

PERSON

Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze

1 | 2000

4. Jahrgang

Editorial	3	BERICHTE	
EINZELBEITRÄGE		<i>Mary Bourne Kilborn: The Second PCA Colloquium, Kranichberg, Austria, 10-12 July 1999 - A Personal Impression</i>	63
<i>Maureen O'Hara: Moments of eternity</i>	5	<i>Helmut Schwanzar: Jubiläumssymposium 2000 in Salzburg. 30 Jahre GwG - 25 Jahre ÖGwG, 20 Jahre SGGT - 20 Jahre APG</i>	67
<i>Martin van Kalmthout: Towards an integrated person-oriented psychotherapy</i>	18	REZENSIONEN	
<i>Brian Thorne: Spirituelle Verantwortung in einem säkularen Beruf</i>	23	<i>Björn Siefke</i>	
<i>Madeleine Garbsch: Geschichte der Psychotherapieforschung: Der Beitrag des Personzentrierte Ansatzes</i>	32	<i>Wolfgang Neumann: Spurensuche als psychologische Erinnerungsarbeit</i>	69
<i>Brigitte Pelinka: Klientenzentrierte Kindertherapie - Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeits-theorie von Carl Rogers</i>	43	<i>Lore Korbei</i>	
<i>Christine Wakolbinger: Der Therapieprozess in der Personzentrierten Kindertherapie</i>	52	<i>Eugene T. Gendlin, Johannes Wiltshko: Focusing in der Praxis. Eine schulens-übergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag</i>	70

FACULTAS

WUV | UNIVERSITÄTSVERLAG

ISSN 1028-6837

APG / ÖGwG

PERSON. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze

Herausgeberinnen

APG — Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit, A-1090 Wien, Strudlhofgasse 3/2; Tel. / Fax: +43 1 315 41 01

ÖGwG — Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung, A-4020 Linz, Altstadt 17; Tel. / Fax +43 732 78 46 30

Verleger

WUV-Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5; Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 3197050; E-Mail: verlag@wuv.cp.at

Redaktion

Ulrike Diethardt, Peter Frenzel, Sylvia Gaul, Wolfgang Keil, Christian Korunka, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Elisabeth Zinschitz

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten 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.

Artikel können in Deutsch oder Englisch veröffentlicht werden.

Beiträge dürfen nicht gleichzeitig andernorts eingereicht werden. Das ausschließliche Copyright geht mit der Veröffentlichung einer Arbeit auf den Verlag über.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholen kann.

Ein wissenschaftlicher Beirat 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 zweifach schriftlich ausgefertigt (anderthalbzeilig, mit einem breiten Korrekturrand und nummerierten Seiten) und auf Diskette (nach Möglichkeit Format Winword) an eine der beiden Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Ansätze,

c/o A.Univ. Prof. Christian Korunka, Institut f. Psychologie der Univ. Wien, A-1010 Wien, Liebiggasse 5; Tel.: +43 1 42 77 / 47 8 27; Fax.: +43 1 4277 47859,

E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39; Tel.: +43 1 407 55 87; Fax: +43 1 407 55 874,

E-Mail: wolfgang.keil@aon.at

Zusendungen sollen enthalten:

Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel

Zusammenfassung (Abstract): ca. 10 Zeilen

Stichwörter (Keywords): ca. 3-5

Text, allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.

Literaturverzeichnis (References): siehe "Hinweise für Autorinnen und Autoren"

Biografie (Author): Angaben zum Autor oder zur Autorin (3-5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)

Adresse

Formale Hinweise:

Autorinnen und Autoren erhalten von der Redaktion ein Merkblatt über die Gestaltung des Textes in formaler Hinsicht, besonders bezügl. Quellen- und Literaturangaben ("Hinweise für Autorinnen und Autoren").

Zitationsweise

Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliographie von Peter F. Schmid (Wien *1997/98) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Erscheinungshinweise

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Bezugspreis jährlich (2 Nummern) öS 360,-, DM 50,-, sFr 46,- zzgl. Versandkosten. Einzelpreis öS 200,-, DM 28,-, sFr 26,- zzgl. Versandkosten. Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder von APG und ÖGwG erhalten PERSON im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Urheberrecht

Die in PERSON veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, einschließlich der Übersetzung in andere Sprachen, sind vorbehalten. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlages ist jedwede Reproduktion untersagt. Ebenso bleiben die Rechte zur Wiedergabe durch Vortrag, Radio und Fernsehen oder Aufzeichnungen vorbehalten.

Gedruckt mit Unterstützung durch das Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr.

Inhaltsverzeichnis

Editorial	3
 Einzelbeiträge	
<i>Maureen O'Hara:</i> Moments of eternity	5
<i>Martin van Kalmthout</i> Towards an integrated person-oriented psychotherapy	18
<i>Brian Thorne</i> Spirituelle Verantwortung in einem säkularen Beruf	23
<i>Madeleine Garbsch</i> Geschichte der Psychotherapieforschung: Der Beitrag des Personzentrierte Ansatzes	32
<i>Brigitte Pelinka</i> Klientenzentrierte Kindertherapie – Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers	42
<i>Christine Wakolbinger</i> Der Therapieprozess in der Personzentrierten Kindertherapie	52
 Berichte	
<i>Mary Bourne Kilborn</i> The Second PCA Colloquium, Kranichberg, Austria, 10–12 July 1999 – A Personal Impression	63
<i>Helmut Schwanzar</i> Jubiläumssymposium 2000 in Salzburg. 30 Jahre GwG – 25 Jahre ÖGWG, 20 Jahre SGGT – 20 Jahre APG	67
 Rezensionen	
<i>Björn Süfke</i> Wolfgang Neumann: Spurensuche als psychologische Erinnerungsarbeit	69
<i>Lore Korbei</i> Eugene T. Gendlin, Johannes Wiltschko: Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag ..	70

Editorial

Wir freuen uns, mit diesem Heft wieder interessante Beiträge aus verschiedenen Bereichen der Person- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapie und des Personzentrierten Ansatzes vorlegen zu können.

Diese Ausgabe der PERSON besteht aus Einzelbeiträgen und zwei kleineren Schwerpunkten. Der erste Schwerpunkt besteht aus Beiträgen namhafter internationaler Vertreter des Personzentrierten Ansatzes. Die drei theoretischen Artikel zeigen den Stand des Personzentrierten Ansatzes auf und formulieren Gedanken und Ausblicke zu seiner Weiterentwicklung. Ein zweiter kleinerer Schwerpunkt beschäftigt sich mit der Person- bzw. Klientenzentrierten Kinderpsychotherapie.

Martin van Kalmthout entwickelt in seinem Artikel eine personzentrierte Metatheorie der Psychotherapie. Er unterscheidet dabei zwischen der „personzentrierten“ und der „personorientierten“ Psychotherapie, wobei er aus letzterer seine Metatheorie ableitet. Sein Ansatz könnte eine Grundlage für die Diskussion zu einer besseren theoretischen Positionierung der Personzentrierten Psychotherapie insgesamt im Reigen der therapeutischen Schulen bieten.

Brian Thorne ist bekannt für die Betonung spiritueller Aspekte des Personzentrierten Ansatzes. In seinem sehr persönlichen Artikel plädiert er dafür, die spirituelle Dimension in der therapeutischen Beziehung zu erkennen und ihr auch Raum zu geben. Er versteht Psychotherapie nicht nur als eine Form der Krankenbehandlung, sondern als unterstützende und seelsorgerische Begegnung.

Maureen O'Hara ist derzeit eine der bekanntesten Vertreterinnen der Humanistischen Psychologie. Sie steht für eine Position der postmodernen Philosophie, die sie konsequent auf den Personzentrierten Ansatz überträgt. In ihrem Beitrag versucht sie auf dieser Grundlage Ansatzpunkte für eine personzentrierte Kurztherapie zu entwickeln. Sie betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung einer „relationalen Empathie“, besonders in Gruppensettings.

Madleine Garbsch untersucht den Beitrag des Personzentrierten Ansatzes in der Psychotherapieforschung vor dem Hintergrund der Veränderungen von Forschungsparadigmen im Verlauf der Geschichte der Psychotherapieforschung. Besonders kritisch setzt sie sich dabei mit den früheren Forschungsergebnissen auseinander, welche die Grundannahmen der personzentrierten therapeutischen Beziehung als „notwendig, aber nicht hinreichend“ zu bestätigen glaubten. Aus einer Darstellung der neueren Arbeiten der 80er und 90er Jahre leitet sie eine Fokussierung auf systemische Aspekte im Psychotherapiegeschehen ab.

In zwei Beiträgen wird in diesem Heft die Personzentrierte Kinderpsychotherapie aus praktischer und theoretischer Sicht beleuchtet. Christine Wakolbinger zeichnet den Therapieverlauf einer konkreten Personzentrierten Kindertherapie nach. Der Schwerpunkt ihrer Darstellung liegt auf der sich laufend verändernden Beziehung zwischen Kind und Therapeutin, die sie als eine Ausprägung des Reifungsprozesses des Kindes versteht. Der Artikel von Brigitte Pelinka stellt eine ausgezeichnete theoretische Ergänzung zu dem vorhergehenden Beitrag dar. Sie weist nach, dass eine konsequente Einhaltung der Grundvariablen der therapeutischen Beziehung besonders in der Kindertherapie zu schnellen und anhaltenden Veränderungen führt. Sie analysiert den Begriff der „Interaktionsresonanz“ und geht dabei besonders auf die Qualität der Empathie auf den Ebenen der Symbolik, des Spiels und der körperlichen Berührung ein.

Zwei der kürzeren Berichte dieser Ausgabe seien besonders hervorgehoben: Die leider kürzlich verstorbene Mary Kilborn beschreibt in einer sehr persönlichen Darstellung ihr Erleben des von der „Person-Centered Association in Austria“ (PCA) organisierten Symposiums, welches letztes Jahr in Kranichberg stattfand. Helmut Schwanzar beschreibt das erfolgreiche Jubiläumssymposium 2000 in Salzburg, das sich durch eine Begegnung und Annäherung der deutschsprachigen personzentrierten Vereine auszeichnete.

Auch auf der Ebene unserer Zeitschrift fand in Salzburg erstmals ein Erfahrungsaustausch mit den Mitgliedern der Redaktionsteams der beiden anderen deutschsprachigen Periodika („Brennpunkt“ und „Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung“) statt. Dabei wurden erste Überlegungen zu einer vermehrten Zusammenarbeit ausgetauscht. Wir konnten dabei erfahren, wie positiv die PERSON von den Kollegen und Kolleginnen der beiden Länder beurteilt wird. Im Rahmen dieses Austauschs wurde auch über die Vision einer gemeinsamen internationalen Zeitschrift gesprochen.

Ganz persönlich freuen wir uns, dass sich die PERSON durch vereinte Kräfte des Redaktionsteams langsam auf dem Weg einer Professionalisierung befindet. Die Arbeit im Redaktionsteam ist für uns ein fruchtbares Zeichen einer konstruktiven Zusammenarbeit über Vereins- und Sektionsgrenzen hinweg.

Ulrike Diethardt
Christian Korunka

Maureen O'Hara

Moments of Eternity: What Carl Rogers Has to Offer Brief-Therapists

Abstract: *The article gives a short overview over the phases of development of Person-centered Psychotherapy. Emphasis is given on Carl Rogers' approaches on time-limited treatment. It is argued that Person-centered psychotherapy both, in its theory and in its practice, can legitimately be considered as a brief-therapy. Characteristics of successful therapeutic moments are discussed. As a case example, a brief therapy including specific therapeutic moments is presented. It is argued that „relational empathy“ is a key agent of therapeutic movement, especially in group settings.*

Keywords: *Brief therapy, post-modern philosophy, psychotherapy research, faith, relational empathy*

As far back as I can remember, I have been a scientist. In nursery school I collected bugs and slugs, put them in jars and lost myself for hours watching them go about their "bugging" and "slugging". This rapt fascination with the world, which I still experience each time I encounter an unknown creature, or listen to my son describe his adventures in molecular genetics, has been a reliable source of pleasure, inspiration and revelation. But all along my love of science has been combined with something not usually associated with scientists. Although I hesitate to say it out loud, I have also been something of a mystic. Not an upper case Mystic, who talks to God, has grand visions, writes inspirational texts, or even professes any particular religious faith. Rather I have been sort of a street mystic, always taken a little by surprise by glimpses of the divine in the ordinary dailyness of life. I started my career as a biological researcher, but even from the start there was a difference. The Professor (Chair) of my department, Dr. Irene Manton, one of the few women Fellows of the Royal Society, was a world famous microscopist. She took me under her wing and resolved to teach me the basics of being scientist. I didn't realize until much later that she was no ordinary scientist. She too was a mystic.

One day we were gazing into a very high powered microscope, as she tried to show me the fine structure of a particular sub-cellular organelle that she had identified. For a very long time, I looked desperately at the field of random squiggles, but despite all my efforts, I could make out absolutely nothing. I wanted to give up, cursing the "bloody thing". Finally Professor Manton said gently, "Dear girl, if you don't love it, you won't see it. You cannot force the universe

to do your bidding. You have to wait until you are ready for it, and it is ready for you." I took a deep breath, relaxed and began to look at the specimen with a much softer gaze. A few minutes later, in a blink of an eye, the amorphous puzzle on the screen took shape, and with something approaching bliss, I began to see the structures which no one before her had ever seen, and which a few moments before I had doubted even existed.

As an apprentice in her lab, I came naturally by the notion that the scientific attitude is indistinguishable from the mystical. Both require discipline, self preparation and openness to experience and a willingness to dwell in mystery. And at the center of both the mystic's life and the scientist's is a faith that the universe has imlicate order, a desire to encounter this reality in greater depth and complexity and to be transformed in the encounter. Not all scientists, but certainly a far greater number than will admit in public, are, like mystics, fired by a spiritual longing to indwell in the mysteries of existence in an attempt to get closer to the divine.

With this kind of early training, it was inevitable that when I shifted careers from biological researcher to educator and psychotherapist, I would be drawn to the work of another scientist-mystic – Carl Ransom Rogers (O'Hara 1995; Van Belle 1990; Van Kalmthout 1995). From the first exposure to his written work, through seventeen years of personal relationship as graduate student and later as colleague, I saw his approach to therapy and growth in clients, groups and communities, as another path to deepening my exploration of the enigma of Being – my own, and my clients, and of the contexts in which we found ourselves.

The evolving Rogerian tradition in psychotherapy and counseling

Carl Rogers, the inventor of person-centered therapy (first called "non-directive therapy," later "client-centered therapy" and finally "the person-centered approach" (although the Rogerian community is not all in agreement on this, in this chapter I will use them synonymously) is arguably the most influential American psychologist and perhaps the least understood. His work spanned sixty years, from the later 1920s to the late 1980s, and participated in three radical philosophical shifts that occurred in twentieth century psychology – leading one of them. As a college student, he had first thought he would study agriculture. After that he entered seminary to become a Protestant minister. He attended an ecumenical religious gathering in China in the 1920s and on the six-week sea-voyage immersed himself in Chinese religion and philosophy. He began his studies of psychology at Teachers College, at Columbia University in New York, and at first considered himself, and was acknowledged by his peers, as a positivist empiricist scientist (O'Hara 1995). His driving passion was to discover the "necessary and sufficient conditions" that if applied would lead to psychological healing and growth. During this first phase he succeeded in establishing the basic tenets of client-centered therapy, which eventually formed the basic ground rules for almost all species of effective "helping" relationships (see below).

In his middle years – partly as a consequence of his disappointment with the dominant mechanistic paradigm for psychological research, but mostly because of what he was learning about human experience from his clients – his ideal of empirical objectivity in psychological research faded into the background (although he never lost it completely). Instead, he turned to the more subjectivist phenomenological approaches to research that he felt could better grasp the highly nuanced complexity of human experience as it was lived. He was attracted to the American transcendentalist and romantic traditions of Thoreau and Emerson, the pragmatism of James and Dewey, and to European existentialists such as Søren Kierkegaard, all of whom sought psychological truth in the deep interior world of individual subjective experience. He was also greatly influenced by the ideas of Otto Rank (Kramer 1995) and the "upper-case" Jewish Mystic, existential philosopher Martin Buber (Kirschenbaum/Henderson 1989). He became increasingly interested in the interpersonal dimensions of life, enthusiastically embracing the encounter group movement. At this time he expanded his goals beyond psychotherapy and aimed at discovering the basic rules governing all healthy human relationships.

During these middle years he remained, however, strongly attached to the what Gergen (1994) has called the romantic-modernist idea of a sovereign inner "real self" to which, in the interest of mental well-being and self-realization, one must "be true." His early research on encounter groups focused on the ways in which

groups aid the individual growth of participants. As the work developed, however, pulled once more by his desire to step out into unknown regions of experience, he was drawn out of the therapeutic context altogether, and into the messy waters of large group community processes, cross-cultural communications, and diplomacy and peace-making on a global scale. It was during this shift towards larger systems, that I joined up with him and his colleagues in La Jolla.

The large group work took him and his colleagues to Asia, South-Africa, Latin America, pre-Perestroika Soviet Union, Northern Ireland, and Eastern Europe and increasingly focused on situations of serious inter-group conflict. In Northern Ireland he worked with groups of Protestants and Catholics, in South Africa he lead a workshop that was half blacks and half white and in Rust, Austria he and the members of the Carl Rogers Institute For Peace facilitated a group of diplomats and politicians from Central America and the US who came together to discuss the conflict raging in Nicaragua at the time.

Listening to the world through the experience of people from many cultures and trying to understand the strange, non-linear emergent processes that occur in these large group contexts, demanded another paradigmatic shift. Confronted, in these multicultural experiences, by the realization that the "essential self" at the center of western psychology is an almost exclusively nineteenth and early twentieth century male European construct, that it is the exception rather than the rule amongst most of the world's cultures (Geertz 1979; O'Hara 1996), he was forced into a constructivist world of multiple contextual psychological realities.

In 1974, while meditating on a beach in Northern California he wrote an article, "Do we need 'a' reality?" (Rogers 1980a), in which he concluded, "[T]he way of the future must be to base our lives and our education on the assumption that there are as many realities as there are persons" (105). He proposed that the work of therapists and educators must be nurture the birth of a culture and a psyche where human caring would not be conditional upon sameness, but on a celebration of difference. He had also loosened (but not quite abandoned) his moorings in the romantic-modernist view of the self, and was describing what he referred to as "persons of tomorrow" who have sufficiently developed levels of consciousness as to be "at home in a world that consists only of vibrating energy, a world with no solid base, a world of process and change, a world in which the mind, in its larger sense, is both aware of, and creates, the new reality" (Rogers 1980a, 352). He spent his last years attempting to put to use his learnings about the conditions which foster psychological growth and healing, trying to facilitate the birth of such a consciousness.

Rogers was among those humanistic psychologists who repudiated the instrumentalist, medical model of psychotherapy. In this model the person seeking help is seen as suffering from some pathology, or as otherwise defective in some way. The effective therapeutic agent is thought to be the therapist-delivered treatment,

applied in prescribed doses and according to pre-determined protocols to specific diseases or disorders exhibited by a "patient" (Bohart/Tallman in press). In place of this "allopathic" view of "treatment from without" Rogers, along with many others – Milton Erickson among them – saw the client as an active agent in his or her own change, and sought to align himself with the self-healing powers of individuals and groups. More radically, Rogers believed that this capacity for self-healing and creative agency is the human organism's local expression of an intrinsic evolutionary tendency in the universe impelling all of nature – from molecules to galaxies – towards greater complexity and expanded levels of consciousness. To align constructively with the formative tendency (Rogers 1978b) of the universe and with the self-actualizing potential of a particular person or a group, is a far more ambitious project than the alleviation of psychological symptoms! In Rogers' view, and the view of those of us who worked closely with him on the development of what in 1975 we renamed the "person-centered approach," to establish the kind of relationship in which people make an experiential shift towards greater awareness and higher orders of consciousness, is to participate in some minuscule way to the process of matter becoming conscious of itself.

Necessary and sufficient?

Encountering another human being means being kept alive by an enigma. (Emmanuel Levinas)

When asked about the place of Carl Rogers' methods in his work, solution-focused brief therapist William O'Hanlon replied, "That's the first five minutes. If you don't do that stuff, I don't think you are going to get anywhere" (O'Hanlon 1993).

What "stuff" is O'Hanlon talking about?

During the 1940s and early 1950s Rogers and a large team of co-investigators systematically evaluated the therapeutic conditions under which clients progressed towards wholeness in psychotherapy and counseling. These studies, published in 1954 (Rogers/Dymond 1954a) established what he thought were the six essential conditions for therapeutic growth. He summarized the findings in the now classic paper, *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change* (Rogers 1957a), in which he states:

For constructive personality change to occur, it is necessary that these conditions exist and continue over a period of time:

1. Two persons are in psychological contact.
2. The first, whom we shall call the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.
3. The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.
4. The therapist experiences unconditional positive regard for the client.

5. The therapist experiences an empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.
6. The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.

Going into the project, which lasted several years, the researchers had expected to identify key techniques and interventions that seemed to correlate with therapeutic shifts, and they hoped that this would provide a standardized approach to therapy and counseling. This was not to be. The further into their project the team got, the more audio-tapes and session transcripts they analyzed, the more objective pre- and post-therapy tests they ran, the more they were forced to admit that what seemed to bring about significant shifts in therapy was not the technical expertise of the therapists, but a certain set of attitudes, values, and personal qualities, which Rogers (1980a) later came to call "ways of being" which they bring into their relationships. Central to these attitudes are two major positions: firstly a faith that "each person has within himself or herself vast resources for self-understanding and for constructive changes in ways of being and behaving," (Rogers/Sanford 1989, 1493), and secondly, that these resources can be released and realized when the therapist and client are in psychological contact with in a relationship with certain definable qualities. These qualities are "realness, caring and a deeply sensitive non-judgmental understanding," and the willingness and ability to enter into an experiential empathic connection with clients so as to sense the internal experience, the frames of reference and flow of feelings and meanings as if from the point of view of the client.

Although these conditions were identified by Rogers as early as 1942 (Rogers 1942a), over the decades since then a wealth of outcome and process studies have been conducted by others on a wide spectrum of therapeutic approaches, including some that are conscientiously at odds with person-centered approaches – such as cognitive-behaviorist and psychoanalytic approaches – which have largely confirmed Rogers' discoveries (Luborsky/Singer/Luborsky 1975; Seligman 1995). The vast preponderance of the "common factors" research points to the remarkable stability over the decades of Rogers' basic constructs. Even in non-client-centered therapies, client resourcefulness, agency and capacity for self-directed growth, in the context of a relationship characterized by warmth, respectful, and empathic understanding, overpowers any other variables such as technique, theoretical orientation, diagnosis or experience level of the therapist (Bohart/Tallman in press).

It is ironic then, that just as there seems to be a convergence of evidence that would support the person-centered approach as the basic therapeutic stance, the approach has been all but banished

from the universities in the United States, and is rarely the therapy of choice with HMOs, which appear to prefer any therapy with the words "brief," "short term," "strategic," or "medication" in its name!

A brief field study of brief person-centered therapy

If we can recognize this [time] limit, and refrain from playing a self-satisfying Jehovah role, we can offer a very definite kind of clarifying help, even in a short space of time. (Rogers 1942a, 247-248.)

In order to find out if this neglect of person-centered therapy is justified on grounds that such non-directive approaches, though effective, are too time consuming and expensive in these cost-conscious days, I conducted my own informal survey of person-centered practitioners around the world, about therapy length. I belong to several global electronic listserves of humanistic and person-centered therapists, so I asked participants the typical length of therapy needed to arrive at a successful therapeutic outcome as identified by both client and therapist. I also asked them to share any research they had conducted or knew about on the topic, or any anecdotal evidence that could shed some light on the question of whether Person-centered therapies could legitimately be considered "short term" or "brief therapy."

The responses, which came from Latin America, Australia, Europe and North America, from younger practitioners and old hands, revealed that most of the respondents had worked at least some of the time in settings where the number of sessions was tightly restricted. These settings included employee assistance programs, college and university counseling centers, on-call emergency psychiatric clinics, residential treatment centers, and HMOs.

Most respondents said that although they did not favor the artificially imposed limits imposed by extra-therapeutic factors, they nevertheless felt that under the right circumstances, even with externally imposed time limits, it was reasonable to expect positive results in several sessions (eight to twelve was the typical number); some reported significant effects in as little as three sessions (Mearns 1994); and one reported positive changes after an allotted single assessment interview (Cury, personal communication). Interestingly, others who were under no externally imposed time-constraints, also reported that their typical number of sessions with clients was in the same range. Some of these therapists, however, did report that sometimes clients remained in therapy up to fifty sessions and beyond.

Respondents were mixed in their overall assessment of the efficacy of short term therapy. Several respondents had been much influenced by the radical ideas of Rankian social worker Jessie Taft (Taft 1933), and saw the presence of an externally imposed time

limit as a facilitative factor if it were made to stand for unavoidable existential limits within which we all must live. In a radical challenge to the endless psychoanalytic therapies of her era, social worker Taft argued that even one hour of therapy can provide the occasion for transformation.

"When he can take it [the therapy hour] and also leave it without denying its value, without trying to escape it completely or keep it forever because of this very value, in so far he has learned to live, to accept this fragment of time in and for itself, and [...] if he can live this hour he has in his grasp the secret of all hours, he has conquered life and time for the moment and in principle." (Taft 1933, 17)

From the earliest days Rogers and colleagues were interested in time limited treatment. These were the days of interminable psychoanalysis and years of in-patient sanitarium care and there was as now, more readily accessible short term care. Rogers believed that if the contact was to be short term, non-directive therapy was especially worthwhile, but he did not expect any major personality restructuring. Short term "clarifying help" can "enable the client to express his problems and feelings freely, and leave with a clearer recognition of the issues with which he is faced" (Rogers 1942a, 247f).

Early research suggested that the longer the therapy, the greater the gains, with 20 sessions being predictive of significant therapeutic gains when measured as a function of several outcome dimensions related to psychological progress, such as degree of personal integration of the client, life adjustment of the client, degree of satisfaction of client with therapy outcome, and therapist rating of outcome (Seeman 1954). In another related study, Standal and van der Veen (1957) suggested that increases in the degree of personality integration seemed to be correlated with longer therapy (14 or more meetings) but other personality change variables seemed to be achievable in therapies lasting less than fourteen sessions.

Shlien (1957) undertook a major study of time limited client-centered therapy, and concluded that brief time-limited client-centered therapy facilitated positive outcomes on several measurement scales but appeared to have some negative effects as well. He speculated, on the basis of deterioration in TAT scores in follow up, that if clients perceived the termination as arbitrary and unwelcome and therefore experienced it as a blow to their desire for autonomy and self-direction, then actual harm might be done by premature termination. On the basis of his own study which in some ways had set out to hoping to validate Rank's and Taft's assertions about the positive effects of time-limits, Shlien advised caution before endorsing time limitations more generally.

Since the 'fifties' until quite recently person-centered therapists seem to have been less interested in further evaluating the effects

of time limits. Recently the issue has been raised once again, provoked, as it has been in other therapies, by externally imposed time limits to service. Brian Thorne, a leading Person-centered therapist in the United Kingdom, described his own unexpected conversion to short term therapy, after completing a small pilot study. As Director of a university counseling service, he was under pressure to economize. After a census of client records revealed that many clients had arrived at satisfactory conclusions to counseling in as few as three sessions he decided to experiment with voluntary three-session service. Clients who wished to continue were to be referred to an ongoing group. Thorne concluded that very short term Person-centered counseling can bring significant results with some self-selected and highly motivated clients (Mearns 1994). My own experience is similar to Thorne's. With some clients remarkable progress can be made in one or two meetings (see case material below).

From therapists working with people in all degrees of distress from chronically psychotic to situational crises, the consensus among person-centered therapists seems to be that the crucial variable is not length of time in therapy, but rather who it is that makes the determination about the duration of service and the agenda to be addresses in therapy. If these decisions are made externally to the therapeutic relationship this violates one of the fundamental tenets of the approach – client self determination. When they are made mutually by the client and therapist, and are in terms of the clients understanding of their growth needs, then the length of therapy may be short – 1-6 sessions, middling – 16-25 sessions, or long-term – 30-70 sessions.

Another set of responses came from therapists who pointed out that in the intensive small and large-group encounter settings significant life changing effects could be experienced in short term encounters. During the large community group phase of Rogers' career he described several such examples including some with serious psychological difficulties (Rogers 1977a), and he has described the long-term impact of single sessions done as therapy demonstrations. (Rogers 1980a, 207-234; Rogers/Sanford 1989). In a study co-authored with Rogers and others, we had reliable, independently corroborated reports of radical life changes that occurred for some of the participants of a two-day encounter with several hundred people (Bowen/O'Hara/Rogers/Wood 1979). Follow-up reports indicated that the changes persisted over time (Rogers 1980a, 316).

It seems quite clear that person-centered therapy in its theory and as it is practiced can legitimately be considered as a brief-therapy. So why, in the light of this evidence – some of it anecdotal and some of it gained through exhaustive controlled research – do contemporary person-centered therapists, including myself, not identify with the brief therapy movement? And why are we not busy tout-

ing the Person-centered approach to the managed care industry and financially strapped social service agencies as a cost-effective method of delivering short term "quality care" that research studies show (Seligman 1995) have the added value of receiving high "customer satisfaction" ratings?

It's the paradigm!

The single element that most sets client-centered psychotherapy apart from the other therapies is its insistence that the medical model – involving diagnosis of pathology, specificity of treatment, and desirability of cure – is a totally inadequate model for dealing with psychologically distressed or deviant persons. (Rogers/Sanford 1989, 1483)

Put simply, the reason person-centered therapists are not lobbying to be recognized as practitioners of one of the brief-therapies is because most do not think of their practice in the terms of the contemporary medical discourse and especially not in the aggressively manipulative expert-focused stance of brief-strategic approaches (Caddie/O'Hanlon 1993). In the Kuhnian sense, they inhabit a different paradigm (Kuhn 1970). The medical model focuses on what's wrong – the client's problems, symptoms, illness, dysfunctions, chemical imbalances – and invests all efforts in preparing therapist "experts" to provide ever better solutions to these afflictions by refining techniques, strategies and treatment protocols, and where the relationship between therapist and client is only important insofar as it facilitates the client's compliance with therapist interventions (Bohart/O'Hara/Leitner 1998; Bohart/Tallman in press). Practitioners of person-centered therapy believe they are doing something rather different.

Although described in different language over the years, person-centered therapists are attempting to make a soul-connection with their clients. Their goal is to, as far as possible, open themselves to be present to the mysterious enigma of Being, and to join with people called clients in ways that facilitate their achievement of the same kind of openness. They seek to stay close to the edge between the known and the unknown, of the moment between the already been and not yet become that is so pregnant with possibilities both for constructive and destructive action, and to stay alert to opportunities to be a force for constructive movement.

Rogerian therapy is based in faith. At the core of the tradition, as it has evolved over sixty years from non-directive counseling, to client-centered therapy and student-centered teaching, to include experiential therapy, and its most recent iteration as the Person-centered approach, is an invariant radical faith in a self-organizing emergent vector at work in nature. Rogers described "an evolutionary tendency towards greater order, greater complexity, greater inter-relatedness" (Rogers 1980a, 133). This faith leads to trust in the inborn desire and capacity of all human beings to choose relational

mutuality over either isolation or relationships of exploitation and domination, to choose growth and wholeness over fear and disintegration, and to participate co-creatively rather than compliantly in the formation of larger conscious groups such as families and communities. Whether one believes such a faith is warranted or not – and clearly this moves into the realm of metaphysics – without recognizing the difference in their metaphysics, it is impossible to understand how radical the difference is between the person-centered tradition and mainstream medical-model psychotherapy. A fuller discussion of these differences can be found in O'Hara (1997a).

Moments of eternity

I feel continuous waves taking up every cell of me, transforming me "forever". They come as feelings, very pure, without words, as I seem to have forgotten what was said either by you or me or the others at the most significant moments. What is here, and is incredibly vivid, a thing of now, is what resulted in those moments. (Participant in a person-centered workshop)

While mainstream psychotherapy trusts a mechanistic world of cause and effect, the person-centered therapist's focus is on developing ways of being in relational encounter with the Other and by doing so, open sacred space and time – moments of eternity – within which the self-organizing formative tendency in nature can become manifest and effective in the world. Whether with a single individual, a family or group and whatever the level of disturbance, healing becomes not a matter of what one does but of what and how one is in relationship to world, including the world of the Other.

Once this is admitted then the nature of the encounter shifts. No longer I-It, as Buber (1923) would say, but I-Thou, in which a true encounter between Beings of infinite complexity and infinite possibilities can occur. If it does occur, the next moment and all future moments are open. The work the therapist must do shifts from techniques to apply to the client to the development for greater capacities to be spiritually open.

In an interview late in his life, Rogers said he endeavored to be as much as possible in a state of "openness" or as he described it, "a continuing way of meeting life. This includes openness to the beauty of my fuschias, as well to what is going on in me or what is going on in a relationship" (quoted in Harman 1990). Openness means adopting a learners stance, what in Zen is called "beginners mind", in meeting with clients. In this state of openness all stereotype and pre-judgment – including diagnosis and prescription – are suspended, and in their place an empty mind waiting to be filled with the possibilities presented in the present moment. For Rogers and other person-centered practitioners this accepting, non-judgmental and non-directive attitude is the bed-rock of their work, out of which comes the courage to listen deeply, to enter into an

empathic attunement with the Other, to surrender separate individual consciousness, and enter the phenomenal world of the other. In doing so, they attempt to become one with the emergent edge between the known and the unknown. Wood (1997) describes the "mediumistic" quality of Rogers' sessions, from an early stage. Rogers and others came eventually to call the states (after Buber) "presence" (Thorne 1997, presentation given to the IV International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, July 7). Rogers exquisitely captures this experience as follows:

"I find that when I am closest to my inner intuitive self, when I am somehow in touch with the unknown in me, when perhaps I am in a slightly altered state of consciousness, then whatever I do seems to be full of healing. Then simply my presence is releasing and helpful to the other. There is nothing I can do to force this experience, but when I can relax and be close to the transcendental core of me, then I may behave in strange and impulsive ways in the relationship, ways which I cannot justify rationally, which have nothing to do with my thought processes. But these strange behaviors turn out to be right, in some odd way: it seems that my inner spirit has reached out and touched the inner spirit of the other. Our relationship transcends itself and becomes a part of something larger." (Rogers 1980a, 129)

When clients or groups sense that they are being received with this kind of openness they too are more willing to open up to the greater resources within them, within the relationship and in the greater contexts of their lives. They discover, almost miraculously sometimes, new creative responses to what challenges them.

Moments like these seem to regularly involve altered states of consciousness – altered that is from the customary ego-bounded state that is valued in contemporary "professional" western scientific discourse, but entirely recognizable to shamans, hypno-therapists, ministers, poets, mothers, lovers and other kinds of healers. Attention is more diffuse, however, rather than sharp, edges are fuzzy, thoughts are quieted, muscles relaxed, things come to consciousness as images, patterns, sounds, bodily sensations and symbols more often than they come as words or ideas. The ordinary sense of time disappears and in its place a sense of timelessness. There is a sense of alert patience – waiting. (The origin of the word "therapy" is to wait.) It is common at such moments to lose the sense of separation between self and Other and instead experience oneself and all other existence, as the same thing, part of one indivisible and endlessly generative whole. In wisdom traditions these moments are sought as intimations of enlightenment, in religious traditions as glimpses of God, and in shamanic traditions as moments of healing.

Such states of consciousness are by no means passive, but the practitioner is wide awake, aroused, fully there, not thinking, judg-

ing, evaluating, diagnosing, but simply available. We wait until the spirit moves us, and move us it will. We move towards or away, we hear a new note, we sense new symbols, we see an opening, we encounter a boundary, we are filled with pain, we are teased, we are swallowed up, we are seduced, repulsed, encouraged, and plunged into despair.

This kind of openness, especially in relationship with a person or situation which is chaotic or dangerous is no job for the faint-hearted. To meet another available to be moved by their story, means opening oneself to all the pain and nastiness that life can hurl at us (Neimeyer/Stewart in press). Murder, rage, greed, rape, trickery, madness, terror, despair, loss, confusion, incoherence, numbness and death all move through us as if they were our own – because they are. Rogers himself describes one experience during his University of Chicago years that was so intolerably painful that he felt forced to abandon the client he was working with and take a couple of months away from practicing psychotherapy to get back his perspective and regain his sanity (Kirschenbaum 1979; Shlien 1997).

Therapeutic moments are like love – they catch us by surprise. They cannot be willed or “performed” and cannot be domesticated and controlled. Love swells up from some hidden source and flows through us. We cannot hold onto it, it is beyond will, beyond volition. If we are available to it, it will move us to action that is natural and harmonious with the situation much in the same way the winds play music on a quiet harp. We become the instrument.

We are not needed to “fix” anything, to perform, or to intervene. The research data are clear (Bohart/O’Hara/Leitner 1998). Whatever “fixing” that will happen as a consequence of the meeting will be done by the client. Our clients need us not for what we do, but for who and how we are and for how we can be with them. They need us to bring to the encounter our hope, courage and energy and love to accompany them in their journey which for the moment is too hard for them to bear alone. Therapist creativity, knowledge of psychological processes, techniques for focusing and reframing experience, relaxation, trance induction, guided imagery, narrative restructuring and so on, may be of assistance to a client. So may aid in learning to think more critically or expansively. Honest feedback about behavior, even giving advice – all handy tricks of the therapist’s trade, may under the right circumstances, provide useful assistance to clients. But they may also not. In any case such resources can be accessed by the motivated client from many other sources, such as friends, self-help books, self-help groups, TV shows, workshops, spiritual retreats etc. To what degree the therapist’s experience and skills are useful remains up to the client. As Bergen and Garfield concluded in their recent volume on psychotherapy research, “it is the client more than the therapist who implements the change process. If the client does not absorb, utilize, and follow through on the facilitative efforts of the therapist, then nothing happens” (Bergen/Garfield 1994).

Our significance to our clients, particularly those who are very troubled or very perplexed, is as constant and loving witness to their existence. They need us to stand alongside them as they struggle with the happenings of their lives, to love them, to be at least one significant Other who regards them in return – with all their difficulties and flaws – as a significant – Other. In the mutual recognition of one human being for another comes the possibility to go beyond I-IT, and even beyond I-Thou to become a “we” (Schmid 1997). By being willing to risk even temporarily becoming a “we” a new never-before-existent universe is created between therapist and client. Friedman (1985) describes this process as the “concrete unfolding of the ‘ontology of the between’”(152). Never-before encountered or even imagined choices become available, creative understandings and solutions to predicaments become possible. For those who feel separated and alone, cut off from themselves and from fellowship with the rest of human race the bridge back from exile, into a world of relationship and of infinite possibility, is what Gilligan calls “sponsorship” or non-possessive love (Gilligan 1997).

Transformational androgyny

Practitioners of consciousness traditions have invested centuries studying transformational moments, both the details of how they are experienced and on how they can be facilitated. The Hindu yogi disciplines, Zen Buddhism, Tibetan Buddhism, Taoism, Sufism, Judaism and Christianity possess centuries of accumulated wisdom on how best to help another enter transformational states and on the phenomenology of what happens when one does. Illness, in many of these traditions is regarded as signs that people or systems are out of balance with the universal flow of Being. Consciousness disciplines such as awareness work, prayers, martial arts, calligraphy, poetry, philosophy and meditation are regarded as educational practices developed to help people regain their balance and to realign with the life-force.

Partly due to the West’s obsession with objectivism, and partly due to American psychology’s abandonment, early in the century, of William James’ studies in consciousness in favor of experimental behavioral science, detailed exploration of inner psychological processes has been neglected until recently. The recent convergence of neuro-psychology, mind-body interaction, phenomenology, existential psychology, cognitive-psychology, developmental psychology, psycho-physiology, epistemology, systems science and complexity science, has revitalized interest in consciousness. It has also provided new non-religious languages with which to speak about the process of consciousness change and its facilitation.

Whether gradually over a period of time, or apparently in an instant, deep irreversible, transformational change occur all through life in the way human beings experience their world, make

meaning of it, and act in it (see Alexander/Langer 1990 for a review of recent studies).

Case example¹

When Jenny first came to see me, she was 40 years old, with a high school education. She was suffering from acute debilitating panic attacks of recent onset and complained that "instead of getting more self-confident with age," she was "losing ground". She blamed other people for her difficulties –her father, who had abandoned her and a sister when he divorced their mother, her step-father for being a "drunk", her husband for being a "workaholic", even psychologists for not having diagnosed her dyslexia as a child. Her thinking was one-dimensional and she jumped around from topic to topic, never able to reflect on her story, only to recount it.

She was the mother of two teenagers – an older boy and a younger girl, the wife of a distant overworked physician husband, and she had a small, not too successful jewelry design business. She admitted that she was often close to despair and told me that she had flirted with a neighbor but backed off at the final moment. She was "disgusted with herself", was feeling "old, unattractive and ripped off by life" and was contemplating divorce.

During the first two sessions she spoke of her pent-up frustration; of her many attempts to solve her problems herself – self-help books, assertiveness training classes, journaling, Oprah, a women's support group and so on; and of her self-diagnosis as a "chronic under-achiever who had married out of her intellectual class". She disclosed that as an adolescent she had been molested by her step-father, and that her dyslexia had made high school a "nightmare". All this, she said, had left her alternately depressed and school phobic throughout high school. She had married Mark as an escape. She was currently not sleeping well, had gained weight and at times felt hopeless. As her sad story tumbled out, it seemed that we might be at the start of a fairly extensive process of psychotherapy, and at her initiative we even discussed her husband's suggestion that she take medication for depression. Disapproving of "chemicals", she decided to hold off to see if therapy might "work".

The third session Jenny arrived in a highly agitated state. She had obviously been crying in the waiting room. She began to cry again as she started to speak. Her tears were angry. She was "livid", "incensed", and she would like to "tear the face off" her son's high school principal, she exclaimed. Apparently he had just announced a new policy that only students with grades B or better could play

baseball. Her son Todd (also dyslexic), whose grade point average was a B-, had been kicked off the team and he was, in his mother's words, "devastated". This affected the whole family since she, her husband, and daughter were heavily involved with the Todd's team. Jenny had wanted to storm off to speak with the principal on her son's behalf but he begged her not to. This left her even more furious and impotent. At first she ranted, alternately blaming herself, then the principal, then her son, then her husband. She felt completely stuck, overwhelmed by emotions, not knowing what to do. "I'm damned if I do, and screwed if I don't t."

I simply listened – there was no need (or room) for me to say anything for quite some time. Occasionally I asked for clarification, expressed surprise, sympathy, or curiosity like any engaged listener would. Once, in frustration, she demanded angrily that I "earn my fee" and give her some advice, "Should I go see the principal even though Todd said not to?" she asked. "Shouldn't a mother intervene for her son when injustice has been done?" "Won't he be scarred by being rejected like this?" I responded quite honestly to Jenny's legitimate request for "expert" advice by saying that I had more faith in her ability to work this through than I had in any counsel I might offer. Once or twice I expressed my confidence in her and my admiration for her fierce support for her son. But mostly I just listened attentively and appreciatively as she explored the multiple dimensions and meanings of her predicament. Gradually she developed deeper and more nuanced understanding of the complex basis for her rage, the way it related to her own childhood experiences, separating these transferred feelings from the problem for her son, his need to not be seen as a mama's boy, her own feelings that baseball had been the reason her son was willing to try to succeed in school and her fear that he would now withdraw his efforts the way she had, her anger at her husband because "as usual he won't do anything", her anger at male authority, and so on.

Eventually the flow of her words slowed down. She began to listen to herself, and to correct herself as she did so:

- J: The principal's a fucking asshole. He's on a big power trip. (Pause) No, that's not really true, it isn't all the principal's fault, he has a job to do and he's probably under pressure to improve kids' grades so they can go to college. I seem to be looking for a villain. I am noticing now that I do that when I don't know what to do. That's what Mark always says I do. It really pisses me off when he says it, but he may be right. (She smiles, I smile back) (Pause) Hmmm. Sometimes there isn't one, right? No easy answers? Somehow that doesn't seem so scary at this moment. (Pause) This seems like a big deal, to be getting this after all these years of knocking my head against a wall.
- T: You are beginning to see just how complicated the situation is, not so easy to see what to do, but now you have noticed this

¹ The biographical details are significantly altered, although the essential elements of the story are intact, and the quotes are her words.

pattern, you seem to be willing to go beyond your usual search for someone to blame. That seems like something important!

J: Yeah, it does. Finding a villain only makes me feel like a victim. It's even worse when I decide the villain is me, then I just want to go away and shoot myself. Its like right now I can see it in bigger perspective, somehow. You know, when Mark would say "you're losing perspective", I didn't really know what he meant, like there was right and there was wrong and you had do what was right. But its not so clear, is it?

As Jenny's exploration of the issues continued, what began as a one-dimensional victim story gradually became elaborated into an entirely new and much more complex grasp of the situation. This understanding extended beyond herself to include empathy for all the participants, including the high school principal. As we approached the end of the session she seemed different. She was more relaxed, she sat quietly, her face calm and her eyes wide. She sat silently for several moments (the first long silence of the session), and then said:

J: Something incredible has just happened. I don' t feel angry anymore, I don' t feel afraid, I don' t feel inadequate. It's as if I am seeing all of this in a new way – like instead of it all happening to me, I am part of a whole lot of other people's lives and they're part of mine, and what I do affects them and what they do affects me. I suddenly feel a sense of confidence in my own position on this baseball and grades thing, I feel like I am a part of it all somehow, not just a bystander. I feel like an adult – like I understand why the principal thought it was a good idea. I just don' t agree. And maybe Todd needs his friends' respect more than he needs baseball, and maybe he needs baseball so much because he thought it meant so much to his dad and me. I don't know, but I am going to talk all this over with him.

