radikale Geltenlassen der inneren Welt einer Klientin ermöglicht die echte Begegnung und die Entfaltung des therapeutischen Prozesses. Für die psychische Gesundheit gilt eine „Unschärferelation“: Kaum will man sie fixieren auf eine Eigenschaft oder ihren Mangel, sieht man die „fließende Gestalt“ der Selbststruktur (Rogers, 1959/1991, S. 59) – die Person im Prozess – nicht mehr. Schließlich ist psychische Gesundheit kein zu erreichendes Ideal, sondern die graduelle und dynamisch sich

entfaltende Übereinstimmung dieser Person mit ihrer eigenen (organismischen) Erfahrung.

Wird eine Person einem auch noch so gut gemeinten oder „existenziellen“, aber letztlich fremddiskursiven, Sein-Sollen unterworfen (das Gesund-Sein-Sollen ist dabei keine Ausnahme), dann wird ihr Wesen sicher verfehlt und ihr „Antlitz“ bleibt verborgen.

Es zeigt sich gerade am Phänomen der Transsexualität, wie leicht die Fixierung auf eine Pathologie oder, wie Sigusch es nennt, der „nosomorphe Blick“ (1995, S. 68), das Verständnis des Wesens einer (transsexuellen) Person, den „Wesensblick“ und damit auch einen therapeutischen Prozess behindern kann. In der phänomenologischen und personenzentrierten Diagnostik regiert immer das feinfühlig empatische Verstehen über die Deutung. Wenn nicht, dann wird die phänomenologische Haltung oder die bedingungslose positive Zuwendung als eine der wesentlichen therapeutischen Haltungen „verdorben“ (Rogers, 1980/1998a, S. 199). Zutritt zum phänomenalen Feld einer Person in der Begegnung erhalte ich nur, wenn ich das vermeintlich überlegene Vorauswissen über ihre Bestimmung und Lebensmöglichkeit zurücklassen kann.

Also muss die Frage, ob Transsexualität eine psychische Krankheit sei oder nicht, aus personenzentrierter Sicht gar nicht erst mit einem Ja oder Nein beantwortet werden.

„Ich bin in vielerlei Hinsicht leichtgläubig“, sagt Rogers, „und akzeptiere meinen Klienten als den, der er zu sein behauptet, ohne untergründig zu argwöhnen, dass er vielleicht anders sein könnte. Ich akzeptiere das, was in meinem Klienten ist, nicht das, was in ihm sein sollte“ (1977/1994b, S. 155). Rogers ist darin ganz phänomenologisch, denn „die Phänomenologie ... fordert für die Welt, wie sie vom konkreten Menschen, der sein Leben lebt, wahrgenommen wird, den unverlierbaren Vorrang zurück“ (Levinas, 1987, S. 101).

Vielen Therapeutinnen fällt es anfangs schwer, den transsexuellen Wunsch empathisch aus dem inneren Bezugsrahmen des Anderen heraus zu verstehen und als berechtigt gelten zu lassen. Manche schrecken verständlicherweise zurück vor den chirurgischen Maßnahmen, die von der Klientin möglicherweise verlangt werden und die nur mit deren innerstem Erleben begründet werden können. Einem transsexuellen Menschen als Therapeutin gegenüberzusitzen, fordert die vertrauensvolle, phänomenologische Haltung in einer Weise heraus, wie dies selten sonst der Fall ist. Nur wer die radikale Offenheit im Sinne einer bedingungslosen positiven Zuwendung aufbringt, dem zeigt sich, dass die Brücke des Vertrauens in die organismische Erfahrung des Anderen trägt und über die Abgründe einer vermeintlichen „Psychochirurgie“ hinweg zu mehr Wachstum führt.

⁴ Man denke dabei an die Pressebilder, auf denen Gefangenen das Gesicht verdeckt wird, bevor ihnen Gewalt angetan wird. Auch auf dem berühmten Gemälde von Rembrandt, das die unmittelbar bevorstehende Opferung Isaaks zeigt, verdeckt Abraham mit einer Hand das Gesicht des Sohnes.

Die erzwungene Selbstentfremdung

Die Wahrnehmung des eigenen Geschlechts konsolidiert sich zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr und viele Transsexuelle berichten darüber, bereits in diesem Alter erstmals die Zugehörigkeit zum zugewiesenen Geschlecht bezweifelt oder bedauert zu haben. Oft verlangt das Kind mit Nachdruck, die Kleider des inneren Geschlechts zu tragen und es wählt Spielkameradinnen und Spiele, die diesem entsprechen. Die Antwort der relevanten Bezugspersonen fällt in der Regel ablehnend aus. Eltern stellen sich häufig die bange Frage nach der eigenen Schuld daran und manche reagieren gar mit Drohung oder Bestrafung. Das Kind erlebt seine Äußerung der diesbezüglichen organismischen inneren Befindlichkeit daher fast immer als einen Auslöser für Entsetzen und Abwendung bei den Bezugspersonen. Wenn aber diese bedeutsame Erfahrung der inneren Geschlechtsidentität von den wichtigen Bezugspersonen nicht wertschätzend nachvollzogen wird, wird das Kind Inkongruenz erleben und Schuldgefühle entwickeln: „Etwas stimmt bei mir nicht; ich sollte anders sein und empfinden.“

Da das Kind unter diesen Bedingungen fürchten muss, die Zuwendung und positive Beachtung der relevanten Bezugspersonen zu verlieren, wenn es seine Seins- und Selbsterfahrung zulässt, kann es diese Erfahrung nicht korrekt symbolisieren und ins Selbstkonzept integrieren. Die Gefahr für das Kind, den Schutz der Eltern zu verlieren, und die Angst davor, ist zu groß. Es muss dieses spezifische Selbsterleben seiner Geschlechtsidentität (auch wenn es noch gar nicht klar im Selbstkonzept repräsentiert ist) vor sich selbst und anderen verbergen und es entsteht Inkongruenz. *Es handelt sich dabei um eine konstitutionelle Inkongruenz⁵, weil sich das Kind ja in seiner „unpassenden“ Geschlechtsidentität bereits so vorfindet und Inkongruenz zwischen Geschlechtskörper und Geschlechtsempfinden erlebt, ohne dass ein psychischer oder sozialer Konflikt vorausgegangen sein muss.*

In der personenzentrierten Krankheitslehre kommt der Inkongruenz zwischen (organismischer) Erfahrung und Selbstkonzept besondere Bedeutung zu. Kommt es zu einem Widerspruch zwischen wahrgenommenem Selbst und der tatsächlichen organismischen Erfahrung, entsteht Inkongruenz als ein Zustand ängstlicher Spannung und innerer Zerrissenheit (vgl. Rogers, 1959/1991, S. 29; Biermann-Ratjen, 2006, S. 96ff.). Einerseits wird die Selbstaktualisierungstendenz dazu führen, dass das Kind versucht, sich durch die Abwehr der inneren Erfahrung

zu schützen, andererseits wird das organismische Erleben, zwar unbewusst, aber nicht weniger stark, zur Aktualisierung drängen (vgl. Rogers, 1959/1991, S. 142). Die Selbstaktualisierungstendenz veranlasst das Kind in der Folge äußerlich den Weg einzuschlagen, der von ihm erwartet wird, es bleibt aber innerlich an das verzerrte Erleben einer allseits unerwünschten Geschlechtszugehörigkeit gebunden, da diese wie oben beschrieben nicht frei wählbar, sondern als organismische Aktualisierung zugrunde liegt.

In der Entwicklung des Selbstkonzepts werden nach Biermann-Ratjen (2006) entwicklungspsychologisch 3 Phasen unterschieden, die, je nachdem in welcher Phase das Kongruenzerleben massiv behindert wird, eine Unterscheidung von mehr oder weniger frühen Störungen begründen. Für unsere Überlegungen ist besonders die dritte Phase von Bedeutung, in der das Kind mit etwa 1,5–3 Jahren beginnt, sich „als eine bestimmte Person mit bestimmten Gefühlen und Absichten, aber auch mit bestimmten Möglichkeiten und Grenzen und mit einem bestimmten Geschlecht“ (ebd., S. 110) selbst zu erfahren. Dies ist auch die Zeit, in der die Möglichkeit entsteht, Inhalte des Selbsterlebens, auf die eine ablehnende Reaktion befürchtet wird, vor dem eigenen Bewusstsein und den anderen zu verbergen (vgl. ebd., S. 90). „Personen, die die **dritte Entwicklungsphase** (Hervorh. im Orig.) erreicht haben, erleben bei Erfahrungen, die nicht mit ihrem Selbstkonzept kompatibel sind, vor allem Zweifel, dass sie ‚richtig‘ sind, und zwar bevorzugt Zweifel daran, dass sie ein ‚richtiger‘ Mann oder eine voll funktionsfähige Frau sind, und entsprechende Ängste, in diesen Funktionen nicht zu genügen (und daran Schuld zu haben und/oder sich dadurch schuldig zu machen)“ (ebd., S. 109). Es versteht sich daher von selbst, dass bei Vorhandensein einer **konstitutionellen Inkongruenz der Geschlechtsidentität** gerade diese Phase einen kritischen Zeitraum für die gelingende Persönlichkeitsentwicklung darstellt.

Die Rolle der Eltern ist in dieser Phase der Entwicklung des Selbstkonzeptes nicht zu unterschätzen. „Alle diese subjektiven Selbstempfindungen, zu denen die ersten Inkongruenzerfahrungen gehören, können, wenn das Kind in seinem Bedürfnis nach bedingungsreicher positiver Beachtung auch in ihnen befriedigt wird, in das Selbstkonzept integriert werden. Das Kind wird sich dann, wenn sie später wieder auftauchen, in ihnen verstehen und akzeptieren können“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 108). Wenn es also den Eltern oder den wichtigen Bezugspersonen gelingt, eine personenzentrierte Haltung insofern beizubehalten, dass sich das Kind auch in dieser seiner Besonderheit wertschätzend angenommen, geliebt und empathisch verstanden fühlt, dann wird es auch die Irritation auslösende Erfahrung der konstitutionellen Geschlechtsinkongruenz nach und nach in das Selbstkonzept integrieren können.

5 Vgl. Speierers Begriff der „dispositionellen Inkongruenz“. Die dispositionellen Anteile der Inkongruenz gehören „... zum organismischen psychophysischen Inventar eines Menschen. Die dispositionellen Anteile der Kongruenzfähigkeit ... entstehen kommunikationsunabhängig“ (1994, S. 54f.).

Im Falle einer Ablehnung durch die Eltern, wird diese jedoch als Bewertungsbedingung in das Selbstkonzept aufgenommen, was zur Selbstentfremdung beiträgt. Tatsächlich wird in manchen Fällen bei erwachsenen Söhnen oder Töchtern, die sich als transsexuell erleben, die Beziehung zu den Eltern oder Verwandten schwer beeinträchtigt oder von diesen sogar abrupt abgebrochen.

Sind es zuerst meist die Eltern, die das Selbstempfinden des Kindes im ungünstigsten Fall aus Enttäuschung oder Schuldgefühl perhorreszieren, so ist es danach der Konflikt mit einer tabuisierten, strikt dichotomen Geschlechterordnung, der zu einer dauerhaften Verleugnung oder Verzerrung und damit Abwehr dieser Anteile des „wahren Selbst“ als organismischer Erfahrung beiträgt.

Durch die im Laufe der Entwicklung entstehenden Bewertungsbedingungen werden daraufhin die transsexuellen Empfindungen meist nur selektiv wahrgenommen (später gelegentlich von der Person selbst durch die verzerrte Symbolisierung als Transvestitismus gedeutet) oder vom Gewahrsein gänzlich ausgeschlossen. „Die Inkongruenz muss nicht in voller Schärfe wahrgenommen werden. Es genügt, dass sie unterschwellig wahrgenommen wird – das heißt als bedrohlich für das Selbst ausgemacht wird, ohne jedes Bewußtsein vom Inhalt dieser Bedrohung“ (Rogers, 1957/1998b, S. 171).

Diese Dynamik bildet den Boden für das Leiden an einer Selbstentfremdung, die meist über die kindliche Entwicklung hinaus bestehen bleibt. Das wachsende Misstrauen gegenüber dem eigenen organismischen Erleben kann die Grundlage für spätere häufig auftretende Angsterkrankungen sein. Die Unmöglichkeit, die basale organismische Erfahrung der Geschlechtsidentität im Selbstkonzept zu repräsentieren oder zu symbolisieren, führt zu einer persistierenden „Fehlanpassung“ im Sinne einer „Wahrnehmungsrigidität“ (vgl. Rogers, 1959/1991, S. 53). Die Folge können im späteren Leben Hemmung, Angstbereitschaft, Rückzug und erhöhte Verletzlichkeit sein.

Wie eine neuere Studie zeigt, werden leider oft Kinder, die der Geschlechternorm nicht entsprechen können, zu Opfern von Mobbing oder Missbrauch (vgl. Roberts et al., 2012).

So ist es zu verstehen, dass es im Zusammenhang mit Transsexualität vor dem Prozess einer Geschlechtsanpassung häufig zu erhöhter, unterschiedlich akzentuierter psychischer Symptombelastung kommt, die als Angststörung, Depressivität, Gereiztheit oder Somatisierungsstörung imponieren kann. Besonders eine Angst vor Gefühlen, die mit der inneren Geschlechtsidentität assoziiert sind, und Furcht vor tiefgreifender Selbsterfahrung können sich entwickeln. Unter diesen Umständen werden manchmal Attribute und Verhaltensweisen des zugewiesenen Geschlechts forciert und seltsam übertrieben. Bei einer mir bekannten transsexuellen Frau ist durch den Abwehrprozess ein rigides Selbstideal entstanden, das dazu geführt

hatte, dass sie im „männlichen“ Leben Extremsportler und Legionär gewesen war. Das erklärt sich aus dem Versuch, durch einen zu strenger Disziplin verpflichteten Lebensstil auch die emotionale Kontrolle über die innere Erfahrung zu behalten. Diese Disziplin wird dadurch erleichtert, dass der eigene Körper oft objekthaft wahrgenommen wird verbunden mit einem Gefühl der Distanz oder Ablehnung.

Die leibhafte Begegnung mit der Welt insgesamt und damit auch der sexuelle Entfaltungsprozess ist tendenziell behindert oder stark verzögert, was verständlich wird, wenn das Genitale in seiner Funktion als Austragungsort der sexuellen und liebenden Begegnung nicht frei zugelassen werden kann. Die wahren Gründe für die vielfältigen Lebensprobleme bleiben für die betreffenden Personen selbst oft im Dunkeln. Viele glauben lange, die Irritationen bezüglich des eigenen Geschlechts, die es einst in der Kindheit oder Jugend gab, längst überwunden zu haben.

Die Transsexuelle Krise

„Wenn ein hoher Grad an Inkongruenz vorliegt, kommt es dazu, dass die Aktualisierungstendenz eine konfuse und zweideutige Rolle spielt. Auf der einen Seite wird das Selbstkonzept durch diese Tendenz unterstützt, wenn die Person danach trachtet, das Bild, das sie von sich selbst hat, zu verbessern. Zur selben Zeit strebt der Organismus danach, seinen Bedürfnissen nachzukommen, die möglicherweise sehr unterschiedlich sind von den bewussten Wünschen und dem Selbstkonzept der Person“ (Rogers, 1957/1998b, S. 214).

Die unterschwellige Wahrnehmung dieser Inkongruenz erzeugt eine andauernde Angstbereitschaft, deren eigentliche Ursache der Person unbekannt ist. Im weiteren Verlauf des Lebens sind es sehr oft markante „life events“ wie Krankheit, Verlusterlebnisse, Schwächezustände i. S. eines Burn-Out oder Ähnliches, die zu einem Wiederauftauchen dieser Gefühle an die Schwelle des Gewahrseins führen. Ich glaube, dass auch das Älterwerden einen Faktor darstellt, durch den die Kräfte der Abwehr dieses basalen Identitätsgefühls allmählich nachlassen, was auch erklären kann, warum es bei gar nicht wenigen Transsexuellen erst in der fünften Lebensdekade zu einer Krise kommt.

Diese Krise verläuft für die betreffenden Personen oft nicht ungefährlich. Das Hereinbrechen der so lange abgewehrten organismischen Erfahrungen der inneren Geschlechtsidentität und der Wahrnehmung der ursprünglichen konstitutionellen Inkongruenz als einer nunmehr unabweisbar gewordenen Wirklichkeit, bewirkt eine mehr oder weniger starke psychische Belastung oder Destabilisierung. Das Selbstkonzept, welches die bis dahin zugewiesene und gelebte, aber brüchig gebliebene Geschlechtsidentität geschützt hat, droht zusammenzubrechen.

Es wird zunehmend unmöglich, die bisher gelebte Geschlechterrolle weiter aufrecht zu erhalten, wobei gleichzeitig noch kein Weg gesehen wird, sie zu verlassen und ein Leben im Identitätsgeschlecht zu verwirklichen. Zwangsläufig wird Angst entstehen. Die drohende Desorganisation ist dabei nicht nur innerpsychisch. Die familiären und beruflichen Sicherheiten kommen allesamt schlagartig in Gefahr. Die Person befindet sich zu diesem Zeitpunkt des Prozesses in einem scheinbar unlösbaren Dilemma. Ein Outing der wahren Situation wird dringend gewünscht und gleichzeitig befürchtet. Die Angst vor den sozialen Konsequenzen ist durchaus realistisch und ich habe selbst im Laufe der Jahre mehrere Transsexuelle erlebt, die in dieser Phase tatsächlich wichtige Ressourcen mit einem Schlag verloren haben.

Es ist evident, dass es, wenn Menschen plötzlich ihren beruflichen Halt verlieren und zugleich von geliebten Bezugspersonen verlassen werden, leicht zu Depressionen und suizidalen Gefühlen bzw. Gedanken kommen kann. Deshalb ist, obwohl eine über ein Case-Management hinausgehende Psychotherapie als Zwangsmaßnahme abzulehnen ist, eine psychotherapeutische Begleitung in dieser Zeit besonders ratsam. Nach der Datenlage ist die Häufigkeit eines Suizidversuchs vor und zu Beginn der Behandlung überdurchschnittlich hoch (präoperativ 22 %! vgl. Pfäfflin & Junge, 1992, S. 428), sie sinkt aber im Verlauf und nach der Geschlechtsangleichung auf den altersmäßigen Durchschnittswert ab.

Wenn man bedenkt, wie drängend und dauerhaft das Gefühl transsexueller Menschen ist, „im falschen Körper“ zu sein, dann erscheint es zynisch, dass manche „Expertinnen“ immer noch die Meinung vertreten: „Erst durch die Option der Geschlechtsumwandlungsbehandlung überhaupt sowie ihre zum Teil vorschnelle Verfügbarkeit und durch die geschaffene rechtliche Legitimation Transsexueller kann es, insbesondere wenn auch das soziale Umfeld diese (vermeintliche) Problemlösung unreflektiert fördert, zu einer unangemessenen Etablierung des transsexuellen Empfindens kommen“ (Hartmann & Becker, 2002, S. 205). Hier wird in der Art erschrockener Eltern argumentiert, die ein unmündiges Kind durch Härte zur Vernunft bringen wollen, anstatt es in seinem Sein zu fördern.

Die Personzentrierte Psychotherapie kann aufgrund ihrer humanistisch-phänomenologischen Ausrichtung und der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung (Rogers, 1957/1998b), den Transsexuellen in besonderer Weise hilfreich sein. Wenn die Therapeutin selbst kongruent in Bezug auf die eigene Geschlechtsidentität ist, wird auch das empathische Verstehen und die bedingungslose positive Zuwendung leichter möglich sein, wodurch der Prozess der Reintegration des basalen Geschlechtsidentitätsempfindens – neben anderen therapeutischen

Entwicklungen – gefördert wird. Wenn es gelingt, nicht zu bewerten und wie oben beschrieben, „nicht vor dem wahren Verstehen zurückzuscheuen“ (Rogers, 1961/1994a, S. 217), dann kann sich in der Klientin positive Selbstbeachtung im Sinne einer Selbstannahme entwickeln.

Wir neigen stets dazu „... jemandes anderen Welt ausschließlich mit unseren Augen zu betrachten und nicht gemäß seiner Sichtweise; wir analysieren und bewerten sie. Wir verstehen sie nicht. Doch wenn jemand versteht, was für ein Gefühl es ist, *Ich* zu sein, ohne mich zu analysieren oder zu richten, in einer solchen Atmosphäre kann ich blühen und wachsen“ (ebd.).

Ein positiver, konstruktiver, realistischer und vertrauenswürdiger Prozess

Es ist eine sehr schöne Erfahrung, mitzuerleben, wie ein Mensch nach einer langen Zeit der Schuldgefühle, der Beängstigung und des inneren Ringens sich seinem tieferen Erleben zu öffnen beginnt, der Prozess des Werdens voranschreitet und er Lebensfreude gewinnt. Dieser Prozess ist für eine gelingende Psychotherapie von Rogers beschrieben worden: „Er (der Klient, Anm. d. Verf.) sieht, wie sich sein Verhalten auf konstruktive Weise ändert, seinem neu erfahrenen Selbst entsprechend. Er beginnt zu realisieren, daß er nicht länger vor dem Angst haben muß, was seine Erfahrung eventuell mit sich bringt“ (1961/1994a, S. 185).

Das Besondere in der Arbeit mit transsexuellen Menschen ist dabei, dass die im Laufe des psychotherapeutischen Prozesses wachsende Kongruenz, was Speierer (1994) als „**Kongruenzdynamik**“⁶ bezeichnet, besonders ab dem Zeitpunkt zunimmt, an dem sich die transsexuelle Person eingesteht, tatsächlich transsexuell zu sein und diese Tatsache als bedeutsamen Teil ihres Lebens anerkennt. Es wird in der Regel als eine Zäsur und große Befreiung erlebt, wenn die Person sich ihrer konstitutionellen Inkongruenz bewusst wird und ihr Vorhandensein korrekt im Gewahrsein symbolisiert. Anstelle der Angst tritt nach und nach ein neuer Lebensmut, was umso mehr erstaunt, als sich die äußeren Bedingungen in dieser Zeit oft drastisch verschlechtern. Ich erinnere mich an einen Endokrinologen, der meinte, die transsexuelle Frau, die ihn aufgesucht habe, sei wohl manisch, und er ließ sich erst nach erfolgter psychiatrischer Differentialdiagnose davon überzeugen, dass die positive

6 Speierer (1994) bezeichnet die störungsunspecifische bzw. krankheitsbildunabhängige Erlebensgestalt bei erfolgreicher klientenzentrierter Arbeit als „allgemeine Kongruenzdynamik“, z. B.: Verhaltenserweiterung, Selbstvertrauen, Zuversicht, Gelassenheit, realistische Selbsteinschätzung, Differenzierung, größere Belastbarkeit, größere Toleranz gegenüber eigenen Fehlern, positiver bewertete Beziehungen, realistische statt perfektionistische Ziele.

Gestimmtheit kein Krankheitszeichen, sondern im Gegenteil eine Freude über den Zuwachs an innerer Lebendigkeit war.

Bemerkenswert ist, dass dies manchmal zu einem Zeitpunkt geschieht, der noch vor dem Outing liegt, wenn die (überraschten oder schockierten) Reaktionen der relevanten Bezugspersonen auf eine so ungewöhnliche Eröffnung meist noch aversiv sind und die „äußere“ Bedrohung durch gravierende Verlusterlebnisse noch besteht. Obwohl die psychotherapeutische Begleitung meist erst begonnen hat, und die psychotherapeutische Beziehung dadurch belastet ist, dass die Klientin zur Aufnahme der Psychotherapie per Verordnung gezwungen wird⁷, ist ab diesem Zeitpunkt der inneren Zustimmung zu der empfundenen Identität eine deutliche Veränderung im gesamten Lebenstonus spürbar.

Diese Tatsache zeigt in besonders eindrucksvoller Weise die Bedeutung der **bedingungslosen positiven Selbstbeachtung** für die Entwicklung eines „organismischen Bewertungsprozesses“ als Grundlage für die Verhaltensregulierung. Er tritt an die Stelle eines Bewertungskomplexes, der im Laufe der inneren und äußeren Auseinandersetzung mit dem eigenen Anderssein und der Umwelt erworben wurde (vgl. Rogers 1959/1991, S. 49f. u. 55f.). Die Erfahrung eines radikalen situativen Sich-Annehmens in der real gegebenen Befindlichkeit hat eine revolutionäre Wirkung, weil die mäandernden Verläufe der Aktualisierungstendenz sich jetzt wieder zu einem kräftigen Fluss vereinigen können. Erst ab diesem Zeitpunkt kann man wieder von einem authentischen Leben sprechen, weil jetzt die Erfahrung wertvollen Selbst-Seins nach und nach an die Stelle eines (von sich selbst und anderen) abgelehnten Andersseins tritt.

