

# PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2011

15. Jahrgang

Herausgegeben von Franz Berger und Christian Korunka

## FACHBEITRÄGE

- Karin Wunderlich*: **Der Organismus. Materialien und Überlegungen zu einem vielschichtigen Begriff und seiner Bedeutung im Personzentrierten Ansatz** 5
- Gabriela Schreder*: **Ich bin die Andere – Die Bedeutung der Differenz in der Erfahrung psychotherapeutischer Gegenseitigkeit** 17
- Rosina Bossi*: **Fragmente „en gros et en détail“ zum Thema ethische Fragen im psychotherapeutischen Alltag** 25
- Ute Binder*: **Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen** 37
- Eva-Maria Biermann-Ratjen*: **Empathie heute** 44
- Margret Katsivelaris*: **Personzentrierte Aspekte zur Entwicklung kindlicher Sexualität in der Beziehung zur Mutter** 52
- Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen*: **Gesprächspsychotherapie unter Interventionsgesichtspunkten** 62

## REZENSIONEN

73

# PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

## Herausgeber

### ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Dr. L. Teusch, Ev. Krankenhaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21  
Tel.: +49 2305 102 28 58; Fax: +49 2305 102 28 60  
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

**Forum – Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG**  
(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)  
A-1090 Wien, Liechtensteinstr. 129/3  
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@apg-forum.at

### GwG – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Karl-Otto Hentze, D-50825 Köln, Melatengürtel 125a  
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: hentze@gwg-ev.org

### Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung Stuttgart (IGB)

D-70374 Stuttgart, Sechselbergerstr. 26  
Tel.: +49 711 580182; Fax: +49 711 580192;  
E-Mail: studium@personzentriert.eu

### IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG

A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4  
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

### ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 17  
Tel./Fax: +43 70 78 46 30; E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

### pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

CH-8005 Zürich, Josefstr. 79  
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: info@pca-acp.ch

### VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

A-1091 Wien, Postfach 33  
Tel.: +43 664 4173170, E-Mail: office@vrp.at

## Herausgeber dieses Hefts

Franz Berger und Christian Korunka

## Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 9,50 / Sfr 15,- zzgl. Versandkosten

Abonnement: € 16,- / Sfr 25,- zzgl. Versandkosten

Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen.

## Verleger und Druck

Facultas – Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5

Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: verlage@facultas.at

## Satz und Layout

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

## Redaktion

Christiane Bahr, Michael Behr, Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Diether Höger, Dagmar Hölldampf, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Monika Tuczai

## Redaktionssekretariat

Edith Muggenhumer, A-1140 Wien, Sonnenweg 88

Tel.: +43 (0)1 596 29 19, Fax: +43 (0)1 596 29 19 - 9

E-Mail: edith.muggenhumer@silverserver.at

## Fachbeirat von PERSON

Clara Arbter-Rosenmayr, Elisabeth Ardelt-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Niklas Baer-Stählin, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, Jef H. D. Cornelius-White, Olaf de Haas, Miriam de Vries, Martina Dienstl, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Karin Eisner-Aschauer, Ulrich Esser, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Christian Fehringer, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christiane Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Herbert Goetze, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Dorothea Hüsson, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jäger, Bettina Jenny, Annette Jessinghaus, Stephan Jürgens-Jahnert, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Ruth Koza, Franz Kraßnitzer, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Germain Lietaer, Hans-Jürgen Luderer, Ulf Lukan, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Margarete Mernyi, Jörg Merz, Christian Metz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Klaus Renn, Klaus Riedel, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Jochen Sauer, Eva-Maria Schindler, Stefan Schmidtchen, Christoph Schmitz, Wolfgang Schulz, Reinhold Schwab, Helmuth Schwanzar, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Dora Stepanek, Norbert Stölzl, Ursula Straumann, Hans Swildens, Reinhard Tausch, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Robert Waldl, Christine Wakolbinger, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Carola von Zülów, Günther Zurhorst

# PERSON

15. Jg. 2011, Heft 1

Herausgegeben von  
Franz Berger und Christian Korunka

## Inhalt

Editorial ..... 3

### Fachbeiträge

*Karin Wunderlich*

Der Organismus. Materialien und Überlegungen zu einem vielschichtigen Begriff und seiner Bedeutung  
im Personzentrierten Ansatz ..... 5

*Gabriela Schreder*

Ich bin die Andere – Die Bedeutung der Differenz in der Erfahrung psychotherapeutischer Gegenseitigkeit ..... 17

*Rosina Brossi*

Fragmente „en gros et en détail“ zum Thema ethische Fragen im psychotherapeutischen Alltag ..... 25

*Ute Binder*

Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen ..... 37

*Eva-Maria Biermann-Ratjen*

Empathie heute ..... 44

*Margret Katsivelaris*

Personzentrierte Aspekte zur Entwicklung kindlicher Sexualität in der Beziehung zur Mutter ..... 52

*Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen*

Gesprächspsychotherapie unter Interventionsgesichtspunkten ..... 62

Rezensionen ..... 73

Veranstaltungskalender 2011 ..... 78



# Editorial

Die Beiträge in diesem Heft dokumentieren, mit welchen Fragen und Themen sich die dem Personenzentrierten Ansatz verpflichteten Fachleute für Psychotherapie und Beratung derzeit auseinandersetzen. Ganz besonders freuen wir uns darüber, dass fast alle Beiträge dieses Heftes von Frauen verfasst wurden. Die Autorinnen setzen sich mit der Vielschichtigkeit der Begriffe im Personenzentrierten Ansatz (PZA) auseinander, machen scheinbar Selbstverständliches explizit, stoßen dabei auf Vorannahmen, Bilder, Ungereimtes, auf „Stolpersteine“. Sie überbrücken die Spanne zwischen Konzepten, die auf hohem Abstraktionsniveau angesiedelt sind, – dem Organismus, der Empathie, der Ethik –, und dem konkret-spezifischen, singulären Handeln im Alltag, so etwa im Fallbeispiel von Schreder zur Begegnung als Zusammentreffen von Fremdem und Eigenem, in den Fallvignetten von Katsivellaris oder in der Beschreibung von Einführungsseminaren zum Thema Ethik im Beitrag von Brossi. „Hier ist Genauigkeit gefragt, und wohl auch noch Diskussion, Reflexion und vor allem begriffliche Weiterentwicklung“, schreibt Wunderlich in ihrem Beitrag. Die Beiträge vermitteln zahlreiche Brücken zwischen Theorie und Praxis und können durchwegs als personenzentrierte Theorieentwicklung im besten Sinne bezeichnet werden.

Im Zentrum des letzten Heftes standen das interdisziplinäre Erkenntnismodell der Systemtheorien und ihr Erkenntnisgewinn für den PZA. Eine erhellende Fortführung dieser Thematik präsentiert Karin Wunderlich in ihren Überlegungen zum mehrdeutigen Begriff Organismus, einem zentralen Begriff im Denken von Rogers. Wunderlich verweist zunächst auf die Mehrdeutigkeit dieses Konzepts, das Rogers aus angrenzenden Wissenschaftsgebieten übernommen hatte. Mit begrifflicher und gedanklicher Klarheit widmet sie sich den schillernden Facetten dieses Begriffs und zeigt Wege zu einem handlungsrelevanten Verständnis von Organismus auf. Was ist unter organismischer Erfahrung zu verstehen und wie ist ihr Verhältnis zur organismischen Bewertung? In welchem Verhältnis stehen Organismus und Selbst zueinander? Was sagt die Neurobiologie zu Rogers' Befunden, dass der menschliche Organismus, um sich zu entfalten und erhalten, auf die Einbettung in zwischenmenschliche Beziehungen angewiesen ist? Konsequenzen aus den Betrachtungen zum Organismus – so führt die Autorin zum Schluss aus – ergeben sich für die psychotherapeutische Praxis, für die Ethik und nicht zuletzt für die (Gesundheits- und Umwelt-) Politik.

„Selbtheit gibt es nur in Relation zur Andersheit“, schreibt Wunderlich. Wir wissen, dass die Person sich selbst unter dem Blick (regard') des Anderen konstituiert, sofern der ihn nicht zum Objekt

macht. Von dieser Überlegung geht Gabriela Schreder aus. Wenn wir Fremdheit gegenüber den Erfahrungen anderer empfinden und mit dem Verständnis für und von anderen an Grenzen stoßen, besteht die Chance einer Begegnung, in der sich zwischen Beteiligten wechselseitig eine Bereicherung, ein Mehr und Anderes entfaltet. Die Autorin sieht in der Erfahrung von Ähnlichem und Verschiedenem das vorantreibende Moment in der Beziehung unter Menschen und in der Psychotherapie. Diese Erfahrung setzt voraus, dass wir offen sind, uns auf die Angst einlassen, das Fremde in den Anderen und in uns selbst aushalten und Fremdes nicht abwehren durch Kategorisierung und Pathologisierung. Schreder erörtert ausführlich die entwicklungspsychologische Bedeutung der Erfahrung von Vertrautem und Fremdem und erläutert allgemein und in einer Fallstudie, wie sich dieses Verständnis in der psychotherapeutischen Praxis darstellt und auswirkt.

Das Thema des Fremden im Vertrauten provoziert einen neuen, differenzierenden Blick auf das Konzept der Empathie im PZA. Schreder betont die Differenz in der Erfahrung von Gegenseitigkeit, von Bezogenheit und weist auf die ethischen Konsequenzen dieser Akzentuierung hin: Alterität als Herausforderung. Implizit belegt die Autorin eine Übereinstimmung der Beziehungstheorie des PZA mit aktuellem philosophischem Denken, etwa mit dem Ringen Foucaults nach radikaler Singularität oder den Thesen Levinas' – dem ‚Denker des Anderen' – zur Ethik. Die Objektivierung, Verallgemeinerung, Neutralisierung einer Beziehung führt nach Levinas zwangsläufig zu ‚Gleich-gültigkeit' (in-difference); die Begegnung ‚von Angesicht zu Angesicht' mit der Andersheit macht wach für die ‚Nicht-Gleich-Gültigkeit' (non-in-difference), für die ethische Antwort. Diese These ist kompatibel mit Rogers' ‚unconditional positive regard' als Beziehungsprozess. Für den Begegnungsphilosophen Levinas ist das Ethische der Anruf des Anderen, wir stehen in der Verantwortung, der Alterität zu antworten.

Zur Ethik im psychotherapeutischen Alltag steuert Rosina Brossi in ihrem Beitrag ‚Fragmente' bei. So selbstverständlich inzwischen die Ethik für die psychotherapeutische Praxis erachtet wird, so wenig ist es mit einer schlichten Bejahung der Wichtigkeit von Ethik in unserem professionellen Handeln getan. Es geht der Autorin allerdings nicht um eine Begründung einer Kontroll- und Disziplinierungspraxis, sondern um die Suche nach Fairness, nach einer verantwortlichen, persönlichen, im Sinne Levinas' ‚an-archischen“, d. h. herrschaftsfreien Ethik. Brossi bearbeitet in diesem Rundgang durch philosophische, entwicklungspsychologische und

soziale (Begriffs-) Räume Gedankenstränge, die der Verknüpfung von allgemeinen Handlungsgrundsätzen, ethischen Richtlinien und der subjektiven, nicht delegierbaren Verantwortlichkeit nachspüren, und berichtet anhand ihrer Erfahrung als Ausbilderin in der Schweiz, wie in der Weiterbildung zur Psychotherapeutin die Sensibilisierung für die ethische Dimension und für den Umgang mit ethischen Dilemmata gefördert werden kann. Sie schildert auch ihre permanente Verunsicherung bei der Auseinandersetzung mit dem Thema. Das ist – aus der Perspektive von Levinas' Ethik – nicht verwunderlich: „Das Ethische ist (...) nie ungefährdet, und seine größte Gefährdung ist die, sich seiner sicher zu sein“ (Stegmaier, 2009, S. 92)<sup>1</sup>.

Um Störungswissen im Dienst therapeutischer Empathie ging es Ute Binder im hier postum publizierten Salzburger Vortrag aus dem Jahr 2004. Wie können Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen dem Anliegen von Patienten, in ihren gestörten oder schwer zugänglichen Bereichen verstanden zu werden, gerecht werden, ohne der Begegnung ihre Einmaligkeit und den Charakter eines kooperativen Prozesses zu nehmen? Prozessuale Diagnosen können als vertraute Hypothesen den Psychotherapeuten vor destruktiven Erwartungen schützen und seine Intuition verbessern. Die Aktualität des Themas veranlasste die Redaktion, diesen von tiefreichenden Erfahrungen geprägten Text in Zusammenarbeit mit Johannes Binder und Wolfgang Keil zu bearbeiten und zu veröffentlichen. Ute Binder bringt uns den Begriff der „Beziehungslust“ nahe, eine den Beziehungsprozessen inhärente Freude an intersubjektiven Austauschprozessen. Sie hat sie im Beruflichen und Persönlichen gelebt.

Mit seinem Buch „The Age of Empathy“ hat Frans de Waal<sup>2</sup> rege Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit gefunden. Er weist nach, dass Primaten und andere Säugetiere innerhalb ihrer Art Verbundenheit herstellen und ihr in ‚gezielten Hilfestellungen‘ Ausdruck verleihen, die zum Gedeihen und Überleben der Art sinnvoll sind. Diese biologisch begründete Empathie setzt voraus, dass das Individuum sich von anderen Individuen abzugrenzen vermag (minimaler Grad von Selbstwahrnehmung) sowie zu emotionaler Erregung und zur Perspektivenübernahme fähig ist. Ist damit das Zeitalter der Empathie angebrochen und besteht zu diesem Konzept Klarheit und Konsens? Eva-Maria Biermann-Ratjen präzisiert in ihrem Beitrag „Empathie heute“ diesen für den PZA zentralen Begriff im Licht neuerer Forschung. Sie prüft – nach einem Abriss zur Geschichte des Empathiebegriffs im PZA – Beiträge aus verschiedenen Blickwinkeln zu einem differenzierteren Verständnis von Empathie. Forschungsergebnisse aus der Entwicklungspsychologie, der Psychotherapieforschung, der Neurobiologie und den eigenen Studien im Ansatz zur Beziehungsqualität untermauern die Bedeutung der von Rogers definierten Empathie.

Empathie und Kongruenz der Mutter ist auch für die Entwicklung der sexuellen Identität von Kindern von Bedeutung, das belegt Margaret Katsivelaris. In ihrem Beitrag widmet sie sich einem im PZA eher vernachlässigten Thema. Sie definiert Sexualität unter drei Aspekten: als sich entfaltendes Potenzial des Organismus, als körperliches Erleben mit Bedeutungszuschreibung und als Erlebensform und Ausdrucksmöglichkeit von kontextabhängiger Begrenzung. Katsivelaris nennt als Bedingung für die Entfaltung der Sexualität die Schaffung eines „adäquaten erogenen Milieus“, und sie weist auf die Missbrauchsgefährdung hin.

Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen antworten mit ihrem Beitrag auf die Frage, ob sich die Gesprächspsychotherapie mit Begriffen der Interventionstechnik beschreiben lasse. Ein Ausschuss der Gesundheitsbehörde in der Bundesrepublik Deutschland hat die GPT als „aus drei Interventionselementen zusammengesetzte Interventionstechnik“ bezeichnet und ihr die sozialrechtliche Anerkennung versagt. Dieser Vorgang illustriert, was Foucault in seinen Ausführungen zum Diskurs beschrieb: Jeder Diskurs (somit auch der wissenschaftliche Diskurs zur Psychotherapie) folgt nicht reiner Rationalität und auch nicht einer absoluten Idee, sondern lässt bestimmte Vorstellungen als wahr gelten (die „Wahrheit“) und grenzt andere als falsch aus. Diese Vorstellungen haben bestimmte – historisch gewordene – Machtstrukturen und Interessen zur Grundlage („Dispositive“), und sie erzeugen und erhalten ihrerseits Machtstrukturen. Die Autorin und der Autor akzeptieren die Ausgrenzung nicht und lassen sich auch nicht zum Schweigen bringen, sie schalten sich in den Diskurs ein und stellen sich einer interdisziplinären, d. h. das Begriffssystem des PZA überschreitenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Sie rufen zunächst in Erinnerung, dass die von Rogers formulierten Begriffe die therapeutische Beziehung auf unterscheidbaren Abstraktionsebenen erfassen. Nimmt man diese Perspektive ein, lassen sich im klientenzentrierten Therapeutenverhalten sehr wohl definierbare Interventionsregeln, Interventionsprinzipien und Interventionstechniken erkennen. Eckert und Biermann-Ratjen klären das Verhältnis zwischen diesen Begriffen, also zum Beispiel zwischen dem Therapieprinzip ‚Empathisches Zuhören‘ und den differenzierten konkreten Therapeutenantworten, und zeigen damit auf, wie vielfältig die Möglichkeiten im PZA sind, „das therapeutische Verhalten den Patienten und der jeweiligen Situation im Therapieprozess entsprechend differenziert auszurichten.“ Sie belegen, dass der PZA Regeln der methodischen Strenge und logischen Disziplin folgt, und setzen sich so mit wissenschaftlichen Argumenten zur Wehr gegen die politisch motivierte Ausgrenzung durch einen derzeit nicht eben humanistisch geprägten Diskurs zur Psychotherapie.

Die nächste Ausgabe von PERSON ist ein Schwerpunktheft, es widmet sich dem historischen Hintergrund des Personzentrierten Ansatzes.

1 Stegmaier, W. (2009). Emmanuel Levinas zur Einführung. Hamburg: Junius.

2 de Waal, F. (2011). Das Prinzip Empathie. München: Hanser.

Karin Wunderlich

# Der Organismus.

## Materialien und Überlegungen zu einem vielschichtigen Begriff und seiner Bedeutung im Personzentrierten Ansatz

**Zusammenfassung:** Der „Organismus“ ist ein grundlegender, aber in vieler Hinsicht nicht expliziter Begriff im Personzentrierten Ansatz. Um ihm klarere Konturen zu verleihen und ein genaueres Verständnis seiner Rolle im personzentrierten Denken sowie der daraus resultierenden Konsequenzen für die Praxis zu gewinnen, werden bestehende Definitionen, seine Entwicklung im Personzentrierten Ansatz, wissenschaftsgeschichtliche Kontexte und Hintergründe, seine Bedeutung als Bild und Metapher sowie einige seiner wesentlichen Funktionen und Eigenschaften untersucht.

**Schlüsselwörter:** Organismus, Metapher, Aktualisierungstendenz, Erfahrung, Biologismus, Wachstum

**Abstract: The organism. Exploring a complex concept and its role in the Person-Centred Approach.** *The organism is a basic, but in many aspects rather poorly outlined concept in the PCA. Aimed at clarifying the term and gaining a better understanding of the resulting consequences for our therapeutic work, the present paper examines the different definitions available, takes a look at its development in the PCA and its context in science and philosophy, reflects on its metaphorical usage, and describes some of its functions and characteristics.*

**Keywords:** organism, metaphor, actualizing tendency, experience, biologism, growth

Der Organismusbegriff spielt in der personzentrierten Literatur eine eigentümliche Rolle: theoretisch zentral, und unterschwellig stets präsent oder zumindest implizit mitschwingend, bleibt er doch meist unscharf und im Hintergrund. Erst seit kurzem finden sich auch Autoren, die ihm explizit ihre Aufmerksamkeit widmen (vgl. Höger, 2006 ; Tudor & Worrall, 2006). Hier soll er ins Rampenlicht gerückt, von unterschiedlichen Seiten beleuchtet, und auf Wirkung und etwaige Nebenwirkungen untersucht werden.

### 1. Allgemeine Definitionen und Kontexte

Als erster Schritt dazu bietet sich angesichts der Tatsache, dass es sich nicht um einen ansatzspezifischen Begriff handelt, ein Blick auf Herkunft und Anwendungsbereiche an. „Organismus“ wurzelt im Altgriechischen und hat sich als latinisierende Bildung nach dem französischen „organisme“ im 18. Jahrhundert etabliert (Pfeifer, 1995, S. 955), also zu einer Zeit, als die Biologie begann, sich als eigenständige Wissenschaft zu etablieren. Demgemäß sind die Bilder und Konnotationen zu „Organismus“ eng mit der Entwicklung der Biologie und den unterschiedlichen Auffassungen in diesem Gebiet verbunden.

Im Englischen wie im Deutschen wird der Begriff heute meist als „Gesamtsystem der Organe des lebenden Körpers“ beschrieben, er findet sich als Synonym von „Lebewesen“ und häufig auch als Metapher im Sinne eines größeren Ganzen, eines Gebildes, dessen Teile, Kräfte o. Ä. zusammenwirken (vgl. Collins Cobuild, 1987; Duden, 1996; Brockhaus, 2006; Meyers, 1987; Sykes, 1982). Bereits aus dem allgemeinen Sprachgebrauch wird deutlich, dass ein prüfender Blick auf die Frage, ob sich „Organismus“ im konkreten Fall nun auf die „biologische Einheit“ bezieht, als bildlicher Vergleich gemeint ist, oder z. B. einen philosophischen Bezug hat, stets angebracht ist. Der Begriff bietet ausgiebig Gelegenheit zu mehrdeutiger bzw. recht vielschichtiger Verwendung, wobei im personzentrierten Kontext noch zusätzlich die Möglichkeit einer Vermengung allgemeinsprachlicher und fachspezifischer Aspekte des Begriffs erschwerend hinzukommt.

### 2. Begriffsentwicklung im Personzentrierten Ansatz

Im personzentrierten Kontext tritt der „Organismus“ bereits mit Rogers' ersten Schritten in Richtung einer Persönlichkeitstheorie in Erscheinung (Rogers, 1951/1983). Von da an ist er recht

durchgängig präsent, vor allem im Zusammenhang mit dem zentralen Konzept der Erfahrung (z. B. Rogers, 1951/1983, S. 101 und 161–162; 1961/1973, S. 37–38 und 110), mit Überlegungen zur „Natur des Menschen“ (insbes. 1957b/1989; 1961/1973, S. 110–113 und 1977/1978, S. 15–19; 1980/1981, S. 7) bzw. in Verbindung mit der Vorstellung von einer gerichteten, konstruktiven Kraft, der „Aktualisierungstendenz“ (z. B. 1951/1983, S. 185; 1961/1973, S. 49; 1980/1981, S. 69–70; 1983, S. 41). Im Index findet er sich jedoch vielfach nicht, und in den meisten Textstellen ist er nicht selbst Thema, sondern kommt mit auffälliger Selbstverständlichkeit in der Diskussion anderer Konzepte zum Einsatz. Wer ein prägnantes Beispiel dafür sucht, sei auf „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ verwiesen, wo Rogers die Überschrift: „I. Theorie der Therapie. Die Natur des menschlichen Organismus“ als Zentrum einer Abbildung präsentiert, die dem Leser helfen soll, einen Überblick über die Beziehungen der verschiedenen Aspekte der Theorie zu gewinnen (Rogers, 1959/1987, S. 18–19). „Organismus“ wird jedoch – im Gegensatz zu 40 anderen theorielevanten Begriffen – im darauf folgenden Text nicht definiert.

Vermutlich lässt sich dieser Umstand zunächst damit begründen, dass Rogers den Begriff für allgemein bekannt hielt (vgl. Höger, 2006, S. 38). Erst spät machte er konkretere Aussagen dazu: In einem 1974 gemeinsam mit John K. Wood veröffentlichten Text (Rogers, 1983, S. 136) bezeichnet er den Organismus (allerdings auch noch eher nebenbei) als die „Geist und Körper umfassende Gesamtperson“; und auf eine explizite Frage bei einer Theoriediskussion 1981 in Salzburg meint er: „I use the term „organism“ for the biological entity. The actualizing tendency exists in the organism, in the biological human organism“ (Schmid, 1991, S. 127–128).

Auf der Basis dieser Aussage bezeichnet Schmid (1991, S. 129) den Organismus als „Ort allen Erlebens (experience)“ und „Totalität der Erfahrungen“, den „inneren Kern der menschlichen Persönlichkeit“ und hält fest, dass man im traditionellen europäischen Sprachgebrauch „wohl an vielen Stellen von der (physischen und psychischen) menschlichen Natur sprechen würde“. Bei Stumm (2000, S. 480) ist „Organismus“ „(...) die Gesamtheit, aber auch der innere Kern bzw. die biologische Einheit eines Lebewesens, im besonderen der Person“ und Ausgangspunkt der Aktualisierungstendenz. Höger (2006, S. 38) definiert ähnlich, für ihn ist „Organismus“ „die Bezeichnung für die Natur, die integrierte Gesamtheit aller physischen und psychischen Funktionen des Menschen. Er ist der Ort aller Vollzüge des lebendigen Daseins eines Individuums, wie sie sich in der Interaktion zwischen ihm und der ihn umgebenden Welt entfalten, mit der er sich in ständigem Austausch befindet. Alle zu ihm gehörenden Organe, Funktionen, Merkmale usw., wie sie als Phänomene oder in theoretischen Konstrukten beschrieben werden, sind jeweils Ausdruck seiner Lebensvollzüge.“ Höger sieht den Begriff zentral. „Alle übrigen Begriffe, wie sie in den Grundlagen des Klientenzentrierten Konzepts dargestellt werden, dienen

seiner näheren Charakterisierung und sind ihm insofern untergeordnet“ (Höger, 2006, S. 39).

Ähnliche Positionen finden sich auch außerhalb des deutschsprachigen Raumes. So halten die britischen Autoren Tudor und Worrall (2006, S. 45) fest: „Das Herzstück des Personzentrierten Ansatzes und der Theorie und Praxis personzentrierter Therapie ist der Organismus, ein pulsierendes biologisches Gebilde und ein bedeutungsvolles und nachhaltiges Bild.“<sup>1</sup> Womit auch die Verwendung des Begriffes als Metapher angesprochen ist – ein Aspekt, der personzentriert ebenso Thema ist wie allgemeinsprachlich, über den jedoch bereits nicht mehr Einigkeit besteht. So vertritt z. B. Spielhofer (2001, S. 8) die Ansicht, für Rogers sei „der Organismus keine Metapher zur Darstellung und Erklärung unseres Erlebens und Handelns, keine „Verbildlichung“ des nicht Wahrnehmbaren und auch kein theoretisches Konstrukt wie das Selbst, sondern eine reale Gegebenheit, indem er vielfach „Organismus“ und „Körper“ oder „menschliche Natur“ gleichsetzt.“ Wie eine weitere Definition ahnen lässt, können sich von diesem Punkt aus auch durchaus stark differierende größere Bilder entwickeln: Tudor und Merry (2006, S. 91–92, Übers. K.W.) zufolge ist „Organismus“ „generell „alles, was lebt“; der Begriff wird von Rogers auf zweierlei Weise verwendet: zum einen bezeichnet er damit den menschlichen Organismus und synonym dazu, das Individuum; zum anderen bezieht er sich damit im weiteren Sinne auf die Spezies Mensch und darüber hinaus auf jegliche Form organischen Lebens, bis hin zu Gruppen und Organisationen“. Womit die metaphorische Verwendung recht praktische Relevanz erhält – wer die Gruppe als Organismus sieht, wird diesen speziellen Blick wohl auch in seine Arbeit mit ihr einfließen lassen<sup>2</sup>. Interessant im Hinblick auf die heutige Diskussion des Begriffs ist wohl auch, dass bei Tudor und Merry (2006, S. 92) dem Eintrag „organism“ ein weiterer „organism, human“ folgt: Der menschliche Organismus – und dieser ist es ja schließlich, von dem wir im therapeutischen Kontext normalerweise sprechen – weist nicht nur jene Eigenschaften auf, die allen Organismen gemeinsam sind. Der Mensch ist ein sehr spezieller Organismus mit konkreten Eigenheiten. Mit dieser Feststellung finden wir uns jedoch bereits mitten in aktuellen fachübergreifenden Diskussionen wieder, ohne

1 Die Zitate aus Tudor & Worrall (2006) sind sämtlich mangels einer deutschsprachigen Publikation Übersetzungen der Verfasserin. Aus Platzgründen habe ich sie jedoch im Folgenden nicht einzeln als solche gekennzeichnet.

2 Schmid (1996, S. 29) weist eine Reihe von Äußerungen nach, aus denen hervorgeht, dass Rogers die Gruppe wie einen Organismus versteht. Rosenberg (Rosenberg, 1977/1980, S. 58) äußert sich eher nachdenklich dazu. Interessant erscheint mir in diesem Zusammenhang der Blick in die Biologie: Bereits Schleiden und Schwann, die Begründer der Zellentheorie, hatten erkannt, dass man vielzellige Organismen nicht ansieht, dass sie aus Einzelorganismen bestehen. Die Frage, was wir als Einheit definieren und auf welche Zusammenhänge wir fokussieren, stellt sich seitdem immer wieder neu. Heute bezieht man sich vor allem auf das Konzept der Selbstorganisation und diskutiert „kollektive Intelligenz“ und „Superorganismen“ (womit je nach Diskussionsforum ein Ameisenstaat ebenso gemeint sein kann wie unser Gehirn oder das Internet!) (vgl. Hüther, 2004, S. 51–52 und 54–55; <http://oe1.0RF.at/highlights/106491.html>)

deren Miteinbezug spezifisch personenzentrierte Konturen schwer sichtbar- bzw. abgrenzbar sind: Der Begriff „Organismus“ stammt nicht aus dem personenzentrierten Kontext, und er führt auch außerhalb davon ein lebhaftes Eigenleben. Ein Blick über den Zaun um den personenzentrierten Garten ist angebracht.

### 3. Jenseits des Gartenzauns: Der Organismus in Philosophie und Naturwissenschaft

Organismen, gleich welcher Größe und Komplexität, sind in ihrer ursprünglichen Definition Lebewesen. Auch dort, wo der Begriff „Organismus“ als Metapher Verwendung findet, geht es meist um die Beschreibung von Phänomenen, die aus Gefügen von lebenden Organismen resultieren, oder denen ein „Eigenleben“ bzw. Eigenschaften, wie sie Lebewesen haben, zugeschrieben werden: die Gruppe, der Staat. Wir können unsere Frage nach dem Organismus daher nicht stellen, ohne auf eine wesentlich ältere verwiesen zu werden: Was ist Leben?

Diese wiederum sprengt hier natürlich bei weitem den gegebenen Rahmen. Ihre lange und kontroverse Geschichte in Theologie, Philosophie<sup>3</sup> und Naturwissenschaft schwingt jedoch bei der Verwendung des Organismusbegriffs stets mit und muss daher angesprochen werden. Vor allem Bilder und Vorstellungen aus den – von Descartes an bis ins 20. Jahrhundert hinein durchaus hitzig geführten – historischen Debatten Physikalismus vs. Vitalismus, bzw. Organismus vs. Reduktionismus stehen auch heute noch vielfach im Raum und wirken im allgemeinen Denken nach. Nicht selten knüpfen auch in der personenzentrierten Diskussion Zuordnungen daran an. So sagt man Rogers beispielsweise (u. A. aufgrund seiner Bezugnahme auf den Embryologen Hans Driesch, der eine Art „Paulus“ der Vitalisten war) eine Nähe zum Vitalismus bzw. Neovitalismus nach (Finke, 2002, S.28). Aber auch die neueren Entwicklungen in der Biologie haben den personenzentrierten Zugang zum Organismusbegriff beeinflusst. Bereits ab den 1930er-Jahren begannen sich dort – ausgehend von Impulsen aus der neueren (insbesondere Quanten-)Physik und der sich entwickelnden Systemtheorie – Begriffe wie Ordnung, offenes System, Information zu etablieren. Lebewesen werden nun als Funktionseinheiten, als Systeme behandelt. Wesentlich für die Erklärung ihrer Eigenschaften ist das Prinzip der Ganzheit, durch das der alte Gegensatz zwischen mechanistischer und vitalistischer Erklärung aufgelöst wird. Die einzigartigen Merkmale lebender Organismen rühren nicht von ihrer Zusammensetzung, sondern von ihrer Organisation her (Mayr,

1998, S.39–40), und die Begriffe, mit deren Hilfe sie beschrieben werden, lauten Emergenz und Selbstorganisation.

Emergenz bedeutet, dass man „zur Beschreibung und Erklärung der höheren Ebenen Begriffe benötigt, die auf den niedrigeren Ebenen noch nicht anwendbar sind. Leben etwa ist eine emergente Eigenschaft der Zelle, nicht aber ihrer Moleküle; Bewusstsein ist eine emergente Eigenschaft von Organismen mit hoch entwickeltem Zentralnervensystem (...) Die einfacheren Lebensformen bilden zwar die Grundlage für die komplexeren; doch mit jedem Zusammenschluss zu einem neuen System entstehen auch qualitativ neue Eigenschaften, die es bei den vorangehenden Stufen noch nicht gab.“ (Kather, 2003, S.93).

Selbstorganisation ist ein Gedanke, der bis in die Antike zurückverfolgt werden kann, auch wenn die Entwicklung des Konzepts im aktuellen Sinne erst im 20. Jahrhundert mit der Entstehung des interdisziplinären Erkenntnismodells der Systemtheorie einsetzte. Wie Selbstorganisation funktioniert, wird mittels unterschiedlicher Erklärungsmodelle beschrieben, die zum Teil konkurrierend nebeneinander stehen, und zum Teil auf unterschiedliche Arten von sich selbst organisierenden Systemen Bezug nehmen. Als Beispiele seien das Autopoiese-Konzept von Maturana und Varela (1985), die Theorie dissipativer Strukturen von Prigogine (1980 und 1987), das Konzept der Hyperzyklen von Manfred Eigen (Küppers, 1986) und das interdisziplinäre Modell der Synergetik (Haken, 1981) genannt (vgl. Höger, 2006, S.53). Diese Selbstorganisationstheorien wurden von verschiedenen personenzentrierten Autoren in unterschiedlicher Form aufgegriffen. So zitiert Rogers selbst Prigogine (Rogers 1980/1981, S.81 und 182), Kriz (u. a. 1999) beruft sich auf Haken. Wie Höger (2006, S.47) anmerkt, war es vor dem Aufkommen des Selbstorganisationsbegriffes nicht denkbar, dass ein natürliches Geschehen Ordnungen entwickeln kann, die nicht von außen gesetzt werden. Frei sich selbst überlassen, so war bzw. ist häufig auch noch heute die Sichtweise, geht es früher oder später in chaotische Zustände über. Kriz (1999, S.54–55) spricht in diesem Zusammenhang von „Law-and-order“-Vorstellungen und wirft auch ein Streiflicht auf die machtpolitische Dimension dieser Denkweise. Dadurch, dass Rogers den Organismus ins Zentrum seiner Theorie stellt und ihm obendrein noch Weisheit und eine Aktualisierungstendenz zuschreibt, bezieht er auch klar gegen eine Körperfeindlichkeit und ein Autoritätsdenken Stellung, die jahrhundertlang europäisches Denken und Handeln geprägt haben. Zwar würde es ebenso zu weit gehen, ihn deshalb als Systemtheoretiker zu definieren, wie es unzutreffend wäre, Aristoteles für personenzentriert zu halten, nur weil er einmal festhielt, dass die Werke der Natur eine ihnen innewohnende Tendenz in Richtung des besten Zustandes hätten, den sie zu erreichen imstande sind (vgl. Tudor & Worrall, 2006, S.7). Sowohl die Systemtheorie als auch der Personenzentrierte Ansatz sind neue Ganze, und Teilen davon anderswo zu begegnen verleitet unter Umständen zu voreiligen Schlüssen. Dass Rogers jedoch mit seinen Vorstellungen vom Organismus zu den

<sup>3</sup> Bezugnahmen auf philosophische Hintergründe des personenzentrierten Organismuskonzeptes finden sich bei Höger (2006), Finke (2002, S.28–29, und 2004, S.10–11), der vor allem Parallelen und Bezüge zur romantischen Naturphilosophie von Schelling oder auch Novalis sieht, sowie Tudor und Worrall (2006), die Rogers' Organismusbegriff philosophisch u. a. in Relation zum Werk des Philosophen Alfred North Whitehead (1861–1947) setzen.

Pionieren einer neuen Perspektive zählte, erscheint offensichtlich und bemerkenswert.

Die Konsequenzen der Selbstorganisationsmodelle für personenzentriertes Denken und Handeln sind – wie auch die Frage ihrer Vereinbarkeit damit – Gegenstand laufender und lebhafter Diskussion innerhalb des Ansatzes. Manchen Autoren zufolge (z. B. Kriz, 2003, Höger, 2006, S. 54), kann die Aktualisierungstendenz heute angesichts ihrer Vereinbarkeit mit dem Konzept der Selbstorganisation von lebenden Organismen als etwas gesehen werden, das im Kontext der empirisch orientierten Wissenschaft seinen guten Platz hat. Andere äußern sich kritisch bezüglich einer allzu generellen Übernahme von Konzepten der Selbstorganisation und bezweifeln die Vereinbarkeit mit humanistischen Grundgedanken (Finke, 2002; Kabelka, 2005) oder weisen zumindest nachdrücklich auf die Grenzen der Vergleichbarkeit der Aktualisierungstendenz mit biologischen Vorstellungen hin (Purton, 2004, S. 33). Hier scheint mir vielfach Ähnliches zu geschehen wie im Streit zwischen Physikalisten und Vitalisten. Die Anwendung systemtheoretischen Gedankenguts wie auch der Bezug auf biologische Konzepte werden problematisch, sobald Phänomene menschlichen Lebens darauf reduziert werden. Zieht man diese Ideen hingegen im Wissen um ihre Herkunft und Grenzen heran, um personenzentrierte Theorien aus anderen Perspektiven zu betrachten, weiterzuentwickeln, oder mit dem „Stand der Wissenschaft“ angrenzender Gebiete zu vergleichen, so kann das durchaus inspirierend oder klärend wirken. Relevanz und Sinnhaftigkeit dieser Bezüge entscheiden sich letztlich daran, ob es gelingt, die Grenzen der Anwendbarkeit von Konzepten aus unterschiedlichen Wissensgebieten zu wahren, sich ihres Kontexts und ihrer aktuellen Entwicklungen bewusst zu werden, und für alle relevanten Ebenen der Fragestellung eine jeweils geeignete Sprache zu finden.