Between that session and the next, I was to learn, Jenny had conversations with her family and with Todd alone. With Todd' s blessing she paid a (calm) visit to the principal at which she expressed her disagreement with his educational strategy while affirming his responsibility to "call 'em as he sees 'em". She shared with me that her entire family seemed to be taking her more seriously and that her customary sense of dread had evaporated. She was laughing a lot more.

J: In that last session, it was as if all these years of struggling to come to terms with my shitty life had come to a head over this one issue. I just couldn't hide behind the molest thing anymore, making excuses for not standing up for myself. Even as I talked, part of me knew more was at stake than Todd' s baseball. I think that's why I came. I could either walk away from it

and say it's too hard, like I have a thousand and one times, or I could face it and do something else. But now, I am seeing a whole lot of interconnecting lines going everywhere – to Todd, to Megan, to Mr. Boyd, to my dad – its all one big bundle of people and everyone has their point of view. It could be easy to get lost, but somehow I seem to have my own opinions as well. I am still here, but somehow I'm in it as me.

Because you were so there for me ... in a funny way you were more help because you didn't try to help, you never gave an opinion about what I should do, but you did seem genuinely interested in me and my situation. Usually, with Mark, he either takes over or won't get involved – so he tries to talk me out of my feelings. What you did and what you didn't do was just right. It gave me the space to see the bigger picture, I guess.

The next week Jenny arrived with a basket of vegetables from her garden and a decision to end therapy.

J: I can do it myself, I think. You said you had confidence in me, and I thought when I got home, "Heck, if she sees me like that, why don' t I just do it". So I tried it, and it is working out. If I can' t do it sometime, I'll come back. OK?

She didn't. She did, however, keep in touch by Christmas card and the occasional letter. Over the decade since I last saw her she went to college, finished a fine arts degree, began to design for a major jewelry house, and rebuilt her relationship with her husband. Now at fifty one, she has a business making a good income and is close to her family in a way she had never been. She has not needed any further psychotherapy, she experiences occasional stage fright before making a major sales presentation, but otherwise is anxiety free. More importantly, she still feels "like an adult". She says she is "a deeper person, somehow" and is beginning to think she is going to make a "pretty awesome old lady one of these days".

Jenny had a transformative experience – apparently in just four sessions – a brief therapy success. But it wouldn't matter whether it had taken ten session or even thirty, it was the quality of the change that marks is as significant. It would miss her achievement altogether to evaluate what occurred in reductionist terms as "number of sessions", "symptom reduction", "problem-solving", and certainly in terms the managed care industry's favorite standard "returning her to pre-morbid functioning" and it would miss the importance of the presence of a significant Other, to think of my role in this as provider of "psychological treatment".

In a very real sense Jenny underwent an enlightenment experience. Who she was after the experience was qualitatively altered from who she had been just the week before and this change per-

meated her whole existence. She had not only changed what she thought about the situation she was facing, she had change how she was thinking.

Jenny had been operating from within mental processing frameworks inadequate to the complexity of the situation she was facing. It was as if she was attempting to navigate the complex psychological terrain of adult life with the very primitive maps she had drawn as a teenager. Epistemologically, she was "over her head" (Kegan 1994). She herself realized that she needed capacities she did not (yet) possess and had worked furiously to find her own remedy. All those books, classes, talk shows and her women's group had certainly expanded her repertoire of conceptual options in important ways, but had up until then added more to the "quantity" of her knowledge-base rather to the quality of how she processed it.

When faced with contradictory life-challenges, such as her unsatisfactory marriage and her simultaneous commitment to being a good mother, in which several of her well-established but adolescent cognitive-emotive patterns were in conflict, it seemed to Jenny that any solution from within one pattern would violate the requirements of another. The crisis over Todd's baseball playing had kicked the whole dilemma into high gear. She had been running around in mental circles looking for ways out of the impasse and this had precipitated her anxiety attacks. Her level of physiological arousal had been raised significantly, and this had activated many if not all the mental possibilities she had accumulated over a lifetime of experience. At home, without a supportive context in which to permit this process to take its own course, she was flooded with unbearable anxiety, but within the special conditions of the therapeutic setting, where she experienced herself as being met in the appreciative context of an unconditionally accepting "we", she was able to resist her impulse to retreat, and instead of another failure, she was able to find her way out of the impasse. It is crucial to recognize that all this learning would have been lost had she been either "therapized or medicated out of her crisis".

As artists, scientists and mystics have long known, states of high mental arousal, when not accompanied by too much fear or sense of threat, permit us to bring into focus all at the same time, ordinarily disparate and disconnected fragments of knowing, state- and context-specific schemas, tid-bits, unrelated ideas, narrative repertoires, odd-ball possibilities, unconscious connections, strange and creative association and to make new connections. Neural pathways and cognitive sub-routines, which develop separately at different stages of development and in response to specific experiential challenges and which usually operate somewhat independently, become available to each other in such altered states. Emotional, cognitive and even neurological re-organization can take place, and higher orders of mental functioning can be achieved. According to Pascual-Leone (1989) growth that creates advances in level of men-

tal functioning only occurs as "a result of overcoming (i. e. reversing or accepting failure)" because (deep cognitive-affective) structures do not change unless change is required, (275). By "accepting errors" in her characterization of the situation, "taking them as a challenge" (Pascual-Leone 1989, 276), getting perspective on a broader more comprehensive level, and by becoming aware of her own existential involvement in the flow of her life, Jenny's breakthrough is archetypal of all higher orders of psychological growth.

Jenny is navigating a transformation from a way of being in which she is a passive recipient of life to one in which she is an active agent, from "subjective knower" – where the only truth is her own personal feelings, to something approaching "constructive knower" where reality is seen as a co-construction among multiple players (Belenky/Clinchy/Golberger/Tarule 1986). In this one series of statements we can hear her begin to see her connectedness to larger systems, her existential limits and the dialectical relationships between the systems she is involved in. She can see the tension between Todd's membership in the family, his relationships with peers, and their relationship to the high school culture. Jenny begins to "dis-identify" with her own emotional responses – "getting perspective" – which she can now see are contaminated by out-of-awareness associations from her own (very different) childhood. She also begins to see that she had choices in the way she construes the world – "no right answers" and begins to accept personal responsibility for the way she sees things, while accepting others will make different choices. Whether such transformations occur through psychotherapy, education, the ordinary challenges of life, successfully faced, through participation in enlightenment traditions, rapidly during a crisis or over the long haul is incidental, Jenny is on her way to becoming what Rogers calls one of "the persons of tomorrow" (Rogers 1977a, 263).

Rogers believed that unless prevented by overwhelming and aversive circumstances, leaps of consciousness such as these could be expected to occur in therapy, in encounter groups, in community workshops, at home, at work, in church, temple or mosque, because it is the nature of Being to become. Like the South African prime minister, Jan Christian Smuts, who in 1926, on the heels of a political defeat, originated the concept of holism, and physical chemist Ilya Prigogine who pioneered research on self-organizing systems, and physicist David Bohm – all of whom he felt kinship with, Rogers believed that complex systems – especially living systems – do not obey the laws of entropy, but rather move towards higher levels of organizational complexity. In this view, the "formative tendency" of the cosmos is eternally waiting for opportunities whereby the unseen, "implicate order" (Bohm) of the not yet Being, can become.

Relational empathy, reading the group's mind

I want to close, then, by pushing the implications of such a metaphysics even further out, to go beyond rationalist cognitivist explanations of breakthrough moments – which focus largely on what happens within the consciousness of individual persons, and consider some ways to understand the importance of relationships in this process.

I have discussed elsewhere that the source of a great deal of the suffering we hear about from our clients has to do with either their disconnection from mutual relationships with others, or the violation and exploitation of such connections by others (O'Hara 1989; 1997a; 1997b; 1983). Suffering happens because human beings are fundamentally social beings so that to be disconnected is to be cut off from one's own humanity. We are composed of cells carrying DNA from both parents, we develop the first nine-months within the body of another person, we are nourished by the flesh of her body for months afterwards, every breath, thought and movement, and every movement towards increasing wholeness takes place within the context of life with other human beings. Our place in social groups, our impact on others and their's on us, and our making personal and collective sense out of it all, is the non-stop life and death curriculum of conscious life.

Western culture's denial of this fundamental connectedness and relatedness to the eternal Whole, and our divorce from the Divinity, as some fifteenth century opponents of the Copernican revolution saw it, perhaps lies at the heart of a great deal of modern psychological pain. A relationship with another who offers unconditional acceptance permits the small "I" of the individual self to experience itself as connected once more, to tune into and become a participant in orders of consciousness greater than itself. This "relational empathy" (O'Hara 1997b), makes it possible to know the Other as an individual, as we do through "ego-centric empathy", but also holistically, through their participation in larger "wholes".

To distinguish between "ego-centric empathy" and "relational empathy" I give an example.

I was working with a person-centered training group in Brazil. It was a particularly difficult group; they were very competitive with each other, aggressive and uncooperative. Although everyone seemed willing to speak up and "deal with their stuff", nothing seemed to be happening. I had been a little detached for several minutes while group members tried unsuccessfully to work through a misunderstanding between a Paulo and Maria do Carmen that was very painful for them, since they had been very close prior to this. I was having difficulty making an empathic connection with either Carmen or Paulo, so I tuned out from their conversation and tuned in to the group as a larger-order entity. I entered a sort of reverie in

which the individuals in the group faded into the background and the patterns of interactions flowed on. I began to hallucinate images and hear sounds that were apparently unconnected to what was happening in the room. Suddenly, and with crystal clarity I saw Carmen as a small barefoot country girl. In my imagination (although not in fact) the robust-looking and well-heeled Carmen appeared undernourished and terrified. In the image she was rocking back and forth holding herself and weeping. Then there appeared a somewhat older boy about to bring a hefty stick down on her head and a much younger boy appeared trying to prevent it. The image faded and I came back into sharp focus.

I interrupted the free-for-all discussion underway to ask the couple, in a tone one would use to speak to small children, if either of them needed any help. Carmen moved quickly towards me, straight into my arms, and began sobbing as if her heart would break, while Paulo turned to the lap of my co-leader and began to weep almost as deeply. On cue other group members began to move closer to each other holding hands or embracing. Tears flowed freely for several minutes. Later, when the members began to talk over what they had experienced, people shared fragments of images that were not very different from mine. One woman said she had felt the need to protect both Carmen and Paulo, but had no idea from what. Paulo said his frustration had been so intense because he felt a contradictory need to challenge Carmen and to protect her, and he couldn't do both. Finally Carmen told a story of her early childhood that no-one in the group knew about. She had been born to a poor sugar-plantation worker and had been adopted at age five by a wealthy family. She had been separated from her little brother Paulo, and her step-brother had been a bully. After this moment in the group, the conflict between Paulo and Carmen simply evaporated, and the dynamics of the group changed. In the place of the heaviness that had characterized the group since the beginning, a lightness erupted. Laughter, playfulness and creativity took the place of the tense competition of before. The important "gender issues" that had required so much attention for the first days of the group suddenly, and without further work, were no longer important. The group was more cohesive, learning was accelerated and like a team that had suddenly "clicked", the whole group was functioning on a far more creative level.

Over years of working in person-centered groups, as well as with individuals, families and in organizational settings, we have gradually come to trust relational empathy as a real, but under-developed skill. We have begun to have confidence that these apparently unrelated hallucinations are ways of representing the implicate order that is always present, but rarely discerned by individual-centered consciousness. Even when such relational patterns are recognized we hesitate to give epistemic status to such knowledge. We call it "psychic", "paranormal", "miraculous" and by so doing put it out of

the reach of ordinary people. Worse still, at least in graduate training programs for therapists, we warn students of "psychic contagion", "loss of self", "boundary diffusion" and other such dangers that are said to await young therapists if they allow themselves to explore such realms. At the same time we fail to offer them training in how to enter such states safely and creatively.

We have observed (O'Hara 1983; Wood 1984) that there are times in relationships and in groups as large as several hundred members, when a resonance exists between the individual level of consciousness and the group level of consciousness, where individuals can "read the group's mind". This rarely happens early in a group and it seems to require that individuals present have allowed themselves to go beyond their previous ego-boundaries and to make deep and authentic empathic connections with each other. But when it does happen everyone present recognizes that something very special is occurring. People report "knowing more than they could possibly know", "knowing what was to happen before it actually did", "feeling smarter and more aware than ever before", "feeling no separation between unconscious images and real events", "able to make connections they had never seen before", "speaking for the group" and so on. Descriptions of experiences in these groups have the sound and texture of the descriptions of "unity consciousness" about which poets mystics and philosophers have written about over the ages. What differentiates these experiences from those of the mystics and spiritual practitioners who achieve such states only after long periods of mental preparation, is that these moments occur in events that last as little as a day of two.

We believe that the very special context of person-centered therapy – which Rogers described almost sixty years ago, is one way in which people are able to tap into realms of knowledge that lie beyond the consciousness of any single individual, and which can be accessed through the open sacred space created within relationships. Professor Manton and Carl Rogers believed, and thanks to their mentor-ship, so do I, that such moments of eternity are reachable through relationships of unconditional love. Although not the only path – there are many more – some of them thousands of years old – but a good one, person-centered therapy provides both clients and therapists with a simple but demanding way to glimpse the divine at work in the world, and more importantly to participate.

References:

- Alexander, C. N. / Langer, E. J. (1990) (Eds.), Higher stages of human development: Perspectives on adult growth, New York (Oxford University Press) 1990
- Belenky, M. F. / Clinchy, B. M. / Goldberger, N. R. / Tarule, J. M. (1986), Women's ways of knowing: Development of self, voice, and mind, New York (Basic Books) 1986
- Bergen, A. E. / Garfield, S. L. (1994), Overview, trends, and future issues, in: Bergin, A. E. / Garfield, S. L. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, New York (Wiley) 1994, 821-830
- Bohart, A. / O'Hara, M. / Leitner, L. (1998), Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies, in: Psychotherapy Research 8 (1998) 141-157
- Bohart, A. / Tallman, K. (in press), The client as active self-healer, Washington DC (American Psychological Association)
- Bowen, M. / O'Hara, M. M. / Rogers, C. R. / Wood, J. K. (1979), Learning in large groups: Implications for the future, in: Education 100 (1979) 108-117
- Buber, M. (1923), I and Thou, New York (Scribner's Sons) 1970
- Caddie, B. / O'Hanlon, W. H. (1993), A brief guide to brief therapy, New York (W. W. Norton & Company) 1993
- Friedman, M. D. (1985), The healing dialogue in psychotherapy, New York (Jason Aronson) 1985
- Geertz, C. (1979), From the native's point of view: On the nature of anthropological understanding, in: Rabinow, P. / Sullivan, W. M. (Eds.), Interpretive social psychology, Berkeley (University of California Press) 1979, 225-241
- Gergen, K. J. (1994), Exploring the postmodern: Perils or potentials? in: The American Psychologist, 49,5 (1994) 412-414
- Gilligan, S. (1997), The courage to love: Principles and practices of self-relations psychotherapy, New York (W. W. Norton & Company) 1997
- Harman, J. I. (1990), Unconditional confidence as a facilitative pre-condition, in: Lietaer, G. / Rombauts, G. / Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties, Leuven (University of Leuven Press) 1990
- Kegan, R. (1994), In over our heads: The mental demands of modern life, Cambridge (Harvard University Press) 1994
- Kramer, R. (1995), Carl Rogers meets Otto Rank – and beyond, in: Journal of Humanistic Psychology 35,4 (1995) 54-110
- Kirschenbaum, H. (1979), On becoming Carl Rogers, New York (Dell) 1979
- Kirschenbaum, H. / Henderson, V. L. (1989) (Eds.), Carl Rogers: Dialogues, Boston (Houghton Mifflin) 1989
- Kuhn, T. S. (1970), The structure of scientific revolutions, Chicago (University of Chicago Press) 1970
- Luborsky, L. / Singer, B. / Luborsky, L. (1975), Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? in: Archives of General Psychiatry 32 (1975) 995-1008
- Mearns, D. (1994), Developing person-centred counseling, London (Sage) 1994
- Neimeyer, R. A. / Stewart, A. E. (in press), Constructivist and narrative therapies
- O'Hanlon, W. H. (1993), Possibility therapy: From iatrogenic injury to iatrogenic healing, in: Gilligan, S. / Pines, R. H. (Eds.), Therapeutic conversations, New York (W. W. Norton & Company) 1993
- O'Hara, M. (1983), Patterns of awareness: Consciousness and the group mind, in: The Gestalt Journal 6, 2 (1983) 103-116
- O'Hara, M. (1989), Person-centered approach as conscientizacao: The works of Carl Rogers and Paulo Freire, in: Journal of Humanistic Psychology 29, 1 (1989) 11-35

- O'Hara, M. (1995), Carl Rogers: Scientist or mystic? in: *Journal of Humanistic Psychology* 35, 4 (1995) 40-53
- O'Hara, M. (1996), Rogers and Sylvia: A feminist analysis, in: Farber, B. A. / Brink, D. C. / Raskin, P. M. (Eds.), *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary*, New York (Guilford Press) 1996, 284-300
- O'Hara, M. (1997a), Emancipatory therapeutic practice in a turbulent trans-modern era: A work of retrieval, in: *Journal of Humanistic Psychology* 37, 3 (1997) 7-33
- O'Hara, M. (1997b), Relational empathy: From egocentric modernism to socio-centric postmodernism, in: Bohart, A. C. / Greenberg, L. S. (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, Washington D. C. (American Psychological Association) 1997, 295-320
- O'Hara, M. M. (1984), Person-centered Gestalt: Towards a holistic synthesis, in: Levant, R. F. / Shlien, J. M. (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: new directions in theory, research and practice*, New York (Praeger) 1994, 203-221
- Pascual-Leone, J. (1989), Reflections on life-span intelligence, consciousness, and ego-development, in: Alexander, C. N. / Langer, E. J. (Eds.), *Higher stages of human development*, New York (Oxford University Press) 1989, 258-286
- Rogers, C. R. (1942a), *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*, New York (Houghton Mifflin) 1942
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21 (1957) 95-103
- Rogers, C. R. (1977a), *Carl Rogers on personal power*. New York (Delacorte) 1977
- Rogers, C. R. (1978b), The formative tendency, in: *Journal of Humanistic Psychology* 18, 1 (1978) 23-26
- Rogers, C. R. (1980a), *A way of being*, Boston (Houghton Mifflin) 1980
- Rogers, C. R. / Dymond, R. F. (Eds.), (1954a), *Psychotherapy and personality change: Co-ordinated research studies in the client-centered approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 1954
- Rogers, C. R., / Sanford, R. C. (1989), Client-centered psychotherapy, in: Kaplan, H. I. / Sadock, B. J. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore (Williams & Wilkins) 1989, 1482-1501
- Schmid, P. F. (1997), "Encountering a human being means being kept alive by an enigma" (E. Lévinas). Prospects on further developments in the Person-Centered Approach, in: Andrade, N. (Ed.), *IV International Conference on Client-Centered Therapy and Experiential Psychotherapy*, University Católica Portuguesa, Lisbon, Portugal 1997, 30
- Seeman, J. (1954), Counselor judgements of therapeutic progress and outcome, in Rogers, C. R. / Dymond, R. F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change*, Chicago (University of Chicago Press) 1954, 166-196
- Seligman, M. E. P. (1995), The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study, in: *The American Psychologist* 50, 12 (1995) 965-974
- Shlien, J. (1997), Empathy in psychotherapy: A vital mechanism? Yes. Therapist's conceit? All too often. By itself enough? No, in: Bohart, A. / Greenberg, L. S. (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, Washington D. C. (American Psychological Association) 1997, 63-80
- Shlien, J. M. (1957), An experimental investigation of time-limited, brief, client-centered therapy, Doctoral dissertation (University of Chicago) 1957
- Standal, S. W. / van der Veen, F. (1957), Length of therapy in relation to counselor estimates of personal integration and other case variables, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 1 (1957) 1-9
- Taft, J. (1933), *Dynamics of therapy in a controlled relationship*, Gloucester, MA (Peter Smith) 1973
- Van Belle, H. A. (1990), Rogers' later move towards mysticism: Implications for client-centered therapy, in: Lietaer, G. / Rombauts, R. / Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 1990, 47-58
- Van Kalmthout, M. (1995), The religious dimensions of Rogers' work, in: *Journal of Humanistic Psychology* 35, 4 (1995) 23-39
- Wood, J. K. (1984), Communities for learning: A person-centered approach, in: Shlien, J. M. / Levant, R. F. (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory and practice*, New York (Praeger) 1984, 297-316.
- Wood, J. K. (1997), Carl Rogers and transpersonal psychology. Invited presentation at the VI International Holistic and Transpersonal Congress, Aquas de Lindoia, Brazil 1997

Author:

Maureen O'Hara, Ph.D. is one of the leaders in the field of Humanistic Psychology. For over 15 years she was part of the Carl Rogers team which conducted large group learning communities. She is author of numerous publications in the field of Humanistic Psychology. The common theme in her work is the relationship between inner psychological life, social context and the conditions necessary for people to achieve lives of dignity, love and satisfaction. Dr. O'Hara has served on the faculty of several colleges and universities in the United States, the UK and South America. Currently she is the Dean of Faculty of the Saybrook Graduate School and Research Center in San Francisco.

Correspondence address:

*Maureen O'Hara, Ph. D.
Saybrook Graduate School
450 Pacific Ave., Third floor
San Francisco, CA 94133*

Martin Van Kalmthout

Towards an Integrated Person-Oriented Psychotherapy

Paper presented at the IV International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, July 7-11 1997, Lisbon, Portugal

Abstract: *In this article a distinction is made between person-centered and person-oriented psychotherapy. Person-centered therapy is considered a separate school of therapy, while person-oriented therapy is considered as a metatheory for all psychotherapy. It is argued that the latter is more in keeping with the spirit of Carl Rogers than the first.*

Keywords : *Metatheory of psychotherapy, basic assumptions, person-oriented psychotherapy*

Introduction

We are living in a period in which all-encompassing systems of belief, which claim to be the possessors of truth, no longer exist. People seem to be imbued with the notion that all our knowledge is historically and culturally determined and therefore relative. This has promoted the decline of religious, political, and philosophical systems and ideologies. As psychotherapy has always been a product of a certain culture or *Zeitgeist*, it is no great wonder that interest in so-called universal therapies has also started to decline. This is not a time for believers in universal solutions to universal problems.

Empirical research has also contributed considerably to the demonstration of the relativity of psychotherapeutic theories and methods. In addition, a clinical practice has evolved in which psychotherapists of all schools have felt more and more free to use whatever they consider useful for their clients or interesting. A general atmosphere of eclecticism has emerged with little concern for orthodoxy or theories. This has also sometimes led to the conviction that "it does not matter what you do, as long as it works". Some psychotherapists view this new way of thinking as a threat to cherished values and as a selling-off of respected theories. More specifically, it is felt that psychotherapy is in a real danger of being reduced to a technology.

In the present contribution, I will argue that psychotherapies have so many similarities that the time has come to leave the old divisions behind and search for more meaningful divisions. One such distinction which I consider useful is the one between symptom-

oriented and person-oriented psychotherapies. I will argue that integration within each of these two models of psychotherapy may be fruitful and will elaborate on this idea for the person-oriented model in particular.

It should be understood from the beginning that person-oriented psychotherapy is different from person-centered psychotherapy in that the former is a particular interpretation or model and the latter a particular school. The name person-oriented implies that the person is the central concept on all levels of theory: in the conceptualization of psychopathology, psychotherapy and the process of change. I think, moreover, that such a broad conceptualization offers more of a future for our valuable tradition than a strict school of client-centered or person-centered therapy, which must struggle to survive in this era of managed care and biological psychiatry (see Bohart/O'Hara/Leitner 1997). Such a broad conceptualization also seems more in keeping with the spirit of Carl Rogers, who presented his approach more as a meta-theory for all psychotherapy than as a separate school of therapy.

Symptom-oriented versus person-oriented psychotherapy

Hypnotism arose in the 18th century and was a product of partly magical thinking and partly the adoption of a medical approach. The neurologists and psychiatrists of the 19th century (especially in France) made a medical technique out of hypnotism and applied it in the same manner as other "treatments" for medical and psychological problems. As doctors, they were used to a directive and technical approach aimed at the alleviation or removal of symptoms.

Freud became acquainted with this approach during his visit to Charcot in Paris and used hypnosis in his psychotherapeutic work but gradually became more and more critical of it. Freud then developed his own paradigm as the antithesis of the hypnotic paradigm: the patient had to work hard himself, no advice was given, and the aim was not symptom-relief but personality change. This model of psychotherapy was also more in tune with the old philosophical traditions of "knowing yourself" and the Socratic manner of inquiry and achieving wisdom than with the technical treatment approach of the natural sciences.

I think that 19th century hypnotism and the old psychoanalytic model can be considered two prototypes of psychotherapy and that most of the later schools of psychotherapy can be traced back to these prototypes. For example, classical behavior therapy and the so-called directive therapies resemble the hypnotic model in that they are all symptom-oriented, directive, and therefore short-term. The therapeutic relationship is only important in so far as the patient must be persuaded to change his maladaptive behavior patterns.

Psychoanalysis, Jungian analytic therapy, client-centered therapy, and other insight-oriented and experiential psychotherapies, only take the symptom as an entrance to the "real problem" or, as Jung said, as a graduator of the inner psychological world. The goal of these approaches (which is some form of personality change) is much more ambitious and they generally consider the psychotherapeutic relationship to stand central to the change process instead of secondary to it. These approaches are more or less non-directive instead of directive and intervention-oriented and as the change process is a profound one, the therapy can often take several years.

Granted that these two models of psychotherapy are prototypes, which implies considerable variation within each model and considerable overlap between the models, I still think that they represent two different paradigms of psychotherapy and therefore merit elaboration in their own right. The symptom-oriented and the person-oriented paradigms of psychotherapy differ fundamentally in their view of what psychotherapy is, what its goal is, and what is important in achieving this goal. Integration within each of the two models may therefore be useful, while complete integration across the two models would mean the neglect of important distinctions.

Methodological considerations

For real integration to take place, it is necessary to leave the narrow boundaries of one particular psychotherapeutic school behind. The best way to do this is to ask the real questions and press

for an answer that is not one-sided (coming from one particular school of thought). The different schools can best be considered different theories competing with each other to explain a certain psychotherapeutic phenomenon. For example, if we ask which qualities of the psychotherapist are most effective for the promotion of personality change, we need not (on the basis of our devotion to a particular school) choose between empathy versus interpretation or authenticity versus working through transference. Rather, we must try to find a balanced answer to this question, with the relevant aspects of the different approaches in the right place.

I think the following questions should stand central in our endeavor to outline the essential characteristics of person-oriented psychotherapy: (1) What is the general view on the origin of human problems and psychopathology? (2) What are considered the central agents of change? and (3) What constitutes the goal of the therapy or the process of personality change. A general theory is needed to create a coherent frame of reference for these questions, which means that the same theory must explain the origins of psychopathology, the effective change agents, and the process of personality change. A further requirement is that the theory be neutral with regard to traditional psychotherapeutic theories; in other words, the theory is actually a meta-theory.

Person-oriented psychotherapy

As stated earlier, "person-oriented psychotherapy" can and should be distinguished from "person-centered psychotherapy", which is the name of one particular school of psychotherapy. What I mean by person-oriented psychotherapy is essentially the following: contrary to symptom-oriented psychotherapy, person-oriented psychotherapy is directed at the development of the person. It is assumed that psychopathology is the result of developmental arrest during a critical phase in the development of the self in interaction with key figures. In this view, the nature of psychological problems is relational or interpersonal and the essence of psychotherapy is to provide a new opportunity to learn to become a self in relation to others, which is why the quality of the therapeutic relationship stands central.

It should be noted that several psychotherapeutic approaches emphasize the relational nature of psychological problems and thus position the therapeutic relationship as the crucial curative factor. Freud was the first to construe the therapeutic relationship as a central curative factor with his conceptualization of the transference and countertransference phenomena. Jung and the humanistic psychotherapies went a step further with their emphasis on the dialogical nature of the psychotherapeutic endeavour (Friedman 1985). More recently, object-relations theory and interpersonal psychotherapy (Teyber 1992) have emphasized the relational nature of

psychotherapy even more. The incorporation of the quality of the therapeutic relationship as a curative factor within cognitive therapy (Mahoney 1993) and even behavior therapy (Schaap/Bennun/Schindler/Hoogdui 1993) is particularly conspicuous as these approaches were originally intervention-oriented and largely technical in nature. This shows the role of the therapeutic relationship to be one of the most powerful integrative factors in the field and it implies that the person-oriented paradigm can make use of a wide variety of sources for developing an integrated approach to psychotherapy. In the following some of the characteristics that appear to be essential to person-oriented psychotherapy and the associated meta-theory, will be delineated.

Common conceptualization of psychopathology

As already mentioned, the first requirement for an integrated approach to the development of a person-oriented psychotherapy is a common view of psychopathology. In this section I will try to outline some of the characteristics of such a conceptualization. The first feature of such a view is that the symptom be taken as an expression of psychological conflict and not as the problem itself. This implies a psychological rather than a behavioral or symptomatic level of conceptualization. A second feature is to acknowledge the universality of these psychological conflicts in the sense that all clients and people struggle in one way or another with these fundamental human conflicts, which are part of our human condition (Van Kalmthout 1995; 1998a; Van Kalmthout/Pelgrim 1990). In addition to the philosophical literature, these psychological conflicts have been described more concretely in the psychotherapeutic literature and especially in the psychodynamic and existential-humanistic traditions (Yalom 1980).

One such conflict of particular relevance to a person-oriented conceptualization of psychopathology is the separateness-relatedness conflict (Teyber 1992). This conflict is assumed to be present from birth until death, and its beginnings have been described by Otto Rank as "Das Trauma der Geburt" (birth trauma) (Rank 1924). It is the conflict between becoming a self or person and being related to others. The fear of becoming an autonomous self can mean escaping the burden of one's own responsibilities or, as Fromm (1941) calls it, "Escape from freedom". Such a fear can lead to fusion-like relationships or symbiotic relationships that eventually become pathological. Conversely, a fear of intimate relationships can lead to a form of isolation that can also become pathological. To find a harmonious balance between these two extremes thus appears to be the ultimate goal of psychotherapy and necessary for good mental health.

Several developmental theories describe the formation of the self in social relationships. Prominent among these are Bowlby's attachment theory (Bowlby 1969) and Mahler's object relations the-

ory which is concerned with "The psychological birth of the human infant" (Mahler/Pine/Bergman 1975). From a different vantage point, Rogers (1959a) has outlined a general theory of interpersonal relationships that encompasses developmental theory, psychopathology, psychotherapy, group behavior, and a number of different social applications including education and international politics. Angyal (1965) has developed a "holistic theory" of psychopathology based on the idea that a universal human conflict is at the basis of all neuroses: the conflict between a tendency towards autonomy and a tendency towards homonomy and therefore named his theory "the theory of universal ambiguity". Other interesting theorists in this respect are, to name just a few, Karen Horney (1945; 1950) who formulates the basic conflict as the conflict between "the proud system" and "the true self", and Hellmuth Kaiser (Fierman 1965) who refers to "the universal conflict of our fundamental aloneness" versus "the universal fantasy of fusion".

It should be noted that most of the therapists and theorists mentioned above are not strict adherents to a particular school of thought but rather dissidents following their own paths. Suffice it to say that not one particular school but several different theories can help us elucidate the normal as well as the abnormal development of the self in social relationships. My main point here is that the normal and abnormal development of the person, or self, in interpersonal relationships must be taken as the central vantage point on psychopathology from a person-oriented perspective.

It is the relationship that heals

In the person-oriented paradigm, it is assumed that the origins of symptoms and problems can be traced back to early interpersonal conflicts that have not as yet been resolved. It is logical to assume that these unresolved conflicts can only be resolved in a context similar to the context in which they arose; that is an interpersonal setting in which a "corrective emotional experience" takes place. This is the basic reason why, within the person-oriented paradigm, the psychotherapeutic relationship is considered the central effective agent or, as stated by Teyber (1992, 14), the foundation of the therapeutic enterprise.

This view is fundamentally different from the view of the psychotherapeutic relationship held within the symptom-oriented paradigm. In the latter, the therapeutic relationship is meant to enhance the power of the therapist and is therefore basically manipulative. The function of the relationship is to let the therapist control the client in order to implement the behavioral program (Keijsers 1994). In the person-oriented paradigm, in contrast, a climate is offered in which the client, often for the first time in his life, can feel free to listen to himself, experience his own thoughts and feelings and search for his own solutions to problems, without being manipulated not to do so. As the source of his problems is often considered to be an earlier lack

of an interpersonal context with a "non-punishing audience" (Skinner 1953), it is essential that such a climate of non-punishment and support be offered. Otherwise, the same old processes will continue; only a new experience can bring about real change.

This is not to say that the therapist working within the person-oriented paradigm exerts no influence on the client. To the contrary! The influence comes from the real presence of the therapist, who has no hidden agendas or preprogrammed routes and is thus not manipulative. The real healing power of a relationship stems not only from an empathic attitude but also an active presence. As said earlier, we should feel free to study and practice the psychotherapeutic relationship in its full complexity and thus by not limiting ourselves to one of the old schools of psychotherapy. Within a paradigm that takes the psychotherapeutic relationship as central, moreover, it is outdated to contrast non-directivity with directivity, empathy with confrontation, or authenticity with transference-countertransference.

Referring to Rogers's famous statement about the necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change (Rogers 1957a), it can be concluded that within the person-oriented paradigm the psychotherapeutic relationship is necessary and sufficient for change, provided it is not conceptualized in a limited, one-sided form or manner.

Personality change

In the traditional psychotherapeutic literature, personality change has always been considered a distinctive feature of psychotherapy and became opposed to symptom reduction after the rise of behavior therapy (Van Kalmthout 1998b). Personality change as a psychotherapeutic goal is also the most essential and predominant characteristic of the person-oriented paradigm, when compared to the symptom-oriented paradigm. This is not to say that the concept is very clear or that the process to which it refers has been elucidated in a very clear-cut manner. I consider the development of a theory of personality change within the person-oriented paradigm to, therefore, be one of the most important tasks to be accomplished yet. Here again, it is absolutely necessary to study the phenomenon as open-mindedly as possible and not limit ourselves to a particular point of view.

Within the framework of person-oriented psychotherapy, personality change implies the development of a person or self that was not developed in the past. Such development was hampered, stagnated, or arrested and thus has yet to take place. The degree to which this is possible is, of course, a different question. Sometimes the personality change will reach the heights of what Rogers calls "the fully functioning person", but – more often than not – we are happy that the old neurotic patterns have more or less been defeated by the healthy core of the person, or are more or less dominated

by the healthy core. It is far beyond the scope of this presentation to go into all the complexities of the process of personality change. So I will limit myself to some core issues in the following.

First of all, self-psychology is central to the field of personality change because personality change is about "The restoration of the self" (Kohut 1977). It should be noted, however, that the psychology of the self is a vast field and not a single school or theorist. Essential contributions to the theory of personality change have been made, for example, by Rogers (1959a) and experiential theorists such as Gendlin (1964), Mahrer (1978), and Bohart (1993). The same is true for cognitive theorists (Mahoney 1991).

The current interest in personality disorders might well be interpreted as a general tendency in all schools of therapy towards greater exploration of the development and stagnation of the self. Some even speak of "disorders of the self" (Masterson/Klein 1989), and the aim of restoring the self has been formulated by a variety of concepts like "reaching the real self" (Angyal 1965), "congruence between self-concept and organismic self" (Rogers 1959a) or resolving the conflict between "the false self" and "the true self" (Winnicott 1965). These all seem to be variations on Freud's old statement that "Es soll Ich werden" ("The id should become one with the ego"). In all cases, moreover, the self is assumed to be split or divided (see the title of Laings book: "The divided self"; Laing 1960).

It should be noted that personality change does not mean "changing personality A into personality B" but, rather, "becoming that self which one truly is". This implies the development of "... a sense of self that is grounded in [...] organismic, biologically rooted experience" (Safran 1993), and not a "socially-conditioned self", which is constantly at war with the real self whether consciously or unconsciously. For this reason, a general goal within the person-oriented paradigm is to promote the process of experiencing the self, others, and the world. This process of seeing the reality of what one is, and from there the reality of others and the world, is another distinctive feature of person-oriented psychotherapy. It should be noted, however, that there is no exclusive way to do this and that any of a number of routes may facilitate this process. It is also noteworthy that this goal is very different from the goals set in the symptom-oriented paradigm. The processes used to achieve the goals also differ, which suggest that the person-oriented and symptom-oriented psychotherapies should be studied and practiced as two quite different enterprises.

Concluding remarks

In this paper I have argued that the time has come to leave traditional school boundaries to look for alternative but nevertheless meaningful classifications. My proposal has been to differentiate between the symptom-oriented and person-oriented paradigms and that integration should take place within each of these paradigms but not across them.

I argued that the distinctive features of the person-oriented paradigm are its emphasis on personality change and the centrality of the psychotherapeutic relationship. Both follow from its view of the origin of psychopathology, namely an arrest in the development of the self as a result of conflict with the social environment.

In current mainstream psychotherapy, there is an understandable emphasis on short-term, symptom-oriented approaches, rather than on person-oriented ones. This is a fruitful development, which should best be developed in its own right. If however the field would be limited to the symptom-oriented paradigm, as some seem to propose, then the field of psychotherapy is severely amputated, and loses some of its most essential characteristics (Bohart/O'Hara/Leitner, 1998).

The future and position of person-oriented psychotherapy is not at all clear, however, which makes the different schools of person-oriented psychotherapy utterly outdated. Instead, a really integrated and broadly conceptualized person-oriented psychotherapy should be developed in which different theories compete to explain the central phenomena: the development of the normal and disordered self in interpersonal relationships, the workings of the psychotherapeutic relationship and, the process of personality change. As stated before, I am convinced that such a broad conceptualization has a bright future, in contrast to strict schools of client-centered, person-centered, experiential or existential psychotherapy.

References:

- Angyal, A. (1965), *Neurosis and treatment: A holistic theory*, New York (Wiley) 1965
- Bohart, A. (1993), Experiencing: The basis of psychotherapy, in: *Journal of Psychotherapy Integration*, 3 (1993) 51-67
- Bohart, A. / O'Hara, M. / Leitner, L. (1998), Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies, in: *Psychotherapy Research* 8, 2 (1998), 141-157
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss (Vol. I, Attachment)*, New York (Basic Books) 1969
- Fierman, L. (1965), *Effective psychotherapy. The contribution of Hellmuth Kaiser*, New York (The Free Press) 1965
- Friedman, M. (1985), *The healing dialogue in psychotherapy*, New York (Jason Aronson) 1985
- Fromm, E. (1941), *Escape from freedom*, New York (Holt, Rinehart & Winston), 1941
- Gendlin, E. (1964), A theory of personality change, in: Worchel, P. / Byrne, D. (Eds.), *Personality change*, New York (Wiley) 1964, 100-148
- Horney, K. (1945), *Our inner conflicts*, New York (Norton) 1945
- Horney, K. (1950), *Neurosis and human growth*, New York (Norton) 1950
- Keijsers, G. (1994), *Prognostic factors in the treatment of anxiety disorders: Studies on treatment success and failure in behaviour therapy*, Doctoral Dissertation (University of Nijmegen) 1994
- Kohut, H. (1977), *The restoration of the self*, New York (International Universities Press) 1977
- Laing, R. (1960), *The divided self*, London (Tavistock) 1960
- Mahler, M. / Pine, F. / Bergman, A. (1975), *The psychological birth of the human infant*. New York (Basic Books) 1975
- Mahoney, M. (1991), *Human change processes*, New York (Basic Books) 1991
- Mahoney, M. (1993), Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993) 187-193
- Mahrer, A. (1978), *Experiencing: A humanistic theory of psychology and psychiatry*, New York (Brunner / Mazel) 1978
- Masterson, J. / Klein, R. (1989), *Psychotherapy of the disorders of the self. The Masterson approach*, New York (Brunner / Mazel) 1989
- Rank, O. (1924), *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*, Wien (Internationaler Psychoanalytischer Verlag) 1924
- Rogers, C. (1957a), The necessary and sufficient conditions for psychotherapeutic personality change, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 21 (1957) 95-103
- Rogers, C. (1959a), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, in: Koch, S. (Ed.), *Psychology: A study of a science*, New York (McGraw-Hill) 1959, 184-256
- Safran, J. (1993), Breaches in the therapeutic alliance: an arena for negotiating authentic relatedness, in: *Psychotherapy* 30 (1993) 11-24
- Schaap, C. / Bennun, I. / Schindler, L. / Hoogduin, K. (1993), *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*, Chichester (Wiley) 1993
- Skinner, B. F. (1953), *Science and human behavior*, New York (MacMillan) 1953
- Teyber, E. (1992), *Interpersonal process in psychotherapy*, Pacific Grove, CA (Brooks / Coole)² 1992
- Van Kalmthout, M. (1995), The religious dimension of Rogers's work, in: *Journal of Humanistic Psychology* 35, 4 (1995) 23-39
- Van Kalmthout, M. (1998a), Person-centred theory as a system of meaning, in: Thorne, B. / Lambers, E. (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*, London (Sage) 1998
- Van Kalmthout, M. (1998b), Personality change and the concept of the self, in: Thorne, B. / Lambers, E. (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*, London (Sage) 1998
- Van Kalmthout, M. / Pelgrim, F. (1990), In search of universal concepts in psychopathology and psychotherapy, in: Lietaer, G. / Rombauts, J. / Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 1990, 381-396
- Winnicott, D. (1965), *The maturational process and the facilitating environment*, London (Hogarth) 1965
- Yalom, I. (1980), *Existential Psychotherapy*, New York (Basic Books) 1980

Author:

Dr. Martin van Kalmthout is an Associate Professor of clinical psychology at Nijmegen University (The Netherlands). His main research interests are the foundations and history of psychotherapy. He has also a private practice for psychotherapy. Martin van Kalmthout is member of the International Staff of the Institute for Person-Centered Studies (IPS), Vienna.

Correspondence address:

*Martin A. van Kalmthout
Nijmegen University
PO Box 9104
Montessorilaan 3
NL-6500 Nijmegen*

Brian Thorne

Spirituelle Verantwortung in einem säkularen Beruf

Zusammenfassung: Der Autor plädiert leidenschaftlich für das Ernstnehmen der „spirituellen Dimension“ der Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Therapeuten. Der Begriff der Spiritualität bezieht sich dabei auf das entscheidende Fundament menschlichen Seins. In ihr liegt demzufolge die Quelle der Identität der Person. Es wird die Behauptung aufgestellt, dass Therapeuten diese Dimension ihrer Arbeit, „die spirituelle Berufung“, nicht mehr ignorieren können und dass diejenigen, die sie akzeptieren, bei allen Unterschieden indirekt jene Rolle einnehmen, die früher die Priester innehatten: die Mitmenschen auf deren Suche nach Sinn und Wahrheit zu begleiten. Therapie ist daher nicht als Psychotechnik, sondern als neue Art der Seelsorge auf der Basis der Gegenwärtigkeit in der Beziehung zu begreifen.

Stichwörter: Spiritualität, Gegenwärtigkeit, therapeutische Beziehung, Liebe, Glaubens- und Sinnfragen, Religion

Die Therapie-Explosion

Die Anzahl derer, die bei Therapeuten Hilfe (oder manchmal Inspiration) suchen, ist im Laufe der letzten zwanzig Jahre in Großbritannien und in anderen Ländern in erstaunlicher Weise gestiegen. Es mag eine Reaktion auf die eindeutige Nachfrage oder ein weiterer Beweis für den Bedarf sein, dass die Zahl der Therapeuten entsprechend gestiegen ist. Auch ist zur Zeit kaum eine Zeitung oder Illustrierte ohne lange Artikel über Therapie zu finden. Das Auffallende an dem journalistischen Interesse ist eine bemerkenswerte Polarisierung: Therapeuten werden sowohl als dämonische als auch als mitleidende Heiler von den Gefühlsverwundeten unserer Gesellschaft dargestellt. Jede größere Katastrophe beweist, dass Therapie jetzt fester Bestandteil unseres nationalen Lebens ist. Es wird einfach vorausgesetzt, dass irgendein Therapeut zur Hand ist, um denen, die in einem traumatischen Ereignis verwickelt sind, beizustehen. Man hält es sogar für notwendig, diese Hilfeleistung denen anzubieten, die von Beruf Helfer bei Unfällen sind – der Polizei, den Krankenwagenfahrern, den Feuerwehrleuten. Beratung braucht offensichtlich jeder, egal wie macho oder widerstandsfähig er auch sein mag.

Die Klientel und der Begriff Beziehung

Die wachsende Anzahl der Hilfesuchenden ist an sich schon bemerkenswert, aber die Vielfalt der Klientel noch mehr. Meine eigene klinische Erfahrung umfasst meine Arbeit an der Universität, in meiner Privatpraxis und die Beratung am Arbeitsplatz. Die Vielfalt der Klienten und deren Anliegen in den drei Arbeitsbereichen ist

erstaunlich. An der Universität, zum Beispiel, behandle ich innerhalb einer Woche Menschen im Alter von 18 bis 70 aus aller Herren Länder mit so unterschiedlichen Problemen wie Prüfungsangst, sexuellem Missbrauch und Trauer. In meinem Sprechzimmer in einer größeren Versicherungsfirma berate ich sowohl Seniorchefs als auch junge Büroangestellte. In meiner Privatpraxis habe ich sowohl den Klagen der „Guten und Großen“ der Provinzhauptstadt, in der ich wohne, als auch den Arbeitslosen oder den Leidenden, denen die Psychiatrie nicht weiterhelfen konnte, zugehört. Eine vielseitigere Klientel kann man sich schwer vorstellen.