Der Vorwurf der bloßen „Zumutung einer Evidenzbehauptung“, den Runte (1992) gegen das transsexuelle Empfinden erhebt, in der zu Unrecht „Fühlen“ zu einer Chiffre für ‚Sein‘ ...“ stilisiert werde, verfehlt sein Ziel, weil wir immer nur durch das Empfinden und das intentionale Fühlen Kontakt aufnehmen können zum eigenen Organismus und zur Welt. Im Gegenteil, es gehört zu den Errungenschaften der Phänomenologie, Stimmung und Gefühl „... nicht als einen Appendix der Vernunft aufzufassen, sondern sie als ein konstitutives Moment des ganzen Menschen zu begreifen“ (Vetter, 1991, S. 4). Die unbedingte positive Selbstbeachtung ist alles andere als eine psychotherapeutisch induzierte Art von Selbstbetrug oder Schönfärberei, sondern stellt innerhalb der allgemeinen Kongruenzdynamik eines gelingenden Entfaltungsprozesses eine Weiche, die zur Wiederbelebung der Kongruenzfähigkeit führt.

Findet der Prozess der Geschlechtsanpassung parallel zu einem therapeutischen Prozess statt, in dem der betreffende Mensch mehr und mehr von dem zulassen kann, was sich ihm aus der Tiefe seines Wesens her zuspricht, dann braucht er selbst und auch wir als Therapeutinnen und „facilitator“ die Konsequenzen seines Wünschens und Tuns nicht zu fürchten. „Vollkommen die eigene Einzigartigkeit als menschliches Wesen zu sein: das ist kein Prozeß, den man als schlecht bezeichnen kann. Um es angemessener auszudrücken: Es ist ein positiver, konstruktiver, realistischer, ein vertrauenswürdiger Prozeß“ (Rogers, 1961/1994a, S. 179).

Die bedingungslose positive Beachtung durch die Therapeutin, die wertschätzend annimmt und anerkennt anstatt wertend zu urteilen oder zu deuten (auch wenn das Äußere des Gegenübers nicht als Frau oder Mann überzeugt), und günstigenfalls der gefahrlose Austausch mit anderen Transsexuellen bilden zusammen eine hilfreiche Ressource, die das Aufkeimen und in der Folge die Entfaltung einer unbedingten positiven Selbstbeachtung erleichtert. Das Wagnis, die eigene innere Erfahrung als Grundlage für alle weiteren Schritte anzunehmen, anstatt ständig nach einem Dürfen, Müssen und Sollen zu schießen, kann nun beginnen. Nun kann die transsexuelle Person oft zum ersten Mal nach langer Zeit offen und frei zu ihrer inneren Wirklichkeit stehen und sich das eigene So-Sein erlauben. Eine transsexuelle Klientin (MzF) in mittleren Jahren, die ein unauffälliges Leben als Mann führte, formulierte es in dieser Phase des Prozesses so: „Mir ist klar geworden, wenn ich auf niemanden Rücksicht nehme, dann möchte ich einfach eine Frau sein. Ich habe es wirklich erstmals klar erlebt. Das war sehr erleichternd. Ich würde es tun und alle Konsequenzen in Kauf nehmen. ... Wenn das Leben mir so etwas zumutet, so zu sein, wieso kann ich es anderen dann nicht auch zumuten!“

„Wenn die Handlung uns plötzlich herausfordert“, schreibt der Philosoph Michel Henry (1992, S. 51), „tauchen wir in das Tiefste unseres Selbst ein, in die abyssale Nacht der absoluten Subjektivität, bis an jenen Ort, wo die Kräfte unseres Leibes ruhen und wo wir sie in Bewegung setzen, indem wir uns mit ihnen verbinden.“ Wir können als Psychotherapeutinnen Begleiter sein in dieser Nacht, aber wir dürfen uns nicht fürchten vor den Gespenstern, die angeblich nur auf den Schlaf der Vernunft warten, um hervorzukommen.

Resümee

Aus dem oben Gesagten stellt sich der Prozess der Geschlechtsangleichung für eine transsexuelle Person insgesamt eindeutig als ein Heilungsprozess i. S. einer gesunden Entwicklung dar, der den Menschen, die einen Geschlechtswechsel anstreben,

7 Nach den Empfehlungen des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom Juni 1997 ist im Behandlungsprozess von Transsexuellen in Österreich eine Psychotherapie von mindestens einem Jahr und mindestens 50 Stunden durchzuführen bevor eine Hormonersatztherapie begonnen werden kann (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 1997).

nicht verwehrt werden darf. Somit ist aus personenzentrierter psychotherapeutischer Perspektive eine menschenrechtskonforme Behandlung Transsexueller nach den „Altdorfer Empfehlungen“ (Haupt, 2011a) zu fordern und sind insbesondere willkürliche Fristsetzungen für notwendige hormonelle Behandlungen sowie eine über ein Case-Management hinausgehende Psychotherapie als Zwangsmaßnahme abzulehnen.

Es mag sein, dass es insbesondere in der abhängigen Zeit des Kindseins oft dazu kommt, dass sich das Individuum mehr nach den anderen richtet und richten muss als nach der eigenen organismischen Erfahrung. Es kann aber genauso sein, dass der (erwachsene) Mensch, wenn er erst einmal in Kontakt gekommen ist mit der lebendigen Dynamik, wenn sie ihn einmal erfasst hat, er so stark wird, dass er nicht mehr zurück will, dass er alle Konsequenzen in Kauf nimmt um seinen eigenen Weg zu gehen und der Spur zum Leben zu folgen.

Eine Klientin von mir wusste, dass, wenn sie mit einer Frauentanzgruppe, mit der sie geprobt hatte, als Frau erstmals eine Bühne betritt, es sein könnte, dass alle über sie lachen, weil ihr männlicher Körper recht groß ist und ihr Äußeres noch gar nicht durch Hormone verändert war. Sie hatte Angst vor dem geplanten Auftritt. Das, was sie sich als kleiner Junge oft abends gewünscht hatte, nämlich dass sie am nächsten Morgen als Mädchen erwachen möge, das ist niemals geschehen. Aber diese Frau hat sich gesagt: „alles wird gut“ und mit dem Gefühl das Richtige zu tun, die Bühne betreten.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer
- Becker, S. (2004). Transsexualität. Geschlechtsidentitätsstörung. In Kockott, G. & Fahrner, E.-M. (Hrsg.), *Sexualstörungen*, (S. 153–201). Stuttgart: Thieme.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon, A Scientific Report on Transsexualism and Sex Conversion in the human Male and Female*. New York: Julian Press. [Online Version] Magnus Hirschfeld Archive for Sexology, Humboldt Universität, Berlin. Verfügbar unter: <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/ECE6/html/benjamin/> [26. 01. 2013].
- Bundesministerium für Gesundheit (1997). *Empfehlungen für den Behandlungsprozess von Transsexuellen in Österreich*. Verfügbar unter: <http://transx.transgender.at/Dokumente/Empfehlung97.pdf> [26. 01. 2013].
- Diamond, M. (1994). *Intersexuality*. Garland Reference Library of social Science (Vol. 685). New York & London: Garland Publishing Inc. Verfügbar unter: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2010to2014/2012-intersex-antranssex.html> [26. 1. 2013].
- Diamond, M. (2002). *Sex and Gender are Different: Sexual Identity and Gender Identity are Different*. Pacific Center of Sex and Society, University of Hawaii. Verfügbar unter: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2000to2004/2002-sex-and-gender.html> [26. 1. 2013]
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Ecker, S. (2009). Brain Gender Identity. Vortrag auf dem jährlichen Meeting der American Psychiatric Association am 18. 5. 2009. Verfügbar unter: http://cs.anu.edu.au/~Zoe.Brain/BGI_3.3.2.ppt [26. 1. 2013]
- Gooren, L. J., (2011). Care of Transsexual Persons. *New England Journal of Medicine*, March 31, Nr. 13, 1251–1257. Verfügbar unter: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1008161> [26. 1. 2013].
- Hammarberg, T., (2009). *Human Rights and Gender Identity*. Issue Paper. Council of Europe Commissioner for Human Rights. Strasbourg. Verfügbar unter: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1476365> [26. 1. 2013].
- Hartmann, U. & Becker, H. (2002). *Störungen der Geschlechtsidentität. Ursachen, Verlauf, Therapie*. Wien, New York: Springer.
- Haupt, H. J., (2011a). *Transsexualität. Grundlegende neurowissenschaftlich-medizinische, menschenrechtskonforme Positionsbestimmungen und daraus abzuleitende Empfehlungen für die Begleitung, Betreuung und Therapie transsexueller Menschen*. („Altdorfer Empfehlungen“, Finale Version 10). Sozialpsychiatrischer Dienst Kanton Uri. Verfügbar unter: <http://www.spduri.ch/SPD-Publishing.53.o.html> [26. 1. 2013].
- Haupt, H. J., (2011b). *Die Pathologisierung transsexueller Menschen beenden! Ein Statement des Sozialpsychiatrischen Dienstes Kanton Uri (SPD Uri) zum Vortrag von Frau H. Nygren-Krug, Health and Human Rights Advisor, World Health Organisation (WHO) – im Rahmen der Vorstellung des Berichts „Diskriminierung aus Gründen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität in Europa“*, Strassburg, 23. Juni 2011. Verfügbar unter: <http://www.spduri.ch/SPD-Publishing.53.o.html> [26. 1. 2013].
- Haupt, H. J. (2012). „Sie sind ihr Gehirn – in einem falschen Körper!“ Exemplarische, fachliche Stellungnahme zum Urteil des Landesgerichts Baden-Württemberg vom 25. Januar 2012 aus neuropsychologisch-neurologisch-psychiatrischer Sicht. Gersau. Verfügbar unter: http://www.trans-evidence.com/Sie_sind_Ihr_Gehirn [26. 1. 2013].
- Henry, M. (1992). *Radikale Lebensphilosophie. Ausgewählte Studien zur Phänomenologie*. München: Alber.
- Levinas, E. (1987). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. (2. Auflage). München: Alber.
- Mitscherlich, A., (1950), 66. Wanderversammlung der südwestdeutschen Psychiater und Neurologen, Badenweiler, 2./3. Juni 1950. In F. Töpfer (Hrsg.) (2012). *Verstümmelung oder Selbstverwirklichung. Die Boss-Mitscherlich-Kontroverse. Medizin und Philosophie, Beiträge aus der Forschung, Bd. 10* (S. 3–17). Stuttgart: frommann-holzboog.
- Pfäfflin, F. & Junge, A. (1992). *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Rauchfleisch, U., (2006). *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H., Koenen, K., Austin, S. B. (2012). Childhood Gender Nonconformity: A Risk Indicator for Childhood Abuse and Posttraumatic Stress in Youth. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics; originally published online February 20, 2012*; DOI: 10.1542/peds.2011–1804. Verfügbar unter: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/15/peds.2011–1804> [29. 2. 2013]
- Rogers, C. R. (1998b). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald (Orig. erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology* 21, 2, 95–10).
- Rogers, C. R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG [Orig. erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.),

- Psychology: A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: Mc Graw Hill.]
- Rogers, C. R. (1994a). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Orig. erschienen 1961: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston, Houghton: Mifflin).
- Rogers, C. R. (1994b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (dt. Orig. erschienen 1977: München: Kindler; ab 1983: Frankfurt/M.: Fischer).
- Rogers, C. R. (1998a). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 185–237). Mainz: Grünewald (Orig. erschienen 1980: Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock & A. M. Freedman (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. III (pp. 2153–2168). Baltimore: Williams & Wilkins).
- Roudinesco, E. & Plon, M. (2004). *Wörterbuch der Psychoanalyse*. Wien: Springer.
- Runte, A. (1992). Verschriftete Spiegelbilder: Über autobiographische Diskurse Transsexueller 1930 bis 1990. In F. Pfäfflin & A. Junge (Hrsg.), *Geschlechtsumwandlung. Abhandlungen zur Transsexualität* (S. 1–43). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Sigusch, V. (1995). *Geschlechtswechsel*. Hamburg: Rotbuch.
- Speierer, G. W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DMI)*. *Handbuch der Gesprächstherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Swaab, D. (2011). *Wir sind unser Gehirn. Wie wir denken, leiden und lieben*. München: Droemer.
- Töpfer, F. (Hrsg.) (2012). *Verstümmelung oder Selbstverwirklichung. Die Boss-Mitscherlich-Kontroverse. Medizin und Philosophie. Beiträge aus der Forschung*, Band 10. Stuttgart: frommann-holzboog.
- TransX, Verein für Transgender Personen (2007). *Stellungnahme zu Verletzungen der Menschenrechte von Trans*Personen*. <http://www.transx.at/Dokumente/TransX4Hammarberg.pdf> [26. 1. 2013].
- Vetter, H. (1991). Die Bedeutung der Phänomenologie für die Psychotherapie. *Vortrag gehalten am 21. 6. 1991 auf der Tagung der österreichischen Gesellschaft für Daseinsanalyse in Wien*. [Manuskript]
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People, 7th Version*. http://www.wpath.org/publications_standards.cfm [26. 01. 2013]
- Zhou, J.-N., Hofmann, M., Gooren, L. & Swaab, D. (1995). A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature*, 378, 68–70 (2. November 1995).

The most personal is the most political.

Der Therapeut als Politiker – Eine Analyse, ein personzentriertes Plädoyer und eine Konfliktanzeige

Peter F. Schmid

Sigmund Freud Universität, Wien, Österreich

Ein reduktionistisches Verständnis von Politik, das sie auf das Machtthema einengt und das Politische an die Politiker delegiert, wie es im therapeutischen Diskurs leider oft anzutreffen ist, verkennt, dass die therapeutische Arbeit selbst als politisches Unterfangen zu begreifen ist. Zu den Herausforderungen des Personzentrierten Ansatzes zählt, Selbst-Ermächtigung und Schaffung lebenswerter Gemeinschafts- und Gesellschaftsstrukturen (community building) zu fördern. So verstanden ist Therapie Politik als die praktische Implikation des zugrunde liegenden Menschenbildes, und Therapeut-Sein heißt, Politiker im umfassenden Sinn des Begriffes zu sein. Das hat die Konsequenz, dass die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Schulen und mit der herrschenden Gesellschaftsordnung eine unverzichtbare Aufgabe für Psychotherapeuten ist und Konflikte nach sich ziehen muss.

Schlüsselwörter: Psychotherapie und Politik, Sozialpolitik, Emanzipation, Macht, Schulendiskurs.

The most personal is the most political: The therapist as politician — an analysis, a person-centered plea and a notification of dispute. A reductionist understanding of politics, only focused on power issues and delegating political subjects to politicians, as often seen in psychotherapeutic contexts, does not take into account that therapeutic work itself is a political enterprise. Among the challenges of the PCA is the facilitation of self-empowerment and community building. Thus it follows that psychotherapy is political as it is the practical implication of the underlying image of the human being. To be a therapist means to be a politician. Consequently, it is an indispensable task for therapists to deal critically with the diverse orientations and the prevailing societal order — which necessarily leads to conflicts.

Keywords: psychotherapy and politics, social policy, emancipation, power, discourse among modalities.

*Wer sich nicht mit Politik befasst,
hat die politische Parteinahme, die er
sich sparen möchte, bereits vollzogen:
Er dient der herrschenden Partei.*

Max Frisch¹

Peter F. Schmid, Univ.-Doz. HS-Prof. Mag. Dr., Begründer personzentrierter Ausbildung in Österreich, Personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG); Fachkoordinator des Studiengangs Personzentrierte Psychotherapiewissenschaften an der Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU), Wien; Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen in mehreren Sprachen; Initiator des PCE Weltverbands (WAPCEPC) und des Europäischen Netzwerks (PCE Europe), Preisträger des Carl Rogers Award der American Psychological Association (APA) 2009. pfs@pfs-online.at

Politische Implikationen des Personzentrierten Ansatzes

Psychotherapie hat immer eine politische Dimension

Üblicherweise kommen folgende Themenbereiche zur Sprache, wenn von Politik in Zusammenhang mit Psychotherapie die Rede ist:

- *Das Gesundheits- und Sozialversicherungswesen* und damit die Notwendigkeit, psychotherapeutische Versorgung für alle zugänglich zu machen – unabhängig von sozialem Status und von den finanziellen Mitteln, die zur Verfügung stehen.
- *Berufspolitik bzw. Standespolitik* und damit die Notwendigkeit, den eigenen Berufsstand zu etablieren und abzusichern sowie ihm den nötigen Einfluss im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich zu sichern.
- *Die Auseinandersetzung mit der traditionellen Medizin und der konventionellen Psychiatrie* und damit die Notwendigkeit,

1 (1972), Tagebuch 1946–1949, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

sich als Psychotherapeuten und -therapeutinnen² gegen eine Bevormundung durch die Medizin und die Übermacht der Pharmaindustrie zur Wehr zu setzen.

Geht man jedoch nicht nur von einem oberflächlichen Politikverständnis aus, sondern viel grundlegender an das Thema heran, so sind nicht nur die politischen Auswirkungen des jeweiligen Ansatzes einerseits, der therapeutischen Tätigkeit andererseits zu bedenken, sondern es erweist sich, dass jedwede psychotherapeutische Tätigkeit als solche, gewollt oder ungewollt, als politisches Unterfangen zu verstehen ist. Psychotherapie hat nicht nur politische Konsequenzen, sondern sie ist, von ihrem Selbstverständnis her (wie immer dieses definiert sein mag), eine Tätigkeit, die selbst politisch ist. So hat etwa auch eine bloß auf Anpassung des Individuums an gesellschaftliche Erfordernisse (z. B. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit) verstandene Therapie eine politische Dimension. Hat die Therapierichtung einen emanzipatorischen Anspruch, so ist dies ja ganz evident.

Was den Personenzentrierten Ansatz (PzA) betrifft³, so hat er sich ja schon ziemlich früh selbst als politisch verstanden (Rogers, 1977a/1978). Jedoch ging das Subversive und radikal Demokratische vielfach wieder unter: Wie der Personenzentrierte Ansatz als solcher eine Reihe von Selbstverharmlosungsinterpretationen durch Anpassungen an den Mainstream und allerlei ansatzfremde Technologien erfahren hat, so wurde auch die Sprengkraft seiner politischen Dimension, die mit seinem Menschenbild untrennbar verbunden ist, weitgehend ignoriert und die politische Relevanz der psychotherapeutischen Tätigkeit übersehen und vernachlässigt. Beides hängt zusammen: Geht es doch um nicht weniger als darum, die therapeutische Arbeit an Selbstermächtigung und Gemeinschaftsbildung per se auch als politisches Handeln zu begreifen, als Arbeit an der Humanisierung der Gesellschaft, und darum, dass sich die Therapeuten als Konsequenz aus den Erfahrungen in der Therapie aktiv gesellschaftspolitisch engagieren.

Die folgenden Überlegungen haben sich als Konsequenzen meiner langjährigen Tätigkeit als Psychotherapeut und meiner grundlegenden anthropologischen Arbeiten zum PzA entwickelt, auf denen sie aufbauen und auf die sie sich weitgehend beziehen.⁴ Auf Letztere kann hier an den entsprechenden

Stellen nur mit Literaturangaben verwiesen werden. Sie setzen sich auch kritisch mit der immer stärker wahrzunehmenden Appeasement-Mentalität auseinander, die nicht nur die aus dem PzA entstandenen Richtungen innerhalb der „personenzentrierten und experienziellen Familie (PCE)“, sondern generell die therapeutischen Schulen „integrieren“ und harmonisieren will und damit nicht nur einen Methodenmischmasch befördert, sondern auch der Auseinandersetzung aus dem Weg geht, die aufgrund der verschiedenen Menschenbilder ja gar nicht vermieden werden kann, wenn man sich selbst ernst nehmen will.

Nach einem Blick auf das Politikverständnis bei Rogers und anderen Autoren, wird der Frage nachgegangen, was Politik eigentlich bedeutet und welche Konsequenzen die jeweilige Auffassung für Anthropologie, Ethik, Therapie und Politik hat.⁵

Carl Rogers, der sich selbst unterschätzende und der unterschätzte Sozialrevolutionär

Carl Rogers (1977a/1978, S. 13) hat bekanntlich lange gezögert, seine Arbeit als politisch zu verstehen. Unter anderem seine Qualifikation durch Richard Farson (1974) als „Sozialrevolutionär“ hat ihn, eigenen Aussagen zufolge (Rogers, 1977/1978, S. 14), zu einem politisch denkenden Menschen werden lassen. Er rechtfertigt sein diesbezüglich spätes Bewusstsein damit, dass der Begriff der Politik in den Jahren zuvor eine Bedeutungserweiterung über die staatliche Ebene hinaus erfahren habe, die noch in keinem Lexikon zu finden sei.

Dieses veränderte Politikverständnis, auf das sich Rogers da in den späten 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts bezieht, ist allerdings keineswegs so neu, wie ihm ein Blick in die Geschichte der Politologie hätte zeigen können (s. u.).

Wider die Expertenmacht

Für Rogers (ebd., Kap. 1) geht es in der Politik nach diesem „neuen“ Verständnis um Macht und Kontrolle über andere und sich selbst, um Manöver, Strategien und Taktiken, dies zu erlangen oder aufrecht zu erhalten, um die Macht zur Entscheidungsfindung und die Auswirkungen dieser Entscheidungen (ebd., S. 14–15). Das ist zunächst immer noch ein erheblich reduzierter Politikbegriff, der Politik auf das Problem von Macht und Herrschaft einschränkt.

2 Der Lesbarkeit halber wird im Folgenden durchgehend nur der Gattungsbegriff verwendet.

3 Aus Platzgründen kann hier nur auf den PzA eingegangen werden; manche andere Therapierichtungen, allen voran die Psychoanalyse, haben sich ausführlich dem Thema gewidmet.

4 Sie sind auch als Fortsetzung des Keynote-Vortrags „Zurück zum Klienten“ am PCE Weltkongress 2003 in Egmond aan Zee (Schmid, 2004b; 2005) zu Psychopathologie und Diagnose zu lesen, in dem ich die implizite Sozialkritik herausgearbeitet habe, die Rogers' Ansatz enthält.

5 Der Artikel ist eine stark überarbeitete und erweiterte Fassung des Eröffnungsvortrags „Psychotherapie ist Politik oder sie ist nicht Psychotherapie. Die Herausforderung des Personenzentrierten Ansatzes an die Psychotherapie“ beim Jubiläumssymposium des Instituts für Personenzentrierte Studien (IPS der APG) „Identitätsentwicklung durch Begegnung“ am 27.4.2007 in Wien, eines Keynote-Vortrags bei der BAPCA-Konferenz am 8.9.2007 in Cirencester, England: (Schmid, 2007b; in überarbeiteter Form publiziert: Schmid, 2012a).

Entsprechend ist „die Politik des Personenzentrierten Ansatzes“ für Rogers „der bewusste Verzicht des Therapeuten auf jegliche Kontrolle über den Klienten sowie darauf, für den Klienten Entscheidungen zu treffen“. Es geht um die Förderung einer Haltung von „self-ownership“, also der Selbstverantwortung des Klienten, sowie um die Strategien, durch die dies erreicht werden kann, und um die Verankerung des Ortes der Entscheidungsfindung und der Verantwortung für deren Auswirkungen. Dieser „locus of decision-making“ ist „politically centered in the client“ – „liegt politisch im Klienten“ (ebd.; orig. S.14, Übers. pfs). Als Belege führt er die Anfertigung und Veröffentlichung von Transkripten therapeutischer Sitzungen und die damit verbundene Entmystifizierung der Therapie an, weiters die Betonung der Autorität des Klienten und den Fokus auf seinem Prozess; die Wechselseitigkeit der therapeutischen Beziehung und die Anwendung des Ansatzes auf Konfliktlösung im persönlichen und sozialen Bereich. Er reflektiert die Bedrohung des dadurch entstehenden Verlustes traditioneller Macht für die Therapeuten und setzt sich sowohl mit dem konventionellen medizinischen Modell und der orthodoxen Psychiatrie als auch mit den anderen psychotherapeutischen Ansätzen, die humanistischen inklusive, kritisch auseinander. Er zeigt die Inkonsequenz in deren Theorien auf, wenn sie zum einen den Therapeuten in paternalistischer Weise zum Experten erklären, zum anderen die Selbstverantwortung des Klienten betonen oder einerseits deterministische Modellvorstellungen zugrunde legen, andererseits die innere Freiheit und Verantwortlichkeit des Klienten hervorstreichen (ebd., S. 29).

Wider die Inkonsequenz der Methodenvermischung

Rogers (1940b) stellt damit, wie in seiner berühmten Vorlesung über die „neueren Therapieansätze“, die als „Geburtstagsrede“ des Ansatzes gilt, die Personenzentrierte Therapie in bewussten Gegensatz zu den expertenorientierten Therapieformen. Er betont damit zunächst die politische Dimension, die das therapeutische Machtgefälle und die Bevormundung durch die Therapeuten bzw. die Abhängigkeit der Klienten mit sich bringen.