Aus philosophischer Sicht bleibt jedenfalls auch in Zeiten von Emergenz und Selbstorganisationsmodellen ein grundlegendes Problem der naturwissenschaftlichen Methode bestehen: „Auch die Emergenztheorien stützen sich auf Daten, die in irgendeiner Form empirisch verifizierbar sind. Dadurch wird auch bei ihnen das erkennende und erlebende Subjekt mitsamt allen qualifizierten Erfahrungen, die nicht objektivierbar sind, methodisch ausgeschlossen. Nur die Perspektive der dritten, nicht die der ersten Person wird berücksichtigt“ (Kather, 2003, S. 94). Dies ist der Punkt, an dem die Begegnung zwischen Human- und Naturwissenschaften schwierig wird. Kather (2003, S. 131) meint dazu: „Wir hätten kein Verständnis für den Unterschied von lebendig und tot geschweige denn für qualifiziertes Erleben, wenn wir nicht aus eigener Erfahrung wüssten, was es heißt, sich zu bewegen, zu sehen, zu fühlen, ...“ Letztlich stehen wir hier auch vor einer erkenntnistheoretischen Problematik: „Wann immer jemand Leben definiert, muss er sich dessen bewusst sein, dass er selbst ein lebendiger Mensch ist, und also auf beiden Seiten der Definition vorkommt.“ (Brockhaus, 2006, S. 468). Rogers selbst war sich dessen durchaus bewusst (vgl. Rogers 1959/1987, S. 13–17).

#### 4. Der Organismus als Bild und Metapher

Organismische Bilder bzw. der Organismus als Bild sprechen unmittelbar an. Phänomene wie die beachtliche Haltbarkeit der Seeigelleier Drieschs oder auch die Berühmtheit des „Kartoffelbeispiels“ (Rogers, 1980/1981, S. 70) machen dies deutlich. Dabei ist es im Grunde bereits eine Vereinfachung, von „dem Organismus“ als Bild zu sprechen: schließlich ist er – je nach dem, was das allgemeine Bewusstsein gerade beschäftigte – in den letzten Jahrhunderten schon mit den unterschiedlichsten Metaphern beschrieben worden. Wie Kinder, die von einem neuen Spielzeug ganz in Anspruch genommen sind, bringen wir ihn stets mit unseren neuesten Erkenntnissen und Symbolen in Verbindung: ausprobieren, nachziehen, dazu stellen. Das ist grundsätzlich sinnvoll und kreativitätsfördernd, doch es bedarf entsprechender Reflexion. Metaphern tendieren dazu, ein Eigenleben zu entwickeln, und oft werden sie auch zu wörtlich genommen – nach dem Motto: Eine Ursuppe muss letztlich jemand auslöffeln, einen Code muss jemand geschrieben haben (Thoms, 2005, S. 115). Es gilt, stets die Grenzen der Metapher im Auge zu behalten und darauf zu achten, woher sie stammt und wohin sie uns zieht, welche Bilder und Fragestellungen sie uns suggeriert. Die Art der verwendeten Metaphern hat konkrete Auswirkungen, auch auf die therapeutische Praxis. Wie Kriz (2003, S. 83) festhält, geht es nicht zuletzt darum, „die Fülle vorhandener, lebensinadäquater, mechanistischer und reduktionistischer Konzepte (...) durch angemessenere Konzepte und Metaphern zu ersetzen.“ Kriz findet hier in Denken und Sprache der Systemtheorie neue Impulse; Tudor und Worrall sehen in den organismischen Metaphern viel Potenzial. Was sich ja nicht gegenseitig ausschließen muss, bzw. teilweise auch – geht man vom biologischen „Stand der Wissenschaft“ aus – sowieso nicht scharf zu trennen ist.

Im Zusammenhang mit der Verwendung von Metaphern bei Rogers sollten wohl auch seine lebensgeschichtlichen Bezüge nicht übersehen werden. Seine Kindheitserfahrungen spiegeln sich in seiner Sprache ebenso wie in den Bildern, die er verwendet; und seine tiefe Überzeugung von der Existenz und Wirkung der Aktualisierungstendenz hat sicherlich auch Wurzeln im Boden der elterlichen Farm. Die Aktualisierungstendenz ist als Metapher dem organischen Leben der Natur entnommen und steht damit in Kontrast zu Analogien und Bildern aus der unbelebten Welt oder der Mechanik, wie Freud oder Skinner sie verwendeten (vgl. Tudor und Worrall, 2006, S. 41–42). Rogers setzt Bilder aus der Natur ein, um verschiedene Aspekte seiner Theorien darzustellen: Kartoffeln im Keller (1980/1981, S. 70) stehen für die Tendenz des Organismus, sich zu aktualisieren; Seetang auf Felsklippen (1977/1978, S. 237–238) illustriert die Flexibilität und Widerstandskraft, die ein Organismus selbst noch angesichts unwirtlichster Umgebung aufweist; die Fähigkeit einer Gruppe, mit „ungesunden Elementen in ihrem Prozess“ fertig zu werden, wird mit weißen Blutkörperchen

im Kampf gegen eine Infektion verglichen (Rogers 1970/74, S. 50 in Tudor & Worrall, 2006, S. 42).

Zu diesen Bildern und ihrer Anwendbarkeit auf den Menschen gibt es zahlreiche kritische Stimmen. Häufig wird Rogers Biologismus vorgeworfen oder auch, er sei ein später Anhänger des Vitalismus. Was den Biologismusvorwurf anbelangt, so scheint mir eine Tendenz zu bestehen, das Kind (Bilder aus der Natur und biologisches Wissen) mit dem Bade (deren missbräuchlicher Verwendung in der Politik einerseits und gewissen Ausformungen z. B. des Sozialdarwinismus andererseits) auszuschütten. Meines Wissens bezieht sich Rogers nie in einer Form auf den biologischen Organismus, die zur Rechtfertigung sozialer Ungleichheit oder Ausbeutung verwendet werden könnte, oder den Menschen auf biologische Aspekte reduziert. Hingegen nimmt er z. B. Stellung zu seinem Seeigeleier-Beispiel, indem er festhält, er habe es gewählt, „weil es eine derart genaue Analogie zu meinen Erfahrungen zu sein scheint: den Erfahrungen, die ich mit Menschen in therapeutischen Beziehungen gemacht habe“ (Rogers, 1977/1978, S. 240, Übers. K.W.). Er zitiert das Beispiel als Analogie, als Bild für eigene Erfahrungen und die Schlüsse, die er daraus gezogen hat. Es geht demnach um, wie Höger es nennt, „eine Perspektive, die durch die Beobachtung und Beschreibung lebendiger Organismen nahegelegt wird und als leitendes Prinzip bei der Entwicklung von Theorien fungiert, mit denen sowohl therapeutische Veränderungen als auch Lebensprozesse allgemein, insbesondere Entwicklungsprozesse, zu erklären sind“ (Höger, 2006, S. 56).

Dies ist jedoch nicht die einzige Kritik. So merkt Thorne (Thorne, 1992, S. 89 in Purton, 2004, S. 31, Übers. K.W.) an, dass „Rogers' Tendenz, der Landwirtschaft entnommene Metaphern zu verwenden, und seine Betonung der Aktualisierungstendenz und der Weisheit des Organismus zu einer äußerst positiven Sicht des Menschen führen können, die jedoch eigenartig unbezogen („non-relational“) ist.“ Und Purton (2004, S. 32–34, Übers. K.W.) kritisiert Rogers' Analogie der menschlichen Aktualisierungstendenz zur „Pflanze“<sup>4</sup> als Organismus, der gewisse angeborene Entwicklungstendenzen hat, die unter günstigen Umweltbedingungen zum Tragen kommen“ mit dem Hinweis, dass „so zu denken sogar im Fall der Pflanzen eine extreme Vereinfachung bedeutet. Um voll und ganz leben zu können braucht die Pflanze nicht nur „Hintergrundbedingungen“ wie Luft und Sonne, sondern sehr spezifische Interaktionen mit Elementen ihrer Umgebung.“ Als Widerspruch zu Rogers' Ideen sieht Purton auch die Tatsache, dass dem biologischen Denken als Prinzip nicht das Gedeihen des Individuums zugrunde liegt, sondern jenes der Art (oder auch jenes der Gene) (Purton, 2004, S. 33). Er verweist darauf, dass es manchmal schwierig ist, festzustellen, wo der Organismus noch Metapher ist und wo biologische „Tatsache“: „(...) selbstverständlich **sind** wir etwas, das lebt, und gleichzeitig sind wir Wesen mit Bewusstheit, und rationale Denker. Wir wachsen,

atmen, essen, pflanzen uns fort und schwinden wieder dahin, ganz wie es Pflanzen und Tiere tun. Wir sind auf diese Art und Weise lebendig, aber wir ‚führen‘ auch ein Leben, so wie es nur Menschen gegeben ist, ein Leben zu führen. (...) Ich möchte zu erwägen geben, dass es zwar nicht zweckmäßig sein mag, Rogers' Vorstellungen an die wissenschaftlichen Konzepte der Evolutionsbiologie zu binden; jedoch gibt es allen Grund der Welt, sie mit unserer Alltagsvorstellung von einem Lebewesen in Beziehung zu setzen“ (ebenda, Übers. K.W., Hervorhebung im Original). Auf dieser Ebene „kann unsere Vorstellung vom menschlichen Leben durch jene vom organischen Leben mehr Farbe und Kontur erhalten, statt darauf reduziert zu werden“ (Purton, 2004, S. 34).

## 5. Wesentliche Eigenschaften und Funktionen des Organismus aus personenzentrierter Sicht

Die heutige Biologie definiert Leben mithilfe der Beschreibung statischer und dynamischer Charakteristika von Lebewesen. Als wesentliche Merkmale von Leben gelten vor allem: Die Zelle als Grundbaustein; Begrenzung und Offenheit; Stoffwechsel; Fähigkeit zur Reaktion auf bzw. Anpassung an Umweltreize; Selbstregulation; genetisches Programm und Fähigkeit zur Reproduktion, Wachstum und Differenzierung (vgl. Czihak et al., 1990; Mayr, 1998; Thoms, 2005). In vergleichbarer Weise steht auch im Personenzentrierten Ansatz nicht die Definition von „Organismus“ im Vordergrund, sondern im Sinne eines phänomenologischen Zugangs die Diskussion über wichtige Eigenschaften und Merkmale. Einige davon beschreibt Rogers selbst (vgl. z. B. Rogers, 1951/1983, S. 417ff.), Weiteres findet sich z. B. bei Barrett-Lennard (1998, in Tudor & Worrall, 2006, S. 52) und Tudor und Worrall (2006, S. 53). Höger (2006, S. 37ff.) fasst folgendermaßen zusammen:

- Der Organismus reagiert als „organisiertes Ganzes“, und zwar
- auf das ihm über seine Rezeptoren und Wahrnehmungsfunktionen von der Welt vermittelte Bild – und nur auf dieses, und
- die Aktualisierungstendenz stellt die für das Klientenzentrierte Konzept und das gesprächspsychotherapeutische Handeln entscheidende Eigenschaft des Organismus dar.
- Mit den Begriffen Erfahrung, Symbolisierung und Selbst werden Funktionen und Orientierungspunkte des menschlichen Organismus beschrieben, seine Informationsgrundlage für all seine Aktivitäten.

Die ersten beiden dieser Kernpunkte scheinen innerhalb des Ansatzes selten Gegenstand von Diskussion zu sein; zu anderen, insbesondere der Aktualisierungstendenz, werden recht unterschiedliche Positionen bezogen.

<sup>4</sup> Vgl. Rogers 1961/1973, S. 134–135)

## 5.1. Ganzheitlichkeit

Bei „Ganzheitlichkeit“ denkt man meist in erster Linie an die Gestaltpsychologie bzw. Smuts und Goldstein. Im Zusammenhang mit dem Organismusbegriff ist das Konzept jedoch auch aus personenzentrierter Sicht relevant. Dabei sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen – die Ganzheitlichkeit der Reaktion; die Tatsache, dass der Organismus insgesamt ein „organisiertes Ganzes“ darstellt; und die Untrennbarkeit von Organismus und Umwelt.

### 5.1.1. Ganzheitlichkeit der Reaktion

Rogers (1951/1983, S. 421) stellt fest, dass „(...) eines der grundlegenden Charakteristika des organischen Lebens seine Neigung zu totalen, organisierten, zielgerichteten Reaktionen“ ist. Tudor und Worrall (2006) verfolgen diese Beobachtung zu Kurt Goldstein zurück: „Jede einzelne Leistung steht mit dem gesamten Organismus in Beziehung.“<sup>5</sup> (Goldstein, 1934/1995, S. 173; vgl. auch Höger, 2006, S. 39)

Die Ganzheitlichkeit der Reaktion ist nicht nur auf der physiologischen Ebene eine relevante Tatsache, sondern auch für die Arbeit in der therapeutischen Praxis von Bedeutung. Tudor und Worrall führen ein Beispiel an (2006, S. 54): Ein Therapeut arbeitet mit einer Klientin in mittleren Jahren, die, „korrekt“ und in aufrechter Haltung sitzend, mit ruhiger Stimme von ihrer Liebe zur Oper erzählt und ihre Aufregung nur zum Teil zeigt. Er mag nun empathisch auf diese Klientin eingehen; zugleich jedoch reagiert er auf „die mittleren Jahre“, „Frau“, „aufrechte Haltung“, ihre Art zu sprechen, seine eigene Begeisterung für bestimmte Opern und Komponisten und seine Abneigung anderen gegenüber sowie auf die unterdrückte Aufregung der Frau. Goldstein bezeichnet diese Tatsache als „ganzheitliches Bezogensein von Leistungen“ („holistic relation of performances“, Goldstein, 1934/1995, S. 183, in Tudor & Worrall, 2006, S. 54).

### 5.1.2. Der Organismus als „organisiertes Ganzes“

„Der Organismus reagiert auf das Wahrnehmungsfeld als ein *organisiertes Ganzes*“ (Rogers 1951/1983, S. 421, Hervorhebung K. W.). Hier wird ein anderer Aspekt der Ganzheitlichkeit angesprochen: Der Organismus als in sich geordnete funktionale Einheit, die, auch wenn sie ständigen Veränderungen unterworfen ist, als solche bestehen bleibt, solange der Organismus existiert (Höger 2006, S. 39). Von der unmittelbar sichtbaren, konkreten Reaktion wird auf die nächstgrößere Ebene „hinausgezoomt“ – ein Blick, der sich leicht

in der Selbstverständlichkeit verliert und manchmal der Konzentration bedarf. Oft ist man versucht, angesichts der Komplexität des Organismus auf einen bestimmten Aspekt zu fokussieren; dennoch ist es wichtig, auch das Ingesamt- und Auf-Dauer-ein-Ganzes-Sein im Auge zu behalten.

### 5.1.3 Untrennbarkeit von Organismus und Umwelt

Dieser Aspekt scheint mir von besonderer Bedeutung und soll daher etwas ausführlicher behandelt werden.

Teil der biologischen Definition von Lebewesen ist, dass sie stets eine Begrenzung haben und somit ein Innen und ein Außen – ohne Grenze keine Identität. Gleichzeitig ist aber jeder Organismus auch ein offenes System, das mit seiner Umwelt in ständigem Austausch von Stoff und Information steht. Philosophisch formuliert: „Selbstheit gibt es nur in Relation zur Andersheit. Schon für den Stoffwechsel muss ein Lebewesen über sich hinausgreifen. Anders als tote Gegenstände haben Lebewesen daher nicht nur sich, sondern, zumindest in gewissem Umfang, auch Welt“ (Kather, 2003, S. 133). Zum Verständnis des Organismus gehört demnach immer auch der Kontext, seine Umgebung.

Auch Rogers geht „vom Menschen als einem Organismus aus, der sich in einer Koevolution mit seiner Umgebung befindet, d.h., sich in ihr erhält und mit ihr weiterentwickelt“ (Höger, 2006, S. 37). „Der Begriff der Aktualisierungstendenz impliziert die Verschränkung aller Lebensprozesse eines Organismus mit seiner Umwelt, an die er sich im Laufe der Phylo- und Ontogenese angepasst hat“ (ebenda, S. 56). Nicht nur wir selbst, sondern auch unsere Vorfahren haben Erfahrungen in und mit ihrer Umwelt gemacht, und sie alle sind in irgendeiner Form in uns präsent.

Bei Tudor und Worrall (2006, S. 77–78) wird in diesem Zusammenhang der humanistische Persönlichkeitstheoretiker und Arzt Angyal (1941) zitiert, der ein wichtiger Bezugspunkt für Rogers war. Angyal beschreibt Leben als „autonomes dynamisches Ereignis, das zwischen dem Organismus und der Umwelt stattfindet“ und meint: „Jeder Versuch, eine morphologische Trennung zwischen Organismus und Umwelt zu vollziehen, wird unweigerlich scheitern und zu endloser, spitzfindiger Dialektik führen.“ (Angyal, 1941, S. 89, in Tudor & Worrall, 2006, S. 47, Übers. K. W.). Tudor und Worrall zufolge war sich Rogers „zwar dieser gegenseitigen Abhängigkeit bewusst, betont sie jedoch in seinem Werk nicht.“ Sie selbst (2006, S. 33) sehen die Einheit von Organismus und Umwelt als zentralen Aspekt des Personenzentrierten Ansatzes und ziehen daraus weitreichende Konsequenzen für die therapeutische Arbeit: „Aus der organismischen Perspektive gesehen kann die Klientin bzw. der Klient nicht außerhalb ihres bzw. seines Umweltkontextes gesehen werden.“

Auch Gendlin sieht „Organismus“ und „Umwelt“ als in Wechselbeziehung stehende Begriffe: („inter affecting whole“) (Gendlin, 1997, S. 1–6, in Purton, 2004, S. 183). Dies entspricht letztlich

<sup>5</sup> Bei den deutschsprachigen Zitaten aus Goldsteins „The Organism“ (1934/1995) liegt die übersetzungstechnisch prekäre Situation vor, dass es sich um von mir verfasste Übertragungen einer englischen Übersetzung eines zur Zeit nicht greifbaren deutschsprachigen Originals handelt.

auch dem Bild der heutigen Neurowissenschaften (vgl. Tudor & Worrall, 2006, S. 80).

Von praktischer Relevanz ist in diesem Zusammenhang ein besonderer Aspekt: Um ein „kompletter und voll agierender menschlicher Organismus“ (Rogers, 1961/1973, S. 111) zu sein bzw. zu werden, brauchen wir als Umwelt den „important other“, die Bezugsperson, den Mitmenschen. Auch das schließt (wie im Grunde alles, was mit dem Organismus zu tun hat) eine biologische Komponente mit ein: „Das Neugeborene kann überleben, weil die Menschen, die es umgeben, insbesondere seine Mutter, seine Welt so organisieren, dass es so wenig wie möglich mit Anforderungen konfrontiert ist, die es nicht erfüllen kann. Deshalb ist das Verhalten des Kindes bei weitem nicht nur Ausdruck seiner konkreten Fähigkeiten, sondern auch Ausdruck der abstrakten Haltung von jemand anderem.“ (Goldstein, 1934/1995, S. 19). Der Neurobiologe, Mediziner und Psychotherapeut Joachim Bauer meint dazu (2005, S. 118) mit Bezug auf die Spiegelneuronenforschung: „Die Entfaltung der neurobiologischen Grundausstattung des Menschen ist nur im Rahmen von zwischenmenschlichen Beziehungen möglich (...) Die Teilhabe an der Welt intersubjektiver Erfahrungen ist ein nicht nur philosophisch, sondern auch neurobiologisch begründetes Menschenrecht“ (ebenda, S. 115). Hier lässt sich auch eine biologische Basis für das sehen, was im Personenzentrierten Ansatz als hilfreiche und förderliche Bedingungen für menschliches Wachstum und Entwicklung postuliert wird: Echtheit, einführendes Verstehen und unbedingte Wertschätzung.

### 5.1.3.1. Der Organismus – unendliche Weiten?

Eine nicht unwesentliche und immer wieder von unterschiedlichen Punkten aus neu zu stellende Frage ist, wo die Grenze des Organismus zu ziehen ist. Die „Umwelt“, die untrennbar mit dem Organismus verbunden ist, kann schließlich sehr weit aufgefasst werden, ja tief in den Kosmos reichen. Rogers' Vorstellungen von der „formativen Tendenz“ gehen in diese Richtung. Das Universum als riesiges, sich selbstorganisierendes System? Dieser Gedanke wird von manchen Autoren für problematisch erachtet. So vertritt z. B. Finke (2003, S. 91) die Ansicht, es sei zu unterscheiden zwischen „einer auf die menschliche Person einerseits und den Kosmos andererseits bezogenen Ganzheitlichkeit“, wobei er erstere als unverzichtbares Merkmal einer humanistischen Position ansieht. Das Konzept einer kosmologischen Ganzheitlichkeit, in der der Mensch sich in einer All-Einheit aufgehoben glaubt, sei mit humanistischen Auffassungen und streng wissenschaftlichen Positionen nur schwer vereinbar (ebenda).

Hier tut sich eine Vielzahl Fragen auf, deren Beantwortung eine nähere Auseinandersetzung mit epistemologischen Aspekten des Themas wie auch mit dem Begriff „Umwelt“ erfordern würde. Dafür ist hier nicht der Platz. Mir persönlich scheint aber vor allem der Fokus auf den Menschen und seine besondere Situation wesentlich.

Dieser ist jedoch eben genau das: ein Fokus, eine Perspektive, die wir einnehmen. Der größere Kontext bleibt auch vorhanden, wenn ich gerade einen für mich relevanten Ausschnitt beachte. Ich sehe hier eine Frage von Figur und Grund. Ob ich von einer formativen Tendenz ausgehe oder nicht, halte ich letztlich für eine persönliche Glaubensfrage.

Der Aspekt der Untrennbarkeit von Organismus und Umwelt scheint mir von großem praktischen Interesse: Er verändert meinen Blick, macht ihn weiter und flexibler. Durch ihn wird mir nahegelegt, dem empathischen Begleiten jeweils einen prüfenden Blick auf soziokulturelle und wirtschaftliche Zusammenhänge hinzuzugesellen. Tudor und Worrall (2006, S. 243–244) weisen darauf hin, dass „bereits die Idee von therapeutischen Bedingungen (...) die therapeutische Umwelt zu einem integrierten Bestandteil von Prozess und Ergebnis der Therapie“ macht. „Klient und Therapeut sind jeweils heteronom, jeder ist Teil der Umwelt des anderen. Gemeinsam erschaffen sie die therapeutische Umwelt. (...) So, wie die Umwelt den Kontext für den Organismus bildet, ist das soziale, politische und kulturelle Umfeld jener für die Personzentrierte Therapie als solche“ (ebenda). Führe ich diese Gedanken weiter, so wird personzentrierte/r PsychotherapeutIn-Sein allerdings zum politischen Akt – was Rogers selbst in seinen späteren Jahren letztlich durchaus so gesehen hat (vgl. Rogers, 1977/1978, S. 106).

## 5.2. Wichtige Funktionen und Orientierungspunkte: Erfahrung, Symbolisierung, Selbst

Erfahrung spielt eine grundlegende Rolle im personzentrierten Denken und Arbeiten, und sie ist unweigerlich eine Funktion des Organismus. Dabei treffen stets mehrere Ebenen des Begriffes aufeinander: Der Organismus ist sowohl Quelle der Erfahrung als auch (in seiner Eigenschaft als „organisiertes Ganzes“) zugleich jene Instanz, die „auf das Feld, wie es erfahren und wahrgenommen wird“, reagiert und aus der die Realität des Individuums entsteht – das ja wiederum seinerseits ein/der Organismus ist ... Hier gilt es, sich nicht von Schwindelgefühlen überwältigen zu lassen, sondern jeweils genau zu sein in der Frage, welcher Aspekt gerade gemeint ist.

Personzentriert definiert ist „Erfahrung“ „all das, was sich innerhalb des Organismus in einem bestimmten Augenblick abspielt und was potentiell der Gewahrwerdung zugänglich ist“ (Rogers, 1959/1987, S. 23). So gesehen ist der Organismus der Ort der Entstehung der Welt: Diese ist „Erscheinungs- oder Erfahrungsfeld“, und „schließt alles ein, was der Organismus erfährt, gleichgültig ob diese Erfahrungen bewusst wahrgenommen werden oder nicht.“ (Rogers 1951/1983, S. 418). Auch der Prozess der Aktualisierung hängt nicht von einer bewussten Entscheidung des Organismus ab (Tudor und Worrall, 2006, S. 88).

Speziell im Zusammenhang mit Therapie jedoch spielt Bewusstheit im Sinne von korrekter und vollständiger Symbolisierung eine wichtige Rolle: „In der Therapie fügt der Mensch der gewöhnlichen

Erfahrung die volle und unverzerrte Bewusstheit seines Erlebens – seiner sensorischen und innerorganischen Reaktionen – hinzu. (...) So gesehen wird der Mensch zum ersten Mal zum vollen Potenzial des Menschen, zum grundlegenden sinnlichen und innerorganischen Erleben tritt das bereichernde Element der Bewusstheit ungehindert hinzu. Der Mensch *wird* das, was er *ist* (...) mit anderen Worten, ein kompletter und voll agierender menschlicher Organismus.“ (Rogers, 1961/1973, S. 111, Hervorhebungen im Original).

### 5.2.1. Exkurs: „Organismische Erfahrung“ oder „Gehört das Selbst zum Organismus?“

Beim Lesen von Textstellen bei Rogers, in denen es um Organismus, Erfahrung und Selbst geht, finde ich mich immer wieder irritiert mit einem Bild wieder, das geradezu wildwestmäßig anmutet: das Selbstkonzept steht darin – quasi als etwas vom Organismus Losgelöstes – „gegen den Organismus“. Auslöser für diese Vorstellung sind Formulierungen wie z. B.: „Es besteht dann eine echte Diskrepanz zwischen dem erfahrenden Organismus, wie er existiert, und dem Konzept des Selbst, das einen beherrschenden Einfluss auf das Verhalten ausübt“ (Rogers, 1951/1983, S. 440) oder auch „In Bezug auf die Entwicklung eines bewussten Selbst muss ferner auf die Tatsache verwiesen werden, dass es nicht notwendigerweise gleichzeitig mit dem physikalischen Organismus existiert“ (Rogers, 1951/1983, S. 429). Beim Lesen solcher Aussagen erhält das Selbstkonzept einen etwas gespenstischen Anstrich – „der erfahrende Organismus, wie er **existiert**“, wirft ein im Kontrast etwas unwirklich anmutendes Licht darauf. Existiert das Selbstkonzept vielleicht nicht? Geht es bei diesem „existiert“ um den Aspekt, dass der Organismus auch als Körper gesehen werden kann, das Selbstkonzept jedoch nur insofern eine physische Komponente beinhaltet, als es auch eine Entsprechung in neuronal verankerten „inneren Bildern“ im Gehirn hat?

Tatsache ist, dass auch das Selbst nur existieren kann, solange der Organismus existiert. Häufig geht es auch um die Differenzierung zweier Aspekte des Organismus: jenes des (um Rogers' Ausdruck zu verwenden) „physikalischen“ Organismus einerseits (also des Körpers, der in unserer Alltagsvorstellung mit der Haut „endet“ und als Begriff auch Konnotationen hat, die in die unbelebte Materie gehen oder in eine mechanistische Gedankenwelt führen können) und andererseits jenes des „offenen Systems“ Organismus, das zwar Grenzen hat, aber von seiner Umwelt nicht scharf zu trennen ist, weil es in ständigem Austausch mit ihr steht. Das Selbst hat stets mit jenem Aspekt des Organismus zu tun, den man als sein „Feld“ bezeichnen könnte: sein In-Beziehung-Treten und In-Beziehung-Sein mit seiner Umgebung bzw. auch mit sich selbst, „sofern das Selbst mit Hilfe von Bezugspersonen bereits eine integrierte Gestalt angenommen hat“ (Heinerth, 2003, S. 279). Auf alle Fälle ist der Organismus gegenüber dem Selbst stets das übergeordnete Prinzip, die Voraussetzung – und

im Zweifelsfall hat er auch das letzte Wort (vgl. Rogers, 1951/1983, S. 437–439).

„Erfahrung“ wiederum ist im Personzentrierten Ansatz, wie bereits festgestellt wurde, stets und per definitionem „organismisch“. Sie ist jedoch nicht „der Organismus“, sondern eine Funktion, ein Aspekt des Organismus, und entsteht immer in einem bestimmten Kontext. Was aus diesem heraus sehr wohl geschehen kann, ist, dass Inhalte des Selbstkonzepts vom Gesamtorganismus in der konkreten Situation für wichtiger bewertet werden als die bewusste Wahrnehmung bzw. Symbolisierung von bestimmtem, in der Situation stattfindendem organismischen Erleben. Das Selbstkonzept erfüllt zahlreiche wichtige Funktionen, seine Erhaltung hat daher oft Priorität über etwas, das gerade als aktuelle Erfahrung auftritt und es in Frage stellen könnte. Beide – Erfahrung und Selbstkonzept – sind jedoch stets Teilaspekte des Organismus als „organisiertem Ganzem“. Dass der Begriff „Organismus“ bei Rogers auch in letzterer Bedeutung zum Einsatz kommt, zeigt sich an einer anderen Textstelle: „XIV. Psychische Fehlanpassung liegt vor, wenn der Organismus vor dem Bewusstsein wichtige Körper- und Sinnes-Erfahrungen leugnet, die demzufolge nicht symbolisiert und in die Gestalt der Selbststruktur organisiert werden.“ (Rogers 1951/1983, S. 440). Hier findet sich „Organismus“ als Instanz, in einer übergeordneten und sehr aktiven Rolle: Er „leugnet Erfahrungen vor dem Bewusstsein“. Es ist also etwas anderes gemeint als im vorhergehenden Text, wo der Organismus in seinem Erfahrungsaspekt angesprochen ist. In These XIV. organisiert und aktualisiert er sich als Ganzes und beinhaltet alle Komponenten der Erfahrung, auch wenn sie gerade nicht alle bewusst gemacht werden können – weil sie unser Selbstkonzept bedrohen, uns Angst machen, wir inkongruent sind.

Die „Wildwestszene“ findet demnach innerhalb des Organismus statt. Die „Gegner“ sind aktuelles (organismisches, weil anders gar nicht mögliches) Erleben und Selbstkonzept, und nicht, wie anfangs fälschlich angenommen, Organismus und Selbstkonzept. Und sie sind im Grunde Vertreter verschiedener wichtiger „Bereiche“, die im Sinne eines guten „Funktionierens“ des Ganzen irgendwie unter einen Hut gebracht werden müssen. Nun erinnern die Wildwesthelden bereits eher an Vertreter der Finanz- und Personalabteilung am Verhandlungstisch eines großen Unternehmens. Was die Beschreibung der Sache so schwierig macht, ist, dass einer der Abteilungsleiter den gleichen Namen hat wie die Firma – das kann zu Verwirrung führen. Man kommt nicht umhin, immer wieder einen fragenden Blick darauf werfen, ob der Organismus nun als „Ganzes“ angesprochen ist, oder ob der Begriff gerade eine bestimmte Funktion, einen konkreten Aspekt beschreibt.

Das Thema hat jedoch noch eine weitere Facette, denn der Begriff „organismische Erfahrung“ wird vielfach sehr wohl zur Verdeutlichung eines speziellen Umstandes eingesetzt: Das Selbstkonzept kann nicht nur vom eigenen Organismus gemachte Erfahrungen enthalten, sondern auch von wichtigen Anderen übernommene und abstrahierte, die sich u. U. völlig ohne Bezug auf eigenes unmittelbares

(„organismisches“ im Sinne von via die eigenen Sinne wahrgenommenes) Erleben eingeschlichen haben (und die Tatsache, dass unser Selbstkonzept als solches ebenfalls erfahren werden kann, macht die Lage auch nicht unbedingt übersichtlicher). In diesem Sinne erhält „organismische Erfahrung“ nun doch noch eine spezielle Konnotation; der Begriff ist nicht immer einfach durch „Erfahrung“ gleichwertig zu ersetzen. Differenzierung wäre hier sicher hilfreich. Die angesprochenen Unklarheiten machen deutlich, dass uns hier noch geeignete Sprache fehlt, um theoretisch differenziert vorzugehen und dennoch vor Augen zu behalten, dass alle Facetten letztlich stets gleichzeitig existieren, und dass es unsere eigenen Fragestellungen und Perspektiven sind, die den jeweiligen Schwerpunkt setzen. Hier ist Genauigkeit gefragt, und wohl auch noch Diskussion, Reflexion und vor allem begriffliche Weiterentwicklung.

### 5.3. Die Aktualisierungstendenz

Zentrales Axiom des Personenzentrierten Ansatzes und mit dem Organismusbegriff eng verbunden, ist die Aktualisierungstendenz zugleich auch „der Punkt, an dem sich die massivsten Zweifel am klientenzentrierten Konzept immer wieder neu kristallisieren“ (Höger, 1990, S. 34, zitiert nach Spielhofer, 2001, S. 11; aktuell zum Thema siehe z. B. Frankel, Sommerbeck & Rachlin, 2010). Diese Diskussion würde hier den Rahmen sprengen. Es soll lediglich auf die Herkunft des Konzepts eingegangen werden, sowie auf einige wichtige Funktionen und Eigenschaften des Organismus, die – sieht man sie personenzentriert – mit der Aktualisierungstendenz in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

Begrifflich geht ‚Aktualisierungstendenz‘ auf die organismische Theorie von Kurt Goldstein zurück. Rogers verweist aber auch auf Maslow, Gendlin, Angyal, Snygg und Combs und bezieht jeweils aktuelle Entwicklungen in den Naturwissenschaften mit ein (vgl. Stumm & Kriz in Stumm et al., 2003, S. 18). Er definiert: „Der Begriff bezeichnet die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen. (...) Der Begriff beinhaltet die Tendenz des Organismus zur *Differenzierung* seiner selbst und seiner Funktionen, er beinhaltet Erweiterung im Sinne von *Wachstum*, die Steigerung der Effektivität durch den Gebrauch von Werkzeugen und die Ausweitung und Verbesserung durch Reproduktion. Dies meint die Entwicklung hin zu *Autonomie* und weg von Heteronomie oder der Kontrolle durch äußere Zwänge.“ (Rogers, 1959/1987, S. 21–22, Hervorhebungen K. W.)

Einige Facetten der Aktualisierungstendenz haben Entsprechungen in den Beschreibungen dessen, was gemäß der Biologie einen lebenden Organismus ausmacht: Dieser ist immer damit beschäftigt, das, was er an Potenzial mitbekommen hat, im Sinne von Wachstum und Differenzierung zu entwickeln (in der Sprache der Biologie: „seinen Genotyp bestmöglich zu realisieren“). Dieses Streben kann von außen weder erzeugt noch in seiner Richtung

gesteuert werden („Entwicklungshomöostase“, „Entwicklungsautonomie“) (vgl. Czihak et al., 1990/1976, S. 324–327). Und Organismen haben die Fähigkeit zu Selbstregulation und Homöostase (vgl. Thoms, 2005, S. 4; Kather, 2003, S. 112–113).

Die Aktualisierungstendenz ist das entscheidende Kriterium für die Beantwortung der Frage, ob „ein bestimmter Organismus lebendig ist oder tot“ (Rogers, 1977/1978, S. 239). Tudor und Worrall (2006, S. 87) heben diese grundlegende Qualität sprachlich hervor, indem sie sagen, dass ein Organismus nicht eine Aktualisierungstendenz *hat*, oder auch *eine* Aktualisierungstendenz hat, so wie man einen Arm oder ein Krebsgeschwür oder fürchterliche Kopfschmerzen hat, sondern dass der Organismus eine Aktualisierungstendenz *ist*. „Die Aktualisierungstendenz ist dann funktionell synonym mit Leben“ (Tudor & Worrall, 2006, S. 87). Sie setzen diese Tatsache unmittelbar in Beziehung zur therapeutischen Arbeit: die Rolle des Therapeuten besteht darin, für das Leben des individuellen Organismus förderliche Bedingungen zu schaffen. Die Aktualisierungstendenz ist einfach eine der Eigenschaften des Organismus und als solche ähnlich zu sehen wie z. B. das Gewicht in Beziehung zur Schwerkraft: Wenn wir von einer Leiter aus einen Schritt ins Leere machen, fallen wir. Wären wir auf dem Mond oder am Meeresgrund, so würde die Schwerkraft anders wirken, und unser Fall anders verlaufen. Je nach Umweltsituation ist demnach ein unterschiedliches Maß an Aktualisierung möglich (vgl. ebenda).

#### 5.3.1. Zum Thema Wachstum und Differenzierung

Nicht alle Autoren sehen die Begriffe Wachstum und Differenzierung im Personenzentrierten Ansatz als vereinbar mit deren biologischen Entsprechungen. So weist Finke (2002, S. 27–28) auf den speziell humanistischen Aspekt hin, den es angesichts aller biologischen Analogien nicht aus den Augen zu verlieren gelte. „Aus der Perspektive der Humanistischen Psychologie ist die Selbstverwirklichung nicht als ein naturhaft-subjektloses Wachstum, wie selbstorganisiert auch immer, sondern als personaler Akt, als Entscheidungsprozess für das innere Schicksal, als Entschlossenheit für die eigenen Seinsmöglichkeiten zu definieren“ (Finke, 2002, S. 29). Der Begriff „Wachstum“ muss nach Ansicht Finkes „aus der Perspektive der Humanistischen Psychologie etwas ganz anderes bedeuten als in der Biologie.“ (Finke, 2002, S. 30).

Ich denke, dass ein der „Natur des Menschen“ entsprechendes Wachstum sehr wohl ein Ringen eines Subjekts sein kann bzw. muss, ohne dass das in irgendeinem Gegensatz zur Biologie<sup>6</sup> steht. Der

6 Wie Hüther (2004, S. 100) zeigt, kann „Wachstum“ selbst aus biologischer Sicht höchst unterschiedliche Ebenen aufweisen. Abgesehen davon stellt sich die Frage, wie weit die Kritik an Rogers' Vorstellungen von Wachstum nicht auch – zumindest unterschwellig – mit den derzeit oft heftigen Gefühlen gegenüber Fortschrittsglauben und Wirtschaftswachstum in Zusammenhang steht. Jedenfalls scheint mir diesbezüglich Achtsamkeit angebracht: Politik hat schon viele Begriffe unbrauchbar gemacht.