Faszinierend – und doch leicht zu übersehen – ist eine bestimmte Gemeinsamkeit in der Verhaltensweise dieser so unterschiedlichen Klienten. Sie haben sich alle entschlossen, ihre Sorgen und Probleme in den Bereich einer Beziehung zu bringen. Es mag sein, dass sie es zunächst nicht so aufgefasst hatten; es mag sein, dass sie einfach beschlossen hatten, einen „Experten“ zu befragen oder therapeutisch ausgebildete Hilfe aufzusuchen. Jedoch alle, die über den ersten Termin hinaus durchhalten, bezweifeln selten, dass sie die Schwelle zu einer ganz besonderen Art von Beziehung überschritten haben und dass sie in diesem Raum ihre Probleme erforschen und Linderung ihres Leides und ihrer Verwirrungen finden können.

An dieser Beobachtung ist an sich nichts Bemerkenswertes, bis auf die Tatsache, dass wir vielleicht darin ein Charakteristikum der sogenannten postmodernen Gesellschaft erkennen. Nicht selten fragen sich ältere Menschen, oft mit Ironie, was man früher, „bevor es all diese Therapeuten gab“, gemacht hat. Der Begleittext zu solchem Kommentar ist immer, dass frühere Generationen mehr Ausdauer

und Entschlossenheit zeigten und ihr Leben lebten, ohne zu jammern und sich in Selbstanalyse zu ergehen. Diese Behauptung mag wahr sein, aber meiner Meinung nach übersieht sie einige wichtige Tatsachen. Zum Beispiel ist der Wandel in der sozialen Struktur unseres Gemeinlebens im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht zu verleugnen. Die „bewegliche Gesellschaft“ hat in vielen Gegenden die geografische Realität der Großfamilie zerstört und die Änderungen der gesellschaftlichen Sitten und Gebräuche drohen in letzter Zeit das Fundament der sogenannten Kernfamilie zum Wanken zu bringen. Diese ist ohnehin nur ein schwacher Schutz gegen die Launen des politischen und wirtschaftlichen Lebens. Aber nicht nur die Gesellschaft, sondern auch viele der allgemein verbreiteten Einstellungen, der Stützpfiler der alten Ordnung, haben sich grundlegend geändert. Am dramatischsten macht sich dieser Wechsel in der Einstellung zur Religion und in letzter Zeit zum Beruf des Mediziners bemerkbar. Dieser Haltungswechsel hat komplexe Gründe. Sie umfassen persönliche Glaubensanschauungen, veränderte Reaktion auf jede Art Autorität und wachsende Skepsis an der Wirksamkeit, ja sogar der Integrität der konventionellen Maßstäbe.

Das Ergebnis ist, dass für den größeren Teil unserer Gesellschaft weder der Seelsorger noch der Arzt Vertrauen erweckende Quellen der Weisheit und des Rückhaltes sind. Es hat schon seine Bedeutung, dass die Geistlichen, die ihre Anhänger noch an sich binden können – und das meistens auf eine extreme Weise –, einer hoch dogmatischen Glaubensrichtung angehören, die keinen Meinungsunterschied duldet und den „Gläubigen“, der vom Weg der „Wahrheit“ abschweift oder Zweifel ausdrückt, mit Ausschluss aus der Glaubensgemeinschaft bestraft. Anscheinend findet nur absolute Autorität Anklang (bei einigen) in einer Welt von fast unendlicher Relativität.

Wie man früher auf emotionelles und psychologisches Leiden reagierte

Es mag wohl sein, dass frühere Generationen emotionell und psychologisch widerstandsfähiger waren, als wir es heute sind. Wir werden die Wahrheit nie erfahren, obwohl es genug Beweise gibt, dass seelisches und körperliches Leiden viele Leben in der Vergangenheit ruiniert hat. Die Erzählungen von vielen älteren Klienten zerstören den Mythos, dass emotionelle Widerstandsfähigkeit allgemein verbreitet war und dass wir jetzt die Geburt einer degenerierten Gattung ohne Rückgrat miterleben. Meiner Meinung nach sind die Verschiebungen in der sozialen Struktur und die veränderten Anschauungen von größerer Bedeutung. Ich kann mir vorstellen, dass früher ein vertrauliches Gespräch über Leid und Verwirrung (wie die therapeutische Berufsausübung auch beschrieben werden kann) eher als heute im Kreis der Familie oder in der Pfarre oder in der Praxis des Hausarztes stattgefunden hat. Ich glaube auch an die Hypothese, dass das Gefühl eines inneren Zusammenhanges und gemeinsamer Bezugspunkte zum Rahmen der Realität der meisten Men-

schen bis weit ins 20. Jahrhundert gehörten, und all das trotz des wissenschaftlichen und technologischen Fortschrittes und der Verwüstung durch die Kriege. All dies stärkte und unterstützte die individuelle Identität und bewahrte vor den brennenderen, existenziellen Fragen, die das Leiden so vieler Menschen auszeichnet, die jetzt die Hilfe des Therapeuten brauchen. Viele von uns sind heute von einem Gefühl der Unzulänglichkeit erfüllt und verstehen die grundlegenden Voraussetzungen und Axiome, auf die unsere Gesellschaft aufgebaut ist, nicht mehr. In seinem letzten Buch „Die Gutenberg Elegien“ schreibt der amerikanische Kritiker Sven Birkerts kurz und klar: „Die Landkarten beschreiben unseren Lebensraum nicht mehr. Wir müssen annehmen, dass die Menschen blindlings weiter stolpern, ohne zu wissen wohin. Wir fühlen uns von einem Schwung, den wir nicht selber erzeugt haben, mitgerisse.“ (Birkerts 1994, 20)

Der Therapeut als Familie, Arzt und Seelsorger(ersatz)

Die psychotherapeutische Tätigkeit ist als ein unmöglicher Beruf beschrieben worden. Diese Beschreibung passt, wenn der Therapeut meint, das Bedürfnis und Verlangen aller seiner Klienten befriedigen zu müssen. Seine Arbeit ist noch entmutigender, wenn man sie im Zusammenhang mit den sich ständig ändernden Landkarten unseres Lebensraumes betrachtet, wie Birkerts es grafisch darstellt. Schließlich ist der Therapeut selber nicht mehr als ein sich bemügender Repräsentant der Gattung, die „blindlings weiterstolpert“ ohne bestimmte Richtung und mit wachsendem Unheilsgefühl. Die Versuchung ist groß, diese so unmögliche Aufgabe ganz aufzugeben oder die therapeutische Tätigkeit neu, mit begrenzteren, aber realistischeren Arbeitszielen zu definieren. Die kognitiven Verhaltenstherapeuten haben diese Lektion gründlich durchgenommen.

Sie geben sich z. B. zufrieden, sobald sie es einem Klienten ermöglicht haben, mit einer Phobie besser fertig zu werden oder sich gegenüber einem repressiven Elternteil oder Vorgesetzten behaupten zu können. Es ist alltäglicher Gebrauch geworden, bestimmte und kurzfristige Ziele vor Beginn vieler therapeutischer „Verträge“ festzulegen, und es besteht kein Zweifel, dass diese „bescheidene“ Einstellung oft irgendein Resultat bringt, das den Therapeuten vor der Folie de Grandeur bewahrt und die geschlossene Phalanx verbitterter Klienten schwächt. Es ist eine vernünftige Strategie, sich mit beschränktem Ziel abzufinden, und dem Therapeuten, der seinen gesunden Schlaf schätzt, sei geraten, diesem Weg zu folgen. Es passt auch gut zur aktuellen Manie, die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen beweisen zu müssen, indem man konkrete und unwiderlegbare Resultate vorweist. Finanzierende Gremien und die dazu gehörenden Forscher glauben am liebsten an eine Welt, in der man genau voraussagen kann, dass diese oder jene Therapie Panikattacken in vier oder chronische Depression in sechs Behandlungen „heilt“. In Wirklichkeit jedoch sind solche sauberen Lösungen selten,

und selbst wenn sie zutreffen, gibt es keine Garantie, dass der Klient mehr als eine vorübergehende Linderung seines Leides spürt oder einen provisorischen Schritt von – wie Freud schon vor langer Zeit beschrieb – „neurotischer Misere“ in Richtung „allgemeiner Unzufriedenheit“ gegangen ist.

Ich bin nicht bereit, diese einschränkende Rolle zu spielen, so vernünftig und attraktiv sie auch sein mag. Ich muss gestehen, dass ich meinen Klienten lieber auf einer tieferen und einflussreicheren Ebene begegne, obwohl ich mir im Klaren bin, dass dieser Wunsch als das Resultat einer übersteigerten Bewertung meiner eigenen Gewichtigkeit und Fähigkeit angesehen werden mag oder als ein Zeichen eines unbewussten Masochismus, der zu Erschöpfung und völliger Verausgabung führen könnte. Diese eventuellen Folgen einer solchen Torheit aber gehen noch weiter. Ich muss zunächst bereit sein, die verschiedenen Herausforderungen, mit denen mich meine Klienten seit fast dreißig Jahren konfrontieren, klar zu erkennen. Natürlich gibt es diejenigen, die wenig mehr als einen freundschaftlichen Begleiter um sich herum haben möchten, damit Entschlüsse gefasst und komplizierte Situationen entwirrt werden können. Es ist ein Privileg, in das Leben solcher Menschen geladen zu werden und an ihren Denkungsweisen und ihrem Dilemma Anteil nehmen zu dürfen. Es ist, als ob sie mir sagen wollen: „Sei ein aufmerksamer und engagierter Zuhörer, so dass ich entdecken kann, was ich wirklich fühle und denke und tun muss.“ Wenn mein Berufsleben sich nur mit dieser Art Menschen beschäftigte, fühlte ich mich sicher ausgefüllt, ja sogar zufrieden, selbst wenn die Gefahr der Selbstgefälligkeit oder gelegentlichen Langweile bestünde.

Das Vermächtnis der letzten dreißig Jahre ist jedoch viel komplizierter. Viele Klienten, die in mein Berufsleben getreten sind, sind lange geblieben (und zum Teil noch da), und durch sie habe ich mich geändert. Manchmal haben sie mich an die Grenze des Erträglichen getrieben oder sie haben mich gezwungen – fast gegen meinen Willen – mein therapeutisches Glaubensbekenntnis, an das ich mich halte, ehrlich zu überprüfen. Ihre Stimmen hallen in meinem Kopf, und selbst wenn sie die Worte, die ich ihnen in den Mund lege, nie geäußert haben, bin ich sicher, dass ich sie mit meiner Interpretation ihrer Anliegen nicht missverstehe. Einige sagen: „Hab mich lieb.“ Andere rufen: „Heil mich.“ Wieder andere bitten: „Gib meinem Leben einen Sinn.“ Manche kommen mit allen drei Anliegen zu verschiedenen Zeiten.

Der Therapeut als Liebhaber, Heiler und Sinnstifter – das bedeutet, dass er den unmöglichsten aller Berufe auszuüben versucht. Und doch weiß ich aus Erfahrung, dass mich viele Menschen über viele Jahre hin genau in diesen Rollen zu sehen hoffen. Noch bemerkenswerter ist, dass ihre Anzahl ständig steigt. Es ist Ironie, dass dieser Anstieg in die Zeit fällt, in der die wirtschaftlichen Maßnahmen des Gesundheitswesens verlangen, dass sich für Kassenpatienten eine

Therapie, wenn überhaupt erhältlich, auf kurzfristige Behandlung mit begrenzten Zielen beschränken muss. Es ist kaum anzunehmen, dass solch eine Gesinnung einen Klienten zu einem Vertrag animiert, der Liebe, Heilung und Lebenssinn innerhalb von sechs Behandlungen anbietet. Der Therapeut, der solch einen Vertrag unterschreiben würde, machte sich der unverantwortlichsten Vereinbarung mit wahnsinnigen Erwartungen schuldig.

Meine Ansicht ist vielleicht übertrieben simpel, und doch glaube ich, dass seit dem Verfall der Familienordnung, der religiösen Institution und der Glaubwürdigkeit und Autorität des Arztes diejenigen, die Liebe, Heilung und Sinn suchen, nicht mehr wissen, wohin. Der Psychotherapeut macht ihnen Hoffnung: Bei ihm gibt es möglicherweise einen Ersatz für Familie, Arzt und Seelsorger in einem Zeitalter – ich zitiere nochmals Birkerts –, „in dem unsere postmoderne Kultur ein riesiges Gewebe von wetteifernden ‚Ismen‘ ist: Wir sind ohne Führer und abhängig von der Gewaltherrschaft eines kategorischen Relativismus – verkleidet als Freiheit.“ (Birkerts 1994, 218)

Wenn wir Therapeuten diese Ansicht wirklich akzeptieren und uns damit eine neue und offensichtlich unmögliche Rolle aufdrängen lassen, dann stehen wir vor einem qualvollen Dilemma. Sollen wir vor solch einer entmutigenden Prognose weglaufen? Sollen wir solch eine Rolle ablehnen und die annehmen, die unsere wirtschaftlichen Gebieter uns zuteilt, oder sollen wir uns weigern, uns der Panikstimmung zu unterwerfen und der bitteren Wahrheit ins Gesicht sehen? Es ist interessant, dass Birkerts uns in einem anderen bedeutenden Artikel, der unsere Zwangslage prophezeiend analysiert, anregt, unserer eventuellen, neuen Berufung mutig entgegenzusehen. „Wo einst die Mutter Gottes die Stätte des Geistes und der Fürsorge und die Beschützerin des Innenlebens war, da hat die neue Machtstellung, jetzt säkularisiert, die Praxis des ausgebildeten therapeutischen Spezialisten übernommen.“

Der Therapeut als „Glaubender“ in einer disintegrierenden Gesellschaft

Die Metapher des Therapeuten als Beschützer des Innenlebens und als Stätte des Geistes und der Fürsorge gefällt mir. Mit diesen Begriffen kann ich mich identifizieren. So eine Person macht keine komische Figur angesichts eines Menschen, der sich nach Liebe, Heilung und Sinn sehnt. So jemand ist höchst wichtig in einer Welt, die zunehmend von Schönheit, Echtheit, Leidenschaft und dem Geistigen abgeschnitten ist. Diese Vorstellung stärkt mich, den bitteren Tatsachen ins Gesicht zu sehen und zu erkennen, dass sie, wie Carl Rogers einst andeutete, vielleicht doch wohlwollend sind.

Zur Sache also. Was bedeutet es, zu akzeptieren, dass ich als Therapeut von denen aufgesucht werde, die Liebe, Heilung und Sinn

ersehen? Wie kann ich mich auf solch eine Begegnung vorbereiten? Dieser Aufsatz beschäftigt sich von jetzt an mit Aspekten dieser Fragen. Zunächst also einige grundlegende Reflexionen.

Zuerst muss ich die grandiose Vorstellung loswerden, dass ich je Liebe, Heilung und Sinn geben könnte oder sogar beruflich dazu verpflichtet wäre. Jedwedes Geschenk, so kostbar es auch sein mag, ist letzten Endes unbrauchbar, wenn es der Empfänger nicht annimmt und sich nicht darüber freut. Ich bin also auf die Annahme meines Geschenkes angewiesen, und die hängt wiederum von der Qualität meiner Beziehung zum Empfänger ab. Zweitens darf ich mir nicht anmaßen, der Hauptstifter oder die einzige Quelle von Liebe, Heilung und Sinn für jemanden zu sein. So heißt dessen Sehnen auch sein mag, ich als der perfekte Helfer liefe Gefahr, mich zum Grund für Enttäuschung oder, noch schlimmer, für Missbrauch zu machen. Was kann ich also machen? Ich würde vorschlagen, dass ich mich ernstlich mit meinem eigenen Geliebtsein, meiner eigenen Heilung und dem Sinn meines eigenen Lebens befasse. Nur dann flößt mir das Sehnen und Verlangen eines Mitmenschen keine Angst ein; auch werde ich dann nicht in die Versuchung geraten, meine eigene innere Leere mit den Bedürfnissen des anderen zu füllen. Wenn ich mir meines eigenen Geliebtseins bewusst bin, dann kann ich mich anderen öffnen und ihnen erlauben, mich zu bereichern. Außerdem muss ich bereit sein, mich durch die natürlichen und spirituellen Kräfte meiner Umgebung stärken zu lassen. Wenn ich meine eigene Heilung beachte, dann bestehe ich auf der Ganzheit meines Selbst und erkenne die Einheit meines Geistes, meines Körpers und meiner Seele an und toleriere keine Fragmentierung.

Wenn ich mich mit dem Sinn meines eigenen Lebens befasse, dann bin ich bereit, der alltäglichen Belastungen meines eigenen Lebens bewusst zu sein und sie mit meinem Glauben an die Menschheit und an die Natur der Realität zu verbinden. Es wird auch von mir verlangt, dass ich meine Ansichten über die Therapie, die ich praktiziere, ständig überprüfe und mich verpflichte, sie in meiner Arbeit anzuwenden und nicht nur als leere Phrasen bei Konferenzen und Seminaren auszuposaunen. Wenn all dies wie eine strenge Disziplin klingt, darf das nicht überraschen. Wie sonst könnte eine Beziehung zu denen gepflegt werden, die sich nach Liebe, Heilung und Sinn sehnen, ohne fürchten zu müssen, lebend verschlungen zu werden oder vernichtender Verzweiflung zu unterliegen. Da unsere materialistische und wachsende elektronische Kultur eine Art von Kommunikationsnetz umfasst, in dem das Innenleben auf dem Altar der Leistungsfähigkeit und der Oberflächlichkeit geopfert wird, muss sich der Psychotherapeut zu einer tieferen Ebene von Erleben verpflichten. Ohne diese Verpflichtung fühlte ich mich gezwungen, mein Diplom an den Nagel zu hängen und eine andere Arbeit zu suchen.

Die Sinnsuche

Spiritualität, Religion und Psychologie

Eine faszinierende Entwicklung unter Therapeuten brachte in letzter Zeit die veränderte Einstellung zu Spiritualität und zur spirituellen Dimension der Persönlichkeit. Therapeuten, die vor zehn Jahren solche Betrachtungen verspottet haben, erkennen jetzt ihre Relevanz an und sind in vielen Fällen gezwungen worden, ihre eigene Vorstellung von der Natur und dem menschlichen Schicksal neu zu formulieren. Wie schon erwähnt, besteht kaum ein Zweifel, dass das offensichtlich existentielle Bedürfnis der Klienten diesen Wandel verursacht hat. Mit ihrer Bereitschaft, diese Sinnsuche auszusprechen, ziehen sie den Therapeuten auf ihrer Forschungsreise mit sich. Es gibt zwar noch immer Therapeuten, die das Interesse am Spirituellen – besonders was das Leben nach dem Tod oder irgendwelche spirituellen Kräfte angeht – als Zeichen von Neurose oder sogar als Anfang einer Psychose ansehen. Solche Therapeuten scheinen seltener zu werden oder lassen seltener von sich hören. Es wäre aber falsch, diesen Haltungswechsel ganz der Klienten-Initiative zuzuschreiben. Meiner Ansicht nach befindet sich sowohl die Psychologie als auch die Theologie im Umschwung – mit dem Resultat, dass jetzt der Dialog möglich ist, der bis vor kurzem unvorstellbar war. Es ist zum Beispiel interessant, dass eine Dozentur an der Theologischen Fakultät der Universität Cambridge für das Studium von Wissenschaft und Religion gestiftet worden ist (von einem erfolgreichen Schriftsteller mit spirituellen Themen als Spezialgebiet) und dass der erste Amtsinhaber ein klinischer Psychologe ist, der zufälligerweise auch anglikanischer Geistlicher ist. Außerdem brachte die renommierte Zeitschrift „American Psychologist“ im Jahr 1994 einen wichtigen Artikel über Psychologie und Religion heraus. Der Autor, Dr. Stanton Jones, hat folgendes zu sagen:

„Es sieht wirklich so aus, als ob die Psychologie in der amerikanischen Gesellschaft das Vakuum ausfüllt, das der nachlassende Einfluss der Religion, grundlegende Fragen zu beantworten und moralisches Vorbild zu sein, hinterlässt.“ (Jones 1994, 192) In demselben Artikel zitiert er einen älteren Schriftsteller, Browning, der erkannt hat, dass „traditionelle Religion und moderne (therapeutische) Psychologie eine besondere Beziehung zueinander haben, weil sie beide passende Begriffe und Technologien für eine innere Ordnung bieten“ (Browning 1987).

Das Bedürfnis der Klienten, die ersten Anzeichen eines eventuellen Dialogs zwischen Religion und Psychologie und die Verwüstungen, die ein konkurrenzfähiger Materialismus hinterlässt, haben einen Klimawechsel erzeugt, und ein Therapeut kann es nicht mehr vermeiden, Stellung zum spirituellen Erleben zu nehmen. Man könnte mindestens drei mögliche Ansichten vertreten: Man könnte die Realität der Spiritualität ignorieren und sogenannte spirituelle Phänomene auf psychologische Weise erklären und somit ein alternati-

ves Bezugssystem für die Begriffsanalyse vermeiden. Eine zweite Einstellung wäre, die Stichhaltigkeit spiritueller Erfahrung anzuerkennen, sie aber aus der therapeutischen Arena auszuschließen mit der Begründung, dass Psychotherapeuten nicht mit dem nötigen geistigen Rüstzeug ausgestattet sind und sich eher an pragmatische, kognitive, affektive Verhaltensziele halten. Die dritte Einstellung akzeptiert das spirituelle Erleben als eine Gegebenheit der menschlichen Existenz und schenkt ihm seine volle Beachtung. Es ist auf jeden Fall nicht länger möglich, dass sich ein rechtschaffener Therapeut vor der Frage drückt.

Hier muss der Unterschied zwischen Spiritualität und Religion erwähnt werden. Letztere betrifft eine Reihe von allgemein gültigen Glaubensansichten oder -überzeugungen, welche die menschliche Erfahrung in ihrer Gesamtheit, einschließlich der Aspekte, die der empirischen Untersuchung nicht zugänglich sind, wenigstens teilweise zu erklären versucht. Eine Religion hat auch meistens eine organisierte und institutionalisierte Struktur, die ihre Anhänger in ihrem Glauben und Verhalten unterstützt. Natürlich kann eine Religion die spirituellen Bestrebungen und Entwicklungen seiner Gläubigen fördern; das trifft auch manchmal – aber auf keinen Fall unbedingt – zu. Zu oft verzetteln die Religionen sich in den Nebensächlichkeiten ihrer Glaubenslehre oder in ihren komplexen, organisatorischen Strukturen, so dass sterile Dogmen oder wetteifernder Machthunger über die spirituelle Forderung gestellt werden. Das ist mit ein Grund, warum die Religion als Institution in unserem Land so tief im Kurs steht und warum so viele Gläubige abtrünnig geworden sind oder sich von den Hauptkirchen abgewandt haben und ihre geistige Nahrung auf neuen, oft unerforschten Märkten suchen. Für manche ist dieser Weg zu gefährlich, und sie versinken lieber in einem apathischen oder zynischen Morast oder flüchten sich in die dogmatische Sicherheit irgendeiner Art von Fundamentalismus.

Wie lässt sich diese Spiritualität, zu der alle Therapeuten Stellung nehmen sollten, am besten beschreiben? Ich habe mich mit dieser Frage in anderen Abhandlungen herumgeschlagen (z. B. Thorne 1993) und habe bedauert, dass man mit der Unzulänglichkeit der Sprache dem Begriff nicht gerecht werden kann. Der Ausgangspunkt ist die menschliche Natur selber. An das Konzept der Spiritualität muss man mit Mut herantreten: Um ihm überhaupt Bedeutung zu geben, muss man von der Annahme ausgehen, dass das entscheidende Fundament unseres Seins spirituell ist und dass sich in unserer Spiritualität die Quelle unserer Identität befindet. Dieser Glaube – und es ist ein Glaube, keine nachweisliche Tatsache, trotz des überwältigenden Beweismaterials – lässt schließen, dass der menschliche Geist an der schöpferischen Energiequelle, welche die treibende Kraft innerhalb des Kosmos ist, Anteil hat. Ich zitiere aus meinem Buch: „Ich bin, da ich hauptsächlich von spirituellem Sein bin, unbestreitbar verbunden mit allem, was war oder was sein wird, egal, ob ich mir dessen bewusst bin oder nicht, egal, ob es mir lieb

ist oder nicht. Ich bin kein isoliertes Einzelwesen, eher ein einmaliges Glied der ganzen Schöpfung. Noch wichtiger ist, dass diese spirituelle Essenz mich auf eine Weise prägt, die weit über mein genetisches Erbe, meine Beeinflussung und all die Verzweigungen meiner unbewussten Prozesse hinausgeht. Der Geist allein – im Gegensatz zur Materie – ist unzerstörbar; das bedeutet, dass mein endgültiges Selbst die Grenzen von Raum und Zeit transzendiert.“ (Ebd. 74)

Wenn ich so von mir denke – und das tue ich –, ist es selbstverständlich, dass ich meine Klienten in gleichem Licht sehe, ob sie an sich selbst glauben oder nicht. Das bedeutet nicht, dass ich meinen Klienten gegenüber meine persönlichen Bedeutungen klar ausspreche (obwohl das der Fall sein konnte), sondern dass sich, soweit ich meinen Glauben verkörpere, meine Spiritualität in meinen therapeutischen Begegnungen spürbar mitteilt. Ich behaupte also, dass es angesichts der überwältigenden, existentiellen Sehnsucht so vieler Klienten höchst erstrebenswert ist, dass ich und all die Therapeuten, die wie ich an eine grundsätzliche Realität des Geistes glauben, eine Verantwortung mit tiefen Auswirkungen auf sich nehmen müssen.

Therapie als spirituelle Berufung

Das Wort „Berufung“ klingt komisch altmodisch. Es erzeugt ein unbequemes Gefühl in einer Welt, in der die jüngere Generation ständig angespornt wird, „ihre Fachkenntnisse zu verbessern“ oder „beweglich und anpassungsfähig“ zu werden und in der sie vor der Vorstellung von einem „Beruf für das Leben“ gewarnt wird. Im Gegenteil, es wird ihr geraten, sich auf eine Marktwirtschaft vorzubereiten, die einen ständigen Stellen- und Rollenwechsel erwartet und ihr nichts weiter als den üblichen kurzfristigen Vertrag verspricht. In solch einem Zusammenhang klingt der Begriff, zu einer besonderen Art von Arbeit und Lebensweise „berufen“ zu sein, bestenfalls anachronistisch und schlimmstenfalls töricht. Deshalb finde ich meine eigenen Erfahrungen umso interessanter: Die Mehrzahl derer, die sich an der Universität, an der ich unterrichte und praktiziere, für einen Studienplatz für Therapie bewerben, fühlen sich geradeso berufen. Noch bemerkenswerter ist, dass sowohl die 25- bis 30-Jährigen und die Jüngeren so denken wie auch diejenigen, die nach vielen Jahren harter Arbeit in anderen Beschäftigungen überzeugt sind, endlich ihre wahre „Berufung“ entdeckt zu haben. Ich erhalte sogar Briefe von Studenten und Maturanten, die oft auf leidenschaftliche und rührende Weise beteuern, dass sie ihr Leben der therapeutischen Arbeit widmen möchten. Ihre Erfahrungen, die sie angesichts der Verwundbarkeit und Rätselhaftigkeit des Menschen und angesichts der Macht der Beziehung mit ihren guten und bösen Auswirkungen gesammelt haben, überzeugen sie in ihrem Entschluss. Ich sehe es nicht als unrealistisch an, hier auf der völlig weltlichen Bühne des menschlichen Kummers und Leides, ein Zusammentreffen mit dem Spirituellen zu spüren. Dieses überzeugende Gefühl der Berufung in angehenden Therapeuten steht im

markanten Gegensatz zur abnehmenden Anzahl derer, die sich zur Priesterweihe oder Seelsorge melden, und zu der Enttäuschung, die viele Hausärzte zur vorzeitigen Pensionierung und Krankenhelfer in andere Beschäftigungen treibt. Es ist auch kein Geheimnis, dass viele ehemalige Geistliche und Ärzte unter den Therapeuten wiederzufinden sind und dass wieder andere neue Kräfte für ihren Zweiterwerb schöpfen, da sie sich durch ihre therapeutische Beschäftigung gestärkt fühlen.

Spirituelle Disziplin und die Rolle des Glaubens

Der Therapeut, der sich „gerufen“ fühlt, seine Berufung auszuüben, und es wagt, sich mit der spirituellen Dimension des Erlebens auseinander zu setzen, nimmt eine ehrfurchtgebietende Verantwortung auf sich. Wir wissen, dass die Gefahr, aus Verzweiflung zu kapitulieren oder guruähnliche Großherrlichkeit anzunehmen, immens ist. Zumindest ist es in England Tradition, dass der Therapeut es für nötig hält, eine persönliche Therapie mitzumachen oder ähnliche Erfahrungen in Selbsterfahrung zu suchen, und dass regelmäßige Supervision zur Berufsausübung gehört. So lebenswichtig diese Elemente auch sein mögen, ich bezweifle, ob sie den Therapeuten genügend aufrecht erhalten, der sich sowohl seinem eigenen spirituellen Sehnen als auch dem seiner Klienten verpflichtet fühlt. Ich habe in einer meiner Abhandlungen über die Bedeutung einer notwendigen Disziplin gesprochen, die der spirituellen Dimension in der therapeutischen Tätigkeit gebührend Beachtung schenkt (Thorne 1994). Für alle, die von den Sitten und Gebräuchen einer Glaubensgemeinschaft gehegt werden, ist diese Disziplin eine Erweiterung ihrer ohnehin schon stark ausgeprägten Lebensregel, aber für diejenigen, denen solch ein Halt fehlt, ist die Herausforderung umso härter.

Der jüngsten Forschungsarbeit nach gibt es keine bedeutendere Herausforderung, und das Wohlbefinden vieler Klienten hängt von dessen erfolgreicher Vollendung ab. Herbert Benson, Associate Professor der Medizin an der Harvard Universität und Vorsitzender des Mind/Body Medical Institutes, hat vor kurzem ein Buch veröffentlicht, das von dem hochangesehenen Experten M. Scott Peck als „eine Goldgrube voller Information über die Integration von Geist, Körper und Seele“ beschrieben wurde (Benson 1996). Benson beruft sich auf zahlreiche empirische Forschungsarbeiten und schließt daraus, dass der Mensch wahrhaftig mit einem Bedürfnis nach Glauben programmiert ist. Er beweist sogar, dass all die positiven persönlichen Glaubensanschauungen, besonders der Glaube an eine höhere Macht, mit denen wir uns sowohl als Therapeuten als auch als Klienten beschäftigen, maßgeblich zu unserem körperlichen Wohlbefinden beitragen.

Wenn wir Bensons Entdeckungen in die therapeutische Arena übertragen, wird uns klar, dass die persönliche Glaubensstruktur des Therapeuten und seine Fähigkeit, an die Auswirkungen der

hauptsächlich positiven Mächte im Kosmos zu glauben, bedeutend zur Heilung des Klienten beitragen. Im Gegensatz zu der Ansicht, dass Therapie im Grunde eine Beschäftigung ohne Wertordnung sei und dass es nur auf die Kompetenz und nicht den Glaubenskodex des Therapeuten ankomme, weisen Bensons Erkenntnisse darauf hin, wie wichtig es ist, dass der Therapeut an die Hilfsquellen glaubt, die dem Klienten in seinem Überlebenskampf zur Verfügung stehen. Es braucht nicht erwähnt zu werden, dass der Therapeut, der sich täglich von Kraft- und Liebe spendenden Quellen gestärkt fühlt, den Weg der Hoffnung und Energie für einen deprimierten und funktionsgestörten Klienten effektiver erleuchtet. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung für den Therapeuten, eine geistige Disziplin zu entwickeln und zu pflegen, die versichert, dass seine Glaubensquelle nicht versiegt. Solch ein stärkender Glaube ist nicht nur ein lebenswichtiger Schutz vor völliger Verausgabung des Therapeuten, sondern auch, Benson zufolge, von zentraler Wichtigkeit für seine Beziehung zu jedem einzelnen Klienten.

Das Vertrauen in die Beziehung

Das Jetzt ohne Ende und die Qualität der Gegenwärtigkeit

Bensons beachtlicher Bericht über die Bedeutung der Glaubensstruktur und der persönlichen Bedeutungen des Helfers dient als gewichtige und empirisch begründete Bestätigung der Studien der sechziger und siebziger Jahre von Arthur Combs, dem Personenzentrierten Therapeuten und Forscher, und seinen Kollegen. Das Resultat einer ersten Studie aus dem Jahr 1962 und dreizehn weiterer Studien lässt Combs schließen, dass das, was einen guten Helfer auszeichnet, auf dessen Hauptbezugsrahmen und persönliche Werteordnung zurückzuführen ist (Combs 1986).

Noch bemerkenswerter ist, dass Combs und seine Kollegen einige wichtige Merkmale der Werteordnung identifiziert haben, die eine Entwicklung des Klienten ermöglichen. Darunter war die wichtigste Eigenschaft, welche Vorstellung der Therapeut von sich selbst und von seinen Klienten hat. Combs entdeckte, dass der effektive Helfer sich selbst in einem positiven Licht sieht, sich auf seine eigenen Fähigkeiten verlassen kann und bekennt, sich mit anderen eins zu fühlen. Es ist also nicht verwunderlich, dass er die Menschen, die bei ihm Hilfe suchen, als vertrauenswürdig, fähig, zuverlässig und wertvoll ansieht. Die von Combs inspirierten Forschungen kamen zu einer weiteren Erkenntnis: Man muss ein klares Bild von den Vorstellungen des Therapeuten über die letzten Ziele der Gesellschaft, über Hilfeleistung und über menschliche Beziehungen haben. Kurz gesagt, Begriffserklärungen sind wichtig, denn sie bestimmen Zweck und Prioritäten.

Wenn ich als Therapeut mich selbst und meinen Klienten hoch bewerte, dann ist es selbstverständlich, dass mir auch unsere Beziehung wichtig ist, denn durch sie erkunden wir unseren Selbstwert und bestätigen uns gegenseitig. Und noch wichtiger: In dieser

Beziehung fühle ich meine Einheit mit dem anderen Menschen und transzendiere unsere üblichen Begrenzungen. Ich bin immer mehr der Überzeugung, dass sich Menschen auf ihrer Liebes-, Heilungs- und Sinnsuche, sei es bewusst oder unbewusst, zunehmend den Therapeuten zuwenden, weil die therapeutische Beziehung, gegründet auf gegenseitige Selbstachtung, allein die Möglichkeit für diese Transzendenz bietet. Die Beziehung selbst ist bedeutend, denn sie bewirkt die Transzendenz und Transformation und gewährt Zugang zu einem spirituellen Verständnis der Realität, das dem Leiden Sinn gibt und die Hoffnung keimen lässt.

Wenn ich also glaube – und das tue ich –, dass in der Qualität der Beziehung der Schlüssel zu unserer Herrlichkeit liegt, dann schreite ich jeder therapeutischen Beziehung voller ehrfürchtiger Erwartung, was sich wohl entfalten mag, entgegen. Ich weiß, dass ich einen Menschen nicht ins Leben lieben kann und dass mein Wille allein nicht heilen kann. Auch kann ich keinen Sinn in das Leben eines Menschen, der von Sinnlosigkeit und Ziellosigkeit gefoltert wird, einflößen. Ich kann jedoch völlig für den anderen mit all dem, was mich an mich selbst und an ihn glauben macht, gegenwärtig sein, mit der Überzeugung, dass wir im Grunde miteinander verbunden sind und dass wir von unversiegbaren Hilfsquellen umgeben sind. Ich kann mit all meinen Ansichten über die willkürlichen Einschränkungen von Raum und Zeit und über die Ewigkeit im Jetzt für ihn da sein. Dies alles braucht nicht ausgesprochen zu werden, denn das Wichtige ist, dass ich es glaube, nicht dass ich es artikuliere. Mein Glaube strahlt aus meiner Gegenwärtigkeit und bestimmt mein Dabeisein, meine Aussagen und mein Verhalten gegenüber demjenigen, der nicht mehr oder nicht weniger wert ist als ich. Carl Rogers sprach gegen Ende seines Lebens von den „transzendentalen“ Augenblicken, „wenn meine Gegenwärtigkeit allein erlösend und hilfreich ist und wenn mein innerer Geist sich ausweitet und den inneren Geist (die Seele) des anderen berührt“ (Rogers 1986h). Ich bin sicher, dass Rogers hier genau das Erlebnis beschreibt, das zahllose Menschen, die über die Schwelle des Therapeuten treten, ersehnen. Das ist der Augenblick der Heilung, der Erkenntnis des eigenen Geliebtseins und des Sinngehaltes, der dem Sein und Werden von Natur aus innewohnt.

Die verschiedenen Therapierichtungen und der Vertrauensvorrat

Die Formulierung im letzten Abschnitt ist schamlos mystisch, aber doch von dem Empirismus eines Benson, Combs oder Rogers inspiriert und aufrecht gehalten. Ich sehe mich nicht in einen Nebel von Weihrauch gehüllt, wenn ich von unserer „Herrlichkeit“ rede und unser eigenes „Geliebtsein“ erkenne. Im Gegenteil, ich sehe mich auf dem festen Boden der Erfahrung und der klaren Tatsachen stehend. Ich gehe sogar soweit zu behaupten, dass eben weil die Daten so klar da stehen, sie dem modernen Bewusstsein nicht mehr zugänglich sind, denn das ist in dem verfänglichen Netz des elek-

tronischen Zeitalters und in dem Verbreiten von undifferenzierter Information verwickelt: Unser verfielertes Gehirn ist überlastet, und wir werden verrückt gemacht.

Das Bewusstsein, dass ich und alle die, die wie ich an Therapie und ihre Aufgaben glauben, ein alte und edle Ahnentafel vorweisen können, stärkt mich und erleichtert meine Sorgen über die Tatsache, dass noch nicht alle Therapeuten meine Meinungen teilen. Ich weiß, dass in den vergangenen Jahrhunderten die großen Religionen der Welt und vor allem ihre hervorragendsten und meist missverstandenen Koryphäen ununterbrochen über den hohen Stellenwert der Menschheit, die Vorrangstellung menschlicher Beziehung und über die grundsätzlichen Anrechte des Transzendenten gepredigt haben. Darin sehe ich die Vorratskammer des Glaubens, die ich sorgfältig bewache, indem ich meiner Berufung folge und meine Tätigkeit als Therapeut ausübe. Da ich in erster Linie in der Beziehung meinen Glauben beweisen muss, ist eine laue Einstellung oder eine mangelhafte Verpflichtung schwerer zu verbergen. Therapeutische Beziehungen verlangen härtere Glaubens-, Treue-, und Echtheitsprüfungen als die meisten öffentlichen oder liturgischen Schauplätze religiöser Praxis je stellen konnten.

Die Arbeit des psychologischen Technikers

Ich kann natürlich nicht annehmen, dass alle Therapeuten die gleiche Auffassung von sich haben können oder wollen wie ich. Es gibt bestimmt viele, die mit dem, was sie als Größenphantasie oder schiere Selbsttäuschung ansehen, nichts zu tun haben wollen. Ich habe schon meinen Respekt vor den und ein wenig meinen Neid auf die Therapeuten zum Ausdruck gebracht, die sich begrenzte Ziele setzen und sich mit zwar oberflächlichen, aber doch bedeutenden Veränderungen in der Verhaltens- oder Denkungsart ihrer Klienten zufrieden geben. So arbeitet meiner Ansicht nach ein geschickter psychologischer Techniker, und ich respektiere seine Arbeit dementsprechend. Ich bin auch sicher, dass viele Klienten diese Art Hilfestellung wollen und dass sich damit ihr Leben verbessert. Und ich nehme auch bisweilen an, dass jeder, der seinen Beruf auf diese Art und Weise ausübt, in erster Linie von der Liebe zu und der Sorge um seine Mitmenschen getrieben wird, es aber nicht wagt, dies öffentlich zu bekennen – aus Angst, sich vor seinen Kollegen lächerlich zu machen.

Als einmal mein Kollege David Howe zur Universität East Anglia kam, um die Erfahrungen von Klienten in Therapie zu erforschen, kam er zu der Erkenntnis, dass das, was für sie wichtig war, wenig mit der Ausbildung, dem Können oder sogar mit dem therapeutischen Geschick ihrer Therapeuten zu tun hatte. Von Bedeutung war für sie viel mehr die Qualität der Beziehung und die Qualität der Person, zu der sie in einer Beziehung standen. Es schien ihnen ganz egal zu sein, ob der Therapeut ein Analytiker, ein Verhaltens-, ein

Personzentrierter oder ein Gestalttherapeut war. Es geht dem Klienten viel eher darum, dass die, die wir uns Therapeuten nennen, in hoher Qualität menschliche Wesen sind mit der Fähigkeit, solche Beziehungen zu gestalten, die den Klienten stark genug machen, sich mit seinem Leid zu konfrontieren, es auszudrücken und seinen Sinngehalt zu erkennen (Howe 1993). Das sind meiner Meinung nach die Kennzeichen eines Menschen, der weiß – mag er es öffentlich bekennen oder nicht – dass durch die Beziehung und die gegenseitige Bestätigung heilende Kräfte frei gelassen werden. Darin ist der persönliche und verborgene Glaube derjenigen zu erkennen, die in der Öffentlichkeit eine anscheinend „mystische“ Eigenschaft abstreiten wurden.

Der Berater bzw. Therapeut – eine neue Art der Seelsorge in einem neuen Zeitalter?

Ich habe behauptet, dass ein Therapeut die spirituelle Dimension nicht mehr ignorieren kann und dass diejenigen, die sich voll und ganz für sie einsetzen, indirekt die Rolle annehmen, die früher der Priester oder Pastor gespielt hat. Es gibt jedoch einen bedeutenden Unterschied. Der Geistliche ist und bleibt der Vertreter einer bestimmten Glaubensgemeinschaft mit all ihren Anschauungen und Gebräuchen. Der Therapeut schwört keinen solchen Treueeid. Statt dessen verpflichtet er sich, die Vorrangstellung des Spirituellen in allem menschlichen Erleben anzuerkennen und seine Mitmenschen auf deren Suche nach geistiger Wahrheit und Erleuchtung zu begleiten. Diese Suche führt einen nicht nur eine bestimmte Spur entlang; nein, man erforscht und begleitet die so einzigartigen und doch untereinander verbundenen Menschen auf den zahlreichen, vielfältigen und doch gemeinsamen Wegen des Leidens und der Freude, der Verwirrungen und der Ekstase, des Verrats und der Treue. Das bedeutet nicht, dass man in einer Art von spiritueller Anarchie herumstolpert, wie es manchmal kritisch karikiert wird; es ist eher eine allumfassende, berauschte Freiheit, die ihren Halt in dem Paradox der individuellen Einzigartigkeit und der gemeinsamen Identität der menschlichen Großfamilie hat. Der Therapeut vertieft sich in die Intimität einer unberechenbaren Beziehung, und sein Vertrauen auf ihre Wirksamkeit lässt ihn schließen, dass „ich bin, weil wir sind und wir sind, weil ich bin“. Dies ist keine spirituelle Anarchie; nein, es bedeutet, dass ich akzeptiere, durch und durch menschlich zu sein, und dass ich keine Verantwortung scheue und mich nicht einfach an eine dogmatische Formulierung für spirituelle Realität klammere.

Viele Religionen haben darauf bestanden und tun es auch heute noch, „sich dem Spirituellen zu öffnen“. Der Therapeut, der den Mut hat, seinem Klienten spirituelle Begleitung anzubieten, kann nicht umhin, sich genau so zu öffnen, wenn er seine Aufgabe wahrhaftig verrichten will. Ich bin überzeugt, dass mit dem nächsten Jahrtausend die Nachfrage nach solchen Begleitern steigen wird, sobald die furchtbaren Folgen einer disintegrierten und materialistischen

Gesellschaft spürbar werden. Es könnte sein, dass die alten Religionen wieder neue Kräfte schöpfen und erneut Inspiration bieten, aber für viele werden die Therapeuten die Vision einer Lebensart aufrechterhalten, welche die echte Größe der Menschheit würdigt. Voraussetzung ist, dass die Therapeuten fähig sind, solch eine ehrfurchtgebietende Aufgabe zu übernehmen.

Folie de grandeur und die Verhinderung eines aufgeblähten Selbstbewusstseins

Demut bedeutet nicht, Fähigkeit oder Verantwortung verleugnen zu müssen. Sie ist eher das Ergebnis einer Selbstannahme und der Erkenntnis, dass wechselseitige Abhängigkeit notwendig ist. Wenn ich in die Versuchung geraten sollte, mich als Prophet oder Weis-sager zu betrachten und Therapeuten als potentielle Retter der menschlichen Gattung, dann rede ich mir gleichzeitig zu, doch nicht verrückt zu sein und mich ernster zu nehmen. Dann erkenne ich, was es bedeutet, einer Berufung zu folgen, nämlich an dem Glauben festzuhalten, dass ich nicht in einer aufgeblähten Selbstüberschätzung die Mittel für diese Aufgabe finde, sondern in der Erkenntnis, dass ich selber Empfänger aller der Gaben bin, die von mir erwartet werden. Der Kreis schließt sich: Wenn ich auf meine mysteriöse aber doch durchdachte Weise die Quelle von Liebe, Heilung und Sinn für andere sein soll, dann kann ich nicht umhin, mich als Empfänger von Liebe und Heilung, die andere mir anbieten, bereitzumachen und damit den Sinn ihres und meines Lebens zu vertiefen. So gesehen trägt meine Vorstellung von der Rolle des Therapeuten keine so angstbesetzte Verantwortung mehr, sondern ich ergreife diese einmalige Gelegenheit mutigen Herzens und akzeptiere das Privileg, die Evolution des menschlichen Geistes vorantreiben zu dürfen.