Diese Analyse ist bis auf den heutigen Tag ungebrochen aktuell. Nach etwa 120 Jahren neuerer Psychotherapiegeschichte wissen wir, wie dieses durch Gedankenlosigkeit, Fahrlässigkeit oder Verschleierung bis hin zu bewusstem Überlegenheitsdünkel ausgenützte Machtgefälle mit seiner Widersprüchlichkeit zwischen Therapiezielen und Therapiepraxis besonders undurchschaubar und damit für die Klienten schwer in Frage zu stellen ist und somit fatale Auswirkungen haben kann.

Eine solche Inkonsequenz lässt sich auch an vielen Beispielen für die Entstehung so genannter Weiter- oder Fortentwicklungen im breiten Bereich der PCE-Therapien zeigen. In einem Themenheft der Zeitschrift „Gesprächspsychotherapie

und Personenzentrierte Beratung“ (1/2007) mit dem Titel „Offenheit und Vielfalt im Personenzentrierten Ansatz“ findet sich als Tagungsbericht beispielsweise eine Reihe von diesbezüglichen und wahrhaft erstaunlichen Inkongruenzen. Da ist nicht nur zu lesen, dass die Schnittmenge der Katathym-Imaginativen Psychotherapie (Krippner, 2007) „deutlich“ und „groß“ sei, „selbst wenn sie in der Psychoanalyse beheimatet ist“. Hier wird auch der Standpunkt berichtet, dass sich verhaltenstherapeutische Techniken „durchaus“ in personenzentriertes Handeln bzw. einen personenzentrierten Prozess integrieren lassen (Reinsch, 2007 über einen Workshop von Gutberlet; vgl. dazu jetzt auch Casemore & Tudway, 2012). Alles Mögliche an Erweiterung, Anpassung, Integration, Überschneidung und Bewegung hin auf eine „Allgemeine Psychotherapie“ wird da vorgestellt. Und bei aller Warnung vor „Integration ohne Integrität“ wird ein „Zerbröseln der Zäune zwischen den Paradigmen“ (Lietaer, 2007, 6) und ein weiterer Trend zur „Allgemeinen Psychotherapie“ konstatiert, der auf gemeinsamen Prinzipien beruht, die aus unterschiedlichen Orientierungen destilliert werden. Dies wird nicht nur begrüßt, es wird darüber hinaus gefordert, Stimme und Platz für den PzA in dieser Bewegung sicherzustellen und so politisch und akademisch stärker zu werden (ebd.). Dass gerade solche Positionierungen ihren Anteil daran hatten, dass die Gesprächspsychotherapie in Deutschland Schwierigkeiten mit der offiziellen Anerkennung hatte und hat (Hofmeister, 2007), unter anderem, weil die Eigenständigkeit dieser Orientierung angezweifelt wurde, nimmt dann auch nicht weiter Wunder.

Beim jüngsten PCE Weltkongress in Antwerpen (2012) konnte man miterleben, wie stark vor allem technikverliebte Strömungen geworden sind, die dann naturgemäß die Beschäftigung mit der eigenen therapeutischen Tätigkeit in den Vordergrund stellen – also eine eher therapeutenzentrierte Orientierung. Fragen nach den Konsequenzen für das Menschenbild (d.h. ja dafür, in welche Richtung man Menschen bei ihrer Entwicklung fördern will!) und nach der Unterstützung der Klienten bei ihrer Selbstermächtigung zu verantwortlichen, ressourcenorientierten und gesellschaftlich bewussten Personen kommen da erst gar nicht auf.

Carl Rogers hat jedenfalls ganz anders gedacht – und zwar aus anthropologischen und ethischen ebenso wie aus politischen Gründen. Er ist nämlich noch viel weiter gegangen.

Für ein dezidiert politisches Menschenbild

Über seine um den Machtbegriff kreisenden politischen Vorstellungen hinaus verstand Rogers nämlich konsequenterweise auch die philosophisch-anthropologische Grundlage und damit das theoretische Fundament des Ansatzes, *das Menschenbild selbst, als eine politische Basis* (Rogers 1963a; 1977a/1978, Kap. 11). Wenn er von einer organismischen Grundlage der

Aktualisierungstendenz spricht, versteht er die *Natur* des Menschen selbst als politisch. Und damit steht er in einer lang zurückreichenden prominenten Gesellschaft von Denkern (s. u.). Für ihn ist die Entfremdung des Menschen von seiner konstruktiven Aktualisierungstendenz Quelle des Leides. Die aus dem Menschenbild des PzA entwickelten Einstellungen und Haltungen und die entsprechenden Handlungen sind mehr als ein therapeutisches Unternehmen; sie sind, Rogers zufolge, die beste Unterstützung, erfahrungsoffene Menschen zu fördern. Zusammen mit den erkenntnistheoretischen und wissenschaftstheoretischen Implikationen dieser Sichtweise stellt dies in der Tat einen fundamentalen sozialpolitischen Anspruch dar. In seiner Arbeit sah Rogers (ebd., Kap. 12) somit eine „stille Revolution“ auf dem Weg zu einem „neuen politischen Menschenbild“ (ebd., S. 281), zur „Person von morgen“ (Rogers, 1969e).

Es ist daher nur konsequent, dass ihn sein Weg über die Psychotherapie zu zweit hinaus zunächst zu Gruppen und Großgruppen und schließlich in die direkte politische Arbeit geführt hat. Mit seinen theoretischen und praktischen Arbeiten in der Konfliktforschung und in der Friedensbewegung hat Rogers seine Einsichten beeindruckend auch durch sein persönliches Engagement untermauert (Details bei Kirschenbaum, 2007). (Im Unterschied dazu hat der Weg experienzieller Psychotherapieforschung den Fokus auf innere Vorgänge und deren Förderung bzw. Beeinflussung gerichtet.)

In sechs Thesen hat Rogers (1977a/1978, S. 41) die „Politik der helfenden Berufe“ unmissverständlich zusammengefasst.

- „1. Wer sensibel ist in helfenden Beziehungen, gleich von welcher Orientierung er herkommt, wird deshalb immer mehr an der Person orientiert sein, weil sich dieser Ansatz als wirksamer erweist.
2. Wer sich auf die Person bezieht, für den werden diagnostische Etikettierungen weitgehend irrelevant.
3. Das traditionelle medizinische Modell steht weitgehend im Widerspruch zu einer personenzentrierten Haltung.
4. Menschen, die eine personenzentrierte Beziehung herstellen können, kommen nicht notwendigerweise aus professionellen Ausbildungen.
5. Je mehr der PzA praktiziert wird, desto mehr stellt sich heraus, wie sehr er die hierarchischen Modelle von „Behandlung“ und Organisation in Frage stellt.
6. Gerade die Wirksamkeit des PzA stellt eine Bedrohung für Fachleute, Organisatoren und andere dar, und es werden Maßnahmen ergriffen, um ihn zu zerstören. Er ist zu revolutionär.“

Hier finden sich keine Tendenzen zur Anpassung an eine „Allgemeine Psychotherapie“.

Politisches Bewusstsein bei personenzentrierten Autoren

In der Folge finden sich im Personenzentrierten Ansatz immer wieder politische Themen:

Politik generell spielt eine Rolle unter anderen bei Maureen O'Hara (1998; 2007), Rose Cameron (2000), Christoph Fischer (2001), Peggy Natiello (2001), Gillian Proctor (2002), Kathidja Chantler (2004), Mick Cooper (2006; 2007) mit dem Konzept des sozialistischen Humanismus und seinen Bezügen zum PzA, John Vasconcellos (2007), John K. Wood (2007) oder Pete Sanders (2006), der besonders im Gesundheitsbereich scharf die Unvereinbarkeit zwischen dem PzA und der Politik des konventionellen Gesundheitssystems aufgezeigt.

Bedeutend vertreten sind feministische Ansätze sowie die Arbeiten zum Thema Unterdrückung und Diskriminierung von Minderheiten – etwa zu schwulen, lesbischen und Transgender-Themen: Renata Fuchs (1999), Marietta Winkler (2002), Gay Barfield (2004), Carol Wolter-Gustavson (2004), Gillian Proctor & Mary Beth Napier (2004), Suzanne Keys & Veronika Prüller-Jagenteufl (2008) und viele andere.

Eine ausgezeichnete Zusammenschau und Weiterführung bietet das Buch „*Politicizing the Person-Centered Approach: An agenda for social change*“, herausgegeben von Gillian Proctor, Mick Cooper, Pete Sanders und Beryl Malcolm (2006). Es setzt sich kritisch und ausführlich mit Themen wie Diversity respektive Vielfalt, Rassismus, Migration, Kultur, Sexualität, Macht und Genderfragen auseinander, mit Förderung emotionaler Reife, Friedenspolitik und Ökopolitik. In diesem Buch schreibt Seamus Nash (2006, S. 29) – wobei er sich auf Rogers bezieht –, dass „dem PzA ein politischer Imperativ innewohnt“.

Der Personenzentrierte Ansatz – ein sozialkritischer und sozialpolitischer Ansatz

Das Thema – Politik und PzA – ist also durchaus im Blick. Das im Titel dieses Artikels ausgedrückte Verständnis und der daraus folgende Anspruch gehen aber an die Wurzel: Ein emanzipatorischer Ansatz in der Psychotherapie, der sich selbst und damit seine Grundlagen ernst nimmt, muss nicht nur um seine *Implikationen* wissen, sie verstehen, untersuchen, formulieren, weiterentwickeln und „anwenden“. Er muss vielmehr *aktiv* politisch sein, weil er von seinem Wesen her politisch ist.

Man wird kaum ignorieren können, dass das Menschenbild des PzA Auswirkungen für die Arbeit hat, die in der privaten Praxis stattfindet, in der Klinik, in der Supervision, in der Ausbildung, in der Pädagogik, der Sozialarbeit, in der Pastoral, in der Forschung und Wissenschaft. Aber über die Auswirkungen hinaus, die die politische Dimension personenzentrierten Denkens und Handelns im relativ komfortablen, isolierten Setting im Kämmerlein des Therapeuten und im Elfenbeinturm des

Gelehrten hat, geht es um das Verständnis des Ansatzes und des psychotherapeutischen Berufes selbst: *Um nicht mehr und nicht weniger, als dass der Ansatz von seiner Natur her ein sozialkritischer und also ein sozialpolitischer Ansatz ist, ein fundamentales Programm für eine „Therapie“ der Gesellschaft, Psycho- und Soziotherapie* (wenn man so will, im Sinne einer Therapie der Gesellschaft; Schmid, 2001a). *Der Ansatz ist intrinsisch ein Programm für radikalen gesellschaftlichen und damit (sozial-) politischen Wandel.*

Bevor dies im Einzelnen zu erweisen ist, ist klarzustellen, wovon die Rede ist, wenn von „Politik“ und „politischem Verständnis“ gesprochen wird.

Was heißt „Politik“?

Mit Politik wird vieles, ja nicht selten „alles und nichts“ bezeichnet, vor allem aber etwas, das andere, die Politiker nämlich, zu besorgen hätten. Soll die Rede vom politischen Handeln nicht zur Phrase verkommen, so ist ein genauere Blick nötig.

Politik als Konsequenz eines Menschenbildes – das ursprüngliche Verständnis

Das Wort „Politik“ kommt vom griechischen „πόλις [pólis]“. (Der entsprechende lateinische Begriff ist „civitas“.) Die Polis war ursprünglich die Stadtburg (vgl. die Akropolis) und die zu ihr gehörige Siedlung, dann die Stadt und schließlich das autarke politische Gemeinwesen, bestehend aus Stadt und Hinterland. In der Polis waren Recht, Kultur, Gottesdienst, Militär, Bildung, Unterhaltung sowie der Markt durch kollektive Entscheidungsfindung geregelt, und so wurde für gedeihliches Zusammenleben nach innen und gemeinsames Handeln nach außen, sohin für Identität und Sicherheit, gesorgt. Die politische Gemeinschaft, die „κοινωνία πολιτική [koinonía politiké]“ sollte die Autarkiedefizite des Einzelnen ausgleichen.

Genau in diesem Sinne versteht Aristoteles (384–322 v. Chr.) in seinem Werk „Politika“ (III, 6) den Menschen als auf die Polis ausgerichteten Wesen, als einen „von Natur aus auf staatsbürgerliche Gemeinschaft Angewiesenen [φύσει μὲν εἰσὶν ζῷον πολιτικόν]“. Das wird üblicherweise als „der Mensch ist von Natur aus ein geselliges Wesen“ überliefert (vgl. Rogers' [1965b, S. 20] Bemerkung von der „unheilbar sozialen Natur des Menschen“). Tatsächlich meint „ζῷον πολιτικόν [zoón politikón]“ ein soziales, politisches Wesen, das sich in der Gemeinschaft handelnd entfaltet. Aristoteles versteht das so, dass *der Mensch in der Gemeinschaft und nur in ihr sein Potential voll aktualisieren kann. Nur in der Gemeinschaft kann der Mensch voll Mensch sein.* In dieser Gemeinschaft – davon geht Aristoteles aus – wird das sittlich Gute realisiert; sie stellt den

geistigen und rechtlichen Rahmen dar, in dem der Mensch lebt und handelt, in dem er zur Selbstverwirklichung findet. (Forschner, 1999).

Somit steht bereits an der Quelle allen politischen Denkens der Zusammenhang zwischen dem Verständnis des Menschen und der Ordnung, in der er sein Zusammenleben mit anderen regelt. *Politik ist daher die Konsequenz eines Menschenbildes.* Daraus folgt: *Aus einem bestimmten Menschenbild ergibt sich zwangsläufig politisches Handeln. Mit anderen Worten: Jeder ist Politiker.*

Schon die griechische Philosophie verstand also unter Politik nicht nur die auf die Polis bezogenen öffentlichen und alle Bürger verpflichtenden gemeinschaftlichen Angelegenheiten, sondern, in einer Synthese von Politik und Ethik, gleichzeitig die Schaffung einer guten politischen Ordnung, der „politeia“, und die Verwirklichung des Gemeinwohls, des „bonum commune“. Diese Idee vom Gemeinwohl wurde später von der christlichen Staatslehre aufgegriffen und zur modernen Demokratietheorie fortentwickelt und dient hierzulande heute als Grundlage des Verständnisses von Politik als Gestalten der öffentlichen Angelegenheiten zum Wohl und unter Mitwirkung der Bürger. (Nuscheler, 1999b)⁶

Politik als Kunst des Umgangs mit Macht – das reduzierte, „klassische“ Verständnis

Jenen politischen Theorien, angefangen von Niccolò Machiavelli (1469–1527) mit seiner Lehre der „klugen“ Ausübung von Herrschaft und der „schlau“ Planung der Mittel zum Zweck des Machterwerbs und Machterhalts und Thomas Hobbes (1588–1679) bis Max Weber (1864–1920), die allesamt Politik auf die Kunst des Erwerbs und der Behauptung von Macht, also auf Herrschaftstechnik und Staatskunst reduzieren, liegt dementsprechend ein verkürztes Politikverständnis zugrunde. (Und die, die es vertreten und propagieren, wissen meist genau, warum sie Politik zu ihrem eigenen Selbsterhalt darauf einschränken.) Macht wird damit letztlich Selbstzweck der Politik. Für Max Weber ist Politik vor allem Kampf um die Macht, das Streben nach Macht und nach Beeinflussung der Machtverteilung. Seine einflussreiche Definition, wonach Macht darin bestehe, seinen Willen auch gegen Widerstände durchzusetzen,

⁶ An dieser Stelle sei zwei Missverständnissen vorgebeugt: Zum einen soll der Blick auf die griechische Gesellschaftsordnung prinzipiell das Verständnis von Politik am Anfang abendländischen Denkens beleuchten, diese Ordnung jedoch keineswegs idealisieren, waren doch die Bürgerrechte auf eine kleine Gruppe privilegierter Menschen beschränkt, galt die Sklaverei als selbstverständlich, wurden Frauen als unterlegen angesehen, Kriege für unabdingbar und heldenhaft gehalten usw. Zum anderen ist Politik selbstverständlich eine Angelegenheit der Kultur, nicht der Natur der Menschen; allerdings gehört es zu unserer Natur, uns kulturell zu engagieren.

vorgeblich aus wissenschaftstheoretischen Gründen notwendigerweise wertfrei zu verstehen, hat damit in letzter Konsequenz die Politik endgültig von der menschlichen Person und ihrem Ethos „befreit“ und einem so genannten „politischen Realismus“ Platz gemacht (Nuscheler, 1999b).

Damit wurde Politik etwas für Politiker, etwas, das nicht Aufgabe oder gar Möglichkeit des einzelnen Menschen sein kann – mit allen fatalen Konsequenzen auch für die Politik der Psychotherapie: Dort gilt sie nun als Aufgabe der Berufspolitiker. Diese beschäftigen sich vorwiegend, wie allenthalben zu beobachten ist (vgl. die unsägliche Konfliktgeschichte der Psychotherapieverbände und -dachverbände, nicht nur in Österreich), mit Macht und Einfluss im Sinne von Machterhalt.

In der Politik geht es also nicht nur um die Kunst, die Machtverteilung zu beeinflussen, wie dies so oft gesehen wird. Wer Politik auf den Machtaspekt verengt, verrät damit schon, welches Menschenbild dem zugrunde liegt. Wo Menschsein auf Macht-Haben reduziert werden, wird es anthropologisch und ethisch verkürzt. (Das Phänomen, alles menschliche Bestreben auf Macht zu zentrieren, ist ja, psychotherapeutisch gesehen, sowohl aus der Erfahrung in Therapien als auch als Persönlichkeitstheoretische Grundfigur wohl bekannt.)

Politikwissenschaften: Die drei Dimensionen von Politik

Die moderne Politikwissenschaft selbst ist eine ähnlich junge Wissenschaft; wie es die Psychotherapiewissenschaft ist; der Beginn liegt im 19. Jahrhundert. Wie die Psychotherapie versteht sich die Politik traditionell als eine Disziplin der praktischen Philosophie.

In der Politikwissenschaft wird in inhaltlicher Anlehnung an die Dreifachgliederung des Politikbegriffs im Englischen zwischen Inhalt („policy“), Prozess („politics“) und Form („polity“) von Politik unterschieden (Rohe, 1994; Sternberger, 1995; Nuscheler, 1999a; b; Pelinka, 2004; Patzelt, 2007).

Policy: die normative, inhaltliche Dimension

Mit *policy* ist der *Inhalt* der Politik gemeint: die in den einzelnen Politikfeldern bearbeiteten Inhalte und Problemlösungen, eingeschlossen die politischen Entscheidungen.

Hier geht es – besonders in pluralistischen Gesellschaften – um unterschiedliche inhaltliche, normative Vorstellungen, also um Aufgaben und Ziele von Politik. Bezüglich der Politik einer Partei oder Regierung beschreibt der Begriff, was deren Ziele und Handlungen sind. Das ist natürlich je nach Wert- und Gerechtigkeitsvorstellungen verschieden. Ablesbar wird das meist an der materiell-ökonomischen Seite, also daran, wofür Geld ausgegeben wird.

Politics: die prozessuale Dimension

Als *politics* geht es der Politik um den *Prozess* der Herausbildung politischen Willens und politischer Entscheidungen, also um das Austragen von Konflikten und das Herbeiführen von Ergebnissen.

Dazu gehören die Prozesse der politischen Willensbildung und der Interessenvermittlung. Hier spielen die Macht und ihre Durchsetzung im Rahmen der formellen und informellen Regeln eine bedeutsame Rolle, die Auswahl der Personen in der Führung, das Suchen von Zustimmung und die Abstimmung mit anderen Interessen und Forderungen.

Polity: die formale, institutionelle Dimension

Als *polity* beschäftigt sich Politik mit der *Form*: den politischen Ordnungen und ihrem Normengefüge (z. B. Verfassungen, internationale Abkommen) und den Institutionen (z. B. Parlamente und Schulen).

Damit sind auch konkrete Ordnungsvorstellungen wie Rechtsstaatlichkeit, Gewaltenteilung oder Garantie von Freiheits- und Bürgerrechten gemeint. Auch die politische Kultur mit ihren typischen Ordnungs- und Verhaltensmustern gehört hier dazu. Neben der „geschriebenen“ Verfassung gibt es die ungeschriebene, die oft als „Realverfassung“ bezeichnet wird, und oft entscheidender ist als die offizielle.

Zusammenfassend formuliert: Politik ist die Verwirklichung von *policy* mit Hilfe von *politics* – auf der Grundlage von *polity*.

Psychotherapie als Politik

Ist Politik also die Konsequenz eines Menschenbildes, so erfordert dies politisches Handeln. Man kann nicht politisch sein oder unpolitisch handeln. Was heißt das für die Psychotherapie?⁷

Psychotherapiepolitik ist policy, politics und polity.

In jeder der eben genannten Bedeutungen ist Psychotherapie zugleich Politik. Sie ist untrennbar von *policy*, *politics* und *polity*.

In Bezug auf *policy* geht es um die Wertvorstellungen des jeweiligen psychotherapeutischen Ansatzes. Also beispielsweise um Nachbesserung, Reparatur, Anpassung, Skill-Training oder um Emanzipation, Autonomie und Solidarität, Entscheidungsfreiheit und Verantwortung. Bei Rogers geht es, wie gezeigt, grundsätzlich darum, die Natur des Menschen selbst als eine

⁷ Es heißt jedenfalls nicht, die Politik zu psychologisieren oder die Politiker zu psychotherapieren.

politische Basis zu verstehen, also alles Handeln an dem zu prüfen, ob es diesem Menschenbild entspricht. Für Personenzentrierte Therapeuten bedeutet dies, jeweils sorgfältig und gründlich zu hinterfragen, was sie tun, und sich zu vergewissern, ob das mit den Annahmen über die ressourcenorientierte und selbstbestimmte Natur des Menschen zusammengeht.

Was *politics* betrifft, geht es um die Vorgangsweisen und „Mittel“, mit Hilfe derer diese Wertvorstellungen umgesetzt werden – und zwar innerhalb wie außerhalb der Therapie. Von einem personenzentrierten Standpunkt aus heißt das, etwa in der Therapie auf Kontrolle über den Klienten und auf Bevormundung hinsichtlich der Methoden und Ziele zu verzichten. Stattdessen stehen Verstehen, Einfühlung, nicht an Bedingungen gebundene, wertschätzende Anerkennung der Person und personale Begegnung im Vordergrund. In der Gesellschaft allgemein erfordert dies ebenso eine Haltung des Verstehens der Werte und Ansichten anderer, aber genauso eine der Konfrontation durch klares Zum-Ausdruck-Bringen der eigenen Prinzipien und Wertvorstellungen, d. h. der Förderung eines entsprechenden Bewusstseins bezüglich der Werte (was Rogers [1997a/1998, S. 323] eine „stille Revolution“ genannt hat), politische Willensbildung, Medienarbeit etc.

Und hinsichtlich der *polity* geht es um unsere Stellung zu den Rahmenbedingungen, zu der formellen und informellen Ordnung, den Institutionen, die wir vorfinden, z. B. das Gesundheitswesen, und unser Verhalten in jenen, die wir selbst maßgeblich gestalten, wie die Ausbildungsvereine oder die Universitätsinstitute, die internationalen Vereinigungen usw.

Psychotherapie als Politik heißt dementsprechend,

- sich zunächst über die herrschenden Rahmenbedingungen, die vorherrschende politische Kultur (*polity*), klar zu werden
- und dann für das eigene Menschenbild mitsamt den dazugehörigen Werten (*policy*)
- auf geeignete Weise einzutreten (*politics*),
- um so einen Beitrag dazu zu leisten, die politische Kultur (*polity*) zu verändern. (Vgl. auch Sanders, 2007, S. 6)

Dass *policy*, *politics* und *polity* kongruent sein müssen, dass also die Mittel und Vorgangsweisen und die Institutionen mit den Grundsätzen und Programmen zusammenstimmen müssen, braucht ebenso wenig eigens betont zu werden, wie es in der Praxis offenbar schwierig zu realisieren ist.

Die Politik der psychotherapeutischen Schulen und der Psychotherapeuten

In der Psychotherapiepolitik dreht sich, wie oben erwähnt, vieles um *polity* und *politics*: von der Politik im Bereich des Gesundheits- und Sozialversicherungswesens bis zur Berufs- bzw.

Standespolitik. Im Folgenden lege ich den Fokus im Gegensatz dazu auf das Grundsätzliche, die *policy*. Hier geht es um die theoretischen und praktischen Konsequenzen aus dem Menschenbild der jeweiligen Richtung.