„Organismus Mensch“ wächst anders, ist anders, als der „Organismus Pflanze“. Die Frage scheint mir eher darin zu bestehen, was es über die Themen und Begriffe der Biologie hinaus braucht, um auf eben dieser Ebene menschlichen Ringens um Wachstum zu arbeiten und darüber zu kommunizieren. Hier sind die Unterschiede ebenso groß wie im Fall von Biologie und Physik. Rogers hat Pflanzen als Metapher verwendet. Sofern man den Menschen nicht darauf reduziert und die Grenzen des Bildes beachtet, scheint mir das legitim – und vor allem einfach Ausdruck dafür, dass Rogers sein Hauptaugenmerk nicht, wie im europäischen Existenzialismus, auf das Schwierige und Einsame, das „Geworfensein“ des menschlichen Daseins und auf die Last der Verantwortung richtet, sondern auf das, was es an vertrauenswürdiger Basis im Menschen gibt. Das ist eine Entscheidung, ein gewählter Fokus, und die Analogie des Wachstums in der Natur illustriert diesen Standpunkt. Dass Organismen eine Tendenz zu Wachstum und Differenzierung aufweisen, ist biologisches Faktum. Wie weit ein Fokus auf das Vertrauen in eine solche Tendenz im Menschen (unter Berücksichtigung all dessen, was diesen Wachstumsbegriff vom biologischen unterscheiden mag) als Basis eines Therapieansatzes dem Humanistischen Paradigma entspricht oder auch nicht, ist eine Diskussion, und läuft letztlich auf eine jeweils persönliche Antwort auf Rogers' Frage nach der „Natur des Menschen“ hinaus.

### 5.3.2. Organismische Bewertung und Weisheit des Organismus

Das Personzentrierte Konzept geht davon aus, dass sich jeder Mensch permanent in einem organismischen Bewertungsprozess befindet. Rogers (1959/1987, S. 37) definiert diesen als „(...) einen fortwährenden Prozess, in welchem Werte niemals endgültig fixiert sind, sondern Erfahrungen exakt symbolisiert und kontinuierlich in Hinblick auf die erlebte organismische Erfahrung bewertet werden. Der Organismus erlebt Befriedigung durch jene Stimuli oder Verhaltensweisen, die den Organismus und das Selbst erhalten und fördern und zwar gleichermaßen in der Gegenwart als auch auf lange Sicht. Die Aktualisierungstendenz ist hier das Kriterium.“

Bereits Goldstein hat sich mit dem Phänomen der Bewertung befasst und es sogar auf sehr bewusstseinsferner Ebene bei seinen Forschungsarbeiten über Reflexe gefunden. Er spricht auch die Autonomie an, mit der Bewertung im Organismus stattfindet (Goldstein, 1934/1995, S. 72–73). In der heutigen Neurobiologie thematisiert z. B. Hüther die Bewertung, die in Lebewesen laufend stattfindet. Ihm zufolge bilden „innere Bilder“ die Basis der Bewertung: „Eine Zelle, ein Organismus oder eine Gesellschaft muss (...) nicht nur ‚merken‘, dass ‚irgendetwas nicht mehr stimmt‘, sondern muss auch in der Lage sein, anhand eines bereits vorhandenen Messfühlers oder Maßstabes – also anhand eines inneren Bildes davon, wie es sein sollte – zu ‚entscheiden‘, ob und wie jetzt zu reagieren oder zu handeln ist.“ (Hüther, 2004, S. 83).

Wesentlich erscheint mir, dass Rogers „die Wichtigkeit der Verschränkung von körperlich-emotionaler Empfindung und rationaler Abwägung möglichst aller verfügbaren Informationen“ betont (Stumm und Kriz, 2003, S. 220). Die „organismische Bewertung“ wird manchmal dem Intellekt gegenübergestellt, ja übergeordnet; zumindest in ihrer ganzheitlicheren Form ist sie jedoch als ein „Gesamtpaket menschlicher Urteilsfähigkeit“ (ebenda) zu sehen: Die zu Beginn dieses Kapitels zitierte Definition von Rogers beinhaltet auch „exakte Symbolisierung“.

Im Übrigen stehen wir hier vor einer ähnlichen terminologischen Problematik wie bei „Erfahrung“ und „organismischer Erfahrung“. Bewertung als solche kann auch lediglich aufgrund von Beziehungserleben und ohne Bezug auf eigenes direktes Erleben einer Situation stattfinden. Ausschlaggebend ist in diesem Zusammenhang der „Ort der Bewertung.“ Dieser kann in anderen Personen zu finden sein, deren Bewertung übernommen wird. Im Gegensatz zu diesen „unverdauten“ Werten, die an eine Beziehungserfahrung, jedoch nicht an sonstiges eigenes unmittelbares Erleben gebunden sind, hat die organismische Bewertung immer mit der konkreten, persönlichen, „organismischen Erfahrung“ zu tun. Der „Ort der Bewertung“ ist im eigenen Organismus zu finden und nicht nur der „fertige“ Wert (der ja auch dann in bestimmten Neuronenkonstellationen in meinem Gehirn sein Substrat hat, wenn der Ort der Bewertung außerhalb liegt). Werte zu übernehmen, kann jedoch auch eine „gesamtorganismisch“ für sinnvoll befundene Maßnahme sein – man könnte es wohl auch als eine Art Energiesparmodus ansehen. Schließlich ist nicht jeder übernommene Wert „falsch“, unsere Kultur wäre ohne das Wissen unserer Vorfahren und Mitmenschen nicht möglich. Jeweils alles zu überprüfen, bedeutet auch viel Aufwand. Wie Finke (2002, S. 30) betont, ist der „organismische Bewertungsprozess (...) keinesfalls naturwüchsig, vielmehr ist er auf weite Strecken das Produkt einer Kulturgeschichte.“ Die menschliche organismische Bewertung ist sicherlich nicht mit der pflanzlichen zu vergleichen. Kulturgeschichte ist ein emergierendes Spezifikum des Organismus Mensch und nur in diesem Sinne „naturwüchsig“.

Ich sehe organismische Bewertung als eine äußerst komplexe Angelegenheit, ein Resultat unzähliger Subbewertungen, und eine Form von selbstorganisiertem Prozess. Es gibt stets mehrere Ebenen: z. B. eine, auf der die sozusagen „organisch-organismische“ Bedeutung eines Reizes bewertet wird (z. B. ich rieche etwas, habe spontan Gusto darauf, und spüre, dass mir das jetzt gut tun würde), eine selbstkonzeptbezogene („du darfst nicht so gierig sein“, hat Mama immer gesagt, „und außerdem willst du ja nicht dick werden!“) und eine „gesamtorganismische“ (die alle Ebenen der Problemstellung in Erwägung zieht und letztlich entscheidet, es nicht zu essen, weil ich mir sonst Ärger mit dem Häuptling einhandle, dem diese Art Nahrung in der Stammeskultur meines Urlaubslandes vorbehalten ist – Erhaltung vor Entfaltung). „Die organismische Bewertung“ zu sagen, scheint mir in den meisten Fällen eine vereinfachende Zusammenfassung des Geschehens zu sein.

## 6. Resümee

Den Organismus als Basis personenzentrierter Theorie und Praxis zu sehen, erdet und hält zugleich in Bewegung. Es scheint mir gut geeignet zu sein, eine Erstarrung in fest vorgegebenen Konzepten zu verhindern und die Theoriebildung in Fluss zu halten, denn es bedeutet, immer wieder mit dem eigenen Erleben, mit dem Leben selbst und mit den dazugehörigen Fragen konfrontiert zu sein.

Den Menschen als Organismus zu sehen, reduziert ihn nicht. Es holt jedoch Kontext ins Bild, der lange Zeit zum – meist zu beherrschenden – Hintergrund reduziert wurde: unsere biologischen Voraussetzungen und unsere Umwelt. Dadurch wird der Mensch weder als Individuum unwichtiger, noch unterscheidet er sich deshalb

weniger von anderen Organismen. Es scheint mir vor allem mehr Verantwortung zu bedeuten. Der Mensch ist nicht nur in seine Umwelt „geworfen“, er ist auch nicht einfach von ihr „geprägt“: er ist ein Teil von ihr und er bedingt und gestaltet sie selbst mit. Wir sind nicht so klar definiert, wie wir es (weit entfernt davon, „fully functioning persons“ zu sein und uns auf die ständige Veränderung einlassen zu können, die lebendig sein nun einmal bedeutet) in unserem Bestreben, uns selbst besser zu verstehen, oft gerne hätten. Wir haben „eine Natur“, und wir sind bis zu einem gewissen Grad unsere Umwelt. Und gerade weil das so ist, kommen wir auch als personenzentrierte PsychotherapeutInnen nicht umhin, um unsere eigenen Fragen zu ringen und unsere spezifische Sprache zu entwickeln, um an deren Beantwortung arbeiten und uns darüber austauschen zu können.

## Literatur

- Angyal, A. (1941). *Foundations for a science of personality*. New York: Commonwealth Fund.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system*. London: Sage.
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. München: Heyne.
- Brockhaus (2006). *Enzyklopädie in 30 Bänden*. Leipzig/Mannheim: F. A. Brockhaus.
- Collins Cobuild (1987). *Pons. English language dictionary*. London and Glasgow: Collins.
- Czihak, G., Langer, H. & Ziegler, H. (Hrsg.) (1990). *Biologie. Ein Lehrbuch* (4. neubearbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Duden (1996). *Deutsches Universalwörterbuch*. Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag.
- Finke, J. (2002). Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus. *Person*, 6, 2, 26–34.
- Finke, J. (2003). Komplexität und Differenz. *Person*, 7, 1, 89–92.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart/N.Y.: Thieme (Orig. erschienen 1994: *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart/N.Y.: Thieme)
- Frankel, M., Sommerbeck, L. & Rachlin, H. (2010). Rogers' Concept of the Actualizing Tendency in Relation to Darwinian Theory. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9, 1, 69–80.
- Gendlin, E. T. (1997). *A process model*. New York: Focusing Institute.
- Goldstein, K. (1995). *The organism*. New York: Zone Books. (Orig. erschienen 1934: *Aufbau des Organismus*. Amsterdam).
- Heinerth, K. (2003). Selbst, Selbstkonzept. In G. Stumm, J. Wiltshko & W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 278–280). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Berlin: Springer.
- Hüther, G. (2004). *Die Macht der inneren Bilder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kabelka, W. (2005). Das Inhumane in Modellen der Selbstorganisation. Über die Dummheit in der Autopoiese und die Brutalität in der Aktualisierungstendenz. *Person*, 9, 2, 113–122.
- Kather, R. (2003). *Was ist Leben? Philosophische Positionen und Perspektiven*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kriz, J. (1999). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Kriz, J. (2003). Mechanistischer Humanismus statt humanistischer Systemtheorie? *Person*, 7, 1, 82–84.
- Mayr, E. (1998). *Das ist Biologie. Die Wissenschaft des Lebens*. Heidelberg/Berlin: Spektrum.
- Meyers (1987). *Meyers großes Taschenlexikon in 24 Bänden*. Mannheim/Wien/Zürich: B. I.-Taschenbuchverlag.
- Pfeifer, W. (1995). *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*. München: dtv.
- Purton, C. (2004). *Person-centred therapy. The focusing-oriented approach*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Rogers, C. R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer (Orig. erschienen 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1957b/1989). A note on 'The nature of man'. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 3, 199–203 (auch in: Kirschenbaum H., & Henderson, V. (Eds.) (1989). *The Carl Rogers reader* (pp. 401–408). London: Constable).
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG (Orig. erschienen 1959: *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: Mc Graw Hill).

- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Orig. erschienen 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1970/1974). *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper & Row. (dt. erschienen 1974: *Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung*. München: Kindler).
- Rogers, C. R. (1977/1978). *On personal power. Inner strength and its revolutionary impact*. London: Constable. (dt. erschienen 1978: *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*. München: Kindler).
- Rogers, C. R. (1980/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta (umfassenderes Orig. erschienen 1980: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1983). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rosenberg, R. (1980). Eine Therapie für heute. In C. R. Rogers & R. Rosenberg, *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (S. 54–74). Stuttgart: Klett-Cotta (Orig. erschienen 1977: *A Pessoa como Centro*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária).
- Schmid, P.F. (1991). Souveränität und Engagement. Zu einem personenzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 15–152). Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Ein Handbuch. Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personzentrierten Ansatz. *Person*, 5, 1, 5–18.
- Stumm, G. (2000). Organismus. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 480). Wien: Springer.
- Stumm, G. & Kriz, J. (2003). Organismus. In G. Stumm, J. Wiltschko & W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 219–221). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Sykes, J. B. (Ed.) (1982). *The concise Oxford dictionary of current English*. Oxford: Clarendon Press.
- Thoms, S. (2005). *Ursprung des Lebens*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Tudor, K. & Merry, T. (2006). *Dictionary of person-centered psychology*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy. A clinical philosophy*. London/New York: Routledge.

### **Autorin:**

**Karin Wunderlich**, Mag. phil., personzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Ursprungsberuf Übersetzerin, mehrjährige Tätigkeit an Institutionen für Menschen mit Essstörungen.

### **Korrespondenzadresse:**

Karin Wunderlich  
1190 Wien, Sieveringer Straße 98/7  
E-Mail: k.wunder@gmx.at

Gabriela Schreder

# Ich bin die Andere – Die Bedeutung der Differenz in der Erfahrung psychotherapeutischer Gegenseitigkeit<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** *Die interaktive Wende hat den Blick zu einseitig auf das Gemeinsame gelenkt und darüber die Bedeutung der Differenz aus den Augen verloren. Dabei ist gerade das Wechselspiel von Vertrautem und Differentem, die Erfahrung von Ähnlichem und Verschiedenem das weitertreibende Moment in der Psychotherapie wie in der Beziehung zwischen Menschen insgesamt.*

*Die vorliegende Arbeit will das Aufeinandertreffen von Fremdem im Vertrauten und Vertrautem im Fremden in verschiedenen Facetten in seiner Bedeutung für die Entwicklung des Kindes und in der Folge in seiner Bedeutung für die Entwicklung für Klientin und Therapeutin in der Psychotherapie betrachten. Die Form der Arbeit als essayistische wird dabei vom Inhalt selbst bestimmt: die essayistische Herangehensweise schmiegt sich dem Gegenstand an, um ihn von innen heraus sich entfalten zu lassen und ist damit eine adäquate Form für die behutsame Annäherung an das Fremde im Vertrauten.*

**Schlüsselwörter:** *Bedeutung der Differenz in der psychotherapeutischen Gegenseitigkeit, Fremdes/Vertrautes, das bedeutsame Mehr*

**Abstract: I am the other. The significance of difference in the experience of reciprocity in psychotherapy.** *By now, almost all of the psychotherapy schools are applying the interactive approach. The person-centered psychotherapy in particular emphasizes the experience of the relationship as a basis for its therapeutic effect. However, the interactive approach has focused too much on the similarities and thus lost sight a bit of the significance of dissimilarities. But it is precisely the interplay of the familiar and the different, the experience of similarities and dissimilarities that constitutes the driving force in psychotherapy as well as in relationships between persons in general.*

*The experience of sharing and of not sharing something leads to something other beyond the purely similar. The present paper intends to observe the meeting of the new and different within the familiar and the familiar within the new in its diverse facets and its significance for the development of a child and also in its significance for the development of client and therapist in psychotherapy.*

*The essay form of the paper has been determined by its content: since the essayistic approach lends itself nicely to its subject facilitating thus its unfolding from within it is also an adequate form for the gentle approximation of the unfamiliar within the familiar.*

**Keywords:** *significance of differences in the experience of mutuality in psychotherapy, unfamiliar / familiar, significant added value and the gradual shifting of emphasis*

*„Ich bin. Aber ich habe mich nicht.  
Darum werden wir erst.“ (Ernst Bloch)*

## Einleitung

Beginnen will ich mit einem Zitat:

„Als ich mit meinem Manuskript das Arbeitszimmer betrat, flirtete ein Sonnenstrahl durch den Raum, ein hin und her zuckender Strahl, der, von einem Handspiegel reflektiert, durch die Fensterscheiben drang. Beckett öffnete das Fenster, offensichtlich wohlvertraut mit

diesem Phänomen. Der Sonnenstrahl wurde von einem im Untersuchungsgefängnis La Santé einsitzenden Häftling auf sein Fenster gerichtet. Beckett breitete die Arme aus und beugte sich in Richtung des Zellenfensterchens, um dem einsamen Menschen sein Mitgefühl auszudrücken. Er breitete seine Arme mehrmals aus, bis das Flirren aufhörte. Ich erinnere mich daran, dass Beckett nach diesem Intermezzo sagte: *Ils ont un tel besoin de contact.* Der

<sup>1</sup> Der Beitrag ist ein Auszug aus der schriftlichen Arbeit zur Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie in der Arbeitsgemeinschaft für Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG) / Institut für Personenzentrierte Studien (IPS). Wien 2008.

kontaktsuchende Bewohner der Santé-Zelle wird vermutlich nie erfahren haben, dass die ihm zuwinkende Person der Autor von *Warten auf Godot* war, jenes Stückes, das 1954 in der Rheinischen Sträflingsanstalt Lüttringhausen und später auch im Gefängnis von St. Quentin und in einer schwedischen Strafanstalt inszeniert wurde.“ (Tophoven, 2006)

Auf berührende Weise beschreibt Elmar Tophoven, der Übersetzer der Werke von Samuel Beckett ins Deutsche, den Kontakt, den ein Gefangener der Strafanstalt La Santé mit einem für ihn Unbekannten im Haus vis-a-vis aufgenommen hat. Es ist das Bedürfnis nach Resonanz, das von keinem Geringeren als von Samuel Beckett auf einfühlsamste Weise in einer Form zutiefst empfundener und gelebter Humanität beantwortet wurde. Was zwischen Beckett und dem Gefangenen Beziehung herstellt ist, dass das Signal des Einen vom Anderen gesehen und in seiner Bedeutung als Wunsch nach Erwidern erkannt wird. Aber Beckett erwidert nicht nur einfach, er gibt das Signal nicht einfach in gleicher Weise zurück, als Lichtsignal etwa, sondern er geht durch das Sich-Hineinversetzen in die Psyche und die Nöte eines Gefangenen darüber hinaus. Beckett übersetzt das Signal und erspürt darin das Bedürfnis nach Kontakt aus der Einsamkeit heraus. Er nimmt damit den Anderen als Einsamen wahr und drückt ihm wiederum mit einem Signal, das der Andere für sich zu interpretieren weiß, sein Mit-Gefühl aus, er setzt sich mit ihm in Beziehung. D.h. er nimmt für einen Augenblick an der Einsamkeit des Anderen teil. Der Gefangene nimmt seinerseits den Anderen vis-a-vis als teilnehmendes Gegenüber wahr. Gemeinsam stellen sie einen imaginären intersubjektiven Raum her und lösen darin die Einsamkeit des Einen für diesen Augenblick zumindest in einem gemeinsamen Erleben auf. Durch die Erwidern Becketts wird nicht nur das Signal in seiner Bedeutung erkannt, sondern der Andere selbst als Einsamer in seinem Bedürfnis nach Kontakt anerkannt. Um den gemeinsamen imaginären Raum, von dem beide gleichsam umschlossen sind, überhaupt herstellen zu können, bedarf es aber eines Dritten von außen kommenden: des Sonnenstrahls, der in die Gefängniszelle dringt. Der Häftling nimmt ihn als impulssetzendes Signal auf und gibt ihn reflektierend weiter. Das gemeinsame Ritual – das „Phänomen“ ist Beckett „wohlvertraut“ – ist das Band zwischen beiden: der Gefangene fängt mit seinem Handspiegel einen Sonnenstrahl auf und spiegelt ihn an Becketts Fenster zurück, dieser fängt ihn auf, spürte der Bedeutung vermutlich beim ersten Mal in seinem Inneren nach, übersetzt das Signal, wandelt es um und antwortet mit dem Ausbreiten seiner Arme, als würde er ihn über die räumliche Distanz hinweg umarmen. Beckett wiederholt dies, bis das Flirren aufhört. Mit der Verwandlung des Signals fügt Beckett ein *bedeutsames Mehr* hinzu, es entsteht ein etwas für beide gemeinsam signifikant Drittes an dem Elmar Tophoven als Dritter als Beobachter und Chronist teilnehmen kann, als Dritter, der allerdings von dem Geschehen nicht unberührt bleibt. Es entsteht Ein-Verständnis über etwas, das nicht ausgesprochen werden muss, eine große Nähe in großer Distanz.

Trotz großer Distanz? Schwer zu sagen, ob sich diese Nähe zwischen beiden auch bei räumlicher Nähe eingestellt hätte. So sehr dieses Geschehen indes die beiden umschließt, so schließt es die Anderen nicht aus. Es sind darin die Erfahrungen beider mit Anderen, Dritten, aus ihrer je eigenen Vergangenheit in der gemeinsamen Gegenwart, aus der sich wiederum Zukünftiges entfaltet, aufgehoben. Ein Moment von „Dialektik im Stillstand“ also, in dem die Zeitebenen aufeinandertreffen, sich durchwirken, „Gegenwartsmoment“, Kairos! Hier kreuzen sich indes nicht nur die Zeitebenen sondern auch die Wege auf dem Übergang von sich selbst zum Anderen hin, von mir zu dir.

Ist, was sich hier aus der Not, wie ein Ruf aus dem Entbehrten ins Entbehrte, auf kreative Weise Ausdruck verschafft, ein angeborenes Bedürfnis nach Resonanz, nach Beziehung? Beziehung ist wohl immer, steht doch niemand und nichts für sich allein. Es gibt, wie wir implizit wissen und wie Hegel explizit uns lehrt, nichts zwischen Himmel und Erde, das nicht in irgendeiner Weise miteinander vermittelt wäre. Menschen werden aus einer Beziehung von Frau und Mann in Beziehungen hineingeboren und sie sind als Säuglinge und darüber hinaus ein Leben lang auf Beziehung angewiesen. Sie sind in ein Gefüge zwischenmenschlicher Beziehungen eingebunden. Zwischen den beiden Polen von Autonomie und Angewiesenheit, von Ich und Du, Subjekt und Objekt, von Innenwelt und Außenwelt, in ihrer Wechselwirkung und ihrem dialektischen Spannungsverhältnis *bewegt* sich menschliches Leben.

Ich will mich in meinen Reflexionen, ausgehend von meiner Arbeit in der psychotherapeutischen Praxis, mit dem angeborenen menschlichen Bedürfnis nach und der Angewiesenheit auf Beziehung beschäftigen. Mit dem bedeutsamen Mehr, das entsteht, wenn Fremdes und Vertrautes aufeinandertreffen. So wenn die Signale der Einen in der Anderen (ich verwende der Einfachheit halber die weibliche Form) einen eigentümlichen Resonanzraum finden, in dem diese auf besondere Weise anklingen. Sie werden unverwandelnd umgewandelt, sodass in der Erwidern der Anderen das Empfinden der Einen wiederum in eigentümlicher, veränderter, verändernder Weise berührt wird. In diesem Hin und Her gestalten schließlich beide das gemeinsame Erleben langsam wie in einer allmählich sich vollziehenden Akzentverschiebung neu.

Rogers hat darauf hingewiesen, dass die therapeutische Beziehung und die hilfreichen Bedingungen, die in ihr zu Entwicklung führen, nicht isoliert zu betrachten sind, vielmehr gibt es „allen Grund anzunehmen, daß die therapeutische Beziehung nur einen Fall zwischenmenschlicher Beziehungen darstellt, und daß die gleiche Gesetzmäßigkeit alle sozialen Beziehungen regelt. Es erscheint sinnvoll, anzunehmen, daß das Kind dann selbständiger, sozial angepaßter und reifer wird, wenn ein Elternteil mit seinem Kind ein psychologisches Klima wie das hier beschriebene herstellt.“ (Rogers, 1961a/1973, S. 50) Das psychologische Klima, das Rogers hier anspricht, umfasst die notwendigen Bedingungen, die für die Entwicklung von Bindungs-, Beziehungs- und Selbstsystemen im

familiären Kontext des Kindes wie in der psychotherapeutischen Beziehung wirksam sind: es sind dies Authentizität, unbedingte Wertschätzung und Empathie.

Ist also für die Psychotherapeutin in der psychotherapeutischen Beziehung, soll in ihrer Veränderung, Entwicklung möglich sein, das zu tun wie für eine feinfühlig Mutter auch, wie der bekannte Bindungsforscher Karl Heinz Brisch in einem Workshop pointiert bemerkte? Biermann-Ratjen schreibt, dass die Aufgabe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darin liegt, „das, was der Patient von sich selbst nicht oder nicht mehr weiß, empathisch zu verstehen und liebevoll anzunehmen – so wie die Mutter ihren Säugling versteht und entsprechend behandelt, und das auch schon bevor sie sprachlich kommunizieren können, so lernt der Patient, auch mit sich selbst darüber sprachlich zu kommunizieren“ (Biermann-Ratjen, in: Wakolbinger 2005, S. 134). Durchaus können wir also die Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung und Bindungstheorie für die heilsamen Wirkungen in der Psychotherapie Erwachsener fruchtbar machen. Ich will mich im Folgenden hauptsächlich auf die Bedeutung der Differenz in der Erfahrung von Gemeinsamkeit zwischen Bindungsperson und Kind beziehen. Die Erkenntnisse aus Bindungstheorie und Säuglingsforschung müssen hier nicht im Detail nachvollzogen werden, sie sind bekannt.

## Entwicklungstheoretische Prämissen

*„Es gibt keine Entfaltung des Ich dadurch, daß das Ich sich selber wie eine Pflanze hegt und pflegt und mit Wasser begießt und sich darüber freut, wenn es schön zur Blüte kommt.“* (Theodor W. Adorno)

Es gibt keine Entfaltung des Ich aus sich selbst heraus ohne die Anderen, ohne signifikante Andere. Ohne den „Akt der Entäußerung“ sieht das Ich „in einen Abgrund von Leere hinein“, wie Adorno Schopenhauer zitierend bemerkt (Adorno, 1974, S. 236). Übertragen auf die Erkenntnisse der modernen Entwicklungstheorie heißt dies: „Das Selbst ist ein komplexes System, das in seiner gesunden Entwicklung über die Fähigkeit zur intersubjektiv vermittelten Selbstbeziehung verfügt, das aber im Fall des Misslingens seiner Entwicklung ein unbewusstes ‚Sich-selbst-nicht-Kennen‘, eine Leere unterschiedlichen Ausmaßes in sich trägt“ (Klöpper, 2006, S. 182). Um unsere Person zu entwickeln und uns unserer Innenwelt und Außenwelt bewusst zu werden, benötigen wir den Blick der Anderen und in Wechselwirkung darauf auch den Blick auf andere Seelen. Ist Beachtung existenziell wichtig im Sinne von Versorgt-Werden als Säugling, als Kind und in gewisser Weise auch als Erwachsener, so führt erst die bedingungsfreie positive Beachtung der Bindungspersonen zu Entwicklung und Reifung der Persönlichkeit. Nahrung allein reicht nicht aus, es bedarf auch des emotionalen und kognitiven Genährt-Werdens.

Die Entwicklung der kindlichen Seele erfolgt in einem interaktiv-relationalen Kontext im kommunikativ-emotionalen Austausch mit seinen Bindungspersonen. Im emotionalen Austausch mit der Außenwelt entfaltet sich für das Kind die Innenwelt. Von der Antwort der Bindungsperson auf die affektiven Signale des Säuglings hängt es ab, wie dieser sich verstanden fühlt – die emotionale Färbung der Beziehung, die sich in wiederholten gemeinsamen Erfahrungen bildet, ist dabei entscheidend für die Gestaltung und Qualität von Bindungsmustern. „Der Säugling lernt, diese wiederkehrenden Muster zu erkennen, zu erwarten und zu erinnern. Sobald sie wiederkehren, werden sie generalisiert und beginnen die Erfahrung des Säuglings zu organisieren (Klöpper, 2006, S. 57).“ In die philosophische Terminologie übersetzt bedeutet dies, dass in der Erinnerung so etwas wie ein einheitliches Selbstbewusstsein überhaupt erst begründet ist. Gäbe es kein Erinnern an Vergangenes, gäbe es auch kein für die Zukunft zu Erwartendes und damit keine Erfahrung, nicht Kontinuität, sondern nur ein „vertikales Chaos“ (Adorno, 1974, S. 61). „... in unserem Bewußtsein werden (...) Erlebnisse festgehalten, sie hinterlassen Spuren ... Wir können auch sagen, sie werden erinnert oder wir erwarten für die Zukunft ihresgleichen.“, so T.W. Adorno (Adorno, 1974, S. 119). (Interessant ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung an einigen Kindern, die für *unbestimmte* Zeit in einer Wohngemeinschaft untergebracht sind und, obwohl schon über neun Jahre alt, trotz großer Bemühungen der Sozialbetreuerinnen, die Uhr nicht lesen können und nur ein lückenhaftes Zeitgefühl entwickelt haben – hier fehlt offenbar das Bewusstsein für den zeitlichen Zusammenhang des eigenen Lebens, der sich aus dem Bewusstsein für die eigene Vergangenheit, die Gegenwart und einer gewissen Vorwegnahme von Zukünftigem herstellt). Festzuhalten gilt es, dass die Bindungsmuster, die sich aus der Interaktion zwischen Säugling und Beziehungspersonen bilden, im besten Fall nicht starre Muster sind, sondern dass Menschen die Möglichkeit in sich tragen, diese durch neue Erfahrungen unablässig zu transformieren und zu restrukturieren.

Diese Erkenntnis ist in der Personzentrierten Psychotherapie durch die Betonung der Aktualisierungstendenz, die im Einzelnen in ihrer entfaltenden Qualität zwar gehemmt, nie aber eliminiert werden kann, fest verankert. Für die moderne Psychologie – mit ihrer Fixierung auf den Menschen als Gewordenen, kaum als Werdenden – ist sie neu.

In affektiver Abstimmung mit dem Säugling, Stern spricht von affect attunement, nimmt die Beziehungsperson die affektiven Signale des Säuglings wahr und modifiziert sie in ihrer Antwort darauf, d. h. sie fügt etwas hinzu, spiegelt nicht nur. Ich denke etwa an eine liebevolle Pflegeperson, die den Schmerz des Kindes, das sich wehgetan hat, nachzuempfinden trachtet, den Zustand des Leidens mit dem Kind teilt, durch ihr Wissen aber, dass dieses Leiden vorübergeht, im Tonfall ihrer Stimme, in ihrer Gestik und Mimik dem Kind das Tröstende vermittelt, das über die gefangene

Unmittelbarkeit seines Schmerzes hinausführt. Ähnliches passiert in der Psychotherapie zwischen Klientin und Therapeutin.

Blieben wir aber beim Kind. Wird der Schmerz von der Bindungsperson nicht wahrgenommen, nicht anerkannt, bleibt er diffus, er ist aber trotzdem vorhanden. Ich denke da an eine Klientin, deren Sohn an einer Wahrnehmungsstörung leidet. Schmerz wird von der Klientin nicht wahrgenommen. Das äußert sich u. a. in ihren Schilderungen so etwa, wenn sie beschreibt, wie ihr Sohn sich weh getan hat, weil die Tochter eine Klemmlampe an einen anderen Platz gegeben hat. Er ist darüber gestolpert, hat sich weh getan, sie beschreibt den Ärger auf ihre Tochter, dass ihr Sohn nicht mehr aufgehört hat, zu schreien und zu jammern, dass sie ein Taxi geholt hat und ins Krankenhaus gefahren ist. Die Mutter geht über das Empfinden des Schmerzes hinweg, sie überspringt es gleichermaßen, geht über in die Aktion – der Sohn bleibt übermäßig lange in der Erregung.

Die Bindungsperson aber, der es gelingt, auf die Stimmungslage des Kindes einzugehen, modifiziert und verändert diese auch wieder durch ihre Stimmlage, im Prononcieren und im Rhythmus ihres Sprechens, sie beruhigt, sie stimuliert, sie akzentuiert, reagiert auf das eine und das andere bewusst oder auch unbewusst nicht – Günter Zurhorst verweist auf die „*notwendige Selektivität*“ (Zurhorst, 2007, S. 86). Sie wirkt dadurch und mit der Beachtung oder Validierung des einen und der Nicht-Beachtung von anderem auf die kindliche Seele prägend. Es ist also, auch wenn die Pflegeperson den Ausdruck des Kindes übernimmt, keine exakte Entsprechung, wie es etwa die gern zitierte Spiegelmetapher suggeriert: „Tatsächlich fanden wir auf unserer Skala einen signifikanten Mangel an exakter Entsprechung. Vielmehr bewegten sich die Partner primär in *dieselbe affektive Richtung* ...“ (Beebe & Lachmann, 2004, S. 112). Diese Beobachtung, die Beebe und Lachmann wie Daniel Stern in Untersuchungen machten, scheint mir bedeutend zu sein, weil darin das Moment und die Erfahrung der *Differenz* zwischen sich selbst und der Anderen bereits enthalten sind. Es handelt sich zwischen Bindungsperson und Säugling daher nicht um eine symbiotische Beziehung im Sinne von Verschmelzung, allenfalls um Verschmelzungszustände.

Die Differenz von ausgedrücktem Affekt und der Antwort darauf lässt dem Kind den nötigen Raum, um ein Konzept für seinen *eigenen* Gefühlszustand zu entwickeln, für das Erleben von sich selbst in Abgrenzung von Anderen. Die Differenz, das Nicht-Identische im Identischen, verschafft Kind und Pflegeperson in ihrer Beziehung zueinander den nötigen Spielraum, einen „*Möglichkeitsraum*“ (Klöpper, 2006, S. 179), in dem für beide Neues entstehen kann. So ist das Zusammentreffen von Eigenem und Fremdem das stimulierende und weitertreibende Moment. In diesem Wechselspiel von Nähe und Distanz, von Identität und Nicht-Identität, von Vertrauen und Fremdem findet Entwicklung statt. Indem die Pflegeperson in ihrer Antwort auf die Signale des Kindes den seelischen Zustand des Kindes teilt, weist sie zugleich als die Andere darüber hinaus (Klöpper, 2006, S. 82).

Wenn sich die Bindungsperson zu sehr z. B. mit dem Schmerz des Kindes identifiziert, dann lässt sie dem Kind nicht den Raum, seinen eigenen Schmerz als *seinen eigenen* Schmerz zu erfahren, sondern überlagert das Empfinden des Kindes mit ihrem eigenen Empfinden. Da vermischen sich die Dinge zur Unkenntlichkeit, das Kind lernt nicht, zwischen Eigenem und Fremdem zu unterscheiden, es findet den Zugang zum Eigenen nicht. Das zeigt sich sehr häufig bei Ängsten, wenn die Ängste der Bindungspersonen, die aus den eigenen Erfahrungen kommen, das Empfinden des Kindes überlagern, von ihm Besitz ergreifen.

Fehlabstimmungen führen dabei nicht notwendig zu negativen Interaktionsmustern, wenn die Pflegeperson gemeinsam mit dem Kind das regulatorische Gleichgewicht wieder herstellt. Wenn Fehlabstimmungen aber überwiegen oder dauerhaft erfolgen, dann ist dies für das Kind und darüber hinaus für den Erwachsenen in seinem Bindungsverhalten bestimmend. Es ist für die Bildung der Persönlichkeit prägend, wenn Signale inadäquat – übertrieben, emotional flach – oder aber gar nicht beantwortet werden, wenn die Pflegeperson trotz Anwesenheit für die eigenen Intentionen nicht oder nur unzulänglich erreichbar ist. Wenn das Kind also die beständige Erfahrung macht, in seinen Bedürfnissen nur unzureichend wahrgenommen oder gar missachtet zu werden, dann entwickelt das Kind aus diesen konstanten negativen Erfahrungen negative Erwartungen. Da das Bedürfnis nach Bindung aber ein basales ist, „so unverzichtbar wie die Luft zum Atmen für den Menschen“ (Klöpper, 2006, S. 128), lernt das Kind auf Kosten seiner Intentionen in Beziehung zu sein, es lernt, aus Nicht-Beachtung sich nicht zu beachten. Selbstbewusstsein entsteht aus dem Bewusstsein ihrer, seiner selbst. D. h. wenn das Kind in empathischer Weise von der Bindungsperson wahrgenommen wird, entwickelt es auch Empathie für sich selbst. Wenn die Bedürfnisse aber nicht in empathischer Weise von der Pflegeperson wahrgenommen, beantwortet und damit markiert werden, ist der Bezug zu ihnen ein verzerrter, mitunter gar ab-gespaltener. Heinerth spricht von einer Lücke zwischen organismischer Erfahrung und dem dazugehörigen Ausdruck (Heinerth, 2007, S. 270), was ich im besonderen Maß in der Arbeit mit substanzabhängigen Menschen immer wieder erfahre. Es ist wie eine Art von Missing Link. Ich kann dies am Besten an einem Beispiel erläutern. Eine alkoholabhängige, alleinstehende, in ihrer Kindheit schwer traumatisierte Frau erzählte mir nach einem Entzug von einem Albtraum: „Ich träumte von einem schönen Mann, in den ich mich verliebt habe, der Mann aber hat sich von mir abgewandt. Ich habe angefangen, wieder zu trinken.“ Auf meine Frage, was sie als besonders schrecklich in dem Traum erlebt hat, meinte sie: „dass ich wieder angefangen habe, zu trinken“, auf meine Bemerkung, ob es nicht auch schmerzhaft war, dass der Mann, in den sie sich im Traum verliebt hat, sich von ihr abgewandt hat, meinte sie: „Nein, das war nicht schlimm“. Obwohl also für mich die Verbindung vom enttäuschten Gefühl zum Trinken in dem Albtraum

nachvollziehbar und erkennbar war, war sie für die Klientin unterbrochen.

Eine der Ursachen für inkongruente oder verzerrte organismische Erfahrungen liegt in der wiederholten inadäquaten Antwort von Pflegepersonen auf die Signale des Kindes. Wenn die Signale des Kindes wiederholt nicht oder nur sehr unzureichend beantwortet werden, kann das Kind nur ein unzureichendes Konzept für die eigenen Bedürfnisse und Gefühle entwickeln. Auch dies möchte ich mit einem Beispiel aus meiner psychotherapeutischen Arbeit mit einem alkoholabhängigen Mann illustrieren. Die Mutter des Mannes erzählte mir, dass der Klient ein äußert „pflegeleichtes“ Baby war, es sei ganz einfach gewesen, ihn zufriedenzustellen: da sie selbst in Beruf und Haushalt sehr gefordert war, gab sie ihrem Baby, wenn es sich unruhig zeigte, einen Schnuller mit Honig, worauf dieses sich sofort beruhigte. Sie reagierte zwar auf die Signale des Kindes, aber überwiegend und ohne Rücksicht auf die verschiedenen Bedürfnisse des Kindes mit dem Einsatz desselben Mittels. Der Klient konnte keinen differenzierteren Bezug zu seinen Bedürfnissen herstellen und auch selbstregulatorische im Wechsel mit interaktiven Regulationsmechanismen für sich nur unzureichend entwickeln. Er verfügte daher bei starken affektiven Spannungen nur über eine sehr eingeschränkte und destruktive Strategie, diese zu reduzieren. Auch wenn hier die Entwicklung rückblickend zu einer sehr linearen Sichtweise verführt, so sei doch davor gewarnt, blendet diese doch die Komplexität und die lebenslange Modifikation und Restrukturierung menschlichen Erlebens aus, wie Beebe und Lachmann sie für ihre psychotherapeutische Arbeit hervorheben.