Literatur:

- Benson, H. (1996), *Timeless healing. The power and biology of belief*, London (Simon and Schuster) 1996
- Birkerts, S. (1994), *The Gutenberg Elegies*, Boston (Faber and Faber) 1994
- Browning, D. (1987), *Religious thought and the modern psychologies*, Philadelphia (Fortress) 1987
- Combs, A. (1986), *What makes a good helper?*, in: *Person-Centered Review* 1,1 (1986) 51-61
- Howe, D. (1993), *On being a client*, London (Sage) 1993
- Jones, S. L. (1994), *A constructive relationship for religion with the science and profession of psychology*, in: *American Psychologist* 49,3 (1994) 184-199
- Rogers, C. R. (1986h), *A client-centered/person-centered approach to therapy*, in: Kutash, I. L. / Wolf, A. (Eds.), *Psychotherapist's casebook. Theory and technique in the practice of modern times*, San Francisco (Jossey-Bass) 1986, 197-208; dt.: *Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie*, in: Rogers, C. R. / Schmid, P. F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald), 1998, 238-256
- Thorne, B. (1993), *Spirituality and the counsellor*, in: Dryden, Windy (Eds.), *Question and answers on counselling in action*, London (Sage) 1993, 71-76

Thorne, B. (1994), Developing a spiritual discipline, in: Mearns, D. / Thorne, B. (Eds.), Developing person-centred counselling, London (Sage) 44-47

Biografie:

Brian Thorne, Professor und Direktor des Beratungszentrums der Universität East Anglia, Norwich, Großbritannien, an der er seit 1974 tätig ist; Mitbegründer des Norwich Center for Person-Centered Counselling; tätig in freier Praxis; führender britischer Personzentrierter Therapeut und Ausbilder; zahlreiche Bücher und Publikationen zum Personzentrierten Ansatz; verbindet personzentriertes Verständnis mit der westlichen spirituellen Tradition.

Korrespondenzadresse:

*Brian Thorne
14 Salter Avenue
Norwich NR4 7LX
England, UK*

Der Artikel wurde von Amrei Harrison ins Deutsche übertragen.

Orig.: Spiritual responsibility in a secular profession, in: Ian Horton / Ved Varma (Eds.), The needs of counsellors and psychotherapists, London (Sage) 1997, 199-213. Reprinted with permission of the publishers. – Schriftliche Fassung eines Vortrags von Brian Thorne am Psychologischen Institut der Universität Wien am 23. 1. 1998 auf Einladung des Instituts für Personzentrierte Studien der APG.

Madeleine Garbsch

Geschichte der Psychotherapieforschung: Der Beitrag des Personzentrierten Ansatzes

Zusammenfassung: Der Artikel befasst sich mit der Geschichte der Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Personzentrierten Psychotherapie. Richtlinien, Ergebnisse und state of the art von Psychotherapieforschung werden dargestellt. Insbesondere wird Carl Rogers' Beitrag zur Forschungsentwicklung gewürdigt. Aktuelle Forschungsanliegen werden aufgezeigt und hinsichtlich ihrer Vereinbarkeit mit personzentrierten Annahmen diskutiert.

Stichwörter: Geschichte der Psychotherapieforschung, Personzentrierte Psychotherapieforschung, aktuelle Forschungsanliegen

Geschichtlicher Abriss der Psychotherapieforschung

Anfänge der Psychotherapieforschung

Forschung zur Psychotherapie ist so alt wie diese selbst und beginnt mit Freuds berühmten Fallstudien. 1895 veröffentlichten Freud und Breuer die „Studien zur Hysterie“. Diese beruhen methodisch auf dem intraindividuellen Prä-Post-Vergleich: Anna O. kommt mit Hydrophobie, Sprachstörungen sowie weiteren Beschwerden in Behandlung. Sie wird behandelt und die Symptome schwinden. Die Patienten können so als „geheilt“, „gebessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“ eingestuft werden. Teilweise wurden solche Ergebnisse auch zu Sammelstatistiken weitergeführt. Diese Studien sind der erste Versuch, Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin zu etablieren, was für Freud ein wichtiges Anliegen war. Vorläufer von Psychotherapie, etwa in Magie oder Seelsorge, beruhten auf völlig anderen Überzeugungen und Werten und hatten somit nicht das Bedürfnis, sich innerhalb der Wissenschaft einen Platz zu erobern.

Freuds Fallstudien haben die Weiterentwicklung der Psychoanalyse gefördert, indem sie Aufschluss über psychische Mechanismen geben und psychische Phänomene aufzeigen. Sie entsprechen aber in keiner Weise dem wissenschaftlichen Standard von empirischer Forschung: Wirksamkeitsannahmen können hierdurch nicht verifiziert werden. Dazu muss einerseits über den Einzelfall hinausgegangen werden (Versuchsgruppe), die Kriterien für Besserung müssen

genauer und vorab definiert werden, und es ist eine zweite Gruppe notwendig, die ohne Behandlung untersucht wird (Kontrollgruppe) um sicherzugehen, dass Veränderungen in der Versuchsgruppe aufgrund der Behandlung und nicht zufällig zustande gekommen sind (kontrollierte Studien).

Wirksamkeitsforschung

Wirkt Therapie?

Am Anfang stand die Negation oder:

Zur Wirksamkeit der Eysenck'schen Behauptung

1952 veröffentlicht der britische Psychologe Hans Eysenck eine Zusammenstellung von 24 psychotherapeutischen Forschungsberichten. Auf der Basis dieser Studien kommt er zu dem Schluss, dass es keine Beweise für die Wirksamkeit von Psychotherapie gibt. Mangels kontrollierter Untersuchungen stützt er diese Behauptung auf einen Vergleich der Besserungsraten von 24 unkontrollierten Erfolgsberichten mit den spontanen Remissionsraten aus zwei Studien, die den natürlichen Verlauf psychischer Störungen untersuchen. Er stellt dabei den Therapieergebnissen die Raten der Spontanremissionen gegenüber und kommt zu dem Schluss, dass Therapie keine besseren Resultate bringt als natürliche Remission: Zwei Drittel aller Fälle mit neurotischen Störungen erzielten innerhalb von zwei Jahren Verbesserungen, egal ob mit oder ohne Therapie (Eysenck 1952).

Eysenck löst damit eine Lawine von Forschungstätigkeit aus und setzt den intensiven Beginn der Forschungen mit Kontrollgruppen.

Es gibt jedoch mindestens zwei weitere Gründe, die diesen Forschungsboom erklären: zum einen das Aufkommen von Therapierichtungen, die stärker forschungsorientiert sind und zum anderen das verstärkte Interesse der Gesellschaft an der Thematik.

Die Psychoanalyse dominiert das Feld der Psychotherapie bis in die 60er Jahre. Nach dem Zweiten Weltkrieg entstehen Behaviorismus und der Personzentrierte Ansatz von Carl Rogers, die forschungsorientiert sind. Sowohl die Verhaltenstherapie als auch der Personzentrierte Ansatz bauen auf wissenschaftlich-empirischen Erkenntnissen auf.

Die Lerntheorie, auf der die klassische Verhaltenstherapie beruht, wurde in Experimenten entwickelt. Der Personzentrierte Ansatz beruht zum größten Teil auf Hypothesen aus der Erfahrung der Therapeuten, die aber im wissenschaftlichen Versuchsplan überprüft wurden. Insbesondere wurde die Annahme der heilenden Wirkung der „core conditions“ Empathie, Kongruenz und Wertschätzung durch kontrollierte Studien untersucht.

Ein weiterer Grund für den Anstieg der Forschungstätigkeit ist die vermehrte Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für den Bereich der Therapie. Der „Psychoboom“ beinhaltet einerseits die Tatsache, dass immer mehr neue Therapierichtungen auftauchen, jedoch auch die Tatsache, dass immer mehr Personen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Beides weckt den Argwohn und das Interesse bezüglich deren Legitimation in der Öffentlichkeit. Zudem möchte die öffentliche Hand, die zunehmend zur Kasse gebeten wird, wissen, wofür sie ihr Geld ausgibt, also Beweise über die Wirksamkeit von Maßnahmen. Letzteres Phänomen sieht man auch deutlich in Österreich, wo Psychotherapiegesetz und Kassenverträge das Interesse an einer Intensivierung der Forschungstätigkeit laut werden liessen.

Therapie wirkt!

Es dauerte lange, bis die Eysenck'sche Behauptung zweifelsfrei widerlegt werden konnte. Natürlich werden auch heute immer wieder Personen und Interessengruppen behaupten, Psychotherapie sei nicht wirksam und damit wertlos, doch hat sich die Anerkennung ihrer Wirksamkeit in der wissenschaftlichen Forschung weitgehend durchgesetzt und die Akzeptanz von Psychotherapie ist in vielen Bevölkerungsgruppen gestiegen. Die verschiedenen Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie zeigen zwar durchaus widersprüchliche Resultate, zumeist sind sie aber positiv in Richtung auf eine Wirksamkeit von Therapie ausgefallen.

1986 schreiben Lambert, Shapiro und Bergin in ihrer Übersichtsarbeit zur Effektivität von Psychotherapie, in der sie sich auf Forschungsmaterial von den 30er Jahren bis zur Mitte der 70er Jahre beziehen: „Psychotherapie zeigt generell positive Effekte.“ (Lambert/

Shapiro/Bergin 1986, 157) „Es gibt nunmehr wenig Zweifel, dass psychologische Behandlungen im Gesamten und Allgemeinen von Nutzen sind“ (ebd. 158).

Die Autoren meinen:

- Den Klienten wird substantiell, d. h. klinisch relevant geholfen.
- Im Allgemeinen werden die Verbesserungen auch beibehalten.
- In Therapien wird mehr bewirkt als in nicht behandelten Kontrollgruppen und durch Spontanremissionen.

Die Studie zeigt einerseits auf, dass die Effektivität von Psychotherapie generell gegeben ist. Interessant ist auch, dass aus ihr hervorgeht, dass keine Methode, sondern vielmehr die „Persönlichkeit“ (also Teile des Erlebens und Verhaltens) des Therapeuten für das Gelingen ausschlaggebend ist.

Klaus Grawe erstellte 1983 im Auftrag des deutschen Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit für das deutsche Psychotherapeutengesetz ein Gutachten zur Wirksamkeit der verschiedenen Psychotherapieformen. Zu diesem Zeitpunkt lagen etwa 3500 kontrollierte Studien über die Wirkungen verschiedener Psychotherapieformen vor. Diese wurden zunächst bezüglich ihrer Qualität und klinischen Relevanz geprüft. An die 900 Studien erfüllten die Kriterien und wurden einer weiteren Evaluation unterzogen.

Auch Grawe kommt zu dem Schluss, dass Psychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode ist. Zudem sind die Raten der Spontanremissionen geringer als angenommen. Drei Verfahren konnten in der Studie von Grawe ihre Wirksamkeit zweifelsfrei beweisen, weil sie genügend qualitativ gute Studien vorlegen konnten: Die kognitiv-behavioristische Therapie, die Gesprächspsychotherapie und die Psychoanalyse (Grawe/Bernauer/Donati 1990).

Vergleichsforschung

Welche Therapie wirkt besser?

Mit dem Aufkommen immer neuer Therapieformen rückte für die Legitimation anstelle des Wirkungsnachweises die Frage in den Vordergrund, welche Therapieform die beste sei.

Keine Therapieform konnte jedoch durchgehend ihre Überlegenheit aufzeigen. Viele Verfahren zeigen positive Effekte, aber diese sind quantitativ meist nicht unterschiedlich (Lambert/Shapiro/Bergin 1986). Garfield und Bergin (1986) nennen diese scheinbare Effektivitätsgleichheit das häufigste und auffallendste Thema ihres Handbuchs über Psychotherapieforschung.

Verschiedene Autoren haben diese Ergebnisse unterschiedlich interpretiert, doch ein Erklärungsansatz wird besonders deutlich: Garfield und Bergin (1986) meinen beispielsweise, dass diese Ergebnisse die Annahme allgemeiner Faktoren („common factors“) als

wichtigste Ingredienzien der psychotherapeutischen Verfahren unterstützen. Allgemeine Faktoren spielen eine wesentliche Rolle für die Wirksamkeit von Therapien, spezifische Techniken haben keinen oder nur wenig Einfluss auf das Therapieergebnis. Allgemeine Faktoren sind Therapeuten-, Klienten- und Beziehungsvariablen.

Lambert, Shapiro und Bergin (1986) meinen ebenfalls: „Die therapeutische Beziehung ist entscheidend für das Therapieergebnis. Techniken sind zwar nicht irrelevant, aber deren Veränderungspotential ist limitiert verglichen mit dem Einfluß der Person.“ (Lambert/Shapiro/Bergin 1986, 202) Zu diesem Schluss kommen auch Orlinsky und Howard (1986), die die verschiedenen Determinanten der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren untersuchten. Demnach sind Interventionen nur dann durchgängig wirksam, wenn bestimmte Therapeuten- und Klientenvariablen gegeben sind.

Mehrere wichtige Übersichtsarbeiten zur Psychotherapieforschung kommen damit zu Schlüssen, die wie personenzentrierte Theorie klingen, obwohl es sich um eine Zusammenschau verschiedenster Therapiemethoden handelt. Das Primat der Beziehung und der Person vor dem der Techniken und des (psychologischen) Wissens wird hier ganz im Sinne von Carl Rogers formuliert.

Prozessforschung

Was wirkt in der Therapie?

Etwa seit dem Beginn der 80er Jahre steht die Erforschung des psychotherapeutischen Prozesses im Mittelpunkt des Interesses der Psychotherapieforschung. Nachdem der Effektivitätsnachweis von Psychotherapie heute weitgehend erbracht ist, wendet die Forschung sich dem Geschehen in der Therapie zu und versucht, dieses zu beschreiben und zu erklären.

Die Forschung kommt zu einer neuen-alten Fragestellung: „Was ist wirklich therapeutisch an der Psychotherapie?“ (Orlinsky/Howard 1986)

Die ältere Prozessforschung geht dabei davon aus, dass Therapieprozesse über den Therapieverlauf hinweg weitgehend gleichbleibend sind. Es werden relativ stabile Merkmale definiert und zu bestimmten Zeitpunkten im Therapieverlauf gemessen. Die Messdaten werden zu dem Therapieergebnis in Beziehung gesetzt.

Orlinsky und Howard (1986) erfassen in ihrer berühmten und viel zitierten Übersichtsarbeit 1100 Studien, die sich mit den Beziehungen zwischen Prozess und Ergebnis von Therapien beschäftigen. Sie definieren in ihrem „Generic model of psychotherapy“ fünf Elemente, die den therapeutischen Prozess konstituieren:

- Der therapeutische Kontrakt
- Die therapeutischen Interventionen
- Die therapeutische Beziehung
- Die Aufnahmebereitschaft des Patienten

- Die therapeutischen Realisierungen (das sind unmittelbare Effekte innerhalb der Sitzung)

Orlinsky und Howard versuchen anhand der Beziehung zwischen Prozess und Ergebnis in Therapien die Frage der Effektivität verschiedener therapeutischer Elemente zu beantworten. Sie kommen zu dem Schluss: Am besten abgesichert ist die Aussage, dass die Qualität der Therapiebeziehung das Therapieergebnis beeinflusst. Alle anderen Elemente des therapeutischen Prozesses, insbesondere Interventionen, sind nur unter bestimmten Bedingungen wirksam. Bis heute ist nur die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor therapeutischer Veränderung von der Mehrzahl der Forscher anerkannt. Auch hier zeigt sich, wie zentrale Annahmen aus der personenzentrierten Theorie innerhalb der Forschung schulenübergreifende Bedeutung erlangen.

Inzwischen hat sich gezeigt, dass die ältere Prozessforschung auf ungünstigen Forschungsstrategien und teilweise falschen Annahmen beruht:

- Es ist höchst unwahrscheinlich, dass ein oder einige wenige Prozesselemente zu einem oder einigen wenigen Zeitpunkten gemessen das Endergebnis der Therapie wahrnehmbar beeinflussen können. Es ist hingegen anzunehmen, dass es viele intervenierende Variablen gibt.
- Es hat sich gezeigt, dass die Annahme, Therapie sei ein homogenes Geschehen, nicht haltbar ist. Eine bestimmte Variable hat je nach Messzeitpunkt durchaus unterschiedliche Bedeutungen.

Aufgrund dieser Erkenntnisse ist eine neue Art von Prozessforschung entstanden. Die neue Prozessforschung versucht, die Veränderungen der Klienten sowie die damit möglicherweise zusammenhängenden Bedingungen und Einflüsse im Verlaufprozess der Therapie direkt zu untersuchen. Dies erscheint durch neue Methoden und Forschungsmittel innerhalb der Psychotherapieforschung möglich:

- Durch die verbesserten und leichter zugänglichen Aufzeichnungen (Audio/Video) wurde es möglich, Veränderungsprozesse direkt zu beobachten und nicht mehr nur durch Theorie oder allgemeine Einschätzungen zu erschließen.
- Kleinere, zeitlich unmittelbarer aufeinanderfolgende Prozess-Ergebnis-Einheiten werden innerhalb der Therapiesitzung gemessen. Dadurch werden intervenierende Variablen vermindert und Einflüsse von Prozessvariablen werden direkt sichtbar und erklärbar.

Die neue Definition der Prozessforschung lautet: „Prozessforschung ist die Untersuchung der Interaktion zwischen den Systemen des Patienten und des Therapeuten. Ziel der Prozessforschung ist es,

die Veränderungsprozesse in der Interaktion zwischen diesen Systemen zu identifizieren. Prozessforschung umfasst alle Verhaltensweisen und Erfahrungen dieser Systeme innerhalb und ausserhalb der Therapiesitzungen, die zu dem Veränderungsprozess gehören.“ (Greenberg/Pinsof 1986, 18) Eine rein kausal-lineare Forschung erscheint nicht ausreichend, um Phänomene zu erklären (Greenberg/Pinsof, 1986). Vielmehr müssen neue Forschungsansätze gefunden werden, die das neue Verständnis des psychotherapeutischen Geschehens stärker berücksichtigen. Dies ist sicherlich der wesentlichste Paradigmenwechsel innerhalb der Psychotherapieforschung seit Beginn der empirischen Forschung.

Die neue Prozessforschung wendet sich schulen-übergreifend einer systemischen Betrachtungsweise zu, in der ein Therapeuten-system und ein Klientensystem rekursiv miteinander verbunden sind, so dass das Ergebnis einer Interaktion als neue Prozessvariable in das Therapiegeschehen eingeht.

Ausblick

Zur Zeit steht die Prozessforschung im Mittelpunkt der Forschungsbemühungen. Hier liegt vor allem das Interesse der Praktiker, die – theoriegeleitet – mehr über das Geschehen in der Therapie erfahren wollen. Die meisten Forscher stimmen darin überein, dass die aktuelle Forschungsaufgabe in der Prozessforschung darin besteht, geeignete Methoden und Konzepte zur Beschreibung und Erklärung von Psychotherapie zu finden.

Ein Forschungsziel dabei ist eine möglichst genaue und vollständige Kenntnis und ein vorläufiges Ordnen psychotherapeutisch relevanter Fakten, oft auch in kleinen Einheiten („Botanisierungsphase“, Grawe 1988).

Durch den zunehmenden Druck öffentlicher Geldgeber wird auch der Wirksamkeitsnachweis von Psychotherapie wieder wichtiger. Hier muss von völlig unterschiedlichen Interessen und Standpunkten innerhalb und ausserhalb der Disziplin ausgegangen werden. Für die im Feld der Psychotherapie Tätigen ist die Frage nach der Wirksamkeit eigentlich kein Thema mehr, für die Öffentlichkeit aber sehr wohl. Weitere Wirksamkeitsforschung kann aber sinnvollerweise nur betrieben werden, wenn vorher Einigkeit zwischen den Interessengruppen über die Forschung selbst erzielt worden ist. Wenn Wirksamkeitsnachweise erbracht werden, müssen sie von den Interessengruppen auch als solche anerkannt werden. Dazu muss eine Forschungssprache entwickelt werden, durch die Forschungsergebnisse nachvollziehbar sind und Forschungsvorhaben trotzdem sinnvoll und ethisch vertretbar bleiben.

Rogers schreibt dazu: „Selbstverständlich können wissenschaftliche Ergebnisse nur solchen vermittelt werden, die sich über die Grundregeln der Untersuchung geeinigt haben.“ (Rogers 1961, 218)

Für die Forscher geht es auch in der Wirksamkeitsforschung in erster Linie darum, zunächst geeignete Forschungsmethoden zu entwickeln. Insbesondere die empirische Forschung wird zunehmend als unangemessen und inkompatibel kritisiert (Rudolf 1996; Stengers 1996).

Psychotherapieforschung im Personzentrierten Ansatz

Carl Rogers

Rogers' Forschung zur Psychotherapie begann etwa 1940, als er an die Ohio State University berufen wurde. Teil seiner Tätigkeit war die Ausbildung von Psychotherapeuten oder „counselors“. Viele seiner Schüler trugen die Forschungstätigkeit mit. Rogers formulierte seine Konzepte und überprüfte seine Annahmen an der Realität. In dieser ersten Phase, die etwa bis 1948 dauerte, war die Forschung in erster Linie explorierend und beschreibend, sie entsprach Rogers' phänomenologischen Prinzipien.

Rogers definierte das psychotherapeutische Geschehen mit klar umrissenen Begriffen und konkreten Beispielen. Jedes therapeutische Gespräch konnte mit diesen Begriffen beschrieben und bewertet werden. Der psychotherapeutische Prozess wurde expliziert. So konnten Interaktionen von Therapeut und Klient nach klaren Richtlinien klassifiziert werden und Annahmen über Zusammenhänge konnten überprüft werden.

Danach erhob Rogers' Forschung den Anspruch, auch empirischen Kriterien zu genügen, was Anfang der 50er Jahre noch sehr neu war. Einerseits arbeitete Rogers mit Kontrollgruppen, andererseits überprüfte er den Therapieerfolg der Klienten mittels Vorgabe von allgemein anerkannten Tests vor und nach der Psychotherapie.

In dieser Zeit (1945-1957) war Rogers damit beauftragt, an der Universität von Chicago ein Counseling Center einzurichten und war an diesem als Therapeut, Lehrer und Forscher tätig. Hier führte er ein mehrjähriges Forschungsprojekt durch, das durchaus experimentalen Charakter hatte (Rogers/Dymond 1954a).

Ab 1957 war Rogers in Wisconsin tätig. Auch hier war die empirische Forschung ein wichtiger Teil seines Schizophrenie-Projekts.

Das Ende seiner Forschungstätigkeit im psychotherapeutischen Bereich kann man mit seiner Übersiedlung nach Kalifornien 1964 und dem Beginn der Aktivitäten des Western Behavioral Sciences Institutes datieren. Rogers wandte sich in dieser Zeit vermehrt anderen Anwendungsgebieten des Ansatzes zu, im Besonderen der Arbeit mit Gruppen. Er beschrieb auch weiterhin seine Arbeit und die theoretischen Überlegungen dazu, doch stellte er keine empirische Forschung mehr an. Er schien „eine unsichtbare, aber wichtige Linie zwischen einer Art von Humanforschung zu einer anderen überschritten zu haben.“ (O'Hara 1995, 49)

Das primäre Interesse von Rogers und seinen Mitarbeitern war die Bestätigung der Wirksamkeit der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Psychotherapie“. Er suchte Beweise für die Richtigkeit seiner Annahme: „Wenn bestimmte Bedingungen existieren (unabhängige Variablen), dann kommt ein Prozess (abhängige Variable) in Gang, der bestimmte charakteristische Elemente aufweist. Wenn der Prozess (nun die unabhängige Variable) in Gang kommt, dann treten bestimmte Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen (abhängige Variablen) auf“ (Rogers 1959a, 40).

Rogers formulierte sechs Bedingungen, die notwendig und hinreichend sind, damit sich ein therapeutischer Prozess entwickelt. Bis heute steht ausser Zweifel, dass von diesen Bedingungen, insbesondere von dem Ausmaß, in dem Empathie, Kongruenz und uneingeschränkte Wertschätzung seitens des Therapeuten gelebt werden, sowie von der Bedingung des Klienten, diese besondere Beziehung wenigstens teilweise wahrzunehmen, der Erfolg einer Psychotherapie abhängt (Sauer 1992).

Rogers untersuchte vornehmlich die Bedingungen auf Seiten des Therapeuten. Rogers beschäftigte sich damit im Gegensatz zur herkömmlichen Forschung mit dem konkreten Verhalten des Psychotherapeuten und nicht nur global mit Wirkungen von Psychotherapie auf den Klienten. Das Verhalten des Psychotherapeuten wurde überprüft und nicht – wie bis dato üblich – als gegeben angenommen. Davor ging man allgemein davon aus, dass Therapeuten so sind, wie die jeweilige Schule es fordert, ohne aber das Verhalten wirklich anzusehen. Rogers schreibt: „We must move towards looking at the facts, and to look at the facts means moving towards research.“ (Rogers 1963e, 13)

Die Klientenzentrierte Psychotherapie arbeitete als erste systematisch mit Tonbandaufzeichnungen von Therapiestunden. 1940 stattete das Team um Rogers an der Universität von Ohio mehrere Beratungsräume mit Tonbandanlagen aus und zeichnete Gespräche im großen Rahmen auf. Psychotherapie wurde dadurch entmystifiziert und objektiviert.

Durch die Überprüfung des Psychotherapeutenverhaltens konnten Rogers' Annahmen zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Psychotherapie gut belegt werden. Auch wurde deutlich, dass erfolgreiche Psychotherapeuten schulenübergreifend Verhalten im Sinne klientenzentrierter Einstellungen realisieren.

Rogers' Forschung zu detherapeutischen Haltungen

Rogers' Forschungskonzept sah aus wie folgt: Das von Psychotherapeuten realisierte Verhalten wird in Form quantitativer Daten möglichst objektiv beurteilt und mit dem Kriterium der Veränderung im Erleben und Verhalten des Klienten in statistische Beziehung gebracht, unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen bei einer analogen Personengruppe ohne Psychotherapie. Die Variablen des Psychotherapeutenverhaltens wurden mittels Beobachtungsskalen

durch Beurteiler eingeschätzt. Die Beurteiler waren Experten (d. h. Psychotherapeuten), Aussenstehende oder die Klienten selbst. Beobachtungsmaterial waren Stichproben der Tonbandaufzeichnungen aus den Therapiestunden, die nach bestimmten formalen Kriterien ausgewählt wurden.

Exemplarische Darstellung von Messinstrumenten zu den therapeutischen Grundhaltungen: Tausch, Zehelin, Fittkau und Minsel (1967) entwickelten eine Schätzskala zum Verhaltensmerkmal „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten“. Es handelt sich dabei um eine revidierte Fassung der Skala von Truax (1961). Der Beurteiler erhält erst eine Beschreibung des Merkmals, dann ist er aufgefordert, Psychotherapeutenverhalten aus Tonbandaufzeichnungen auf einer zwölfstufigen Skala zuzuordnen.

Barrett-Lennard (1962) entwickelte ein Verhaltensinventar zur Einschätzung des Psychotherapeutenverhaltens durch Klienten. Das Merkmal „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (kurz VEE) wird hier auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt. 16 Items, zur Hälfte positiv, zur Hälfte negativ formuliert, werden zur Einschätzung vorgegeben.

Ergebnisse der Forschung von Rogers und seinen Mitarbeitern:

Alle drei Psychotherapeutenbedingungen, Empathie, Kongruenz und unbedingte Wertschätzung sind wirksam im Sinne konstruktiver Änderungen beim Klienten. Hohe Ausmaße der Variablen im Verhalten des Therapeuten führen zu konstruktiven Änderungen, niedrige Ausmaße zu destruktiven Veränderungen.

Barrett-Lennard (1962) befragte 42 Klienten und 21 Klientenzentrierte Psychotherapeuten nach dem 5. Kontakt und nach Beendigung der Therapie mittels des von ihm konstruierten Fragebogens zum wahrgenommenen Ausmaß der Variable Empathie. Er fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Ausmaß der Variable Empathie und dem Ausmaß konstruktiver Persönlichkeitsänderungen, gemessen mit Persönlichkeitstests.

Rogers, Dymond und Mitarbeiter (1954a) untersuchten am Counseling Center der Universität von Chicago 29 Klienten mit mindestens 6 Kontakten und einer durchschnittlichen Therapiedauer von 33 Wochen. Sämtliche Klienten wurden zu Beginn, am Ende der Psychotherapie sowie 6 und 12 Monate nach Beendigung der Psychotherapie mit Tests untersucht. Es wurde eine Wartegruppe und eine Fremd-Kontrollgruppe gebildet und ebenfalls untersucht.

Diese Studie war die umfangreichste der damaligen Zeit. Rogers, Dymond und Mitarbeiter fanden Änderungen im Selbstkonzept der Klienten im Sinne einer größeren Übereinstimmung von Selbst und Ideal-Selbst, höherer Anpassung und Abnahme von Symptomen seelischer Störungen.

Orlinsky und Howard (1986) fanden in ihrer Übersichtsarbeit zu bis dato veröffentlichten Untersuchungen, dass 50–80 % der Studi-

en zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen signifikant positiv sind, die Dimensionen sind konsistent mit dem Therapieerfolg verbunden.

Rogers' Forschung zu den therapeutischen Prozessen

Das zweite wichtige Anliegen von Carl Rogers war es, zu verstehen, welche Prozesse im Klienten durch Klientenzentrierte Psychotherapie ausgelöst werden und wie sie wirken. Insbesondere wurde das Merkmal der Selbstexploration untersucht.

Truax und Carkhuff (1965a; 1965b) benutzten die von Truax entwickelte Skala zur Selbstexploration und fanden, dass Selbstexploration des Klienten mit den Variablen Empathie und Kongruenz des Psychotherapeuten im Zusammenhang steht. Das Ausmaß der Selbstexploration ist bedeutsam für den Therapieerfolg (Truax/Carkhuff 1965a).

Raskin (1952) untersuchte Veränderungen in der Bewertungsinstanz des Klienten im Verlauf der Therapie. Er stellte die Frage, ob es durch die Therapie zu einer Verringerung des Ausmaßes, in dem die Werte und Normen des Klienten von den Urteilen und Erwartungen anderer abhängen und zu einer Zunahme des Sich-verlassen-Könnens auf die eigene Erfahrung kommt.

Raskin entwickelte eine Skala, die den „locus-of-evaluation“ anzeigt und ließ Beurteiler Therapiegespräche mit dieser Skala einschätzen. Er fand eine hochsignifikante Veränderung der Dimension zwischen dem ersten und letzten Therapiegespräch.

Rogers selbst beobachtete über einen langen Zeitraum Aufzeichnungen von Therapiegesprächen und entwickelte so seine Konzeption des Prozesskontinuums des Klienten. Sein neuer Forschungsansatz bestand hier darin, die Veränderung des Klienten nicht in einem Vergleich von Daten vor und nach der Therapie zu messen, sondern direkt im Therapieprozess. Er vertrat die Ansicht, dass die reine Vorher-Nachher-Messung zwar Fakten über die Veränderungen beim Klienten bringt, aber nur wenig Aufschlüsse über den Prozess gibt (Rogers 1961a).

Rogers entwickelte daraus auch eine Prozessskala, in der die von ihm beschriebenen Veränderungen des Klienten durch Personzentrierte Psychotherapie gemessen werden können (Rogers 1959a). Das eine Ende der siebenstufigen Skala beschreibt die inkongruente, rigide und von ihren Gefühlen distanzierte Person, das andere Ende beschreibt die kongruente Person, die im Fluss mit ihrem Erleben ist: das Idealbild der „fully functioning person“. Die Person, die sich in Psychotherapie begibt, bewegt sich, wenn die Therapie Erfolg zeigt, auf dieser Skala ein Stück in Richtung dieses Ideals.

Rogers' Beitrag zur Forschung: Ergebnisse und Unbehagen

Rogers' Beitrag zur Psychotherapieforschung ist weitreichend. Als Empiriker hat er wesentlich dazu beigetragen, Eysencks Behauptung der Wirkungslosigkeit von Psychotherapie zu widerlegen. Einerseits, indem er inhaltlich zu anderen Ergebnissen kam, andererseits weil seine Forschung aufgrund der Methodik (Empirie und Kontrollgruppen) wenig angefechtbar war. Er hat somit die Akzeptanz und Etablierung von Psychotherapie in der Gesellschaft ganz entscheidend mitgetragen.

Seine Forschungsstandards waren sehr ausgereift und am damals letzten Stand der Erkenntnisse. Er war damit richtungsweisend für andere Forschungsvorhaben.

Auch gehören einige seiner Ergebnisse zu den bestabgesicherten und universellsten der Psychotherapieforschung. Dass die therapeutische Beziehung wesentlich für einen Therapieerfolg ist, scheint uns heute ganz evident, war aber damals neu und revolutionär (Kirschenbaum 1979). Rogers war von Beginn seiner Tätigkeit als Therapeut und Forscher mehr am Prozess der Therapie als an reinen Wirksamkeitsbeweisen interessiert. Er untersuchte auf minutiöse Weise, was in der Therapie eigentlich geschieht und was Veränderung bringt. Er hat damit viele Aspekte der aktuellen Prozessforschung vorweggenommen. Greenberg, Elliot und Lietaer (1994) schreiben dazu: „Viel vom jüngsten Interesse an der Forschung von Veränderungsprozessen ist aus dieser Tradition entstanden.“ (Greenberg/Elliot/Lietaer 1994, 510)

Und nicht zuletzt waren auch Rogers' Bedenken in seiner Auseinandersetzung mit der Forschung ein wichtiger Beitrag zur deren Weiterentwicklung: Rogers war – so wird er oft beschrieben – als Therapeut Phänomenologe, als Therapieforscher Empiriker (Sauer 1992). Er vermochte zwar immer wieder diesen Widerspruch zu überwinden: „Wissenschaftliche Methodologie ist so betrachtet genau das, was sie wirklich ist: Eine Art und Weise, um mich davon abzuhalten, mich hinsichtlich meiner kreativ geformten, subjektiven Mutmaßungen zu betrügen, die sich aus der Beziehung zwischen mir und meinem Material ergeben haben. In diesem Zusammenhang, und vielleicht nur in diesem Zusammenhang, hat das riesige Gebäude aus Operationalismus, logischem Positivismus, Wissenschaftstheorie, quantitativen Tests usw. seinen Platz. Sie existieren nicht für sich, sondern sind Hilfen bei dem Versuch, die subjektive Empfindung, Ahnung oder Hypothese eines Menschen an der objektiven Gegebenheit zu prüfen.“ (Rogers 1961a, 216) Rogers verspürte allerdings auch zunehmend, dass seine Forschung dem Gegenstand nicht gerecht werden konnte und dass Wissenschaft die stattfindenden Ereignisse zwar erforschen könne, aber immer in einer Art und Weise, die für das Geschehen irrelevant bleibt. Wissenschaft wird so zur Autopsie der toten Ereignisse der Therapie, ohne in ihre lebendige Beschaffenheit eindringen zu können. (Rogers 1961a). Rogers

zweifelt bereits 1959 daran, dass der naturwissenschaftlich-experimentelle Ansatz die optimale Methode der Wahrheitsfindung ist (Rogers 1959a), ohne eine Alternative bieten zu können.

Mit diesem Unbehagen nahm er viel von der heutigen Kritik vorweg; die Denkmodelle, die uns heute als Alternativen zur Verfügung stehen, waren damals erst im Entstehen. Maureen O'Hara schreibt: „Was Carl gebraucht hätte waren die narrative und andere qualitative Methoden, die vor kurzem in Psychologie, Anthropologie und Soziologie entwickelt wurden.“ (O'Hara 1995, 51)

Beyond

Nicht zuletzt durch die Forschung konnte sich der Personenzentrierte Ansatz als wichtigste humanistische Psychotherapierichtung etablieren. Keine andere humanistische Richtung ist so gut und erfolgreich beforscht worden. Allerdings trug die Forschung auch maßgeblich dazu bei, den Ansatz misszuverstehen. Durch den Versuch, personenzentrierte Haltungen messbar zu machen, war es leicht(er), den Ansatz fälschlich und verkürzt als Summe von Techniken zu betrachten.

Um Rogers' Annahmen zu den förderlichen Bedingungen für Psychotherapie zu überprüfen, wurden Messinstrumente konstruiert, die das Ausmaß der Haltungen des Therapeuten messen sollten. Diese Messinstrumente konnten Haltungen aber nur an bestimmtem Verhalten festmachen. Es kam vielfach zur Gleichsetzung einer bestimmten Intervention mit einer Basishaltung (z. B. Gleichsetzung von VEE mit Empathie). Dadurch wurden die personenzentrierten Haltungen zu Techniken degradiert, es kam zu einer Pervertierung des Ansatzes.

Rogers selbst blieb klar in Bezug auf die Bedeutung seiner konkretisierenden Beschreibungen. Er schrieb dazu: „The technique of reflecting feelings is by no means an essential condition of client centered therapy.“ (Rogers 1957a, 102). Dennoch wurden hier die Grundlagen zu Fehlentwicklungen gelegt.

Nachdem Rogers sich aus der psychotherapeutischen Forschungstätigkeit zurückgezogen hatte und sich mehr der Encountergruppenbewegung zuwandte, verlor die Forschung im Personenzentrierten Ansatz an Bedeutung. In den USA war die Forschung in den 70er und 80er Jahren rückläufig. In Europa kommt es in dieser Zeit mit der verspäteten Rezeption des Ansatzes zu reger Forschungstätigkeit, die allerdings auf bestimmte Länder beschränkt blieb. In Deutschland wurde um Tausch und Helm viel Forschung betrieben, ebenso in Belgien um Germain Lietaer.

In den USA scheint der Personenzentrierte Ansatz in dieser Zeit als Einzeltherapieform an Überzeugungskraft zu verlieren und verschwindet auch weitgehend aus der Forschung. Letzteres ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass der Personenzentrierte Ansatz im Gegensatz zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse nach der Beendigung der Lehrtätigkeit von Carl Rogers nur geringen Einfluss an den Uni-

versitäten hat. Forschung wird aber in erster Linie an den Universitäten betrieben.

Insgesamt herrscht in diesem Zeitraum der Tenor, die Haltungen als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen zu betrachten. Die personenzentrierten Einstellungen, als Techniken missverstanden, werden von anderen psychotherapeutischen Schulen vereinnahmt und innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes wird der Ruf nach zusätzlichen Techniken laut. Auch die Forschungsergebnisse stützen vielfach die Annahme, dass die personenzentrierten Haltungen notwendig, aber nicht hinreichend sind. Weitere Studien zur Wirksamkeit der personenzentrierten Basishaltungen zeigen widersprüchliche Resultate. Die Studien scheinen vermehrt darauf hinzuweisen, dass personenzentrierte Bedingungen allein nicht ausreichen, um therapeutisch erfolgreich zu sein. Es werden Zusatzbedingungen oder Zusatzverhalten des Therapeuten gefordert.

Beispielsweise kommen Mitchell, Bozarth und Krauft (1977) in ihrer Studie zu dem Schluss, dass nur unter bestimmten Umständen (in diesem Fall eine psychotherapeutische Umgebung) Personenzentrierte Psychotherapie wirksam ist.

Mögliche Ursachen der Forschungsergebnisse dieser Periode

Verhalten ist nicht gleich Haltung

Ein möglicher Grund für die veränderte Befundlage der Forschung zu den personenzentrierten Bedingungen kann sein, dass nicht wirklich Personenzentrierte bzw. Klientenzentrierte Therapeuten untersucht wurden.

Jerold Bozarth schreibt zur Forschung in den USA der 70er und 80er Jahre, dass der Grossteil der Forschung mit Therapeuten durchgeführt wurde, die nicht in ausreichender Form über die klientenzentrierten bzw. personenzentrierten Einstellungen verfügen. Er stellt die berechtigte Frage, ob dann noch Personenzentrierte Therapie untersucht wird. Denn es mache, so Bozarth, einen Unterschied, ob Therapeuten Fertigkeiten praktizieren oder personenzentrierte Grundhaltungen entwickelt haben (Bozarth 1983).

„Vielleicht liegt der Unterschied zwischen Klientenzentrierten Psychotherapeuten und Therapeuten anderer Psychotherapieschulen im Glauben an die fundamentalen Annahmen des theoretischen Konzepts. Andere Therapeuten können zwar die Einstellungen in unterschiedlicher Ausprägung realisieren, handeln aber des öfteren nach anderen theoretischen Grundannahmen.“ (Bozarth 1983, 46)

Die gleiche Ansicht vertreten Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995), wenn sie schreiben, dass sich der Zusammenhang zwischen Merkmalen des gesprächstherapeutischen Beziehungsangebotes und Therapieerfolg oft nur bei Klientenzentrierten Psychotherapeuten findet, auch wenn die anderen im Mittel als genauso kongruent, wertschätzend und empathisch eingeschätzt werden.

Das Menschenbild und die Überzeugung tragen demnach wesentlich zur Wirksamkeit der Personzentrierten Psychotherapie bei.

Die Durchführung der Verhaltensweisen gemäß der operationalen Definition der Konzepte ist nicht das Gleiche, wie eine personzentrierte Grundhaltung nach Rogers' Vorstellungen zu realisieren.

Corcoran schreibt in diesem Zusammenhang über Empathie: „The necessary condition of sensing the feeling of the client has been replaced with perception and reflection of affect, the meaning and content of the client's message. Thus accurate empathy by definition is a communication process, which may not reflect the empathic experience.“ (Corcoran 1981, 31)

Empathie ist ein Prozess zwischen Therapeut und Klient. Der Therapeut muss nicht immer die Gefühle und Bedeutungen des Klienten explizit wiedergeben, um empathisch zu handeln.

Zeitgeist

Die weniger positiven Forschungsergebnisse dieser Zeit sind vielleicht auch ein Hinweis darauf, dass empirische Forschung bei aller Objektivität auch dem Zeitgeist unterliegt.

Stubbs und Bozarth veröffentlichten eine qualitative Ergebnisstudie über Wirksamkeitsforschung. Sie unterscheiden verschiedene Phasen in der Psychotherapieforschung, in denen ihrer Meinung nach jeweils eine Lehrmeinung vorherrschend ist. Die Resultate empirischer Forschung entsprechen oft dieser Lehrmeinung. Und sie meinen, dass die gängige Sichtweise einige Zeit eben die war, dass die personzentrierten Bedingungen zwar wichtig, aber nicht ausreichend für psychotherapeutisches Handeln sind (Stubbs/Bozarth 1991). Möglicherweise kann andere, nicht dem main stream entsprechende Forschung weniger Öffentlichkeit gewinnen, bzw. werden Einschränkungen der Ergebnisse je nach Erwünschtheit mehr oder weniger bewertet.

Differentielle Psychotherapieforschung

Ein weiterer möglicher Grund des Zweifels daran, ob die personzentrierten Bedingungen hinreichend sind, ist das Aufkommen der differentiellen Psychotherapieforschung in diesem Zeitraum, die untersucht, welches therapeutische Handeln welche Effekte bei welchen Klienten zeigt.

Auch im Personzentrierten Ansatz wurden Wirkungen differentiellen Handelns untersucht, obwohl diese Form der Forschung häufig den fundamentalen personzentrierten Prinzipien widerspricht. Im Personzentrierten Ansatz wird eine bestimmte Beziehung angeboten. Wenn der Klient dieses Angebot nicht sofort annehmen kann, bedeutet das noch nicht, dass es sofort auf seine Angemessenheit geprüft wird. Ein Nicht-annehmen-Können kann ein wichtiger Teil des Therapieprozesses sein (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995). Hier ein Beispiel zur differentiellen Psychotherapieforschung: Frank, Schweizer und Strote (1983) unter-

suchten die differentielle Effektivität verbaler Konfrontation in der Klientenzentrierten Beratung. Die Autoren teilten die Versuchspersonen (= Klienten) in zwei Kategorien (represser und sensitizer) und untersuchten, wie das Merkmal Konfrontation (eine Erweiterung der Basisvariablen: Es werden bestimmte Aspekte des Problems durch den Therapeuten verdeutlicht) auf diese Klienten wirkt. Dabei mussten pro Sitzung 3 Konfrontationen vorgegeben werden.

Selbst die Autoren meinen, dass dies natürlich keine ideale Situation ist, da emotionale Berührtheit im therapeutischen Prozess wesentlich wäre. Es ist, wie ich glaube, deutlich, dass solches Vorgehen der personzentrierten Theorie widerspricht. Auch in der Personzentrierten Therapie verändert sich das Verhalten des Therapeuten durch die Person des Klienten, allerdings in der empathischen Gemeinsamkeit mit diesem. Zudem ist die Einteilung der Klienten in Kategorien und natürlich das Intervenieren nach einem vorbestimmten Schema nicht personzentriert (letzteres ist auch unethisch).