Was heutzutage alles Psychotherapie genannt wird und was von Psychotherapeuten allenthalben praktiziert wird, mag Anpassung sein und soziale Kontrolle, Vermitteln von guten oder weniger guten Ratschlägen und Anweisungen, komplexes und hoch differenziertes Krisenmanagement, bestens geplante Verhaltenssteuerung zur Erzielung erwünschter Effekte oder generell problemzentriertes Management aller Art. (Es wird überhaupt heute grundsätzlich „gemanagt und gecoacht“; Life Management und gezieltes Problemcoaching klingen akzeptabler als Psychotherapie! Vgl. Schmid, 2012b) Es findet sich lösungsfixiertes und einander übertreffen wollendes Techniken-Erfinden, geistreiches und von sich selbst begeistertes Analysieren und Welterklären, Heilsversprechen aller Art, Social Engineering, Betreuung, also Beratung in allen Lebenslagen von der Geburt bis zum Begräbnis, Ruhigstellung, Vertröstung, Pflege positiven Denkens usw. Prominente Psychotherapeuten geben in den Medien, sich selbst geistreich darstellend, klug formulierte Ferndiagnosen und -analysen und überbieten einander bei Volksaufklärungen zu sensationellen Ereignissen (von Natascha Kampusch oder Wolfgang Fritzl bis zu Familientragödien und amerikanischen Schulmassakern).

All das mag mehr oder weniger berechtigtes Intervenieren und Interpretieren sein, Sozialkontrolle und Machtspiel um die Deutungshoheit; *Psychotherapie*, die diesen Namen verdient, ist das nicht. Aber solche anti-emanzipatorischen und interpretationsmanipulierenden Vorgangsweisen haben natürlich weitreichende politische und ethische Konsequenzen. Sie transportierten Wertvorstellungen und Gesellschaftmodelle (und prägen das Bild von Psychotherapie in der Öffentlichkeit).

Psychotherapie und Politik – zwei Paar Schuhe?

Man mag generell einwenden, dass Psychotherapie und Politik, therapeutisches und politisches Tun grundsätzlich zwei verschiedene Diskurs- und Handlungsebenen seien und nicht vermischt werden dürfen. Bei aller Berechtigung zur sorgfältigen Unterscheidung kann aber nicht gelten: In der Therapie geht es um Verstehen; in der Politik um Verändern. Also: „Ich therapiere; um die Politik sollen sich andere kümmern.“ Es gilt vielmehr: In der Therapie wie in der Politik geht es um Verstehen *und* Verändern. Aus einer personalen Einstellung heraus wäre alles andere nicht nur sinnlos, sondern verhängnisvoll. Der personenzentrierte Standpunkt, dass Verstehen Verändern bedeutet, ja, dass Verändern gerade durch das Verstehen erfolgt, bringt es auf den Punkt: In beiden Fällen geht es um Encounter, um Be-gegen-ung (Schmid, 1994), also um ein Gegenüber wie um ein Miteinander (Schmid & Mearns, 2006).

Verstehen heißt ja nicht zustimmen und Verändern heißt ja nicht Geringschätzen.

Die offensichtliche Konsequenz daraus ist Auseinandersetzung und – ja! – Konflikt und Streit, weil verschiedene Ansichten und Überzeugungen aufeinanderprallen. Wenn Psychotherapie notwendigerweise Politik ist, dann geht es hier vor allem um die Notwendigkeit, die unmittelbar und mittelbar aus der psychotherapeutischen Arbeit gewonnenen Erfahrungen sowie die daraus resultierenden Schlussfolgerungen grundlegend in den gesellschaftspolitischen Diskurs einzubringen – und zwar laut und unüberhörbar. Das geht nicht ohne bewusstes Eingehen von Konflikt und ernsthafte Konfliktaustragung (sowie die dafür erforderliche Streitkultur, die es in der Profession derer, die berufsmäßig zunächst mit Verstehen beschäftigt sind, vielfach erst noch zu entwickeln gilt). An Persönlichkeitsentwicklung orientierte Psychotherapeuten müssen gegen das streiten, was sie in der Gesellschaft als beeinträchtigend für die Persönlichkeitsentwicklung durch ihre therapeutischen Erfahrungen erkannt haben. Und sie müssen für das streiten, was sie als lebensförderliche und konstruktive Entwicklung unterstützend erkannt haben.

Konflikt und Auseinandersetzung sind daher unabdingbar. *Es geht dabei schlicht um eine Auseinandersetzung zwischen grundverschiedenen gesellschaftlichen, anthropologischen und psychotherapeutischen Paradigmata. Und das ist eine politische Auseinandersetzung.* So ist sie zuallererst auch eine Auseinandersetzung mit dem Politikverständnis als solchem, d. h. mit dem gegenwärtigen Alltagsverständnis einerseits, der herrschenden Doktrin, der Doktrin der Herrschenden, andererseits.

Diskursbereiche von policy aus personenzentrierter Sicht

Psychotherapie heißt darum jedenfalls immer auch, *sich in den Diskurs der policy einzumischen* und laut und deutlich die Stimme zu erheben, wo wir als Psychotherapeuten etwas zu sagen haben. Hier einige Beispiele.

- Wenn wir von der *substanziell-relationalen Dialektik des personenzentrierten Personbegriffes* (Schmid, 1991; 1994; 2007a; 2008a; 2013a) ausgehen, davon, dass für das Verständnis des Menschen als Person die Individualität, Selbstständigkeit und Einzigartigkeit jedes Menschen ebenso wichtig ist wie seine Beziehungsangewiesenheit und -fähigkeit, dann ist klar, dass Förderung von Autonomie und Förderung von gelingenden Beziehungen für die Menschen von grundlegender Bedeutung sind. Dies ist eine politische Aufgabe. Für Rogers (1977a/1978, S. 277) galt Entfremdung als *das* Grundmuster jeglicher psychologischer Pathologie. Die Gefahr dazu besteht überall, wo der Mensch sich seines Personseins in seinen verschiedenen Dimensionen nicht bewusst ist. Gegen Individualismus wie

Kollektivismus ist die Förderung von Authentizität – als Bewusstheit wie als Kongruenz in den Beziehungen – eine politische Aufgabe. (Fischer, 2001; Schmid, 2001a)

- Wenn wir davon ausgehen, dass Psychotherapie als *Kunst der Begegnung* zu verstehen ist (Rogers, 1962c/1977b; Schmid 1994; 1996; 2006; 2013b; Barrett-Lennard, 2005; Mearns & Cooper, 2005), also zuallererst als „Betroffenwerden vom Wesen des Gegenüberstehenden“ (Guardini, 1955, S. 226), als ein „stauendes Zusammentreffen mit der Wirklichkeit des Anderen“ (ebd.), dann stellt Psychotherapie eine *Du-Ich-Beziehung* dar (Schmid, 2006; Schmid & Mearns, 2006). Sie erfordert eine Epistemologie der Alterität, d. h. einen Verstehenszugang, der den Anderen als einen wahrhaft Anderen sich zeigen lässt, so, wie er sich selbst versteht (und nicht eine „objektivierende“ Erkenntnistheorie, in der man von sich auf den Anderen schließt und ihn damit zum Alter Ego degradiert; Schmid, 2008b). Die politische Herausforderung besteht darin, Räume dafür zu schaffen, die es den Menschen möglich machen, sich und ihre Not zum Ausdruck zu bringen – auch jenseits der Therapie. Es gilt, deutlich zu machen, dass eine entsprechende Beziehung die Therapie und Hilfe *ist* und die Suche nach jedwedem Handwerkszeug nur von mangelnder Beziehungsfähigkeit und Unsicherheit der Person Zeugnis ablegt.

Wenn wir also davon ausgehen, dass das Wesen des Menschen grundsätzlich dialogisch ist, dass *Dialog* die Grundlage dafür ist, dass die originale Sozialität des Menschen (Levinas, 1989, S. 73–77) in Erscheinung treten und sich entfalten kann; wenn wir also verstanden haben, dass der Mensch von Anfang an *Dialog ist*, dann ist der Dialog, die vorgegebene dialogische Situation zuallererst im psychotherapeutischen Setting ernst zu nehmen (Schmid, 2006; 2009; 2013a; b). Darüber hinaus aber sind in allen gesellschaftlichen Bereichen Situationen zu fordern und zu fördern, wo sich Dialog ereignen kann oder deutlicher gesagt: nicht unterdrückt wird – ein Grundverständnis der demokratischen Gesellschaftsordnung. Das ist eine politische Aufgabe.

- Wenn wir davon ausgehen, dass konsequenterweise der epistemologische und therapeutische Paradigmenwechsel vom Analysieren und Diagnostizieren zum *Ko-kreieren* (Schmid, 2001a; 2013b) die Grundlage dafür ist, Menschen ihre Würde zu belassen, dann ist die Förderung von *Mitbestimmung und Selbstbestimmung* ein politisches Programm und nicht nur eine therapeutische Methode. Dann ist gerade da der innertherapeutische Diskurs in aller Deutlichkeit zu führen, welche Ziele, implizit und explizit, eine bestimmte Schule verfolgt. Und es ist politisch erforderlich, eine Gegenöffentlichkeit (und damit eine andere allgemeine Wahrnehmung) zu schaffen, die dem „Verliebtsein“ in bzw. „Verfallensein“ an Diagnosen und dem

Fetisch eines szientistischen, empirizistischen und einseitig-naturwissenschaftlichen Vorgehens entgegentritt. Dies ist einer der Kernpunkte der Politik wahrhaft *humanistischer* Psychotherapien. (Es geht um nicht weniger als darum, den Sprung vom Selbst zur Person zu vollziehen bzw. – um die Sprache Levinas' (1987) zu bemühen – darum, den „totalitären“ Epistemologien der auf Analyse und Diagnosen beruhigenden Psychotherapien mit einer „infiniten“ und damit genuin personenzentrierten Erkenntnistheorie und Ethik entgegenzutreten.)

- Wenn wir davon ausgehen, dass der PzA seinem Wesen nach eine Sozialpsychologie ist und dass Leben und Zusammenleben *nicht dem Selbst, sondern dem primären Wir* entspringt (Schmid, 2004a), dann sind Werte wie Toleranz, Solidarität, Gerechtigkeit, Eintreten für Minderheiten und Benachteiligte nicht Konsequenz, sondern Fundament und müssen als solches eingefordert werden. Das ist eine politische Aufgabe, die Zivilcourage erfordert.

- Wenn wir davon ausgehen, dass die *Gruppe der primäre Ort* ist, an dem Menschen Leben lernen, wo ihre Probleme entstehen und wo sie auch bearbeitet werden können (Schmid, 1996; Schmid & O'Hara, 2013), dann ist der Aufbau und die Förderung entsprechender Gruppen eine politische Aufgabe. Solche Gruppen sind gekennzeichnet durch Selbststeuerung, Selbstverantwortung und *Selbsthilfe*.

- Wenn wir aufgrund unserer Erfahrung in Encounter-Gruppen und Großgruppen davon überzeugt sind, dass *nicht-gesteuerte Gruppenprozesse ein unglaubliches Entwicklungspotenzial* darstellen (Rogers, 1970a/1974) und Führung eine Funktion der Gruppe ist und nicht Aufgabe des starken Mannes oder der starken Frau (Schmid, 1996, S. 219–288), dann ist die politische Aufgabe, das fruchtbar für Demokratieentwicklung und -förderung zu machen.

- Wenn wir davon ausgehen, dass nur die oben genannte epistemologische Position einer Du-Ich-Beziehung als Grundlage für nicht-interpretierendes und nicht-bevormundendes Verstehen dem personenzentrierten Menschenbild entspricht, dann ist psychotherapeutische Ethik immer praktische Sozialethik (Schmid, 1994; 1996; 2003). Subjektsein heißt dann nicht „ich für mich“ (was substantiale Einseitigkeit wäre), sondern Subjektivität ist selbst relational, weil sie aus der Beziehung entsteht – und zwar vom anderen her! Die politischen Implikationen der Förderung von Subjektsein als anti-ideologische, emanzipatorische Grundlagen von Förderung durch Verstehen liegen damit auch in außertherapeutischen Bereichen auf der Hand. Daher gilt es, die Stimme für alle zu erheben, die, wenn überhaupt, den Weg in unsere Praxen finden: Minderheiten, Diskriminierte, Ignorierte,

Verlachte, Unterprivilegierte. (Es ist kein Zufall, dass die feministischen und die schwul-lesbischen Bewegungen sowie die politisch Unterdrückten den PzA als einen Ansatz entdeckt haben, der ihnen erlaubt, sich so zu artikulieren, wie sie sich selbst verstehen und verstanden werden möchten.)

- Wenn man Rogers (z. B. 1951a/1973, S. 154–155; Schmid, 1996, S. 533–540; 2001b) Sicht teilt, dass es dabei im Letzten um *Liebe* geht (und zwar im von ihm als Agape beschriebenen Sinn, die er – um Missverständnissen vorzubeugen – als „*unconditional positive regard*“ bezeichnet hat, dann hat diese Art von Liebe natürlich eine politische Dimension. Sie ist eine Herausforderung für Strukturen und Hierarchien, bricht Unterdrückung und Phrasendrescherei auf, Narzissmen und Totalitäten, Selbstzufriedenheit und Abgeschlossenheit. Sie eröffnet Authentizität, Transparenz, Ehrlichkeit, Offenheit für Unvorhergesehenes, den Wunsch nach Veränderung, freie Auseinandersetzung und Verlässlichkeit.

- Wenn wir davon überzeugt sind, dass es um die *Förderung von Empowerment*, um Macht als Ermächtigung geht, und zwar in seiner radikalen Bedeutung (Rogers 1977a/1978; Schmid, 1996, S. 449–468), dann ist das Grundverständnis von psychosozialer Arbeit „*facilitation*“, Förderung. Das ist ein politisches Programm par excellence, welches erfordert, Spontaneität und Kreativität zu fördern, die per se einen radikalen Machtwechsel darstellen (Sainer, 1975): Spontane und kreative Menschen sind gegen Abhängigkeit viel stärker immun. (Eine Psychotherapie, die das Machtthema nicht auch politisch thematisiert, darf sich bestenfalls Anpassungstraining nennen.)

- Wenn die *Aktualisierungstendenz* schließlich nicht einfach als innere Kraft des Individuums, sondern als ein wesentlich beziehungsorientiertes und damit soziales Konstrukt, als *Personalisationstendenz*, begriffen wird, die durch Freiheit und Kreativität charakterisiert ist (Schmid, 1994, S. 413–423; 2008a; 2010) und durch die *Präsenz* des Anderen (Schmid, 1994; 2002) gefördert wird, dann besteht die Verpflichtung, auch jenseits der Therapie Möglichkeiten zur Förderung von Personalisation aufzuzeigen. In der Therapie bedeutet das, dass erst so der Klient aktiv die Präsenz des Therapeuten für sich fruchtbar machen kann („*make therapy work*“, wie sich Art Bohart und andere ausdrücken; Bohart & Tallman, 1999). Der Klient ist dabei derjenige, der den Therapeuten „*in-formiert*“, d. h. in Form bringt, ihn zu verstehen (Schmid, 2005), um sich selber besser zu verstehen – weshalb man tatsächlich davon sprechen kann, dass der Klient der Therapeut ist. Jenseits der Therapie geht es darum, sich überall dort einzumischen, wo Strukturen und Institutionen dies behindern, statt kreativ und kreativitätsfördernd Personalisation zu unterstützen. Statt in „*noblem*“ Schweigen

zu verharren, muss das „Programm“ der „Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung“ viel stärker in den gesellschaftlichen Diskurs eingebracht werden. Nur so wird es möglich, dass die Betroffenen ihrerseits ihr Potential aktualisieren können.⁸ Die Aktualisierungstendenz hat also nach der personenzentrierten Anthropologie selbst eine klare politische Dimension: Sie aktualisiert unser Potenzial, politische Wesen zu sein.

Zusammengefasst: Wenn Psychotherapie sich so versteht, wie ich es skizziert habe, dann besteht eine ethische Verpflichtung zu politischem Handeln. Es ist eine Frage des Selbstverständnisses, des Selbstwertgefühls und der Verantwortung, sich als Psychotherapeut als politischer Mensch zu verstehen *und* dementsprechend zu handeln. Daher gilt: *Psychotherapie ist Politik oder sie ist nicht Psychotherapie*. Das heißt, Psychotherapie muss als politische Tätigkeit verstanden werden oder sie versagt als Psychotherapie.

Streitverkündung

Nimmt man das zuvor aufgezeigte Verständnis von Psychotherapie und das ihm zugrunde liegende Menschenbild ernst, so geht es dabei um nicht mehr und nicht weniger als die Auseinandersetzung zwischen Obrigkeitshörigkeit (die letztlich auf Totalitarismus hinausläuft, wie die Geschichte des 20. Jahrhunderts eindrücklich gezeigt hat) und Demokratie, zwischen Indoktrination und Emanzipation, zwischen Herrschaft (als dem Missbrauch von Macht) und Partizipation, zwischen Kontrolle und Selbstbestimmung, zwischen „Totalität und Infinität“ im Sinne Levinas' (1987). Es ist, in personenzentriertem Jargon ausgedrückt, die Auseinandersetzung um die Entscheidung zwischen der Behandlung von Patienten und der Therapie von Personen (Rogers, 1942a/1977).

Streitverkündung ist daher angesagt. Die stille Revolution von Carl Rogers wurde meines Erachtens bisweilen zu still vorgetragen (Schmid, 2008b). Wie es andere schon getan haben (etwa die Konferenz „Psychotherapy and Politics: Realising the Potential“ 2009 in Glasgow), plädiere ich für leidenschaftliche Auseinandersetzung und gegen stillschweigende oder zähneknirschende Anpassung an Psychotherapieformen,

⁸ Der Aktualisierungsprozess ist letztlich ein dialogischer Prozess. Damit erweist sich die Idee einer Selbst-Verwirklichung in der Bedeutung des Sich-aus-sich-selbst-Verwirklichens, unabhängig von anderen, als egoistischer Unsinn. Ebenso gilt das für die Begriffe Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Die individualistische Interpretation des humanistischen Gedankens der Aktualisierung wird damit ad absurdum geführt. Somit wird klar, dass von allem Anfang an – und umso mehr dann (sozusagen an der Speerspitze der Begegnungsphilosophie) im Licht der Levinas'schen Kritik (1987) an der Egologie und Totalität abendländischen Denkens – eine Selbstzentriertheit im humanistischen Denken keinen Platz hat.

die – beabsichtigt oder unbeabsichtigt – das vorherrschende System stützen oder es stabilisieren sollen.

Der Kairos, der rechte Zeitpunkt, dafür ist jedenfalls da. Wohin man mit Anpassung und allzu weit gehenden Kompromissen kommt, zeigen Beispiele aus Ländern, die es damit versucht haben und sich letztlich die Frage gefallen lassen mussten, wozu man sich als eigenständige Richtung anerkennen lassen wolle, wenn man die Argumentationsmuster anderer Richtungen übernimmt. Verliert man sein eindeutiges Profil, so darf einen das nicht wundern.

Carl Rogers hat es, wenngleich unter anderen Rahmenbedingungen, lange Zeit nicht so billig gegeben. Er hat es als Psychologe auf einen Lehrstuhl für Psychiatrie geschafft und immer wieder den etablierten und vorherrschenden Meinungen widersprochen. Er hat, wenngleich nicht von Anfang an, die Zeichen der Zeit auch in politischer Hinsicht erkannt und die Bedeutung von Freiheit und Emanzipation leidenschaftlich aufgezeigt. Die von ihm als Horrorvision vorgetragene Einstellung „Wir werden die Freiheit aufgeben müssen, um zu überleben“ (Rogers, 1977a/1978, S. 289) ist in Zeiten des globalen Terrorismus und der überschießenden antiterroristischen Maßnahmen aktueller denn je. Und Freiheit ist unteilbar. Wenn der Ansatz seinem „revolutionären“ Anspruch gerecht werden will, muss er gegen die Entfremdung der Individuen und für die Freiheit und Selbstbestimmung der Person auftreten. Sonst ist er zu einem Anpassungsinstrument unter vielen geworden. Die oben zitierte Zerstörung, von der Rogers (1977a/1978, S. 41) gesprochen hat, kann auch dadurch geschehen, dass man sich selbst klein oder heruntermacht – eine Form von Selbstzerstörung.

Wie vielleicht kein anderer psychotherapeutischer Ansatz erhebt der PzA den Anspruch, in diesem Sinne politisch zu sein und stellt damit eine Herausforderung an die community der Psychotherapeuten und Psychotherapieschulen insgesamt dar. Sein Menschenbild selbst ist ein politisches Programm.

Eine solche „Streitverkündung“ darf auch als eine politische Herausforderung und somit als eine Einladung an die anderen Ansätze und Schulen gesehen werden, die Auseinandersetzung aufzunehmen.

Diskurs unter den Schulen

Das heißt auch und vielleicht vor allem, im innerpsychotherapeutischen Diskurs Stellung zu beziehen. Zur Entwicklung der eigenen Identität gehört auch eine politische Identität. Und die macht es erforderlich, den Konflikt nicht zu scheuen, statt auf Ignoranz und Abschottung zu setzen einerseits oder der Vielgesichtigkeit und damit Gesichtslosigkeit und somit Standpunktlosigkeit (die letztlich immer auf „almost anything goes“ hinausläuft) das Wort zu reden andererseits.

Mittlerweile heben die verschiedensten psychotherapeutischen Schulen die Bedeutung der Beziehung hervor und

feiern die Wiederentdeckung der Person, reden von Achtsamkeit und von Patientenorientierung, ohne es auch nur der Mühe für wert zu befinden, die Pionierleistung von Rogers und dem PzA auf diesem Gebiet zu erwähnen. Ich habe den Standpunkt vertreten (Schmid, 1989), dass die Nichtbeachtung, ja Ignoranz gegenüber dem PzA in dieser Entwicklung ebenso wie die Verwässerung und Verharmlosung der radikalen personenzentrierten Positionen auch innerhalb der so genannten „PCE-Familie“ als Phänomen des Widerstandes zu verstehen ist. Dass uns die anderen vieles nachmachen, mag uns ein Lächeln kosten oder ärgern. Dass Positionen als person- oder klientenzentriert ausgegeben werden, die mit dem Menschenbild von Rogers kaum noch etwas am Hut haben, mag als gewöhnliche Alterserscheinung und Diversifizierung einer Bewegung eingeordnet werden. Das alles ist jedoch keineswegs lächerlich oder ärgerlich oder unabdingbar notwendig: Der PzA stellt eine Bedrohung für die in traditioneller – an Weber angelehnter – Weise verstandene Macht der Psychotherapeuten und Berater dar. Das hat Rogers (etwa 1977a/1978, 27) bereits in aller Deutlichkeit erkannt: (z. B. 1977a/1978, S. 16, orig.: „It was in its [client-centered therapy’s] *politics* that it was most threatening.“)

Ein „political way of being“

Für ein politikbewusstes Selbstverständnis Personenzentrierter Psychotherapie gilt also:

- *Gesellschaftskritik* muss ein unverzichtbarer Bestandteil psychotherapeutischer Theorieentwicklung und Praxis sein.
- Damit das möglich wird, muss einschlägige *politische Bildung* Bestandteil psychotherapeutischer Ausbildungen werden.
- *Medienarbeit* muss ebenso ein unentbehrlicher Bestandteil psychotherapeutischer Theorie, Praxis und Ausbildung sein.
- Dazu ist es notwendig, aus der Sicherheit der eigenen Praxis herauszukommen, die Zurückgezogenheit des eigenen Studierzimmers zu verlassen und als Therapeuten öffentlich für das eintreten, was wir aus unserer Erfahrung mit Klienten gelernt haben. Wir stehen vor der Herausforderung, unsere Stimme dazu zu erheben, wie die Gesellschaft und das Umfeld, in denen unsere Klienten (und wir natürlich selbst) leben, gestaltet wird: lebensfördernd oder -zerstörend. Es ist Not-wenig, jenseits des persönlichen Therapiegesprächs *in der Öffentlichkeit* aufzutreten und dafür einzutreten, das zu verändern, was diese Klienten als Menschen beeinträchtigt. Jeder einzelne Therapeut steht vor der Herausforderung, politisch Stellung zu beziehen. Das kann selbstverständlich auf vielfältigste Art geschehen. Es gilt, die Stimme zu erheben, wenn jenes Umfeld gestaltet wird, das das Leben unserer Klienten und unser eigenes fördern und gelingen lassen

oder behindern und ruinieren kann, also in der Gesellschaft jene Konsequenzen zu vertreten, die wir aus den Erfahrungen mit unseren Klienten ziehen müssen.

- Dazu ist die *Zusammenarbeit mit anderen Schulen* notwendig, die ähnliche Ziele verfolgen und die kritische Auseinandersetzung mit jenen, die als Unterstützer des Status Quo anzusehen sind. Es gilt auch, gegen Therapieformen aufzutreten, die die Klienten zu „reparieren“ trachten, anstatt sie dabei zu unterstützen und zu ermutigen, ihr Leben zu verändern.
- Dazu ist die *Zusammenarbeit mit anderen Professionen* unabdingbar.
- Dazu gehört auch die kritische Auseinandersetzung mit der *Weiterentwicklung der Demokratie*. Psychotherapeutische Erfahrung kann viel dazu beitragen. Was der Personenzentrierte Ansatz anzubieten hat, ist zum einen das Know-how und der Erfahrungsschatz zum gesamten Bereich der Kommunikation und des Dialogs. Zum anderen ist es die Wiederentdeckung der Überzeugungen („recovery of conviction“ nannte das Bill Coulson einer der Gründer des La Jolla Programms; persönl. Mitteilung), die einem personal entwickelten Wertsystem entstammen. Überzeugungen zu haben und sie zu vertreten, ist eine unabdingbare Voraussetzung für Demokratie.
- Zu guter Letzt bedarf es der *Standhaftigkeit* und Ausdauer. Wenn Persönlichkeitsentwicklung und Dialog die Ziele sind, darf es keinen Kompromiss in wesentlichen Dingen geben.