Es ist wichtig, den Blick für das Gemeinsame in der Beziehung zwischen Kind und Pflegeperson nicht zu verlieren. Es ist ein wechselseitiges Sich-Beeinflussen aus dem wechselseitigen Sich-Erleben und ein gemeinsames Gestalten der Beziehung, in das auch viel implizites und nicht bewusstes Beziehungswissen von Seiten der Pflegepersonen einfließt. Erinnerungen an die eigene Kindheit, Zuschreibungen, wie sie sich etwa schon in der Namensgebung eines Kindes zeigen und in dem Wunsch und dem Versuch, den „Überschuss des Fremden im Vertrauten“, um mit Waldenfels zu sprechen (Waldenfels in: Kriz & Slunecko, 2007, S. 82) durch die Feststellung von Ähnlichkeiten und Verwandtem im Kind erträglich zu halten und ihm damit seinen Platz im familiären Kontext zu geben – „wie die Mama/wie der Papa, der Opa, die Oma usw.“ Dies ist dann je nach Qualität der Beziehung positiv oder aber negativ konnotiert. Nicht zu vergessen ist der Platz, der dem Kind im gesellschaftlichen Kontext in geschlechts- und klassenspezifischer Hinsicht zugesprochen wird.

Bindungspersonen sind in einen gesellschaftlichen Kontext eingebunden, sind Wesen mit eigenen Wünschen und Ängsten, mit denen das Kind konfrontiert wird. Das Kind wird in soziale Zusammenhänge, die gewisse Erfahrungen ermöglichen, andere wiederum nicht möglich machen, hineingeboren. (Über das Ineinander von Identität und Nichtidentität siehe Waldenfels, 1997).

Freilich bergen persönliche Zuschreibungen wie auch gesellschaftliche Leitbilder des Soseins (so hat ein Mädchen zu sein, so hat ein Bub zu sein) für die Entwicklung der Persönlichkeit die Gefahr der Entfremdung, eines „falschen Selbst“, der Inkongruenz in sich. Ist bedingungsfreie Beachtung also überhaupt möglich? Ist damit die von Rogers eingeführte Bedingung bedingungsfreier Beachtung infrage gestellt? Ich denke, Rogers war sich dieses Problems durchaus bewusst, wenn er schreibt: „Es ist nicht nötig (noch ist es möglich), dass der Therapeut ein Musterknabe ist, der diesen Grad von Integration, von Ganzheit in jedem Aspekt seines Lebens an den Tag legt. (...) wenn der Therapeut diese Gefühle seinem Bewusstsein gegenüber nicht verleugnet ..., dann ist die Bedingung, die wir aufgestellt haben, erfüllt.“ (Rogers & Schmid, 1991, S. 172). Das bedeutet für mich zugespitzt und zugegebenermaßen provokant formuliert, kongruent zu sein auch in der eigenen Inkongruenz, d. h. sich ihrer bewusst zu sein, mit Ambivalenzen und Widersprüchen in Kontakt zu sein, sie zu spüren und mit zu bedenken, die „grundsätzliche und unentrinnbare Dialektik allen Fühlens und Erlebens“ (Klöpper, 2006, S. 185) anzunehmen. Es kann daher nur darum gehen, Inkongruenz nicht abzuwehren, sondern sich ihrer in der Beziehung zu einem signifikanten Anderen gewahr zu werden. So entsteht Inkongruenz in der Beziehung, – wie das Leiden des Einzelnen zugleich das Leiden in Beziehung zu sich selbst und zu anderen ist –, und gestaltet sich wiederum in Beziehung als kongruente Erfahrung neu. Da Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung nicht einfach eine Konstante ist – ist sie doch das Gegenteil zu einem erstarrten Selbstkonzept –, kann sie nur in einem never ending work in progress, nichts anderes bedeutet für mich Persönlichkeits-*Entwicklung*, immer wieder aufs Neue in der Begegnung mit sich selbst und Anderen gefunden werden, als eine Art, wie Spielhofer schreibt, „Annäherung an ein Original, das nicht vorgegeben ist“ (Spielhofer, 2004, S. 103). In der Psychotherapie ist es wichtig, dass die Psychotherapeutin eigene inkongruente Erfahrungen erkennt, „damit sie nicht unreflektiert in die Beziehung zum Klienten einfließen“, wie Spielhofer bemerkt (Spielhofer, 2004, S. 110).

Der Austauschprozess zwischen Eigenem und Fremdem, der notwendig stattfindet, führt nicht notwendig auch zu Pathologie, zu Ent-Fremdung, dem Auseinanderdriften von organismischer Erfahrung und Selbstkonzept.

Von einer Pathologie sprechen Beebe und Lachmann dann, wenn der „Säugling zunehmend die Fähigkeit verliert, seinen Zustand wahrzunehmen, sich von seiner Wahrnehmung leiten zu lassen und aktiv zur Veränderung seines Zustands beizutragen. Bei einer wachsenden beeinträchtigten Erfahrung, Urheber der eigenen Zustände zu sein“ (Beebe & Lachmann, 2004, S. 55), kann das Selbst nur etwas werden, das aus den Antworten anderer ohne Bezug zum eigenen Erleben besteht. Wir dürfen das nicht wiederholen, indem wir als Therapeutinnen meinen, die Klientinnen besser zu kennen als sie sich selbst.

Die Persönlichkeit eines Kindes entwickelt sich aus der Erfahrung der Balance zwischen Vertrautem und Fremdem, Nähe und Distanz, Entsprechung und Differenz zu einem Wesen mit eigenen Gefühlen, Gedanken und Antrieben, das ohne Entfremdungs- und Verlustängste sich in die Welt eines Anderen hineinzusetzen vermag. Die Entwicklung der Empathie für sich selbst geht also einher mit der Entwicklung der Empathie für andere.

## Und was bedeutet das für die Psychotherapie?

Verstehen ist Reduktion und Bereicherung in einem, ein *Mehr und Anderes*, das sich erst in und aus der Begegnung der Einen mit der Anderen für *beide* und *zwischen* beiden wechselseitig entfaltet. Jedes Verstehen-Wollen schließt das Nicht-Verstehen-Können, auch Missverstehen ein. Nur wenn ich dieses Moment des Nicht-Verstehen-Könnens anerkenne, mag es gelingen, es so transparent wie möglich zu halten und es als weitertreibendes Moment zu nutzen: Ich bin für dich die Andere, wie du für mich die Andere bist, mein Verständnis deines Erlebens und Fühlens geht notwendig auf meinen inneren, begrenzten Bezugsrahmen zurück, der sich in der Begegnung mit dir anreichert und erweitert, so dass wir uns selbst und einander zunehmend differenzierter wahrnehmen können.

Jessica Benjamin spricht davon, dass therapeutisches Handeln letzten Endes auf bestimmten Werten beruht – „etwa auf unserer Toleranz für die eigene Unsicherheit, auf unserer Bescheidenheit, auf unserer Bereitschaft zur Anteilnahme“ (Benjamin, 2006, S. 92).

Diese Werte sind eng verknüpft mit unserem Wissen um die eigene Unzulänglichkeit in der Begegnung mit der Anderen, dem Wissen, dass wir der Anderen nie ganz gerecht werden können, verknüpft damit auch mit dem Wissen um die Grenzen unseres Verstehens. Dieses Wissen führt hinein ins Offene, Ungewisse, nicht grenzenlos Verstehbare oder Analysierbare, Kontrollierbare. Und das macht Angst.

Öffnungsangst als Angst, sich der Anderen, der Fremden, dem Fremden zu öffnen? Auf das psychotherapeutische Setting bezogen, ist damit nicht nur die Angst der Klientin, sich der Therapeutin zu öffnen gemeint, sondern im gleichen Maß die Angst der Therapeutin, sich mit ihrer ganzen Person in die Begegnung mit der Klientin einzubringen, sich offen zu halten und überraschen zu lassen.

„Der einfachste und schnellste Weg, um diese Angst zu reduzieren, ist natürlich der Rückgriff auf technisches Standardverhalten, hinter dem man sich verstecken kann“, bemerkt kritisch Daniel Stern (2005, S. 176). Sich auf diese Angst einzulassen, Ungewissheit, wie Rogers in der „Entwicklung der Persönlichkeit“ schreibt (Rogers 1961a/1973, S. 122), ertragen zu können, heißt für psychotherapeutisches Arbeiten, das Fremde in den Anderen, in uns selbst, auszuhalten. Fremdes nicht abzuwehren durch Kategorisierung und Pathologisierung oder durch die Zuflucht in theoretische Konstrukte, von denen aus alles und jeder zu erklären wäre. Es bedeutet, sich offen zu halten für Andere, für uns, und – auch

wenn es kitschig klingt – das Geheimnis und Wunder in ihnen und in uns, es bedeutet, sich das Staunen zu bewahren.

## Empathie als feinfühlig und sanfte Art, mit anderen zusammen zu sein. (Carl Rogers)

Verstehen beschränkt sich nicht darauf, dass ich in mir möglichst viele der angesprochenen Gefühle erkenne, vielmehr geht es durch mimetisches, inneres Nachahmen darüber hinaus hinein ins Unbekannte. Mimetisches Nachahmen im Sinne von einer grundlegenden Bewegung folgen, einen Grundrhythmus aufnehmen, der sich im wechselseitigen Hin und Her modifiziert. Im Nachahmen, nicht Imitieren, Aufnehmen, im Teilen des Zustands, der durch das Anders-Sein auch ein Modulieren, Ergänzen, ein Weiterführen, ein gemeinsames Darüberhinausgehen, ein Wiederholen und Variieren ist, findet Veränderung statt. Diese alle Beteiligten „transformierende Affektverschiebung“ (Beebe & Lachmann, 2004, S. 204), Akzentverschiebung, dieser Übergang in eine andere Tonart, eine andere Gefühlsfärbung muss dabei zunächst nicht unbedingt in Worten explizit zum Ausdruck gebracht werden. Wiederholen und Variieren, das über das schon Bekannte hinausweist, öffnet den Blick für Möglichkeitsräume, neue Möglichkeitsformen von Leben.

Indem ich mich dem Erleben der Anderen anschmiege, ihm folge, mich ihrem Empfinden hingeebe, spüre ich, was davon mich berührt, was davon in mir anklingt, aber ich gehe als die Andere nicht darin auf. Es ist wie das Eintreten in einen Resonanzraum, wo immer wieder aufs Neue Fragen wie „Wo sind wir, wo bin ich?“ „Wer bist du und wer bin ich?“ „Wie erleben wir einander?“ anklingen, nachklingen oder auch voraushallen, nicht aber aus Angst vor Verschmelzungseinheit, sondern aus einem befreiten Miteinander heraus, in dem die Differenz erhalten bleibt. Die Differenz äußert sich u. a. auch in Fehlabbildungen, in Missverständnissen, und hält im Sich-wieder-aufs-Neue-aufeinander-Einstimmen den psychotherapeutischen Prozess in Gang.

Um diese allgemeinen Erläuterungen in den praktischen Kontext meiner psychotherapeutischen Arbeit zurückzuführen, will ich in einem Fallbeispiel die Arbeit mit einer Klientin vorstellen, aus der die Themenauswahl für diese Arbeit erst hervorgegangen ist, und in der der prekäre Umgang mit Nähe und Distanz, Annäherung und Abgrenzung, dem Eigenen und dem Fremden, Selbst- und interaktiver Regulation als Thema in Variationen immer wieder anklingt.

## Fallbeispiel: Versuch einer Annäherung

Die Klientin kam vor rund zwei Jahren auf Vermittlung einer Praxiskollegin zu mir. Die Klientin ist Ende 30, wird psychiatrisch betreut. Sie ist arbeitslos und wohnt bei ihrer Mutter. Die Klientin

hat, so die Kollegin, Angst vor Blickkontakt, Menschen und lauten Geräuschen. Worauf ich mich schon beim Erstgespräch einstimme: ich stelle unsere beiden Sessel schräg versetzt zueinander, so dass die Klientin den Blickkontakt aufnehmen kann, aber nicht muss. Die Klientin ist blass, hat dunkle Haare, Ponyfransen reichen ihr bis über die Augen. Sie ist schwarz gekleidet und hat einen Rucksack mit der Aufschrift „Don't come closer“, den sie an den Fuß ihres Sessels mit der Aufschrift zu mir hin aufstellt. Sie sitzt zusammengekauert, beginnt sehr leise zu reden und knetet dabei ihre Hände. Sie erzählt von Angst, Panikattacken und möchte wieder angstfrei leben können. Ihr Leiden hat, so die Klientin, mit einem schweren Unfall eingesetzt, und sich von da an in vielen größeren und kleineren Schicksalsschlägen fortgesetzt. Nahezu komplementär zu geschilderten Lebenseinbrüchen wird auch ihr Erzählfluss wirr, gerät, was die Zeitfolge anbelangt, durcheinander, wird brüchig. Sie erzählt von ihrer Drogenabhängigkeit – seit einem Jahr ist sie nach einer Therapie clean –, dem Freund, den sie liebt, der sie aber sicherlich verlassen wird, von ihrem Asthmaleiden als Kind – sie war zwischen dem zweiten und dem vierten Lebensjahr wiederholt im Krankenhaus; in ihrer Kindheit war die Begleitung einer nahen Person, Mutter/Vater, nur sehr einschränkend erlaubt.

Am Anfang der Therapie erlebe ich das Gefangen-Sein der Klientin in Bildern und Gefühlen mit. Ich bin mit ihr in einem Leidensbild/zirkel eingeschlossen und kann dieses bedrohliche Gefangensein durch das gemeinsame Erleben zur Sprache bringen. Sie schafft es anfangs nicht, ohne meine Hilfe aus diesen Bildern, die sich meistens stark verdüstern, – Schreckensszenarien eines imaginären Hungertodes samt Haustieren etwa, weil die Mutter auf Urlaub fahren wird – wieder herauszukommen, sich davon freizumachen. Sie bleibt darin eingeschlossen, ist dieser Bildmacht hilflos ausgeliefert. Es erübrigt sich zu sagen, dass diese wiederholten Ohnmachtsgefühle eine Brücke in ihre Vergangenheit bilden. Gut spiegelt sich in diesem Gefangensein in Affekten die Hilflosigkeit als Kleinkind im klinischen Alltag wider, als ihr niemand – sie erinnert sich noch an die winkende Mutter hinter der Glastür nach der Besuchszeit – zur Verfügung stand, um ihre Angst und Ohnmacht aufzufangen, mit ihr zu teilen und damit aufzulösen.

Ich gehe mit ihr in diese Bilder-, und Gefühlswelten hinein – oft auch ganz körperlich, indem ich z. B. ihr Zappeln oder ihr rhythmisches Sich-Wiegen (worin der Versuch, sich zu beruhigen, Spannung selbst zu regulieren, enthalten ist) aufnehme und mit ihr diesem nachspüre –, ich vermag, die darin enthaltene Spannung mit ihr zusammen auszuhalten. Gemeinsam finden wir aus dieser Spannung wieder heraus. Meine innere Ruhe, die in der Spannung gleichwohl aufgehoben ist, da ich in ihr nicht aufgehe, gibt uns eine größere Freiheit und öffnet uns den Blick für die andere Seite ihrer Bilder, die durch die gespannte, angstvolle Fixierung auf das Düstere verstellt ist. Es ist dies eine farbige, bunte Seite, die sie erzählend leicht hervor scheinen lässt und wohin gut spürbar ihre Sehnsucht geht, die sie aber nicht richtig in ihre Wahrnehmung hineinnehmen

kann. D. h. ich nehme an ihrem Erleben teil, aber auch als die Andere an dessen abgewehrten Anteilen und als die Andere versuche ich, aus meinem Erspüren und Erleben heraus zu verstehen. Ich höre darauf, was in mir von ihren Gefühlen anklingt und gebe es ihr zurück. Ich höre genau hin, nehme mit allen Sinnen wahr, lasse mich von der Düsternis ihrer Bilder zwar umfassen, aber nicht gefangen nehmen und zeige ihr, was durch die Brüche in ihren Darstellungen für mich noch hervor scheint. D. h. ich spiegle nicht nur, sondern füge durch meine Wiedergabe aus meiner besonderen Wahrnehmung heraus ein für unser gemeinsames Erleben bedeutungsvolles *Mehr* hinzu. Indem wir gemeinsam in die Spannung hineingehen, gehen wir auch gemeinsam darüber hinaus. Mein ruhigeres Reden weckt in ihr einen Resonanzraum, welcher sie befähigt, in dem ruhigen, freieren Ton zurückzureden, und so weiter, hin und her. Später erzählt sie – die Klientin kann Eindrücke auf der Straße nicht filtern, Blicke und Geräusche brechen über sie herein –, dass es ihr auf der Straße manchmal gelingt, ruhiger zu sein, indem sie sich etwas, das ich zu ihr während der Stunde gesagt habe, vergegenwärtigt, nicht aber so sehr was den Inhalt anbelangt, mehr beruhigt sie der Tonfall meiner Stimme.

Die Klientin vermag es zunehmend, ihr Er-Leben umfassender, differenzierter auch – im Düsternen und Farbigen und in allen ruhigeren Zwischentönen – wahrzunehmen, so dass sie sich allmählich freier und damit angstfreier, lebendiger fühlen kann.

Die therapeutische Beziehung dient der Klientin als sichere Basis, sich in der Begegnung mit mir un-mittelbar (ohne Mittel eben) und differenzierter zu spüren, indem sie sich auf unsere Begegnung als einem Zusammentreffen von Eigenem und Fremdem einlassen kann, manchmal noch mit der Angst, sich in der Anderen zu verlieren, aber durch die Erfahrung positiver Gegenseitigkeit und eines entspannten Miteinander – indem ich mich auf sie zwar einstimme, mich auf sie im Versuch zu verstehen einlasse, sie weder verschlinge noch mit ihr verschmelze und sie auch nicht verlasse – mit gestärktem Selbst daraus hervorzugehen.

Die Fallstudie sollte den Weg beschreiben, der kraft mimetischer Nachahmung gemeinsam ins Innere geleitet. Er führt aber nicht nur ins Innere der Klientin allein, sondern als Begegnung in einen *Resonanzraum*, in welchem das Vertraute im Fremden und das Fremde im Vertrauten für Klientin und Therapeutin gleichermaßen anklingen. Er führt in einen Resonanzraum hinein, indem wir den minimalen Regungen folgen, *nachahmen*, *wiederholen* und im Wiederholen *variieren*, und er führt darüber hinaus, indem wir das, was in der Bewegung des Hin und Her zum Ausdruck gebracht wird und auch was darin nicht zum Ausdruck gebracht wird, aber im Ausgedrückten wahrnehmbar ist, in einen Sinn-, einen Bedeutungszusammenhang, in einen Kontext übersetzen.

## Zum Schluss

„Die Frage nach der Verpflichtung oder der Möglichkeit, die Differenz zu bewahren, ohne den Anderen zum gleichen zu machen – die ‚ethische Frage‘ – ist zum logischen Gegenstück der Frage nach dem Subjekt geworden“ (Jessica Benjamin).

In der mimetischen Nachahmung berühren sich Fremdheit und Vertrautheit, sie reichern sich in der Berührung an, wandeln sich einander anverwandelt um, und gehen doch nicht ineinander auf. Wäre damit Empathie als mimetisches Verstehen der Versuch, das Besondere im Allgemeinen, die besondere Person im gesellschaftlich Allgemeinen, die Differenz, also das zu bewahren, was durch das identifizierende Denken durch die Ein- und Unterordnung unter das Allgemeine verloren geht? Sowenig auch das Besondere ohne

Bezugnahme auf das Allgemeine zu bestimmen, zu verstehen ist, so wenig ist es mit ihm identisch. Besonderes und Allgemeines stehen dabei nicht nebeneinander, sie sind wechselseitig aufeinander bezogen. An der Bedeutung der Differenz in der Erfahrung von Gegenseitigkeit, von Bezogenheit festzuhalten, schützt davor, das Besondere dem Allgemeinen einfach unterzuordnen und erhält damit auch eine ethische Dimension: das gesellschaftlich Allgemeine nicht länger von seiner Verantwortung für die besondere Andere zu entheben. Das Leiden der Einzelnen ist nicht ein rein persönliches, intra-, innersubjektives Leiden, ein rein privates Leiden, sondern als intersubjektives immer auch ein Leiden an der Gesellschaft, in der die notwendigen Bedingungen, die zur Entfaltung des Einzelnen wie der Gemeinschaft nötig sind, weitgehend nicht gegeben sind. Psychotherapie greift daher zu kurz, wie Peter Schmid bemerkt, „wenn sie nicht auch ihre soziale und politische Dimension mitbedenkt und mit Soziotherapie Hand in Hand geht.“ (Schmid, 2007, S. 46).

## Literatur

- Adorno, T.W. (1974). *Philosophische Terminologie*. Bd. 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beebe B. & Lachmann, F.M. (2004) (Hrsg.). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Benjamin, J. (2006). Tue ich oder wird mir angetan? Ein intersubjektives Triangulierungskonzept In M. Altmeyer & H. Thomä (Hrsg.), *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse* (S. 65–107). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wakolbinger (2005). Mutterschaft und Personzentrierte Psychotherapie. *Person*, 9(2), 131–141.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Heinerth, K. (2007). Differenzielles Verstehen bei verzerrter und versperrter Symbolisierung. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 269–285). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Klöpfer, M. (2006). *Reifung und Konflikt*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin (*Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*). Stuttgart: Klett).
- Rogers, C.R. & Schmid, P.F. (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers*. Mainz: Grünewald.
- Schmid, P.F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personzentrierter Psychotherapie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes*. (S. 34–48). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Spielhofer, H. (2004). Psychotherapie als Prozess der Anerkennung. *Person*, 8(2), 102–113.
- Stern, D. (2005). *Der Gegenwartsmoment*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Tophoven, E. (2006). Im Lichtstrahl der Gefangenen. *DIE ZEIT*, Nr. 16.
- Waldenfels, B (1997). *Topographie des Fremden*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Zurhorst, G. (2007). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. Jenseits von Deutungs- und Manipulationsmacht. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 79–92). Wien: Facultas Universitätsverlag.

## Autorin:

**Gabriela Schreder**, geb. 1958, Studium der Philosophie, Geschichte und Kommunikationswissenschaften. Child Guidance-Institut für Erziehungshilfe Wien, freie Mitarbeiterin beim Verein P.A.S.S./Hilfe bei Suchtproblemen, Psychotherapeutin in freier Praxis.

## Korrespondenzadresse:

Dr. Gabriela Schreder  
1090 Wien, Widerhofergasse 5/20  
E-Mail: g.hofer-schreder@aon.at

Rosina Brossi

# Fragmente „en gros et en détail“ zum Thema ethische Fragen im psychotherapeutischen Alltag<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Seit den neunziger Jahren haben Psychotherapie- und Berufsverbände verbindliche Regeln in Form von Berufscodes oder ethischen Richtlinien erlassen, in denen die Rahmenbedingungen von Psychotherapie festgehalten sind. Beschwerdereglemente geben darüber Auskunft, wie bei der Verletzung ethischer Regeln vorgegangen und sanktioniert werden soll. Darüber hinaus braucht es aber Überlegungen und Angebote, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für ihre ethische Verantwortung sensibilisieren und sie darin unterstützen, diese selbstverantwortlich zu übernehmen. Sie sollen Hintergrundwissen erlangen und Werkzeuge in die Hand bekommen, um ethische Dilemmata erkennen und lösen zu können. Die folgenden Fragmente möchten dazu anregen. Nach einem Streifzug durch die Moralphilosophie, Entwicklungspsychologie und Bindungstheorie werden die in den ethischen Richtlinien der pca.acp Schweiz<sup>2</sup> enthaltenen ethischen Prinzipien herausgeschält, und es wird erläutert, wie diese zur Klärung ethischer Dilemmata genutzt werden können. Beispiele werden beschrieben und es wird über das in der schweizerischen Weiterbildung angebotene Ethikseminar berichtet. Dabei zeigt sich, wie zentral tragende, einfühlsame Beziehungen sind, in denen wir in unserer Moralentwicklung wie auch in unserem ethischen Handeln in der Psychotherapie begleitet werden.

**Schlüsselwörter:** Ethik in der Psychotherapie; philosophische Begründung ethischer Konzepte, Psychologie der Moralentwicklung; moralische Dilemmata; Ethik und Empathie; ethische Richtlinien

**Abstract:** Fragments “en gros et en détail” concerning ethical issues in everyday psychotherapeutic practice. Since the nineties associations of psychotherapy have issued binding rules in the form of Codes of Ethics and Practice in which the general conditions of psychotherapy are defined. Information about the enactment of the code and the sanctions in case of violation of the ethical rules is given in complaint procedures. Furthermore, psychotherapists need to be offered considerations and opportunities to make them aware of their ethical responsibility and to support them in taking on this responsibility themselves. They should acquire background knowledge and receive tools to recognize and solve ethical dilemmas. The following fragments are meant to be an inspiration for this process. After an excursion into moral philosophy, developmental psychology and attachment theory, the ethical principles that are contained in the ethical guidelines of the pca.acp Switzerland<sup>2</sup> are brought to the fore and it is explained how they can be used for the clarification of ethical dilemmas. A choice of examples is presented and a report is given on the ethics seminar that is offered in the Swiss pca.acp psychotherapy training. Thereby, it becomes clear how supportive and empathic relationships are crucial for the facilitation of our moral development and of our ethical behaviour in psychotherapy.

**Keywords:** Ethics in Psychotherapy, philosophical arguments for ethical concepts, psychology of moral development, moral dilemmas, ethics and empathy, Codes of Ethics and Practice

*Was ist die Zeit?*

*Wenn niemand mich fragt, weiß ich es.*

*Wenn man mich fragt, weiß ich es nicht*

(Augustin, zit. in Tugendhat 1997, S. 40).

## Fragment 1 mit einführenden Gedanken

Der Titel dieses Artikels ist Ausdruck der Erfahrung, die ich durch die Beschäftigung mit dem Thema Ethik und Psychotherapie immer wieder mache: das Thema ist so umfassend, dass ich es sinnvoll finde, zum Vornherein die Begrenztheit dieser Ausführungen mit einzubeziehen. Fragmente sind vorläufige Bilder, Bruchstücke eines Ganzen, die immer wieder andere Aspekte zeigen. Werden einzelne Aspekte beleuchtet, so ändert sich auch das Ganze. „En gros et en détail“ soll die Spannweite des Themas ausdrücken, das

<sup>1</sup> Diesen Artikel hat die Autorin erstmals im Brennpunkt 81/1999 publiziert und 2010 für PERSON erweitert und überarbeitet.

<sup>2</sup> pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz. Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung. (ehem. SGGT)

die philosophische Welt und zugleich die Welt der alltäglichen psychotherapeutischen Begegnung einschließt.

Anfang der neunziger Jahre beauftragte die damalige Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT) ihre Arbeitsgruppe Ethik – der ich von Beginn an angehörte – mit der Formulierung von ethischen Richtlinien. Wir begannen, uns mit der Frage auseinanderzusetzen, was Ethik überhaupt sei und was moralisches Handeln, ferner fragten wir nach dem Verhältnis von Ethik zur Psychotherapie und zum psychotherapeutischen Handeln. Dabei geriet unsere Diskussion immer wieder in ein Chaos. Obwohl wir täglich moralisch urteilen, – viele unserer Gefühle wie Empörung, Wut, Schuld- und Schamgefühle sind ja moralische Gefühle –, wurden wir beim Bemühen um mehr Abstraktion sehr verwirrt. Bei jedem Treffen begannen wir mit den Überlegungen wieder von vorne, standen sozusagen dem Nichts gegenüber. Am Schluss der Abende erlebten wir jeweils dennoch die Erleichterung, wieder etwas erhascht zu haben. Zusehends wurde uns die Erfahrung wichtig, dass es nicht in erster Linie darum geht, Antworten zu finden, sondern darum, Fragen zu stellen. „Kritische ethische Diskussion“ – so Hans Saner – „baut auf dem Wagnis auf, durch eine Zeit des Nihilismus zu gehen“ (frei zitiert nach einer Radiosendung über Ethik, ausgestrahlt 1996). Aus unserem „Wagnis“ entstand für die Arbeitsgruppe mit der Zeit zumindest in folgenden vier Punkten Klarheit:

A) Ethik ist eine Disziplin der praktischen Philosophie, ist die Wissenschaft vom moralischen Handeln. Wichtige Beiträge zu Fragen moralischen Handelns liefern aber auch etwa die Soziologie, die Entwicklungspsychologie und die Bindungstheorie.

B) Die Annahme, dass wir mit unserem spezifischen personzentrierten therapeutischen Angebot automatisch vor unethischem Handeln gefeit sind, das heißt, dass die Grundhaltungen der Empathie, der Positiven Beachtung und der Kongruenz Instrumente sind, ethisches Handeln zu garantieren, muss ganz klar verworfen werden. Fragen ethischen Handelns werden auf einer höheren Abstraktionsebene gestellt. Diese können beispielsweise lauten:

- Welches sind konstruktive Rahmenbedingungen für Psychotherapie?
- Was macht eine therapeutische Beziehung im Unterschied zu einer anderen Beziehung aus?
- Welche besondere Verantwortung tragen wir als Psychotherapeutinnen?

C) Doch: wie wichtig sind ethische Fragen in unserer täglichen Arbeit? Leben will Leben! Dieser philosophische Ausruf bedeutet, dass wir nicht ständig ethische Fragen reflektieren müssen. Jedoch stellen sie sich oft in Krisensituationen. Dann haben wir möglicherweise sogar das Bedürfnis, gewisse Überlegungen im moralischen Sinn anzustellen, zu fragen: was ist hier das Gute, wie handle ich

jetzt sinnvoll? Wir könnten mehr Klarheit erlangen wollen über einen möglichen Umgang mit der Erfahrung, dass

- eine meiner Klientinnen suizidal ist,
- einer meiner Teamkollegen sich auch außerhalb der Institution mit Klientinnen und Klienten trifft,
- einer meiner Klienten einer religiösen Sekte beitrifft,
- ich mich in eine Klientin oder in einen Klienten verliebt habe
- ich mich von einer Ausbilderin pathologisiert fühle.

D) Fragen der Ethik lassen sich nicht einfach delegieren. Es ist nötig, sich mit den eigenen Positionen auseinanderzusetzen und sich darüber mit anderen auszutauschen. Doch sind wir als Psychotherapeutinnen Regeln und Codes verpflichtet und nicht ermächtigt, beliebig zu handeln. Wir bewegen uns also zwischen den Polen von individuellem Gutdünken und Verbindlichkeit. Deshalb braucht es neben dem Bewusstsein für die Geschichte und das Wesen unserer eigenen Werte und Normen eine Auseinandersetzung über unseren beruflichen Moralkodex, seine Hintergründe und seinen Sinn, und eine Offenheit von uns, die Folgen moralischen bzw. unethischen Handelns immer wieder neu zu reflektieren.

Diese vier Punkte sollen nun in den weiteren Fragmenten näher beleuchtet werden. Zuerst werde ich in Fragment 2 und 3 einige Gedanken zu einem philosophischen Hintergrund und zum entwicklungspsychologischen Beitrag eines ethisch moralischen Diskurses beschreiben. Danach werde ich mich in Fragment 4 und 5 mit angewandter Ethik im Zusammenhang mit Psychotherapie beschäftigen. In Fragment 6 wird das mittlerweile in der pca.acp-Weiterbildung etablierte Seminar für ethische Fragen vorgestellt.

## Fragment 2 zu einem philosophischen Hintergrund

Vorab ein paar Begriffsklärungen:

Unter *Ethik* wird im Allgemeinen die philosophische Reflexion auf die Moral verstanden. Sie überdenkt menschliche Handlungen hinsichtlich ihrer Verbindlichkeit. Sie ist die Lehre von den Normen und den Werten menschlichen Handelns. „Sie schafft Rahmenbedingungen, innerhalb derer Lebendigkeit möglich ist“ (Baumann Hölzle in der oben genannten Radiosendung).

Mögliche Fragen der Ethik sind: Wie kommt es zur Moral? Was sind Moralkonzepte? Wie werden sie begründet? Wie erlangen sie Geltung?

*Ethos und Moral* sind zwei austauschbare Begriffe für die angewandte Ethik. Es handelt sich um die Ebene der gelebten Normen und Werte, die in einem bestimmten Kontext herrschen. Die beiden Begriffe können wechselseitig benutzt werden.

*Ethisch* kann Adjektiv sowohl für Ethik als auch für Ethos (Moral) sein.

3 Die durchgehende Verwendung der weiblichen Form steht in der Regel immer für beide Geschlechter.

Es gibt verschiedenste Begründungsansätze ethischer Konzepte: sie reichen von idealistischen bis zu pragmatischen, von denjenigen, die allgemeingültige Regeln formuliert haben wollen, bis zu denen, die alles als relativ betrachten und jede Situation neu beurteilt wissen wollen. Konflikte bestehen und bestanden seit jeher zwischen absoluter (z. B. bei Kant) und relativer Begründung. In den folgenden Ausführungen beziehe ich mich vor allem auf den Philosophen Ernst Tugendhat (1997). Er hat sich intensiv mit den möglichen ethischen Begründungsweisen für Moral beschäftigt und selber eine Begründungsweise vorgeschlagen, die ich hilfreich finde. Er bezieht sich inhaltlich auf Kant und seinen kategorischen Imperativ, weist jedoch in seinem eigenen Konzept, das er das „Plausible Konzept“ nennt, über Kants Idee einer absoluten Begründung hinaus. Ich werde danach kurz die Diskursethik von Apel und Habermas (Habermas 1983) und die ethics of care von Carol Gilligan streifen (Gilligan 1984) und mich mit einigen Gedanken von Zygmunt Bauman beschäftigen (Baumann 1995). Dieser gibt Benennungen zur Hand, die der Komplexität ethischen Denkens und moralischen Handelns gerecht werden. Ich kann die Dichte des Denkens der vorgestellten Exponenten in diesem Text nur sehr rudimentär wiedergeben. Doch will ich mit diesen Ausführungen einen Teil meines Suchens nach für mein Denken und Fühlen kohärenten ethischen Begründungszusammenhängen aufzeigen. Dies als Anregung, die Suche auch selber aufzunehmen.

Bei Ernst Tugendhat nimmt die Darstellung verschiedener Moralkonzepte einen breiten Raum ein. Ich erwähne hier lediglich zwei, das traditionalistische und das aufklärerische, aus deren Kritik er sein plausibles Konzept weiterentwickelt hat. Moral ist für Tugendhat das Gute, für das sich Menschen in ihren Handlungen entscheiden. Bei den traditionalistischen Konzepten dient die Tradition beziehungsweise die darin maßgebende Autorität als letzte Begründung. Die Person glaubt an die für sie geltende Autorität. Die Diskussion beschränkt sich auf die richtige Umsetzung der Moral. Zu den traditionalistischen Konzepten können religiöse Konzepte gehören, bei denen Gottes Wort der letzte Grund und nicht mehr hinterfragbar ist. Sie gehen in der Abendländischen Welt auf die alttestamentarische Niederschrift des Dekalogs zurück, auf die 10 Gebote (die theoretische ethische Auseinandersetzung geht viel weiter zurück: ihre Ursprünge hatten sie im Orient, dann im antiken Kaiserreich China, in Indien, davon sind wir aber weit weniger beeinflusst). Datiert wird die Entstehung des Dekalogs auf das 8. Jahrhundert vor Beginn der christlichen Zeitrechnung. Es wird angenommen, dass er als Reaktion auf religiöse, politische und soziale Krisen jener Zeit zu verstehen ist. Er sollte einerseits die Beziehung zu Gott regeln (die ersten 3 Gebote), aber auch der Durchsetzung einer allgemeinen Lebenssicherung dienen und den sozialen Frieden wahren. Er war das Gesetz der menschlichen Gesellschaft, auf das sich bis zur Zeit der Aufklärung die Gesellschaften im klassischen Altertum und im Mittelalter ganz selbstverständlich bezogen.

Tugendhat sieht den Mangel eines traditionellen Konzeptes so: eine solche Moral „ist (...) prinzipiell unfähig, mit anderen Moral-konzepten zu diskutieren; sie kann nur glaubensmäßig und also dogmatisch ihre eigene Überlegenheit behaupten oder sich von den anderen abschließen“ (Tugendhat 1997, S. 66).

Die christlich-jüdische Moral lebte in säkularisierter Form in der Aufklärungsepoche weiter, wenn auch die durch die Entwicklung der Wirtschaft veränderten sozialen Strukturen den Bezug zu Religion und Gemeinschaft wandelten. Das Wahrnehmen individueller Freiheit gewann an Bedeutung. Den Anspruch auf Individualität und Autonomie sollte jede Person in gleicher Weise erheben können, er musste von allen gleichermaßen anerkannt werden. Damit wurde auch das Wahrnehmen individueller Verantwortung wichtig. Auch bei der Verantwortung konnte man nicht mehr auf Gott verweisen. Das bis zu diesem Zeitpunkt zentrale Prinzip der Gleichheit resp. Gerechtigkeit (vor Gott sind alle gleich) wurde um andere ergänzt, so um das Prinzip der Nichtschädigung, um das der Autonomie, aber auch um das der Fürsorge.

In der neuzeitlichen Aufklärung sind philosophisch gesehen zwei Wege beschritten worden. Der eine war derjenige der schottischen empirischen Schule des 18. Jahrhunderts, insbesondere der von Hume, der den Utilitarismus vorbereitet hat. Hier war man der Meinung, dass die Philosophie nur systematisch zusammenfassen muss, was vermeintlich alle billigen und tadeln. Die Schwäche dieses Ansatzes liegt darin, dass jeder Begründungsanspruch aufgehoben ist und wie selbstverständlich angenommen wird, dass das moralische Bewusstsein ein einheitliches ist und es gar nicht verschiedene Moralkonzepte gibt.