Begrüßenswert an der differentiellen Forschung ist der Wunsch nach Weiterentwicklung und wissenschaftlicher Überprüfung von Personzentrierter Psychotherapie.

Neuere Forschung

In den 80er und 90er Jahren erfährt der Personzentrierte Ansatz innerhalb der Psychotherapieforschung wieder eine Aufwertung. Es wird deutlich, dass der Personzentrierte Ansatz nicht nur eine der bestbeforschten Therapierichtungen ist, auch seine Wirksamkeit steht ausser Zweifel (Orlinsky/Howard 1986; Grawe/Bernauer/Donati 1990).

Trotzdem ist es möglich, dass die Wirksamkeit des Ansatzes noch unterschätzt wird. Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995) meinen, dass durch die Art der Untersuchungen die Veränderungen durch Personzentrierte Therapie oft zu niedrig eingeschätzt wurden. Sie meinen beispielsweise zur Überblicksarbeit von Grawe, Bernauer und Donati (1990), die ja der Personzentrierten Therapie durchaus Wirksamkeit bescheinigt, dass die von den Autoren verwendeten Studien meistens eine zu kurze Therapiedauer (durchschnittlich 10,8 Sitzungen) aufweisen, d. h., dass es sich nicht um reguläre Therapieabschlüsse handelt und Veränderungen erst im Gang sind oder in Gang kommen.

Zudem haben die meisten Studien keine Katamnese, also keine Untersuchung der Veränderungen bei Klienten einige Zeit (6 oder 12 Monate) nach Abschluss der Therapie. Es hat sich aber gezeigt, dass die Wirksamkeit des Personzentrierten Ansatzes in der Katamnese besonders deutlich wird.

Greenberg, Elliot und Lietaer (1994) berücksichtigen in ihrer Überblicksarbeit auch neuere Klientenzentrierte Psychotherapieentwicklungen sowie Studien, die nach 1983 erstellt wurden, und sie

kommen zu einer hohen Wirksamkeit des Personzentrierten Ansatzes, auch im Vergleich mit behavioristischen Verfahren.

Die Klientenzentrierte und Personzentrierte Psychotherapie erscheint heute wieder selbstbewusster und eigenständiger, was auch in der Forschung deutlich wird. Statt Methoden anderer therapeutischer Richtungen zu integrieren, geht es vermehrt um das Beforschen eigenständiger personzentrierter Entwicklungen. Hier ist besonders die Forschungsgruppe um Greenberg zu erwähnen.

Greenberg, Watson und Goldman (1996) untersuchten an der York Universität Kanada die Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie und Erfahrungsorientierter Therapie bei depressiven Patienten. Dabei wird die Erfahrungsorientierte Therapie als das Verfahren mit aktiveren Interventionen beschrieben, es folgt aber den personzentrierten Grundannahmen. Es wird u. a. untersucht, ob diese den klassischen Personzentrierten Ansatz effektiver machen. Die Autoren fanden, dass Klienten beider Gruppen bezüglich der Depression gleich gebessert waren. Die Besserungsraten entsprachen denen anderer Psychotherapierichtungen. Es gab aber in mancher Hinsicht qualitative Unterschiede bei den Ergebnissen. Erfahrungsorientierte Psychotherapie erzeugt mehr Selbstwertgefühl, erhöht das Funktionieren im interpersonalen Bereich und senkt das allgemeine Leidensniveau deutlicher.

Greenberg, Watson und Goldman fanden auch, im Unterschied zu Carl Rogers, dass Klienten nicht in allen Aspekten ihres Seins immer offener werden, sondern dass sie lernen, mit den problematischen Aspekten ihres Lebens besser umzugehen. Jedoch wie in den Untersuchungen der 50er und 60er Jahre war es auch bei dieser Studie so, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung stark gebesserte und wenig gebesserte Fälle unterscheidet. Und die Studie zeigt weiters, dass die Tiefe des Erfahrungsprozesses die Besserungsrate beeinflusst. Zusätzlich beschreiben die Autoren, dass hohe Erregung und emotionaler Ausdruck gemeinsam mit, wie sie es nennen, „Exploration an den äussersten Enden der Erfahrung des Klienten“ Veränderung bewirken können.

Bei beiden Techniken wird auch von negativer Kritik seitens der Klienten berichtet. Die Kritik am Personzentrierten Ansatz betrifft die vermeintliche Passivität des Therapeuten, jene an der Erfahrungsorientierten Psychotherapie die empfundene Künstlichkeit der Interventionen.

Ausblick

Der Personzentrierte Ansatz, wie die Psychotherapieforschung ganz allgemein, wendet sich der Suche nach neuen Methoden zu, die psychotherapeutische Prozesse angemessen beschreiben und erklären können. Auch in der Personzentrierten Psychotherapie erscheint die Systemtheorie als wichtigster Ansatzpunkt.

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995) kritisieren die Zerlegung des Beziehungsangebotes des Personzentrierten Ansatzes in einzelne Variablen.

In unzähligen empirischen Untersuchungen wurde davon ausgegangen, dass die personzentrierten Einstellungen des Psychotherapeuten voneinander unabhängige Variablen sind, die direkt und linear kausal auf den Klienten bzw. die Klientin einwirken (unabhängige Variablen). Tatsächlich korrelieren die Variablen aber sehr hoch miteinander ($r = 0.7$; Tausch 1970).

Die Variablen wirken also in Verbindung zueinander, aber auch auf verschiedenen Ebenen. Psychologisch bedeutsame Veränderungen beim Klienten werden durch die Empathie eines kongruenten Therapeuten vor dem Hintergrund der Wertschätzung bewirkt.

Die beiden Variablen Wertschätzung und Kongruenz haben instrumentellen Charakter, sie müssen vorliegen, um Empathie zu ermöglichen. Auch die Empathie wirkt nicht unmittelbar, vermittelnde Variable ist die Selbstempathie des Klienten.

Für Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995) gibt es drei Arten von Zusammenhängen zwischen den Merkmalen im Prozess: Kausale, interdependente und moderierende. „Für ein als Beziehungsangebot verstandenes gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen ist ein anderes Forschungsmodell als der herkömmliche Variablenansatz erforderlich.“ (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995, 58)

Es wird zwar seitens des Therapeuten ein bestimmtes Beziehungsangebot angestrebt, aber das Therapeutenverhalten ist nicht die unabhängige und das Klientenverhalten nicht die abhängige Variable. Therapeuten- und Klientenverhalten sind vielmehr als wechselseitig abhängig zu betrachten. Wenn aber sowohl Therapeutenverhalten als auch Klientenverhalten zugleich unabhängige und wechselseitig abhängige Variablen sind, sind die Interaktionsmuster, d. h. das Verhalten und Erleben der Beteiligten im therapeutischen Prozess und ihre gegenseitige Beeinflussung, als abhängige Variablen zu betrachten.

Für die Psychotherapieforschung, und insbesondere für die Personzentrierte Psychotherapie, ist die systemtheoretische Betrachtungsweise die angemessene wissenschaftstheoretische Sichtweise. Diese greift die Tatsache auf, dass linear-kausale Prinzipien nur ein Teil von Erklärungen in den Naturwissenschaften sind. In der Neurobiologie beispielsweise finden komplexe ganzheitliche Prozesse statt, in denen Veränderung ganz anders vor sich geht. Sie kann von außen angeregt werden, ist aber nicht von außen klar steuerbar. Die Form der Veränderung ist durch die systemimmanente Struktur gegeben, äußere Gegebenheiten können eine Entwicklung zwar beeinflussen, aber nicht kontrollieren.

Überträgt man dies auf Therapieprozesse, so können Therapeut und Klient als System betrachtet werden, das sich wechselseitig beeinflusst. Es gibt keine kausal-lineare „wenn-dann Beziehung“

zwischen Therapeutenverhalten und Klientenverhalten. Das Verhalten des einen ist „lediglich auslösende Bedingungen für intern determinierte Zustandsänderungen“ des anderen (Maturana 1985, 151).

Rogers' Ideen sind mit einer systemischen Betrachtungsweise gut vereinbar.

Rogers beschreibt die sechs Bedingungen für eine hilfreiche psychotherapeutische Beziehung im Sinne eines Gefüges, das Entwicklungsprozesse anstoßen kann. Der Ausgang der Prozesse ist aber nicht von vornherein klar.

Auch die wichtigste personzentrierte Annahme, das Konzept der Aktualisierungstendenz, scheint mit dem Prinzip der Autopoiese aus der Systemtheorie verwandt zu sein. Ein autopoietisches System ist ein lebender Organismus, der von außen beeinflussbar ist und die Umwelt zum Überleben braucht. Er ist aber nicht direkt steuerbar, sondern stellt sich selbst immer wieder nach seinen inneren Strukturen her, wenngleich der Einfluss von außen Effekte zeigen kann (Maturana 1985).

Ein jedem Organismus eigenes Potential zur konstruktiven Veränderung in einer gegebenen Umwelt ist auch die zentrale Idee der Aktualisierungstendenz.

Psychotherapieforschung hilft, Phänomene der Psychotherapie immer erklärbarer und verstehbarer zu machen. Durch verbesserte und dem Forschungsgegenstand mehr entsprechende Methodik werden die Grenzen des Verstehens kontinuierlich erweitert. Dennoch gibt es heute viele Bereiche, die durch Forschung nicht erfassbar sind und zum jetzigen Zeitpunkt nur intuitiv-erfahrend erlebt werden können.

Dies ist unbestreitbar, doch muss das nicht zwangsläufig zu einer Ablehnung von Forschung führen, sondern kann auch als Herausforderung zu neuen Forschungsbemühungen verstanden werden.

Literatur:

- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1962), Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change, in: *Psychological Monographs* 76 (1962) 562
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1995), *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 1995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Bozarth, Jerold D. (1983), Gegenwärtige Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie in den USA, in: *GwG-info* 51 (1983) 38–51
- Corcoran, K. J. (1981), Experiential empathy. A theory of felt-level experience, in: *Journal of Humanistic Psychology* 21,1 (1981) 9–38
- Eysenck Hans J. (1952), The effects of psychotherapy: An evaluation, in: *Journal of Consulting Psychology*, 16 (1952), 319–324
- Frank, Renate / Schweizer, Jochen / Strote, Juliane (1983), Ein neuer Ansatz klientenzentrierter Beratung. Differentielle Effektivität der verbalen Konfrontation, in: *GwG-info* 51 (1983) 96–103
- Garfield Sol L. / Bergin Allen E.: Introduction and historical overview, in: Garfield, S. L. / Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York (Wiley) 1986
- Grawe Klaus (1988), Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 17 (1988), 1–7
- Grawe, Klaus / Bernauer, F. / Donati, R. (1990), Psychotherapien im Vergleich. Haben wirklich alle einen Preis verdient?, in: *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 40 (1990) 102–114
- Greenberg Leslie S. / Pinsof William M. (1986): Process research: Current trends and future perspectives, in: Greenberg, Leslie S. / Pinsof, William M. (Eds.), *The psychotherapeutic process. A research handbook*, New York (Guilford) 1986
- Greenberg, Leslie S. / Elliot, R. / Lietaer, Germain (1994), Research on experiential psychotherapies, in: Bergin, A. E. / Garfield, S. L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York (Wiley) 1994, 509–539
- Greenberg, Leslie S. / Watson, Jeanne C. / Goldman, Rhonda (1996), Change processes in Experiential Therapy, in: Hutterer, Robert / Pawlowsky, Gerhard / Schmid, Peter F. / Stipsits, Reinhold (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (Peter Lang) 1996, 35–45
- Höger, Diether (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie — ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse, Rainer / Howe, Jürgen (Hg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*, Heidelberg (Asanger) 1989, 197–222
- Kirschenbaum, Howard (1979), *On becoming Carl Rogers*, New York (Delacorte) 1979
- Lambert, Michael J. / Shapiro, D. A. / Bergin, A. E. (1986), The effectiveness of psychotherapy, in: Garfield, S. L. / Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York (Wiley) 1986, 157–212
- Maturana, Humberto R., *Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit: Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie*, Braunschweig (Vieweg), 1985
- Mitchell, K. M. / Bozarth, Jerold D. / Krauft, C. C. (1977), A reappraisal of the therapeutic conditions of the therapeutic effect of accurate empathy, non possessive warmth, and genuineness, in: Gurman, A. S. / Razin, A. M. (Hg.), *Effective Psychotherapy*, New York (Pergamon Press) 1977, 482–502
- O'Hara, Maureen (1995), Carl Rogers: Scientist or mystic?, in: *Journal of Humanistic Psychology* 35,4 (1995) 40–53; orig.: paper presented at UCLA Extension in meorial honor of Carl Rogers, Los Angeles, CA 1987

- Orlinsky, David E. / Howard, Kenneth I. (1986), Process and outcome in psychotherapy, in: Garfield, S. L. / Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York (Wiley) 1986
- Raskin, Nathaniel J. (1952), An objective study on the locus of evaluation factor in psychotherapy, in: Wolff, W. / Poecker, J. A. (Eds.), *Success in psychotherapy*, New York (Grune & Stratton) 1952
- Rogers, Carl R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology* 21 (1957), 95-103, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F. (Hg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers*, Mainz (Grünewald) 1991
- Rogers, Carl R. (1959b), A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy, in: Rubinstein, E. / Parloff, M. B. (eds.), *Research in psychotherapy. Proceedings of a conference*, Washington D. C., April 9-12, 1958, Washington D. C. (American Psychological Association) 1959 96-107
- Rogers, Carl R. (1959a), *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1961a), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: (Klett-Cotta) 1973
- Rogers, Carl R. (1963e), *Psychotherapy today. Or, where do we go from here?*, in: *American Journal of Psychotherapy* 17,1 (1963) 9-16
- Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (1954a), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*, Chicago (University of Chicago Press) 1954
- Rudolf, Gerd (1996), *Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis*, in: *Psychotherapieforum* 4 ,3 (1996) 124
- Sachse, Rainer / Maus, Claudia (1991), *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart (Kohlhammer) 1991
- Sauer, Joachim (1992), *Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie*, in: *Personzentriert* 2 (1992) 63-95
- Stengers, Isabelle (1996), *Verwendung wissenschaftlicher Modelle durch den Psychotherapeuten*, in: *Psychotherapieforum* 4,3 (1996) Supplement, 130
- Stubbs, Jeanne P. / Bozarth, Jerold D. (1994), *The dodo bird revisited. A qualitative study of psychotherapy efficacy research*, in: *Journal of Applied and Preventive Psychology (special issue)* 3 (1994) 109-120
- Tausch, Reinhard (1970), *Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe) 1970
- Tausch, Reinhard / Zehelin, H. / Fittkau, Bernd / Minsel, Wolf-Rüdiger (1970), *Variablen und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Gesprächen*, 1967, in: Tausch, Reinhard, *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen (Hogrefe) 1970
- Truax, Charles B. (1961), *A scale for the measurement of accurate empathy*, in: *Psychiatric Institute Bulletin* I,12 (University of Wisconsin) (1961)
- Truax, Charles B. / Carkhuff, Robert R. (1965), *Client and therapist transparency in the psychotherapeutic encounter*, in: *Journal of Counseling Psychology* 12 (1965) 3-9
- Truax, Charles B. / Carkhuff, Robert R. (1965), *Experimental manipulation of therapeutic conditions*, in: *Journal of Consulting Psychology* 29 (1965) 119-124

Biografie:

Mag. Madeleine Garbsch, Psychologin und Personzentrierte Psychotherapeutin, Fortbildung in systemischer Familientherapie, zur Zeit Tätigkeit an der psychologischen Studentenberatung Wien, Beschäftigung mit Psychotherapieforschung, empirische Arbeit zu Veränderungsprozessen.

Korrespondenzadresse:

*Mag. Madeleine Gartsch
1120 Wien
Tivoligasse 69/19*

Brigitte Pelinka

Klientenzentrierte Kindertherapie - Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers

Zusammenfassung: *In Gesprächen mit Kolleginnen fällt mir immer wieder das Erstaunen darüber auf, dass die konsequente Einhaltung der Rogersvariablen in der Kindertherapie schnelle und anhaltende Veränderungen bei den Kindern bemerken lässt. Selbst unter ungünstigen Bedingungen scheint das bloße „mit den Kindern spielen“ Erstaunliches zu bewirken. Mein Interesse gilt zuerst einer Frage, die sich durch meine Erfahrung in der Arbeit mit Kindern aufgetan hat. Wie kann ich mir erklären, dass die Grundvariablen, die ich seit Jahren in der Erwachsenentherapie anwende, bei Kindern eine noch deutlichere Wirkung auf deren Entwicklungsprozess ausüben? Es schien lohnenswert, die Gründe dafür bei Rogers selbst zu suchen. Das Kernstück dieses Beitrags ist der Versuch, anhand der Rogers'schen Persönlichkeitstheorie Hypothesen zu deren Relevanz in der Kindertherapie zu entwickeln.*

Die Klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche hat eine ungefähr siebzig Jahre lange Geschichte. In dieser Zeit hat sich das Verständnis von Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie weiterentwickelt und die Kindertherapie hat auch von dieser Entwicklung profitiert. Die praktische Bedeutung dieser Entwicklung wird hier anhand des Konstruktes der „Interaktionsresonanz“ von Behr dargestellt.

Stichwörter: *Klientenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Persönlichkeitstheorie, Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie, Geschichte der Klientenzentrierten Kindertherapie, Interaktion in der Klientenzentrierten Kindertherapie*

Rogers Persönlichkeitstheorie und Hypothesen zu deren Relevanz in der Kindertherapie

Die Grundausstattung des Menschen

Rogers (1959a, 48) setzt in seiner Persönlichkeitstheorie voraus, dass das Individuum in der frühen Kindheit die folgenden Eigenschaften besitzt:

- 1) Das Kind nimmt seine Erfahrung als Realität wahr; seine Erfahrung ist Realität. Das Kind lebt somit in einer Umgebung, die theoretisch betrachtet nur in ihm selbst existiert, die es selbst erschaffen hat.
- 2) Es besitzt somit ein potentiell größeres Gewahrsein seiner Realität als irgend jemand sonst, weil niemand seinen inneren Bezugsrahmen einnehmen kann.
- 3) Das Kind besitzt ein inhärentes Motivationssystem: die Tendenz zur Aktualisierung seines Organismus. Dies ist eine, dem Organismus als Ganzem innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten – dies jedoch nur in einer Richtung, nämlich so, dass der Organismus erhalten und weiterentwickelt wird. „Der innerste Kern der menschlichen Natur, die am tiefsten liegenden Schichten seiner Persönlichkeit, die Grundlage seiner animalischen Natur ist von Natur positiv, von Grund auf sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch.“ (Ebd. 99)
- 4) Es interagiert mit seiner Umgebung im Sinne dieser grundsätzlichen Aktualisierungstendenz.
- 5) Sein Verhalten ist der zielgerichtete Versuch des Organismus, seine erlebten Bedürfnisse nach Aktualisierung in der so wahrgenommenen Realität zu befriedigen.
- 6) In dieser Interaktion verhält sich das Kind als organisiertes Ganzes, als eine Gestalt.

- 7) Es ist in einen organismischen Bewertungsprozess eingebunden, der die Erfahrungen an der Aktualisierungstendenz misst (Aktualisierungstendenz als Regulationssystem). Erfahrungen, die als den Organismus erhaltend oder fördernd (befriedigend) wahrgenommen werden, werden positiv bewertet, solche, die die Erhaltung oder Förderung stören, (unbefriedigend) negativ.
- 8) Das Kind strebt nach den von ihm positiv bewerteten Erfahrungen und wendet sich von den negativ bewerteten ab.

Dieses Bild der Persönlichkeit ist die Grundlage für die anschließenden Hypothesen.

Vorrang der Subjektivität

Rogers beschreibt, dass das Kind, wie alle Lebewesen, ein inhärentes Motivationssystem und ein Regulationssystem besitzt (den organismischen Bewertungsprozess), welches durch seine "Rückmeldungen" den Organismus auf die Befriedigung seiner Bedürfnisse ausrichtet. Das Kind lebt somit in einer Umgebung, die theoretisch betrachtet nur in ihm selbst existiert, die es sozusagen selbst erschaffen hat. Realität ist also immer nur subjektiv und nie objektiv gegeben.

Das heisst, dass die Wahrnehmung der Umgebung diese selbst konstituiert, gleichgültig, in welchem Verhältnis diese zur "wirklichen" (objektiven) Wirklichkeit steht. Ein Kind kann z. B. von einer freundlichen, liebevollen Person aufgenommen werden. Wenn es jedoch diese Situation als fremd und furchterregend erlebt, dann ist es eben diese Wahrnehmung, die sein Verhalten bestimmt, und nicht die "Realität: freundliche, liebevolle Person".

Die Beziehung zur Umwelt ist sicherlich eine transaktionale; wenn die fortwährende Erfahrung der anfänglichen widerspricht, wird sich mit der Zeit die Wahrnehmung verändern, ähnlich wie die Beschreibung der RIGs¹ von Stern (1985). Rogers (1959a, 49) beschreibt jedoch weiter, "daß die wahrgenommene Realität, die für das Individuum eigentliche ist die sein Verhalten beeinflusst. Wir können von dieser Position aus theoretisch operieren, ohne die äußerst schwierige Frage nach der wirklichen Realität zu beantworten."

Hier wurde von Rogers eine erste wesentliche Relevanz für die Arbeit mit Kindern beschrieben. Für Kinder ist es selbstverständlich, dass ihre erlebte Realität ihr Verhalten bestimmt. Mogel (1996, 179) schreibt: „Das kindliche Spiel ist Wirklichkeit – und zwar in mehrfacher Hinsicht: Einmal ist das kindliche Spiel Gestaltung der Wirklichkeit, und zum anderen ist es Darstellung der Wirklichkeit gerade so, wie das Kind sie gegenwärtig erlebt, erfährt fühlt und interpretiert.“ Die Frage nach Objektivität stellt sich in der Kindertherapie,

zumindest bei jungen Kindern, nicht. Der Zugang zu ihrer unmittelbaren Wahrnehmungsebene ist somit mit weniger Hindernissen ausgestattet, als wir das in der Erwachsenentherapie gewöhnt sind.

Die Entstehung des Selbst

Die Aktualisierungstendenz beim Menschen beinhaltet, dass ein Teil der Erfahrungen des Individuums in einem Gewahrsein des Seins und des Handelns symbolisiert wird. Diese Art von Gewahrsein wird als Selbsterfahrung bezeichnet. Nur durch zwischenmenschliche Interaktion (Mutter-Kind-Beziehung) kommt es dazu, dass die Selbsterfahrung sich zu einem gestalthaft zusammenhängenden Komplex, dem Selbstkonzept, entwickelt. Bewusstsein wird von Rogers als Symbolisierung eines Ausschnittes unserer Erfahrung bezeichnet. Er denkt hier normalerweise an die Symbolisierung durch menschliche Sprache. Es können aber auch die vorsprachlichen Formen des Selbstempfindens als Selbsterfahrung im Rogers'schen Sinn verstanden werden.

Besonders die Tatsache, dass die Symbolisierung durch die Sprache bei Kindern in einen wesentlich geringeren Ausmaß stattgefunden hat, als wir das bei Erwachsenen vorfinden, hat eine große Bedeutung in der Kindertherapie: Erstens haben wir hier zum Teil noch unbeschriebene Blätter, die wir mit verbalen Symbolisierungen füllen können. Das bedeutet, dass das Selbstkonzept der Kinder, je jünger sie sind, desto flexibler ist. Und zweitens ist der Zugang zu den präverbalen und nonverbalen organismischen (Selbst)Erfahrungen durch das Spiel (Hauptkommunikationsmittel in der Kindertherapie) kein kleines Türchen, sondern ein riesiges Tor, das uns offen steht.

Die Entwicklung von Bewertungsbedingungen

Das Bedürfnis nach positiver Beachtung

„Mit dem Gewahrsein des Selbst entwickelt das Individuum das Bedürfnis nach positiver Beachtung. Dieses Bedürfnis ist ein Wesenszug des Menschen. Es ist allgegenwärtig.“ (Rogers 1959a, 49) Neuere klientenzentrierte Theoretiker weisen darauf hin, dass dieses Bedürfnis nach positiver Beachtung neben der Aktualisierungstendenz als zweites Axiom zu betrachten ist (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1997, 90ff).

Das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung

Die Befriedigungen oder Versagungen des Bedürfnisses nach positiver Beachtung werden verknüpft mit einer bestimmten Selbsterfahrung. Sie werden schließlich vom Individuum unabhängig von konkreten Interaktionen mit einem anderen erlebt. Derartig erlebte positive Beachtung beschreibt Rogers als positive Selbstbeachtung. Aus solchem Erleben entwickelt sich das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung.

1 Representations of interactions generalized.

Die Entwicklung von Bewertungsbedingungen

Die (Selbst)Erfahrungen des Kindes werden von den Bezugspersonen praktisch immer selektiv bewertet, in ähnlicher Weise entwickelt sich auch die Selbstbewertung selektiv. Wenn somit Selbsterfahrungen allein deshalb von der Person gemieden oder anerkannt werden, weil sie mehr oder weniger für die Selbstbeachtung relevant sind, dann hat sich in dieser Person eine Bewertungsbedingung entwickelt. Etwas weniger theoretisch ausgedrückt: Das Kind benötigt positive Beachtung. Durch die Art und Weise, wie das Kind behandelt wird, d. h. wie die Mutter auf sein Verhalten reagiert, erfährt das Kind Folgendes: „Mein Verhalten wird abgelehnt, also werde ich insgesamt abgelehnt.“ Das Bedürfnis nach positiver Beachtung ist jedoch so stark, dass schließlich sein Verhalten nicht nur mehr von organismischen Bedürfnissen gesteuert wird, sondern von der Wahrscheinlichkeit, durch sein Verhalten mütterliche Liebe zu erhalten. Das Kind lernt sich in gleicher Weise zu sehen, wie seine Bezugsperson: Es mag sich oder es lehnt sich ab. Das bedeutet, dass eigene Verhaltensweisen als positiv erachtet werden, die nicht wirklich als organismisch befriedigend erlebt werden. Es lebt nach „introjizierten Bewertungen“.

Für die therapeutische Arbeit mit Kindern bedeutet das: Therapie muss unter anderem im Leben des Kindes eine Balance zwischen den organismischen Bedürfnissen und deren Bewertungen und den „introjizierten Bewertungen“ herstellen. Im Gegensatz zur Erwachsenentherapie gibt es in der therapeutischen Arbeit mit Kindern in der Regel die Möglichkeit, nicht nur mit dem Individuum, das diese Balance in sich herstellen muss zu arbeiten, sondern auch die Personen zur Hand zu haben, die nicht in der Lage sind, das Kind positiv bedingungslos zu beachten. Es gibt einen doppelten Zugang. Wenn wir auch hier häufig die Erfahrung machen müssen, dass die Bezugspersonen nicht in dem Ausmaß zugänglich sind, wie wir uns das wünschen, so ist jedoch nicht zu unterschätzen, dass bedingungslose Wertschätzung der Eltern (diese werden schon durch die Tatsache, dass ihr Kind diese Form der Behandlung erfährt, wertgeschätzt) durch den Therapeuten etwas bewegen kann.

Das Entstehen von Inkongruenz und Kongruenz

Wegen des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung nimmt das Individuum seine Erfahrungen selektiv, d. h. den Bewertungsbedingungen entsprechend, wahr. Erfahrungen, die in Übereinstimmung mit den Bewertungsbedingungen sind, werden korrekt im Gewahrsein symbolisiert; Erfahrungen die den Bewertungsbedingungen widersprechen, werden selektiv wahrgenommen und verzerrt symbolisiert oder teilweise oder ganz dem Gewahrsein verweigert. Die Erfahrungen des Individuums beinhalten nunmehr Elemente, die nicht im Bild des Selbst enthalten sind; es kann nicht mehr eine einheitlich ganze Person sein. Es besteht eine „Inkongruenz zwischen dem Selbst und der Erfahrung“. Die Inkongruenz wird auch in den ein-

zelnen Verhaltensweisen spürbar, wenn diese zum einen Teil durch das Selbst und zum andern durch Aspekte von organismischen Erfahrungen, die nicht im Selbst enthalten sind, gesteuert werden. Die Inkongruenz kann vom Betroffenen selbst nicht wahrgenommen werden. Ein Kommunikationspartner spürt viel eher die Inkongruenz als der Betroffene selbst.

Durch bedingungslose positive Beachtung müssen keine Bewertungsbedingungen kreiert werden, sondern es wird der Einklang zwischen organismischer Bewertung und dem Bedürfnis nach positiver Beachtung und Selbstbeachtung erlebt – ein kongruenter Zustand ist die Folge.

Wir sind in der Arbeit mit Kindern in einem weitaus stärkeren Ausmaß in den Prozess der Entstehung von Bewertungsbedingungen involviert als das in der Arbeit mit Erwachsenen je sein kann. Hier besteht zwar die Gefahr einer oberflächlichen Verunsicherung, aber auch die Chance, die organismische Bewertung in bestimmten Selbsterfahrungen zu erhalten. Die Verunsicherung besteht in der Tatsache, dass durch den direkten Zugang zum organismischen Erleben (direkter Aufbau einer kongruenten Erfahrung) eine Spannung zur Inkongruenz des Kindes entsteht. Diese Spannung ist heilsam und förderlich, weil:

- 1) der kongruente Zustand nun verankert ist. Das wirkt sich auf die Inkongruenz aus, die Inkongruenz wird relativiert.
- 2) Die bedingungslose Wertschätzung der Eltern lässt das Bestehen auf deren Bedingungen nachlassen. Auch so kann eine Entspannung stattfinden, obwohl nie über Inkongruenz gesprochen wurde.

Wenn bei der therapeutischen Arbeit der Schwerpunkt das Verbalisieren und Intellektualisieren der Inkongruenz bleibt, das also das Instrument des Zugangs werden soll, wird das große Tor zum Organismischen zum Türchen. Wir arbeiten deshalb in der Kindertherapie mit einem völlig anderen Schwerpunkt, dem Herstellen oder Wiederherstellen eines adäquaten Erlebnisprozesses (das Herstellen nimmt in der Kindertherapie bei weitem mehr Raum ein als das Wiederherstellen). Das Spiel oder die körperliche Berührung bieten, wie auch die Traumarbeit oder das Focusing, die Möglichkeit des direkten Aufbaus einer neuen kongruenten Erfahrung.

Ein Beispiel: Thomas, ein sechsjähriger Bub, kommt seit einem halben Jahr in die Therapie. Seine Mutter schickt ihn diesmal vom Haustor alleine in die Praxis, weil die kleine Schwester im Kinderwagen eingeschlafen ist. Thomas begrüßt mich und plötzlich fällt ihm ein, dass er sein Spielzeug (er bringt jede Stunde etwas von zu Hause mit) im Kinderwagen seiner Schwester vergessen hat. Folgende Szene spielt sich ab: Tränen steigen in seine Augen und er wendet sich von mir ab und geht zwei Schritte von mir weg. Ich versuche Zugang zu finden: „Jetzt bist du traurig, weil dir das passiert ist

und du möchtest ohne dein Spielzeug nicht ins Spielzimmer kommen.“ Thomas weint und geht noch einen Schritt weiter weg (das Verbalisieren bewirkt hier sogar eine Distanzierung und nicht den gewünschten Kontakt). Ich gehe einen Schritt näher und fasse von hinten seine Schulter an und halte einige Sekunden fest. Thomas dreht sich um und geht ins Spielzimmer. Thomas' Mutter kann auf seine Trauer nicht einmal mit Verbalisierung, sondern nur mit Ärger und Wut reagieren. Er hat nie Halt erfahren, wenn er traurig war. In dieser Situation war es möglich, mit einer Berührung einen adäquaten Erlebnisprozess herzustellen.

Standortbestimmung der Kindertherapie in der klientenzentrierten Therapielandschaft

Die beschriebene Schwerpunktsetzung in der Kindertherapie ist in der Klientenzentrierten Psychotherapie an sich nicht ungewöhnlich. Sie hängt nur in diesem Fall nicht von der Therapeutenpersönlichkeit ab, sondern ist die logische Konsequenz der Applikation der Rogers'schen Persönlichkeitstheorie auf die Kindertherapie.

In der Klientenzentrierten Psychotherapie haben sich in den letzten Jahren unterschiedliche Schwerpunkte und Richtungen entwickelt. Zunächst einmal ist es sinnvoll, hier eine Standortbestimmung vorzunehmen und die Klientenzentrierte Kindertherapie zu positionieren. Wolfgang Keil (1998) hat drei Richtungen der Klientenzentrierten Therapie unterschieden:

Klientenzentrierte Therapie als individuelles, aber immer von den Grundhaltungen charakterisiertes Beziehungsangebot bzw. als personale Begegnung.

Klientenzentrierte Therapie als (Arbeit am) Gewährwerden der (störungsspezifisch verstehbaren) Inkongruenz.

Klientenzentrierte Therapie als (Wieder-) Herstellung eines adäquaten Erlebnisprozesses.

Es handelt sich in der klientenzentrierten Arbeit mit den Kindern, wie oben beschrieben, um die Herstellung oder Wiederherstellung eines adäquaten Erlebnisprozesses. Das ist die vorrangige Arbeit der Kindertherapeutin. Die Arbeit mit den Eltern der Kinder wird wohl eine Mischung aus personaler Begegnung im Sinne des Person-Centered Counseling und der Arbeit am Gewährwerden der Inkongruenz bestehen. Der klientenzentrierten Kindertherapeutin wird also höhere Flexibilität des Therapeutinnenverhaltens abverlangt. In der Erwachsenentherapie hängt es im wesentlichen von der Person der Therapeutin, bzw. ihrem jeweiligen Konzept ab, welcher Schwerpunkt die Arbeit mit den Klienten bestimmt.

Das Verständnis von Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie

Zur Geschichte der Klientenzentrierten Kindertherapie

Historisch können wir in der Klientenzentrierten Kindertherapie zwei Richtungen in den Beziehungskonzepten verfolgen. Zum einen das klassische Kindertherapiekonzept von Axline (1997) und das stark an Axline orientierte Konzept des Ehepaars Tausch (1976) einerseits und die Richtung von Schmidtchen (1991) andererseits. Beide Richtungen, so unterschiedlich sie auch sind, sehen die Therapeutin nur als sehr zurückhaltend mitspielend. Dies gilt sowohl für Schmidtchen, da er aufgrund seines behavioristischen Zuganges das Hier-und-Jetzt nur beschränkt mit einbezieht, als auch für Axline.

Axlines Beziehungsverständnis, dass Selbstentfaltung durch unbedingte Akzeptanz, nicht aber auch notwendigerweise die Thematisierung der Hier-und-Jetzt-Beziehung beinhaltet, gründet auf ihrem klientenzentrierten Verständnis vom Selbst. Meine Erfahrungen mit Kindern in meiner Praxis lassen aber das Selbstbild der zurückhaltenden, wenig mitspielenden Kindertherapeutin nicht zu. Ein Konflikt tut sich auf. Ist ein stark interaktiver Ansatz in der Klientenzentrierten Kindertherapie erlaubt?

Interaktion in der Klientenzentrierten Kindertherapie

In dem folgenden etwas ausholenden Exkurs werde ich diesen Konflikt, der übrigens sich nicht nur auf das Beziehungsverständnis in der Klientenzentrierten Kindertherapie beschränkt, in einen größeren Zusammenhang stellen. Van Balen (1992) beschreibt diesen Konflikt als historisches Dilemma des frühen Rogers'schen Beziehungsverständnisses. Ursprünglich war für Rogers das wichtigste Anliegen, das in den Mittelpunkt zu stellen, was den Kern des therapeutischen Handelns ausmacht. Dieses Eigentliche liegt für ihn in der Qualität der Beziehung. Die Beziehung muss wachstumsfördernd sein, in dem Sinn, dass sie das Potenzial des Klienten soweit wie möglich zur Entfaltung kommen lässt. Seine daraus folgende fast ausschließliche Betonung der Grundbedingungen, lässt die Klientenzentrierte Therapie so erscheinen, als ob es sich um eine Art stereotypen Angebots von Umgebungsfaktoren handle. Van Balen unterscheidet zwischen zwei Perioden im Verständnis der klientenzentrierten Therapiebeziehungstheorie, die eine logische Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie skizzieren; dies gilt analog auch für die Klientenzentrierte Kindertherapie.

Der Therapeut als Alter Ego

In dieser ersten Phase beschränkt sich der Therapeut praktisch darauf, dass er sein empathisches Verstehen zum Ausdruck bringt. Es handelt sich hier um eine einseitige Beziehung. Das „Heilende“ in dieser Beziehung besteht darin, dass der Therapeut durch sein

empathisches Teilnehmen spüren lässt, dass es keinen Grund zu Selbstverurteilung gibt. Daraus ergibt sich das Selbstverständnis von Virginia Axline und ihrer Methode, der "Nicht-direktiven-Kindertherapie". Es geht hier ausschließlich um die Schaffung eines wachstumsfördernden Klimas. Wechselseitige Interaktion steht ganz im Hintergrund. Die Therapeutin bewegt sich ausschließlich im "inneren Bezugsrahmen des Kindes".

Kongruenz im Dienste der Empathie

1957 fügt Rogers den Grundhaltungen Akzeptanz und Empathie die Kongruenz hinzu. Für Rogers war immer klar, dass Akzeptanz und Empathie authentisch sein müssen, um wirksam sein zu können. Was aber, wenn die tatsächlichen Gefühle des Therapeuten mit einer bedingungslos empathischen Haltung in Konflikt geraten? Rogers ist hier eindeutig: Die therapeutische Beziehungsqualität verlangt, dass auch jetzt Kongruenz Vorrang hat, das heißt, dass der Therapeut diese Gefühle zulassen und sie bearbeiten (Supervision) muss. Wenn diese Gefühle weiterbestehen, dann kann es nötig sein, den Klienten damit zu konfrontieren. In dieser Periode versteht sich der Therapeut nicht mehr als bloßes "Alter Ego", vor allem in jenen Momenten nicht, wo diese Haltung nicht wahrhaft wäre. Rogers versteht aber die Echtheit nicht als notwendiges Übel, sondern als wichtigen Zugangsweg zur Vertiefung der Beziehung.

Für die Kindertherapie, und nicht nur für diese, bedeutet das, dass die Kommunikation der Empathie weiterhin die eigentliche Arbeit der Therapeutin ist. Wesentlich ist weiterhin, dass das Kind nicht als zu analysierendes Objekt gesehen wird. Die Therapeutin muss sich nun nicht mehr ausschließlich im inneren Bezugsrahmen des Kindes bewegen, wohl aber muss sie ständig darauf ausgerichtet sein. Die Therapeutin folgt nun nicht mehr vorsichtig dem Kind und beschränkt sich nicht mehr auf das Reflektieren seiner Erlebnisinhalte, sondern bleibt dabei mit sich selbst in "Fühlung". Die parallele Aufmerksamkeit auf ihr eigenes Gefühl für die Situation bringt mit sich, dass sie auch mit eigenen Augen das Wahrnehmungsfeld des Kindes abtastet. Die Treue zum "Eigentlichen", nämlich der inneren Welt des Kindes, äußert sich nun im Prüfen der Wahrnehmung der Therapeutin an der des Kindes – das Kind bleibt so weiterhin der Experte für die Inhalte. Dies gilt sowohl für die Klientenzentrierte Therapie mit Erwachsenen als auch mit Kindern. Die therapeutische Beziehung wird vom Erleben beider getragen.

Die besondere Qualifikation der Klientenzentrierten Kindertherapeutin

Virginia Axline (1997) stellt in ihrem Standardwerk hohe Anforderungen an die Klientenzentrierte Kindertherapeutin. Hier ist die Rede von der „reifen Persönlichkeit“ bis hin zu „Selbstdisziplinierung“. All diese Eigenschaften sind für jede Therapeutin Grundvoraussetzungen. Deshalb ist es notwendig, die besondere Qualifikation der Klientenzentrierten Kindertherapeutin herauszuarbeiten.

Die abstrakte Erwachsenenwelt stößt auf die phänomenologische Kinderwelt

„Um das von Rogers geforderte genaue und sensible Verstehen der inneren Welt des Kindes zu realisieren, braucht der Therapeut ein kognitives Modell, das es ihm erlaubt, den ganzheitlichen, komplexen psychischen Prozess des Kindes zu strukturieren. Diese Strukturierung dient dem Therapeuten zur Ausrichtung seiner Wahrnehmung der Prozesse des Kindes und ist Verstehensgrundlage in ihm selbst. Ein solches umfassendes Modell, quasi eine Landkarte der inneren Welt des Kindes, könnte nach meiner Einschätzung zu einer wesentlich differenzierteren therapeutischen Arbeit mit Kindern beitragen. Ein solches Konzept hätte sich sowohl an allgemein psychologischen Kategorien (Emotion, Kognition, Motivation, ...), wie auch an der Rogers'schen Therapietheorie und ihrer Begrifflichkeit (Erfahrung, Selbstkonzept, Aktualisierungstendenz, ...) zu orientieren.“ (Hensel 1996, 218). Dieses von Hensel beschriebene kognitive Konzept setzt jedoch voraus, dass die Therapeutin die innere Welt des Kindes empathisch verstehen und adäquat mitteilen kann.

Der übliche Umgang mit Kindern ist gekennzeichnet von der Tendenz, Kinder in die Erwachsenenwelt zu ziehen (erziehen). Dazu ist es nicht unbedingt nötig, in die innere Welt des Kindes zu gehen. Kinder lernen und entwickeln sich aus sich heraus am besten, sie benötigen förderliche Bedingungen, insbesondere nicht-dirigierende Beziehungsangebote von Erwachsenen. Rogers' Grundprämisse, seine Theorie von der Selbstaktualisierungstendenz, bestätigt hier alle Grundhypothesen von pädagogischen Reformprojekten. In der Therapie haben wir aber unter anderem die Aufgabe, einen psychisch relevanten Kontakt herzustellen und die Welt des Kindes zu erschließen. Die abstrakte Erwachsenenwelt, die in einem hohen Ausmaß symbolisiert ist, steht einer weitgehend phänomenologischen Kinderwelt gegenüber.

Wie es der Kindertherapeutin gelingt, sich in dieser phänomenologischen Welt zu bewegen und dem Kind zu begegnen, hängt im wesentlichen mit deren individueller Konstitution zusammen. Axline hat es so beschrieben: "Der Therapeut ist der Kern jeder erfolgreichen Therapie. Mit Konsequenz muß er seine Technik verfolgen. Er muß Mut zu seinen Überzeugungen haben. Jede neue Beziehung muß er mit Vertrauen und Gelassenheit aufnehmen. Ein unsicherer Therapeut, voll von inneren Spannungen, schafft eine unsichere Beziehung zwischen sich und dem Kinde." (Axline 1997, 65)

Wie sicher ich mich als Therapeutin bewege, hängt davon ab, welche organismischen Erfahrungen von meinen Bezugspersonen erkannt und akzeptiert wurden, d. h. welche ich symbolisieren und in mein Selbstkonzept integrieren konnte. Deutlicher: „Das Selbstkonzept organisiert sich als gestalthafter Prozess, der das Verhalten des Individuums steuert, in dem er Erfahrungen bewusstwerden

lässt oder von der Gewahrdung ausschließt“ (Keil 1994, 7). Wenn ich als Therapeutin mit meiner eigenen Charakterstruktur vertraut bin, werde ich typische Reaktionsmuster bei mir eher wahrnehmen. Dies ist Voraussetzung dafür, sie nicht automatisch geschehen zu lassen, sondern mich für oder gegen ein bestimmtes Verhalten entscheiden zu können. So kann ich meine eigenen Gefühle in der Therapie nützen und mich als Resonanzboden für die Klientinnen zur Verfügung stellen. Das gilt natürlich für Klientenzentrierte Therapie insgesamt, sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Ein maßgeblicher Unterschied ist jedoch, dass durch die besondere Situation die emotionale Resonanz der Therapeutin häufig intensiver provoziert wird.

Eine andere Qualität der Kommunikation der Empathie

Mit Erwachsenen kommunizieren wir die Empathie meist verbal oder zumindest auch verbal. Diese Kommunikationsmöglichkeit stellt uns jedoch häufig den Blick auf andere Mitteilungsformen. Die Kindertherapeutinnen müssen mühsam wieder lernen, der Sprache ihre Priorität zu nehmen, denn Kinder wehren häufig verbale Rückmeldungen über Erlebnisinhalte ab. Beckmann-Herfurth (1996, 198) findet folgende Ebenen, den Kindern das empathische Verständnis, zu vermitteln:

Auf der Symbolebene: Die Therapeutin ist einfach da, innerlich beim Kind – Kinder spüren, ob man wirklich präsent ist.

Auf der Spielebene: Kinder weisen z. B. ihren Therapeutinnen gern Rollen zu, die sie selbst in ihrem Alltag als problematisch erleben, durch die Rollenannahme können Therapeutinnen stellvertretend das kindliche Erleben ausdrücken.

Hinzu füge ich noch die Ebene der körperlichen Berührung – durch Berührungen, wie Halten, Kämpfen usw. kann die Therapeutin ihr empathisches Verständnis dem Kind vermitteln.

Beispiel: Julia (8 Jahre) liebt es, in der Therapiestunde vorgelesen zu bekommen. Es ist eine Möglichkeit für sie, Nähe herzustellen. Ich rücke so nahe an sie heran, dass wir uns berühren und drücke mit dieser Bewegung aus, dass ich verstehe, dass sie Nähe möchte. In der nächsten Sitzung unterlasse ich diese Geste und beginne zu lesen. Julia rückt so nahe an mich heran, dass wir uns berühren. Sie ist nun selbst imstande, diesen Wunsch nach Nähe bewusst wahrzunehmen und zu befriedigen.