In einem Satz: Unsere klassischen drei Dimensionen des „ways of being“ in der Therapie, empathisch mitzerleben, ohne Bedingungen wertzuschätzen und authentisch Antwort zu sein, entsprechen dem klassischen politischen Dreischritt *zu sehen, zu urteilen und zu handeln*, d. h. wahrzunehmen, sich eine Meinung zu bilden und etwas zu unternehmen.⁹

The most personal is the most political

Es geht um nicht mehr und nicht weniger als um die politische Kultur der Psychotherapeuten. Apolitisch sein heißt, den Status Quo nicht nur zu bewahren, sondern ihn festzuschreiben. Wenn Psychotherapeuten ihre Stimme in der Gesellschaft nicht erheben, nehmen sie weder sich selbst ernst noch ihre Klienten. Sie tragen vielmehr dazu bei, den Status Quo einzuzementieren. Psychotherapeutisches Handeln ohne politisches Handeln ist aber nicht nur ignorant und feig; es ist schlicht unverantwortlich. Ein Psychotherapeut, der sich nicht um Politik kümmert, schädigt seine Klienten. Auch in diesem Sinne ist „Psychotherapie Politik oder sie ist nicht Psychotherapie“ (Schmid 2012a).

⁹ Vgl. auch die Aufgabenzusammenstellung von Sanders (2006, S.6).

Persönlichkeitsentwicklung ist, wie zu zeigen war, notwendigerweise auch ein politischer Prozess und deshalb ist eine Psychotherapie, die sie fördern will, ein politisches Programm. Von Rogers (1961a/1973, S. 41) stammt der weitreichende Konsequenzen beinhaltende Satz, dass das Persönlichste das Allgemeinste, das Universellste sei. Das ist zu ergänzen: Das Persönlichste ist auch das Politischste.

Literatur

- Barfield, G. L. S. (2004). A personal odyssey: Shaping political and feminist principles in the Person-Centred Approach. In G. Proctor & M. B. Napier (Hrsg.), *Encountering feminism: Intersections between feminism and the person-centred approach* (S. 39–58). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Barrett-Lennard, G. T. (2005). *Relationship at the centre: Healing in a troubled world*. London: Whurr.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work*. Washington: APA.
- Cameron, R. (2000). The personal is political – re-reading Rogers. In T. Merry (Ed.), *Person-centred practice: The BAPCA reader* (pp. 188–192). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Casemore, R. & Tudway J. (2012). *Person-Centred Therapy and CBT: Siblings not rivals*. London: Sage.
- Chantler, K. (2004). Double-edged sword: Power and person-centred counseling. In R. Moodley, C. Lago & A. Talahite (Hrsg.), *Carl Rogers counsels a black client: Race and culture in person-centred counseling* (pp. 116–129). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cooper, M. (2006). Socialist humanism: A progressive politics for the twenty-first century. In G. Proctor, M. et al., *Politicizing the person-centred approach* (pp. 80–94). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cooper, M. (2007). Person-centred therapy: the growing edge. *Therapy Today*, Summer.
- Farson, R. E. (1974). Carl Rogers, quiet revolutionary. *education* 95, 2, 197–203.
- Fischer, C. (2001). Klientenzentrierte Psychotherapie und Gesellschaft. In P. Frenzel, W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte – Konzepte – Konkretisierungen* (S. 412–426). Wien: Facultas.
- Forschner, N. (1999). Art. Polis. In W. Kasper (Hrsg.), *Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. VIII* (S. 384–387). Freiburg i. Br.: Herder.
- Fuchs, R. (1999). Personzentrierte Beratung bei Arbeitslosigkeit. *PERSON* 1, 76–80.
- Guardini, R. (1955). Die Begegnung. Ein Beitrag zur Struktur des Daseins. *Hochland* 47, 3, 224–234.
- GwG (2007). Themenheft „Offenheit und Vielfalt im Personzentrierten Ansatz“. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 1.
- Hofmeister, B. (2010). The Person-Centered Approach in Germany: To cut a long story short. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9, 1, 1–13.
- Keys, S. & Prüller-Jagenteufl, V. (2008). Gender and PCE therapies. Special issue, *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 2.
- Kirschenbaum, H. (2007). *The life and work of Carl Rogers*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Krippner, K. (2007). Kathathym-Imaginative Psychotraumatheorie kann Personzentrierte Psychotherapie und Beratung ergänzen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 1, 11–16.
- Levinas, E. (1987). *Totalität und Unendlichkeit: Versuch über die Exteriorität*. Freiburg i. Br.: Alber.
- Levinas, E. (1989). Dialog. In F. Böckle et al. (Hrsg.), *Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft, Bd.1* (S. 61–85). Freiburg i. Br.: Herder.
- Lietaer, G. (2007). Im Dialog mit anderen Paradigmen: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 1, 5–6.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counseling and psychotherapy*. London: Sage.
- Nash, S. (2006). Is there a political imperative inherent within the person-centered approach? In G. Proctor et al., *Politicizing the person-centred approach* (S. 29–36). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Natiello, P. (2001). *The person-centred approach: A passionate presence*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Nuscheler, F. (1999a). Art. Politikwissenschaft. In W. Kasper (Hrsg.), *Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. VIII* (S. 384–388). Freiburg i. Br.: Herder.
- Nuscheler, F. (1999b). Art. Politik. In W. Kasper (Hrsg.), *Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. VIII*. Herder: Freiburg i. Br., 387–388.
- O’Hara, M. (1998). Personzentrierte und experientielle Psychotherapie in einem kulturellen Übergangszeitalter. *PERSON* 1, 5–11.
- O’Hara, M. (2007). Psychological literacy for an emerging global society: Another look at Rogers’ “persons of tomorrow”. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 6, 1, 45–60.
- Patzelt, W. J. (2007). *Einführung in die Politikwissenschaft*. (6. Aufl.). Rothe: Passau.
- Pelinka, A. (2004). *Grundzüge der Politikwissenschaft*. Stuttgart: UTB.
- Proctor, G. (2002). *The dynamics of power in counseling and psychotherapy: Ethics, politics and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Proctor, G., Cooper, M., Sanders, P., Malcolm, B. (2006). *Politicizing the person-centred approach: An agenda for social change*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Proctor, G. & Napier, M. B. (2004) (Hrsg.). *Encountering feminism: Intersections between feminism and the person-centred approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rogers, C. R. (1940b). *Some newer concepts of psychotherapy*. Manuskript.
- Rogers, C. R. (1942a/1977). *Die nicht-direktive Beratung: Counseling and Psychotherapy*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961a/1973). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1962c/1977b). Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly, Summer*, 3–15.
- Rogers, C. R. (1963a). The actualizing tendency in relation to “motives” and to consciousness. In M. R. Jones (Hrsg.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 1–24). Lincoln, NE; University of Nebraska Press.
- Rogers, C. R. (1965b). A humanistic conception of man. In R. Farson (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18–31). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1969e). *The person of tomorrow*. Sonoma State College Pamphlet.
- Rogers, C. R. (1970a/1974). *Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1977a/1978). Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München: Kindler. (Orig.: *On personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte.)
- Rohe, K. (1994). *Politik: Begriffe und Wirklichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sainer, A. (1975). *The radical theater notebook*. New York: Avon.
- Sanders, P. (2006). Politics and therapy: Mapping areas for considerations. In G. Proctor et al., *Politicizing the person-centred approach* (S. 5–16). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (1989). „Eine stille Revolution?“ Widerstand durch Verharmlosung und Verwässerung. *apg-kontakte* 2, 5–7.
- Schmid, P. F. (1991). Souveränität und Engagement: Zu einem personzentrierten Verständnis von ‚Person‘. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert* (8. Aufl., 2010) (S. 15–164). Mainz: Grünewald.

- Schmid, P.F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Vol. I. Solidarität und Autonomie*. Cologne: EHP.
- Schmid, P.F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Vol. II. Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P.F. (2001a). Authenticity: The person as his or her own author. In G. Wyatt (Hrsg.), *Congruence* (S. 213–228). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P.F. (2001b). Acknowledgement: the art of responding: Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional positive regard* (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P.F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P.F. (2003). The characteristics of a Person-centered approach to therapy and counseling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104–120.
- Schmid, P.F. (2004a). Die Person im Zentrum der Therapie: Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. *PERSON* 1, 16–33.
- Schmid, P.F. (2004b). Back to the client. A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis, in: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 1, 36–51.
- Schmid, P.F. (2005). Authenticity and alienation. Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centered approach* (pp. 75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P.F. (2006). The challenge of the Other. Towards dialogical person-centered psychotherapy and counselling. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 241–254.
- Schmid, P.F. (2007a). Begegnung von Person zu Person: Die anthropologischen Grundlagen personzentrierter Therapie, in: J. Kriz & T. Sluneko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 34–49) (2. Aufl. 2011). Wien: Facultas/UTB.
- Schmid, P.F. (2007b). “Psychotherapy is political or it is not psychotherapy: The actualizing tendency as personalizing tendency. *Keynote lecture, 3rd BAPCA Conference 2007: “Person Centred Approach: Past, Present and Future”*, Cirencester, UK.
- Schmid, P.F. (2008a). A personalizing tendency: Dialogical and therapeutic consequences of the actualizing tendency axiom. In B. Levitt (Ed.), *Reflections on human potential*. (pp. 84–101). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P.F. (2008b). Eine zu stille Revolution? Zur Identität und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes. *Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung* 3, 124–130.
- Schmid, P.F. (2009). „Hier bin ich.“: Zu einem dialogischen Verständnis des Personzentrierten Ansatzes. *PERSON* 2, 155–165.
- Schmid, P.F. (2010). Ein Prozess der Personalisierung: Zum dialektisch-dialogischen Verständnis der Aktualisierungstendenz. *PERSON* 2, 147–149.
- Schmid, P.F. (2012a). Psychotherapy is political or it is not psychotherapy: The Person-Centered Approach as an essentially political venture. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 11, 2, 95–108.
- Schmid, P.F. (2012b). Life Management oder Die ultimative Therapie: Ein Kick-off Meeting. Wien: Bretterhaus Verlag, 2.Aufl.
- Schmid, P.F. (2013a). The anthropological, relational and ethical foundations of person-centred therapy. In: M. Cooper, M. O’Hara, P.F. Schmid, A. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counseling* (pp. 66–83). (2nd edition). Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Schmid, P.F. (2013b). Dialogue as the foundation of person-centered therapy. In R. Knox, D. Murphy, S. Wiggins, M. Cooper (Eds.), *Relational depth: New perspectives and developments* (pp. 155–174). Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Schmid, P.F. & Mearns, D. (2006). Being-with and being-counter: Person-centered psychotherapy as an in-depth co-creative process of personalization. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 174–190.
- Schmid, P.F. & O’Hara, M. (2013). Working with groups. In: M. Cooper, M. O’Hara, P.F. Schmid, A. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 223–236). (2nd edition). Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Sternberger, D. (1995). *Drei Wurzeln der Politik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Vasconcellos, J. (2007). Toward a person-centered politics. In G. Proctor et al., *Politicizing the person-centred approach*. (pp. 303–312). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Winkler, M. (2002). Das Private ist politisch: Aspekte Personzentrierter Feministischer Therapie. In Iseli, C. et al. (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation* (S. 66–78). Köln: GwG.
- Wolter-Gustafson, C. (2004). Toward convergence: Client-centred and feminist assumptions about epistemology and power. In G. Proctor & M. B. Napier (Eds.), *Encountering feminism* (pp. 97–115). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wood, J.K. (2007). What does it have to do with client-centered therapy? In G. Proctor et al., *Politicizing the person-centred approach* (pp. 277–283). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Charakteristika und Besonderheiten von Supervision in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie¹

Gerhard Pawlowsky

Psychotherapeutische Praxis, Wien, Österreich

Die Arbeit diskutiert das Spezifische der Supervision in der personenzentrierten Kindertherapie als doppelte Affektabstimmung. Die Charakteristika personenzentrierter Supervision bei Carl Rogers und Anna Auckenthaler und die persönlichen Erfahrungen des Autors werden unter Heranziehung der personenzentrierten Theorie und der Säuglingsforschung zu eigenen Thesen über Supervision in der Kindertherapie verarbeitet. Supervision ist in ihrer Wirkungsweise der Psychotherapie ähnlich, aber nicht identisch. Die erste Aufgabe der Supervision ist die Wiederherstellung der Kompetenz der Psychotherapeutin, durch Heranziehen der Theorie des „priming“ wird aber auch das Thema des Transfers in die Therapie des Kindes angesprochen.

Schlüsselwörter: Supervision, Personzentrierte Theorie, Säuglingsforschung, Priming.

Characteristics of clinical supervision in Person Centered Psychotherapy with children. The paper discusses the specific characteristics of supervision for person-centered child therapy as double affect attunement. Characteristics of person-centered supervision in the view of Carl Rogers and Anna Auckenthaler are given. The authors' personal experiences, person-centered theory and results of infant research are summarized to points of reflections for supervision of person-centered child psychotherapy. In its mode of operation supervision has a similarity to psychotherapy, but is not identical. The first task of supervision remains the restoration of the competence of the psychotherapist. Using the theory of "priming" there article also discusses the topic of the transfer towards the psychotherapy of the child.

Keywords: supervision, person-centered theory, infant research theory, priming.

In der Arbeit mit Kindern kommen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen häufig auch mit ihrem inneren Kind und mit Emotionen aus der eigenen Kindheit in Kontakt. In manchen Fällen kann es sogar vorkommen, dass die Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen durch die eigenen aktivierten kindlichen Emotionen so mit dem zu behandelnden Kind verstrickt sind, dass die Therapie ohne Supervision nicht professionell weitergeführt werden könnte. Die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Supervision liegt auf der Hand. Allerdings stellen sich noch die Fragen, wie Supervision der personenzentrierten Kinderpsychotherapie wirkt und was genau erfolgreiche Supervision ist.

Supervision ist grundsätzlich auf die Wiederherstellung der psychotherapeutischen Kompetenz der Supervisandin gerichtet, die sie vorübergehend als beeinträchtigt erlebt (oder die

von anderen als beeinträchtigt erlebt wird). Dieser Punkt wirft eine zusätzliche Fragestellung auf, die in diesem Beitrag nicht bearbeitet werden soll, die Frage danach, ob auch Themen angesprochen werden sollen, die für die Supervisandin aktuell keine Themen sind. Der Autor sieht davon ab, es sei denn sie dienen zur Verhütung schwerer ethischer Verfehlungen oder eines Missbrauchs.

Ausgehend von persönlichen sehr positiven Erfahrungen mit einer seit Jahren bestehenden Supervisionsgruppe von personenzentrierten und systemischen Kindertherapeuten und Therapeutinnen und der Annahme, dass immer nur ein Teil der Person der Supervisandin betroffen ist sowie das Erfordernis der Übersetzung von Spiel in Sprache stellt der Autor die These auf, dass wenngleich es eine klare Charakteristika personenzentrierter Supervision gibt, Supervisandinnen aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen voneinander profitieren können.

Dr. Gerhard Pawlowsky, geb. 1943, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Lehrtherapeut in Personenzentrierter Psychotherapie und Lehranalytiker, Lehrbeauftragter am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien, Mitglied des Psychologen- und Psychotherapiebeirats beim österreichischen Bundesministerium für Gesundheit. Arbeiten zur personenzentrierten Theorie, zur Selbstpsychologie und zur neueren Säuglingsforschung. gerhard.pawlowsky@utanet.at

1 Eine erste Fassung der vorgelegten Überlegungen wurde am Kongress „Heilendes Spiel – Heilende Beziehung“, veranstaltet vom Institut für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung Stuttgart, am 17.3.2007 vorgetragen.

Charakteristika personenzentrierter Supervision

Zur Beschreibung der Bestimmungsstücke der Supervision personenzentrierter Psychotherapie sollen zwei unverzichtbare Quellen herangezogen werden: Ein Interview mit Carl Rogers (Hackney & Goodyear, 1982), und Anna Auckenthalers Auseinandersetzung mit Supervision (Auckenthaler, 1995). Zunächst zu Carl Rogers.

- Das Ziel der Supervision bei Rogers ist das therapeutische Selbstvertrauen der Psychotherapeutin zu stärken, und ebenso ein besseres Verstehen ihrer selbst und des psychotherapeutischen Prozesses zu ermöglichen. Dazu ist – ähnlich der therapeutischen Situation – notwendig, die Gefühle der Supervisandin näher zu erforschen. So ist es verständlich, dass Rogers Supervision und Psychotherapie auf einem Kontinuum angesiedelt sieht; Supervision ist dann manchmal mehr auf die Gefühle der Supervisandin hinsichtlich der Klientin, manchmal mehr auf die Person der Supervisandin selbst bezogen. Je näher man den unmittelbaren Gefühlen der Supervisandin sei, umso hilfreicher sei die Supervision (bald nach der erfolgten Psychotherapiesitzung sei besser als erst kurz vor der folgenden, da seien die Gefühle der Supervisandin noch viel unmittelbarer vorhanden).
- Auch in der Supervision stehen so die grundlegenden personenzentrierten Haltungen im Vordergrund. Aber Rogers merkt auch an, dass er sich in der Supervision – im Unterschied zur Psychotherapie – freier fühle, mitzuteilen, wie er selbst in der von der Supervisandin geschilderten Situation gehandelt hätte. Das Setting der Supervision ist ein anderes als das der Therapie.

Anna Auckenthaler charakterisiert personenzentrierte Supervision – unter Verwendung von Transkripten einer Supervisionsgruppe – meist phänomenologisch, greift aber dann auch Verhalten und Technik als Vordergrund der Haltungen auf:

- Die Supervisorin äußere sich „fordernd und unbedrohlich“, „kritisch, aber nicht kritisierend“, es gehe um Anregungen zum Weiterdenken, um die Konfrontation mit dem „Suboptimalen“.
- Sie greift die Worte einer Supervisandin pointierend auf: „Für Sie war’s aber auch zu viel.“ Und sie knüpft an dieses Beispiel genuin rogerianischen Aufgreifens und Hervorhebens einer Äußerung der Supervisandin die Idee der interaktionellen Ausarbeitung von Problematisierungen an, die Idee, dass das Problem der inkongruenten Gefühle der Supervisandin im Dialog erarbeitet wird.
- Eine andere Intervention war weniger wirksam; die Supervisandin antwortete: „Wenn das noch ein paar Mal so ist, werd’ ich sicherlich nachfragen.“ Auckenthaler spricht von der Kunst des Supervisors, warten zu können.

Supervision in der Kindertherapie braucht Einfühlung in die Supervisandin und das Kind

Die genannten Charakteristika personenzentrierter Supervision müssen auch in der personenzentrierten Kindertherapie gelten. Supervision von Kinderpsychotherapie hat aber noch mehr zu leisten:

- Sie erfordert den Schritt doppelter Übersetzungsarbeit: das Einfühlen in die Supervisandin und das Einfühlen in das Kind auf dem Wege des Hineindenkens in die Interaktion zwischen beiden (und die Übertragung der Bedeutung des Mediums Spiel in Sprache).

Hierzu ein vom Autor persönlich erlebtes Beispiel aus der „Werkstatt“ Carl Rogers:

Im Laufe eines Workshops mit Carl Rogers 1984 bat eine Psychotherapeutin um Supervision (in der Gruppe) und sprach von einem Kind, das sie in Psychotherapie hatte. Das Kind äußerte schreckliche Phantasien, die ihm sehr viel Angst machten. Die Psychotherapeutin war selbst zutiefst erschreckt von den paranoiden Gedanken des Kindes und überlegte, die Psychotherapie des Kindes aufzugeben, weil sie befürchtete, dem Kind überhaupt nicht helfen zu können. Das Gespräch in der Gruppe war zunächst auf die Erkundung der Situation gerichtet, dann auf die Gefühle der behandelnden Psychotherapeutin. Nach einer Weile sagte Rogers sehr bewegt: „Aber wie unglaublich befreiend wäre es für das Kind, wenn es jemand einmal durch seine bedrohenden Phantasien hindurch begleiten könnte.“ Ich weiß nicht mehr, wie die Supervisionssequenz zu Ende ging, weil ich damit beschäftigt war, über Rogers’ Reaktion nachzudenken. Diese Replik entsprach doch gar nicht seinem Stil. Ich hatte erwartet, dass er (auch) auf die Empfindungen der Psychotherapeutin eingehen würde, er antwortete aber auf meine Frage, warum er so geantwortet habe (nach der Sitzung) nur: „It came to my mind.“

Ich vermute heute, dass er in seiner intuitiven Reaktion

- den Anteil der Psychotherapeutin ansprach, in welchem sie den Phantasien des Kindes standhalten wollte, und sie so einschätzte, dies auch zu können,
- sich einen Augenblick mit der paranoiden Angst des Kindes identifizierte, und daraus
- probeweise formulierte, was das Kind sich wünschen und was ihm helfen könnte, obwohl es das nicht explizit formulierte.

Wie Rogers, so handle ich auch ich als personenzentrierter Therapeut und Supervisor sehr intuitiv, mein Anspruch ist aber, mein Handeln begründen zu können. Ich suche also weiter, wie wir das Besondere, das wirksame Agens der Supervision zur personenzentrierten Kinderpsychotherapie beschreiben können.

Die Affektabstimmung als Bindeglied zwischen Therapie und Supervision

Für die Entwicklungsphase des Kleinkinds zwischen 7/9 und 15/18 Monaten postuliert Stern in seiner Theorie der „senses of the self“ (Stern, 1985/1992) die Affektabstimmung („affect

attunement“) zwischen Mutter und Kind als charakteristische Entwicklungsbewegung. Als Vorgang, in dem das Kind in seinem Tun von der Mutter stützend und bestärkend begleitet wird, so dass es die eigene Aktivität genießen und ausbauen kann. Dabei werden Affekte crossmodal ausgetauscht und verstanden, es ist ein ständiges Wechselspiel zwischen Mutter und Kind, an dem beide ihren eigenen initiativen Anteil haben. Die Mutter kann sich dabei ohne Absichten am Tun des Kindes freuen oder auch, wo erforderlich, lenkend, d. h. stimulierend oder beruhigend, eingreifen; die Abstimmung der Affekte findet in jedem Fall statt. In diesem Zusammenhang spricht Kohut (1976) vom „Glanz im Auge der Mutter“ (ebd., S. 141).

Die Affektabstimmung stellt eine ausgezeichnete Metapher für das dar, was in jeder Psychotherapie geschieht. Sie ist eine noch bessere Metapher für das, was in der psychotherapeutischen Beziehung in einer Kindertherapie geschieht, vor allem deshalb, weil diese Abstimmung offenbar ein sehr grundlegender und im Leben immer wieder vollzogener Vorgang ist, um genuin Gefühle einzuordnen, so dass über sie verfügt werden kann. Ein Vorgang, der in seiner Struktur dem allerersten, noch nonverbalen, sozialen Austausch der Gefühle gleichberechtigter Personen entspricht (vgl. hierzu auch Behrs Konzept der Interaktionsresonanz z. B. Behr & Hölldampf, 2011).

Personenzentrierte Supervision in der Kindertherapie ist nur mit zweifacher Affektabstimmung wirksam

Das Besondere dieser Supervision ist also die doppelte Affektabstimmung der Supervisorin mit der Psychotherapeutin und dem Kind, die in der Supervision als Prozess durchgelebt wird. An dieser Stelle lässt sich auch kurz die Differenz zu psychoanalytischer Supervision beschreiben: Die klassische Psychoanalyse stellt die Suche nach den unbewussten Gegenübertragungsphänomenen in den Vordergrund; die Technik dazu ist die Assoziation und die Phantasie der Supervisorin und die Deutung der Analytikerin. In der personenzentrierten Supervision werden durch die doppelte Affektabstimmung auch die bisherigen Bestimmungsstücke verstehbar: Die „interaktionelle Ausarbeitung“ der Gefühle der Psychotherapeutin und der Problematisierungen (Auckenthaler), und die von Carl Rogers' versuchte Gefühlsabstimmung mit den vermuteten Wünschen und Gefühlen des nicht anwesenden Kindes.