Einen anderen Weg beschritt Kant. Ethik gründe – so dachte er – auf der Vernunft des Menschen. Der von ihm formulierte kategorische Imperativ hat zwar seine Wurzel auch in der christlichen Tradition, in der goldenen Regel „Was ihr von anderen erwartet, das tut ebenso auch ihnen“ (Evangelium nach Lukas). Bei Kant ist diese Regel aber durch das Prinzip der Verallgemeinerung ergänzt:

*„handle so (allen gegenüber) wie du aus der Perspektive einer beliebigen Person wollen würdest, dass alle handeln“* (zit. aus Tugendhat, 1997, S. 83).

Kant wollte mit dem Prinzip der Verallgemeinerung dem Umstand Rechnung tragen, dass es – unter den Bedingungen einer säkularisierten Gesellschaft – neu normative Regelungen der interpersonellen Beziehungen brauchte, da vieles nicht mehr vorgeben war. Tugendhat bezeichnet dieses Konzept „als die Moral der universellen Achtung“ und fasst es zusammen im Satz: „Instrumentalisier niemanden“ (Tugendhat 1997, S. 80).

Mit dem Inhalt des kategorischen Imperativs ist Tugendhat einverstanden. Hingegen kritisiert er Kants Versuch, die Begründung in der Vernunft des Menschen zu suchen, als zu rationalistisch. Eine solche Vernunft gebe es nicht, und auch ein absolutes Müssen könne es nicht geben. Genau hier setzt Tugendhat mit

seinem plausiblen Konzept an. Kant glaubte, beweisen zu können, dass es einen Sinn von „gut“ gibt, der von allen (auf Grund ihres Vernünftig-Seins) anerkannt werden muss. Tugendhat schlägt nun vor, diesen Anspruch in der Weise zu mildern, dass sich gegebenenfalls zeigen lässt, dass es einen Sinn von „gut“ gibt, der von allen nicht anerkannt werden muss, aber doch anerkannt werden könnte, weil dieser plausibel erscheint .

Damit geht es nun um die Frage, ob und weshalb wir uns auf das Konzept des Guten beziehen wollen. Wer die Frage „will ich zur moralischen Gemeinschaft gehören?“ stellt, muss sich also fragen „wer will ich überhaupt sein, woran liegt mir im Leben und was hängt für mich davon ab, ob ich mich als zugehörig zu einer moralischen Gemeinschaft verstehe“ (Tugendhat 1997, S.96)? Dieses Wollen aber, das so gut wie nie explizit und bewusst ist, ist keine isolierte Kraft. Es bezieht sich auf Gefühle wie Groll und Empörung, auf Schuld- und Schamgefühle, aber auch auf Stolz, Freude und so fort. Schuld- und Schamgefühle bezeichnet Tugendhat als eine Art innere Sanktion bei unethischem Handeln. Das Wollen bezieht sich auch auf Wünsche und Motive. Beispielsweise: „Welche Motive habe ich, mich als einer von Allen zu verstehen, die auf das bzw. ein Konzept des Guten hin wechselseitige Forderungen aneinander stellen“ (Tugendhat 1997, S.91)? Es ist auch geprägt von anthropologischen Grundannahmen, kulturellen und gesellschaftlichen Werten. Einer Person, welche die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft in Frage stellt, könne man nur aufzuzeigen versuchen, was sie damit alles über Bord werfen würde, entscheiden müsste sie sich selber. Und dies sei gut so. Man müsse sich doch fragen, „warum wir uns das Eingebundensein in Moral am liebsten wie das Eingebunden-Sein in eine Zwangsjacke denken wollen“ (Tugendhat 1997, S.96), mit der wir unserer zum erwachsenen Menschsein gehörigen Autonomie enthoben würden, aktiv für eine Moral der gegenseitigen Verantwortung einzustehen.

Eine Auseinandersetzung zwischen einer rationalen und einer die Gefühle zentral gewichtenden Begründung moralischen Handelns findet man auch zwischen der Diskursethik von Apel und Habermas und der ethics of care Carol Gilligans. Die Diskursethik trotz der Vielfalt von Weltentwürfen und formuliert einen Wertekonsens. Sie billigt dem Menschen die Fähigkeit zu, die Gründe der Gültigkeit ethischer Prinzipien zu erkennen und rationale Lösungen einzusehen und zu akzeptieren. Sie erhebt damit einen universalen Anspruch und baut auf der Tatsache einer Kommunikationsgesellschaft auf. Sie glaubt an die Möglichkeiten des Gesprächs. Die Diskursethik baut auf dem Entwicklungsschema von Lawrence Kohlberg auf, wonach sich der Mensch in verschiedenen Stufen zu einem moralisch hochstehenden Menschen entwickelt. Die Diskursethik ist eine Ethik, welche die Gerechtigkeit der Menschen untereinander zum zentralen Wert erhoben hat.

Dem entgegnet Carol Gilligan, – die von einer moralpsychologischen Seite her Anregungen für die Debatte einer feministischen Ethik lieferte –, dass der Verweis auf Gerechtigkeit nicht ausreiche,

um eine Welt menschlich gestalten zu können. Die Gerechtigkeitsmoral sei männlich geprägt. Gilligan entwirft ein Konzept einer Ethik der gegenseitigen Verantwortung und Fürsorge. Die Fürsorge-moral basiert nicht auf der Abwägung, welches Verhalten gerecht wäre, sondern primär auf einem Verantwortungsgefühl. Sie beinhaltet Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen anderer, Bereitschaft zur Verantwortung für andere, was Gilligan als eher weibliche Moral ansieht.

In dieser Replik von Gilligan auf die Diskursethik ist wiederum der Bezug zur Auseinandersetzung um Kant zu finden, wobei die Diskursethik beim Verweis auf die Vernunft bei Kant stehen bleibt. Gilligan hingegen macht insofern eine Erweiterung, als sie andere Qualitäten und Werte als Motive in den Vordergrund rückt, die über diesen einseitigen rationalen Begründungszusammenhang hinausweisen.

Zum Schluss dieses zweiten Fragments möchte ich noch einige Gedanken der postmodernen Ethik Zygmunt Baumans darlegen. Wie Tugendhat ist er der Ansicht, dass moralische Phänomene nicht rational zu begründen und nicht zu verallgemeinern sind. Moralische Handlungen seien Handlungen, die man wählen müsse, die man auch bewerten müsse. Bewertung sei ein unvermeidbarer Bestandteil des Wählens. Hier findet sich wieder der Gedanke, dass hinter diesem Müssen implizit das Wollen steht. Nun bringt Bauman einen meiner Meinung nach sehr wichtigen Aspekt in die ethische Diskussion ein: Er sagt, dass wir als Menschen zwar das Gute können wollen, dass wir aber eigentlich moralisch zutiefst ambivalent seien. Das moralische Selbst fühle, handle und bewege sich im Kontext der Ambivalenz und sei mit Unsicherheit durchsetzt. Eine ambiguitäts- und widerspruchsfreie moralische Situation könne es nicht geben. „Die Mehrzahl moralischer Entscheidungen fällt zwischen sich widersprechenden Impulsen. Am wichtigsten jedoch ist, dass beinahe jeder moralische Impuls, wenn man ihm nur konsequent folgt, unmoralische Folgen hat (sich um den Anderen zu sorgen, führt bezeichnenderweise im Extremfall zur Untergrabung seiner Autonomie, zu Beherrschung und Unterdrückung)“ (Bauman 1995, S.25). Diese Widersprüche gelte es auszuhalten, denn nichts desto trotz postuliert er, dass „moralische Verantwortung das persönlichste und unveräußerliches aller menschlicher Besitztümer und das kostbarste der Menschenrechte“ sei (Bauman 1995, S.373).

Je mehr ich mich mit den unterschiedlichen Begründungsansätzen ethisch moralischen Handelns auseinandergesetzt habe, desto eher schien mir, dass die an der Ratio orientierten philosophischen Konzepte nur unzureichend über eine intrinsische Motivation von ethischem Handeln Auskunft zu geben vermögen. Sowohl Tugendhat (mit dem Verweis auf die Gefühle und den Wunsch der Zugehörigkeit) als auch Gilligans ethics of care und Bauman (mit seinem Begriff des ambigen Durcheinander bei moralischen Entscheidungen) weisen auf die Notwendigkeit hin, sich konkreter mit der Bedeutung von persönlichen Beziehungen für die Moralentwicklung zu beschäftigen. Diese Beschäftigung steht nun meiner Meinung nach

an. Es ließen sich in dafür auch innerhalb der Moralphilosophie Ansätze finden, insbesondere zum Beispiel bei Buber und Lévinas. Als Psychologin reizt es mich aber auch zu schauen, wie sich die Entwicklungspsychologie oder die Bindungstheorie zu diesen Fragen äußern. Dem soll nun im nächsten Fragment nachgegangen werden.

### **Fragment 3 zur Frage weshalb wir lernen, was wir sollen, und weshalb wir es schließlich wollen**

In der Entwicklungspsychologie wird Ähnliches wie in der Philosophiegeschichte beschrieben, wenn es um die Frage geht, wie wir lernen moralisch zu urteilen und zu handeln: „Auch in der Psychologie werden moralische Erkenntnisse nahezu ausschließlich als kognitive Fähigkeiten angesehen, die sich inhaltlich und, beherrscht von Piagets und Kohlbergs Theorien, in Stufen besonderer Qualitäten intellektueller Fähigkeiten entwickeln. Über die Notwendigkeit und Art der Vermittlung immer höherstufiger moralischer Urteile durch andere und vielleicht besondere Menschen wird dabei wenig gesagt“ (Grossmann & Grossmann 2007, S. 151).

Dies lässt sich vor allem bei der neueren Entwicklungsforschung zur Moral feststellen, die sich überwiegend als eine Art Neo-Kohlberg'sche Strömung verstehen lässt. Sie hinterfragt wohl einige Details von Kohlbergs Theorie. So wird etwa deutlich, dass sich sein Stufen- und Ebenenmodell in seiner Kausalität nicht halten lässt. Insbesondere die ersten zwei Stufen (zusammengefasst im so genannten präkonventionellen Niveau. Nach Kohlberg dominiert auf diesem die Orientierung an Belohnung und Bestrafung sowie an den eigenen Bedürfnissen) scheinen unzulänglich definiert (Keller 2005, S. 161). Doch fand eine Neuorientierung mit einem Einbezug weiterer Erfahrungsmodalitäten als der der Vernunft und mit der Erforschung der Bedeutung von Beziehungen bis jetzt kaum statt (siehe dazu insbesondere den Sammelband Latzko & Malti 2010).

Hingegen beschäftigen sich die psychoanalytisch orientierte Selbsttheorie und die Bindungstheorie intensiv mit den affektiven und den relationalen Aspekten der Moralentwicklung. Diese wird von ihnen als Teil unseres allgemeinen Selbstentwicklungsprozesses verstanden. Und ihr Ursprung liegt ihrer Ansicht nach in den Affekten wie Scham, Wut, Empörung, Ekel, Mitleid.

Nach Daniel Stern orientieren sich schon Babies und Kleinkinder an der Moralauffassung der Bezugspersonen. Der Grund dafür ist die Fähigkeit der sogenannten Affekt Abstimmung. Diese bildet sich ihm zufolge nach dem siebten bis neunten Lebensmonat heraus. In ihr geht es um die Koordination der Gefühle mit den Gefühlen der Anderen. Sie stelle „eine Ausführung von Verhaltensweisen dar, welche die Gefühlsqualität eines gemeinsamen Affektzustandes zum Ausdruck bringen, ohne die Verhaltensäußerung exakt zu imitieren. Wenn wir nur durch eigentliche Nachahmung demonstrieren können, dass wir einen Affektzustand mit dem Andern teilen, dann

wären wir auf hastige, unaufhörliche Nachahmungen beschränkt“ (Stern 2007, S. 203). Das Abstimmungsverhalten hingegen gestaltet das Geschehen um und lenkt die Aufmerksamkeit auf das, was „hinter“ dem Verhalten liegt, auf die Qualität des Gefühls, das gemeinsam empfunden wird (a. a. O., S. 204).

Das Phänomen der Affekt Abstimmung ist die Basis für weitere Phänomene in der Interaktion von Kindern mit ihren wichtigen Bezugspersonen. Dazu gehören die soziale Vergewisserung und die Beeinflussung des frühkindlichen affektiven Erlebens: Ein einjähriges Kind wird durch ein attraktives Spielzeug und eine lächelnde Mutter über eine scheinbar gefährliche „visuelle Klippe“ hinweggelockt. Wenn es an der Absturzstelle ankommt, macht es halt und vergleicht die Größe der Gefahr mit der Stärke seines Wunsches, hinüber zu gelangen. „Die Lage des Kindes (ist) nicht nur durch eine kognitive Ungewissheit charakterisiert, sondern durch die affektive Ambivalenz zwischen der Angst vor der visuellen Klippe – einer angeborenen Angst – und der Erkundungsfreude“ (a. a. O., S. 310). In dieser Ambivalenz blickt das Kind zu seiner Mutter auf. Wenn diese lächelt, krabbelt es hinüber, wenn sie besorgt dreinschaut, weicht es zurück und ärgert sich womöglich. Der affektive Zustand der Mutter determiniert oder modifiziert so den des Kindes.

Das Beispiel macht deutlich, wie durch das Phänomen der Affekt Abstimmung Wünsche und Phantasien, Befürchtungen, aber auch Gebote und Verbote der Eltern das seelische Erleben des Kindes konturieren können. Das Kind erfährt so allmählich, welche subjektiven Erlebnisse innerhalb oder außerhalb der Grenzen der Akzeptanz liegen, was danach erlaubt ist und was nicht. Schon bevor ein Kind seine Bezugspersonen verbal versteht, weiß es demzufolge deren Gesichtsausdrücke in dieser Hinsicht zu interpretieren: es wird den Ausdruck von Affekten wie Scham, Ärger oder Empörung zu entschlüsseln versuchen und möchte vermeiden, diese erneut hervorzurufen. Sieht es Stolz und Freude, wird es sich bestätigt fühlen.

Die Bindungstheorie beschäftigt sich unter anderem mit der Frage, inwieweit frühe Bindungen die Moralentwicklung beeinflussen. Fördert eine sichere Bindung ein eigenständiges Verständnis von Moral oder führt sie im Gegenteil zu einer unhinterfragten Akzeptanz von tradierten Werten und Normen? Oder umgekehrt gefragt: „muss eine unsichere Bindung notwendig die Bereitschaft mindern, die universell verbindlichen moralischen Minimalregeln zu erfüllen“ (Hopf & Nunner 2007, S. 13)?

Hopf & Nunner stellen dazu fest, dass es bis heute keine Längsschnittstudien gebe, die sich explizit mit dem Verhältnis von frühen emotionalen Beziehungen und moralischer Entwicklung im Jugend- und Erwachsenenalter befassen. Es gebe jedoch Studien (zum Beispiel die Minnesota-Längsschnittstudie von Sroufe et al. 2005), aus denen sich Schlüsse zum Verhältnis von frühen Bindungen und moralischer Entwicklung ableiten ließen. Besonders überzeugend kann ihrer Auffassung nach die Bedeutung früher emotionaler Beziehungen für die Entwicklung moralischer Eigenständigkeit am Beispiel misslungener Sozialisationsprozesse und dem devianter

Entwicklungen belegt werden. Die Ergebnisse ließen den Schluss zu, dass deviante und gewalttätige Jugendliche im Vergleich zu nicht-devianten Gruppen in ihrem Handeln weniger durch internalisierte Kontrollen gesteuert seien. Daraus könnten auch Schlüsse zur moralischen Entwicklung der untersuchten Kinder und Jugendlichen abgeleitet werden. „Aus diesen Studien ergibt sich der wiederholte Befund, dass delinquente Jugendliche in ihrer Kindheit zum einen wenig emotionale Unterstützung durch ihre Eltern erhielten und zum anderen in ihrem Elternhaus mit besonders harten Strafen rechnen mussten“ (Hopf & Nunner 2007, S. 22).

Grossmann & Grossmann (2007, S. 151ff) sind beeindruckt angesichts der Einmaligkeit der Tatsache, dass jedes einzelne Kind die Möglichkeit der Entwicklung in sich trage, in dem die biologisch gegebenen Bereitschaften an die jeweils herrschenden kulturellen Normen und Erkenntnisse adaptiert würden. Sie schließen aus den bisherigen Forschungen: „Respektvolle Mütter bemühen sich, die Kommunikation ihres Kindes zu verstehen, indem sie sich in seine Lage hinein fühlen. Wenn sie dann auch einfühlsam handeln, fühlt sich das Kind verstanden. Bindungsqualität und gegenseitiger Respekt sind unabdingbare Voraussetzungen für die zu vermittelnden moralischen Verbindlichkeiten gegenüber der Gemeinschaft von Individuen, zu der das Kind gehört. Dies ist zunächst meist die eigene Familie. Dagegen sind moralische Ansprüche, die während der Entwicklung über die „natürliche Gemeinschaft“ hinausgehen, intellektuelle Abstraktionen. Sie müssen emotional in den Erfahrungen des Individuums tief verwurzelt sein, um wirkungsvoll in Handlungen umgesetzt zu werden“ (a. a. O. S. 151f). Des Weiteren stellen sie fest, dass bei der Bindungsentwicklung folgendes nicht übersehen werden dürfe: „Moralentwicklung speist sich aus evolutionären, emotionalen und intellektuell-sprachlichen Quellen. Sie ist ein Gefüge, das sich beständig und gleichzeitig verändert und zwar über den gesamten Lebenslauf hinweg“ (a. a. O. S. 153). Vereinbarkeiten von Interessen und moralischen Werten seien immer wieder neu zu verhandeln. Die Ergebnisse seien offen.

Diese Ausführungen von Grossmann und Grossmann zeigen, dass sie die moralische Entwicklung stark gekoppelt an die Entwicklung der Fähigkeit zur Einfühlung sehen. Martin Hoffman hat sich in seinen Untersuchungen intensiv mit Empathie und Moral beschäftigt (Hoffman 2001). Die Fähigkeit zur Einfühlung gehört ihm zufolge auch zur Grundausstattung der menschlichen Gattung. Wie sich diese entwickelt, untersucht er am Beispiel des „empathic distress“, des Kammers, der einen ergreift, wenn man die Not anderer wahrnimmt. Dieser äußert sich zuerst im Sachverhalt der emotionalen Ansteckung. So beginnen Neugeborene zu weinen, wenn sie andere Säuglinge weinen hören. Im Laufe der Entwicklung differenziert sich diese spontane Empathie. Nach etlichen Monaten antworten Säuglinge nicht mehr mit reaktivem Mitweinen, sondern suchen den eigenen Kummer etwa durch Daumenlutschen zu bewältigen. Im zweiten Lebensjahr möchten Kinder dem anderen Trost spenden, bleiben in ihrer Mittelwahl allerdings noch einer egozentrischen

Perspektive verhaftet. So bringen sie beispielsweise ihrer traurigen Mutter das eigene Lieblingsspielzeug. Mit zunehmendem Alter verstehen die Kinder allmählich, dass gleiche Ereignisse bei verschiedenen Menschen unterschiedliche Gefühle auslösen können und dass diese auch vom jeweiligen Kontext abhängig sind.

Mit der Erweiterung der Zeitperspektive und der Fähigkeit zur Verallgemeinerung in der Adoleszenz können die Heranwachsenden in ihrem Mitempfinden auch die Vergangenheit und Zukunftsperspektive des anderen oder die Lebensbedingungen von Gruppen mit einbeziehen. Und sie können Gegebenes kritisch hinterfragen und autonom urteilen (Hoffman 2001, S. 63ff).

Bei diesem Entwicklungsprozess geht es auch um den Begriff der Internalisierung von Normen. Neben der Situation des „empathic distress“ untersuchte Hoffman auch die so genannte Regel-Überschreitungssituation, die „transgression“. Sie diene ihm dazu, die „empathische Schuld“, insbesondere die auf Einfühlung beruhende Übertretungsschuld, genauer zu erforschen. Unter Schuld versteht er das schmerzhafteste Gefühl, sich selber nicht zu schätzen, verbunden mit einem Gefühl von Dringlichkeit, Spannung, Reue, resultierend aus der Einfühlung für jemandes Kummer, kombiniert mit dem Wissen, der Grund für diesen Kummer zu sein (a. a. O., S. 114). Bei Regel-Überschreitungssituationen sei es von großer Bedeutung zu intervenieren. Dies geschehe ausgesprochen häufig: ca. alle 11 Minuten bei Kindern von 12–15 Monaten. Am Ende des 2. Lebensjahres seien  $\frac{2}{3}$  aller Eltern-Kind-Interaktionen Begegnungen, in denen es um Regeln geht, die das Kind gegen seinen Willen einhalten muss. Auf ein Jahr umgerechnet gehe es um 15 000 solcher Situationen (a. a. O. S. 141).

Hoffman macht drei Formen aus, wie in solchen Situationen umgegangen wird. Zum einen Machtausübung: bestrafen, festhalten, hindern, schlagen. Zum andern Liebesentzug. Als dritte Variante nennt er die „Induktion“: Hinweise auf beobachtbare schlechte Folgen des Handelns des Kindes, indem die Perspektive des Opfers eingenommen wird. Er stellt fest, dass Induktionen dann sinnvoll sind, wenn sie den kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten des Kindes entsprechen und wenn sie das Kind aktiv werden lassen. Es ist also ganz wichtig, wie interveniert wird, damit das Kind sich einfühlen lernt (a. a. O. S. 151).

Die Forschungen von Stern, im Rahmen der Bindungstheorie und von Hoffman machen in meinen Augen vor allem eines deutlich: Für die Bereitschaft des Kindes, moralisch zu handeln, ist die Erfahrung zentral, – als eine Art moralische Grunderfahrung – als Person wahr- und angenommen zu werden. Dies ist die Basis, von der aus es in seiner weiteren emotionalen und kognitiven Entwicklung in der Lage und bereit sein wird, moralische Regeln zu lernen, sie als kategorische zu akzeptieren, zu verinnerlichen und wenn nötig zu hinterfragen.

Dies ist ein komplexer Prozess, in dem neben den Eltern wichtige Andere, insbesondere Gleichaltrige und die Schule eine Rolle spielen (siehe dazu Keller 2005, S. 149ff, Billmann-Mahecha &

Horster 2005, S. 193ff). Es ist ein Prozess, der schließlich dazu befähigen sollte, die Erfahrungen aus nahen Beziehungen auf abstraktere Systeme und Sachverhalte zu übertragen, sich zum Beispiel mit Anforderungen, Regeln und Gesetzen von größeren Gemeinschaften auseinander zu setzen oder auch sich mit der Frage der universellen Verantwortung zu befassen.

Dieser Prozess sollte sich meiner Meinung nach auch fortsetzen, wenn es darum geht, sich mit der ethischen Verantwortung zu beschäftigen, die wir als Psychotherapeutinnen tragen. Es braucht Angebote in der Weiterbildung, aber auch in der allgemeinen Fortbildung, die uns ermöglichen, unser Wissen, unsere Haltung, unsere Schwierigkeiten in einer tragenden Gruppe zu reflektieren und mögliche Auswege aus ethischen Dilemmata finden zu können.

In diesem Sinne handeln die nächsten zwei Fragmente von der angewandten Ethik. In Fragment 4 werden die in den ethischen Richtlinien enthaltenen ethischen Prinzipien herausgeschält. Mit diesem Werkzeug in der Hand sollten wir in der Lage sein, uns hilfreich mit ethischen Dilemmasituationen beschäftigen zu können. In Fragment 5 finden sich Beispiele dafür.

#### **Fragment 4 über angewandte Ethik. Ethische Richtlinien und die in ihnen enthaltenen Prinzipien**

In den neunziger Jahren stieg bei den Psychotherapie- und den Berufsverbänden (nicht zuletzt auf Druck der Öffentlichkeit) die Sensibilität für ethische Fragen und für die Notwendigkeit, den Mitgliedern eine Orientierung und verbindliche Regeln in Form von Berufscodes oder ethischen Richtlinien an die Hand zu geben. Damit sollen die Rahmenbedingungen für Klientinnen und Klienten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gestaltet werden.

Die psychotherapeutische Beziehung ist eine zutiefst asymmetrische. Eine Person, die Hilfe sucht, begibt sich in eine Situation der Abhängigkeit, in der Hoffnung, Hilfe bei der Lösung ihrer Probleme zu finden. Die Psychotherapeutin auf der andern Seite verfügt über eine große Machtfülle: über die Definitionsmacht, das heißt z. B. darüber, jemanden in Therapie zu nehmen oder abzuweisen; über die Macht, eine Diagnose zu stellen und über die Macht, welche ihr der soziale Status und die Überlegenheit ihres Wissens in Bezug auf Psychotherapie verleiht. Hierzu gehört auch die Macht der Sprache (siehe hierzu Kriz 1995, O'Hara 1999). Psychotherapeutinnen besitzen die Macht, die Bedingungen festzusetzen (Ort, Kosten, Zeit), innerhalb derer die Psychotherapie stattfindet.

Dass angesichts dieser Realität auf beiden Seiten zutiefst ambivalente Gefühle entstehen können, verwundert nicht. Als Psychotherapeutin habe ich mich mit dieser Realität auseinanderzusetzen, um nicht Gefahr zu laufen, diese Tatsache entweder zu verwischen oder die Macht zu missbrauchen (zu einem positiven Umgang mit Macht siehe Schmid 1996; Wiederkehr 1998).

Berufscodes bieten einen Rahmen, um Regeln des guten Umgangs mit dieser Macht festzuhalten und Klientinnen und Therapeutinnen gleichermaßen zu schützen. In den ethischen Richtlinien, welche die eingangs erwähnte Arbeitsgruppe für die pca.acp Gesellschaft zu entwerfen hatte, ging es um die Festlegung der folgenden Punkte eines Berufskodexes:

- um die Verpflichtung der Therapeutinnen, die berufliche Beziehung transparent zu gestalten; transparent in Bezug auf die Art und die Grenzen des Angebots, der Methode, des Settings, der absolvierten Ausbildung und der finanziellen Bedingungen.
- um die Pflicht, die Würde und Integrität der Hilfe suchenden Person zu respektieren und das inhärente Abhängigkeitsverhältnis nicht zu missbrauchen. Die Instrumentalisierung und der Missbrauch beginnt, wo Psychotherapeutinnen ihr professionelles Angebot verlassen, um ihre persönlichen emotionalen, wirtschaftlichen, sozialen oder sexuellen Interessen zu befriedigen.
- um die Einhaltung der Schweigepflicht, den Schutz von Daten um die Information über Beschwerdemöglichkeiten.

Im Berufskodex sind also Kriterien zur Beurteilung von nicht akzeptablem Verhalten und zur Förderung optimalen Verhaltens als Regeln formuliert. Er bietet aber auch eine Handhabe, die den Regeln zu Grunde liegenden ethischen Prinzipien zu benennen, was wesentlich hilfreicher ist, als sich einzig an Regeln orientieren zu müssen, die wir entweder einhalten, denen wir uns widersetzen oder die wir umgehen können.

Aus den ethischen Richtlinien lassen sich ethische Prinzipien herauslesen. Beauchamp und Childress (zitiert in Kottje-Birnbacher & Birnbacher 1999, S. 37) formulierten 1989 die „Principles of biomedical ethics“. Zum einen handelt es sich dabei um diejenigen Prinzipien, die die Moralphilosophie der modernen Aufklärung als zentrale moralische Orientierung erachtete: das Prinzip der Nichtschädigung, das Prinzip der Autonomie, das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Gleichheit oder Gerechtigkeit.

Diese Prinzipien können für die Psychotherapie folgendes bedeuten:

- Zu schädigendem Verhalten sind alle oben angeführten Instrumentalisierungen der Klientinnen zu zählen.
- Unter das Prinzip der Autonomie der Klientinnen gehört vor allem die Freiheit bezüglich der psychotherapeutischen Beziehung, also ein Psychotherapieangebot auszuschlagen, sich über andere Angebote informieren und eine aufgenommene Psychotherapie aufhören zu können. Unter das Prinzip gehört aber auch, dass Vorschläge der Therapeutin angenommen oder ausgeschlagen werden können, dass das Selbstbestimmungsbedürfnis des Klienten ernst genommen wird.
- Das Prinzip der Fürsorge bedeutet, dass die Psychotherapeutin die aktive Verantwortung für den psychotherapeutischen Prozess übernimmt und bei Schwierigkeiten Unterstützung in Form von Supervision sucht.

- Das Prinzip der Gleichheit/Gerechtigkeit meint, dass darauf geachtet werden sollte – beispielsweise bei knappen Ressourcen – nicht bestimmte Gruppen zum Schaden anderer zu bevorzugen.

Als weitere Prinzipien sind zum Teil ergänzend, zum Teil konkretisierend für die psychotherapeutische Situation zu nennen:

- Die Prinzipien der Verantwortlichkeit, der Professionalität, der Transparenz bezüglich des Angebots, des Respekts vor der Würde und Integrität der Klientin, der Qualitätssicherung, der Schweigepflicht.

Wollen wir also Verhalten auf seinen ethischen Gehalt hin prüfen und bewerten, so stehen uns als eine Möglichkeit diese Beurteilungskriterien zur Verfügung. Ihnen allen liegt das Gebot: „Instrumentalisier niemanden!“ zu Grunde.

Ich möchte nun im folgenden Fragment anhand dieser Prinzipien konkrete Situationen aus der psychotherapeutischen Praxis genauer anschauen.

## Fragment 5 über moralische Dilemmata im psychotherapeutischen Alltag

In der psychotherapeutischen Beziehung, im Rahmen jeder Institution mit psychotherapeutischem Anspruch sowie innerhalb der psychotherapeutischen Ausbildung gibt es immer wieder Momente – zu Beginn des Artikels bezeichnete ich sie als Krisenmomente –, die zu Reflexionen über das richtige Handeln, bezogen auf seinen ethischen Gehalt, Anlass geben. Der Ort, wo dieses Nachdenken stattfindet, ist vor allem die Supervision und das Ethikseminar (siehe Fragment 6). Die folgenden Beispiele stammen vom einen oder andern Ort. Ich habe die Beispiele nicht wegen ihrer Einzigartigkeit, sondern vielmehr wegen ihrer Beispielhaftigkeit ausgewählt. Mit ihrer Reflexion will ich keine fertigen Lösungen anbieten, sondern dafür sensibilisieren, wie komplex der Umgang mit ethischen Fragen sein kann. Ich hoffe aber auch vermitteln zu können, dass gerade diese Komplexität eine Herausforderung sein kann, sich auf die Beschäftigung mit diesen einzulassen. In diesem Sinne sind die folgenden Beispiele zuallererst auch sehr positiv zu sehen. Das Öffentlichmachen eines ethischen Problems in einer Supervisionsgruppe oder im Ethikseminar werde ich als einen ersten wichtigen Schritt im Prozess der Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmata.

### Beispiel 1

*Eine Klientin, mit der Diagnose einer affektiven Psychose, geht seit Jahren zu derselben Psychotherapeutin in Psychotherapie. Die therapeutische Beziehung ist sehr tragfähig, sie überdauerte schon mehrere Klinikaufenthalte. Obwohl die Klientin diese meist als sehr belastend erlebt hatte, ging die Initiative für einen Klinikeintritt bisher*

*jeweils von ihr selber aus. Nicht so diesmal. Die Klientin wurde depressiv und ihr Zustand verschlechterte sich trotz der Erhöhung der Medikamente (die sie in Zusammenarbeit mit einer Psychiaterin einnahm). Sie war zuerst latent, dann akut suizidal, weigerte sich aber, in die Klinik zu gehen. Die Psychotherapeutin war äußerst beunruhigt. In der Supervision spürte sie, dass sie die Verantwortung nicht mehr alleine zu tragen vermochte. In Absprache mit der Psychiaterin deklarierte die Psychotherapeutin ihre Grenzen, und sie stellte die Klientin vor die Alternative, entweder freiwillig in die Klinik zu gehen oder mittels eines fürsorglichen Freiheitsentzugs eingeliefert zu werden. Schließlich willigte die Klientin ein, in die Klinik einzutreten.*

Hier haben wir es mit einem der schwierigsten ethischen Konflikte in der Psychotherapie zu tun. Die meisten der oben beschriebenen Prinzipien werden tangiert. Das Prinzip der Verantwortlichkeit und das Prinzip der Professionalität insofern, dass es um das Einschätzen einer absolut heiklen Situation geht, bei der Leben auf dem Spiel steht. Die von der Psychotherapeutin schließlich gewählte Handlung folgt dem Primat der Prinzipien der Nichtschädigung und der Fürsorge. Diese kollidieren jedoch gleichzeitig mit denjenigen der Autonomie und des Respekts vor der Integrität der Klientin. Es wird deutlich, dass hier nur zwischen unbefriedigenden Möglichkeiten gewählt werden kann. Die Psychotherapeutin wählt diejenige Möglichkeit, die ihr am wenigsten schädlich erscheint. Sie kann das Ungute höchstens dadurch mildern, dass sie das Prinzip der Transparenz ernst nimmt und die Klientin hinsichtlich ihrer eigenen Grenzen und den Grenzen einer ambulanten Psychotherapie und hinsichtlich ihrer Haltung der Möglichkeit des Suizids gegenüber aufklärt.

### Beispiel 2

*Ein Supervisand arbeitet als Psychotherapeut in einer soziotherapeutischen Institution, die von einem Team geleitet wird. Obwohl im Team klare Richtlinien zur Regelung des Umgangs mit Klientinnen bestehen und private Beziehungen zwischen Teammitgliedern und Klientinnen nicht erlaubt sind, trifft sich ein Mitarbeiter immer wieder mit Klientinnen außerhalb der Institution. Er trinkt mit ihnen Kaffee oder nimmt sie mit zu Veranstaltungen zu Themen, die ihm selber viel bedeuten.*

In diesem Beispiel geht es nicht um den Mitarbeiter und sein unethisches Verhalten, das Prinzipien wie Verantwortlichkeit, Professionalität und Respekt vor der Integrität der Klientinnen verletzt, sondern der Supervisand mit seinem Dilemma steht im Blickfeld. Hier geht es vor allem um das Prinzip der Verantwortlichkeit. Der Supervisand weiß wohl, dass er das Verhalten des Kollegen im Team ansprechen sollte, er will aber lieber nicht. Folgende Befürchtungen lassen ihn zurückschrecken: einerseits die Befürchtung, die andern würden gar nicht auf ihn reagieren, zu seinem Anliegen würde schlicht geschwiegen. Oder dieses würde bagatellisiert, man würde ihm sagen, er übertreibe, er meine, er wisse es besser als

die anderen. Oder es käme zu einer Spaltung im Team, in der ein Teil des Teams mit ihm einig wäre und das Verhalten des Kollegen als missbräuchlich, ein anderer Teil dieses jedoch als harmlos einstuft würde. Oder das Team würde sein Anliegen ernst nehmen und dann wäre der Kollege zu verwarnen. Bei weiteren Verstößen gegen die Richtlinien der Institution müssten schließlich Sanktionen ausgesprochen werden.

Obwohl die zuletzt erwähnte mögliche Reaktion sich für den Supervisanden eigentlich richtig anfühlt, löst sie bei ihm Angst aus.

Alle beschriebenen Varianten zeigen uns: es braucht Mut, tabuisierte Themen aufzugreifen und anzusprechen. Der narzisstische Missbrauch – und als solcher ist das Verhalten des Teamkollegen wohl zu werten – ist sicher ein solches Tabuthema, schon deshalb nur mit Mühe ins Gespräch zu bringen, weil er oft schwer fassbar ist (zur Problematik des narzisstischen Missbrauchs: Dreyfus & Haug 1996; Hafke 1998). Übrigens gleicht die ganze Palette mit den verschiedenen vom Supervisanden befürchteten Reaktionen seiner Teammitglieder den Erfahrungen, die Opfer von narzisstischen oder sexuellen Übergriffen erleben. Wenn sie über ihre Missbrauchserlebnisse sprechen, stoßen sie auf Reaktionen, die von Schweigen bis hin zu übermäßigem Aktivismus reichen. Personen, die mit solchen Erfahrungen konfrontiert werden, versuchen, das Unglaubliche, das sie hören, zu bewältigen, indem sie dieses entweder verleugnen oder „wegzuhandeln“ versuchen. Angemessenes Handeln erfordert, sich dem Unguten zu stellen, es anzuerkennen und auszuhalten und sorgfältig zu prüfen, was allenfalls zu tun oder auch zu lassen ist.

### Beispiel 3

*Ein Klient kommt schon drei Jahre in eine Psychotherapie, er hält viel von seiner Psychotherapeutin. Er bezieht eine Invalidenrente und arbeitet an einem geschützten Arbeitsplatz. In letzter Zeit erzählt er immer wieder von Treffen in einer sektenähnlichen Gruppe. Damit löst er bei der Psychotherapeutin unguete Gefühle aus. Das, was er ihr an Inhalten berichtet, steht ihren eigenen Werten meist diametral gegenüber.*

In der Supervisionsgruppe wird die Tatsache, dass der Klient über diese Treffen berichtet, positiv gewertet. Das lasse auf eine tragfähige therapeutische Beziehung schließen. Die Psychotherapeutin solle doch mittels ihres therapeutischen Angebotes versuchen, den Klienten in seinem Erleben und Handeln zu verstehen. Oft sei ja etwas, was wir vordergründig als unverständlich oder als schädlich für einen Klienten betrachten, bei genauerem Hinschauen durchaus einfühlbar, der Selbstachtung dienlich oder möglicherweise sogar wachstumsfördernd. Falls jedoch die Psychotherapeutin weiterhin Mühe habe mit den Erfahrungen, die ihr Klient in dieser Gruppe mache, so solle sie ihm gegenüber transparent sein. Damit ermögliche sie ihm, seine eigenen Motive und Haltungen zu überdenken, zumindest aber erfahre er, dass er als Person akzeptiert

werde, auch wenn der Psychotherapeutin die Tatsache, dass er in diese Gruppe geht, Sorgen macht.

Es erscheint hier also sinnvoll, beim therapeutischen Verstehen zu bleiben. Die Therapeutin ist zusätzlich dazu aufgefordert, sich mit ihren eigenen Werten und Normen auseinanderzusetzen.