Interaktion und Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie – Interaktionsresonanz

Anhand des von Behr (1996) entwickelten Konstrukts der Interaktionsresonanz soll in diesem Exkurs die oben diskutierte Beziehungstheorie praktisch untermauert werden. „In den Spielstunden inszeniert das Kind Beziehungsmuster. Es bedient sich dazu ver-

schiedener Medien, die über die Sprache hinaus gehen, in der Regel des Spielens. Die Therapeutin interagiert mit dem Kind in den von ihm gewählten Medien. Sie gibt Resonanz in der Interaktion. Resonanz durch ihr Handeln im Medium. Dabei ist sie auf verbaler Ebene emphatisch, ist feinfühlig, stimmt sich auf Affekte ein, spiegelt zuweilen, allerdings nicht ‚wörtlich‘, das kindliche Handeln – die Therapeutin tut mehr als all dies, sie gibt durch ihre Interaktion Resonanz auf das Handeln des Kindes.“ (Behr 1996, 53) Behr schlägt für dieses Resonanz-Geben den Terminus „Interaktionsresonanz“ vor.

Das interaktive Selbst des Kindes aktualisiert sich während der Spielstunde über Medien. Behr hat sechs mediale Bereiche unterschieden. Er beschreibt, wie das Kind in diesen medialen Bereichen handelt und wie sich die Therapeutin interaktiv verhält. Diese spieltherapeutischen Interventionen sind unbedingt differentiell zu verstehen. Schwer gestörte Kinder (vor allem „frühgestörte“ Kinder) sind besonders in der Anfangsphase in der Therapie mit einer als Person voll präsenten, sich ganz einbringenden Therapeutin überfordert. Sie benötigen eine nachgehende, gewährende, konsequent nicht-direktive Therapeutenperson, ganz im Sinne der von Axline beschriebenen therapeutischen Grundprinzipien. (Deshalb erscheint mir die deutliche Unterscheidung zwischen den sogenannten Frühstörungen und anderen wichtig.) Interaktionelle Elemente im später beschriebenen Sinn kann es vereinzelt geben, aber nie im konfrontativen Sinn. Das muss sich im Laufe der Therapie entwickeln, und das Tempo dieser Entwicklung ist sehr individuell.

Behr unterscheidet bei den Spielformen sechs mediale Bereiche:

1. Das Regelspiel
2. Das Konstruktionsspiel
3. Das Rollenspiel
4. Direkte Auseinandersetzung und Kampf
5. Bildendes Gestalten
6. Sprachliches Interagieren

Hier soll nicht beschrieben werden, welchen phänomenologischen Wert diese medialen Bereiche grundsätzlich für das Kind haben. Beispielhaft wird an den beiden Bereichen „Regelspiel“ und „Konstruktionsspiel“ die „Interaktionsresonanz“ beschrieben. Diese beiden Bereiche habe ich deshalb gewählt, weil die freie Interaktion weniger Beachtung findet als z. B. beim „Rollenspiel“. Dies ist ein Grund dafür, dass diesen medialen Bereichen allgemein weniger „therapeutischer Wert“ zugetraut wird. (Das sind beispielsweise jene Spiele, wo Eltern sagen: „Schnapsen kann ich mit meinem Kind auch, dafür soll ich noch zahlen.“ Es fällt vielen Therapeutinnen schwer, dazu zu stehen, dass sie mit den Kindern spielen.) Bei der Beschreibung der Interaktionsresonanz handelt es sich um eine ganzheitlichere Umschreibung als bei den sonst verwendeten Kon-

strukturen, wie Affektabstimmung, Feinfühligkeit usw. Dieses Konstrukt ist eine Erweiterung der klientenzentrierten Grundkategorie Empathie. Es geht nicht nur um die Vermittlung der Empathie, sondern es hat viel mit dem "Authentisch-Sein" zu tun. Die Therapeutin reagiert handelnd und beziehungsorientiert auf das Handeln des Kindes, indem sie sich als präzente Person zu Verfügung stellt.

Beispiel 1: Das Regelspiel

Wenn ein Kind in der Therapiestunde ein Regelspiel wählt, kommt es zu einer ganzen Reihe von Interaktionsmöglichkeiten: Ausschauen des Spieles, Aufbauen, regelkonforme Spielzüge, Regelübertretungen, Gefühle bei Sieg oder Niederlage, usw. Die meisten Kinder übertreten einmal die Regeln. Das geschieht entweder möglichst unbemerkt oder lautstark formuliert. Der pädagogische Umgang besteht meist darin, auf die Einhaltung der Regeln zu pochen. Nicht-direktive Therapeuten im strengen Sinn nach Axline würden gewähren lassen und mögliche emotionale und gedankliche Prozesse des Kindes verbalisieren. Die größeren therapeutischen Möglichkeiten liegen jedoch auf der Handlungsebene.

Beispiel: Lukas wird beim Memory ungeduldig. Er hebt nicht nur eine Karte auf, sondern drei hintereinander. Ich reagiere, indem ich es ihm gleich mache. Es entsteht eine Diskussion und wir müssen in Verhandlungen treten. Lukas' Mogeln erzeugt bei mir eine Resonanz auf der Handlungsebene. Das Kind handelt interaktiv auf meine Person hin gerichtet und spürt mich in meinem ganzen handelnden Person-Sein. Meine Resonanz bezieht sich auf die Beziehung, und es kommt zu einem fairen Aushandeln. Somit kann das Regelspiel zu einer hoch interaktiven Beziehungsentfaltung und -klärung werden.

Die Interaktionsresonanz erfolgt hier entweder auf Basis der Akzeptanz oder auf der der Authentizität. Entweder ich akzeptiere die Spielhandlung des Kindes. In dem Fall begrüße ich die Regelveränderung eher mit Freude über die Kreativität und nicht mit Untertönen wie gönnerhaft, tadelnd usw., oder ich bin als Mitspieler mit gleichen Rechten präsent.

„Das Selbst des Kindes entfaltet sich in der Spielhandlung. Mehr als verbale Anerkennung und Akzeptanz hilft es der Selbstentfaltung, wenn das Kind durch Interaktionsresonanz spürt, dass die Spielhandlungen Resonanz erfahren: Die Therapeutenperson anerkennt und erlaubt durch ihr Handeln, indem sie alles aufnimmt, was das Kind tut, ihm aber nichts vorgibt, also nicht vor das Kind gerät. In frühen Phasen der Therapie kann es sinnvoll sein, dass die Therapeutenperson das Kind gewinnen und mogeln lässt. Das Kind muss sich so nähren, es kann dies noch nicht auf reifere Weise. Später benötigt es eine andere Therapeutenperson, eine voll präzente Person, die sich nicht übervorteilen lässt, das Kind nicht mehr einfach gewinnen lässt, sondern die greifbar und konkret als ganze Person da ist.“ (Behr 1996, 57)

Beispiel 2: Das Konstruktionspiel

Wenn Kinder in der Therapiesituation zu Konstruktionsmaterial greifen, stellt sich immer die Frage, ob und in welcher Form die Therapeutin mittun soll. Nicht-direktives Verhalten würde bedeuten, dass sie selbstverständlich ohne explizite Einladung nicht mitmachen soll. Behr schlägt vor, in einer Anfangsphase unspezifisch mit den Bausteinen zu hantieren. Blicke, Art des Bauens, Äusserungen des Kindes machen deutlich, ob und in welcher Form das Kind beim Bauen Kontakt haben möchte. Zu Beginn einer Therapie und bei schweren Störungen geht es immer darum, dem Kind Raum zu bieten, um dem Inneren eine äußere Form geben zu können. Auf der Handlungsebene bin ich nur "Zuträgerin".

Beispiel: Rosa (7), baut seit einigen Sitzungen mit KAPLA einen Turm, der so hoch ist, dass sie auf einen Sessel steigen muss, um das obere Ende zu erreichen. Sie bittet um meine Hilfe, die so aussieht, dass ich ihr die Bausteine reiche – was bedeutet, dass ich mich bücken muss um die Bausteine aufzuheben und ihr zu reichen. In dieser Sitzung beginne ich selbst einen Turm zu bauen. Es entwickelt sich ein lustvolles und turbulentes Um-die-Wette-Bauen.

Zuerst ging es darum, Rosa bei ihrem Spiel zu begleiten, ihr Raum und Hilfe zu geben. Bald konnte ich wahrnehmen, dass das "Hilfe-Geben" und in Folge "Hilfsarbeiten machen" in den Mittelpunkt des Geschehens rückten. Der Beziehungsaspekt bzw. die Beziehungserfahrung gewann an Bedeutung. Meine Interaktionsresonanz darauf, nämlich dasselbe wie sie zu tun, hat offenbar das Beziehungsthema getroffen. Es ging um Konkurrenz, die wir sehr lustvoll, in späterer Folge auch verbal (wer baut den größeren Turm?) austragen konnten.

Das Problem des Verbalisierens in der Klientenzentrierten Kindertherapie

Der Bereich des „sprachlichen Interagierens“ ist in der Klientenzentrierten Kindertherapie von besonderer Bedeutung. Handlungsleitend für das Prinzip der Interaktionsresonanz ist das Ziel, Erfahrungen zu symbolisieren, die nur unzureichend im Selbstbild des Kindes integriert sind. Behr weist in seinem Konzept der Interaktionsresonanz der Sprache sehr spezifische Funktionen zu. Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen habe die Symbolisierung sowohl über die Interaktionsresonanz als immer auch über sprachliche Resonanz zu erfolgen.

Ich stimme in diesem Punkt mit Behr nicht völlig überein. Aus meiner Sicht hat die sprachliche Resonanz nicht diese Bedeutung. Bei Kindern hat sprachliche Symbolisierung nicht in dem Maße wie bei Erwachsenen stattgefunden, der Zugang zur organismischen Erfahrung ist dadurch ein weitaus direkterer. Diese Tatsache ist zu nützen und nicht durch Überbewerten des sprachlichen Interagierens zu beschneiden. Die Vermittlung der Empathie durch Verbalisie-

ren ist zwar gängig, doch gerade in der Kindertherapie oder z. B. auch in der Klientenzentrierten Psychotherapie mit Behinderten können wir auf viele andere Möglichkeiten zurückgreifen (beispielsweise Körperkontakt, verschiedene Formen des Spiels usw.).

Das Problem des Verbalisierens in der Klientenzentrierten Kindertherapie ist immer wieder diskutiert worden, und wie beim Therapeutenselbstverständnis hat es auch hier die unterschiedlichsten Strömungen gegeben. Während bei Axline das Ziel der Gefühlsreflexion darin bestand, Einsicht zu vermitteln, und dies geschah im wesentlichen durch Verbalisieren, hat das Ehepaar Tausch (Tausch/Tausch 1976) dem Verbalisieren weniger Bedeutung beigegeben. Sie beschreiben das erlebnismäßige Mitschwingen als wichtigen Faktor empathischen Verstehens. In der weiteren Entwicklung der Klientenzentrierten Kindertherapie erfährt die Diskussion um das Verbalisieren einen erheblichen Differenzierungsprozeß.

Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Kindertherapie

Für die Klientenzentrierte Psychotherapie ist es charakteristisch, dass sie die personale Haltung und Einstellung der Therapeutin als entscheidend für den therapeutischen Prozess und seine Wirksamkeit betrachtet. Sie grenzt sich damit erheblich von jenen therapeutischen Richtungen ab, welche die Effektivität der Therapie von Raffinesse und Umfang der eingesetzten Methoden abhängig sein lässt. Tatsache ist aber, dass Therapie ein zielorientiertes Unterfangen darstellt und somit ein strukturiertes, zielorientiertes Vorgehen verlangt. Rogers selbst ist Techniken ziemlich neutral begegnet. Er sah in Techniken wie Traumarbeit, Hypnose, Suggestion und ähnlichem keinen wesentlichen therapeutischen Wert, aber eine Möglichkeit, die Grundvariablen zu kommunizieren. Insofern scheint es völlig egal zu sein, welcher Techniken wir uns bedienen, wenn wir sie als Werkzeug betrachten, um die hinreichenden und notwendigen Bedingungen zu schaffen und zu kommunizieren.

„Spieltherapie“ – Das Spiel als adäquate Kommunikationsform, nicht als Technik

Wenn wir uns damit beschäftigen, in welcher Weise wir unsere Wahrnehmung, unser emphatisch „Erspürtes“ mitteilen, so hat dies in einer angemessenen Sprache (Mittel der Kommunikation) zu geschehen. Nur so kann sich der Klient oder die Klientin verstanden fühlen. Es versteht sich von selbst, dass die Sprache der Kindertherapeutin somit eine andere ist als jene, die wir in der Erwachsenentherapie verwenden. Das Hauptkommunikationsmittel der Kinder ist das Spiel, wobei die Sprache je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes natürlich auch eine Rolle spielt. Somit verstehe ich das Spiel nicht als Methode oder Technik, sondern als praktische Umsetzung der Rogers'schen Therapietheorie. Der Ausdruck „Spieltherapie“ drückt also nicht aus, dass wir mit einer besonderen Technik Klientenzentrierte Psychotherapie betreiben. Wohl wissen wir aus der

Praxis, dass wir besonders in der Arbeit mit Kindern ein großes Repertoire an Material und Fertigkeiten gut brauchen können, um eine Therapiestunde befriedigend zu gestalten. Vielleicht gleichen wir damit auch das eine oder andere Mal die oben beschriebene Schwierigkeit der Kommunikation der Grundvariablen in der Kindertherapie aus. Wenn wir jedoch nicht die Technik oder das Material zum Inhalt machen, sondern sie als Werkzeug verstehen, ist das legitim. Es ist auch eine Wertschätzung des Kindes, uns mit adäquaten Hilfsmitteln in seine Welt zu begeben. Ein entsprechender Raum, entsprechendes Spielmaterial oder Grundregeln des Spiels usw. helfen uns, ein Klima zu schaffen, in dem das Kind wachsen kann – wir würden auch Erwachsenen nicht zumuten, eine Stunde lang zu stehen, sondern versuchen in unseren Räumen eine angenehme, ruhige Atmosphäre mit bequemen Sitzgelegenheiten zu schaffen. Hiermit soll deutlich gemacht werden, dass Spiel das adäquate Mittel der Beziehungsgestaltung mit dem Kind ist und nicht als Technik in der Kindertherapie zu verstehen ist. Ich schlage daher vor, nicht von „Spieltherapie“ sondern von Klientenzentrierter Kindertherapie zu sprechen.

Resümee

Die Klientenzentrierte Kindertherapie ist lange Zeit in der Fachdiskussion sehr vernachlässigt worden. Bis auf Klassiker wie Axline, Tausch, Goetze & Jaede hat es kaum theoretische Auseinandersetzungen mit dem Thema gegeben. In den Siebzigerjahren hat Schmidtchen einen sehr behavioralen Ansatz akribisch genau dokumentiert. Erst im letzten Jahrzehnt gibt es eine umfassendere Auseinandersetzung im deutschen Sprachraum. Das ist erstaunlich, denn der Ansatz eignet sich ganz besonders gut für die Arbeit mit Kindern und Eltern, wie ich in meinen Hypothesen darstelle.

Wie beschrieben, ist in der Kindertherapie eine besondere Qualifikation notwendig, um mit dieser sehr speziellen und äußerst komplexen Situation zurecht zu kommen. Dazu gehört eine klares Bild von Persönlichkeit und deren Entwicklung, genauso wie Klarheit darüber, wie Beziehung entsteht und welche Rolle sie in der Therapie hat. Nur diese Sicherheit und Klarheit schützt uns davor unsicher zu werden, wenn wir mit den Kindern „nur spielen“ und dabei auch noch Spaß haben. Diese Stabilität bekommen wir in erster Linie durch die methodenspezifische Aus- und Fortbildung. Natürlich ist die Auseinandersetzung mit anderen Ansätzen und Methoden, mit anderen Entwicklungstheorien und Therapie- und Beziehungstheorien dann besonders wertvoll, wenn es zu einer Überprüfung oder auch Bestätigung des Eigenen kommt. Hier gibt es dann auch eine Menge voneinander zu lernen. Die Grundvoraussetzung dafür ist aber die Stabilität in der eigenen therapeutischen Identität. In diesem Sinne wäre eine weitere Diskussion und Auseinandersetzung innerhalb des Klientenzentrierten Ansatzes über die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wünschenswert.

Literatur:

Axline, Virginia (1997), *Play therapy. The inner dynamics of childhood*, Boston (Houghton Mifflin) 1947; dt.: *Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*, München (Reinhardt) 1997

Axline, Virginia (1980), *Dibs. In search of self*, (Pelican) 177; dt.: *Dibs. Die wunderbare Entfaltung eines menschlichen Wesens*, Bern (Scherz) 1980

Beckmann-Herfurth, Erika (1996), *Die Person des Therapeuten. Ihre Bedeutung in der personenzentrierten Kindertherapie*, in: Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996, 195-217

Behr, Michael (1989), *Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung*, in: Behr, Michael / Petermann, Franz u. a. (Hg.), *Jahrbuch für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 1989, 152- 158

Behr, Michael (1996), *Therapie als Erleben der Beziehung*, in: Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996, 41-69

Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1997), *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch verstehen*, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 1997 (überarb. Aufl.)

Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (1996) (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996

Goetze, Herbert / Jaede, Wolfgang (1984), *Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*, München (Kindler) 1974, Frankfurt / M. (Fischer) 1984

Hensel, Thomas (1996), *Verbalisieren als empathisches Verstehen in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie*, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996, 217-243

Keil, Wolfgang W. (1994), *Rogers' Persönlichkeitstheorie. Skriptum zum Theorieseminar im Rahmen der ÖGWG-Ausbildung* 1994

Keil, Wolfgang W. (1998), *Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie*, in: *Person 1* (1998) 32-35

Keil, Wolfgang W. (o. J.), *Klientenzentrierte Therapie-Theorie. Skriptum zum Kompaktseminar 2 der ÖGWG*

Mogel, Hans (1996), *Spiel – ein fundamentales Lebenssystem des Kindes*, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd 1: Grundlagen und Konzepte*, Göttingen (Hogrefe) 1996, 179-191

Rogers, Carl R. (1942a), *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*, Boston (Houghton Mifflin) 1942; dt.: *Die nicht-direktive Beratung*. München (Kindler) 1972

Rogers, Carl R. (1959a), *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*, in: Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III, New York (McGraw Hill) 1959, 184-256; dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*, Köln (GwG) 1987

Rogers, Carl R. (1961a), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart (Klett) 1973

Sauer, Joachim (1997), *Zur Bedeutung der Diagnostik in der klientenzentrierten Psychotherapie*, in: *Psychotherapeut 3* (1996), 362-368

Schmidtchen, Stefan (1991), *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*, Weinheim (Psychologie Verlags Union) 1991

Stern, Daniel N. (1993), *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, Stuttgart (Klett-Cotta) 1993

Tausch, Reinhard / Tausch, Anne-Marie (1976), *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe) 1976

Van Balen, Richard (1992), *Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers*, in: *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 1992, Bd. 3, Salzburg (Otto Müller) 1992, 162-165

Biografie:

Brigitte Pelinka, geb. 1957, seit 1990 Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis.
Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Erziehungsberatung, supervisorische Tätigkeit im Bereich der Kindergartenpädagogik und Schule.

Korrespondenzadresse:

Brigitte Pelinka
A-1080 Wien
Josefstädter Strasse 21/9
E-Mail: brigitte.pelinka@eunet.at

Christine Wakolbinger

Der Therapieprozess in der Personzentrierten Kindertherapie

Zusammenfassung: *In diesem Aufsatz hält die Autorin den Therapieverlauf einer Personzentrierten Kindertherapie in ihren wesentlichen Schritten fest. Der Schwerpunkt wird dabei auf die sich laufend verändernde Beziehung zwischen Kind und Therapeutin gelegt. Weiters werden charakteristische Merkmale der einzelnen Therapiephasen anhand konkreter Beispiele herausgearbeitet.*

Stichwörter: *Personzentrierte Kindertherapie, Spieltherapie, therapeutische Beziehung, Therapiephasen*

Einleitung

In der Theorieentwicklung zur Klientenzentrierten Psychotherapie wurden von Rogers schon recht bald die Therapieprinzipien auch auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ausgedehnt (vgl. Rogers 1942a; 1951a).

Virginia Axline, eine Vorreiterin auf diesem Gebiet, schrieb in ihrem Standardwerk zur Kinder-Spieltherapie 1947: „Die Spieltherapie geht davon aus, dass das Spiel ein natürliches Mittel zur Selbstdarstellung der Kinder ist. Sie gibt dem Kind die Gelegenheit, seine Gefühle und Konflikte ‚auszuspielen‘ – genauso wie der Erwachsene sich in bestimmten Arten von Therapie über seine Schwierigkeiten ausspricht“ (Axline 1990, 14).

Unter den therapeutisch günstigen Bedingungen kommt es dabei beim Kind zu Wachstums- und Reifungsprozessen. „Da das Spiel das natürliche Medium für seine Selbstdarstellung ist, wird dem Kind die Möglichkeit geboten, angesammelte Gefühle von Spannungen, Frustration, Unsicherheit, Angst, Aggression und Verwirrung ‚auszuspielen‘. Dadurch gelangen Emotionen an die Oberfläche: das Kind stellt sich ihnen, lernt sie beherrschen oder aufgeben. Ist eine psychische Druckentlastung erreicht, beginnt es, seine Fähigkeit zu entdecken, eine eigenständige Persönlichkeit zu sein, selber zu denken, zu entscheiden und zu reifen und dadurch sich selbst zu verwirklichen.“ (Axline 1990, 20)

Wie nun diese Reifungsprozesse vor sich gehen bzw. was eigentlich Heilsames in einer Personzentrierten Kindertherapie geschieht, soll im Folgenden genauer betrachtet werden.

1. Grundsätzliches zum Therapieprozess

Axline nannte bereits 1947 die therapeutische Beziehung als heilsames Agens in der Therapie. Neben einem tiefen Vertrauen der Therapeutin in die Fähigkeit zur Selbstentwicklung eines jeden Kindes nennt sie die Beziehung als entscheidenden Faktor. „Während der Spieltherapie bildet sich zwischen dem Therapeuten und dem Kind eine Beziehung, die es dem Kind möglich macht, dem Therapeuten sein eigentliches Selbst zu zeigen. Ist dieses Selbst vom Therapeuten angenommen, und hat das Kind auf diese Weise etwas an Selbstvertrauen gewonnen, kann es die Grenzen für die Darstellung seiner Persönlichkeit weiter stecken.“ (Axline 1990, 28)

Untersucht man die aktuelle Literatur zur Personzentrierten Kindertherapie, so findet man immer wieder deutliche Hinweise darauf, dass die entscheidende Wirkvariable des therapeutischen Prozesses die Beziehung zwischen Therapeutin und Kind ist (vgl. auch Dauert/Fröhlich-Gildhoff 1995).

Götze (1981) meinte in seinem Aufsatz zur Personenzentrierten Spieltherapie: „Jede personale Beziehung wird mit unterschiedlicher Geschwindigkeit die Stadien ‚nichtdirektiv‘, ‚klientenzentriert‘, ‚personbezogen‘ durchlaufen. Das Ziel der Spieltherapie ist also in jedem Falle, möglichst schnell eine personenbezogene Beziehung zwischen den Beteiligten aufzubauen, eine Beziehung, die durch Partnerschaftlichkeit, gegenseitige Achtung, soziale Reversibilität im Sprechen und Handeln, wechselseitige Hilfe und Anteilnahme, Offenheit und Aufrichtigkeit gekennzeichnet ist.“ (Götze 1981, 42)

Dabei steht das Selbst des Klienten im Mittelpunkt, „das sich über die sich entwickelnde Beziehung zwischen Therapeut und Klient

und die sich entwickelnde Beziehung des Klienten zu sich selbst neu organisiert“ (Stumm 1992, 241).

Rogers sah den Therapieprozess als fließenden Prozess, auch wenn er versuchte, ihn in Stufen oder Phasen einzuteilen und Gesetzmäßigkeiten im Prozess darzustellen.

Gerade in der Kindertherapie ist solch ein Prozessgeschehen auch deutlich erlebbar, wobei im Kind ein Wachstums- und Reifungsprozess in Gang kommt, der es ihm schlussendlich ermöglicht, mit sich selbst in personenzentrierter Art und Weise umzugehen.

In der Theorie der Personzentrierten Kindertherapie wird nun davon ausgegangen, dass die Symptome und Verhaltensweisen eines Kindes, so unmöglich und unangemessen sie uns auch erscheinen mögen, den individuellen Versuch des Kindes darstellen, sein Problem zu lösen. Als Therapeutin verstehe ich diese Auffälligkeiten als die im Moment bestmögliche Antwort des Kindes auf eine bestimmte Lebenssituation vor dem Hintergrund dessen, was das Kind bisher erlebt hat. Ich spüre und merke daran, wie das Kind in Interaktion mit mir tritt, welche Fähigkeiten zu denken, zu handeln, zu fühlen es bisher entwickeln konnte.

In der therapeutischen Situation zeigen die Kinder deutlich, in welcher Entwicklungsphase sie in ihrem psychischen Wachstumsprozess unterbrochen wurden und sich eine starre Selbststruktur gebildet hat. Sie nehmen eine Beziehung zur Therapeutin auf, die genau jener entspricht, die sie zu ihren Bezugspersonen bzw. zu sich selbst haben und die zu den immer wieder gleichen Schwierigkeiten führt. So paradox es klingen mag, aber diese Art der Beziehungsaufnahme stellt den (oft verzweifelten) Versuch des Kindes dar, sein Problem, sein Defizit zu lösen, weiter zu reifen, indem es mit seinem Problemverhalten immer wieder darauf hinweist, dass es hier Schwierigkeiten hat.

Es lohnt sich, genauer hinzuspüren, was die Botschaft mir sagen will. Lange anhaltende Symptome sind immer eine Folge von Einschränkungen in der Entwicklung des Selbst, sind Zeichen der Inkongruenz, wenn wichtige Gefühle, Bedeutungen nicht gelebt werden können.

Das Kind wählt die bestmögliche Ausdrucksform für sich selbst, z. B. indem es auf unerträgliche Lebensumstände oder Missbrauchserfahrungen mit psychotischen Zuständen reagiert und sich so dadurch auch schützt. Es entwickelt eine charakteristische Form der Abwehr, und die ursprüngliche Verletzung wird nicht mehr gespürt. Diese Abwehr ermöglicht es dem Kind auch, in die nächste Entwicklungsphase einzutreten. Es versucht so auf seine Weise, mit den Problemen und Schwierigkeiten in seinem Leben zurechtzukommen.

Im Therapieprozess nehmen personenzentrierte Therapeutinnen das Kind so an, wie es sich im Augenblick präsentiert, wobei meistens eine der drei Basisvariablen von Rogers besonders gefordert ist. Das Kind zeigt eine für sich selbst charakteristische Form seiner Bedürftigkeit, die Therapeutin antwortet darauf besonders empathisch, wertschätzend oder kongruent.

Biermann-Ratjen (1993) hat in ihrem Modell der personenzentrierten Entwicklungspsychologie postuliert, dass in bestimmten Entwicklungsphasen des Kindes ganz bestimmte Anforderungen an die Bezugspersonen gestellt werden. So ist in den ersten sechs Lebensmonaten das Angenommenwerden, die uneingeschränkte Wertschätzung von besonderer Bedeutung, bis zum dritten Lebensjahr das Richtig-verstanden-Werden und danach ist die Kongruenz bzw. Inkongruenz der wichtigen Bezugspersonen der wichtigste Faktor für die kindliche Selbstentwicklung. „Wir gehen also davon aus, dass bei der Selbstentwicklung zu zunehmender Differenziertheit zunächst ‚positive regard‘ ganz allgemein und elementar eine Voraussetzung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des psychischen Lebens darstellt; dass bei der Integration von selbstreflexiver Erfahrung in das Selbstkonzept die Identifizierungen des kindlichen Erlebens durch wichtige Andere eine große Bedeutung haben und dass bei der Entwicklung der individuellen Identität des Kindes – in der Unterscheidung von anderen z. B. – an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung vor allem unbewußter Art durch die bedeutungsvollen Anderen Art und Ausmaß der Selbstentwicklung sehr stark beeinflussen.“ (Biermann-Ratjen 1993, 86)

Wenn das Kind nun zur Therapie kommt, gibt es Bereiche in seinem psychischen Erleben, die voll sind von Inkongruenzen, wo eine Weiterentwicklung nicht stattgefunden hat. Dazu kommen andere Bereiche, in denen das Kind kongruente Erfahrungen gemacht hat und in seiner psychischen Entwicklung fortgeschritten ist. Mit seinem auffälligen Verhalten nimmt es zur Therapeutin genau jene Art der Beziehung auf, die immer wieder zum Scheitern, zum Nicht-angenommen-Werden, zum Steckenbleiben im Prozess der Selbstentwicklung geführt hat und führt. Es zeigt seine charakteristische Form der Abwehr.

Indem nun die Therapeutin nicht wie die anderen Bezugspersonen oder das Kind selbst reagiert, sondern versucht, das Kind so anzunehmen, wie es ist, es zu verstehen und eine transparente Auseinandersetzung mit ihm zu fördern, ermöglicht sie dem Kind, ganz neue Beziehungserfahrungen zu machen. Damit werden steckengebliebene Entwicklungsprozesse wieder in Gang gebracht und es kommt zu einer „Bearbeitung von Beziehungsstörungen in und mittels einer aktuellen Beziehung“ (Pfeiffer 1993, 29).

Ein gutes Beispiel dafür ist der 8-jährige Stefan, dem ich in den Therapiestunden stundenlang Bilderbücher vorlas. Stefan nuckelte dabei am Schnuller und ließ sich von mir im Arm wiegen. Im Elterngespräch erfuhr ich später, dass Stefan in der Schule nach einigen Wochen sein mutistisches Verhalten aufgeben konnte und seine Außenseiterposition in der Klassengemeinschaft eine Verbesserung erfahren hatte, obwohl wir in unseren Stunden nie über die Schule gesprochen hatten.

Kinder provozieren oft Gefühle und Reaktionen der Therapeutin, die ihnen vertraut sind. So ist bei misshandelten Kindern immer wieder zu beobachten, dass sie die Therapeutin mit aggressivem Verhal-

ten wie Schlagen, Beißen, Treten, etc. provozieren, damit sie sie ebenfalls schlägt. Oberflächlich gesehen scheint es so, als ob sie damit die ihnen vertraute Bestrafung hervorrufen wollten. Hier ist zuallererst die Empathie der Therapeutin gefragt, sie muss verstehen, dass hinter diesem Verhalten der tieferliegende dringende Wunsch steht, sich in der therapeutischen Situation sicherer zu fühlen, da gerade misshandelte Kinder das freundliche Therapeutenverhalten auch als bedrohlich und ängstigend empfinden, weil sie oftmals Vertraulichkeit in der Beziehung mit Bedrohung gleichsetzen. Weiters muss dem Kind trotz seines Verhaltens Wertschätzung entgegengebracht werden, und zu allerletzt darf die Therapeutin sich nicht zu (versteckt) aggressiven Handlungen herausfordern lassen. Hier wird die Therapeutin als ganze Person gefordert, sie kann sich nicht hinter einer therapeutischen Rolle verstecken.

Wenn man dem Entwicklungsmodell von Biermann-Ratjen folgt, so kann das Kind in jeder Phase der Selbstentwicklung spezifische Inkongruenzen entwickeln. Es bleibt im Wachstumsprozess stecken, Abwehrprozesse finden statt, es wird auffällig, verhält sich „nicht altersentsprechend“. Es bleibt in seinem ungelösten Lebensthema und seinem dazugehörigen Kompensationsmuster haften.

In der personenzentrierten Kindertherapie ist es daher wichtig, das Kind genauso anzunehmen, wie es sich im Augenblick präsentiert und sich als ganze Person auf diese ganz spezielle Beziehung zum Kind einzulassen. Die Therapeutin hat dabei großes Vertrauen in die Selbstbestimmtheit und das Potential des Kindes.

Therapieverlauf an Hand eines Beispiels

Im Folgenden soll nun versucht werden, an Hand eines konkreten Therapieverlaufes mit einem achtjährigen Buben die einzelnen Phasen und Stadien einer Personenzentrierten Kindertherapie zu beschreiben, um so die theoretischen Inhalte auch anschaulich zu gestalten. Dabei wurden einige Daten soweit verändert, dass die Anonymität der Betroffenen gewahrt bleibt.

In der Einteilung des Therapieprozesses in drei Phasen folge ich dem Modell von Mearns und Thorne (1988). Sie unterscheiden Beginn, Mittel- und Endphase im therapeutischen Prozess.

Alfred ist 7,4 Jahre alt, als seine Mutter mit ihm in die Praxis kommt. Er kotet seit 6 Monaten fast täglich ein, allerdings nur zuhause. In einem einwöchigen Krankenhausaufenthalt konnten keine organischen Ursachen für die Enkopresis gefunden werden. Vom behandelnden Arzt wird der Mutter daraufhin empfohlen, mit Alfred eine Psychologin aufzusuchen.

Die Eltern von Alfred hatten sich vor 8 Monaten scheiden lassen, 2 Monate später begann Alfred einzukoten. Die Zeit vor der Trennung sei für alle Beteiligten sehr schwierig gewesen, es habe viel Streit unter den Ehepartnern gegeben. Alfreds Mutter hatte die Scheidung nach einigen außerehelichen Affären und Alkoholproblemen ihres Gatten eingereicht, als es ihr „endgültig reichte“. Sie drängte auch

sehr darauf, dass Alfreds Vater nach der Scheidung aus dem gemeinsamen Haushalt auszog. Kurz nachdem der Vater endgültig ausgezogen war, kotete Alfred zum ersten Mal ein.

Alfred hat noch einen 20-jährigen Bruder, der mit ihm bei seiner Mutter lebt. Mutter und Bruder empfinden die Trennung als große Erleichterung und sind sehr zufrieden mit ihrer jetzigen Situation.

Sorge bereiten der Mutter neben dem Einkoten auch die in letzter Zeit gehäuften Vorwürfe Alfreds, niemand hätte ihn lieb, er hätte große Angst, verlassen zu werden und wenig Selbstvertrauen.

Seit der Scheidung gibt es auch in der Schule gehäuft Probleme. Alfred besucht die 2. Klasse. Seine Lehrerin beschwert sich über Alfreds Unkonzentriertheit, er sei zu langsam, störe den Unterricht, raufe viel und folge ihr nicht.

Beginn der Therapie: Das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses

Die erste Therapiephase beginnt mit dem Kennenlernen des Kindes, wobei die Therapeutin Kontakt mit dem Kind aufnimmt und möglichst bald einen „Draht“ zum Kind bekommen sollte. Eine ganz wichtige Grundlage für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung ist dabei die Akzeptanz und Sympathie der Therapeutin dem Kind gegenüber.

Götze meint dazu: „Ziel ist es, das Kind so akzeptieren zu lernen, wie es sich momentan darstellt, obwohl es u. U. massive Verhaltensstörungen zeigt.“ (Götze 1981, 43)

Dabei hält sich die Therapeutin selbst eher zurück, bringt wenig von sich selbst ein, das Kind soll zuallererst seinen therapeutischen Freiraum erfahren. Götze nennt dieses Therapeutenverhalten nicht-direktiv. Dies bedeutet, dass die Therapeutin aus einer personenzentrierten Haltung heraus sich voll und ganz auf das Kind konzentriert, und sehr nahe am Erleben des Kindes bleibt. Das Kind muss ansatzweise spüren, dass es hier bei mir einen Entwicklungsraum hat, der gut und heilsam für es sein könnte.

Die Ausgangssituation einer Kindertherapie ist dabei grundlegend anders als in der Erwachsenentherapie. Das Kind fragt sich nicht, ob es in Therapie kommen möchte, sondern es wird von den Eltern geschickt. Das Kind kommt auch nicht von sich aus zur Therapie, es hat keinen Wunsch zur Veränderung, seine Probleme werden von ihm auch nicht als solche erkannt.

In der Erwachsenentherapie übernimmt der Klient die Verantwortung für sein Kommen, auch die Verantwortung für seine Problemarbeit liegt bei ihm. In der Kindertherapie ist einerseits manchmal intensive Elternarbeit erforderlich, andererseits ist es unbedingt notwendig, dass das Kind auch eigenmotiviert wird, es gerne zur Therapie kommt. Es muss also in relativ kurzer Zeit eine Übereinkunft, ein Arbeitsbündnis mit dem Kind entstehen.

Alfred ist für sein Alter sehr groß und kräftig gebaut. Er wirkt neugierig und etwas verlegen, als ich ihn begrüße. Bald nach Beginn des Gespräches klettert er auf den Schoß seiner Mutter und beginnt, mit ihr zu schmuse, und später, ihr die Bluse aufzuknöpfen und sich anzukuscheln. Wenn ich ihn direkt anspreche, überlegt Alfred lange, seine Antworten sind durcheinander und schwer verständlich. Er wirkt in dieser Situation auf mich wie ein kleines Kind, das die unbedingte Zuwendung seiner Mutter sucht und dabei nicht gestört werden möchte.

Als wir zum Thema Schule kommen, ändert sich das Verhalten Alfreds. Er geht nicht gerne in die Schule, fühlt sich von der Lehrerin ungerecht behandelt und ist sehr enttäuscht über seine schlechten Noten im Jahreszeugnis. Mir fällt auf, dass Alfred sich neben seine Mutter setzt, als er von der Schule erzählt. Er spricht nun auch völlig klar und deutlich, und ich habe seit unserer Begrüßung zum ersten Mal das Gefühl, zu ihm einen direkten Kontakt zu haben.

Später, als ich Alfred nach seinem Vater frage, setzt er sich auf einen eigenen Sessel. Stolz erzählt er, dass sein Vater Feuerwehrmann ist. Alfred besucht seinen Vater sehr gerne, er ruft ihn oft an, aber der Vater hat nur wenig Zeit für ihn, worüber Alfred sehr traurig ist. Seit der Scheidung sieht er ihn nur unregelmäßig, da das Besuchsrecht nicht eindeutig geregelt wurde.

Ich habe den Eindruck, dass Alfred sehr unter der Trennung von seinem Vater leidet, aber in seiner Familie wenig Platz für seine Trauer darüber ist. Mutter und Bruder sind zufrieden mit der jetzigen Situation; der Vater ist froh, dass er ausgezogen ist und lebt nun sein eigenes Leben, wo wenig Zeit für Alfred bleibt. Alfred vermisst den Vater sehr und wünscht ihn sich zurück.

Ich glaube, dass Alfred eigentlich sehr wütend über die Trennung seiner Eltern sein müsste und eventuell auch seine Mutter dafür verantwortlich machen könnte, da sie ja die Scheidung eingereicht hatte und Alfred miterlebt hat, wie sie darauf drängte, dass der Vater auszieht. Als Alfred von der Trennung von seinem Vater erzählt, sind jedoch Gefühle von Wut oder Zorn nicht spürbar, nur große Traurigkeit. Es scheint Alfred unmöglich zu sein, diese Gefühle zu spüren bzw. zu zeigen.

Die Beziehung zwischen Alfred und seiner Mutter ist sehr eng, und die Mutter schätzt am meisten seine Anhänglichkeit und Liebesbedürftigkeit. Wenn er ihr offen seine Wut und seinen Zorn zeigen würde, müsste er befürchten, seine Mutter zu verletzen und eventuell auch noch zu verlieren, so wie seinen Vater. Dies löst sicherlich große Ängste aus. Ich glaube, dass Alfred sich selbst wütende oder zornige Gefühle über die Trennung bzw. auf beide Elternteile nicht eingestehen kann. Ich vermute es deshalb, weil einerseits die Angst zu groß ist, auch von der Mutter verlassen zu werden, aber auch, weil Alfred zumindest zu seiner Mutter eine so enge Beziehung hat, dass aggressive Gefühle keinen Platz haben. So bekämpft er seine aufkeimende Wut mit noch anhänglicherem Verhalten und noch größerer Liebesbedürftigkeit, vielleicht auch aus der Angst heraus, seine Mutter würde dahinterkommen, dass er so zornig auf sie ist bzw. auch aus daraus resultierenden Schuldgefühlen.

Alfred ist Mamas Schmusekind, anhänglich, lieb und eher klein-kindhaft. Da passen aggressive Gefühle gar nicht dazu. Nur Traurigkeit und das Gefühl, dass niemand ihn wirklich lieb hat, kann Alfred empfinden. Da aber seine Gefühle von Wut und Enttäuschung so stark sind, dass sie einen Ausdruck brauchen, kotet Alfred ein, um zu zeigen, wie „beschissen“ es ihm geht. Da er nur zuhause und nie in der Schule einkotet, vermute ich, dass dieser Ausdruck seiner Gefühlswelt speziell gegen die Mutter bzw. die häusliche Situation gerichtet ist.

Alfred dürfte unbewusst sehr mit diesen Gefühlen beschäftigt sein, so lässt sich auch die Langsamkeit und Auffälligkeit in der Schule erklären.

Ich vereinbare eine wöchentlich stattfindende Spieltherapie mit Alfred, die insgesamt 24 Stunden dauert, und begleitende Gespräche mit der Mutter in größeren Abständen. Insgesamt fanden drei Gespräche statt.

Von Vorteil ist, dass kleinere Kinder es durchaus gewohnt sind, dass die Eltern bestimmen, was es tut oder wohin es gehen soll, z. B. in die Schule, zum Turnunterricht, etc. Aus Sicht der Therapeutin ist es wichtig, dem Kind klar zu sagen, wozu man da ist. Einer meiner Standardsätze zur Erklärung meiner Aufgabe ist: „Ich rede mit Kindern über ihre Gefühle und Probleme oder ich spiele mit ihnen, wenn sie Lust dazu haben.“ Gerade mit älteren Kindern klar zu besprechen, warum sie hier sind, ist wichtig. Eine Aufklärung über Rahmenbedingungen, Zeitstruktur und die Schweigepflicht sind erste Gesprächspunkte, die dem Kind etwas an Sicherheit in der Beziehung zur Therapeutin geben.

Barrett-Lennard (1990) meint, dass die Anerkennung der eigenen Verantwortung für den Therapieverlauf entscheidend ist. Bei Kindern sagt die personzentrierte Therapeutin zu Beginn oft Folgendes in vielleicht abgeänderter Weise: „Du bestimmst, was wir hier in dieser Stunde gemeinsam tun, es gibt nur einige wenige Regeln. Es ist deine Stunde.“ Dies ist eine oft völlig neue Situation für das Kind, und manchmal haben die Kinder ein Problem mit dieser Freiheit, dann ist mehr Struktur seitens der Therapeutin notwendig. Meistens jedoch wird nach anfänglichem Zögern ausprobiert und getestet, ob es auch wirklich stimmt, was die Therapeutin versprochen hat.

Manchmal haben Kinder einen starken Leidensdruck, zum Beispiel wenn sie einnässen oder einkoten und deshalb von anderen Kindern ausgespottet werden. Hier gelingt es meist leicht, in die Therapie einzusteigen. Oft aber ist es so, dass die Kinder misstrauisch sind, unwillig, verschlossen und böse, weil sie wieder einmal zu einem „Doktor“ geschleppt wurden. Sie stellen zwar ein ständiges Ärgernis für Eltern und Lehrer dar, haben selbst jedoch keinen Leidensdruck wegen ihres sogenannten „auffälligen Verhaltens“.

Auf jeden Fall muss es in den allerersten Stunden gelingen, ein Arbeitsbündnis herzustellen, oder die Kinder verweigern die Therapie. Hier sind sie oftmals viel ehrlicher und direkter als erwachsene Klienten.

Wie gelingt es nun, eine Beziehung zum Kind herzustellen, was geschieht genau, damit ein Kind im Therapiezimmer beginnen kann, Vertrauen zu fassen, etwas von seinen Gefühlen zu zeigen, um später Zugang zu seinen Verletzungen zu finden, zu seinen falschen Symbolisierungen und Inkongruenzen?

Im Unterschied zur Erwachsenentherapie ist die Therapie mit Kindern viel mehr durch Handlungen als durch Worte definiert. Das Interesse und die Zuneigung der Therapeutin wird ebenfalls eher durch ihre Handlungen deutlich. Die Therapeutin akzeptiert alle Äußerungen und Handlungen des Kindes, es gibt nur sehr wenige Regeln, wodurch das Kind lernt, dass im Therapiezimmer gestattet und akzeptiert wird, was normalerweise "draußen" untersagt ist. Die Therapeutin wird alles ernst nehmen und darauf reagieren, was auch immer vom Kind kommt, z. B. wenn es nicht mit ins Therapiezimmer will, die Mutter dabei haben will, das Spielen verweigert.

Mearns und Thorne (1988) erwähnen in diesem Zusammenhang für den Therapiebeginn die Gegenwärtigkeit des Therapeuten: er ist zuverlässig da und wehrt so wenig wie möglich vom Klienten ab. So kann vom Kind langsam mehr und mehr Vertrauen in der Beziehung entwickelt werden.

Alfred nimmt von der ersten Therapiestunde an eine sehr intensive Beziehung zu mir auf. Anfänglich ist es ihm sehr wichtig, alles ganz genau nach Vorlage zu spielen, er korrigiert mich oft im Spiel und ist sehr unzufrieden, wenn ich nicht genau das tue, was er sich von mir wünscht. Er hat wenig Freude am Spiel, es geht ihm eher um Ordnung und Genauigkeit. Er räumt alles sofort wieder ordentlich weg. Manchmal bittet er mich sehr verschämt um Hilfe, wenn ihm etwas nicht gelingt.