Es wird davon ausgegangen, dass die therapeutische Haltung der fallvorstellenden Psychotherapeutin als ein Teil ihres Selbstkonzepts durch eine organismische Erfahrung – sie erlebt in dieser Kinderpsychotherapie Gefühle, die mit ihrer therapeutischen Haltung nicht vereinbar sind – beeinträchtigt ist. Nach Biermann-Ratjen können nur jene Erfahrungen in das

Selbstkonzept einer Person aufgenommen werden, die durch die Bezugspersonen mit Echtheit, Wertschätzung und Einfühlung bestätigt werden (2008). Das Besondere dieser Situation ist natürlich, dass es neben den inkongruenten Gefühlen zum behandelten Kind immer auch die kongruente Seite des Verstehens und der Empathie für das Kind gibt.

Die Psychotherapeutin kann also dann und nur dann in der Supervision personenzentrierter Kinderpsychotherapie „in ihrem Selbstvertrauen“ (Hackney & Goodyear, 1984) wachsen, wenn sie diesen Prozess der Affektabstimmung für sich und das behandelte Kind in der Supervision selbst erlebt.

In Verbindung mit Biermann-Ratjen (2008) könnte das lauten: Der Prozess der Annäherung, der Erforschung, vielleicht der Sortierung und Integration von inkongruenten Gefühlen wie auch der Konfrontation von inkongruenten und kongruenten Gefühlen zum behandelten Kind kann nur in einem Klima der Echtheit, Wertschätzung und Einfühlung in die Psychotherapeutin und das Kind erfolgen.

Diese Auffassung hat Konsequenzen für den Prozess der Supervision:

1. Jede Information von und zu den Eltern des Kindes, jede Frage in die Anamnese der Beeinträchtigung des Kindes hat in der Supervision nur insoweit Bedeutung, als sie zum Wechselspiel der affektiven Annäherung an die Gefühle der Psychotherapeutin bzw. an die vermuteten Empfindungen des Kindes beiträgt.
2. Diese affektive Annäherung enthält – wie die Affektabstimmung zwischen Mutter und Kind im Kleinkindalter – vermutlich viele nonverbale und auch vorkognitive Elemente, von denen manche, aber keineswegs alle ins Wort gebracht werden können oder auch müssen (Pawlowsky, 1996).
3. Diese „interaktionelle Ausarbeitung“ in der Supervision kann durch die Methode der Vergewisserung (Stipsits & Pawlowsky, 1988) gegenüber der Psychotherapeutin im Verbalen, durch die Methode der probeweisen Affektartikulation oder phantasierten Spielentfaltung in Bezug auf das Kind gut beschrieben werden.

Wie geschieht der Transfer in die Kindertherapie?

Es bleibt noch eine Frage offen: Wie wirkt das, was in der Supervision geschieht, über die Person der Psychotherapeutin in die Spieltherapie des Kindes hinein?

In den vergangenen Jahren gibt es eine ausgedehnte Diskussion zum Thema der „impliziten“ Veränderungen, die in einer Psychotherapie stattfinden müssen, um sie subjektiv erfolgreich zu machen. Sie ist vermutlich auch durch das Modell von Stern aktiviert worden, in dem die ersten und präverbalen Schichten der „senses of the self“ weiterbestehen und durch

spätere Schichten überlagert, aber nicht abgelöst werden. Für die personenzentrierte Therapietheorie ist dies nicht so überraschend, weil die intuitive, nonverbale Dimension der Psychotherapie hier immer schon mitgedacht wurde (Pawlowsky, 1996; Rogers, 1968/1989; Polanyi, 1966/1985). Vieles kann, aber nicht alles muss ins Wort gebracht werden.

Für die Supervision sind die Überlegungen interessant, wie sich eine Vorstellung in ein Verhalten hinein auswirkt. Sie beziehen sich theoretisch auf den schon lange bekannten Begriff des „Priming“ (Lashley, 1951) und werden durch neuere Experimente bestätigt (Beebe & Lachmann, 2004; Lachmann, 2005). Der ursprüngliche Begriff wurde in dieser Bedeutung von John Bargh ausgearbeitet (Bargh & Pietromonaco, 1982) und meint die vorbereitende Funktion des Denkens, die zu einem veränderten Verhalten führt. Diese Bedeutung des Begriffs war zunächst nicht auf die Psychotherapie bezogen, er spielte nur im „mentalen Training“ eine Rolle. Er kann aber als ein Erklärungsmodell für den Transfer des Erlebens in der Psychotherapie ins Alltagsleben, wie auch für das Erleben in der Supervision in die Therapie verstanden werden.

Wie wirkt ein Verstehen der Gedanken und Gefühle der Supervisandin in die Psychotherapie mit dem Kind hinein? Im personenzentrierten Ansatz steht die Anerkennung der Gefühle im Vordergrund; hier würde diese Theorie „affektives Priming“ heißen müssen, eine durch Verstandenwerden in der Supervision erlebte affektive Einstimmung auf das (spätere) Erleben der Therapie mit dem Kind.

Dies erklärt auch den so oft in und nach Supervisionen erlebten Effekt, dass die nächste Stunde mit dem Kind ganz anders als erwartet verläuft: Die befürchteten Gefühle und das Verhalten bleiben aus, die Stunde ist „wie neu“ und die Therapeutin kann dem Kind mit ursprünglichem und unverfälschtem Interesse begegnen. Sie kann dem Kind das wieder bieten, was sie ihm bieten möchte (und in der Supervision erlebt hat): Interesse, Einfühlung und Verstehen.

Literatur

- Auckenthaler, A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirklichkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bargh, J. & Pietromonaco, P. (1982). Automatic information processing and social perception: The influence of trait information presented outside of conscious awareness on impression formation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 437–449.
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2004). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener: wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Behr, M. & Hölldampf, D. (2011). Wachsen und sich verändern. Ein interaktionelles und schematheoretisches Modell zu Veränderungsprozessen. In C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Tagungsband: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. Vorträge und Workshops der 3. Internationalen Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S.39–44). Norderstedt: Books on Demand.
- Biermann-Ratjen, E. (2008). Die klientenzentrierte Entwicklungspsychologie. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit & Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S.155–166). Wien: Krammer.
- Hackney, H. & Goodyear, R. K. (1984). Carl Rogers' Client-Centered Approach to Supervision. In R. Levant & J. M. Shlien (eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research, and practice*, (pp.278–296). New York: Praeger.
- Kohut, H. (1976). *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lachmann, F.M. (2005). Die therapeutische Wirkung und der therapeutische Akteur. *Selbstpsychologie. Europäische Zeitschrift für psychoanalytische Therapie und Forschung* 6(3/4), 327–343.
- Lashley, K. S. (1951). The problem of serial order in behavior. In L. A. Jeffries (ed.), *Cerebral mechanism in behavior: The Hixon Symposium*. (pp.112–136). New York: Wiley.
- Pawlowsky, G. (1996). The Infant, the Person and the Psychotherapy. Presentation at the III. ICCCEP, September 5–9, 1994, Gmunden/Austria. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P.F. Schmid & R. Stipsits (Hrsg.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A Paradigm in Motion*. (S.75–84). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Polanyi, M. (1985). *Implizites Wissen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (orig. 1966).
- Rogers, C. R. (1989). Dialogue [July 1966]. In H. Kirschenbaum & V. Henderson (eds.), *Carl Rogers' Dialogues*. (pp.153–175). Boston: Houghton Mifflin Company. (first appearance in William Coulson & Carl R. Rogers [1968]: “Man and the Science of Man”, Charles Merrill).
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (orig. 1985).
- Stipsits, R. & Pawlowsky, G. (1988). Deutung aus Empathie. Ein Beitrag zum personenzentrierten und analytischen Verständnis der Deutung aus der Beziehung. In T. Reinelt & W. Datler (Hrsg.), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess*. (S.213–220). Heidelberg: Springer.

Rezensionen*

Diether Höger

Sabine Weinberger & Helga Lindner: Personzentrierte Beratung.

Stuttgart: W. Kohlhammer, 2012, 135 Seiten, ISBN 978-3-17-021559-7. € 14,90 / CHF 21,90.

Das Büchlein ist als Band 15 in der von Stephan Ellinger herausgegebenen Reihe „Fördern Lernen – Beratung“ erschienen, deren erklärtes Ziel es ist, die wichtigsten Förderkonzepte und -maßnahmen bei den häufigsten Lern- und Verhaltensstörungen darzustellen. In den anderen fünf von den sechs speziell der Beratung gewidmeten Bänden werden die Ansätze Pädagogische Beratung, Lösungsorientierte Beratung, Kontradiktische Beratung, Kooperative Beratung sowie Systemische Beratung behandelt.

Leider ist der Titel dieses Bandes nicht sehr glücklich gewählt. Denn er legt nahe, eine Einführung in die Personzentrierte Beratung allgemein zu erwarten, während es dem Inhalt nach um personzentriertes Handeln speziell im Unterricht und bei Problemen im schulischen Kontext geht. Das ist insofern schade, als sich diejenigen, die von dem lesenswerten Buch besonders profitieren könnten, von dem Titel nicht unbedingt angesprochen fühlen dürften.

In ihrem Vorwort stellen die Autorinnen klar, dass es ihnen um die *Begegnung* mit Schülerinnen und Schülern geht, und zwar weniger um definierte Beratungssituationen im Rahmen der Schule, sondern vielmehr darum, dass der Personzentrierte Ansatz ganz allgemein in der Lage ist, Lernprozesse zu fördern und die Kommunikation zwischen Lehrkraft und Schüler/inn/en zu verbessern. Darüber hinaus kann er gezielt in Beratungs- und Krisensituationen wirksam werden. Lehrkräfte sind angesichts der sich verändernden Lebensbedingungen, in denen Kinder heute aufwachsen (Auseinanderfallen traditioneller Familienformen, steigende Anforderungen der Gesellschaft, große Anzahl der Schüler/innen mit Migrationshintergrund, Erziehung im institutionellen Rahmen – Krippe, Ganztagskindergärten, Ganztagschulen, Horte) deutlich mehr gefordert als früher. Neben ihren traditionellen Aufgaben sollen sie in verstärktem Maße grundlegende Beziehungs- und

Kommunikationserfahrungen vermitteln, was besondere Kompetenzen bei der Gestaltung der Beziehungen zwischen den Beteiligten, den Schüler/inne/n, Lehrkräften und Eltern erfordert.

Der erste Teil ist der Theorie gewidmet. Ausgehend von seiner Entstehung und Entwicklung wird der Personzentrierte Ansatz beschrieben, sein Menschenbild, seine Grundannahmen und Vorstellungen von den Fähigkeiten des Menschen, ebenso die personzentrierte Persönlichkeitstheorie mit den Begriffen Aktualisierungstendenz, Selbst bzw. Selbstkonzept, Positive Beachtung, Selbstaktualisierungstendenz und Inkongruenz sowie seine Vorstellungen von einer fördernden Beziehung.

Dieser Basis werden im zweiten Teil unter dem Aspekt *Fördern lernen* in der Schule relevante Ergebnisse der psychologischen Grundlagenforschung kompetent hinzugefügt. Berücksichtigt werden dabei die Kommunikationstheorie, die Ergebnisse der aktuellen Neurobiologie und Hirnforschung über die Nutzungsabhängigkeit des menschlichen Gehirns und seiner Funktionen sowie die Psychologie des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit. Besondere Aufmerksamkeit gilt der Bindungstheorie mit ihrer Bedeutung für die Affektregulation, die Neugier im Lernverhalten sowie für die Beziehung Lehrkraft-Schüler. Ferner geht es um die Zusammenhänge zwischen Wissen und emotionaler Erfahrung und wie in einer personzentrierten Beziehung durch das empathische und akzeptierende Eingehen auf Vorerfahrungen eventuelle Blockaden aufgelöst werden können. Ebenso kann das Vermitteln neuer und zugleich angstfreier Erfahrungen zu flexibleren Strategien des Verhaltens und der Problembewältigung führen – bei Schüler/inne/n wie bei Lehrer/inne/n. Anhand vieler Beispiele wird deutlich, wie das ursprünglich abstrakt formulierte Personzentrierte Konzept im besonderen Handlungsfeld „Schule“ seine Anwendung und spezifische Umsetzung finden kann, so dass sich Lehrkräfte wie auch außerschulisch arbeitende Pädagogen konkrete Vorstellungen für effizientes Handeln bilden können.

Solchermaßen vorbereitet, gilt der dritte Teil dem personzentrierten Vorgehen speziell bei der Beratung im Kontext Schule, gefolgt von drei Fallbeispielen, eines zur personzentrierten

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

Handlungsweise im Unterricht, ein anderes zur Integration eines schulverweigernden Jungen mit störendem Verhalten, das dritte zur kollegialen Fallberatung bei einem pubertierenden, sichselbst verletzenden Mädchen.

An diesen Fallbeispielen wird deutlich, dass „Beratung“ nach dem Verständnis der Autorinnen sich nicht auf die Tätigkeit eines Beraters begrenzt, sondern ein Prozess ist, der für die Behandlung das gesamte Milieu (Schüler/in, Lehrerkollegium, Schulleitung, Eltern) mit engagiert, das möglichst konsequent und nahe an die Prinzipien der Unbedingten Wertschätzung,

des Empathischen Verstehens und der Kongruenz herangeführt wird und so die konstruktive Entwicklung des „Falles“ bedingt. Kurz gesagt: Personenzentrierte Haltung mit Blick auf das Gesamtsystem.

Das Buch ist anregend, anschaulich und lebendig geschrieben und deshalb gut und flüssig lesbar. Für Laien ist es gut verständlich und dennoch präzise in den Aussagen. Es zeichnet sich dadurch aus, dass es sich nicht auf den Personenzentrierten Ansatz beschränkt, sondern die relevanten Ergebnisse der psychologischen Forschung sinnvoll mit einbezieht.

Barbara Reisel

Michael Behr: Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.

Göttingen: Hogrefe, 2012, 242 Seiten, ISBN 978-3-8017-2248-7. € 26,95 / CHF 39,90

2012 ist nun auch Michael Behr's Buch zur personenzentrierten Kinder-, und Jugendlichenpsychotherapie erschienen. Man könnte meinen, es sei nur ein weiteres in einer Reihe der letzten Jahre erschienener Lehrbücher zum Themengegenstand. Zahlreiche namhafte deutsche Kinderpsychotherapeut/innen (Hockel, 2011; Weinberger & Papastefanou, 2008; Weinberger, 2005; Goetze, 2002), die sich dem person-/klientenzentrierten Ansatz verpflichtet fühlen, haben bereits ihr breites Erfahrungswissen zu Buche gebracht und damit tätigen Praktikern und Praktikerinnen und solchen, die es noch werden wollen, viel nützliches Handwerkszeug zum Nachschlagen und Reflektieren der eigenen kinderpsychotherapeutischen Praxis, die personenzentriert ausgerichtet ist und auch bleiben soll, geliefert.

Was kann nun dieses Buch, was die anderen nicht schon längst erfüllt haben?

Michael Behr bringt in dem Buch „Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ endlich all das theoriefundiert und praxisrelevant auf den Punkt, wovon man bisher nur dann profitieren konnte, wenn man einer seiner Student/innen/ Ausbildungskandidat/innen in einem seiner vielzähligen Seminare im deutschsprachigen Raum war.

Das Herzstück des Werkes ist Kapitel 4. Der Begriff der „Interaktionsresonanz“ wurde von Behr (2003) geprägt, um damit das Therapeut/innenverhalten in einer personenzentrierten Spieltherapie zu beschreiben: Die Therapeutenperson gibt beim gemeinsamen Spiel auf das Interaktionsverhalten des Kindes mit eigenen Spielhandlungen Resonanz. Damit wird das Prinzip der Nicht-Direktivität nicht gebrochen, denn die Spielhandlungen des Therapeuten / der Therapeutin lenken das Spiel des Kindes nicht, sondern „machen den Therapeuten als voll

präsenkte konturierte und reale Person für das Kind erfahrbar“ (S. 17). Das Handlungsmodell Virginia Axline's, die kindliche Spielhandlungen alleine verbal begleitete und unterstützte, hat damit ausgedient. Wenn auch nicht die von ihr formulierten 8 Prinzipien. Nur das siebente Prinzip Axline's des „Erkennens und Reflektierens von Gefühlen“ findet bei Behr eine umfassende Erweiterung und völlig neue Auslegung und gibt damit dem Therapeuten eine neue Bandbreite von Handlungsmöglichkeiten, ohne dabei auch nur ein Axline'sches Prinzip zu verletzen.

Endlich dürfen wir personenzentrierten Kindertherapeut/innen *selbst-verständlich* mitspielen und lernen von Behr, wie wir das in verschiedenen Spielsituationen, die ausschließlich das Kind wählt und gestaltet, tun können, ohne vor das Kind zu geraten. Wir bleiben dem Kind dabei ein/e kompetente/r Begleiter/in im Sinne von Rogers notwendigen und hinreichenden Bedingungen für positive Persönlichkeitsveränderung. Die Aktualisierungstendenz erhält damit beste Bedingungen zur Selbstkonzepterweiterung.

Mit Michael Behr betreten wir das Spielzimmer und werden zu hochkompetenten Mitspielern. Wir lernen zu kämpfen und in Wettstreit zu treten, bei Regelspielen zu mogeln, Bauwerke mitzugestalten bzw. zusammenbrechen zu lassen, in dramatische Puppen-, und Rollenspiele einzusteigen, spielen wieder fangen oder verstecken und kochen eventuell gemeinsam Pudding. Und in dem wir all dies entweder in einem „facilitativen oder interaktionellen Modus“ begleiten, machen wir es für das Kind zu einer wertvollen oftmals beziehungskorrigierenden Erfahrung. Oder wie Behr sagt: „Ziel sind neue, optimale

Interaktionserfahrungen. Diese modifizieren die vorhandenen Interaktionserfahrungen und damit das Selbst“ (S. 82).

Behr bleibt bei der Auflistung der verschiedenen Spielmodi (Regelspiele, Kampfspiele, Gestaltungs- und Konstruktionspiele, Puppen- und Rollenspiele und Sensation Seeking Spiele) stringent bei der anschaulichen Darstellung des möglichen Therapeut/innenverhaltens auf zwei verschiedenen Achsen: entweder im facilitativen oder im interaktionellen Modus, in dem die Beziehung zum Kind gestaltet wird. Die beiden Modi schließen einander nicht aus, sie ergänzen sich vielmehr bzw. sind sie für verschiedene Therapiephasen von besonderer Relevanz. Der facilitative Modus bezeichnet klassische Formen der klientenzentrierten Interventionsmöglichkeiten in der Kindertherapie (Axline 1947, Tausch&Tausch 1956, Landreth, 2002) und fördert vor allem das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen und damit die Selbstexploration des Kindes. Der interaktionelle Modus fokussiert mehr das Bedürfnis des Kindes, mit einer Person auf gleicher Ebene zu interagieren und Austausch als auch Auseinandersetzung mit dieser Person zu suchen und zu erleben. „Auf das Spielhandeln des Kindes gibt die Therapeutenperson gleichfalls spielhandelnd Antwort. Sie tut etwas darauf Bezogenes“ (S. 104).

Behr gibt in zahlreichen Beispielen sehr konkrete Hinweise, wie vielfältig und bunt die Spielhandlungen des Therapeuten/der Therapeutin aussehen können. Ähnlich den „contact reflections“ in der Prätherapie können wir damit über ein weitreichendes Handlungsrepertoire verfügen, das Kindertherapeut/innen selbst wieder kindliche Spielfreude erleben lässt und erst dann klar und nachdrücklich Grenzen setzen lässt, wo es der Integrität der Therapeutenperson oder dem Schutz des Kindes dient.

Theoretischer Hintergrund des Behr'schen Konzeptes sind stringent die Bindungstheorie und die Theorie Daniel Sterns zur Entwicklung des Selbstempfindens und des Konzeptes der Affektabstimmung aus der Säuglingsforschung. Das ist nicht neu und für manchen vielleicht schon überstrapaziert. Doch das nach wie vor Überzeugende daran liegt in seiner Schlüssigkeit und Stimmigkeit. Es stimmt mit all unseren Erfahrungen überein und lässt keinen anderen Schluss zu, als dass menschliche Selbstkonzeptentwicklung und Weiterentwicklung unter genau diesen Bedingungen zu betrachten und zu verstehen sind.

Um ein komplettes Handbuch für personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen zu sein, finden sich darin auch Kapitel zu Erstkontakt und diagnostischem Vorgehen und der Gestaltung des Spielzimmers sowie zur Arbeit mit jugendlichen Klient/innen, die uns nicht viel Neues zu berichten wissen, was uns nicht auch schon andere person-/klientenzentrierte Autor/innen sehr kompetent vermittelt haben,

außer neuerlich und unmissverständlich auf deren Wichtigkeit eindrücklich hinzuweisen.

Besonders wertvoll und in seiner Ausführlichkeit neu erweist sich das Kapitel über Elternberatung und Familientherapie. Bislang hat man selten derart umfassend und selbstbewusst darüber gelesen, wie man sich als personzentrierte/r Therapeut/in diesem so wichtigen und unumgänglichen Bestandteil einer gelingenden therapeutischen Begleitung von Kindern zuzuwenden hat. Aus meiner Erfahrung als Lehrsupervisorin von Ausbildungskandidat/innen ist das Thema Elternberatung in der Kindertherapie oftmals ein Angstgegner. Hier kann dieses Kapitel sehr stärkend unter die Arme greifen.

Behr gibt darin zunächst einen Überblick über vereinzelt bereits bestehende aber auch divergierende Konzepte zur Arbeit mit Eltern und Familien und nimmt dabei auch auf systemische Ansätze Bezug. Doch dann zeigt er ausführlich und vor allem sehr anschaulich, wie sich der interaktionelle Ansatz auch auf die Arbeit mit Familien erweitern und anwenden lässt und bleibt dabei allen personzentrierten Grundsätzen treu. Resümierend stellt er fest: „Interaktionelle Familientherapie stellt höhere Anforderungen an die Therapeutenperson. Sie muss die Techniken der Beratung von Erwachsenen beherrschen und diese dann in der Paar- oder Familiensituation anwenden können. Zusätzlich muss sie sich in Kinder und Jugendliche einfühlen können und auch mit den besonderen Interventionsformen mit Kindern und Jugendlichen vertraut sein. Zusätzlich benötigt sie Störungswissen bezüglich Kindern und Jugendlichen, am besten sollte sie auch die Spieltherapie beherrschen... Familien erhalten (dadurch) realistische Chancen, sich in Richtung einer fully functioning family zu bewegen, in der dann auch gestörtes Verhalten überflüssig wird oder zumindest integriert werden kann“ (S. 79/80).

Nicht ganz verfehlt stellte Michael Behr zuletzt in einem seiner Seminare in Wien den Vergleich an: „Als Kindertherapeut spielt man eben nicht in der Bundesliga sondern vielmehr in der Championsleague“.

Und dafür muss man gut und ausdauernd trainieren, wenn man nicht gleich wieder rausfliegen will. (Österreicher/innen wissen davon ein Lied zu singen). Dabei kann dieses Buch erfolgversprechend behilflich sein.

Auch wenn Sie schon eine Reihe von Kinderpsychotherapiebüchern in Ihrem Regal stehen haben, dieses Buch vervollständigt es nicht nur, es bereichert es.

Literatur

- Axline, V.M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin Co.
Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Hockel, C.M. (2011). *Personzentrierte Kinderpsychotherapie – Eine Einführung mit Falldarstellung*. München: Reinhardt.
- Landreth, G.L. (2002). *Play Therapy: The art of the relationship*. New York: Brunner-Routledge.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1956). *Kinderpsychotherapie im nichtdirektiven Verfahren*. Göttingen: Hogrefe.

- Weinberger, S. (2005). *Kindern spielend helfen*. Beltz: Weinheim.
- Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth – Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim: Juventa.

Gerhard Stumm

William R. Miller & Stephen Rollnick: Motivierende Gesprächsführung.

3. unveränderte Auflage

Freiburg i. Br.: Lambertus, 2009, 267 Seiten, ISBN 978-3-7841-1900-7. € 25,50 / CHF 36,90

Fortdruck der 2. Ausgabe aus 2004; amerikanisches Original (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford.

Als jemand, der sich seit über 30 Jahren mit der Vielfalt von Ansätzen in der Psychotherapie befasst und seit bald 20 Jahren Ausbilder für Personzentrierte Psychotherapie ist, dabei abgeschlossen gegenüber der Diversität, die der Personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie zu bieten hat, bin ich erst vor Kurzem auf „Motivational Interviewing“ gestoßen. Wolfgang Keil, Freund und langjähriger Kollege, hat mich darauf aufmerksam gemacht – wie in vielem Anderen war er mir auch hier wieder voraus – und auch der von mir geschätzte Art Bohart hat in seinem Vortrag über Integration in der Personzentrierten Psychotherapie im Rahmen der Internationalen Konferenz PCE 2010 in Rom „Motivational Interviewing“ ausdrücklich zur personzentrierten Familie gezählt.

Was aber ist das Kennzeichnende an dieser psychotherapeutischen Variante? Was ist das Personzentrierte daran? Beides wird in dem hier abgehandelten Buch deutlich. So ist die vorliegende Buchbesprechung zugleich eine kurze Einführung in die Grundzüge von „Motivational Interviewing“ (M.I.), mit kritischem Blick, was seine personzentrierte Ausrichtung anlangt.