### Beispiel 4

*Ein Supervisand hat sich in eine Klientin verliebt. Er ist beeindruckt von ihrer Lebensgeschichte und ihrer Kraft, diese zu bewältigen. Selber in einer Beziehungskrise stehend, möchte er ihr helfen, aus ihrer unglücklichen Ehe auszubrechen. Er weiß, dass die Klientin auch in ihn verliebt ist, sie schreibt ihm Briefe und wünscht darin, ihn außerhalb der therapeutischen Situation treffen zu können.*

Der Psychotherapeut verdient Respekt dafür, dass er sein Problem offen in die Supervisionsgruppe trägt. Er weiß eigentlich auch, dass er seine Verliebtheit mit der Klientin nicht ausleben darf. Trotzdem hätte ein Teil von ihm gerne von der Gruppe und der Supervisorin gehört, dass er sich zu ihrem Retter aufschwingen und alle Grenzen sprengen solle! Nimmt man seine Gefühle ernst, so ist dieser Wunsch durchaus einfühlbar. Seine Gefühle sollen auch Raum haben. Sie positiv zu beachten, ist Aufgabe einer Supervision. Gleichzeitig ist aber eine klare Haltung darüber nötig, dass Gefühle und Handlungen verschiedene Realitäten sind und das Ausleben seiner Gefühle hier nicht akzeptiert werden kann (zur Grundhaltung der Positiven Beachtung siehe Lietaer 1990).

Hier geht es um die Prinzipien von Verantwortlichkeit, Professionalität und Nichtschädigung: es ist verantwortungslos und unprofessionell zu meinen, eine therapeutische Beziehung lasse sich in eine Liebesbeziehung überführen, ohne dass Schaden angerichtet würde. In diesem Kontext ist es vor allem das Prinzip des Respekts vor der Würde und Integrität der Klientin, das Beachtung fordert.

Die therapeutische Beziehung als eine asymmetrische Beziehung gleicht einer Eltern-Kind-Beziehung. Deshalb käme die Umwandlung der Beziehung letztlich einem Übergriff gleich, auch wenn die Klientin sich diese Veränderung im Moment wünscht (zu den Ursachen und Folgen von sexuellen Übergriffen in der Psychotherapie siehe Bachmann & Böker 1994; Becker-Fischer & Fischer 1996; Heyne 1991; Pope & Bouhoutsos 1992; Rutter 1991).

Das Offenlegen des Problems ist sicher eine wichtige Vorbeugung gegen einen möglichen Übergriff. Gefühle der erotischen Anziehung, der Verliebtheit in der Psychotherapie aufkommen können bei der gegebenen Nähe und Intimität aufkommen. Die Aufgabe besteht darin, mit diesen Gefühlen adäquat umzugehen. Die Verantwortung dafür liegt allein beim Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin.

Unser Psychotherapeut benötigte einige für ihn zum Teil sehr schmerzvolle Supervisionsstunden, bis er sich von seiner Verliebtheit verabschieden konnte. Die liebe- und humorvolle Anteilnahme der Gruppe hat ihm dabei sehr geholfen, mehr Abstand zu seinen

Gefühlen und Wünschen zu bekommen. Manchmal hätte er diese Therapie am liebsten abgebrochen. Damit hätte er jedoch die Klientin im Stich gelassen und diese hätte eine Traumatisierung, möglicherweise auch eine Retraumatisierung erleben müssen.

Auf die Schilderung eines Beispiels einer Situation in der Ausbildung muss ich hier verzichten. Ich würde nämlich dabei riskieren, dass Ausbilderin oder Ausbildungskandidatin des Beispiels erkannt werden könnten. Damit hätte ich aber gegen die Prinzipien der Verantwortlichkeit, der Schweigepflicht und des Respekts vor der Integrität der beteiligten Personen verstoßen. Ich möchte aber auch ohne konkretes Beispiel anmerken, dass das Machtgefälle innerhalb der Weiterbildung zwischen Ausbilderin und Ausbildungskandidatin hoch ist. Es ist mit demjenigen, wie es in der Psychotherapie besteht, absolut zu vergleichen. Vor allem, wenn das Machtgefälle als solches nicht wahrgenommen wird, kann das für die Ausbildungskandidatinnen schmerzhaft Folgen haben. Laut einer Umfrage der Weiterbildungskommission der pca.acp Gesellschaft, in der auch die Zufriedenheit der Kandidatinnen mit der Weiterbildung thematisiert wurde (WBK 1997, mündliche Mitteilung), gibt es einzelne Ausbildungskandidatinnen, die von schwierigen Erfahrungen während der Weiterbildung sehr belastet sind. Nicht dass sie diese Erfahrungen gemacht haben, ist in erster Linie bedenklich – die perfekte Ausbildungssituation kann es wohl kaum geben –, sondern dass sie sich mit ihren Erfahrungen nicht ernst genommen oder allein gelassen fühlten, diese oft auch mit niemandem auszutauschen wagten.

Nachdenklich stimmt mich auch die Erfahrung, die ich in meiner Arbeit in der Beschwerdekommision mache: Ausbildungskandidatinnen wagen aus Angst vor Sanktionen nicht, sich über Schwierigkeiten in der Ausbildung zu beschweren. Die Ausbildungssituation scheint also eine höchst brisante bezüglich ethischer Dilemmata zu sein. Wie damit umgehen? Hier sind alle Beteiligten gefordert: Ausbilder und Ausbilderinnen in erster Linie, aber auch Verbände, Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten.

Es bleiben immer Fragen offen. Jedem neuen moralischen Konflikt oder ethischen Dilemma haben wir wieder mit unserer ganzen Wachheit und Aufmerksamkeit zu begegnen. Ich hoffe, es sei mir gelungen, mit der Darlegung dieser Fallbeispiele dazu anzuregen.

## Fragment 6 und die Moral von der Geschichte

Der Denkprozess in der Arbeitsgruppe Ethik führte bei ihren Mitgliedern zu Wachstum hinsichtlich der eigenen Sicherheit in der philosophisch-psychologischen Reflexion und in der Beurteilung ethischer Dilemmata. Sie kamen deshalb zum Schluss, dass eine Beschäftigung mit ethischen Fragen auch für andere Psychotherapeutinnen – insbesondere aber für Ausbildungskandidatinnen – fruchtbar sein könnte. Sie schlugen der Weiterbildungskommission der pca.acp Gesellschaft vor, ein Seminar zum Thema zu etablieren.

Diese nahm den Vorschlag auf. Seit 1999 wird alljährlich ein dreitägiges Seminar mit dem Titel: „Ethische Fragen im psychotherapeutischen Alltag“ angeboten. Es ist Teil der Weiterbildung zur Personzentrierten Psychotherapeutin.

Das Seminar ist so aufgebaut, dass die Teilnehmerinnen – ausgehend von ihrer eigenen Erfahrung zum Thema Moral und Ethik – lernen, ethische Dilemmata zu erkennen und zu reflektieren, welche ethischen Prinzipien jeweils tangiert sind. So soll ein Weg aus der jeweiligen Dilemma-Situation gefunden werden können. Um sich ihrer eigenen Haltung und ihres Wissenstandes bewusst zu werden, beschäftigen sich die Teilnehmerinnen zuerst mit Fragen zur eigenen moralischen Entwicklung:

Welche Verhaltensweisen galten in deiner Ursprungsfamilie und in deinem Umfeld als moralisch wertvoll? Wie hast du gelernt, was moralisch richtig ist? Wie wurden die „Moralkonzepte“ begründet? An welche Sätze erinnerst du dich in diesem Zusammenhang?

Weitere Fragen handeln vom *beruflichen Kontext*:

Welches sind deiner Meinung nach die wichtigsten Verstöße gegen die Ethik, die man sich als Therapeutin gegenüber seinen Klientinnen zuschulden kommen lassen kann? Woher weißt du, dass diese Praktiken unethisch sind? Worauf gründet dein Urteil vor allem?

Die letzten beiden Fragen lauten:

Angenommen du hättest erfahren, dass eine Kollegin unethisch gehandelt hat: Was solltest du oder könntest du tun? Was würdest du wahrscheinlich tun?

Die an diese Fragen anschließenden Diskussionen sind immer sehr engagiert und machen deutlich, wie wenig wir uns in der Regel mit der eigenen moralischen Entwicklung beschäftigen haben. Zudem, wie wenig in den Ursprungsfamilien explizit über die Vorstellungen von richtig und falsch gesprochen worden ist. Auch bezüglich der beruflichen ethischen Anforderungen weiß man vieles „einfach so“.

Die Behandlung der beiden letzten Fragen führt direkt zum Sachverhalt der Dilemma-Situation. Diese wird in einem nächsten Schritt genauer betrachtet. Anhand von Berichten aus Tageszeitungen, die ein, manchmal nicht auf Anhieb identifizierbares, ethisches Dilemma beinhalten, wird geübt, dieses zu erkennen. Weiter soll herausgefunden werden, welche ethischen Prinzipien dabei tangiert sind. Es soll darauf geachtet werden, welche moralischen Gefühle beim Identifizieren und beim Lösen des Dilemmas ausgelöst werden und welche Informationen diese uns geben. Danach wird mit eigenen Beispielen aus der Praxis weitergearbeitet, so wie es in Fragment 5 ausführlich dargestellt wurde. Weitere Themen ergeben sich aus den von den Teilnehmerinnen vorgestellten Beispielen. Immer findet auch ein Block zum Thema der eigenen Psychohygiene statt.

Das Seminar ist auf zwei Blöcke verteilt, so dass zwischen dem ersten und dem zweiten Block Gelegenheit ist, im Berufsalltag wahrzunehmen, ob einem ethische Probleme überhaupt begegnen, und wenn ja, was sie auslösen und wie die Einzelne damit umgeht. Die Prozesse in den unterschiedlichen Gruppen ähneln sich, sie ähneln auch demjenigen, den die Arbeitsgruppe Ethik bei sich festgestellt hat: in der Beschäftigung mit ethischen Fragen entwickelt sich eine Art dialektisches Vorwärtsschrauben: man bewegt sich von konkreten Situationen zu abstraktem Reflektieren zu konkreten Situationen und so weiter. Dadurch entsteht immer mehr Klarheit. Gleichzeitig tauchen aber auch wieder neue Fragen auf. Die Teilnehmerinnen erleben Phasen von Müdigkeit, Schwere, auch Verwirrung und Phasen von Lebendigkeit, Farbigkeit und Luzidität.

Dabei stellt sich natürlich auch die Frage:

*Was verändert sich überhaupt konkret in unserer psychotherapeutischen Arbeit, wenn wir uns mit ethischen Fragen beschäftigen?*

mit ethischen Fragen dazu beitragen, dass ein personenzentrierter Umgang damit dergestalt Form annehmen kann, als sich Jede und Jeder ermächtigt fühlt, sich mit den eigenen Erfahrungen in die Diskussion einzumischen und mitzudenken.

Meist stellen die Teilnehmerinnen fest, dass sie sich dadurch in einigen Aspekten aufmerksamer und offener fühlen. Beispielsweise hinsichtlich

- der eigenen Grenzen,
- der strukturellen Macht, die wir als Psychotherapeutinnen, als Supervisorinnen und als Ausbilderinnen besitzen und der Verantwortung, die diese Tatsache mit sich bringt,
- des Hinterfragens der eigenen Werte und Normen,
- ethischer Dilemmata, des Abwägens von Möglichkeiten bezüglich ihrer Folgen
- des Treffens einer Wahl im Konflikt verschiedener Werte,
- der Einsicht, dass Gut und Böse nicht immer so eindeutig auszumachen sind, sich auch plötzlich trotz anderer Absicht in ihr Gegenteil verkehren können.

Es bleibt zu hoffen, dass in schwierigen ethischen Situationen dann auch tatsächlich auf diese Erfahrungen und dieses Wissen zurückgegriffen werden kann. Ganz grundsätzlich hege ich die Hoffnung, dass Raum und Kontakt mit Anderen in der Beschäftigung

## Literatur

- Bachmann, K. M. & Böker, W. (Hrsg.) (1994). *Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie*. Bern: Hans Huber.
- Bauman, Z. (1995). *Postmoderne Ethik*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (1996). *Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – was tun?* Heidelberg: Asanger.
- Billmann-Mahecha, E. & Horster, D. (2005). Wie entwickelt sich moralisches Wollen? Eine empirische Annäherung. In D. Horster & J. Oelkers (Hrsg.), *Pädagogik und Ethik* (S. 193–211). Wiesbaden: Verlag der Sozialwissenschaften.
- Dreyfus, R. & Haug, H. (1996). Zum narzisstischen Missbrauch in der Therapie. In D. Hoffmann-Axthelm (Hrsg.), *Verführung in Kindheit und Psychotherapie* (S. 90–108). Basel: Schwabe.
- Gilligan, C. (1984). *Die andere Stimme*. München: Piper.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2007). Die Entwicklung zwischenmenschlicher Moral in Bindungsbeziehungen. In C. Hopf & G. Nunner-Winkler (Hrsg.), *Frühe Bindungen und moralische Entwicklung. Aktuelle Befunde zu psychischen und sozialen Bedingungen moralischer Eigenständigkeit* (S. 151–175). Weinheim: Juventa.
- Habermas, J. (1983). Diskursethik – Notizen zu einem Begründungsprogramm. In ders., *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln* (S. 53–125). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hafke, C. (1998). *Vertrauen und Versuchung*. Über Machtmissbrauch in der Therapie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Heyne, C. (1991). *Tatort Couch*. Zürich: Kreuz Verlag.

- Hoffman, M.L. (2001). *Empathy and Moral Development*. Cambridge: University Press.
- Keller, M. (2005). Moralentwicklung und moralische Sozialisation. In D. Horster & J. Oelkers (Hrsg.), *Pädagogik und Ethik* (S. 149–172). Wiesbaden: Verlag der Sozialwissenschaften.
- Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1999). Ethik in der Psychotherapie. In W. Tress & M. Langenbach (Hrsg.), *Ethik in der Psychotherapie* (S. 36–49). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kriz, J. (1995). Über die Macht der Sprache. In C. J. Schmidt-Lellek & B. Heimannsberg (Hrsg.), *Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie* (S. 43–63). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Latzko B. & Malti T. (2010) (Hrsg.). *Moralische Entwicklung und Erziehung in Kindheit und Adoleszenz*. Göttingen: Hogrefe.
- Leijssen, M. (1999). Unethisches Verhalten von Kolleginnen in Beratung und Therapie. *zak – Kwintessenz*, 13.
- Lietaer, G.J. (1990). Bedingungsloses Akzeptieren: eine umstrittene Grundhaltung in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Brennpunkt*, 45, S. 27–37.
- O'Hara, M. (1999). Eine feministische Analyse des Gesprächs Rogers – Sylvia. *Brennpunkt*, 79, 7–18.
- pca.acp (1997). *Ethische Richtlinien für Psychotherapeutinnen pca.acp*. Weiterbildungsrichtlinien, Anhang IV, S. 25. [www.pca-acp.ch/Home/Weiterbildung/Weiterbildungsrichtlinien.de.41.html](http://www.pca-acp.ch/Home/Weiterbildung/Weiterbildungsrichtlinien.de.41.html)
- Pope, S.P. & Bouhoutsos, J.C. (Eds.) (1992). *Als hätte ich mit einem Gott geschlafen*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Rutter, P. (1991). *Verbotene Nähe*. Düsseldorf: Econ.
- Schmid, P.F. (1996). Personale Macht. Thesen aus personenzentrierter Sicht. *Brennpunkt*, 67, 5–20.
- Sroufe, L.A. et al. (2005). *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaption from birth to adulthood*. New York: The Guilford Press.
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tugendhat, E. (1997). *Vorlesungen über Ethik*. (4. Aufl.). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Wiederkehr, K. (1998). Geschlechtsspezifischer Umgang mit Macht in der Gesprächspsychotherapie. *Brennpunkt Sondernummer*, 38–46.

### **Autorin:**

**Rosina Brossi**, lic. phil. Psychotherapeutin und Ausbilderin pca.acp., arbeitet in eigener Praxis

### **Korrespondenzadresse:**

Rosina Brossi  
CH-4058 Basel, Grenzacherstrasse  
E-Mail: [rosinabrossi@bluewin.ch](mailto:rosinabrossi@bluewin.ch)

Ute Binder

# Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** *In diesem Artikel wird das Wesentliche eines störungsspezifischen empathischen Verstehens im Personenzentrierten Ansatz in Abhebung von rein diagnosegeleiteten Einstellungen in der Psychotherapie herausgearbeitet. Einleitend wird die grundlegende Bedeutung konstruktiv nutzbarer Beziehungen für die Persönlichkeitsentwicklung erörtert, wobei die These einer angeborenen „Beziehungslust“ (in Anlehnung an die Funktionslust beim kindlichen Spiel nach K. Bühler) aufgestellt wird. Störungsspezifisches empathisches Verstehen geht weit über allgemeine Empathie hinaus und kann (kommunizierbare) Diagnosen beinhalten. Es wird dabei versucht, über spontan Vertrautes hinaus einen differenzierteren Zugang zu Erleben zu finden, das sich weder dem Betroffenen noch seinem Gegenüber unmittelbar erschließt, sondern erst über gemeinsame Erarbeitung oder auch über Störungserfahrung und -wissen zugänglich wird.*

**Schlüsselwörter:** *Personenzentrierter Ansatz, Störungsspezifisches empathisches Verstehen, Beziehungslust, konstruktiv nutzbare Beziehungen*

**Abstract: Disorder-specific processes of empathic understanding versus diagnosis-led procedures.** *This article sets out the essentials of a disorder-specific process of empathic understanding in the person-centered approach of psychotherapy in contrast to a procedure formed purely on the basis of a diagnosis. The fundamental importance of constructively usable relationships for the development of personality are first discussed. In this connection the theory of an inborn “desire to be in relationships” is put forward (akin to the “desire to function” encountered in children’s play according to K. Buhler). The empathic understanding of specific disorders goes far beyond general empathy and may include communicable diagnosis. The aim is to go beyond spontaneous familiarity to find a more differentiated access to experience, which is not immediately opened up either for the client or the therapist, but only becomes accessible through working it out together or through experience and knowledge of the disorder.*

**Keywords:** *person-centered approach; disorder-specific empathic understanding; desire to be in relationships; constructively usable relationships*

Gesunde bzw. pathologische Persönlichkeitsentwicklungen hängen immer davon ab, ob und in welchem Ausmaß konstruktiv nutzbare persönliche Beziehungen zur Verfügung standen und stehen. Ich möchte dies mit folgender Anekdote illustrieren: Ein Patient hatte im Verlauf einer Ehekrise so massive Ängste entwickelt, dass er das Haus kaum noch und schon gar nicht alleine verlassen konnte. Im Hause allein gelassen, empfand er nicht nur massive Ängste, sondern spürte auch, wie die Kraft aus seinen Beinen wich und diese ihm den Dienst versagten. Als er nun auch fürchtete, an einer schweren Krankheit zu leiden und demnächst zum Pflegefall im Rollstuhl zu werden, begab er sich in stationäre Behandlung. Auf

die ängstliche Frage an die Ärztin, was er denn für eine Diagnose habe, erhielt er die Antwort: „Wir haben hier nur zwei Arten von Patienten. Und zwar solche, die eine Beziehung haben, und solche, die keine Beziehung haben.“ Diese Antwort war für den Patienten ein beruhigendes Aha-Erlebnis. Hätte die Ärztin etwa gesagt: „Sie haben eine hypochondrisch gefärbte Angststörung auf der Basis einer histrionischen Persönlichkeit“, hätte sie ihn nicht nur sinnlos verwirrt, sondern sich emotional distanziert, ihn ausgegrenzt und falsch verstanden. Er wollte keinen Fachausdruck hören, sondern brauchte Entlastung. Was er bekam, war mehr als nur Entlastung, es war eine anregende Beruhigung. Anregend war der Verweis auf die Beziehungen, beruhigend war die freundliche Sicherheit der Ärztin.

Gehen wir noch einen Schritt weiter als die Weisheit dieser Ärztin, so ergibt sich: Wir haben nur *eine* Art von Patienten, und zwar solche, die keine für sie ausreichend konstruktiv nutzbare, relevante Beziehung haben. Wenn die Ärztin Recht damit hat, – und ich denke, davon können wir ausgehen – dass alle psychisch

<sup>1</sup> Dieser Text beruht auf einem Vortrag, den Ute Binder im Herbst 2004 auf dem Internationalen Kongress „Selbst.Organisation“ der deutschsprachigen personenzentrierten Vereinigungen gehalten hat und der nach dem Tod von Ute von Wolfgang W. Keil in die Form eines Artikels überarbeitet wurde. Diese letzte größere Publikation von Ute kann somit auch als Vermächtnis eines Teils ihrer Anliegen und Ideen angesehen werden.

beeinträchtigten Menschen entweder eine Beziehung haben, die keine bzw. zu wenig positive Qualitäten aufweist, oder eben überhaupt keine Beziehung haben, so legt dies nahe, dass bei Menschen Beziehungserfahrungen einen zentralen Stellenwert für ihr Befinden, ihr Erleben und ihre Entwicklung haben. Der Personzentrierte Ansatz geht ebenfalls davon aus, dass Wachstum und persönliche Entwicklung im Rahmen von intersubjektiven Beziehungen stattfinden, aufrechterhalten und weitergeführt werden.

## Die grundlegende Bedeutung konstruktiv nutzbarer Beziehungen

Ich werde zunächst auf die Bedeutung von Beziehung für die Entwicklung eingehen. Dies erscheint mir notwendig, um die völlig andersartige Ausrichtung von störungsspezifischen Verstehensprozessen im Unterschied zu bloß diagnostischen Einstufungen deutlich zu machen. In meinem Ansatz geht das Verstehen der vielfältigen Facetten von Störungen und das Verstehen des Ausmaßes, in dem sie das Erleben mehr oder weniger dominieren und damit lebensbestimmend werden, von einem spezifischen Verstehen im intersubjektiven Bereich aus.

Zur Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichts ist jederzeit als Basis entweder das konkrete, aktuelle Erleben oder zumindest das prinzipielle Vorhandensein bzw. die Herstellbarkeit von Bezug zur Welt (Raum und Zeit, Natur und Dingen), zum Anderen und in der Folge zu sich selbst erforderlich. Ein derartiges Bezogen-Sein stellt eine strukturelle Grundgegebenheit dar. Wenn ein Mensch z. B. von Kopf bis Fuß in Gips alleine auf der Intensivstation liegt, dann weiß er sehr wohl noch, wie ein Gänseblümchen aussieht, dass er Angehörige hat, die er liebt, und dass er, obgleich im Moment alles verändert ist, er selber ist und über die selben Merkmale und Eigenschaften verfügt, wie sonst auch, auch wenn diese zur Zeit vielleicht ruhen. Eine Persönlichkeitsveränderung – möglicherweise ist er apathisch, unglücklich oder ungewohnt gereizt – wird von ihm und anderen als situativ und als vorübergehend verstanden. Wenn dieser Mensch ein Kind ist und der Zustand sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, so ergibt sich jedoch in der Folge zumindest ein Entwicklungsrückstand. Dennoch werden wir aber weder beim Kind noch beim Erwachsenen einen derartigen Ausnahmezustand anders als situativ beschreiben und den Zustand nicht mit der Person im Ganzen verwechseln.

Als Voraussetzung dafür, dass Beziehung wachstums- und entwicklungsfördernde Qualitäten aufweist, muss das Prinzip der Verbundenheit gewährleistet sein; d. h. der andere wird auch als ein Lebewesen wahrgenommen, das fühlt und ein Gespür für Gefühle hat, mit dem – wie diffus auch immer – Verständigung möglich ist. Beziehungen, die in dynamischer Hinsicht als unterschiedlich zu (kurzen) zwischenmenschlichen Begegnungen und Austauschprozessen betrachtet werden können, führen zu Neuerfahrungen,

Entwicklungen und Veränderungen, wenn sie auf ausreichend gesicherter Basis *neue* Informationen in das sich entfaltende, unfertige oder gestörte System bringen.

## Beziehungslust

Ich möchte eine These aufstellen, zu der ich in meiner mehr als 35-jährigen Erfahrung auf dem Hintergrund des Personzentrierten Ansatzes über viele empirische und theoretische Arbeiten im Bereich der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspathologie gekommen bin: *Menschen sind von Geburt an mit etwas ausgestattet, das ich Beziehungslust nenne*. Den Begriff Beziehungslust habe ich in Anlehnung an den der Funktionslust, der von Karl Bühler 1918 für das kindliche Spiel geprägt wurde, gewählt. „Eine Tätigkeit, die mit Funktionslust ausgestattet ist und von dieser Funktionslust direkt und um ihretwillen aufrecht erhalten wird, wollen wir Spiel nennen, gleichviel was sie sonst noch leisten und in welchem Zusammenhang sie eingebaut sein mag.“ (Bühler, 1918, zitiert nach Oerter, 1999, S. 190).

Beziehungslust ist eine den Beziehungsprozessen inhärente Freude an intersubjektiven Austauschprozessen, bei denen sowohl Imitieren und eigenes Initiieren wie auch vorhersehbare Reaktionsabläufe im Sinne der Festigung der Kompetenzerfahrung bei zwischenmenschlichen Interaktionen, und – ebenso wesentlich – Überraschungen als Erweiterung von Kompetenz in einer entwicklungsfördernden Balance miteinander stehen. Wenn bei Menschen von Geburt an ein Beziehungsstreben – Suchen nach Blickkontakt, mimische Imitation, alterzentrische Partizipation, emotionales Gedächtnis – zu beobachten ist, das durch eine offenkundige Zweckfreiheit, die keiner anderen Erklärung oder Motivation bedarf, gekennzeichnet ist, dann können wir analog zur Funktionslust beim Spiel von Beziehungslust bei zwischenmenschlichem freiwilligem Verhalten sprechen. Obgleich die Motivation in dem Beziehungsgeschehen an sich liegt und keiner anderen Begründung bedarf, so erfüllt sie doch ebenso wie das Spiel vielfältige Funktionen.

Empfangen und Senden von Beziehungssignalen und das Erleben von Verbindung ist unabdingbar für die menschliche Entwicklung und auch das Spiel ist weitgehend in zwischenmenschliche Beziehungen eingeordnet. Meltzoff und Moore (1998) konnten empirisch nachweisen, dass das Interesse und die Manipulation von Kleinstkindern an technischem Spielzeug von einem menschlichen Spielpartner abhängt. Über Beziehung werden spielerische Bewegungskoordination, Wahrnehmen, zirkuläre Abläufe von Anregung und Entspannung, Neugier, Regeln, identifikatorische Handlungsabläufe im Rollenspiel, Üben und Lernen von globalen bis differenzierteren Prozessen in intersubjektiven Zusammenhängen angeregt. Buck und Ginsburg (1991) gehen sogar von der These aus, dass jedem Organismus bzw. jeder Zelle ein kommunikatives Gen innewohnt, damit Leben überhaupt funktioniert.

Beziehungslust stellt einen Erklärungshintergrund dafür dar, mit welcher Kraft die Aktualisierungstendenz in Richtung sozialer Kompetenzen wirksam wird. Dies erklärt auch, welches Leid entsteht, wenn hier Defizite oder Störfaktoren auftreten, die Entwicklung und Entfaltung behindern, bzw. – in der Terminologie von Rogers – wenn Erhaltung statt Entfaltung dominiert. Spezifisch – insbesondere störungsspezifisch – ergibt sich hier eine komplexe Vielfalt unterschiedlicher Bereiche, die sich entweder zu wenig oder zu einseitig entfalten oder auch hochdifferenziert in einem prägenden Kontext stattgefunden haben und dementsprechend in anderen Lebens- und Beziehungszusammenhängen weniger tragfähig sind. Und weiter – und hiermit kommen wir zu einer grundsätzlich im Personenzentrierten Ansatz verankerten Störungsauffassung – dass Menschen gemäß der Beziehungslust sich so entwickeln, wie es für sie in einem vorgegebenen sozialen Umfeld bestmöglich und sinnvoll war. Niemand kann auf allen Gebieten gleichermaßen hochbegabt sein und diese Begabung bis zur Höchstform entwickeln. Unter überfordernden Bedingungen werden Prioritäten gesetzt, die zwangsläufig zur Vernachlässigung anderer Bereiche führen. Wir müssen also damit rechnen, dass es immer wieder Menschen gibt, bei welchen es mit der Beziehungslust – gleichgültig ob auf der Sender- oder Empfängerseite – zu irgend einem Zeitpunkt und in mehr oder weniger marginalen oder mehr oder weniger lebensbestimmenden Bereichen nicht angemessen gelaufen ist.

Die Beziehungslust beinhaltet Verbindung und Austausch als lebensnotwendige Grundbedingung. Sie vollzieht sich beispielhaft im kindlichen Alltag in endlosen Variationen von Unterscheidung und Übereinstimmung von Erfahrungen. Sie pendelt zwischen Erfüllung von Erwartungen bis hin zu Redundanz als entlastende positive Kompetenzerfahrung und weiter bis zu Langeweile und bis zu Überraschungen als Erweiterung von Kompetenz.

Übertragen auf die therapeutische Situation bedeutet das: Allgemein menschliches empathisches Verstehen entspricht gegebenenfalls positiv der Erwartung. Darüber hinausgehendes störungsspezifisches empathisches Verstehen des individuell anderen entspricht der Überraschung, dem Neuen. Es bewegt sich nicht im erwarteten kommunikativen Schema. Sein Inhalt ist jeweils störungs- bzw. personabhängig. Solches Verstehen kann zu einer Erweiterung der Differenzierungskompetenz, d. h. zu Entwicklung, Entfaltung und Veränderung, führen.

Im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen sind die Erfüllung von Erwartungen und die Vorhersagbarkeit wechselseitigen Fühlens, Denkens und Verhaltens eine erlebnismäßige Notwendigkeit im Sinne von „normal“. Dies sichert emotionale Zugehörigkeit, Stabilität und Steuerung. Damit wird potenziell Entwicklung, aber nicht unbedingt *Veränderung* ermöglicht. Das eigene Bezugssystem beinhaltet „normalerweise“ Verständnis, wie Menschen im jeweiligen Bezugsfeld fühlen, denken und handeln (d. h. wie ich

es tue; wie die meisten Menschen, die ich kenne, es tun usw.). Veränderung hingegen kann dann eintreten, wenn ein Verhalten sich außerhalb der üblichen Erwartung bewegt als Entwicklungsanstoß oder als Irritation. Die problematischen Entwicklungen beim autistischen Kind, die durch interpersonelle Schwierigkeiten begründet sind, wurden von Hobson (1993) sorgfältig untersucht und beleuchten von anderer Seite die essentielle Bedeutung des Beziehungsgeschehens. Beziehungen und Begegnungen erfüllen die Funktion wechselseitiger Differenzierung, Gewichtung von Erlebnisbereichen und ihrer Integration. Differenzierungsprozesse sind Entfaltungsprozesse, die nicht notwendigerweise – wie etwa kognitive Klärungsprozesse – auf konkrete Ergebnisse oder Ziele gerichtet sind, mit deren Erreichung sie zum Abschluss kommen.

## Diagnosen und störungsspezifisches Verstehen

Diagnosen als therapeutische Leitlinien sind das Ergebnis von Messungen und abwägendem, klärendem Bewerten von Symptomen oder Symptomgruppen. Störungsspezifische Verstehensansätze stellen den Versuch dar, über spontan Vertrautes hinaus auch zu einem differenzierteren Zugang zu Erleben zu finden, das sich weder dem Betroffenen noch seinem Gegenüber unmittelbar erschließt, sondern erst über gemeinsame Erarbeitung oder auch Umwege bzw. Analogien – Störungserfahrung, Störungswissen, Forschung, Lehre, Supervision etc. – zugänglich und vertraut genug wird, um verstanden zu werden. Hiermit verliert der pure Störungsblick seine Dominanz und wird integrierbar. Wenn man z. B. viele Menschen mit drei Augen kennt, starrt man weder wie gebannt auf dieses Merkmal, noch blendet man es aus, weil es so ungewohnt ist. Durch Vertrautheit mit den gestörten Bereichen wird es erst möglich, einen offenen Blick auf die Person in allen ihren Facetten und Besonderheiten zu haben.

Auf dem hier geschilderten Hintergrund komme ich somit zur Ausgangsfrage zurück: Wie bewerten wir die hier betrachteten beiden unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen? Die eine ist geleitet von störungsspezifischen Verstehensprozessen im therapeutischen Beziehungsgeschehen, die andere orientiert an diagnostischen Einstellungen. Wir gehen davon aus, dass beide Vorgehensweisen – gleichgültig, zu welcher man persönlich tendieren mag – im Rahmen therapeutischer Ethik beheimatet sind, d. h. auf das vom Patienten vorgegebene Anliegen, sein Leid zu verringern, gerichtet sind. Es kommt sowohl bei den diagnostischen Einstellungen wie bei störungsspezifischen Verstehensprozessen immer darauf an, wie, wann und wozu Diagnosen verstanden bzw. verwendet werden. In den beiden folgenden Tabellen sollen dazu Sinn und Unsinn bei der Verwendung von Diagnosen im Personenzentrierten Ansatz stichwortartig aufgezeigt werden.

**Tab. 1: Therapeutischer Sinn und Unsinn von Diagnosen im Personzentrierten Ansatz**

Wann Diagnosen kontraindiziert sind	Wann Diagnosen hilfreich sind
Diagnosen als Gesamturteil	Diagnosen als Begriff einer Zustandsbeschreibung innerhalb eines komplexen Gefüges
Diagnosen mit Absolutheitsanspruch und Endgültigkeitscharakter	Diagnostisches Wissen im Sinne professioneller Verantwortlichkeit zum Schutz des Patienten
Diagnosen als feststehende Erklärungen	Diagnosen als Sensibilisierungshilfe für empathische Verstehensprozesse, indem sie im Bezugssystem des Therapeuten im Sinne einer Familienähnlichkeit Vertrautes aktivieren, statt Irritationen auszulösen
Diagnosen als Ausgangspunkt für wissenschaftlich belegte Indikationsstellung und Behandlungsplanung	Diagnosen als Festigung eines Arbeitsbündnisses und zur Vermittlung notwendiger Informationen; Diagnosen zur Enttabuisierung peinlicher Geheimnisse
Diagnosen als Kernvariable einer Person mit zwangsläufigen Konsequenzen	Diagnosen zur Aufrechterhaltung eines Zugehörigkeitsgefühls (man kennt es; es hat einen Namen, ich bin nicht der einzige)
Diagnosen als Endpunkt von Verstehens- und Suchprozessen	Diagnosen als Strukturierungshilfe und Hoffnungsträger (es hat einen Grund, eine Geschichte, eine Entwicklung; es scheint Menschen zu geben, die es wenigstens ein bisschen verstehen)
Diagnosen als überdauernder Missstand oder zu korrigierender Fehler. Diagnosen als Entindividualisierung zu Gunsten einer Reduzierung auf die Zugehörigkeit zu einer Minorität, die durch als zentral geltende Typisierungen charakterisiert wird	Diagnosen als einfühlbare Besonderheit einer konkreten, individuellen Persönlichkeit

**Tab. 2: Diagnosen zum Schutz des Therapeuten im Personzentrierten Ansatz**

Wann Diagnosen kontraindiziert sind	Wann Diagnosen hilfreich sind
Aufrechterhaltung einer professionellen Expertenrolle Schutz vor eigener emotionaler Betroffenheit Erhaltung sicherer geschlossener Systeme	Vermeidung von personal distress durch unrealistische Erwartungen Aufrechterhaltung von Suchprozessen im empathischen Verstehen Differenzierung und Angstfreiheit im Umgang mit Neuem, Fremdem

Zusammenfassend und salopp ausgedrückt lässt sich also sagen: Diagnosen, die im durchschauenden Sinne von „ha, erwischt“ erstellt werden, stehen in krassen Gegensatz zu unserem Ansatz. Diagnosen, die sich dem Therapeuten im Prozess durch den Patienten vermitteln im Sinne eines erkennenden „ach so“ bis hin zu „na, klar“ sind durchaus kompatibel.

Störungsspezifische empathische Verstehensprozesse sind nicht an einem sich aus einer bestimmten Diagnose zwangsläufig ergebenden Behandlungsplan orientiert. Sie gehen sehr wohl mit flexiblen Hypothesen, die einen Namen haben – also auch *Diagnosen* beinhalten – einher. Es sind Diagnosen, die das empathische Verstehen erweitern und präzisieren. Sie ermöglichen Verstehen auch und eben da, wo etwas im außertherapeutischen Rahmen und auch im Selbstverständnis des Betroffenen wenig Berücksichtigung findet. Hierbei ist das Ziel nicht ein abgeschlossenes Ergebnis, sondern eine Differenzierung, eine Integration und relativierende Normalisierung. Menschen, die an Depressionen, Ängsten, Zwängen usw.

leiden, gehören dann zu der Gruppe „wie viele Menschen, die mir in dieser und jener Hinsicht als besonders dies und das bekannt sind.“

Empathisches Verstehen bezieht sich auf etwas zu Verstehendes, d.h. es vollzieht sich ebenso wie in außertherapeutischen Bereichen analog der Erfahrung, mit der man dazu gekommen ist, von etwas her etwas anderes zu verstehen. Plump ausgedrückt: Wir können je nach Begabung, Interesse oder Anforderung anstreben, unseren Erfahrungshintergrund so zu erweitern, dass sich unsere Fähigkeit zu empathischem Verstehen in eine bestimmte Richtung erhöht; dies können Berufsgruppen, Religionsgemeinschaften, Ethnien, Altersgruppen, Geschlechtszugehörigkeit, Entwicklungsstand oder eben auch spezifische psychische Störungen sein, die wir wiederum in bestimmte Gruppierungen aufteilen können.

Beobachtbare Phänomene ausreichend übereinstimmend benennen zu können ist für Forschung, Wissenschaft und Lehre ein unabdingbarer erster Schritt. Mit der Benennung und Beschreibung von Phänomenen, die von üblichen Erwartungen abweichen, aber

dennoch nach übereinstimmenden Kriterien einzuordnen sind, ist eine Kommunikationsbasis über einen Forschungsgegenstand geschaffen. Wenn Phänomene einen Namen haben, der Experten bekannt ist und diesen eine sinnvolle Ausgangsbasis für Handlungen bietet, dann ist das notwendige Bedürfnis nach Sicherheit und Sinn bestimmter Maßnahmen in entsprechenden Lebenszusammenhängen gewährleistet. So z. B. genügt vielen die Tatsache, dass der Pilot und der Mechaniker wissen und verstehen, was sie tun, um keine Angst zu haben, dass das Flugzeug abstürzt. Wenn Phänomene einen Namen haben, dann können sie Gegenstand eines interaktionellen Dialoges werden, mit allen möglichen Qualitäten eines solchen. Sie können eine wechselseitige Kompetenzerfahrung ermöglichen, etwa in der Abfolge: ich kann mich verständlich machen – ich werde verstanden – ich verstehe selbst. Hiermit entsteht ein Erkenntnisgewinn innerhalb eines sozialen Gefüges. Ein solcher Dialog wird in sich als sinnstiftend erlebt. Er beinhaltet Annäherung und Verbindung ebenso wie Differenzierung und Abgrenzung. Er bietet eine Erweiterung selbstbezogener und intersubjektiver Erlebensmöglichkeiten in bestimmten Bereichen. Benennbare Phänomene pflegen sich auf spezifische Bereiche zu beziehen; damit können sie Inhalt einer Beziehung werden. Inhalte sind nicht beliebig: Sie beziehen sich auf bestimmte Bereiche und Themen, sie haben mehr oder weniger klare Begrenzungen, Entstehungsgeschichten und Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb von zeitlichen Zusammenhängen.