Ich habe den Eindruck, dass es Alfred sehr wichtig ist, alles richtig zu machen und im Spiel gut zu sein. Er möchte zwar unbedingt, dass ich auch gut spiele und droht mir Strafen an, wenn ich nicht gut genug bin, gleichzeitig hält er es aber nicht aus, wenn ich auch einmal ein Spiel gewinne. Ich werde dann sofort bestraft oder Alfred sucht sich ein anderes Spiel aus. Später erfahre ich von Alfred, dass er viele ältere Freunde hat, die sich oft über ihn lustig machen, wenn er nicht mithalten kann, und von seinem großen Bruder, der vom Vater bevorzugt wird, weil er schon älter und vertrauenswürdiger ist.

Am Ende der ersten Stunden läuft Alfred hinaus und begrüßt seine Mutter überschwenglich. Er geht des Öfteren während der Stunde hinaus, um nachzusehen, ob es der Mutter gut geht und ihr nicht langweilig ist.

Die Therapeutin muss das Kind annehmen können, so wie es sich im Moment präsentiert. Für das Kind ist es eine oftmals ganz neue Erfahrung, nicht sofort gemäßregelt und verurteilt zu werden. Die Therapeutin ist zu Beginn nur auf das Kind gerichtet, sie wartet ab,

was kommt, und versucht, sich auf das Kind einzustellen. Sie geht auf alles ein, was kommt und nimmt alles ernst.

Die Therapeutin zeigt auch Respekt vor dem Kind, dadurch spürt es, dass es hier sein wahres Selbst zeigen kann. Dies geschieht oft durch subtile Verhaltensweisen der Therapeutin, wie z. B. in der Therapiestunde nicht zum Telefon zu gehen, die Stunden einhalten, aufräumen, fünf Minuten vor Schluss das Ende der Stunde ankündigen.

Es wird auf das Kind kein Druck ausgeübt, was und wie es in den Stunden spielen soll. Dadurch kommt es zu einer schrittweisen Entspannung des Kindes, es kann die Echtheit des therapeutischen Klimas erleben und sich langsam freier und offener ausdrücken.

Das Kind steht im Mittelpunkt, es kann über sich selbst und die Situation verfügen. Es entdeckt, dass es sich selbst entfalten darf und tun kann, was es will, es wird trotzdem angenommen. Zuerst ist das Kind misstrauisch, oft auch neugierig, es ist eine ungewohnte Situation. Dann werden erste tastende Versuche unternommen. Wenn hier die Therapeutin adäquat reagieren kann, indem sie erstens die Signale und Versuche bemerkt, sie zweitens annehmen kann und drittens dem Kind zeigt, dass sie es verstanden hat, ist ein erster wesentlicher Schritt getan.

In der zweiten Therapiestunde hat Alfred einen Streckverband am rechten Zeigefinger. Auf meine Frage, was passiert sei, erzählt er mir, dass er sich mit der Brotschneidemaschine geschnitten hat. Ich merke, dass da noch etwas ist und frage noch genauer nach. Da bricht es aus Alfred heraus, dass er doch genau wisse, wie man Brot schneidet und dass er doch nur nicht gewußt hätte, dass man beim Brotscherzelschneiden den Schieber verwenden muss. So sei es ihm passiert, dass er sich geschnitten hat. Er ist ganz verzweifelt und weint beinahe, weil ihm die Mutter nun streng verboten hat, die Maschine jemals wieder anzugreifen und sie ihm nicht glaubt, dass die Verletzung nur durch Unwissenheit passiert ist.

Nachdem Alfred Verständnis und Annahme seiner Kränkung und Traurigkeit über den Vorfall gefunden hat, beruhigt er sich schnell und sucht sich ein Spiel aus.

Dieses Eingehen und Annehmen geschieht durch feine Affektabstimmungen der Therapeutin auf das kindliche Spiel und die kindlichen Gefühle. Diese Gefühle, die bisher nicht gehört wurden oder keine Resonanz gefunden haben, wurden vom Kind aufgrund seines starken Bedürfnisses nach emotionaler Zuwendung seitens der Bezugspersonen verleugnet und abgewehrt und führten so zu den Inkongruenzen.

Die Affektabstimmung ist heilsam, sie schafft Gemeinsamkeit mit dem Kind, und es kommt zu einem ersten Ausdruck seiner bislang nicht ausgedrückten Gefühle.

In diesem Zusammenhang sind Untersuchungen von Säuglingsforschern interessant, die feststellten, dass in der Interaktion zwischen Mutter und Kind feine Gefühlsabstimmungen passieren, die rhythmisch ablaufen. Da Inkongruenzen in Beziehungen entstanden

sind, also Beziehungsverletzungen darstellen, ist eine Heilung auch nur durch Beziehung möglich. In der Kindertherapie sind diese Feinabstimmungen der Therapeutin auf das Kind oftmals schön erlebbar, indem beide im Spiel aufgehen und sehr intensiv oft auch nur ganz banale Dinge gemeinsam tun. So etwa mit dem 6-jährigen Christoph, der mit mir in einer der ersten Therapiestunden immer wieder mit Begeisterung farbige Kugeln aufs Papier malte. Er entdeckte die Welt der Farben und Farbmischungen für sich und war fasziniert, welche Farben bei ihm und mir beim Auftragen herauskommen konnten. In dieser gemeinsamen Begeisterung darüber entstand zwischen uns so etwas wie eine erste Gemeinsamkeit oder Berührung.

Behr (1996) zieht in diesem Zusammenhang starke Parallelen zwischen dem Konzept der Affektabstimmung von Stern bzw. dem der Feinfühligkeit von Ainsworth und dem klientenzentrierten Konzept der Empathie. Er meint, dass diese beiden Konstrukte den Empathiebegriff „weiter auf eine nicht-sprachliche Ebene von Handlungen, Blickkontakt, Mimik, Körperberührungen, Lautmalereien, Spielverhalten, usw.“ transportieren (Behr 1996, 49).

In der vierten Stunde bringt Alfred einen Katalog mit und zeigt mir, welche Spielsachen er zuhause hat. Dann entdeckt er die Fingerfarben und wir machen Fingerabdrücke, wobei es Alfred nach anfänglichem Zögern großen Spaß macht, sich selbst und mir die Finger anzuschmieren. Er behält sich meinen Abdruck und bringt ihn stolz seiner Mutter hinaus. Später sagt Alfred zu mir: „In den ersten Stunden war ich ängstlich, aber jetzt gefällt es mir bei dir“, nimmt sich ein Spiel, bei dem Krokodile nach Kugeln schnappen, schnappt im Kampf mit mir „wie ein Verrückter“ nach den Kugeln und schreit dabei. Danach ist er körperlich erschöpft, wischt sich den Schweiß von der Stirne, wirkt aber ruhig und zufrieden.

Beim Abholen begrüßt Alfred freudig seine Mutter, sie geht aber nicht darauf ein, sondern schimpft mit ihm, weil er seinen Katalog im Therapiezimmer vergessen hat. Da wirft Alfred seiner Mutter ihre Tasche an den Kopf und läuft hinaus.

Beim Kind tauchen in der Therapiestunde langsam vage, ungelebte, nicht integrierte und unangenehme Gefühle auf, auf die die Therapeutin im Spiel und in der Interaktion adäquat reagiert. Dadurch kommt es zur Symbolisierung einer ungelebten Möglichkeit, wobei sich das Kind als Urheber seiner Handlungen empfindet. Das Beispiel von Alfred in der vierten Stunde zeigt, dass plötzlich aggressive Gefühle auftauchen, einen Raum bekommen, wobei sie später auch der Mutter gegenüber, aber noch sehr unkontrolliert und unreflektiert, zum Durchbruch kommen.

Pawlowsky (1992) bezeichnet den Therapeuten als die Wachstums-umgebung des Kindes. Es geschehen sehr differenzierte, feinfühlig abgestimmte Beziehungen zwischen Klient und Therapeut, die oftmals auch auf einer nonverbalen Ebene ablaufen.

In manchen Kindertherapien wird viel gesprochen, in manchen

gar nichts und trotzdem findet im Kind ein Heilungsprozess statt. Davon ausgehend liegt der Schluss nahe, dass Veränderung auch durch nonverbale Symbolisierungsprozesse möglich ist.

Das Kind macht in der Therapie Interaktionserfahrungen, die zunächst noch nicht verbal symbolisiert werden können. Erst ist ein auf die kindlichen Inszenierungen „... abgestimmtes, in jedem Fall zugleich authentisches Verhalten der Therapeutenperson ...“ gefordert. „Gelingen solche Prozesse, so kommt es zu Symbolisierungen grundsätzlicherer Bedeutung, die in den Therapien meist einen bedeutsamen Schritt markieren. Es konnte in der Therapie Beziehung erlebt werden.“ (Behr 1996, 52)

Vor der nächsten Stunde sagt mir Alfreds Mutter, dass Alfred heute nicht gerne gekommen ist. In der Therapiestunde holt sich Alfred den Szenokasten und plagt sich sehr, mit den Bausteinen Eisenbahnschienen aufzulegen. Er ist sehr böse mit sich selbst, dass es nicht so recht klappen will und sagt mehrmals: „Aber jetzt bringe ich mich wirklich um, wenn es nicht klappt“, so verzweifelt ist er. Als er es dann doch endlich geschafft hat, soll ich der Lokführer sein, aber der Zug und das Haus gehören Alfred. Ich darf nur am Haus vorbeifahren und auftanken. Dann kommt ein Sturm und alles wird weggefegt. Alfred wirkt jetzt sehr zufrieden und räumt mit mir auf.

Von dieser Stunde an verhält sich Alfred seiner Mutter gegenüber anders. Er sitzt vor Therapiebeginn nicht mehr auf ihrem Schoß, geht auch während der Stunden nicht mehr hinaus und beginnt, sich bei der Eingangstüre zu verstecken und seine Mutter beim Weggehen zu erschrecken (ein beliebtes Spiel, das ich auch immer wieder bei anderen Kindern beobachte).

Barrett-Lennard (1990) erwähnt für die Eingangsphase der Therapie, dass die aufkommende Bewusstheit beim Klienten, dass seine Gefühle am wichtigsten sind, zum zentralen Therapiefortschritt zählt. Bei Kindern sieht es so aus, dass die Erfahrung: „Ich werde angenommen, so wie ich gerade bin, auch mit meinen ganzen Eigenheiten und Schwierigkeiten“ Vertrauen schafft und zum Weitergehen im Therapieprozess führt.

Das Kind erzählt oder zeigt testweise etwas von seinem Problem, und wenn die Therapeutin darauf eingehen kann, verbal oder nonverbal, wächst das Vertrauen in die therapeutische Beziehung. Ein Klima des Akzeptiertwerdens sorgt dafür, dass das Kind sich als anerkannt erfährt, und es kommt zu einer Auflockerung seines als Reaktion auf Bedrohungen erstarrten und verfestigten Selbst.

Mearns und Thorne (1988) weisen darauf hin, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Länge des Therapiebeginns und der Bereitschaft zur Therapie beim Klienten besteht. Der Therapiebeginn dauert manchmal lange, erst wenn sich ausreichend Vertrauen in der therapeutischen Beziehung etabliert hat, sind weitere Schritte möglich und die Klienten wagen sich auf unbekannte Gebiete vor.

Mittelteil der Therapie: Gegenseitigkeit entsteht

In ihrem Standardwerk beschreibt Axline, wie wichtig eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeutin und Kind ist. „Haben sie erst einmal Vertrauen zu einem Therapeuten gefaßt und diesen ebenso angenommen wie er sie, dann gewähren sie ihm Einblick in ihre Gefühlswelt, wodurch der Horizont von beiden, vom Kind und vom Therapeuten, eine Ausweitung erfährt.“ (Axline 1990, 29)

Dieser Satz von Axline steht für den gesamten Mittelteil der Therapie. Darin steckt nicht nur die Betonung der Wichtigkeit einer vertrauensvollen Beziehung. Es klingt so leicht und bedeutet oft monatelange intensive Arbeit miteinander, bis das Kind die Therapeutin auch ebenso annehmen kann wie sie das Kind. Gerade wenn erstes Vertrauen geweckt wurde, wird die Therapeutin getestet, ihre Grenzen werden ausgelotet, sie wird im Spiel ermordet und geschlachtet, Befehle werden ausgeteilt und es wird keinerlei Rücksicht auf Wünsche oder Bedürfnisse der Therapeutin genommen. Immer wieder kommt es zur Konfrontation der Therapeutin mit dem Symptomverhalten des Kindes, bis die Inkongruenz aufgelöst werden kann und bislang abgewehrte Erfahrungen im Selbstkonzept integriert werden können.

Erst am Ende dieser intensiven Phase des Arbeitens miteinander wird beim Kind der Blick frei für die Therapeutin als eigenständigen Menschen mit eigenen Bedürfnissen und Wünschen.

Die Auseinandersetzung mit dem Symptom, der Inkongruenz

Dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Kind und TherapeutIn entstanden ist, äußert sich im Spielverhalten. So ist in dieser Phase oft ein Übergang von Regelspielen zu mehr Rollenspielen oder Phantasiespielen zu beobachten. Dies ist ein entscheidender Punkt, das Kind kann die Sicherheit des Regelspiels zugunsten von Phantasiespielen verlassen und sich auf neues Terrain vorwagen.

In der Beziehung zur Therapeutin werden dabei jene Interaktionsmuster wiederholt, die das Beziehungsverhalten zur Umwelt und zu sich selbst prägen. Sie sind oft festgefahren und beim Kind aus Gefühlen der Unzulänglichkeit, der Wut, des Sich-nicht-Verstanden-fühlens entstanden. Der Klient löst im Therapeuten oft Gefühle aus, die dessen privater Logik entsprechen. Die Kind-Therapeutinnen-Beziehung hat dabei immer eine Doppelfunktion. Die der realen Beziehung, die z. B. im Regelspiel herauskommt oder bei der Begrüßung, und die Übertragungsbeziehung, die oft in Rollenspielen deutlich wird. Alte Beziehungsmuster werden dabei in der therapeutischen Situation immer wieder durchgespielt.

In einer gelungenen Spieltherapie ist es dem Kind möglich, neue Beziehungserfahrungen zu machen und damit ein Stück mehr an Selbstakzeptanz zu erreichen, sich weiterzuentwickeln. Die Therapeutin spürt beim Spiel, was das Kind in ihr auslöst, und sie arbeitet mit diesen Gefühlen, indem sie sie dazu nützt, sich besser in die

kindliche Gefühlswelt hineinzusetzen und zu verstehen, worum es dem Kind im Spiel geht. Sie ist somit eine Art Resonanzkörper zum kindlichen Gefühlserleben.

Mit ihren Handlungen und verbalen Rückmeldungen zeigt sie, dass sie verstanden hat, worum es dem Kind geht.

Behr (1996) schlägt den Begriff Interaktionsresonanz für die spieltherapeutischen Interventionen der Therapeutin vor. Er versteht darunter eine Erweiterung und Modifikation des Empathiebegriffes. Die Therapeutin reagiert „handelnd und beziehungsorientiert auf das Handeln des Kindes, indem sie sich als präzente Person zeigt und sich innerhalb der Beziehung in die Waagschale gibt“ (Behr 1996, 53).

Ab der neunten Stunde spielen wir oft Fußball oder Handball, wobei ich bestraft werde, wenn ich nicht ordentlich spiele, gleichzeitig aber kaum eine Chance habe, weil Alfred mich ständig beim Punkte zählen oder beim Toreschießen austrickst. Ich fühle mich in meiner Rolle chancenlos, auch einmal zu gewinnen, und dem goodwill von Alfred ausgeliefert. Kaum könnte ich gewinnen, ändert Alfred wieder die Spielregeln. Langsam begreife ich, dass Alfred hier seinem eigenen als minderwertig erlebten Selbst Ausdruck verleiht. Ich zeige im Spiel meinen Ärger und meine Frustration über meine Versagerrolle und Alfred beobachtet mich dabei sehr aufmerksam. Er genießt es, dass ich mich ärgere und dass er der Stärkere ist. In der 11. Stunde kommt er mit kleinen Plastikfiguren, wie einem Sportlehrer und Schülern, und Alfred spielt den Superman-Sportlehrer, der alles kann und von allen bewundert wird. Er genießt es, so stark zu sein und meint, dass er, wenn er groß ist, gerne ein so tüchtiger Sportlehrer werden möchte.

Kinder schneiden von sich aus im Spiel eine Vielzahl von Themen an, die sie beschäftigen, und sie lassen sich dabei so weit ein, wie sie können. Wenn die Therapeutin verstehen kann, was hier gespielt wird, worum es geht, sind weitere Schritte und ein weiteres Einlassen möglich. Das Kind zeigt dann mehr von den sonst nicht geäußerten Gefühlen. Sie werden dann oft zur Seite gelegt und eventuell Stunden später wieder aufgegriffen. Kinder bestimmen ihr Tempo selbst, wie weit sie gehen wollen und können. Dies entspricht auch einer Grundidee in der Personzentrierten Kindertherapie: „Kinder werden ihre Probleme dann lösen, wenn die Bedingungen es zulassen und sie dazu bereit sind, und sie tun es dann auf ihre Weise.“ (Dاونert/Fröhlich-Gildhoff 1995, 38)

In der personzentrierten Theorie wird davon ausgegangen, dass eine frühe Beziehungsstörung zwischen Kind und Eltern zum Entstehen von Inkongruenz geführt hat. Durch die neuen Beziehungserfahrungen, die das Kind in der therapeutischen Beziehung macht, „kann es zu einer schrittweisen Selbstveränderung und auf diesem Wege zu einem Abbau von Inkongruenz ..., d. h. einer Zunahme von Kongruenz und der Fähigkeit angemessener Symbolisierung, kommen“ (Dاونert/Fröhlich-Gildhoff 1995, 43).

Oft ist es so, dass die Kinder der Therapeutin Anweisungen geben, wie sie sich in einer Rolle zu verhalten hat. Manchmal spielen die Kinder dabei ihre Macht und ihre starke Position aus, indem sie die Therapeutin herumkommandieren. Hier wird die Therapeutin auf die Omnipotenz- und Machtgefühle des Kindes eingehen.

Manchmal ist es jedoch auch so, dass das Kind der Therapeutin im Rollenspiel zeigen will, wie es ihm in seinem Leben geht, indem es ihr all das antut, was es selbst aushalten muss. Hier wird die Therapeutin ihre eigenen Gefühle zeigen, wie es ihr in dieser Rolle geht, um stellvertretend für das Kind seine Gefühle auszudrücken. Beim Kind entsteht hier oft zum ersten Mal der Eindruck, dass es einen Menschen gibt, der es versteht, und gleichzeitig hat es die Sicherheit, dass alles nur ein Spiel ist und es nicht erzählen muss, wie hilflos, minderwertig, elend es sich fühlt. Trotzdem ist gerade eine solche Vorgangsweise hilfreich, auch wenn das Zugeben-Können erst später kommt.

In Kindertherapien ist es ähnlich wie in den Erwachsenentherapien, ein Problem muss immer wieder bis auf den schlimmsten, tiefsten Punkt durchgearbeitet und erfahren werden. So wird dasselbe Spiel immer wieder wiederholt, darin finden sich kleine Veränderungen, bis das Thema erledigt ist. Bei passender Resonanz der Therapeutin geht das Kind dann einen Schritt weiter im therapeutischen Prozess.

Manchmal wird ein Spiel auch deshalb immer wieder gespielt, damit die Therapeutin endlich versteht, worum es geht. Pawlowsky (1992, 131) meint dazu, dass das Nicht-Verstehen des Therapeuten den Klienten ermutige, weiter zu suchen und neues Material zu liefern, solange, bis der Therapeut versteht. Gleichzeitig wird beim Klienten etwas gelöst und in dem Suchprozess wird Selbststruktur gebildet. Dabei ist die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient entscheidend, d. h. eine gute Beziehung zum Kind wird das Kind immer wieder ermutigen weiterzusuchen, es wird durch das Nicht-Verstehen des Therapeuten nicht entmutigt.

Oft genug versteht die Therapeutin die komplexe symbolische Ausdrucksweise des Kindes nicht sofort, aber sie lässt das Kind gewähren in dem Vertrauen, dass das Spiel seine Berechtigung hat. Das Kind spürt dieses Vertrauen und fühlt sich trotz des Unverständnisses der Therapeutin damit angenommen und zeigt es ihr immer wieder, bis die Therapeutin endlich versteht, wobei dieses Verstehen auf verbaler oder nonverbaler Ebene stattfinden kann.

In dieser Therapiephase stellen Kinder oftmals Grausiges dar, Morde passieren, es wird aufgeschlitzt, zerstoehen, erwürgt, etc. Danach wirken sie oft erleichtert, und es scheint so, als ob sie durch diese konkreten Handlungen und Darstellungen ihre Ängste neutralisieren konnten.

Götze (1981) bezeichnet das Verhalten der Therapeutin in dieser Phase als klientenzentriert. Sie folgt dem Kind und geht auf die im

Spiel zum Thema werdenden Probleme des Kindes ein. Die Haltung und Einstellung der Therapeutin ist personzentriert, das heißt, sie stellt sich als Person zur Verfügung, sie nützt ihre in der Beziehung entstehenden Gefühle zum Verständnis der Beziehung zum Kind und der im Kind ablaufenden Prozesse. Sie lässt sich als Person ganz auf die Beziehung zum Kind ein und spürt genau nach, was sie z. B. beim „immer wieder erschossen werden“ empfindet, um ihre Empfindungen zu nutzen, besser zu verstehen, welchen Anteilen seiner Person das Kind hier Ausdruck verleihen will. Sie versucht, so einfühlsam wie möglich die kindliche Gefühlswelt zu erfassen und zu verstehen.

Neben dem Verstehen des Kindes und dem empathischen Rückmelden, das zu immer größer werdendem Vertrauen und Angenommensein beim Kind führt, wird in der Literatur immer wieder beschrieben, dass Grenzsetzungen zu einer entscheidenden Veränderung in der therapeutischen Beziehung führen (vgl. Dorfmann 1951; Daunert 1995). Rogers betont schon 1942 in Bezug auf Kindertherapien, dass eine klar definierte und gut strukturierte Situation hilfreich für das Kind sei, wozu auch klare Grenzen, die vom Therapeuten gesetzt werden, gehören (Rogers 1942a, 99ff). In einzelnen Fallbeispielen zur Kindertherapie weist er darauf hin, dass das Kind zwar die Erlaubnis hat, so wütend auf den Therapeuten zu sein, wie es nur möchte, aber klar ist, dass es den Therapeuten nicht schlagen darf. Er meint, dass diese Grenzen, wenn sie klar und deutlich formuliert werden, vom Kind durchaus akzeptiert werden und nur dann, wenn die therapeutische Beziehung mangelhaft gehandhabt wird, nicht akzeptiert werden können. Implizit weist Rogers schon in diesem sehr frühen Werk, ohne es jedoch deutlicher herauszustreichen, darauf hin, dass die Authentizität und die Transparenz des Therapeuten wesentlich für eine gelungene therapeutische Beziehung sind. Grenzen, die vom Therapeuten in Bezug auf Zeiten, Raum, Aggressionen, Geschenke, etc. gesetzt werden, tragen dazu bei, dass der Therapeut in eine personale Beziehung zum Kind tritt, wobei das Kind lernen soll, „dass Zuneigung wie Ablehnung Teile einer Beziehung sein können und dass die Beziehung selbst mit ihren Begrenzungen eine befriedigende Beziehung sein kann“ (Rogers 1942a, 101).

Rogers betont weiter, dass es wichtig ist, die negativen Gefühle des Kindes auf Begrenzungen des Therapeuten voll zu akzeptieren als Reaktion auf klare Grenzsetzungen. Mit dem heutigen Verständnis als personzentrierte Therapeutin gelesen heißt es nichts weiter, als dass Rogers implizit schon 1942 auf die Authentizität und die Transparenz des Therapeuten hingewiesen hat und eine personale Begegnung und Auseinandersetzung von Kind und TherapeutIn innerhalb der therapeutischen Beziehung als wirksamstes Agens des therapeutischen Prozesses formuliert hat. Gerade in der Kindertherapie ist die Therapeutin als Person gefordert, indem sie dem Kind ein echtes Gegenüber bietet.

Sie muss die Aggressionen gegen sich aushalten, sie akzeptieren und gleichzeitig klar und fest die Einhaltung der Grenzen vom Kind

fördern. Wenn es die Therapeutin schafft, hier einerseits die Beziehung zum Kind nicht abbrechen zu lassen und andererseits klar und fest zu bleiben, so ist ein großer Schritt getan. Das Kind erfährt, dass es trotz seiner Wut auf die Therapeutin nicht abgelehnt oder bestraft wird, seinen Zorn zeigen darf. Gleichzeitig erlebt es, dass die Therapeutin seine Wut auch aushält und sich selbst als Person nicht aufgibt. Damit bietet sie dem Kind jenen Halt, den es braucht, um sich nicht in seiner Wut zu verlieren und um sich in der Beziehung zur Therapeutin sicher zu fühlen. Nach solchen konstruktiven Auseinandersetzungen nehmen die Kinder oft von sich aus Rücksicht auf die Therapeutin und sind um ihr Wohlergehen besorgt (sehr schön nachzulesen in einem Fallbeispiel bei Dorfmann 1951). Eine personbezogene Beziehung nimmt hier ihren Anfang, und die Therapeutin wird immer mehr als Partnerin erlebt.

In der 12. Stunde will Alfred am Ende nicht gehen, er will unbedingt weiterspielen und so lange bleiben, bis er das Spiel gewonnen hat. Als ich ihm sage, dass es die letzten fünf Minuten der Stunde sind und wir leider nicht fertigspielen können, greift er zu den Schwertern und beginnt, mir zu drohen und auf mich einzustechen. Ich sage ihm, dass ich verstehe, wie wütend es ihn macht, jetzt aufhören zu müssen, aber wir auch ausgemacht haben, dass wir uns hier nicht absichtlich wehtun. Auf meine Frage: „Heute ist es sehr schwierig für dich, aufzuhören?“ antwortet Alfred: „Ja, weil ich jetzt zwei Wochen nicht komme“ (dies wusste ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht). Daraufhin mache ich den Vorschlag, dass Alfred die Schwerter in den (Polster)felsen schlagen soll und wir uns beide auf die nächste Stunde in drei Wochen freuen. Damit ist Alfred zufrieden, donnert die Schwerter in den Polster und läuft hinaus.

Durch diese konstruktiven Auseinandersetzungen, in der die Therapeutin als Person für das Kind spürbarer wird, aber auch durch das Verstehen- und Annehmen-Können von allem, was vom Kind kommt, entsteht immer mehr an Nähe und Intimität zwischen Kind und Therapeutin. Immer mehr inkongruente Erfahrungen werden aufgelöst und können korrekt symbolisiert in das Selbst integriert werden.

Mearns und Thorne meinen, dass in dieser Phase das Vertrauen in die Beziehung der wichtigste Punkt sei. Durch wachsendes Vertrauen entsteht mehr an Nähe und Intimität zwischen Klient und Therapeut und führt zum Weitergehen im therapeutischen Prozess.

Das wahre Selbst zeigt sich

Auch von Seiten der Therapeutin geschieht eine Beziehungsveränderung. Sie wird offener und verständnisvoller und sie zeigt mehr von ihrer Person, wodurch die Therapie immer mehr zu einem gemeinsamen Unternehmen wird. Furcht und Abwehr werden geringer, und die Kinder stellen oft Fragen, die sie schon lange beschäf-

tigen, in der Gewissheit, eine ehrliche Antwort zu bekommen. Diese Fragen und die ehrlichen Antworten der Therapeutin sind ein weiterer wichtiger Punkt im therapeutischen Prozess.

Kinder stellen oft Fragen, die ihnen sehr wichtig sind und die sie in dieser Form vielleicht noch niemals stellen konnten, da der Zugang dazu fehlte. So das 10-jährige Adoptivkind Florian, das zu Ende einer Therapiestunde, in der es hauptsächlich gespuckt, gefurzt und gerülpt hatte und es genossen hatte, dass ich in meiner Rolle als seine Sklavin alles für es tun musste (kochen, waschen, schlafen legen, etc.) mich sehr zaghaft fragte, ob ich ihn nun noch mögen könnte. Meine ehrliche Antwort, dass ich ihn gerne hätte, aber der Gestank von seiner Furzerei ziemlich unerträglich für mich sei, führte dazu, dass Florian mir anvertraute, wie wenig liebenswert er sich fühlte, und eine erste Auseinandersetzung mit der Frage, warum seine leibliche Mutter ihn nicht gewollt hatte, begann. Er furzte übrigens seitdem nie mehr in den Therapiestunden.

Solche für das Kind elementaren Fragen, die meistens darum kreisen, ob man auch liebenswert sei, berühren immer auch die Selbstakzeptanz.

In der 14. Stunde erzählt mir Alfred gleich zu Beginn, dass er seinen Vater zufällig aus dem Auto auf der Straße gesehen hat und sehr traurig darüber ist, dass seine Mutter nicht stehen blieb. Er klagt auch, dass er seinen Vater viel zuwenig sieht. Etwas später spielen wir ein Spiel, wobei Alfred sich an mich kuschelt und zum ersten Mal nicht unbedingt gewinnen muß. Ich beginne zu verstehen, dass dieser Drang, immer der Bessere sein zu müssen, bei Alfred auch damit zu tun hat, dass er sich oft abgelehnt fühlt und so diese Enttäuschungen zu überwinden sucht.

In der darauffolgenden Therapiestunde ist Alfred sehr unruhig, er nimmt sich ein Spiel, legt es bald wieder weg und weiß nicht so recht, was er tun soll. Auf meine Frage, ob ihn etwas bedrücke, zeichnet Alfred ein Bild, das einen Apfelbaum zeigt, der Vater die Äpfel abnimmt und Mutter, Alfred und der Bruder helfen, sie in Körbe zu geben. Er erzählt, wie sehr er sich wünschen würde, dass sie wieder eine Familie seien. Später erfahre ich, dass Alfred zu diesem Zeitpunkt einige Tage bei seinem Vater wohnte und dessen neue Freundin dort kennenlernte.

In dem sicheren therapeutischen Klima lernen die Kinder, auf sich selbst zu hören, und sich selbst mehr wahrzunehmen. Sie können auch erschreckende und bedrohliche Anteile bloßlegen, die Therapeutin akzeptiert auch diese, und das Kind lernt dadurch, sie selbst mehr wahrzunehmen und sich selbst auch mit diesen schrecklichen Anteilen mehr zu akzeptieren. Dadurch steigt die Kongruenz und die Selbstakzeptanz um so mehr.

Das Kind fühlt sich in der Therapiesituation verstanden, es hat verborgeneres Material hervor, es fühlt sich sicher, mit allem was es tut, respektiert und angenommen zu werden.

Neue Arten von Gefühlen und Verhaltensweisen können nun erforscht werden, die Therapeutin folgt dabei dem Kind, sie akzeptiert und respektiert das Kind, wodurch bislang zurückgewiesene Aspekte der Persönlichkeit nach außen gebracht und gemeinsam mit den akzeptierten Anteilen ins Selbst integriert werden können.

Der personzentrierten Theorie folgend wird damit die Eigenpersönlichkeit des Kindes gefördert, was über die Symptombeseitigung hinausgeht.

Es folgen nun einige Stunden, in denen sich Alfred viel mit seinen älteren Freunden auseinandersetzt. Er will mit ihnen unbedingt mithalten und von ihnen akzeptiert werden. Dabei kränkt es ihn sehr, dass sie immer wieder „Kleiner“ oder „Dicker“ zu ihm sagen. Gemeinsam entwickeln wir Strategien, wie er besser mit ihnen zurechtkommen könnte, und Alfred übt regelmäßig Händedrücker mit mir, da er dabei wirklich sehr stark ist und nicht nur mich, sondern auch seine großen Freunde immer wieder besiegt.

In dieser nun recht gefestigten Beziehung hat sich Gegenseitigkeit etabliert. Die Distanz des Kindes zu sich selbst hat abgenommen, und die Beziehung zur Therapeutin wird wichtiger. Eigene Problementeile werden anerkannt. Beim Kind sieht es so aus, dass es sich nicht mehr durch seine Verhaltensauffälligkeiten vor seinen Gefühlen, Ängsten und Nöten schützen muss, es kann sich der Therapeutin zeigen, wird offener für sich selbst und für die eigenen, verborgenen Nöte. So ist es plötzlich nicht mehr nötig, immer gewinnen zu müssen, und die Therapeutin kann es dem Kind auch zumuten, es verlieren zu lassen.

Zusammenfassend lässt sich über die mittlere Therapiephase sagen, dass durch ehrliche Auseinandersetzungen von Person zu Person, die über Grenzen, Fragen, Verstehen und Wertschätzen läuft, der Kern zur Selbstakzeptanz beim Kind gelegt wird. Das Symptomverhalten ist nicht mehr notwendig, übermäßig aggressives, dominierendes oder ängstliches Verhalten verschwindet, das bislang Abwehr- und Schutzfunktion hatte, und eine Auseinandersetzung mit dem, wer es wirklich ist, schreitet voran.

Endphase der Therapie: Neue Interessen entstehen

Die Therapeutin ist nun ein voller Partner des Kindes geworden, sie kann sich selbst ins Spielgeschehen einbringen, da eine belastungsfähige Beziehung aufgebaut ist. Intensives Erleben geschieht nicht nur beim Reflektieren der Gefühle, sondern auch beim Kochen, Spielen, Basteln, etc. Kind und Therapeutin sind nun gleichberechtigt mit eigenen Wünschen, Gefühlen, Vorschlägen, etc. (vgl. Götzte 1981, 43). Es ist eine personzentrierte Beziehung entstanden.

Die Therapeutin ist oft am Ende aktiver, da mehr Gegenseitigkeit da ist und das Kind inzwischen die Freiheit hat, für sich Unpassendes abzulehnen. Es findet mehr und mehr Dialog statt.

In den letzten Therapiestunden hat sich die Beziehung zwischen Alfred und mir verändert. Sie ist viel partnerschaftlicher geworden. So bekomme ich beim Fußballspielen eine Torvorgabe, damit ich gegen ihn auch eine Chance habe. Es ist Alfred auch nicht mehr so wichtig, unbedingt bei Spielen zu gewinnen. Er lässt sich in den letzten Stunden öfters von mir Spiele erklären, die er noch nicht kennt und erzählt mir viel von seinen Freunden, die ihn nun auch mehr akzeptieren als früher.

In den Gesprächen mit der Mutter habe ich erfahren, dass Alfred nach der zweiten Therapiestunde aufgehört hat einzukoten. Von sich aus hat er sich in letzter Zeit darum bemüht, den Pfadfindern und einem Judoclub beizutreten. In der Schule ist Alfred viel besser geworden, er stört nicht mehr, und seine Lehrerin sagt, dass er gut im Unterricht mitkommt. Der Vater kümmert sich noch immer sehr wenig um Alfred, aber es gibt jetzt fixe Tage, an denen er ihn besucht, und Alfred hat einen Kalender, wo er die Besuchstage einträgt und so auf die Einhaltung bestehen kann.

Eine personzentrierte Beziehung ist entstanden, wobei wesentliche Inkongruenzen bearbeitet wurden und das Kind sich nun anderem zuwenden kann. Mearns und Thorne (1988) erwähnen drei Punkte, die am Ende einer Therapie spürbar sind: Es wurde eine erhöhte Selbstakzeptanz erreicht, Gefühle, die ein aktives Leben verhinderten, sind verschwunden und der Klient hat die Freiheit zu wählen, seinen eigenen Weg zu gehen.

Die Kinder mögen sich nun mehr, sie fühlen sich freier und befreiter, da sie viel von ihrer Wut, Ohnmacht, Hass und Zorn im Therapiezimmer lassen konnten und dadurch freier und offener für neue Anforderungen in ihrem Leben wurden.

Sie entdecken nun auch andere Dinge, die ihnen wichtig sind. Dies ist stimmig für die Therapeutin, sie ist nicht böse deshalb. Die Direktheit in der therapeutischen Beziehung ist dabei charakteristisch für das Ende, Gefühle werden unmittelbar erlebt und ausgedrückt. Das Kind hat Freude an seiner eigenen Kraft und Vertrauen in den eigenen Organismus, es ist spontan und frei geworden.

Literatur:

- Axline, Virginia (1990), Play therapy. The inner dynamics of childhood, Boston (Houghton Mifflin) 1947; dt.: Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren, München (Reinhardt Verlag) 1990
- Barrett-Lennard, Godfrey (1990), The therapy pathway reformulated, in: Lietaer, G. / Rombauts, J. / van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven (Leuven University Press) 1990, 123-153
- Behr, Michael (1996), Therapie als Erleben der Beziehung, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christane (Hg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte, 1, Göttingen (Hogrefe) 1996, 41-68
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria (1993), Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, in: Eckert, Jochen / Höger, Dieter / Linster, Hans (Hg.), Die Entwicklung der Person und

- ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG) 1993, 99-107
- Daunert, Christiane / Fröhlich-Gildhoff, Klaus (1995), „Max“ – Beschreibung einer personenzentrierten Kinderpsychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 97 (1995), 34-43
- Dorfman, Elaine (1951), Play therapy, in: Rogers, Carl R. 1951a, 219-254; dt.: Spieltherapie, in: Rogers, Carl R., Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt / M. (Fischer) 1983, 219-254
- Goetze, Herbert (Hg.) (1981), Personenzentrierte Spieltherapie. Grundlagen, Erfahrungen und Perspektiven einer Kindertherapie nach Carl Rogers, Göttingen (Hogrefe) 1981
- Mearns, Dave / Thorne, Brian (1988), Person-centred counselling in action, London (Sage) 1988
- Pawlowsky, Gerhard (1992), Die Heilung: Wie werde ich wieder gesund. Wie heilt der Personenzentrierte Ansatz?, in: Frenzel, Peter / Schmid, Peter F. / Winkler, Marietta (Hg.), Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1992, 127-136
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1993), Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen, in: Teusch, Ludwig / Finke, Jobst (Hg.), Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung, Heidelberg (Asanger) 1993, 19-40
- Rogers, Carl R. (1942a): Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin) 1942; dt.: Die nicht-direktive Beratung, Frankfurt/M. (Fischer) 1985
- Rogers, Carl R. (1951a), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin) 1951; dt.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Frankfurt/M. (Fischer) 1983

Biografie:

Mag. Christine Wakolbinger, geb. 1960, klinische Psychologin und Psychotherapeutin in freier Praxis. Mitarbeiterin in der psychologischen Beratungsstelle für auszubildendes Krankenpflegepersonal und med. techn. Personal. Lehrtherapeutin für die Beraterausbildung der VRP.

Korrespondenzadresse:

*Mag. Christine Wakolbinger
A-1060 Wien
Fillgradergasse 9/9*

Berichte

Mary Bourne Kilborn

The Second PCA Colloquium, Kranichberg, Austria, 10–12 July 1999 – A Personal Impression

Mary Bourne Kilborn worked in the Counselling Unit at the University of Strathclyde in Glasgow, Scotland. At several person-centred conferences she dealt with certain aspects of the nature of the therapeutic relationship.

Mary Kilborn was a participant of the Second Person-Centred Colloquium at Kranichberg, Austria, in July 1999, convened by the Austrian PCA. At this occasion I learned to know her and to value her contributions to the colloquium. I will rememorate her as a wise and gentle person. She describes in this article her personal impressions of this meeting.

Mary Kilborn died unexpectedly during the Chicago Conference on June 28, 2000. She also had planned to be at the conference, but got severely ill two weeks before.

(Peter F. Schmid)

This was the second occasion when an international group of people concerned with the Person-Centered Approach and Client-Centered Psychotherapy have gathered together for an informal meeting to exchange ideas and consider questions of personal and scientific interest. The first occasion was after the First World Congress for Psychotherapy in Vienna in 1996¹. At this Conference itself, client-centred therapy had had hardly any profile. There were few person-centred presentations, and the person-centred meetings tended to find themselves away from the main event. The Person-Centred Colloquium which followed immediately after agreed to work on redressing this balance. At the Second World Conference, Vienna 1999, efforts were made for there to be an obvious person-centred presence. Maureen O'Hara and Peter F. Schmid were invited to give keynote lectures, Elisabeth Zinschitz and Peter Frenzel played an active part in the organising. Barbara Brodley, Lore Korbei, Elisabeth Zinschitz, Christiane Geiser and Ed Kahn among others presented papers. Brodley, Schmid, Korbei and Kahn were involved in panel discussion on the subject 'Non-directivity in the PCA – Myth or Reality?'

1 For a report of the Colloquium in Bad Hall cf. Frenzel, Peter / Schmid, Peter F., Von der Herausforderung, die eigene Power zu gebrauchen. Bericht über ein Treffen personzentrierter Wissenschaftler, Bad Hall, Juli 1996, in: *apg-kontakte* 2 (1996) 37–54; also in: *Personzentriert* 1 (1997) 87–107.

The aim at both the Person-Centred Colloquia, convened by the "Person-Centred Association in Austria (PCA)", was to have a candid exchange of views. Participants were encouraged to explore preliminary ideas and subjects not yet ready for final publication or not destined to be presented to a larger audience. For this reason, numbers have been limited. All those who attended in 1996 were invited again. They were also asked to suggest names of others, people who have written and published on person-centred theory and who might be interested to attend.

I did not attend at Bad Hall, in 1996. However, Professor Dave Mearns in whose Counselling Unit I work at the University of Strathclyde in Glasgow asked me if I would be interested in attending this year as he was unable to. I was particularly excited when I saw the list of participants with names like Barbara Temaner Brodley, Peter Schmid, Brian Thorne and Margaret Warner².

Arrival – a personal touch

I travelled from Edinburgh with Elke Lambers and we met up with Brian Thorne at Amsterdam airport. Once in Vienna, the three of us took the bus to the Südbahnhof. There it took the combined efforts of our intelligence, wits and German to find the train which would take us to the town of Gloggnitz, near Kranichberg, in the Austrian Alps. As the train continued on its way, we realized we would have no idea when Gloggnitz was approaching, although our ticket proudly told us we would be travelling 72 km. To while away the time, we looked at brochures of the hotel where we would be staying – the former summer residence of the cardinals of Vienna. It stood high

2 Participants in the Kranichberg Colloquium 1999 were: Stan van Asbroeck (B), Eva Maria Biermann-Ratjen (D), Johannes Binder (D), Ute Binder (D), Barbara Temaner Brodley (USA), Rainer Bürki (CH), Christian Fehringer (A), Christiane Geiser (CH), Sheila Haugh (GB), Vladimír Hlavenka (SK), Beate Hofmeister (D), Ed Kahn (USA), Mary Kilborn (GB), Lore Korbei (A), Elke Lambers (GB), Lawrie Moloney (AUS), Hans Peters (NL), Marlis Pörtner (CH), Peter F. Schmid (A), Hermann Spielhofer (A), Brian Thorne (GB), Margaret Warner (USA), Paul Wilkins (GB), Marietta Winkler (A), Anne Wunderle (CH), Elisabeth Zinschitz (A).

above the valley, with stunning views over the Alps, with old-fashioned rooms and furniture, and a large indoor swimming pool with huge glass panels. I had mixed feelings. It looked like the perfect spot for a relaxing, restorative time, while musing on person-centred theory. But I had not brought my swimming costume, I who so love swimming! On arrival in Gloggnitz, I asked the taxi driver to make a detour to a sports shop. While he and Brian chatted German outside, Elke and I went in to purchase a swimming costume for me. I was therefore able to swim every day before breakfast and the evening meal. The setting certainly played its part in allowing a group of person-centred practitioners to relax together, enjoy beautiful views and stand back from our practice and consider the hypotheses and theoretical concepts which underpin our work.

Large group

The majority of the time was spent in the large group of all the participants. This created an environment in which people could share ideas in an informal setting. After the usual time spent sharing aims and expectations, various topics for discussion were suggested: Empathy; Unconditional Positive Regard; What We Really Mean by Congruence; Power, Authority and Gender; The Spiritual Dimension in the Person-Centred Approach; Controversy and Conflict; Non-Directivity; Self-concept; Empathy with Clients with Severe Disorders; Links between PCA and Eating Disorders, Drug Addiction etc.; Beyond Carl Rogers; The Person-Centred Approach in the World. It was decided to have a large group discussion as the basis of our work together and at times to break into smaller groups for specific topics.

The actualizing tendency and the encounter

There was a huge breadth of ideas expressed in the larger group. The view was put forward that what Rogers offered was huge, it constituted a paradigm shift, it dealt with how to encounter life. For political reasons, it is good for us to stay as one big person-centred family, for theoretical reasons it is good to have sharp differences. The purpose of this meeting is for us to clarify out ideas, establish common beliefs and also be aware of our differences.

The discussion opened with a consideration of two essential paradigms presented by Rogers: the actualizing tendency and the encounter. It was pointed out that there is a lot of disagreement on this in the person-centred world, although Rogers himself did not make the distinction. Gendlin wanted to create the encounter, to direct the process, now it would appear that he has returned to stressing the importance of the relationship. It was stressed by the group that much depends on the strength of the person of the therapist in order for the encounter to take place. There is a need for us to link experience and meaning, we aim to meet the client, we

need also to conceptualize this. We need a clear formulation of our approach, we need to be able to explain it. Yet, there is no clear 'it' at the beginning of a therapeutic relationship, it is more a creative process during which 'it' becomes clear. Some participants saw it in terms of negotiating a meaning with their clients. If we are wanting to define experience, we move into the phenomenological field of self-concept. This raises the question: Can the self be conceptualized without being in relation? If I feel threatened of being exterminated, I shift from my self to, for example, my intellect. At times I can say more to another than I could ever have said to myself. Faced with the fear of a lack of connection with others, of being "thrown out of the human race", the unconditional acceptance of another plays a vital role. Possibly, there is no self as such, just a cluster of selves in relation.