Vorgestellt wurde die Methode zum ersten Mal Mitte der 1980er Jahre vom an der Universität von New Mexiko tätigen US-Amerikaner Bill Miller. Ursprünglich konzipiert als Ansatz für die Arbeit mit suchtabhängigen Personen, ist der Anwendungsbereich in der zweiten Auflage – im Vergleich zur Erstauflage aus 1991 (auf deutsch: 1999) mit dem Untertitel „Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen“ – schon beträchtlich erweitert auf Verhaltensänderungen im Allgemeinen. Hier sei auch auf ein noch aktuelleres zweites – ebenfalls ins Deutsche übersetzte – Buch mit störungsspezifischem Schwerpunkt verwiesen, an dem die beiden Autoren beteiligt

sind [Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W.R. & Rollnick, S. (2008). *Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: The Guilford Press; dt.: (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim-Basel: Beltz]. Darin wird die Anwendung von M.I. auf eine Reihe von Störungskategorien und in verschiedenen Feldern differenziert beschrieben, u. a. bei Personen mit Angststörungen, mit Zwangsstörungen, mit Essstörungen, bei depressiven Menschen, bei Suizidalität, bei schizophrenen Patienten, bei pathologischem Glücksspiel und im Strafvollzug.

Die Methode ist einfach angelegt. Veränderung wird als natürlicher Prozess angesehen, was sich leicht mit der grundsätzlichen „Fähigkeit“ des Organismus, seiner Tendenz sich zu entwickeln und ausdifferenzieren, in Einklang bringen lässt. Es bietet sich für Personzentrierte Psychotherapeuten/innen an, hierfür das Konzept der Aktualisierungstendenz ins Spiel zu bringen. Diese hat aber im Motivational Interviewing keine ausdrückliche konzeptuelle Bedeutung. Sehr wohl explizite Erwähnung erfahren hingegen die von Rogers bezeichneten Einstellungen des/der Psychotherapeuten/in, insbesondere die Wichtigkeit einer empathischen Haltung. Und das Buch gibt – theoretisch gut begründet – durchgehend überzeugende Beispiele, dass ein konfrontativer Therapiestil als nicht Ziel führend erachtet wird. Die Autoren machen hierfür einerseits das Phänomen der psychologischen *Reaktanz* geltend, wonach problematisches Verhalten einer Person umso eher auftritt, je mehr diese ihre persönliche Freiheit als eingeschränkt erlebt. Dies ist bedingt durch die reaktive Tendenz von Menschen bei einer Bedrohung ihrer Selbststeuerung und durch ihre Reserviertheit gegenüber einer Lenkung von außen, so gut gemeint und vernünftig diese auch sein mag. Andererseits stützen sich die Autoren auf ein *Widerstandskonzept*, das sie nicht nur insofern als interpersonell begreifen, als es im Rahmen der therapeutischen

Beziehung auftritt, sondern auch insofern, als Widerstand auch interpersonell erzeugt werde – im übrigen eine Auffassung, die Rogers bereits in seinem Lehrbuch aus 1951 dargelegt hat. Miller & Rollnick sehen Widerstand des Klienten, der u. a. in Argumentieren, Unterbrechen, Negieren und Ignorieren zum Ausdruck kommen kann, jedenfalls als Zeichen einer Dissonanz in der therapeutischen Beziehung. Diese sei oft Folge eines Gegenwiderstandes (von Seiten des Psychotherapeuten), weshalb Widerstand des Klienten als therapeuteninduziert hinterfragt werden müsse.

Die Autoren definieren M. I. „als eine klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“ (S. 47). Den Widerspruch von klientenzentriert und direktiv lösen sie dahingehend auf, als für sie M. I. „eine Weiterentwicklung des klientenzentrierten Therapieansatzes ist“ (S. 47), die beide Attribute als vereinbar ansieht, wie gleich noch zu zeigen ist.

M. I. ist von humanistisch geprägten Annahmen unterlegt, die die Autonomie der Person und deren eigenen Werte unterstreichen: „... konstruktive Verhaltensänderung scheint dann zu erfolgen, wenn die Person es mit intrinsischen Werten ... in Verbindung bringen kann“ (S. 30). Sowohl die Konzepte der Reaktanz und des Widerstandes, wie auch der *Ambivalenz*, als auch die stark akzentuierten philosophischen Prämissen („spirit“) untermauern eine Ausrichtung, die den paradoxen Anstrich der personenzentrierten Haltung illustriert; in meinen Worten: „mit dem Wind segeln und nicht gegen die Strömung rudern“. Im M. I. heißt dies auf der interaktionellen Ebene: „eher tanzen anstatt miteinander zu ringen“ (S. 43). Mit dem Begriff „Interviewing“ soll ein gleichberechtigtes „Zusammenschauen“ betont werden, das dem kommunikativen bzw. partnerschaftlichen Akt Rechnung tragen will („client advocacy“).

Worin sich M. I. aber von einer klassischen klientenzentrierten Position unterscheidet, das sind die besondere Beachtung der Motivation von Klienten/innen und die Einflussnahme darauf. Das Eingehen auf den Bezugsrahmen des Klienten ist als Basis der therapeutischen Arbeit zwar eine bedeutsame Leitlinie, aber es gibt noch eine zweite: die des Aufgreifens, Förderns und zielgerichteten Beeinflussens der Veränderungsmotivation des/der Klienten/in, mit anderen Worten: M. I. „ist bewusst auf die Auflösung von Ambivalenz ausgerichtet, oft in einer bestimmten Richtung der Veränderung“ (S. 47). In der Sprache des M. I. geht es da als Gegenstück von Widerstand um „change-talk“, also um jene „Äußerungen, mit denen Klienten ihre Fähigkeit, ihre Bereitschaft, ihre Gründe, ihre Wünsche und ihre Selbstverpflichtung für eine Veränderung zum Ausdruck bringen“ (S. 25). Dafür sollen M. I.-Therapeuten hellwach sein, indem die *Nachteile des Status Quo*, die *Vorteile einer Veränderung*, *Optimismus bezüglich einer Veränderung* und die

Absicht zur Veränderung, wie sie vom Klienten geäußert werden, aufgegriffen und thematisiert werden. Hier ist eine subtile Führung, „sanft, flexibel und einfallreich“ (S. 43), durch den Psychotherapeuten vorgesehen.

Die so zentral gesetzte Änderungsmotivation wird durch einige wenige Begrifflichkeiten differenziert: Die Absicht drückt die *Wichtigkeit* oder Dringlichkeit („Importance“) einer Veränderung aus. Sie ergibt sich aus der Ist-Soll-Differenz. Die Hoffnung und *Zuversicht* verweist auf die angenommene Fähigkeit (Selbstwirksamkeit), tatsächlich etwas erreichen zu können. Schließlich komme es noch auf die *Bereitschaft* bzw. Selbstverpflichtung des/der Klienten/in an, sich zum gegebenen Zeitpunkt auf einen Veränderungsprozess einzulassen.

Der Praxis liegt zugrunde, dass Ambivalenz als „natürlicher Schritt im Prozess der Veränderung“ und Klienten nie als unmotiviert gesehen werden. „Menschen sind immer zu etwas motiviert“ (S. 37). Es komme darauf an, heraus zu finden, wozu sie motiviert sind. Dies stelle den ersten wichtigen Schritt im Veränderungsprozess dar. So können durch Skalierung (von 0 bis 10) die Wichtigkeit und Dringlichkeit hinsichtlich einer Änderung erhoben werden, mit der Perspektive dadurch Veränderungsmotivation aufzubauen. In einem Entscheidungskonflikt können zum Beispiel Vor- und Nachteile von Optionen (Kosten-Nutzen-Bilanz) abgewogen werden (z. B. versinnbildlicht durch eine Waage). An diesen Beispielen wird der (für meinen Geschmack zu) pragmatische Charakter der Methode deutlich. So wird eine Reihe von Techniken und Strategien eingesetzt, die speziell auf Änderungen, Entscheidungen und damit einhergehende Probleme abstellen.

Folgende *vier Prinzipien* liegen dem konkreten therapeutischen Handeln zugrunde: Auf dem Fundament einer *empathischen Haltung* geht es um das *Herausarbeiten von Diskrepanzen zwischen dem gegenwärtigen Verhalten und intrinsischen Werten des Klienten*, um das *Umlenken von Widerstand* und um das *Fördern von Selbstwirksamkeit und persönlicher Verantwortung*, wobei der Glaube des Psychotherapeuten an die Veränderungskapazität des Klienten eminente Bedeutung hat. Die Affinität zu Rogers' operationaler Philosophie ist offenkundig.

Dies sind die besonderen Eigenheiten des Ansatzes. Darum dreht sich in z. T. repetitiven Abwandlungen und in praktischen Illustrationen das gesamte Buch, um nicht zu sagen, die gesamte Methode. Gelingt es Klienten/innen, dass ihre Motivation in Richtung einer konstruktiven Veränderung wirksam wird, dann wird die psychotherapeutische Arbeit erfolgreich sein. Die einzelnen Kapitel des leicht lesbaren und vor allem in seinen praktischen Passagen anregenden Buches lassen sich als Variationen dieses Ansinnens einordnen. Während die ersten vier Kapitel die Grundprinzipien skizzieren, handeln acht weitere Kapitel – darunter eines über ethische Fragen (Kap. 12) – zum Teil sehr strukturiert und anschaulich Aspekte der Anwendung

ab. Hier werden z. B. Formen und Gefahren konfrontativer bzw. bevormundender Interventionen („counselor advocacy“) erörtert bzw. Fallen, in die Psychotherapeuten tappen können, wie z. B. Parteinahme, Expertenstatus, Etikettierungen oder auch Schuldzuweisungen. Demgegenüber werden vor allem für den Therapiebeginn offene Fragen, aktives Zuhören, Bestätigen, Zusammenfassen und – wie schon erwähnt das Markenzeichen von M. I. – Fördern von Change-Talk empfohlen. Durch allerlei Fragetechniken, die an Vorbilder aus dem systemischen Ansatz erinnern, wie z. B. Extreme erwägen, in die Zukunft blicken, Ziele ergründen, wird der direktive Anspruch sichtbar. Dabei wird jeweils unterschieden, ob die Dringlichkeit des Veränderungswunsches, die Zuversicht („confidence talk“) oder die Bereitschaft des Klienten zur Veränderung im Mittelpunkt stehen. Gleichsam als Voraussetzung für konkrete Änderungspläne werden in Phase 1 der Aufbau einer Veränderungsmotivation (Kap. 6), das Antworten auf Change-Talk bzw. Widerstand (Kap. 7 und 8) und der Aufbau von Zuversicht (Kap. 9) besonders beachtet. In Kap. 7 findet sich eine Orientierung zur Indikation, wann M. I. mit einer direktiven Note und wann es nicht direktiv eingesetzt werden soll. Erstes sei dann angezeigt, wenn Change-Talk entwickelt, reflektiert, zusammengefasst und bestätigt werden soll, das Zweite, wenn Ambivalenz und Werte verdeutlicht werden sollen. Erst

mit der Bereitschaft des Klienten zur Änderung ist an Phase 2 zu denken, in der – in verhaltenstherapeutischer Manier – die Selbstverpflichtung des Klienten für Veränderungen gestärkt und Veränderungspläne ausgehandelt werden (Kap. 10).

Fazit: Das Buch spiegelt die Konzeption von M. I. wider: Es ist schwerpunktmäßig praxisorientiert (Kap. 5–11) und in diesem Sinne durchaus nützlich, insofern aber simpel, selektiv und damit die gesamte Bandbreite psychosozialer Prozesse verkürzend, als in allererster Linie die Motivation von Klienten/innen und deren Beeinflussung im Fokus steht. Die Stärke des Ansatzes wie auch des Buches ist zugleich deren Schwäche: Die spezifische Beachtung der Motivationsebene ist das Verdienst und die Domäne von M. I.. Hier kann der/die Leser/in profitieren, zumal es sich um einen im Personzentrierten Ansatz kaum ausgeleuchteten Bereich handelt. Hingegen bleiben andere Aspekte, wie z. B. beziehungs-dynamische und experienzielle, weitestgehend unausgearbeitet, sodass letztlich mit gutem Grund von einem „motivationszentrierten“ Ansatz gesprochen werden kann, der für sich allein genommen als psychotherapeutische Methode zu kurz greift. Wird er allerdings in das personzentrierte Gesamtgefüge integriert, was mir mit entsprechender Vorsicht möglich erscheint, so kann er die personzentrierte Methodik um eine wichtige Facette bereichern.

Frithjof Rodi

Helmut Johach: Von Freud zur Humanistischen Psychologie. Therapeutisch-biographische Profile. Band 4 der Reihe: Der Mensch im Netz der Kulturen. Humanismus in der Epoche der Globalisierung.

Bielefeld: transcript Verlag, 2009, 336 Seiten, ISBN 978-3-8376-1294-3. € 29,80 / CHF 47,90.

Helmut Johach, Sozialpsychologe in der Traditionslinie von Erich Fromm und – als Philosoph – einer der profiliertesten Kenner Wilhelm Diltheys, behandelt die Beziehung zwischen Psychoanalyse und „Humanismus“ im Blick auf sieben Hauptvertreter der Humanistischen Psychologie (S. Ferenczi, G. Groddek, W. Reich, E. Fromm, Fr. und L. Perls, R. Cohn) und ihre Vorläuferin Lou Andreas-Salomé. Allen Genannten gemeinsam sind ihre z. T. intensivsten Anfänge als Analytiker mehr oder weniger strenger Observanz und ihre spätere Distanzierung vom orthodoxen Freudianismus. Als Abgrenzungskriterium gegenüber anderen Vertretern dieser Richtung (z. B. C. R. Rogers) dient die Dramatik dieses Umschlags „von Freud zur Humanistischen Psychologie“ (im folgenden: *H.Ps*), wie sie in

den Profilen eindrücklich dargestellt wird. Die am Ende des Buches gestellte Frage, ob man bei so viel „humanistischer“ Kritik am Stammvater der Psychoanalyse davon sprechen müsse, dass Freuds Theorie und therapeutische Praxis als „nicht-humanistisch“ zu bezeichnen sei, wird zwar vorsichtig verneint, schwingt aber in allen Kontrastierungen zwischen den Zeilen mit. Dies betrifft so verschiedene Gegensätze zu Freud, wie die besondere Wärme der Empathie in Lou Andreas-Salomés „weiblicher“ Variante der Wiener Schule, die Einbeziehung des Körperkontaktes in der Therapie bei Ferenczi und Groddek, die Bedeutung des Blickkontaktes und die zentrale Rolle der sozialen Dimension bei Fromm und Ruth Cohn, die Ideale von Selbsterfahrung und Selbstverwirklichung in der Gestalttherapie bis

zu deren extremem Individualismus und zur anarchistischen Gesellschaftskritik. Wie sind all diese Gegenmodelle zur „übertrieben abstinenter, medizinisch-naturwissenschaftlichen Art der analytischen, Behandlung“, (S. 306) auf den einen Nenner „Humanismus“ zu bringen? Johach verweist auf zwei Dokumente des Selbstverständnisses der *H.Ps.* aus deren Gründerzeit. Einerseits die Gründungsstatuten der *American Association for H. Ps. (AAHP)* von 1962, in denen folgende weder vom Behaviorismus noch von der Psychoanalyse genügend beachteten menschlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten in das Zentrum theoretischer und therapeutischer Aktivitäten gestellt werden: Kreativität, Liebe, das Selbst, Wachstum, Selbsterfahrung, höhere Werte, Spontaneität, Autonomie, Verantwortung usw.; andererseits ein Manifest, das später von Ch. Bühler und M. Allen in ihrer *Einführung in die H. Ps.* zitiert wird und das „die erlebende Person“ mit den spezifisch menschlichen Eigenschaften der Kreativität, Wertsetzung und Selbstverwirklichung in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung und praktischen Betätigung stellt.

Auf diesen idealistischen Anspruch hat Johach schon in einer früheren Arbeit¹ hingewiesen und dabei die Frage gestellt, in welchem Maße für das humanistische Programm eine Annäherung an die Hermeneutik Diltheys (auf den Charlotte Bühler in diesem Zusammenhang ausdrücklich hingewiesen hatte) vorstellbar wäre. Dies gibt dem Rezensenten die Möglichkeit, als Nachtrag zu seinem Aufsatz über *Diltheys Hermeneutik und die Gesprächspsychotherapie* (PERSON 2/2011) auf die für diesen Zusammenhang wichtige Arbeit Johachs hinzuweisen. Dieser ist sich als Anhänger von Erich Fromms Analytischer Sozialpsychologie des tiefen Grabens bewusst, der zwischen einigen Hauptströmungen der *H.Ps.* und jeder „verstehenden“ Psychologie liegt. Er sieht die Gefahr einer „oberflächlich-idealistischen Sicht des Menschen“, wenn ein „humanistischer“ Rückgriff auf Dilthey das Erbe Freuds und der Psychoanalyse vernachlässigt. Seinen eigenen Brückenschlag hat er skizziert in einem neueren Aufsatz über *Wilhelm Dilthey als Begründer einer biographisch-diagnostischen Sichtweise*².

1 Johach, H. (1995). Dilthey, Freud und die Humanistische Psychologie. In F. Rodi (Hg.) *Dilthey-Jahrbuch für Philosophie und Geschichte der Geisteswissenschaften Band 9/1994-95* (S. 32-65). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

2 In G. Jüttemann (Hg.) (2011). *Biographische Diagnostik* (S. 36-43). Lengerich: Pabst.

Nachruf auf Robert Hutterer, von Reinhold Stipsits

Robert Hutterer (1951–2013)



Foto: Alexander Schmoelz

Am 15. März 2013 verstarb Robert Hutterer.

Er war ein professioneller Antidogmatiker in der Pädagogik und Psychotherapie. In seinen Schriften hebt er diese antidogmatische Einstellung an der von Carl R. Rogers entwickelten Personenzentrierten Psychotherapie hervor: „Folge nicht einer Autorität, sondern vertraue deinen eigenen Erfahrungen und entwickle deinen eigenen, persönlichen Stil.“ Mit dieser Einstellung vertrat Robert Hutterer keine Auffassung von Beliebigkeit im Tun, sondern unterstrich die Verpflichtung gegenüber einem Paradigma, das von Offenheit für Erfahrung gekennzeichnet ist. Aus diesem Anspruch erwuchs das Interesse an der empirischen Absicherung und Bestätigung für das wissenschaftliche Denken und Handeln. Seine antidogmatischen Auffassungen finden sich sehr klar formuliert: „Es gibt keine ‚Wissenschaft‘, sondern nur Wissenschaftler, die sich mit bestimmten Problemen beschäftigen, die auf bestimmte Methoden vertrauen, bestimmte Erkenntnisse und Einsichten gewinnen, Beziehungen zwischen ihren Erkenntnissen und denen anderer sehen, einen gewissen Überblick über bereits gewonnene Ergebnisse und verwendete Methoden haben, bestimmte Erfahrungen mit Methoden aufweisen, lose und isoliert voneinander oder gemeinsam arbeiten, unabhängig sind oder in einem institutionellen Zusammenhang stehen.“

Robert Hutterer wurde in einer niederösterreichischen Kleinstadt geboren und wuchs in einer Zeit angeblich großer Veränderungen zwischen festem Rollendenken und der fallweisen Abkehr von traditionellen Familienbildern auf. Nach der Matura folgte das Studium der Fächer Pädagogik und

Psychologie an der Universität Wien. Die Doktorarbeit erfolgte in Pädagogik bei Karl Wolf, die Habilitation unter Richard Olechowski. In der empirischen Pädagogik beheimatet war seine Habilitation über die Humanistische Psychologie genau zwischen den Disziplinen verortet. Die Venia für Humanistische Psychologie zeigt auch, dass man Robert Hutterer nicht einfach in ein Schema pressen konnte, auch nicht unter dem Titel der Disziplinarität eines Faches. Der Weg seiner Forschungen führte auch in die USA, er war als *research fellow* ein Semester an der University of Athens, Georgia, u. a. bei Jerry Bozarth, tätig. Aus diesem Aufenthalt erwuchs der vielleicht prägnanteste Titel, der sein wissenschaftliches Anliegen umreißt: Authentische Wissenschaft. Mit *empathy labs* und in Forschungen zur Filialtherapie zeigte er eindrucksvoll auf, in welcher Weise sich das therapeutische Tun sinnvoll weiterentwickeln kann, um auch Laien verstärkt in hilfreiche Beziehungen einzubinden. Robert Hutterer plädierte ausdrücklich für eine authentische Wissenschaft: „Intrinsische Motiviertheit, persönliche Betroffenheit, Orientierung an subjektiven Erfahrungen und Verpflichtung gegenüber der eigenen Individualität machen die Tätigkeit des Forschers zu einem authentischen Unternehmen.“ Im Wissen um die Lage der Forschung an (nicht nur österreichischen) Universitäten formulierte er seine Bedenken folgendermaßen: „Wer das Schicksal intrinsischer Forschermotivation und autonomer Erkenntnisbemühung in einem hierarchisch organisierten Forschungsbetrieb kennt, mag diese Vision als zynisch oder als uneinlösbare illusionäre Hoffnung empfinden. Sie entspringt jedoch dem

Bewusstsein einer zunehmend drohenden Entfremdung der Wissenschaft vom Menschen“.

Und Robert Hutterer war in der Tat ein interessierter Forscher. Seinen wissenschaftlichen Schwerpunkt legte er zwischen pädagogischer Beratungsforschung und Psychotherapie. Er war in vieler Hinsicht ein Spurenleger und *trendsetter* mit einem guten Gespür für künftige Entwicklungen und Veränderungen, das über verkrustetes Schablonendenken erhaben und für Ungewöhnliches offen war. So war er beispielsweise wissenschaftstheoretisch ein Proponent von *mixed methods* als noch viele im Kampf zwischen Geisteswissenschaft und Empirie verhaftet waren.

Sein freier Umgang mit Prinzipien und Grundsätzen hat herausgefordert und irritiert. In seiner beruflichen Tätigkeit am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien hat Robert Hutterer universitäre Entwicklungen beobachtet und begleitet, über Jahre hinweg auch als Institutsvorstand. In der Lehre war er von Studierendengenerationen geschätzt und auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (insbesondere im Mittelbau) kollegial verbunden.

Neben seiner universitären Tätigkeit war Robert Hutterer ein höchst aktiver Proponent der ersten Stunde bei der Etablierung des Psychotherapiegesetzes und der Erstellung von Curricula von Ausbildungen für beratende Berufe. Sein stetes Anliegen war eine Öffnung des Zugangs zu Ausbildungen, ohne deshalb Ansprüche an Qualität zu verwässern. So war Robert Hutterer Mitbegründer der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie und Gesprächsführung (APG) und der Vereinigung Rogerianischer Psychotherapie (VRP) und hatte in den jeweiligen Vorstandsfunktionen, die er in den Vereinen für Personenzentrierte Psychotherapieausbildung einnahm, einen enormen Einfluss auf die Entwicklung und Ausrichtung der von Carl Rogers inspirierten Psychotherapierichtung. Er war 1979 bei der Gründung der APG als stv. Obmann und später von 1986 bis 1990 als gewählter Obmann aktiv. Seit 1994, nach einer konfliktreichen Trennung, die sich in nahezu allen auf Wiener Boden gegründeten psychotherapeutischen Richtungen und Schulen (seit Sigmund Freud) in einer je eigenen Dynamik wiederholt hat, war Robert Hutterer als Präsident der VRP tätig. Die Anerkennung der VRP als fachspezifische Ausbildungseinrichtung durch das Bundesministerium wäre ohne seinen Einsatz nicht möglich gewesen. Eine große Zahl von Ausbildungskandidat/innen verdankt ihren Beruf seiner Beharrlichkeit und seiner wachsamen Intelligenz für erfahrungsoffenes Lernen.

Als Vorsitzender des Ausschusses für das Fachspezifikum von 1991 bis 1994 im Psychotherapiebeirat beim Bundesministerium waren Anerkennungsfragen von fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen ein wesentlicher Teil seiner Arbeit, später verfolgte er die Entwicklung der Ausbildungsgänge kontinuierlich und stand der Idee einer Akademisierung der

Psychotherapie in Österreich beratend ebenso kritisch wie inhaltlich unterstützend zur Seite.

Die Personenzentrierte Psychotherapie, als „eine Methode für alle Fälle“, hat Hutterer in einer Differenziertheit kontinuierlich befragt, beforscht und durch modellhafte *empathy labs* exploriert und dokumentiert. Im Vertrauen auf die Kraft der Selbstaktualisierung konnte er andere für deren Absichten stärken und motivieren. Seine Affinität zu und seine Kenntnis der Neuen Medien verhalf zur Ausarbeitung eines Online Propädeutikum. Mit diesem Propädeutikum hat er gewiss ein Vermächtnis hinterlassen, das künftige Psychotherapeut/innen auf ihren Weg bringt.