## Hilfreiches störungsspezifisches Wissen

Der legitime Anspruch eines Menschen, der in einem bestimmten Leidens- bzw. Problembereich nicht mehr mit seinen eigenen affektiven, kognitiven und sozialen Lösungsstrategien zum Ziel kommt und deshalb professionelle Hilfe sucht, ist Hilfe. Der Anspruch, dass diese Hilfe so angenehm wie möglich erfolgen soll, ist hierbei ebenso nachvollziehbar wie der Anspruch, dass die Hilfe so effektiv und kompetent, wie es dem gegenwärtigen Fachwissen entsprechend möglich ist, geleistet wird.

Aufgrund des Leidensdruckes verhalten sich Patienten zumindest zu Beginn meist „störungszentriert“. Es besteht sicherlich kein Zweifel darüber, dass wir unseren Patienten glauben sollen, ohne sie deshalb auf ihre Aussagen zu reduzieren oder uns sofort berufen zu fühlen, diese zu relativieren, weil sie vielleicht schwer auszuhalten sind oder unserem jeweiligen therapeutischen Ansatz nicht entsprechen. Hierzu ein Beispiel: Eine junge Kollegin arbeitete mit einer Patientin, die sich als völlig antriebslos, entscheidungsunfähig und lebensuntüchtig beschrieb und klagte, dass sie fast nur noch verzweifelt grübelnd im Bett liege und nichts geregelt bekomme. In der Supervision berichtete die Kollegin, dass es in einer Therapiestunde während des laufenden depressiven Klagens der Klientin

plötzlich einen gewaltigen Knall gab und riesige Wassermassen ins Zimmer strömten. Ein 80 Liter Wasser fassender Boiler war aus der Wand gebrochen. Während die Therapeutin noch im Schreck erstarrt war, sprang die Patientin auf, stellte das Wasser ab und übernahm hoch kompetent die Leitung der Schadensbekämpfung. Die junge Kollegin war dankbar und froh über die tätige Hilfe, aber gleichzeitig fühlte sie sich auch von der Klientin verwirrt und betrogen. Auf die erstaunt lobende Aussage der Therapeutin: „Aber Sie sind doch supertüchtig!“, antwortete die Patientin etwas schnippisch: „Ach ja, ich kann auch mit Messer und Gabel essen.“

Mit ähnlich abweisenden Antworten oder auch mit geduldigem, doch sichtbar genervtem Schweigen müssen Therapeuten rechnen, die in der guten Absicht, ressourcenorientiert zu sein, mit Sätzen wie „Ja, aber Sie haben es doch geschafft, hier her zu kommen“ agieren. Der jungen Kollegin hat es noch an störungsspezifischer Erfahrung gefehlt, sie hat die Äußerungen der Patientin nicht bereicherspezifisch – als Antriebsverlust in Bezug auf alle selbstbezogenen Motive – verstanden, sondern global für bare Münze gehalten. Ich persönlich habe in über 35 Jahren noch von keinem depressiven Menschen gehört, dass er die Katze nicht mehr füttern kann, sehr wohl aber, dass etwa Haare waschen unendlich schwer fällt.

Ein störungsspezifischer empathischer Verstehensansatz ist erforderlich, um Merkmale einer konstruktiven Beziehung aufrecht zu erhalten. In unserem Beispiel ginge es demnach darum, sich zwar positiv zu äußern, aber nicht maßlos zu wundern. Störungsspezifische Verstehensprozesse sind wichtig, um eine Suchrichtung bei den Verstehensbemühungen einschlagen zu können und damit schneller, spontaner und präziser verstehen zu können. Wenn man z. B. Pilze sucht, ist es ungünstig, im Hauptbahnhof anzufangen. Allein dadurch, dass man weiß, wo sie wachsen könnten, hat man sie aber auch noch lange nicht gefunden. Und wenn man denn einen gefunden hat, hilft das Pilzbestimmungsbuch allein oft auch nicht weiter, und selbst wenn, hat man seinen Korb noch lange nicht voll. Das Pilzbestimmungsbuch kann – analog zu rein theoretischem klinischem Wissen – zwar zu unmittelbaren Bestimmungen führen, die aber im Falle von Pilzen eventuell auch zu fatalen Folgen führen können.

Zurück zu unserem Beispiel mit dem Wasserboiler. Ein störungsspezifischer empathischer Ansatz ermöglicht es, zu verstehen, dass etwa Depressive bei Katastrophen und Kriseneinsätzen auf einmal wieder selbstverständlich funktionieren, so „als ob nichts wäre“, ohne längeres Denken, ob man denn die Kraft oder das Selbstvertrauen oder auch nur so etwas wie einen eigenen Willen habe. Dies bedeutet, zu verstehen, dass die positive Überraschung einerseits ganz „normal“, aber trotzdem auch wegweisend, aber dennoch wiederum nicht verpflichtend ist.

Bei Diagnosen im psychotherapeutischen Bereich erweisen sich diejenigen, die einen Sammelbegriff für das darstellen, was

Patienten uns vermitteln, als zwar relativ banal und als solches nicht erkenntnisreich, aber zumindest als problemlos und sogar entlastend. Hierzu ein Zitat einer Patientin: „Ich war richtig froh, als Dr. V. gesagt hat, ich hätte eine Depression. Wenn es einen Namen hat, dann kann und muss ich damit umgehen. Dann ist es wenigstens keine Anstellerei, und ich bin nicht nur faul und böse.“ Nach meiner Erfahrung sind störungsspezifische empathische Verstehensprozesse, die Diagnosen beinhalten, durchaus kommunizierbar und konstruktiv nutzbar. Hierzu noch ein Zitat: „Es kann mir doch egal sein, ob man es Schizophrenie nennt. Wie es sich anfühlt, wissen wir beide sowieso am besten.“

Wenn man Störungen als Depression, Phobie, Zwang, Anorexie usw. benennen kann, beinhaltet das jedoch noch lange nicht, dass man es versteht oder weiß, wie es sich anfühlt. Problematisch sind Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen, wenn sie nicht Zustände oder Reaktionen beschreiben, sondern bewertend die Person in einer Weise betreffen, die nicht nachvollziehbar oder erlebbar ist. Dass wir Diagnosen, die Persönlichkeitsstörungen oder psychiatrische Erkrankungen beinhalten, brauchen, ist für den wissenschaftlichen Diskurs, für Fortbildung und empirische Untersuchungen unabdingbar. Im therapeutischen Prozess müssen sie aber Prozesscharakter behalten und können dann für den Therapeuten hilfreich sein als vertraute Hypothesen, die ihn vor destruktiven Erwartungen schützen und seine Intuition verbessern können.

## Störungsspezifisches Verstehen geht weit über Alltags-Empathie hinaus

Störungsspezifisches empathisches Verstehen und seine Kommunikation und die hierauf beruhende Beziehungsgestaltung sind um so relevanter, je lebensbestimmender die gestörten Bereiche sind. D. h. eben da, wo eine Störung dominant wird, ist ein umfassenderes und präziseres störungsspezifisches empathisches Verstehen erforderlich, weil eben da die Alltagsempathie und damit konstruktive soziale Erfahrungen am deutlichsten zusammen brechen.

Empathisches Verstehen vollzieht sich im Rahmen des eigenen Bezugssystems. Dieses geht dabei vom eigenen Erleben („wie ich“), vom allgemein als üblich Erwarteten („wie alle Menschen“) oder von dem als prototypisch Vertrauten („wie meine Mutter“, „wie die Chinesen“) aus. Wer nun in bestimmten Bereichen störungs- oder auch situationsbedingt davon abweicht, wird kontinuierlich falsch oder gar nicht verstanden, und neigt seinerseits dazu, kontinuierlich in den entsprechenden Bereichen falsch oder gar nicht zu verstehen bzw. sich verständlich zu machen. Falsches Verstehen ist umso wahrscheinlicher, je geschlossener und fixierter das Bezugssystem ist. Bei rigidem Falsch-Verstehen kommt der Prozess vorzeitig zum Abschluss. Ein konstruktiver interpersoneller Dialog ist nicht mehr möglich; die Beziehungserfahrung ist nicht mehr verbindend und entwicklungsfördernd, sondern

ausgrenzend bis katastrophal. Bei Nicht-Verstehen kommt der Prozess ebenfalls vorzeitig zum Abschluss, wenn das (mangelnde) Interesse oder die Situation erlauben, dass man die Angelegenheit auf sich beruhen lässt. Der Effekt kann dann relativ neutral bleiben. Es kann aber auch zu weiteren Suchprozessen kommen, mit dem für beide Partner entwicklungsfördernden Ziel einer Verstehensannäherung. Dies kann dann zu einem fortlaufenden (endlosen) intersubjektiven Prozess mit wechselseitigem Entwicklungszuwachs und Gewinn von Beziehungslust im angestrebten Bereich führen.

Psychotherapie hat ihrem Wesen nach den Auftrag, sich mit krankheitswertigen Störungen und deren Veränderung zu befassen. Es ist das legitime Anliegen von Patienten, sich an den Psychotherapeuten, mit dem sie ein Arbeitsbündnis eingehen, als *Störungsexperten* zu wenden. Dieses Unternehmen setzt eine zwischenmenschliche Beziehung voraus, die je nach Theorie, Menschenbild, Auffassungen von kurativen Methoden, Störungsentstehungsgeschichten, Zielvorstellungen etc. gestaltet wird. Störungswissen – theoretisch abgeleitet oder empirisch bzw. erfahrungsbezogen gewonnen – kommt oft zu Übereinstimmungen, die gewinnbringend und erkenntnisfördernd sind. Hierdurch entstehen formale Ähnlichkeiten, die in einzelnen Sequenzen den Blick für grundsätzlich unterschiedliche Vorgehensweisen und deren Bedeutung verwischen können.

Daraus ergibt sich für die Personzentrierte Psychotherapie eine notwendige Unterscheidung von „Alltagsempathie“ und „therapeutischer Empathie“ (empathisches Verstehen, empathische Prozesse, Kommunikation von Empathie) als zentrales Veränderungsagens im psychotherapeutischen Prozess. Diese ist ein prosoziales, emotional-affektives bzw. sozioemotionales Bezugssystem für die Wahrnehmung, das Erfassen und das Verstehen der Klientin, des Klienten. Es umfasst deren phänomenale Welt, d. h. ihr Erleben, die Inhalte und Bereiche, die Bedeutungen und Funktionen, die Verursachungszusammenhänge, ihre Geschichte usw. und daraus resultierend die für das therapeutische Handeln relevanten Veränderungsbedingungen (Binder & Binder, 2001).

Stellen wir noch einmal abschließend diagnosegeleitete Einstellungen und störungsspezifische empathische Verstehensprozesse im Personzentrierten Ansatz gegenüber:

Diagnosegeleitete Einstellungen sind durch folgende Grundsätze gekennzeichnet:

- Störungswissen an Stelle von Empathie
- Oberstes Ziel sind Klärungsprozesse
- Diagnosen sind vor Beginn der Therapie als Wegweiser für therapeutische Interventionen, Erwartungen und Einstellungen zu erheben; die daraus abgeleiteten therapeutischen Strategien erheben den Anspruch auf Objektivität in bezug auf die Effekte
- Messbare Erfolge sind additiv anwendbar

Demgegenüber sind störungsspezifische empathische Verstehensprozesse von folgenden Grundsätzen geprägt:

- Störungswissen steht im Dienste von Empathie
- Oberstes Ziel sind konstruktive Beziehungserfahrungen
- Diagnosen sind Begriffe für bestimmte Zustände im Prozess, die nicht vom Therapeuten erhoben, sondern vom Klienten vermittelt werden
- Phänomenologische Erkenntnisse sind eine lohnende Suchrichtung
- Therapeutische Verstehensprozesse sind im Prinzip abhängig von beiden beteiligten Personen und damit als intersubjektiv intendiert

Störungsspezifische empathische Verstehensprozesse im Personenzentrierten Ansatz werden dem Anliegen des Patienten – in seinen gestörten bzw. abweichenden, schwer zugänglichen Bereichen verständlich zu sein – gerecht, ohne der Begegnung ihre Einmaligkeit und den Charakter eines gemeinsamen Prozesses zu nehmen. Störungsspezifische Verstehensprozesse fördern Individualität. Sie stellen den Patienten mit all seinen relevanten Erfahrungen und Erlebensbereichen in das Zentrum einer Beziehung, in der er geschützt ist. Diagnosegeleitete Einstellungen entindividualisieren den Patienten und schützen den Therapeuten, in dem sie diesem ein relativ geschlossenes Bezugssystem und Handlungsrepertoire gewährleisten.

Weder verstehen wir alles – noch wissen wir gar nichts. Aber mit Sicherheit wissen wir bis auf Weiteres viel zu wenig.

## Literatur

- Binder, U. & Binder, J. (2001). A theoretical approach to empathy. In S. Haugh & T. Merry (Eds.) (2001). *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy* (pp.163–180). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Buck, R. & Ginsburg, B. (1991). Emotional communication and altruism: The communicative gene hypothesis. In M. Clark (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology, 12* (pp. 149–175). Newbury Park, CA: Sage.
- Hobson, R.P. (1992/1997). *Autism and the development of mind*. Hove (UK): Psychology Press.
- Meltzoff, A.N. & Moore, M.K. (1998). Infant intersubjectivity: Broadening the dialogue to include imitation, identity and intention. In S. Braten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp.47–62). Cambridge: Cambridge University Press.
- Oerter, R. (1999). *Psychologie des Spiels*. Weinheim: Beltz.

## Autorin:

**Ute Binder** war eine der bedeutendsten Theoretikerinnen und Praktikerinnen der Personenzentrierten Psychotherapie. Schwerpunkte ihrer Arbeit waren die Empathieforschung und die Arbeit mit psychisch schwer beeinträchtigten Personen.

Eva-Maria Biermann-Ratjen

# Empathie heute<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Es wird zunächst dargestellt, dass für Rogers der Kern der psychotherapeutischen Beziehung darin besteht, dass der Klient wahrnimmt, dass ihn der Therapeut in seiner eigenen Sicht seines Erlebens (Innerer Bezugsrahmen) empathisch und unbedingt wertschätzend beachtet. Diese Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist die Therapie. Die frühe Therapieforschung (bis 1975) hat die Relevanz empathischer Beziehungen für psychische Entwicklungen ebenso nachweisen können wie die Forschung in der Entwicklungspsychologie. Auch neuere Forschungsergebnisse bestätigen die Bedeutung der Empathie in psychotherapeutischen Beziehungen. Die viel zitierte therapeutische Allianz ist dennoch nicht mit Rogers' Konzept der Empathie zu verwechseln. Sie korreliert aber hoch mit Empathie. Die neurobiologischen Erkenntnisse bestätigen ebenfalls die Bedeutung der Empathie und lassen sie als Phänomen in neuem Licht erscheinen. Auch personenzentrierte Psychotherapeuten betrachten heute Empathie aus neuen Blickwinkeln. Das wird am Beispiel der Beziehungstiefe kurz gezeigt.

**Schlüsselwörter:** Empathie, therapeutische Beziehung, Innerer Bezugsrahmen, kindliche (Empathie-)Entwicklung, Spiegelneuronen, Beziehungstiefe

**Abstract: Empathy today.** This article starts with the thesis: the heart of the client-centered therapeutic relationship is the client realizing the therapist's empathic unconditional positive regard of the client's own perspective of his process of experiencing. This relationship is the therapeutic relationship. The importance of empathy in therapeutic developments as well as those in childhood has been widely scientifically proven. Today the therapeutic relationship is regarded as extraordinarily relevant for therapeutic outcomes again, and empathy regarded as of substantial relevance within the therapeutic alliance. The neurosciences cast a new light on the phenomenon of empathy and affirm its relevance in developmental processes. Modern client-centered protagonists discuss new perspectives of empathy. The article ends with a short demonstration of one of these: relational depth.

**Keywords:** empathy, therapeutic relationship, inner frame of reference, empathy in child-development, mirror neurons, relational depth

Der vorliegende Beitrag handelt nicht von Empathie im Allgemeinen, sondern von Empathie im Klientenzentrierten Konzept. Nach einer historischen Betrachtung wird in einem zweiten Schritt dieses Konzept der Empathie aus heutiger Sicht erörtert.

## Empathie im Klientenzentrierten Konzept – ein historischer Abriss

Rogers' Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess soll einer Revolution gleichgekommen sein. Darin sind sich bis heute viele einig. Aber es gibt wenig Einigkeit darüber, was das Revolutionäre damals war und bis heute ist. Sie stellt den Kern des Klientenzentrierten Konzepts dar. Ich setze sie hier als bekannt voraus und zitiere sie

auch deswegen nicht, weil ich davon überzeugt bin, dass Rogers in Wahrheit nicht sechs Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess aus allen damals bekannten Psychotherapieforschungsergebnissen herausgefiltert hat, sondern nur eine einzige. Es können didaktische Überlegungen gewesen sein und es war die Hoffnung, sie mittels der empirischen Forschung seiner Zeit untermauern zu können, die Rogers veranlasst haben, die Bedingung für den psychotherapeutischen Prozess aus der Sicht des Klienten und aus der des Therapeuten in sechs Sätzen zu formulieren.

Tatsächlich hätte der eine Satz genügt:

*Ein psychotherapeutischer Prozess kommt dann in Gang, wenn der Klient zumindest im Ansatz wahrnimmt, dass ihn der Therapeut unbedingt positiv empathisch beachtet und das auch spürt.*

Was war und ist revolutionär an diesem Konzept von Psychotherapie?

Ganz sicher liegt das Revolutionäre an diesem Konzept nicht in den Anweisungen an den Therapeuten, die man ihm theoretisch

<sup>1</sup> Überarbeitetes Manuskript eines Vortrags aus Anlass des 30. Geburtstages der SGGT am 7. 11. 2009 in Zürich.

entnehmen könnte und praktisch auch – bis zur Verzerrung des Konzepts – entnommen hat. Die drei den Therapeuten betreffenden Sätze beinhalten ja angeblich, dass sich der Therapeut kongruent, unbedingt wertschätzend und empathisch zu verhalten hätte. Das wäre auch nichts Neues gewesen. Schon Freud hatte dem Therapeuten geraten, sich davor zu hüten, im Kontakt mit dem Patienten zu spekulieren und zu grübeln bzw. das, was ihm der Patient mitteilt, einer synthetischen Denkarbeit zu unterziehen. Vielmehr solle der Therapeut dem Patienten unbefangen und voraussetzungslos mit frei schwebender Aufmerksamkeit – unbedingt wertschätzend – entgegenreten, mit ihm mitschwingen – empathisch – und dabei seine eigenen Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängen, so dass die Beschäftigung mit den eigenen Gefühlen – Inkongruenz – nicht die Aufmerksamkeit vom Klienten abzieht. Nur so könne der Therapeut zur Erkenntnis des Unbewussten des Patienten kommen, dem Material für seine Deutungen, die dem Klienten Einsicht vermitteln und damit Veränderung ermöglichen.

Neu und revolutionär an Rogers Klientenzentriertem Konzept von Psychotherapie war und ist bis heute vielmehr,

- dass es in ihm nicht um Verhaltensanweisungen an den Therapeuten geht, sondern um **die** Haltung des Therapeuten,
- die eine wechselseitige Beziehung ermöglicht,
- und zwar genau die, welche die Bedingung für persönliche Entwicklung ist.

Rogers hat den Therapeuten nicht Ratschläge erteilt, wie sie am besten ihre Ziele im Therapieprozess erreichen. Im Verständnis von Rogers liegt die Veränderungsmacht im psychotherapeutischen Prozess auch gar nicht beim Therapeuten, in seinem Wissen oder in seinen Fertigkeiten etwa. Sie liegt auch nicht in seiner Fähigkeit, eine Beziehung zum Klienten aufzubauen als Voraussetzung für die therapeutische Zusammenarbeit. Sondern sie liegt in der Entwicklungsfähigkeit des Klienten, in seiner Tendenz zur Selbstaktualisierung, die allerdings an bestimmte Bedingungen geknüpft ist. Und diese Bedingungen sind eine wechselseitige Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Sie besteht darin, dass der Klient zumindest im Ansatz wahrnimmt, dass ihn der Therapeut unbedingt positiv empathisch beachtet und das auch wirklich spüren kann (kongruent und präsent ist).

Was hat nun Rogers selbst zu dieser Empathie gesagt? In Rogers erstem großen theoretischen Buch (1942/1972) kommt das Wort Empathie nicht vor. Es ist die Rede von „eine(r) Fähigkeit zur Sympathie (was im Englischen auch Mitgefühl bedeutet) (...), eine(r) allgemeine(n) Haltung von Annahmefähigkeit und Interesse, ein(em) tiefe(n) Verstehen, so dass es unmöglich ist, ein moralisches Urteil zu fällen“ (Rogers, 1942, S. 254; zitiert nach Bozarth, 1997, S. 83 und übersetzt von B.-R.) und von einem gewissen Ausmaß von „sich mit (dem Klienten) als er selbst auf seinem Niveau der Anpassung identifizieren“ (a. a. O., S. 255). Es gehe in der Psychotherapie – damals arbeitete Rogers mit problematischen Kindern und ihren Eltern – darum, „ein psychologisches Klima

zu schaffen, in dem der Klient die Art von Wärme, Verstanden- und Nicht-angegriffen-Werden spüre, die ihm erlaubten, aus seiner Verteidigungshaltung herauszukommen, so dass er sich selbst und seine Art zu leben anschauen und reorganisieren könne ...“ (Kirschenbaum, 1979, S. 160; zitiert nach Bozarth, 1997, S. 84).

Das ist eindeutig etwas ganz anderes als sich um Zugang zum Unbewussten des Patienten zu bemühen, mit dem Ziel, die richtigen Deutungen zu geben. Rogers hat betont – und zwar in erklärtem Gegensatz zu den Freudianern –, dass es darum gehe, vor allem dem Klienten selbst den freien Blick auf sein Erleben, auch das am Rande seines Bewusstseins – aber nicht in sein Unbewusstes –, zu ermöglichen. Dazu bedürfe es einer angstfreien Atmosphäre. Wenn die Angst weiche, erweitere sich der Bereich des bewussten Erlebens bzw. könnten Erfahrungen vollständiger bewusst werden und weitere Erfahrungen da ins Bewusstsein treten, wo bisher nur Angst und andere Abwehr erlebt worden seien.

In der Praxis der Therapeuten um Rogers sollte dem Klienten mit der Methode der Reflexion von Gefühlen – später eher Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Therapeuten genannt – mitgeteilt werden, dass, „...was auch immer er fühlte und gefühlt hatte und wie auch immer er sich verhielt oder verhalten hatte, und gleichgültig wie belastend, erschreckend oder sozial inakzeptabel das war, er immer noch vom Therapeuten als ein wertvolles menschliches Wesen angenommen wurde“ (Kirschenbaum, 1979, S. 120, a. a. O.).

Erst als die Missverständnisse um diese Methode der Reflexion von Gefühlen zu groß wurden und es galt, deutlich zu machen, dass es bei der Verbalisierung der emotionalen Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten um den Ausdruck einer Haltung dem Klienten gegenüber ging und nicht um eine von dieser Haltung trennbare Interventionsmethode oder eine andere Kunst, begann Rogers vom Inneren Bezugsrahmen zu sprechen und den Begriff der Empathie zu benutzen.

Rogers berichtet: „Die ganze Methode wurde nach einigen Jahren als eine Technik verstanden. ‚Nondirektive Therapie‘, wurde behauptet, ‚ist eine Technik des Widerspiegels der Gefühle des Klienten.‘ Eine noch üblere Karikatur war, ‚In der nondirektiven Therapie wiederholt man die letzten Worte, die der Klient gesprochen hat.‘ Ich war so schockiert über diese vollständig verzerrte Darstellung unserer Methode, dass ich ein paar Jahre lang fast gar nichts über einführendes Zuhören sagte, und wenn doch, dann um eine empathische Haltung hervorzuheben, und ich äußerte mich kaum dazu, wie diese in die Beziehung zum Klienten eingebracht werden konnte“ (Rogers, 1976, S. 34).

In allen seinen Beschreibungen der Empathie hat Rogers immer auf deren untrennbare Verbindung mit der bedingungslosen positiven Beachtung des Klienten durch den kongruenten Therapeuten hingewiesen und versucht, deutlich zu machen, dass es sich bei der Empathie des Therapeuten als Bedingung für den therapeutischen Prozess nicht um ein Verhalten und auch nicht um einen Zustand

des Therapeuten handelt, sondern um eine Haltung dem Erleben des Klienten gegenüber, einen inneren Prozess, der in der Person des Therapeuten abläuft und der darin besteht (Rogers, 1980; zitiert nach Bozarth, 2002, S. 85 und in der Übersetzung von B.-R.),

„... die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten ... von Augenblick zu Augenblick empfindsam zu sein für die gefühlten Bedeutungen, die in dieser anderen Person fließen ... Diese Bedeutungen zu empfinden, dessen sich sie oder er kaum bewusst ist, aber nicht zu versuchen, völlig unbewusstes Fühlen aufzudecken“ (S. 142),

„... alle Wahrnehmungen aus einer Perspektive von außen beiseite zu legen“ (S. 29),

„... den Schmerz und die Freude eines anderen so empfinden, wie sie oder er sie empfindet, und die Gründe dafür so wahrnehmen, wie sie oder er sie wahrnehmen“ (S. 210),

aber nie zu vergessen, dass es sich um die Erfahrungen des Klienten handelt, dass es so ist, als ob es die eigenen Gefühle des Therapeuten wären.

Empathisches Verstehen beinhaltet *das bedingungslose Akzeptieren des Inneren Bezugsrahmens des Anderen*. Und der ist nach Rogers „der gesamte Bereich der Erfahrungen, die in einem gegebenen Moment dem Gewährwerden des Individuums zugänglich sind. Er umfasst den gesamten Umfang der Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die dem Bewusstsein zur Verfügung stehen“ (Rogers, 1959/1987, S. 210; übers. Diether Höger aus dem Original, 2006, S. 125). Der Gegensatz zum Inneren Bezugsrahmen ist nach Rogers der äußere Bezugsrahmen („external frame of reference“), die Perspektive eines anderen (z. B. des Therapeuten), der das Erleben eines Individuums wahrnimmt, ohne dessen Perspektive zu übernehmen (Rogers, 1959/1987, S. 37f.). Der äußere Bezugsrahmen ist die Perspektive des Therapeuten auf die innere Erlebenswelt des Klienten, während der Innere Bezugsrahmen die Perspektive des Klienten selbst auf sein Erleben ist. Wenn der Therapeut empathisch im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts ist, stellt er seine eigene Perspektive und alle möglichen äußeren Perspektiven beiseite.

Der empathische Therapeut im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts ist also immer non-direktiv in diesem – und in keinem anderen – Sinn: Er nimmt die Perspektive des Klienten auf dessen inneres Erleben ein.

Empathie beinhaltet dann konkret (Rogers, 1975/1980, S. 143)

„Empfindsamkeit für den sich von Moment zu Moment verändernden Strom von Empfindungen in dieser Person, für die Furcht und die Wut oder Zärtlichkeit oder Verwirrung oder was auch immer sie empfindet. Es bedeutet einen Moment lang das Leben des anderen zu leben, sich vorsichtig darin zu bewegen ohne zu urteilen. Es bedeutet, die Bedeutungen zu errahnen, deren sich der andere kaum bewusst ist, aber nicht zu versuchen, völlig unbewusste

*Gefühle zu entdecken, denn das wäre zu bedrohlich. Empathie schließt die Mitteilung dessen ein, was du von der Welt der anderen Person errahnen kannst.“*

1975 meinte Rogers auf der Grundlage aller damals vorliegenden Forschungsergebnisse zur Empathie – im beschriebenen Sinne – mit Sicherheit sagen zu können:

- a) Der ideale Therapeut ist in erster Linie empathisch. Das schätzen Therapeuten verschiedener Orientierungen so ein.
- b) Die Empathie des Therapeuten korreliert mit der Selbstexploration des Klienten und der Therapieprozessentwicklung.
- c) Hohe Empathiewerte beim Therapeuten am Beginn einer Therapie sagen einen guten Therapieausgang voraus.
- d) In erfolgreichen Therapien nimmt der Klient mehr Empathie beim Therapeuten wahr als in weniger erfolgreichen.
- e) Je erfahrener der Therapeut ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er empathisch ist.
- f) Je größer die persönliche Integration des Therapeuten, desto empathischer zeigt er sich.
- g) Klienten schätzen die Empathie des Therapeuten sicherer ein als der Therapeut selbst.
- h) Brillanz und diagnostisches Wahrnehmungsvermögen sind mit Empathie nicht verwandt.
- i) Empathisch zu sein kann von empathischen Personen gelernt werden.

Insgesamt sah sich Rogers dadurch in seiner Annahme bestätigt: Wenn sich eine Person empathisch verstanden und angenommen fühlt, entwickelt sie eine Reihe von Wachstum fördernden Einstellungen sich selbst und anderen gegenüber.

## Empathie im entwicklungspsychologischen Kontext

Wenn wir aus dem Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts heraustreten und uns umschauen, was andernorts über Empathie gedacht wird, stellen wir fest: In der Psychologie gibt es wenig Übereinstimmung über den Begriff oder den Prozess der Empathie (Wispe, 1986, S. 318; übers. aus Höger, 2006, S. 126). Sie wird u. a. gleichgesetzt mit Rollenübernahme, aber auch einfach mit Freundlichkeit, Mitleid, Mitgefühl, Einsicht, Hilfeverhalten sowie mit Übereinstimmung der Reaktion eines Beobachters mit der des Beobachteten (vgl. Gruen & Mendelssohn, 1986; nach Höger, 2006, S. 126). Auch in großen Teilen der Psychotherapieforschung finden wir solche alltagssprachlichen Definitionen. Das hat zur Folge, dass das Verständnis von Empathie – und auch anderer Begriffe aus dem Klientenzentrierten Konzept –, das vielen Forschungsinstrumenten zugrunde liegt, aber vor allem in die Interpretation von Forschungsergebnissen eingeht, oft sehr verschieden ist von dem von Rogers bzw. vom Klientenzentrierten Konzept. Das haben vor allem

Anna Auckenthaler und Jeanette Bischof (2004) herausgearbeitet. Es stimmt einfach nicht, dass die auf solchen Vorstellungen von Verständnis, Respekt, Akzeptanz und Echtheit basierenden Forschungsergebnisse bewiesen hätten, dass die Rogersvariablen, wie sie dann auch noch genannt werden, in jeder Therapie eine Rolle spielen – und zwar bei der Herstellung der guten Beziehung, die den Nährboden darstelle, auf dem die Saat der eigentlichen therapeutischen Interventionen aufgehe. Glücklicherweise finden wir aber auch anderes in der Psychologie. Doris Bischof-Köhler (1989; zitiert nach Höger, 2006, S. 126) z. B. versteht auf der Basis einer gründlichen phänomenologischen und evolutionsbiologischen Analyse unter Empathie:

*„... unmittelbar der Gefühlslage eines Anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt das Gefühl aber anschaulich dem Anderen zugehörig. Darin unterscheidet sich Empathie von Gefühlsansteckung (z. B. bei Panik, Begeisterung oder ansteckendem Lachen), bei der die Stimmung des Anderen vom Beobachter selbst Besitz ergreift und dabei ganz zu dessen eigenem Gefühl wird“ (Bischof-Köhler, 1989, S. 26).*

Doris Bischof-Köhler hat experimentell nachgewiesen, dass Empathie in diesem Sinne bereits bei Kleinkindern um die Mitte des zweiten Lebensjahres vorhanden ist, also schon deutlich vor dem sprachgebunden-kognitiven Verstehen, aber nicht bevor das Kind ein Selbstbild entwickelt hat – das eigene Bild im Spiegel von dem eines anderen Kindes unterscheiden kann. Als Grundlage für das empathische Verstehen sieht sie die Wahrnehmung des Ausdruckverhaltens des Anderen und der Situation an, in der er sich befindet.

Die Definition von Empathie von Bischof-Köhler gleicht dem Verständnis von Empathie von Rogers, für den Empathie bedeutet,

*„den Inneren Bezugsrahmen eines anderen mit den emotionalen Komponenten und den dazu gehörenden Bedeutungen genau wahrzunehmen, als ob man die andere Person sei, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Bedingung zu verlieren. Das bedeutet, den Schmerz oder die Freude eines anderen so zu fühlen, wie er sie fühlt, und deren Ursachen so wahrzunehmen, wie er sie wahrnimmt, aber ohne jemals dieses Wissen zu verlieren, dass es so ist, als ob wir verletzt oder erfreut usw. seien“ (Rogers, 1959/1987; S. 210 ff.; übers. Diether Höger, 2006, S. 126).*

Wenn die Qualität des ‚Als ob‘ verloren geht, handelt es sich um einen Prozess der Identifikation.

Die Entwicklungspsychologie ist das zweite Gebiet der Psychologie neben der Psychotherapieforschung, in dem die Erforschung des Phänomens Empathie eine herausragende Rolle spielen sollte und das auch tut. Erstaunlicherweise und auch bedauerlicherweise ist die Erforschung der Empathie in diesen beiden Bereichen lange Zeit getrennte Wege gegangen. Die Ergebnisse sind aber ähnlich: Sie bedeuten zusammengefasst:

*Der Kontakt mit Personen, die empathisch sind, ist eine ganz wesentliche Bedingung für psychische Entwicklung.*

Im Forschungslabor der Universität von Kalifornien definiert eine Forschergruppe um Norma Feshbach Empathie als eine emotionale Reaktion auf den emotionalen Zustand eines anderen. Im empathischen Erleben werde die Emotion des anderen miterlebt, geteilt. Empathie enthalte sowohl affektive als auch kognitive Elemente, wie viel von den beiden, hänge von der Situation, dem Alter und der Persönlichkeit des Kindes ab.

Die Voraussetzungen für Empathie seien:

- a) Hinweise auf Affekte im anderen erkennen zu können
- b) die kognitive Fähigkeit, die Perspektive und die Rolle einer anderen Person einnehmen zu können
- c) die Fähigkeit, selbst affektiv zu antworten und Gefühle empfinden zu können
- d) zwischen dem eigenen Erleben und dem des anderen unterscheiden zu können.

Empathie zu messen sei nicht leicht. Auch die gerne als objektiv bezeichneten physiologischen und neurophysiologischen Reaktionen im Zusammenhang mit Emotionen bekämen erst durch die subjektiven Mitteilungen der untersuchten Personen einen Sinn. Und man müsse bei allen körperlichen Parametern mit einer großen interindividuellen Variationsbreite rechnen.

Ich fasse die Forschungsergebnisse von Feshbach und Kollegen – inklusive derer, die sie selbst nur referieren – zusammen (Feshbach 1997, S. 33ff):

- Der Mensch reagiert von Geburt an auf die Gefühle von anderen Menschen. Wenn Neugeborene andere Babies schreien hören, fangen sie selbst auch an zu schreien (Bühler, 1930; Sagi & Hoffmann, 1976). Sechs Monate alte Babies reagieren auf den „distress“, das sind Äußerungen von Angst und Kummer oder Schmerz, von anderen mit eigenem distress. Und schon im ersten Lebensjahr reagieren Kinder auf Gesichter mit unterschiedlichem Affektausdruck unterschiedlich.
- Empathisches Erleben zeigt sich schon sehr früh in der Form von prosozialem Verhalten: Helfen, Sich-Kümmern, Mitleid, Trösten. Spätestens im Alter von zwei Jahren haben Kinder auch die kognitiven Fähigkeiten entwickelt, Empathie in der Form zu zeigen, dass sie versuchen, den anderen zu trösten oder auf andere Art von seinem Leiden zu befreien.
- Empathische Mütter sind zugleich ihren Kindern verbunden und liebevoll, und wenig feindselig, bestrafend und gehemmt im Ausdruck ihrer Gefühle. Sie sind unterstützend und akzeptierend und nicht unterdrückend. Im Gegensatz dazu geht es in Familien, in denen die Mutter wenig empathisch ist, feindselig, bestrafend, unterdrückend und einengend zu, es gibt wenig Autonomie, statt dessen Konflikte und Versagen und oft sogar Kindesmissbrauch. Und die Empathie der Kinder hängt von der Empathie der Eltern ab und deren mit mangelnder Empathie einhergehendem Verhalten.

- Die Kinder wenig empathischer Mütter sind aggressiver, hyperaktiver, depressiver und ängstlicher als andere Kinder, weniger kooperativ und beherrscht und eher durch negative als durch positive Affekte bestimmt. Die Kinder empathischer Mütter sind im Vergleich dazu weniger neurotisch, leistungsfähiger, glücklicher und sicher weniger aggressiv.
- Die Empathie im Alter von 31 Jahren kann am besten an Hand des Ausmaßes vorausgesagt werden, in dem die Mütter ihre Kinder im Alter von 5 Jahren liebevoll umsorgen und Toleranz für abhängiges Verhalten zeigen.

Den Ergebnissen aus dem Labor in Kalifornien vergleichbare Befunde kennen wir aus der Bindungsforschung. Als der beste Prädiktor für die Entwicklung einer sicheren Bindung gilt, dass die Bindungsperson sensibel und prompt auf die innere Befindlichkeit des Kindes reagiert. Das kann sie nur, wenn sie empathisch sein kann.