Expanding person-centred theory

It was pointed out that Rogers was more than a therapist. Indeed, in the last years he was not particularly interested in individual therapy. Person-centred practitioners suffer from philosophical hesitancy, as we do not want to move to problem solving. Some present felt there is not enough material published on the links between the person-centred approach and specific issues such as eating disorders, drug addiction etc. We need to find a way without losing our person-centredness.

Margaret Warner stated, as she has in the past, that we are many tribes with one tradition and that there are "respectable clusters". Peter Schmid argued that we need to stop trying to find one common ground and name and respect the differences. Brian Thorne asked whether we are trying to join a culture which we critique? He feels that we should be trying to be counter-cultural, yet many person-centred counsellors are not confident enough for this. The discussion turned to what we mean by experiencing. In terms of person-centred theory, a fully functioning person is open to experience (unless it is too dangerous).

The person-centred approach and evil

The view was put forward that the concept of a forward-moving human being is hard to believe in the face of so much evil in the world. Some participants felt that the contexts in which they work brings them in touch with some of the darker sides of human behaviour. Person-centred theory must try to encompass this. Barbara Brodley referred to her paper offered at the Second World Congress 'Did Carl Rogers' Positive View of Human Nature Bias His Psychotherapy?' She refers to research which suggests that Rogers shows a tendency to bias his responses towards his clients' negative feelings, especially when the client was expressing the angry kind of feelings and attitudes. She feels the study rebuts the positive bias accusation against client-centred therapy promulgated by Rollo May and others.

Margaret Warner said that faced with someone who has had dreadful experiencing, she knows of no better way of helping that person than being present. The general feeling of those in the group was that they as person-centred practitioners do respond to the issue of evil, to the dark side of their clients.

The impact of the person-centred approach

One participant wondered why clients who have had person-centred therapy do not go out to change the world? Could it be that Rogers' work has in fact had little impact? Barbara Brodley said that from her experience there are signs that clients do have energy and are released to be more politically aware. Other participants felt their initial hopes are not being realized. We cannot all agree. Peter Schmid concluded on an optimistic note, stating that if one looks back over the history of psychoanalysis, it is clear that PC although often rejected will have an impact. The Person-Centred Approach can offer a lot in today's world with its facilitation of emancipation and democracy. He said he spoke as one who works in the Catholic Church, one of the most successful hierarchical organisations ever. As an example he mentioned the impact PC had on theology and pastoral care.

The issue of gender

There was some disagreement as to how central this issue is. For some participants, the differences between men and women forms the core of their work, for others, the humanity rather than the gender of each client is the main concern. The vigour with which some participants defended their views highlighted the debate as to the degree to which the social and the cultural impacts upon the actualising tendency, the self-concept, the human, the spiritual.

Power and the PCA

The discussion on gender moved to other areas where power can be exercised. One that received particular attention was that of language. There is much research and writing on PCA going on in the world, yet it seems that this has little chance of being widely known unless it is translated into English. It was argued that those who have a good command of English are seen as having power, even by those whose mother tongue is English.

Small groups

As often happens in the person-centred world, much discussion went into the forming of small groups. Sheets were placed on the floor with suggested titles and people signed up for those they were

interested in. Although the process took time, a shape developed organically, small groups were formed, answering many of the participants' wishes.

The Spiritual Dimension: a small group of participants discussed the definition of spirituality and its relevance to client-centred therapy. Some felt it was at the core, others felt it was no relevant to the therapeutic relationship. Rogers' interest in matters spiritual at the end of his life was seen either as an important development in his thinking or an irrelevant deviation of a man in his later years.

Video

Early one morning, a small group gathered to watch a video of a participant with a schizophrenic client. It was moving to see how the therapist worked and how the client responded. This contrasted sharply with the hospital staff's approach. To me, the work showed proof of psychological contact.

Reflection group

Responding to the wishes of a number of participants, it was agreed to clear an hour after lunch on each of the three days for an optional group to encounter and reflect. I chose to attend this group, so that I could experience a sharing and a meeting with others on a more personal level. Between a half and a third of participants attended. For me, this highlighted the desire of some to form a bridge between the professional and the personal, theory and emotional experiencing.

Conclusion

I went expecting there to be a high level of intellectual, theoretical input. I found that this did, at times, happen and it went so fast I could barely capture it. As often in person-centred gatherings, there was an attempt to capture the theoretical and the personal in the one meeting. Although there was no planned structure, one grew organically out of our discussions. A lot of the topics which were raised were covered. Moreover, I experienced the level of academic debate to be very high. Some of those present are clear thinkers who spend time reflecting on person-centred theory. The range of interests was broad. A book emerged as a result of the first informal colloquium in 1996: *Person-Centred Therapy*. A European perspective, Ed. Brian Thorne and Elke Lambers. And the idea for what is now the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counselling was born in Bad Hall. I do not yet know what will emerge from this meeting. However, this small article is a first attempt to capture my experience of the event.

Brennpunkt Nr 82/2000 - nochmals ein Blick zurück nach vorn: Salzburger Symposium „Identität, Begegnung, Kooperation“

Mehr Profil zeigen, stärker in der Psychotherapiedebatte präsent sein, klarer sichtbar machen, was der Personenzentrierte Ansatz alles zu bieten hat - solche Perspektiven und Wünsche wurden am Salzburger Symposium formuliert: „Identität, Begegnung, Kooperation“ Mit Vergnügen hat die „Brennpunkt“-Redaktion diesen Anstoss aufgenommen und dazu ein Schwerpunktheft gestaltet - mit der Idee, etwas von der Aufbruchstimmung in Salzburg einzufangen, schwarz auf weiss festzuhalten, inhaltlich und atmosphärisch, und mit der Hoffnung, dass auch diese Form der „Symbolisierung“ den Impuls weitertreibt, das Potenzial des Personenzentrierten Ansatzes (PCA) stärker ins öffentliche Bewusstsein zu bringen.

Länderübergreifende Zusammenarbeit - das hat das Symposium augenfällig gemacht - regt dabei an, akzentuiert Positionen und lässt Synergien nutzen. Die neue „Brennpunkt“-Nummer will das erneut ein Stück erfahrbar machen: Österreichische und deutsche FachkollegInnen nahmen zu unserer Freude die Schweizer Einladung an und entwerfen damit zusammen mit uns ein Stück publizistische Zukunft: Während des Kongresses tauchte die Idee einer gemeinsamen Fachzeitschrift zum Personenzentrierten Ansatz auf, damit wir noch prägnanter auftreten können. Eine neue länderübergreifende PCA-Zeitschrift - die dann Impulse intensiviert, unsere Arbeit akzentuierter zeigt, unseren fachlichen Austausch vertieft und uns auch in der schulenübergreifenden Auseinandersetzung als nicht länger zu übersehende Kraft präsent sein lässt. Und vielleicht macht auch dieser „Brennpunkt“ Lust auf mehr davon?

Grundlagenarbeit, nachdenken über den Stand unserer fachlichen Dinge, benennen, was uns ausmacht - dazu hat die Salzburger Symposiumsthematik „Identität, Begegnung Kooperation“ herausgefordert - und auf je ihre Weise haben die AutorInnen (u.a. Wolfgang Keil, Charlotte Gröflin, Jürgen Kriz) zu diesem Schwerpunktthema die Herausforderung angenommen - in einem spannenden Mix von Facetten.

Brennpunkt Nr. 82/2000, SFr. 20,-

Zu bestellen bei:

SGGT-Sekretariat, Schoffelgasse 7, CH-8001 Zürich

Helmut Schwanzar

Jubiläumssymposium 2000 in Salzburg

30 Jahre GwG – 25 Jahre ÖGwG / 20 Jahre SGGT – 20 Jahre APG

Das Motto dieser Tagung lautete: Identität – Begegnung – Kooperation – und diesem Motto wurde die Tagung inhaltlich und atmosphärisch gerecht.

Identität

In einer Reihe von beachtenswerten Referaten, Workshops und Diskussionen wurde die eigenständige Identität des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes wieder einmal öffentlich dargestellt.

Vortragende, die schon Gründungsmitglieder der einzelnen Vereinigungen waren, zeigten durch ihre Person und durch ihre inhaltlichen Beiträge eine Entwicklungslinie auf, die, basierend auf den Ideen von C. R. Rogers, ein eigenständiges, wissenschaftlich fundiertes Verständnis von Personen und deren Entwicklung vertreten. Weiterentwickelt, differenziert und verfeinert durch aktuelle Forschungsergebnisse, dargestellt durch die nächste Generation von Person- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapeuten, Beratern und Forschern.

Jobst Finke zeichnete in seinem Festvortrag: „Entwicklungstendenzen der personzentrierten Psychotherapie – ein Ausblick im Jahr 2000“ diese Entwicklungslinie nach und gab der Hoffnung Ausdruck, dass das derzeit moderne, reduktionistisch, naturwissenschaftliche Verständnis vom Menschen in spätestens 20 Jahren überwunden sein wird und wieder von einem ganzheitlichen, humanistischen Verstehen abgelöst werden wird. Ebenso machte er deutlich, dass die Weiterentwicklung von Psychotherapie entschieden von der gesellschaftspolitischen Lage abhängig ist. Dies war auch ein Hauptthema beim Panel der Verbände. Hier sprachen über inhaltliche und politische Herausforderungen Anna Auckenthaler und Helga Kühn-Mengel von der GwG, von der ÖGwG Hiltrud Gruber und Wolfgang Keil, von der SGGT Rainer Bürki und Anne Wunderle und von der APG Nora Nemeskeri und Peter Frenzel. Es wurde deutlich, dass die inhaltlichen und politischen Herausforderungen sehr eng mit einander verbunden sind.

So muss:

1. die Theoriebildung weiterhin gestärkt werden,
2. die Forschung ihren Fokus auf praxisbezogene Prozess- und Wirkstoffforschung legen und

3. damit politische Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit geleistet werden.

Die Repräsentanz des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes in den Gesundheitssystemen der drei Länder ist sehr unterschiedlich, aber für alle gilt die Notwendigkeit, unseren Ansatz selbstbewusst und offensiv nach außen zu vertreten. Zum Thema Identität ersuchte uns Alfred Pritz, Präsident des Weltverbandes für Psychotherapie, in seinem Vortrag: "Zur berufspolitischen Situation der Psychotherapie in Europa" doch Liebgewonnenes zu überwinden und eine einheitliche Bezeichnung für die "Person- bzw. Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und Beratung" zu finden, um eine bessere Identifizierung für Konsumenten und Politiker zu ermöglichen.

Begegnung

In der stilvollen Atmosphäre dieses Salzburger Symposiums war der Versuch, Begegnung auf einer sehr persönlichen Ebene zu ermöglichen, groß geschrieben. Nicht nur das aus allen Verbänden besetzte Organisationsteam pflegte intensiven Kontakt, auch die Vorstände fanden zu intensiven persönlichen Gesprächen. Eingeleitet durch die Vernissage von Werner Wascher „Process Art, innere und äußere Bilder eines personzentrierten Prozesses“, kam es zu einem regen Austausch zwischen den Tagungsteilnehmerinnen und Teilnehmern, der seine Fortsetzung beim Empfang durch den Bürgermeister im Festsaal der prachtvollen Residenz fand, wobei sich der Bürgermeister erstaunlich kundig über die Anliegen und Inhalte des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes zeigte. Höhepunkt war sicher das Mozartdinner, begleitet durch Musiker des Salzburger Mozarteums, an dem fast alle Tagungsteilnehmer und Vortragende teilnahmen, das zu einem rauschenden Fest wurde und mit deutlich spürbarer Aufbruchsstimmung ausklang.

Kooperation

Zu diesem Punkt wurden wichtige Weichenstellungen für die Zukunft des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes im deutschsprachigen Raum und darüber hinaus erzielt, oder zumindest ange-

dacht. Es fanden sich einzelne Personen oder Interessengruppen, die Kooperationsabsichten miteinander besprachen, wie z. B. eine Gruppe aus der Schweiz und aus Österreich über person- bzw. klientenzentrierte Supervisionsaus-, -fort- und -weiterbildung. Aber auch auf Verbandsebene wurden gemeinsame Projekte in Angriff genommen.

Herausragend ist der Versuch, eine gemeinsame Zeitschrift aus Deutschland, der Schweiz, Österreich und Luxemburg zu produzieren. Hier gibt es bereits konkrete Gespräche, ein Koordinationsgremium hat schon getagt. Weit über Europa hinaus wurde auch der Gedanke einer internationalen, englischsprachigen Fachzeitschrift getragen. Diese Idee wurde zu einem der zentralen Themen am mittlerweile in Chicago stattgefundenen Weltkongress.

Ebenso ist eine von allen Verbänden getragene Publikation der Beiträge dieses Salzburger Symposiums geplant.

Auf Grund des Erfolges unseres Symposiums ist spontan der Wunsch nach weiteren derartigen Veranstaltungen – vielleicht in größeren Abständen – entstanden. Mein Wunsch für ein solches Symposium wäre, neueren Tendenzen der person- bzw. klientenzentrierten Theorieentwicklung noch mehr Raum zugeben, um durch das Sichtbar -Werden von differenzierenden Strömungen den Blick auf das große Ganze zu schärfen.

RZ-Studientage der ÖGWG - Herbst 2000 und Frühjahr 2001

Prof. Dr. Jochen Eckert

29. März 2001, Vortrag: „Klientenzentrierte Psychotherapie von Patienten mit Borderline - Persönlichkeitsstörung - Ein Focus auf Einzel- und Gruppentherapie“

Der Studientag zu diesem Thema findet am 30. März 2001 statt.

Nähere Informationen:

Regionalzentrum Wien der ÖGWG,

c/o Johanna Böhm-Schoeller,

Leopold Ernstgasse 34-36/RH 11, A-1170 Wien

Rezensionen

Björn Sufke

Wolfgang Neumann: Spurensuche als psychologische Erinnerungsarbeit

Tübingen, DGVT-Verlag, 1999. 352 S., DM 44,-
ISBN 3-87159-026-6

Wolfgang Neumann hat sich erneut an ein Tabu-Thema herangewagt! Nachdem er den Psychotherapeuten in seinem letzten Buch „Als der Zahnarzt Zähne zeigte. Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Therapie, Beratung und Supervision“¹ nahegelegt hat, bei aller Ernsthaftigkeit im therapeutischen Prozess auch dem Heiteren und Humorvollen Raum zu verschaffen, fordert er sie nun dazu auf, die Augen für das Schreckliche und Ungeheuerliche zu öffnen – nämlich die deutsche NS-Vergangenheit und ihre psychischen Nachwirkungen in den Nachkriegsgenerationen.

Ausgehend von einer intensiven Auseinandersetzung mit den Nazi-Verbrechen im Zuge einer Israel-Reise hat der Autor im Rahmen seiner psychotherapeutischen Praxis die familiäre NS-Geschichte seiner Klienten und Klientinnen verstärkt in den Fokus gerückt. Dabei hat er die vielfältigen und schwerwiegenden Spuren, welche die Zeit des Nationalsozialismus bei den 20–60jährigen Klienten hinterlassen hat, sowie deren therapeutische Bearbeitung einer systematischen Untersuchung unterzogen. Die Ergebnisse dieser Arbeit, die Neumann jetzt in seinem Buch „Spurensuche als psychologische Erinnerungsarbeit“ präsentiert, sind erschreckend und ermutigend zugleich.

Erschreckend ist das Ausmaß des psychischen Nazi-Erbes, unter dem viele Klienten der Nachkriegs- und auch der sogenannten „dritten Generation“ heute noch leiden: die Taten (und Untaten) der Eltern und Großeltern, deren Wegsehen angesichts des Grauens, die faschistischen Ideologien, dazu Tod, Hunger, Vertreibung und vieles mehr – und über all diesem in bemerkenswerter Übereinstimmung ein Nebel des (Ver-)Schweigens. Ermutigend ist die Arbeit aber insofern, dass der Psychotherapeut Neumann Wege aufzeigt, wie dieser Nebel („der ‚mist‘ [englisch = Nebel, Schleier] über dem ganzen Mist“) Schritt für Schritt gelichtet werden kann, nämlich durch die Initiierung einer psychologischen „Spurensuche“, welche sowohl die ganz konkrete Suche nach Informationen über die familiäre NS-

Geschichte beinhaltet als auch die therapeutische Suche nach verborgenen Verbindungen zwischen diesen NS-Familienbiografien und den aktuellen persönlichen Problemen der Klienten.

Ein wesentliches Verdienst von Neumanns Untersuchung besteht darin, den nun bereits 55 Jahre alten Mantel des Schweigens, den die Psychotherapie bisher weitestgehend unberührt über dem Thema der psychischen Folgen des Holocaust bei den Täter-Nachkommen belassen hatte, an den Haken zu hängen: Die familiäre NS-Geschichte wird eingehend thematisiert, Tradierungen und Delegationen von einer Generation zur nächsten werden im Zuge der „Spurensuche“ ebenso aufgedeckt wie Zusammenhänge zwischen der (meist mangelhaften) familialen Verarbeitung der NS-Zeit und den individuellen Symptomen, Selbstumschreibungen, Lebensentwürfen und Gefühlsbewertungen der Klienten.

Dabei wird Neumann seinen Klienten auch nach Beendigung der therapeutischen Zusammenarbeit weiterhin gerecht, indem er sie nicht zu reinen Untersuchungs-„Gegenständen“ degradiert, sondern als Individuen sichtbar erhält: So ist ein ganzes Drittel des Buches den eindrucksvoll geschriebenen Fallberichten der 51 Klienten gewidmet, durch welche die Untersuchungsergebnisse anschaulich illustriert werden. Darüberhinaus tragen auch die übersichtliche Gliederung des umfangreichen Ergebnisteils als auch der lebendige Stil des Autors zu der sehr guten Lesbarkeit des Buches bei.

Doch Neumanns Arbeit ist noch mehr als eine mutige empirische Untersuchung über ein bisher weitgehend tabuisiertes Thema, sie ist zudem in ihren beiden theoretischen Kapiteln eine fundierte Darstellung der Parallelen zwischen dem innerpsychischen und -familialen Umgang mit der Nazi-Vergangenheit einerseits und der gesamtgesellschaftlichen Vergangenheits-„Bewältigung“ in der Bundesrepublik Deutschland nach 1945 andererseits. So zeigt der Autor im ersten Kapitel auf, dass die Nachkriegszeit bis weit in die 60er Jahre hinein im wesentlichen von einem „kollektiven Schweigen“ bzw. Verharmlosen geprägt gewesen ist – und dass auch heute noch entsprechende Tendenzen lebendig sind. Im zweiten Kapitel dann

1 Neumann, W./Peters, B. (1996), Als der Zahnarzt Zähne zeigte. Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Therapie, Beratung und Supervision, Dortmund (Modernes Leben) 1996

wird deutlich, dass eine persönliche und emotionale Auseinandersetzung mit den in der Nazi-Zeit begangenen Verbrechen in den wenigsten Täter-Familien stattgefunden hat (wie auch in vielen jüdischen Opfer-Familien keine gemeinsame Auseinandersetzung mit dem erlittenen Leid stattgefunden hat) und in welchem Ausmaß die nachfolgenden Generationen dieses Versäumnis als psychisches Erbe in sich tragen.

Insofern legt Neumann nicht nur ein innovatives und berei-

cherndes Psychotherapie-Buch vor, welches von Therapeuten – schulenübergreifend – für die eigene Arbeit nutzbar gemacht werden kann, sondern er liefert gleichzeitig ein interessantes Psychogramm der Bundesrepublik Deutschland und ihrer Nachkriegsgenerationen. Letzteres macht dieses auch persönlich bewegende Buch für einen größeren Personenkreis äußerst lesenswert – im Grunde für alle, deren Eltern oder Großeltern die Nazizeit (in welcher Form auch immer) miterlebt und -geprägt haben.

Lore Korbei

Eugene T. Gendlin, Johannes Wiltschko: **Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag**

Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 1999. Reihe Leben Lernen. 131. 253 S., DM 39,- ISBN 3-608-89679-1

Im Vorjahr erschien das Handbuch von Eugene T. Gendlin „Focusing-orientierte Psychotherapie“ in einer Übersetzung aus dem Amerikanischen von Teresa Junek. 1999 erschien im gleichen Verlag „Focusing in der Praxis“ mit Johannes Wiltschko als Co-Autor.

Es ist ein „gesprochenes Buch“, das hier vorliegt – gesprochen von Gendlin in seiner zweiten/ersten Sprache, dem „altmodischen Wienerisch“. Wiltschko beschreibt im Vorwort, wie aus den von Gendlin gesprochenen Worten ein druckreifer Text wurde. Es ist so gelungen, die Frische des Erlebens für den Empfänger zu erhalten, die dem Vorgang des Focusing entspricht. Und das macht den Charme dieses Buches aus, dem Meister bei der Arbeit „auf's Maul zu schauen“ – die, die ihn kennen, sehen ihn direkt vor sich.

Die Grundlage für dieses Werk bilden Tonband- und Videoaufnahmen der 90er Jahre von in Deutschland und in Österreich gehaltenen Seminaren, die auch – in gewohnter Weise – Live-Sitzungen mit Teilnehmern und Teilnehmerinnen beinhalten. Gendlin sprach durchwegs ohne Manuskript auf deutsch, so dass ein Teil der Lebendigkeit des Vortrages manchmal auf Kosten der Ausgewogenheit des darzustellenden Gegenstandes geht. Die reichhaltige weiterführen-

de Literatur ermöglicht – falls erwünscht – eine intensivere Auseinandersetzung. Ich möchte an dieser Stelle die ÖGWG (Österreichische Gesellschaft für klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Gesprächsführung) und die Österreichische Gesellschaft für Phänomenologie in Wien (Prof. Dr. Helmut Vetter) dankbar erwähnen, die im Sommer 1996 einen Teil dieser Vorträge und Workshops ermöglicht haben.

Wiltschkos Kapiteleinteilung wird den zwei Seiten Gendlins gerecht, dem Philosophen und dem Psychotherapeuten. Kapitel, die mit „Philosophische Anstöße“ überschrieben sind, wechseln mit Kapiteln, die mehr psychotherapeutischer Natur sind. Der vorletzte Abschnitt, „Partnerschaftliches Focusing“, ist insofern ein Fremdkörper, als er aus dem Amerikanischen übersetzt wurde.

Gendlins Haltung ist in beiden Fällen im besten Sinne personzentriert, die Synthese von Denken und Sprechen aus dem Felt Sense wird auf unkonventionelle Weise spürbar. Das Verhältnis zwischen Konzept und Technik einerseits und Beziehung andererseits wird gut sichtbar. Es ist das Ergebnis jahrzehntelanger intensiver philosophischer und psychotherapeutischer Arbeit – auch mit schwer verstörten Menschen.

Ein paar mir besonders wichtig erscheinende Stellen möchte ich herausgreifen:

„Man muss dem Klienten erlauben, uns zu unterrichten, wie man mit ihm und seiner speziellen Situation umgehen kann“ (S. 144). Oder über die Kontinuität der Person: „Wir müssen dem Prozess selbst erlauben, uns zu lehren, wie das geht und wie das gehen soll.“ (S. 151)

Dieser Satz verweist auf die Bedeutung des Stockens eines therapeutischen Prozesses, dort wo Neues geduldig erwartet werden kann – aus dem „körperlichen Wissen“ heraus – aus dem von innen gefühlten Körper, der konkret als Interaktion mit der Welt lebt. In dieser Situation ist nichts als Zuhören gefragt. Das Weiterentwickeln des Impliziten, das Explizieren hat seine eigene Ordnung, auf die wir vertrauen können, dass sie etwas Neues bringt, nämlich den Veränderungsschritt:

„Der Unterschied zwischen einer bloßen hohlen Behauptung und einem Veränderungsschritt im Körper und in der Körperenergie ist nicht zu übersehen. Wie viel Klient und Therapeut auch wissen, ein Schritt ist immer subtiler als das, was man vorher gedacht hat“. (S. 191)

Gendlin macht auch Mut zu Fehlern, er wirkt nirgends apodiktisch, er bewegt sich leichtfüßig und liebevoll. So betont er auch immer wieder: Focusing allein ist keine Therapie. Focusing ist ein Zentrum, das jede therapeutische Methode echter macht (S. 95).

Zum Abschluss möchte ich noch sein bekanntes Credo setzen. Es ist immer jemand drinnen (S. 147).

Dieses praxisorientierte Buch ist für Anfänger und fortgeschrittene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen gleich empfehlenswert.

Castrop Rauxeler Gesprächspsychotherapiesymposium

10.-11. November 2000

Die bedrohte Balance von Körper und Psyche Gesprächspsychotherapie bei psychosomatischen und somatoformen Störungen

Ein Symposium der Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel, und der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) in Kooperation mit der GwG: Regionale Versammlung Ruhrgebiet

Mit Beiträgen von Jobst Finke, Marin Kurthen, Rainer Sachse, Peter F. Schmid, Eva-Maria Schindler, Gert-Walter Speierer, Sabine Gollek, Ludwig Teusch, Holger Süß, Hans Swildens und anderen

Nähere Informationen: GwG, Richard Wagnerstrasse 12, D-50674 Köln

Tel: +49 221 925908-52

E-mail: gwg-koeln@netcologne.de

Veranstaltungen der Sektion **FORUM** der **APG**

Seminar mit **Univ.-Prof Dr. Jürgen Kriz**

(SELBST-) AKTUALISIERUNG – WAS IST DAS? EIN THEORIESEMINAR („NICHTS IST SO PRAKTISCH WIE EINE GUTE THEORIE“)

Zeit: 12. 1. 2001 bis 13. 1. 2001

Ort: Raum Wien

Anmeldung: Dr. Brigitte Macke-Bruck 01/402 53 40

Seminar mit **Dipl. psych. Eva-Maria Biermann Ratjen**

PERSONENZENTRIERTES FALLSEMINAR

Zeit: 16. 2. 2001 bis 17. 2. 2001

Ort: 1090 Mariannengasse 30a/27

Anmeldung: Dr. Barbara Reisel 01/409 30

Seminar mit **Univ. Prof. Dr. Jochen Eckert**

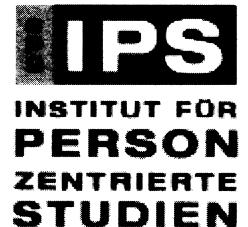
KONZEPTE PERSON/KLIENENZENTRIERTER GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

Zeit: 31. 3. bis 1. 4. 2001

Ort: Raum Wien

Anmeldung: Dr. Barbara Reisel 01/409 30

A K A D E M I E F Ü R B E R A T U N G U N D P S Y C H O T H E R A P I E



**Die Akademie für Beratung und Psychotherapie und das Institut
für Personzentrierte Studien (IPS) stellen sich vor**

WIEN

27. November 2000, 20.15

„Club Stephansplatz“, Stephansplatz 4, Wien 1

LINZ

16. November 2000, 17.00

Hotel Kolping, Gesellenhausstr. 5

INNSBRUCK

12. Oktober 2000, 19.00

Haus der Begegnung, Tschurtschenthalerstr. 2a

Entscheidungsseminar

7. bis 10. Dezember 2000, Leitung: DSA Marietta Winkler

Anmeldung bei: Marietta Winkler, Dißberg. 5/4, 1030 Wien

Tel: 01/713 77 96, Fax: 01/7187832, E-Mail: praismw@mapnet.at

THE AUSTRIA PROGRAM

23. Internationaler Personzentrierter Workshop nach Carl Rogers

Einwöchige Encounter-Gruppe in der Tradition von

Lalolla Program

Den Personzentrierten Ansatz „in Aktion“ erleben und erlernen / Sich selbst und andere verstehen lernen und das Verhaltensrepertoire erweitern / Bedingungen für kollektive Entscheidungsfindung und selbstgesteuertes Lernen erkennen / Die Kunst der Gruppenleitung lernen
Das Austria Programm bietet seit 1978 eine einzigartige Gelegenheit, klassisches personzentriertes Arbeiten kennenzulernen, sich selbst als Person weiterzuentwickeln und persönliche wie politische Gestaltungsmöglichkeiten zu erlernen

Veranstalter: Peter Frenzel, Peter F. Schmid, Marietta Winkler. Nähere Informationen und Anmeldung: Marietta Winkler (s. o.)

Zeit: 23.–30. 5. 2001. Ort: Schloß Großrußbach, Niederösterreich, A-2114

Kosten: öS 5950,- für IPS-Mitglieder u. TeilnehmerInnen am APG-Propädeutikum, sonst 6450.- S.



ADPCA 2001 at GMB National College
 Manchester, United Kingdom. 30 May - 3 June 2001
Association for the Development of the Person-Centered Approach



The Conference

The ADPCA annual conference brings together counsellors, teachers, advisers, business people, social workers - all those who are interested in the philosophy and practice of the Person-Centred Approach. For the first time, the conference is being held outside the USA and we hope that new participants, particularly from European countries, will be encouraged to join us.

In addition to the following three 'strands' running through the conference there will be opportunities for community meetings, small/large groups and spontaneous process led meetings:

1. Presentations led by people who have theoretical and practice developments to disseminate. These presentations may include experiential work, discussion etc.
2. Development Workshops led by people who wish to explore a particular idea or theme with other participants. Workshop leaders are likely to have some interesting thoughts or ideas to offer as a starting point for discussion.
3. Counselling Practice Demonstrations. Each demonstration will be of a 'live' or video taped counselling (therapy) session of approximately half an hour. Participants will then be able to discuss the style of the counsellor and relate the work to Person-Centred (Client-Centred) Theory.

If you are interested in offering any of the above, please e-mail a brief description to Janet Tolan at JETolan@aol.com. Similarly if you are willing to bring your own material in client role for one of

the practice demonstrations. Current intending participants include Godfrey Barrett-Lennard, Gerald Bauman, Barbara Temaner Brodley, Ivan Ellingham, Ned Gaylin, Joao Hipolito, Antonio Santos, Chuck Stuart, Margaret Warner, Fred Zimring

The Venue

GMB College is a beautiful nineteenth-century listed building with Gothic arches and high beamed ceilings. It is situated in its own grounds, 25 minutes from Manchester Airport and 10 minutes from the City Centre.

Bedrooms at the College all have private shower and toilet, colour TV and tea/coffee-making facilities. The working rooms are airy, spacious and well equipped and there is a bar with adjoining games room.

Manchester itself is a good base for exploring the UK, if participants wish to combine the conference with a holiday. The Peak District lies to the south, the Lake District to the north, the Yorkshire Dales to the east and Wales to the west. London and Scotland are 21/2 hours away by train and less than an hour by plane.

The Dates

Wednesday 30 May to Sunday 3 June 2001. Registration on Wednesday from 2.00 pm (1400hrs), dinner at 6.00 pm (1800hrs). The conference will end after the community meeting on Sunday morning.

THOMAS SLUNECKO, GERNOT SONNECK (HG.)

Einführung in die Psychotherapie

UTB: Facultas 1999. 352 Seiten
broschiert,
öS 285,- / DM 39,- / sFr 36,-
ISBN 3-8252-2085-0

Der Band bietet eine Einführung in die Psychotherapie in Form in sich geschlossener Einzeldarstellungen von „klassischen“ psychotherapeutischen Methoden bzw. Schulen. Ausführlich behandelt werden: Tiefenpsychologische Methoden (Freud, Adler, Jung), Humanistische Ansätze (Rogers, Gestalttherapie, Psychodrama), Systemische Therapieformen, Verhaltenstherapie. Ergänzt werden diese Darstellungen durch Hinweise auf neuere – nichtklassische – Ansätze. Das Werk enthält einen kurzen historischen Abriß und den neuesten Stand der Psychotherapieforschung.

FACULTAS

WUV | **UNIVERSITÄTSVERLAG**
Berggasse 5, A-1090 Wien
Tel.: 0043/1/310 53 56
Fax: 0043/1/319 70 50
e-mail: verlag@wuv.co.at
<http://www.wuv.at>

UTB
FÜR WISSEN
SCHAFT



K. FIRLEI, M. KIEREIN, M. KLETEČKA-PULKER (HG.)

Jahrbuch für Psychotherapie und Recht I

WUV Facultas 2000. 198 Seiten, broschiert,
öS 298,- / DM 41,- / sFr 38,-
ISBN 3-85076-503-2

- Beiträge
- Entscheidungen
- Dokumentation
- Praktische Hinweise

Dem Psychotherapierecht kommt angesichts des enormen Behandlungsbedarfs, der Vielzahl von Auslegungsproblemen und der zu erwartenden großen Zahl an Rechtskonflikten im Dreieck zwischen Patient, Therapeut und Sozialversicherung eine wachsende Bedeutung zu.

Dieses Werk markiert den Beginn einer breiten und fundierten wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit einem besonders komplexen Rechtsgebiet. Die Beiträge analysieren wichtige und vor allem aktuelle und kontroverse Fragen des Psychotherapierechts. Sie wurden von führenden Experten dieses noch am Anfang seiner Entwicklung stehenden Rechtsgebietes verfaßt und bieten neben einer Darstellung der Rechtslage und des Meinungsstandes auch Lösungen gerade hinsichtlich der besonders strittigen und heiklen Rechtsprobleme an. Damit wird ein dringender Bedarf der Praxis befriedigt.

Mit Beiträgen von T. Öhlinger, J. Sauer, M. Binder, M. Kierein, K. Schmoller, K. Firlei und M. Kletečka-Pulker.

FACULTAS

WUV | UNIVERSITÄTSVERLAG
Berggasse 5, A-1090 Wien
Tel.: 0043/1/310 53 56
Fax: 0043/1/319 70 50
e-mail: verlag@wuv.co.at
<http://www.wuv.at>

JÜRGEN KRIZ

Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner

Eine Einführung.

Die Systemtheorie beeinflusst zunehmend unser Denken. Die Bedeutung von Phänomenen, die mit „Selbstorganisation“, „Chaos“ oder „Emergenz“ beschrieben werden, ist auch in der Psychologie und Psychotherapie längst erkannt worden. Sie können mit Hilfe eines systemtheoretischen Zugangs besser eingeordnet und verstanden werden. Der Autor vermittelt in diesem Sinn für psychologische, psychotherapeutische und medizinische Disziplinen die Grundkonzepte systemtheoretischen Denkens, stellt die Probleme kritisch zur Diskussion und eröffnet so Perspektiven für ein neues Verständnis somatischer, kognitiver und psychosozialer Prozesse.

UTB: Facultas 1999. 208 Seiten
zahlr. Abb., broschiert,
öS 197,- / DM 27,- / sFr 25,-
ISBN 3-8252-2084-2

FACULTAS

W U V | UNIVERSITÄTSVERLAG

Berggasse 5, A-1090 Wien
Tel.: 0043/1/31053 56
Fax: 0043/1/31970 50
e-mail: verlag@wuv.co.at
internet: <http://www.wuv.co.at>

UTB
FÜR WISSEN
SCHAFT

Neuerscheinungen und weitere aktuelle Bücher zum Personzentrierten Ansatz und zur Experienziellen Therapie

Fortsetzung aus Heft 1/97 und 2/97 und 1/99
zusammengestellt von Peter F. Schmid

- Anderson, Rob / Cissna, Kenneth N. (1997), *The Martin Buber - Carl Rogers Dialogue*, Albany, NY (State University of New York Press) 1997
- Artaud, Jean, *Lécouté. Attitude et techniques*, Lyon (Chronique Sociale) 1997
- Becker, Karin / Sachse, Rainer, *Therapeutisches Verstehen. Effektive Strategien der Informationsverarbeitung bei Therapeuten*, Göttingen (Hogrefe) 1998
- Bender, Beate / Fleischer, Thomas / Mersmann, Birke (Hg.), *Person und Beziehung in Schule und Unterricht*, Köln (GwG) 1999
- Bohart, Arthur C. & Tallman, K. (1999), *How clients make therapy work*, Washington, DC (American Psychological Association) 1999
- Boy, Angelo V. / Pine, Gerald J., *A person-centered foundation for counseling and psychotherapy*, Springfield (Charles C. Thomas) 1999
- Bräten, Stein (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*, Cambridge (Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, Cambridge University Press) 1998
- de Peretti, André, *Naïves ovations*, Paris (Alpe Guénot SARL) 1996
- de Peretti, André, *Présence de Carl Rogers*, Ramonville (Eres) 1997 [= *Pensée et vérité de Carl Rogers*, 2e édition]
- de Peretti, André, *Énergétique personnelle et sociale*, Paris (L'Harmattan) 1998
- de Peretti, André, *Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation*, Paris (E.S.F.) 1998
- de Peretti, André / Pagès, Max, *Penser l'hétérogène*, Paris (Desclée de Brouwer) 1998
- Fairhurst, Irene (Ed.), *Women writing in the person-centred approach*, Llangarron, Ross-on-Wye (PCCS Books) 1999
- Feuerstein, Heinz-Joachim / Müller, Dieter / Cornell, Ann Weiser (Hg.), *Focusing im Prozess. Ein Lesebuch*, Köln / Karlsruhe (GwG / Focusing Zentrum Karlsruhe) 2000
- Fierman, Louis B., *The therapist is the therapy*, Northvale, NJ (Jason Aronson) 1997
- Finke, Jobst, *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*, Stuttgart (Thieme) 1999
- Frenzel, Peter / Keil, Wolfgang / Schmid, Peter F. / Stölzl, Norbert (Hg.), *Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (Bibliothek Psychotherapie, Bd. VIII), Wien (WUV) 2000
- Friedman, Maurice, *The partnership of existence. Toward genuine community*
- Friedman, Maurice, *The affirmative flame. A poetics of meaning*
- Frielingsdorf, Karl, *Aggression stiftet Beziehung. Wie aus destruktiven Kräften lebensfördernde werden können*, Mainz (Grünwald) 1999
- Gendlin, Eugene T. / Wiltschko, Johannes, *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*, München (Pfeiffer) 1999
- Gordon, Thomas, *Das Gordon-Modell. Anleitungen für ein harmonisches Leben. Eine Einführung*. Hg. von Karlpeter Breuer, München (Heyne TB 19/613) 1998
- Graham, Cathryn / Saunders, Sarah J. / Flowers, Margaret C. / Zeidmann Peitropalo, Anne, *Addictions treatment for older adults. Evaluation of an innovative client-centered approach* (Haworth Addictions Treatment), (Haworth) 1995
- Gruber, Hildegard / Hammer, Andrea, *Ich sehe anders*, (edition bentheim) 2000
- Hetu, Jean Luc, *La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement*, (Gaetan Morin) 1994
- Hill, Jackie, *Person-centred approaches in schools*, Ross-on-Wye (PCCS Books) 1994
- Hinterkopf, Elfie, *Integrating spirituality in counseling*, Alexandria, VA (American Counseling Association) 1998
- Hockel, Curd Michael, *Gesprächspsychotherapie – ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren. Die beharrliche Blockierung einer bewährten psychotherapeutischen Grundorientierung und ihre Konsequenzen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*, Bonn (Deutscher Psychologen Verlag) 1999
- Hughes, Rick / Buchanan, Laura, *Experiences of person-centered counseling training. A compendium of case studies to assist prospective applicants*, Ross-on-Wye (PCCS Books) 2000
- Klein, Armin, *Songs of Living*, Rochester 2000 [a collection of 41 poems referring to experience of living in the PCA]
- Lago, Colin in cooperation with Thompson, Joyce (1996), *Race, culture and counselling*, Buckingham (Open University Press) 1996
- Langer, Inghard, *Das persönliche Gespräch als Weg in der psychologischen Forschung*, Köln (GwG) 2000
- Levin, David M. (Ed.), *Language beyond postmodernism. Saying and thinking in Gendlin's philosophy*, Evanston, IL (Northwestern University Press) 1997
- Mearns, Dave / Rowland, N. / Goss, S. (1999) (Eds.), *Evidence based health care in the psychological therapies*, London (Routledge) 1999
- Mearns, Dave / Thorne, Brian (1999), *Person-centred counselling in action*, London (Sage) 1999
- Mearns, Dave / Thorne, Brian (2000), *Person-centred therapy today. New frontiers in therapy and practice*, London (Sage) 2000
- Merry, Tony, *Learning and being in person-centred counselling*, Llangarron, Ross-on-Wye (PCCS) 1999
- Merry, Tony (Ed.), *Person-Centred Practice. The BAPCA Reader*, Llangarron, Ross-on-Wye (PCCS Books) 2000
- Mucchielli, Roger, *L'entretien de face a face dans la relation d'aide*, (ESF) 1998
- O'Leary, Charles, *Counselling couples and families. A person-centred approach*, London (Sage) 1999
- Pagès, Max, *Le phénomène révolutionnaire. Une régression créatrice*, Paris (Desclée de Brouwer) 1998
- Patterson, C. H. 'Pat', *Understanding psychotherapy. Fifty years of client-centered theory and practice*, Ross-on-Wye (PCCS) 2000
- Paulus, Peter / Deter, Detlev (Hg.), *Gesundheitsförderung. Zwischen Selbstverwirklichung und Empowerment*, Köln (GwG) 1998
- Pörtner, Marlis, *Trust and understanding. The person-centered approach in everyday care for people with special needs*, Ross-on-Wye (PCCS) 2000
- Remen, Rachel N., *Kitchen table wisdom*, New York (Riverhead) 1996; dt.: *Dem Leben trauen. Geschichten, die gut tun*, 1997
- Rogers, Natalie, *Emerging woman. A decade of midlife transitions*, Llangarron, Ross-on-Wye (PCCS Books), Neuauflage
- Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald) 1991; 4. erw. und aktualis. Aufl. 2000
- Sachse, Rainer, *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe) 1999
- Sander, Klaus, *Personzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis*, Köln/Weinheim (GwG/Beltz) 1999
- Sonneck, Gernot / Sluneko, Thomas (Hg.), *Einführung in die Psychotherapie*, Stuttgart (UTB für Wissenschaft – Facultas) 1999, 168–211; mit einem Beitrag von Schmid, Peter F.: *Personzentrierte Psychotherapie*, 168–211
- Stillwell, William, *Three voices. Interviews into person-centered approaches with Ernie Meadows, Maria Bowen, Bob Lee*, La Jolla (Center for the Studies of the Person)
- Stillwell, William / Moorman, Jere, *Conflict is inevitable. War is optional*, La Jolla (Center for the Studies of the Person)
- Stipsits, Reinhold (1999), *Gegenlicht. Studien zum Werk von Carl Rogers*, Wien (WUV) 1999
- Tausch, Reinhard, *Hilfen bei Stress und Belastung. Reinbek bei Hamburg* (Rowohlt) 1996
- Tengland, Per-Anders, *Mental health. A philosophical analysis*, Linköping (Linköping University) 1998
- Teusch, Ludwig / Finke, Jobst / Gastpar, Markus (Hg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen*, Heidelberg (Asanger) 1994
- Trübendorfer, Sonja, WuWei, Weingarten, Baden (FZK) 1999 [Kinderbuch über Focusing]
- von Scheidt, Jörg, *Beiträge zur Theorie und Praxis einer personzentrierten Didaktik. Ein Modell zur Strukturierung personzentrierter Lernprozesse*, Bad Heilbrunn (Klinkhardt) 1998
- Weiser Cornell, Ann, *The power of focusing. A practical guide to emotional self-healing*, Oakland, CA (New Harbinger) 1996; dt.: *Focusing – Der Stimme des Körpers folgen. Anleitungen und Übungen zur Selbsterfahrung*, Reinbek (Rowohlt) 1997
- Wilkins, Paul, *Personal and professional development for counsellors*, London (Sage) 1996

CD-ROMS:

- Entspannungsübungen, Weingarten, Baden (FZK) 1999
- , *In die Türkei. Eine Reise in der Phantasie. Neue Dimensionen der Einführung*, Weingarten, Baden (FZK) 1999
- , *Schmerz bewältigen. Umgang mit chronischen Schmerzen. Schmerztagebuch, Schmerzbewältigungsprogramm, Entspannungsübungen, Einführungen ins Focusing*, Weingarten, Baden (FZK) 1999
- , *Traumjournal. Ein Weg ins Traumleben. Anleitung zur Deutung eigener Träume, Traumtagebuch, Symbollexikon*, Weingarten, Baden (FZK) 1999

Aktuelle Informationen zu Neuerscheinungen im Internet:
www.pfs.kabelnet.at



GERNOT SONNECK

Krisenintervention und Suizidverhütung

UTB: Facultas 2000. 316 Seiten, broschiert,

öS 285,- / DM 39,- / sFr 36,-

ISBN 3-8252-2123-7

Erfahrungen mit psychosozialen Krisen im näheren Umfeld oder bezogen auf die eigene Person sind in unserer heutigen gesellschaftlichen Situation eine häufige Erscheinung. Das Lehrbuch gibt einen leicht faßbaren Einblick in den Umgang mit Menschen in psychosozialen Krisen und mit akut Suizidgefährdeten.

Der Autor erläutert Maßnahmen der Krisenintervention, gibt Hilfestellung beim Erkennen der Suizidalität und stellt antisuizidale Therapien und Möglichkeiten der Suizidprävention vor.

FACULTAS

WUV | UNIVERSITÄTSVERLAG
Berggasse 5, A-1090 Wien
Tel.: 0043/1/310 53 56
Fax: 0043/1/319 70 50
e-mail: verlag@wuv.co.at
<http://www.wuv.at>

UTB
FÜR WISSEN
SCHAFT