Als Personenzentrierter Psychotherapeut war er international ebenso vernetzt wie bekannt. Seine Kontakte zu den amerikanischen Kolleginnen und Kollegen reichten namentlich von Jerold Bozarth, von der University of Athens, Georgia, John M. Shlien (gest. 2003), vormals Harvard University, sowie Barbara Temaner Brodley (gest. 2007), die am Counseling Center in Chicago gearbeitet hatte, bis zu den europäischen „major players“ im Feld der Klientenzentrierten respektive Personenzentrierten Psychotherapie wie Germain Lietaer in Belgien, Reinhard Tausch, dem Nestor der Gesprächstherapie in Deutschland, bis zu Michael Behr, mit dem er in den letzten Jahren eine sehr fruchtbare Zusammenarbeit auch auf universitärem Boden aufnahm. Manche Projekte blieben unerledigt, wie eine Kooperation mit einer Fachhochschule in Kärnten im Bereich Spieltherapie.

Robert Hutterer hat zweifellos auch einiges von dem verstanden, und für sich in Anspruch genommen, was Carl R. Rogers unter „Das gute Leben – und was es wirklich ist“ beschrieben hat. Das hat ihm auch nicht nur Freunde gemacht. Für sein Tun und seine Bilanz spricht, dass er andere am guten Leben teilhaben hat lassen.

Robert Hutterer war ein virtuoser Autodidakt in der Musik. Nichts bloß nachzumachen, sondern den eigenen Ton zu finden ist nicht nur im *traditional jazz*, sondern auch in andern Lebensbereichen eine Kunst, die höchsten Respekt verdient. Im Kreise seiner Lieben war es ihm gegönnt, gut zu leben. Robert Hutterer hinterlässt einen erwachsenen Sohn, mit dem wir trauern. Gleichzeitig sind wir dankbar für alles, was wir von und mit Robert Hutterer lernen konnten.

Lieber Robert, danke für Deine Freundschaft, die immer auch eine Herausforderung war.

Reinhold Stipsits

*If a man does not keep pace with his companions,
perhaps it is because he hears a different drummer.
Let him step to the music which he hears, however
measured or far away.*

(Henry David Thoreau)

Veranstaltungskalender 2013/2014

Internationale Focusing Sommerschule 2013

Zeit: 28. Juli – 7. August 2013

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

Info: www.daf-focusing.de

Focusing-Woche Achberg 2013

Zeit: 8.–14. August 2013

Ort: Achberg, Deutschland

Info: www.focusing-netzwerk.de, buero@focusing-netzwerk.de

6th BAPCA Conference

Thema: Growth & the Person-Centred Approach: A system for individual and social change

Zeit: 15.–18. August 2013

Ort: Cirencester, England

Info: info@bapca.org.uk

FISS 2013: 8th Annual Focusing Institute Summer School

Zeit: 16.–22. August 2013

Ort: Garrison Institute, New York, USA

Info: www.focusing.org

ÖGWG Woche

Thema: Beziehung und Bindung

Zeit: 23.–26. Oktober 2013

Ort: Puchberg bei Wels, Österreich

Info: www.oegwg.at

The Person-Centered Experience – Einwöchige Encountergruppe

Zeit: 26. Oktober – 1. November 2013

Ort: Schloss Zeillern, Niederösterreich, Österreich

Info: www.apg-forum.at; buero@apg-forum.at

14. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium

Thema: Gewalt, Schmerz und Depression – Diagnostik und Therapie des Psychotraumas und komorbider Störungen

Zeit: 15. November 2013, 9–18 Uhr

Ort: Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel, Deutschland

Info: Tel.: 0049 2305 102 2858, a.jessinghaus@evk-castrop-rauxel.de

Symposium der VRP

Thema: Die Magie der Begegnung – Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften

Zeit: 23. November 2013, 10–14 Uhr

Ort: edu4you, Frankgasse 4, 1090 Wien, Österreich

Info: www.vrp.at

IPS-Theorieworkshop 2013

Thema: Über die Möglichkeiten und Notwendigkeiten von Zusammenarbeit im Kontext personzentrierter Theorie

Zeit: 6.–7. Dezember 2013

Ort: Wien, Österreich

Info: www.apg-ips.at

DPGG Forum

Zeit: Samstag, 26. April 2014

Ort: Universität Hamburg, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg, Deutschland

Info: www.dpgg.de

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

Thema: Beyond the Frontiers ... Experiencing Diversity

Zeit: 20.–24. Juli 2014

Ort: Buenos Aires, Argentinien

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

VORTRÄGE und SEMINARE

The Person-Centered Experience

Einwöchige Encountergruppe

Leitung: Mag.a Clara Arbter-Rosenmayr, Harald Doppelhofer, Colin Lago MEd, Dr. Christian Metz, Christine Weixler, Gill Wyatt MSc

„Persons in a large group learn from their experience, not from instructions“ (Lago & MacMillan, 1993)

Wir bieten in diesem Seminar die Gelegenheit, eine einwöchige Encountergruppe in der Tradition des La Jolla Programms kennenzulernen, zu erleben und mitzugestalten: Wir wenden uns mit diesem Workshop an einen internationalen Personenkreis und laden damit auch ausländische TeilnehmerInnen und Facilitators ein. Das Setting bietet einen Wechsel zwischen Groß- und Kleingruppenarbeit, fördert Intergruppenprozesse und deren Reflexion und regt zu selbstorganisierten Gruppen an. Der Workshop ist konzipiert für Ausbildungs- und WeiterbildungsteilnehmerInnen genauso wie für Personen, die in keinem Ausbildungszusammenhang stehen, sondern die Gruppenerfahrung für ihre persönliche und berufliche Weiterentwicklung nützen möchten. Seminarsprachen: deutsch und englisch.

Zeit: Samstag, 26.10.2013, 11 Uhr bis Freitag, 1.11.2013, 14.00 Uhr

Ort: Schloss Zeillern: Schlossstraße 1, A-3311 Zeillern

Anmeldung: bei Harald Doppelhofer per e-mail: harald.doppelhofer@aon.at

Kosten: € 490,- Seminarkosten (+ Kosten für Übernachtung und Vollpension)

Workshop

Die Magie der Begegnung – Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften

Theorieseminar

Leitung: Dipl.-Psych. Michael Lux

Zeit: Freitag, 9.5.2014, 16–20 Uhr, Samstag, 10.5.2014, 10–19 Uhr

Ort: Wien

Anmeldung: bei Frau Zachhuber im Forum Büro: 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

14. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium am 15.11.2013

Gewalt, Schmerz und Depression -

Diagnostik und Therapie des Psychotraumas und komorbider Störungen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen
Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

Program m

9.00 Uhr Begrüßung: Prof. Bonnet

9.15 – 13.00 Uhr **Vorträge:**

Luise Reddemann:

Diagnostik und Behandlung von komplex Traumatisierten

Annette Jessinghaus:

„Ruhe in Sturm und Gewitter“ – Psycho- und Pharmakotherapie von affektiven und psychotischen Störungen bei Traumatisierten

Silke B. Gahleitner:

„Und wenn es schwierig wird“ – Professionell Beziehungen gestalten zu schwer erreichbaren (traumatisierten) KlientInnen

Rainer Dieffenbach:

Akutbehandlung von Traumatisierten

Parallel laufende Workshops 14.00 - 17.30 Uhr:

- 1) **Nini de Graaff:** Focusing, eine erlebnisaktivierende Methode der Personzentrierten Psychotherapie
- 2) **Gert-W. Speierer:** Indikationsstellung und Erfolgskontrolle in der Psychotherapie am Beispiel des Regensburger Inkongruenzanalyseinventars
- 3) **Jobst Finke:** Gestalten und Klären der therapeutischen Beziehung
- 4) **Sami Abdel-Karim:** Wie das Selbst der Klienten das innere System stabilisiert und Traumatisierungen integriert
- 5) Und andere

Programme, Anmeldung und Information

Sekretariat Frau Lührmann-Ott Telefon: 02305/102-2858 Fax:02305/102-2860

Email: g.ott@evk-castrop-rauxel.de

Tagungsort: Ev. Krankenhaus, Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

Vortragsgebühren 40 €

Workshop-Gebühren 30 €

Teilnahme für ÄGG-Mitglieder und Mitarbeiter des Evang. Krankenhauses kostenfrei

CME-Zertifizierung beantragt



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTT GART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr, Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer, Prof. Dr. Dipl.-Psych. Reinhard Tausch und Dipl.-Psych. Susanne Vahrenkamp – 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

Thementage / Workshops in 2013 und 2014

Sa 28.9.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dipl.-Soz. Päd Dorothea Hüsson, Stuttgart: Formen der Kindeswohlgefährdung
Sa 16.11.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dipl.-Psych. Susanne Vahrenkamp, Stuttgart: Selbst-Bewusstsein durch Prozess-orientierte Rollenspiele, ein Beispiel für Focusing-orientierte Verfahrensweisen
Sa 30.11.2013 9.30 – 18.00 Uhr	Dipl.-Psych. Manuela Junker-Moch, Stuttgart Kindeswohlgefährdung - verantwortlich handeln: die „insoweit erfahrene Fachkraft“.
Sa 22.2.2014 9.30 – 18.00 Uhr Ort: Klinikum Weinsberg	Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer, Weinsberg Personzentrierter Umgang mit schwer traumatisierten Patienten
Sa 15.2.2014 9.30 - 18.00 Uhr und Sa 22.3.2014 9.30 - 18.00 Uhr	Dagmar Nuding (ehemals Hölldampf), Stuttgart Arbeit mit Narrativen in der Humanistischen Psychotherapie mit Kindern- und Jugendlichen
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	Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Freiburg Wilde und gewalttätige Kinder und Jugendliche – Möglichkeiten personzentrierter Therapie
Sa 5.7.2014 9.30 – 18.00 Uhr	Susanne Vahrenkamp, Stuttgart: Entscheidungsbegleitung
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 direkt im Institut in der Wörishofenerstraße 54 in 70372 Stuttgart Bad-Cannstatt statt, eine Wegbeschreibung finden Sie auf der Homepage.

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 Stornogebühr von 20€ möglich.

Neue Weiterbildungen nach den Richtlinien der GWG

Personzentrierte Psychotherapie mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Modul 1: Beginn Oktober 2013 - alle weiteren Module (Aufbaustufe 1 und 2): nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Beratung (DGfB)

Modul 1: Beginn Oktober 2013 - alle weiteren Module (Aufbaustufe 1 und 2): nach Vereinbarung, fortlaufend

Personzentrierte Psychotherapie

Beginn Oktober 2013



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

THEORIE-WORKSHOP 2013

ÜBER DIE MÖGLICHKEITEN UND NOTWENDIGKEITEN VON ZUSAMMENARBEIT IM KONTEXT PERSONZENTRIERTER THEORIE

EINE VERANSTALTUNG DER AUSBILDERINNEN DES IPS

Psychotherapie wird als Krankenbehandlung verstanden und ist mit Sozialversicherungssystemen konfrontiert.

Mit Kosten-Nutzen-Analysen, mit Wirksamkeitsnachweisen und einer überwiegend medizinischen Forschungslogik. Therapieschulen müssen in „entsprechender“ Weise mit solchen Vorgaben kooperieren.

Wie ist es um mögliche Kooperationen mit Mitbewerbern, um die therapeutische Vielfalt in unserem Ansatz bestellt, und wie schaut die Zusammenarbeit im interdisziplinären – klinischen – Kontext aus?

Wie kann mit Institutionen, mit Eltern, Familienmitgliedern, mit Schulen, mit Gerichten zusammen gearbeitet werden?

Diese und ähnliche Fragestellungen werden im Workshop thematisiert, um auch ihre praxisrelevanten Aspekte zu diskutieren.

Hinweis

Das Seminar wird auch zur Fortbildung für PsychotherapeutInnen, BeraterInnen und SupervisorInnen empfohlen (Fort- und Weiterbildungsrichtlinie des Bundesministeriums).

ZEIT	Freitag, 6. Dezember 2013, 16.30 - Samstag, 7. Dezember 2013, 18.00. Freitag, 6. 12. 2013, 20.00: Zertifikatsverleihung
ORT	Raum Wien, wird noch bekanntgegeben
KOSTEN	EUR 120,- für Kandidat/inn/en in einem Fachspezifikum und Mitglieder des IPS, sonst EUR 160,- ; Tageskarte zu: EUR 80,- (Essensbeitrag: EUR 15,-).
ANMELDUNG	per E-Mail: theorieworkshop@gmail.com oder per Tel: Mag. Christian Fehring: 01 3101942, Mag. Theresia Hollerer: 01 8108705 <i>Anmeldeschluss:</i> 30. 11. 2013
INFORMATION	Nähere Informationen immer aktuell auf: www.apg-ips.at .
ANRECHENBARKEIT	alle Aus-, Fort- und Weiterbildungen, Fachspezifikum (4c. Wahlpflicht-Theorie), Fortbildungsveranstaltung im Sinne der Fort- und Weiterbildungsrichtlinien des Bundesministeriums - 15 Stunden

Nähere Informationen zu unseren Ausbildungen und aktuellen Veranstaltungen auf www.apg-ips.at.

ÖGWG-Woche

23. – 26. Oktober 2013

Schloss Puchberg bei Wels



Beziehung und Bindung

	Mittwoch, 23. Oktober	Donnerstag, 24. Oktober	Freitag, 25. Oktober	Samstag, 26. Oktober
08:00 – 08:45		Morgen-Encounter	Morgen-Encounter	Morgen-Encounter
09:00 – 10:30	Eintreffen	Dieter Höger Bindungsmuster und die therapeutische Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie	Lernwerkstatt: Werkstatt 1 Schwierige Beziehungen Werkstatt 2 Soziale Netzwerke	Jürgen Kroemer Personale Begegnung – mit Sicherheit! Datenschutz und Datensicherheit in der Psychotherapie
11:00 – 12:30	Sonja Kinigadner Eröffnung Wolfgang W. Keil Beziehung und Bindung in der Klientenzentrierten Psychotherapie – Überblick, Differenzierungen und Ausblick	Dieter Höger Bindungsmuster und die therapeutische Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie	Parallelworkshops: Manuel Schabus Von kleinen Babys und großen Problemen Petra Bohaumilitzky & Marco Schmid Die Beziehungen während der Ausbildung Birgit Kaiser Bindung an Haustiere Sebiha Muslu Migrationsbedingtes Trennungs-Bindungsverhalten	Parallelreferate/ Workshops: Wolf-Dietrich Zusan Wenn Beziehungen zum Problem werden Andrea Felnémeti Die Therapie der Bindungsangst. Fragen, Überlegungen und Erfahrungsaustausch
Mittagessen	12:30 – 14:30	12:30 – 14:30	12:30 – 14:30	Abschluss
14:30 – 16:30	Silke Gahleitner Neue Bindungen wagen – therapeutisch Beziehung(en) gestalten	Dieter Höger Bindungsmuster und die therapeutische Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie	Bindung und Beziehung in der ÖGWG Ethikkommission ÖGWG-Strukturen als Herausforderung für kongruente Beziehungsgestaltung	
16:45 – 18:00	Silke Gahleitner Neue Bindungen wagen – therapeutisch Beziehung(en) gestalten	Dieter Höger Bindungsmuster und die therapeutische Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie	Vorstand Bindungspolitik Reflexionen im Plenum	
Abendessen	18:00 – 19:00	18:00 – 19:00		
19:30 – 21:00	Parallelworkshops: Marco Schmid Eltern-Kind-Beziehungen Stefan Santeler Marte Meo – Beratungsmethode zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung	Daniela Huemer Stefan Schacht Markus Strobl Experimentell-klangliche Interpretation einer Mutter-Kind-Beziehung mit Focusing unterstützt	19:30 ÖGWG-Fest	

Anmeldung: Per E-Mail an office@oegwg.at oder telefonisch unter 0732 78 46 30

Teilnahmegebühren: ÖGWG-Mitglieder € 170,00 / ÖGWG-AusbildungsteilnehmerInnen € 85,00

Mitglieder befreundeter Vereine € 200,00 / Nicht-Mitglieder € 290,00

Frühbucherbonus bis 1. August 2013: minus € 20,00 (ausgenommen AusbildungsteilnehmerInnen)

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 2013/2014 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 Diplomniveau II

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
12. September 2013	PCA im Yoga?	Esther Rageth-Zulauf
5. November 2013	Einblicke in die klassische Homöopathie	Yvonne Blunier

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

Als Ergebnis mehrjähriger Zusammenarbeit steht seit 2013 für alle (ohne Passwort) kostenlos zur Verfügung:

Eine Online-Datenbank mit mehr als 10.000 bibliographischen Einträgen
von personzentrierter Literatur (Bücher, Buchbeiträge, Zeitschriftenartikel,
Abschlussarbeiten) inklusive vollständiger Rogers- und Gendlin-Bibliographie
in Deutsch und Englisch:

www.pce-literature.org



Suchmöglichkeit nach Schlagworten oder eigenen Suchbegriffen
Anzeige und Export in drei verschiedenen Zitierstilen:
APA, Chicago, MLA



Die Abfrageergebnisse können in den Formaten
BibTeX, PDF, HTML und Libre Office exportiert werden.



Die Abfrageergebnisse können in alle gängigen
Literaturverwaltungsprogramme am eigenen PC übernommen werden.

Wir freuen uns über Rückmeldungen (Korrekturen, Ergänzungen) an:
office@pce-literature.org

Symposium der VRP

Begrüßung

Gastvortrag: M. Lux

Die Magie der Begegnung – der personenzentrierte Ansatz und Neurowissenschaften

Zusammenfassung:

Innerhalb der Neurowissenschaften ist es in den letzten Jahren zu einem großen Zuwachs an Erkenntnissen gekommen. Diese bestätigen die theoretischen Positionen des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) in hohem Maß und tragen dazu bei, die Wirkungsweise Personenzentrierter Psychotherapie in neuer Weise zu verstehen. Die Theorien des PZA haben dabei ein bedeutendes Potential für eine Integration neurowissenschaftlicher Grundlagenbefunde im Hinblick auf Psychotherapie

und Beratung. Unter der Bezeichnung einer „neurowissenschaftlich fundierten Personenzentrierten Psychotherapie“ (Lux, 2007; 2008) wurde dabei vorgeschlagen, wie zentrale Konzepte des PZA mit neurowissenschaftlichen Theorien und Befunden in Beziehung stehen können.

Der Vortrag widmet sich einem Teilaspekt davon und zwar der personenzentrierten Beziehungsgestaltung. Anhand des „Circle of Contact“ (Lux, 2010; 2013) wird die Relevanz der personenzentrierten Therapieprinzipien der Empathie, der Kongruenz

und der bedingungsfreien Akzeptanz aus neurowissenschaftlicher Sicht aufgezeigt und diskutiert. Dazu wird ein Überblick über neurowissenschaftliche Theorien und Befunde gegeben, die auf die Therapieprinzipien des PZA bezogen werden können. Verdeutlicht werden dabei unter anderem vielfältige Wechselwirkungen zwischen Therapeut und Klient auf neurobiologischer und psycho-sozialer Ebene, die das personenzentrierte Beziehungsgeschehen prägen und das Entstehen einer unterstützenden Beziehung ermöglichen.

Zeit: Samstag, 23.11.2013, 10.00–14.00 Uhr

Ort: edu4uBildungsakademie, Frankgasse 4 (Ecke Garnisonsgasse) 1090 Wien

Kosten: € 10 für Mitglieder der VRP; für Nichtmitglieder € 30. Die TeilnehmerInnen sind zu einem Brunch eingeladen.

Anmeldung: bis 9.11.2013 bei Dr. Andrea Hammer: andrea.hammer1@chello.at

Anrechenbarkeit: Personenzentrierte Psychotherapie, Beratung, Fortbildungsveranstaltung im Sinne des Psychotherapiegesetzes und der Fort- und Weiterbildungsrichtlinien des BM (3 Stunden Theorie)



Sicher, sauber, schnell und schön.

Das Ende des Individuums?

Personzentrierte Psychotherapie in Begegnung mit gesellschaftlichen Normen 25. – 27. September 2014 in Salzburg

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)

Keynote Speakers

- Robert Pfaller (Philosoph)
- Jobst Finke (ÄGG)
- Lore Korbei (ÖGWG)
- Jürgen Kriz (DPGG)
- Meike Rönnau-Böse (GwG)
- Peter F. Schmid (IPS)

www.personzentriert2014.at

Wolfgang Bensel und Dirk Fiedler (Hrsg.)

Personzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen

Ein Praxishandbuch



2012, 320 Seiten, br., 21,90 €
(Mitglieder der GwG: 17,00 €)
ISBN 978-3-926842-51-0

Der Band dokumentiert den aktuellen Stand personzentrierter Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Einleitend wird ein Überblick über die Entwicklung und Professionalisierung der Suchtarbeit in Deutschland vor und nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes im Jahr 1968 gegeben. Ergänzend hierzu wird die Entwicklung der Suchtberatung in der ehemaligen DDR und in den sog. neuen Bundesländern skizziert.

Dem schließen sich Beiträge an, die die theoretischen Grundlagen personzentrierter Suchttherapie und spezielle Konzepte zum Störungsverständnis beschreiben. Im Einzelnen sind dies Artikel zur personzentrierten Therapie bei Alkoholabhängigkeit, zum personzentrierten Störungs- und Interventionsmodell sowie zur störungsspezifischen Gesprächspsychotherapie bei Alkoholabhängigkeit. Vorgestellt wird das Differentielle Inkongruenzmodell in der Suchtkrankenbehandlung sowohl in seinen Grundlagen als auch in der praktischen Anwendung.

Weitere Kapitel befassen sich mit speziellen Anwendungsgebieten personzentrierter Suchtbehandlung. Dazu zählen Beiträge zur personzentrierten Drogentherapie und zur Therapie bei Glücksspielsucht. Abgerundet wird das Buch mit Praxis- und Erfahrungsberichten zur Körperpsychotherapie, zur Angehörigenarbeit und nicht zuletzt zur personzentrierten Gruppentherapie mit Suchtkranken.

Entstanden ist ein Praxisbuch, das die Beratung und Behandlung von Suchtstörungen aus personzentrierter Sicht umfassend beschreibt und das fruchtbare Anregungen für all jene gibt, die sich an einem an der Person ausgerichteten Verständnis von Suchtstörungen interessieren. Das sind sicher nicht wenige, denn alle, die in beraterischer und therapeutischer Praxis tätig sind, werden mehr oder weniger häufig mit Abhängigkeitsstörungen konfrontiert sein.

Inge Frohburg und Jochen Eckert (Hrsg.)

Gesprächspsychotherapie heute

Eine Bestandsaufnahme



2011, 180 Seiten, kt., 21,90 €
(Sonderpreis für Mitglieder der
GwG und der DPGG: 19,80 €)
ISBN 978-3-926842-50-3

Das Buch zieht eine aktuelle Bilanz sowohl zur derzeitigen Stellung als auch zu den zukünftigen Perspektiven der Gesprächspsychotherapie in den Bereichen Gesundheitswesen, Universitäten und Fachhochschulen sowie in der ambulanten und stationären klinischen Versorgung. Die Bilanzierung umfasst zudem einen Überblick über die neueren konzeptuellen Entwicklungen innerhalb der personzentrierten Psychotherapie. Diese Bilanzierung erfolgte im Frühjahr 2010 im Rahmen des 6. Großen Forums der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e. V., einer wissenschaftlichen Tagung, die alle zwei Jahre von der DPGG in Kooperation mit dem Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg ausgerichtet wurde.

Die Bilanzierung wurde im Einzelnen von folgenden Autorinnen und Autoren vorgenommen:

- *Karl-Otto Hentze* reflektiert die Stellung der Gesprächspsychotherapie in der Gesundheits- und Berufspolitik.
- *Jürgen Kriz* gibt einen Überblick über die Rolle, die die Gesprächspsychotherapie im deutschen Gesundheitswesen gespielt hat und wie diese in der Zukunft sein könnte.
- *Ludwig Teusch* berichtet über die Rolle der Gesprächspsychotherapie in der stationären klinischen Versorgung.
- *Inge Frohburg* referiert den Stand der Gesprächspsychotherapie an den deutschen Universitäten in Vergangenheit und Zukunft und Mark Helle setzt diese Betrachtung in Bezug auf die Fachhochschulen fort.
- *Gerhard Stumm* gibt einen Überblick über neuere konzeptuelle Entwicklungen im Bereich Psychotherapie im Rahmen des Personzentrierten Konzepts.
- *Doris Müller* und *Dorothee Wienand-Kranz* fassen die Abschlussdiskussion zusammen und die darin von den Tagungsteilnehmern geäußerten Sorgen um die Zukunft der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, aber auch die Ideen zu ihrer Förderung und Weiterentwicklung.



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 1 40755 872; Fax: +43 1 40755 874, 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 4277 47881; Fax: +43 1 4277 47889
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.