In erwiesenem Gegensatz zu den positiven Auswirkungen vor allem der mütterlichen Empathie auf die Entwicklung der Kinder stehen die Auswirkungen von heftigen, besonders von impulsiven und misshandelnden affektiven Reaktionen der Mütter auf die Entwicklung der Empathiefähigkeit ihrer Kinder, besonders wenn in diesen Reaktionen die Unterscheidung zwischen dem Erleben des Kindes und dem der Mutter verwischt wird. Solche mütterlichen Affektäußerungen bewirken wahrscheinlich Affektansteckung und eröffnen damit einen *circulus vitiosus*. Ich werde darauf zurückkommen, wenn ich kurz auf die Ergebnisse der neurobiologischen Forschung eingehen werde. Auch die Depression einer Mutter wirkt sich auf ihre Einfühlung in ihr Kind negativ aus und hat Folgen für seine spätere Fähigkeit, sich anderen Kindern gegenüber empathisch zu zeigen.

Wir können also auch aufgrund dieser Ergebnislage sagen (s. o.): Wenn sich ein Kind in seinen Beziehungen empathisch verstanden und angenommen fühlt, entwickelt es eine Reihe von Wachstum fördernden Einstellungen sich selbst und anderen gegenüber, und das ist vor allem die Fähigkeit zur Empathie, die sich auch in prosozialem Verhalten zeigt.

## Empathie in der Psychotherapieforschung

Empathie wird in der Psychotherapieforschung<sup>2</sup> heute zu den interpersonal skills des Therapeuten gezählt. Man spricht auch von den für die Therapie wichtigen Beziehungsfaktoren. Sie werden definiert als *„Die Gefühle und Einstellungen, die Therapeut und Klient einander entgegenbringen, und die Art und Weise, wie sie zum Ausdruck gebracht werden“* (Gelso & Carter, 1985, S. 159; zit. nach Cooper, 2008, S. 99). Die Beziehungsfaktoren bestimmen die Qualität der

therapeutischen Beziehung, und dieser wird heute weltweit ein entscheidender Einfluss auf das Therapieergebnis zugeschrieben. Er gilt als doppelt so groß wie der Einfluss der therapeutischen Techniken. Empathie wird zudem heute in der Forschung – so wie ursprünglich von Rogers – als etwas angesehen, das in allen Psychotherapien aller Schulen von Bedeutung ist. Man könnte denken, das bestätige Rogers Hypothesen. Aber Vorsicht!

Da ist zunächst zu beachten, dass es in den neueren Forschungsergebnissen vor allem die Klientenmerkmale sind, die Einfluss auf das Therapieergebnis nehmen. Empathie im Klientenzentrierten Konzept ist aber eine Haltung des Therapeuten. Vor allem die Einschätzung der Qualität und Stärke der therapeutischen Beziehung durch den Klienten trägt zu einem positiven Ausgang der Therapie bei.

Es ist ferner zu beachten: Die therapeutische Beziehung in der internationalen Psychotherapieforschung ist nicht die therapeutische Beziehung des Klientenzentrierten Konzepts. Die therapeutische Beziehung in der internationalen Psychotherapieforschung, besser bekannt als die therapeutische Allianz, ist die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Klient in Abgrenzung von der Übertragungsbeziehung im psychoanalytischen Sinn.

Nach Bordin (1979) hat die therapeutische Allianz drei Hauptkomponenten:

1. Die Übereinstimmung von Therapeut und Klient bezüglich der Therapieziele: was das Ergebnis der gemeinsamen Arbeit sein soll.
2. Die Übereinstimmung von Therapeut und Klient bezüglich der therapeutischen Aufgaben von Therapeut und Klient: bezüglich des Rahmens der Therapie, was den therapeutischen Prozess ausmacht, und was den Inhalt ihrer gemeinsamen Arbeit ausmacht.
3. Eine positiv getönte affektive Beziehung zwischen Therapeut und Klient: eine persönliche Bindung, die beinhaltet, dem je anderen etwas zuzutrauen, einander anzunehmen und zu vertrauen.

Diese drei Komponenten korrelieren hoch miteinander. Sie korrelieren allerdings auch mit der Empathie des Therapeuten. In Untersuchungen, in denen es direkt um die Bedeutung der Empathie des Therapeuten geht, hat sich gezeigt, dass die vom Klienten eingeschätzte Empathie des Therapeuten nicht nur mit der Einschätzung der Qualität der therapeutischen Allianz durch den Klienten korreliert, sondern dass sie auch hoch mit der Einschätzung der Kongruenz des Therapeuten und seiner unbedingt positiven Beachtung des Klienten korreliert. Die Klienten unterscheiden aber deutlich zwischen den Wahrnehmungen dieser einzelnen Aspekte der therapeutischen Beziehung.

Bohart et al. (2002) haben auf der Grundlage von siebenundvierzig Studien – in denen auch andere als Klientenzentrierte Therapien durchgeführt worden sind – eine Korrelation von 0.32 zwischen der Empathie des Therapeuten und dem Therapieergebnis

2 Die neueren Forschungsergebnisse zur Empathie entnehme ich dem Buch von Mick Cooper: *Essential research findings in counselling und psychotherapy* (2008), das noch nicht ins Deutsche übersetzt worden ist.

berechnet. Auf der Grundlage dieser mittleren bis großen Effektstärke kann man sagen, dass der Beitrag des Ausmaßes an Empathie auf der Seite des Therapeuten zum Therapieergebnis größer ist als der Einfluss spezifischer Techniken und als der der therapeutischen Allianz als solcher. Das ergibt sich vor allem aus Untersuchungen, in denen die Klienten selbst gefragt worden sind, was an der Therapie für sie besonders hilfreich gewesen sei bzw. was ihnen in der Therapie gefehlt habe.

Moderne Personenzentrierte Psychotherapeuten wehren sich gegen die unkritische Behauptung, die Ergebnisse der modernen internationalen Therapieforschung könnten als eine Bestätigung des Klientenzentrierten Konzepts angesehen werden, und zwar mit der Betonung der revolutionären Seiten an diesem Konzept:

Anders als in anderen Therapietheorien sei die Empathie in der klientenzentrierten therapeutischen Beziehung

- ein Teil der Therapie selbst – nicht eine Voraussetzung für die Therapie, so wie die Beziehung die Therapie selbst sei und nicht nur eine günstige Basis für die eigentliche Therapie.
- eine Haltung des Therapeuten dem Klienten gegenüber, eine Art und Weise den Klienten zu erleben – und nicht ein spezielles Verhalten des Therapeuten.
- ein interpersoneller Prozess auf der Grundlage des Vertrauens in die Aktualisierungstendenz.
- untrennbar damit verbunden, dass der Therapeut kongruent ist und fühlen kann, dass er das Erleben des Klienten bedingungslos positiv beachtet.

Die neuesten Ergebnisse der Erforschung der Empathie sind sowohl für die Entwicklungspsychologie relevant als auch für die Psychotherapieforschung. Sie kommen aus den Neurowissenschaften, die uns vor allem seit der Entdeckung der Spiegelneuronen (Gallese, 1996) ganz neuartige Validierungen des Klientenzentrierten Konzepts erahnen lassen.

## Empathie und die Spiegelneuronen

In der allabendlichen Sendung im Ersten Deutschen Fernsehen kurz vor den Nachrichten „Wissen vor Acht“ wurde am 16. September 2009 gezeigt, was jeder weiß, nämlich dass Gähnen ansteckend ist, und es wurde erklärt, was nicht jeder weiß, dass das etwas mit den Spiegelneuronen zu tun hat. Spiegelneuronen werden jene Nervenzellen oder Netzwerke in unserem Gehirn genannt, die nicht nur angesprochen reagieren, wenn wir selbst uns bewegen, sondern auch wenn wir Zeuge von Bewegungen in unserem Umfeld werden.

Wenn ein Mensch in unser Wahrnehmungsfeld tritt, dann aktiviert er in uns eine neurobiologische Resonanz, auch wenn er es nicht beabsichtigt und ob wir es wollen oder nicht. Es werden dann in uns dieselben Nervennetzwerke aktiv, die auch aktiv würden, wenn wir selbst täten, was wir gerade beim anderen wahrnehmen.

Es reagieren die Netzwerke in uns, die bei der Handlungsinitiierung aktiv werden, und die Netzwerke, die anzeigen, dass wir spüren, wie sich die Handlung körperlich anfühlt oder anfühlen würde, vor allem was sie für unsere körperliche Unversehrtheit bedeuten würde. Und diese Netzwerke stehen in enger Verbindung mit den Emotionszentren, in denen sich ebenfalls Spiegelneuronen befinden: Sie reagieren so, als würden wir selbst empfinden und fühlen, was der andere empfindet und fühlt.

Wir bekommen also intuitiv und spontan mit, was den anderen bewegt, und zwar in der Form, dass wir seine Handlungsabsichten, Empfindungen und Gefühle in uns selbst simulieren, was wir vielfach an einer spontanen Imitation merken können, z. B. daran, dass wir mit gähnen.

Dass es die Spiegelneuronen bzw. diese spontane Imitation gebe, sei extrem förderlich z. B. für die Koordination von Aktivitäten, die gemeinsam ausgeführt werden müssen, so der angenehm zurückhaltende Kommentar zu den Spiegelneuronen in dieser Sendung. So neigten Mütter, die ihr Baby füttern und möchten, dass es den Mund aufmacht, intuitiv und meistens ohne dass es ihnen bewusst wird ihrerseits dazu, den Mund zu öffnen, wenn sie mit dem Löffel in die Nähe seines Gesichtes kommen. Und das Baby imitiere dann – gut für die Zusammenarbeit – die Mutter.

Es gibt aber auch sehr viel weiter reichende Schlussfolgerungen aus der Existenz der Spiegelneuronen. Im Hamburger Abendblatt ist im letzten Sommer unter der Überschrift: „Kapuzineräffchen mögen alle, die sie nachäffen.“ berichtet worden, dass die Imitation nicht nur beim Menschen, sondern offenbar auch beim Menschenaffen die Entstehung und Verfestigung sozialer Bindungen fördere. „Die Affen verbringen nicht nur mehr Zeit mit einem Imitator, sondern wählen ihn auch eher als Partner für eine kleine Aufgabe“ (vgl. Paukner et al. 2009). Daraus sei der Schluss zu ziehen: Subtile, zumeist unbewusste Imitation von Mimik und Gestik – ein offenbar sehr ursprünglicher und evolutionsbiologisch bedeutsamer Mechanismus – schmeichelt dem Ego und steigert zwischen Menschen Sympathie und Verbundenheit. Und das soll nicht alles sein. Der Empfang von verstehender Resonanz entspreche offenbar einem elementaren biologischen Bedürfnis. Soziale Zuwendung in dieser Form habe – populärwissenschaftlich ausgedrückt – die Ausschüttung so genannter „Glückshormone“ zur Folge. Unser Gehirn sei offenbar auf gute soziale Beziehungen geeicht.

## Empathie – ein wechselseitiger Prozess der Beziehungsvertiefung

Ich möchte diese Aussagen einfach so stehen lassen, aber fragen: Und was bedeutet die Entdeckung der Spiegelneuronen für das Verständnis von Empathie? Es bedeutet eine neue Definition. Wenn ein Artgenosse z. B. eine bestimmte Mimik und Gestik – das sind Handlungen – an uns wahrnimmt, löst das in ihm Imitationen aus,

Handlungen, zu denen Körpersensationen und Emotionen gehören. Wenn wir wiederum diese Imitation des anderen wahrnehmen, reagieren wir – wie auf die Wahrnehmung jeder anderen Bewegung an ihm – unsererseits mit einer Imitation. Wir haben damit zwei innere Bilder von unserem Erleben in uns: das Bild unseres eigenen Erlebens und das Bild unserer Imitation der Imitation durch einen anderen. Um diese Bilder identifizieren, auseinander halten und miteinander vergleichen zu können, müssen wir nicht nur unser eigenes Erleben reflektieren können. Sondern wir müssen auch empathisch sein können: Uns bewusst machen können, dass und wie wir etwas – in diesem Fall uns selbst – mit den Augen eines anderen sehen.

Empathie in diesem Sinne bedeutet: die eigenen Reaktionen auf das Erleben eines anderen reflektieren zu können und sich zugleich die eigenen Imitationen seines Erlebens bewusst machen zu können, und zu unterscheiden, was wir aus der eigenen Perspektive wahrnehmen und was aus der eines anderen. Die voll ausgebildete Fähigkeit zur Empathie in diesem Sinne ist uns offenbar nicht in die Wiege gelegt. Wir wissen, dass Kinder erst dann empathisch reagieren können, wenn sie ein Selbstbild entwickelt haben. Und wir nehmen an, dass sich dieses – und mit ihm die Fähigkeit, sich in andere einzufühlen, in Erfahrungen entwickelt, in denen das Kind erlebt, dass es seinerseits empathisch verstanden wird. Und dann muss noch das Verstanden-Werden vom Sich-selbst-Verstehen unterschieden werden.

Aus der Säuglingsbeobachtung ist bekannt, dass Mütter – meistens ohne einen Gedanken daran zu verschwenden – ihre Kinder imitieren und dabei so genannte Marker einsetzen, Besonderheiten im Imitationsverhalten, die den Kindern helfen, ihr inneres Bild vom eigenen Erleben von ihrem inneren Bild der Imitation durch die Mutter zu unterscheiden. Das Kind haut z.B. begeistert mit dem Bauklotz auf den Tisch, und die Mutter nimmt nicht den Bauklotz und haut auch, sondern sie sagt begeistert: Bumm, Bumm.

Es gibt eine Zeit, in der die Kinder fast nichts anderes im Sinn zu haben scheinen, als die Aufmerksamkeit der Mutter z.B. auf etwas zu lenken und zugleich zu fragen, wie sich das für die Mutter anfühlt. „Guck mal, Mami!“ ist sicher einer der Sätze, die von kleinen Kindern am häufigsten zu hören sind. Es wäre gut, wenn er ebenso häufig auch verstanden würde. Er beinhaltet: „Guck mal, damit ich sehen kann, was du fühlst, wenn du das siehst, und guck mich an, damit du siehst und fühlst, wie ich mich dabei fühle – damit ich in meinem Inneren mein Erleben identifizieren und von meiner Imitation deiner Imitation meines Erlebens unterscheiden kann.“

Wenn die Mutter das hören und verstehen kann, dann würde ich nicht sagen, sie schmeichelt dem Ego ihres Kindes, sondern sie stellt ihm die Bedingungen zur Verfügung, die es braucht, damit sich sein Selbstkonzept entwickeln kann: Sie stellt einen Kontakt mit dem Kind her, in dem es empathische Verbundenheit erlebt – die Bedingung für Selbstaktualisierung.

Diese Ergebnisse führen zurück zum Beginn meiner Ausführungen:

Rogers hat die Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess als einen wechselseitigen Prozess empathischen Verstehens konzipiert: „... dass sich der Therapeut darauf verlässt, dass der Klient empathisch versteht, dass er vom Therapeuten empathisch verstanden wird ...“ (Vincent, 2005, S. 40).

Er hat sich einer manchmal ins Esoterische gehenden Sprache bedient, wenn er zum Ausdruck bringen wollte, dass diese empathische Begegnung zwischen zwei Menschen alles andere ist als eine nur oberflächliche Berührung und Erschütterungen und Veränderungen für beide bedeuten kann. Er hat z. B. gesagt: „Wenn ich meinem inneren intuitiven Selbst am nächsten bin“, oder „wenn mein inneres Wesen das innere Wesen eines anderen berührt“, „dann transzendiert unsere Beziehung sich selbst und wird Teil eines größeren Ganzen“ (Cox, 2009, S. 216, übers. von B-R).

Heute sprechen Personzentrierte Psychotherapeuten von Beziehungstiefe, die in einer empathischen Begegnung erreicht werde. Was sie bedeutet, illustriert z. B. Cox (2009, S. 215, übers. von B-R) mit einer Fallvignette:

*„Vor allem das Erleben des Schmerzes über den Tod ihrer Tochter blieb für sie wie ein Todeskrampf. An einem Tag verzerrte die Intensität dieses Schmerzes ihre Worte bis zur Unverständlichkeit. In mir entstand in diesem Moment das Gefühl zu versagen, das ich schon oft in Gesprächen mit ihr erlebt hatte. Wie könnte ich ihr irgendetwas sagen, das auch nur im Entferntesten an ihre Erfahrungen heranreichen würde? Ich empfand großes Mitleid und war überwältigt von meiner Erfahrung ihres Todesschmerzes. Ich fühlte ihn in mir. Und in diesem Moment des tiefen aufmerksamen Zuhörens begann in mir die Empfindung einer tiefen Verbundenheit mit meinen eigenen Erfahrungen und mit ihren. In dem Maße, in dem ich meine eigenen Gefühle zunehmend erkennen und annehmen konnte, war mir immer weniger danach, irgendetwas zu sagen. Sobald ich einen Weg gefunden hatte, mit uns beiden zu sein, konnte ich ihr klarer mitteilen, dass ich sie in ihrer Welt empathisch verstehe.“*

Der Autor kommt zu dem Schluss: „Ohne meine auch körperlich gefühlte empathische Wahrnehmung („felt embodied empathy“) des Schmerzes meiner Klientin und wenn ich nicht bei diesem Schmerz hätte bleiben können, hätte ich nur eine oberflächliche Verbindung zu ihr aufnehmen können.“ Am Ende der Sitzung habe die Klientin ihre tiefe Dankbarkeit dafür zum Ausdruck gebracht, dass sie sich durch und durch gehört gefühlt habe und dass diese Erfahrung sie – so ihre eigenen Worte – ins Leben zurück gebracht hätte. Steve Cox schlägt im Zusammenhang mit solchen Erfahrungen vor, von Beziehungstiefe zu sprechen.

Mit diesem Gesprächsbeispiel soll abschließend und zusammenfassend gezeigt werden, wie wir Empathie heute verstehen:

Empathie bedeutet eine wirkliche Begegnung der inneren Erfahrungswelten von Menschen, die man heute neurobiologisch

nachweisen kann. Der Therapeut reagiert sehr komplex auf das Erleben des Klienten: Es bildet sich in ihm ab und zugleich entwickelt er eine eigene Reaktion auf diese – wie wir aus der Neurowissenschaft wissen – Imitation des Erlebens eines anderen. Diese Reaktion ist zunächst Sprachlosigkeit, vermutlich entspricht sie einem Überwältigt-Sein, die er dann erlebt als eine Abweichung von der Unbedingten Wertschätzung: Er will seiner Aufgabe als Therapeut entsprechend der Klientin gegenüber wenigstens etwas von seinem empathischen Miterleben ausdrücken können. Es gelingt ihm dann, sein Mitgefühl – seine Imitation – zu reflektieren, die „als-ob“ Haltung einzunehmen. Das entfernt nun Therapeut und Klient

keineswegs voneinander, sondern führt zu einem geteilten Erleben zusammen mit dem Empfinden von Verbundenheit. Das bestätigt ihm die Klientin später, die diese Verbundenheit mit dem Therapeuten wie eine Verbindung zum eigenen Leben empfindet.

Die Entwicklungsforschung und im Rahmen dieser vor allem die Beobachtung der Beziehungen zwischen Kindern und ihren Bindungspersonen macht ebenfalls deutlich, dass wir offenbar vom ersten Tag unseres Lebens an solcher empathischer Begleitung durch andere Menschen bedürfen, um aus der Erfahrung dieser Begegnung mit einem anderen die Begegnung mit uns selbst, unserem eigenen Leben, herauslösen zu können.

## Literatur

- Auckenthaler, A. & Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 4, 388–392.
- Bischof-Köhler, D. (1989). *Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition*. Bern: Huber.
- Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89–108). New York: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 16(3), 252–260.
- Bozarth, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the Rogerian hypothesis. In A. C. Bohart, & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy* (pp. 81–102). Washington, DC: APA.
- Bühler, C. (1930). *The first year of life*. New York: Day
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy. The facts are friendly*. London: Sage.
- Cox, S. (2009). Relational Depth: Its relevance to a contemporary understanding of person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8 (3), 208–223.
- Feshbach, N. D. (1997). Empathy. The formative years – Implications for clinical practice. In A. C. Bohart, A. C. & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy* (pp. 33–59). Washington, DC: APA.
- Gallese, V. (2006). Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Research*, 1079, 15–24.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counselling and psychotherapy: components, consequences and antecedents. *The Counselling Psychologist*, 13 (2), 155–243.
- Gruen, R. J. & Mendelsohn, G. (1986). Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 609–614.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie, Lehrbuch für die Praxis* (S. 117–138). Heidelberg: Springer.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delta/Dell.
- Paukner, A., Suomi, S. J., Visalberghi, E. & Ferrari, P. F. (2009). Capuchin monkeys display affiliation toward humans who imitate them. *Science*, 325, 880–883.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin / *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed), *Psychology, a study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill / *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic – An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10.
- Rogers, C. R. (1976). Eine neue Definition von Einfühlung. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H. J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute* (S. 33–51). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1980a/1981). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin / *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett.
- Sagi, A., & Hoffman, M. L. (1976). Empathic distress in the newborn. *Developmental Psychology*, 12, 175–176.
- Wispe, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314–321.
- Vincent, S. (2005). *Being empathic. A companion for counsellors and therapists*. Oxford, UK: Radcliffe Publishing.

## Autorin:

Eva-Maria Biermann-Ratjen, *Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in privater Praxis, Hamburg.*

## Korrespondenzadresse:

*Dipl.-Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen*  
 D-20249 Hamburg, Loehrsweg 1  
 E-Mail: [Biermann-Ratjen@web.de](mailto:Biermann-Ratjen@web.de)

Margret Katsivellaris

# Personzentrierte Aspekte zur Entwicklung kindlicher Sexualität in der Beziehung zur Mutter

**Zusammenfassung:** In diesem Beitrag wird versucht, das Phänomen Sexualität in den personzentrierten Bezugsrahmen zu bringen und beschreibend zu erfassen. Fokussiert wird die Entwicklung kindlicher Sexualität in der Beziehung zur Mutter. Eingebettet in den Kontext von Pflege und Fürsorge wird die Bedeutung der erotisch-sexuellen Komponente und die Vielfalt der Ausdrucksformen mitunter zu wenig gewürdigt. Ausgehend von einem kurzen historischen Abriss wird in der Zusammenschau bisheriger personzentrierter Zugänge das Lernfeld der „nie nicht sexuellen“ Beziehung zwischen Mutter und Kind beschrieben. Es wird auf die günstigen und ungünstigen Folgen eingegangen und es werden Ansätze für einen personzentrierten Umgang mit dem Thema aufgezeigt.

**Schlüsselwörter:** kindliche Sexualität, weiblich verkörperte Geschlechtlichkeit, sexuelles Selbstentfaltungspotential, sexuelle Selbstbestimmung, sexueller Missbrauch

**Abstract:** Person-centered aspects concerning the development of childhood sexuality in the relationship to the mother. The article describes the phenomenon of sexuality within a person centered framework. The focus is on the development of the childhood sexuality and its relationship to the mother. In the context of child care, this relationship's erotic and sexual meanings and their multiple forms of expression have not yet been given due attention. Starting with a short historical synopsis of the person centered approaches concerning the topic, the author offers a person centered description of the "never non-sexual" relationship between mother and child and its favorable and unfavorable consequences.

**Keywords:** childhood sexuality, female embodied gendered being, potential for sexual self development, sexual self-determination, sexual abuse

## 1. Sexualität allgemein

### Historische Aspekte zur Entwicklung des Begriffs „Sexualität“

Die französische Sprache des 16. Jahrhunderts zum Beispiel kannte noch 300 Worte zur Bezeichnung des Koitus und 400 zur Benennung der Genitalien. Im 18. Jahrhundert gab es den Begriff „Sexualität“ noch nicht, sondern nur das Adjektiv „sexuell“, womit der Geschlechtsunterschied zwischen Mann und Frau angedeutet wurde. Mit „le sexe“ war das weibliche Geschlecht gemeint. Im Übrigen sprach man von „amour“, „minne“, „Venus“. Der Terminus „Sexualität“ entstand wahrscheinlich im Laufe des 19. Jahrhunderts in den Industriegesellschaften, als man die sexuellen Komponenten zahlreicher Verhaltensweisen zu einem Ganzen zusammenfasste. Gründe dafür sind Voreingenommenheit gegenüber diesen Verhaltensweisen sowie eine hypersexuelle Einstellung, die impliziert, dass der sexuelle Teilaspekt der wichtigste sei (Ussel, 1977, S. 8).

Die Voreingenommenheit gegen Onanie und die Angst, sie durch explizite Benennung in der Anti-Onanieliteratur zu fördern,

veranlasst Theologen, Mediziner und Pädagogen bereits in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts nach neutralen, sexuell nicht erregenden Begriffen zu suchen. Zur gleichen Zeit wird in der Botanik die Fortpflanzung durch Bestäubung entdeckt und dafür der Begriff „Sexualität“ geprägt. Er wird als wertneutral und wissenschaftlich abgesichert begriffen und mündet letztlich in der einseitigen biologischen Konnotation von Sexualität (Kentler, 1984, S. 41).

Die Anbindung der begrifflichen Vorstellung von Sexualität an Fortpflanzung ermöglicht es, Kindern Sexualität abzusprechen und trägt zum Fortbestand einer gesellschaftlichen Wirklichkeit auf der Basis patriarchaler Herrschaftsverhältnisse bei.

Während Männern Sexualität jenseits von Fortpflanzung und gesellschaftlicher Moralvorstellungen immer schon stillschweigend zugestanden wurde, bleiben Frauen auf ihre biologische Funktion von Reproduktion und auf ihre Rolle als Mütter reduziert. Spezifische an die eigene Geschlechtlichkeit gebundene Erfahrungen und Erlebnisse werden begrifflich nicht differenziert, ihre Auslegung ist Teil des männlich dominierten Wertesystems. Sie werden nicht an- und aus-gesprochen, vielmehr ab-gesprochen, sanktioniert

und pathologisiert. In logischer Konsequenz wird ihnen daher auch keine Bedeutung in der Mutter-Kind-Beziehung zu-gesprochen.

Die Entstehungsgeschichte des Begriffs „Sexualität“ bildet repressive gesellschaftliche Strukturen und deren Konsequenzen für die Entfaltung des sexuellen Potentials von Kindern und Frauen ab. Er bündelt Komplexität und schafft dadurch Einschränkungen, Mangel und Entsexualisierung. Als Fachausdruck erleichtert er allerdings das Reden und Schreiben darüber, Sexualität wird ab dem zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts zunehmend Gegenstand der Wissenschaft (Kentler, 1984, S. 10).

### Kindliche Sexualität im historischen Abriss

Soziale Strukturveränderungen als Folge der immer rascher voranschreitenden Industrialisierung haben ein gesellschaftliches Klima entstehen lassen, in dem Sexualität mehr und mehr mit Liebe, Selbstverwirklichung und persönlichem Lebensglück verbunden wird. Sexualität wird psychologisiert und biografisiert. Sie wird mit Wünschen, Sehnsüchten, Leiden, Fantasien, Empfindungen ausgestattet und erhält ihren Platz in der Lebensgeschichte des bürgerlichen Individuums, wird ein Teil seiner Identität, seiner Besonderheit und seiner Individualität (Schmidt, 2004, S. 312 f).

An prominenter Stelle und mit nachhaltiger Bedeutung für das Verständnis von Sexualität steht Sigmund Freuds Werk „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ mit dem Kapitel „Die infantile Sexualität“ am Anfang des 20. Jahrhunderts. Sein Verdienst ist die Befreiung einengender Vorstellungen über die Sexualität des Kindes, schafft jedoch neue für die Frau und Mutter. Differenzierte theoretische Konzepte stillen die Sehnsucht nach eindeutigen Antworten und etablieren gleichzeitig Konstrukte, die sich an männlichen Vorstellungen und Werten orientieren. Weibliche Sexualität und damit einhergehende Bedürfnisse und Ängste werden als Ausdruck von Penisneid und hysterischen Fantasien interpretiert.

Die Frauenbewegung setzt der bis in die 1970er Jahre weit verbreiteten selbstverständlichen Vorstellung darüber, dass die sexuellen Bedürfnisse von Frauen männlicher Definitionsmacht und Bewertung unterstehen, massiven Protest entgegen. Die Frage nach dem „eigentlichen“ sexuellen Wesen der Frau durchzieht die öffentliche Diskussion.

In den 1980er Jahren kam zur Befreiung des weiblichen Begehrens auch die Befreiung vom Schweigen über die Schattenseiten sexueller Erfahrungen, die Freud zugunsten der Verführungstheorie verworfen hat. Der Selbstbestimmungsdiskurs im Zuge der Enttabuisierung sexueller Gewalt hat eine erhöhte Wachsamkeit gegenüber Verletzungen von körperlicher und seelischer Integrität geschaffen, die Frauen und Kinder aufgrund unterschiedlicher Macht im Geschlechterverhältnis wie im Eltern-Kind-Verhältnis gleichermaßen betrifft.

Allerdings hat dieses erhöhte Bewusstsein im Hinblick auf Grenzüberschreitungen sowohl im öffentlichen als auch im

fachlichen Diskurs zur Tendenz geführt, Sexualität vornehmlich in ihrer negativen Konnotation zu thematisieren. Die Angst vor Gefahr und das Recht auf Schutz kann dazu führen, dass der Zugang zu den Ressourcen für die Entfaltung positiv erlebter Sexualität zu wenig beachtet wird.

## 2. Sexualität im Personzentrierten Ansatz

Ähnlich wie in der modernen Sexualforschung ist auch bei C. R. Rogers und im Personzentrierten Ansatz die Kenntnis kultureller und gesellschaftlicher Zusammenhänge und Geschichtlichkeit wesentlich für die Theoriebildung. Dies mag erklären, warum die Auseinandersetzung mit Sexualität in der personzentrierten Literatur, insbesondere der kindlichen Sexualität, den sexuellen Missbrauch fokussiert.

Rogers selbst hat explizit keine Theorien zur Sexualität ausgearbeitet. Dies muss nicht als Nachteil gesehen werden, sondern schützt auch vor verzerrende Reduktion komplexer Phänomene.

*Marietta Winkler (1992)* fasst die Vorteile zusammen: „Rogers hat uns zu den Stichworten Frau, Sexualität, Macht, Aggression, usw. viele Fragen unbeantwortet gelassen. Dafür gebührt ihm unser Dank. Er belässt damit die Verantwortung bei den Frauen und Männern, die therapeutisch arbeiten. Wir sind angehalten, die Antworten selbst zu finden.“ (a. a. O., S. 194)

Die Bereitschaft, zwischen den Zeilen zu lesen und dort nach Antworten zu suchen, ist eine prinzipielle Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit Rogers: allgemein gehaltene, abstrakte Aussagen sind auf ihre Gültigkeit für Teilaspekte zu untersuchen und wieder in den Gesamtkontext einzugliedern. Das gilt auch bzw. ganz besonders für sexuelle Phänomene, hier in Anlehnung an die Definition von van Ussel verstanden als „alles, was Haltungen, Verhaltensweisen und Handlungen von Menschen miteinander oder mit sich selber als Geschlechtswesen betrifft“ (Ussel, 1977, S. 10).

Zu Rogers' persönlichen Grundlagen gehören z. B. Erfahrungen mit sexuellen Problemen in seiner Ehe, die er als Proband bei G. V. Hamilton für eine Untersuchung über sexuelles Verhalten reflektiert. Die von ihm selbst als „fightening process“ bezeichnete Auseinandersetzung mit seiner Frau bildete die Grundlage für gemeinsam initiierte Workshops über Ehe und Sexualität (Groddeck 2002, S. 48–51).

Fragen zur kindlichen Sexualität sind ein wichtiger Teil von Rogers' ersten beruflichen Erfahrungen und Ausgangspunkt seiner Theoriebildung. Als Psychologe arbeitet er mit straffälligen Kindern und Jugendlichen am „Institute for Child Guidance“ in New York und an der „Society for the Prevention of Cruelty to Children“ in Rochester. Beide Institutionen sind psychoanalytisch dominiert, und Rogers beschreibt seine Faszination für die Schriften des Psychiaters William Healy. Dieser ging – beeinflusst von Freud und Aichhorn – davon aus, dass vor allem sexuelle Triebhaftigkeit zu kriminellen Verhaltensweisen führen. Alles, was mit libidinöser Energie

zu tun hatte – zu viel Onanie, zu frühe Triebregungen, aber auch zu wenig triebhafte Erregung – konnte als Ursache und Erklärung herangezogen werden. Anhand „durchwegs kleiner Fälle“ (Rogers, 1969a/1973, S. 26) schildert er sein Bemühen um das theoretische Erkennen von Zusammenhängen zwischen Verhaltensauffälligkeiten und sexuellen Konflikten und dessen praktische Umsetzung mit Hilfe von Deutungen. Er beschreibt die „Momente der Desillusionierung“ angesichts der wachsenden Erfahrung, dass überdauernde Erfolge bei den so „gelösten“ Fällen ausblieben. Mit zunehmender Erfahrung erkennt er die Gefahr der Reduktion kindlicher Verhaltensauffälligkeiten auf verinnerlichte sexuelle Konflikte. Er stellt die Triebtheorie massiv in Frage und beginnt sich auf die Bedeutung kindlicher Beziehungserfahrungen zu konzentrieren. Er stellt emotionale Probleme und subjektive Erfahrungen von Kindern in den Mittelpunkt. Dabei geht er auf die Faktoren Anlage, organische Ausstattung, organismische Bedürfnisse, kulturelle und soziale Einflüsse ein.

Dieser Zugang war neu und widersprach den damaligen Auffassungen der Kinderpsychologie. Rogers' Ziel war es, die Erlebenswelt von Kindern zu erschließen und auf diese Weise Möglichkeiten für Prozesse der Veränderung aufzuzeigen. Es mag den Anschein haben, dass Rogers Sexualität dadurch ausklammert, zumal er selbst nicht nach Erklärungsmodellen für sexuelle Phänomene, sondern nach solchen für Verhaltensauffälligkeiten sucht. Dennoch kann festgestellt werden, dass er der triebtheoretischen Position eine milieutheoretische gegenüberstellt, welche das Erleben des Kindes nicht ausschließlich auf psychodynamische Konflikte reduziert. Er richtet seine Aufmerksamkeit auf den äußeren Bezugsrahmen und erweitert das Wahrnehmungsfeld, so dass Sexualität nicht nur als Ausdruck der Beziehung zu sich selbst verstehbar wird. In der Beziehung zu anderen zeigt sich die laufende Veränderung und somit Geschichtlichkeit von sexueller Entwicklung.

Dieser Zugang ist gerade in Zeiten soziokultureller Umbrüche von besonderer Bedeutung. Erwachsene und Kinder treffen auf zahlreiche Möglichkeiten zur Entfaltung ihres sexuellen Potentials und sind mitunter überfordert. Die notwendige Reduktion der äußerst komplexen Phänomene Sexualität und Umwelt braucht nicht starre Konzepte, sondern flexible Erklärungsmodelle. Dabei macht es einen Unterschied, ob „die Termini wie Atome anfänglich gesetzt oder in einem Zusammenhang reflektierend entfaltet werden“ (Sigusch, 2005, 213).

### **Weiterführende Theorien zum Phänomen Sexualität im Personzentrierten Ansatz und ihre Relevanz für das Verständnis von Sexualität in der Mutter-Kind-Beziehung**

Die untersuchten personzentrierten Arbeiten greifen unterschiedliche Aspekte der Sexualität heraus: Sexualität als Haltung, Verhaltensweise und Handlung, Sexualität im Rahmen eines Beziehungskonzeptes, Sexualität als Teil des organismischen Erlebens bzw. als Ausdruck der Aktualisierungstendenz oder Sexualität als

Kernelement der Identität. Nicht immer werden dabei die Grenzen zwischen Sexualität und Genitalität, zwischen Lust und Erotik streng gezogen. Der Fokus dieses Beitrags liegt nicht auf der definitorischen Abgrenzung dieser Bereiche. Untersucht werden soll vielmehr – mit einem abschließenden Definitionsversuch von Sexualität – die Relevanz der jeweiligen Arbeiten für das Verständnis von Sexualität in der Mutter-Kind-Beziehung.

Marietta Winkler (1992) fokussiert auf die politische Dimension des Personzentrierten Ansatzes. Sie rückt Sexualität als gesellschaftliche Kategorie in den Mittelpunkt und stellt den neutralen Begriff „Person“ und die personzentrierten Grundhaltungen in den Kontext der Geschlechterdifferenz.

Bei ihr findet sich, wie bereits erwähnt, einerseits der Hinweis auf die Vorteile fehlender, zu Dogmatisierung verleitender Theorie. Gleichzeitig zeigt sie Gefahren am Beispiel der therapeutischen Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin sowie an der Mutter-Kind-Beziehung auf. Ihre Aussagen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die bestehende Unterwerfung weiblich verkörperter Geschlechtlichkeit und an sie gebundener Haltungen, Verhaltensweisen und Bedürfnisse unter das männliche Wertesystem wird nicht erkannt, weil die je spezifischen Auswirkungen der Prägung durch gesellschaftliche Normen und Rollenzwänge im Person-Begriff nicht geschlechtsspezifisch differenziert werden.

Die fehlende Geschlechterdifferenzierung im Personbegriff trägt dazu bei, die Zuschreibungen an den Begriff „Mutter“ aus den Vorstellungen des männlichen Wertesystems abzuleiten und in „alter Tradition“ jene Einschränkungen zu etablieren bzw. aufrecht zu erhalten. Daraus folgt für die Entwicklung von Kindern: Frauen/Mütter stehen vor der Entscheidung, sich in Konzepte einzufügen, welche andere für sie entwerfen. Es steht ihnen jedoch ebenso frei, sich für das Leben im Spannungsfeld jener Konflikte zu entscheiden, die sich aus der Unvereinbarkeit von Selbst- und Fremdzuschreibungen ergeben.

In beiden Fällen sind sie, wie schon im historischen Abriss thematisiert, mit Inkongruenzen konfrontiert, die sich auf die Entfaltung ihres eigenen und des sexuellen Potentials ihrer Kinder nachhaltig auswirken.

*Der folgende kurze Einblick in die Arbeit mit Mutter und Tochter im Rahmen einer Erziehungsberatung soll das Gesagte praktisch veranschaulichen.*

Frau W., eine sehr attraktive, eloquente Frau Mitte Dreißig war im Alter von vierzehn Jahren mit ihrer Familie von einem Dorf in Ostanatolien nach Wien übersiedelt.

Sie sucht Unterstützung bei dem aussichtslos scheinenden Bemühen, ihrer 13-jährigen Tochter E. eine gute Mutter zu sein.

E. habe mindestens drei Eigenschaften, die ihre Entwicklung zu einer glücklichen Frau erschwerten. Sie ist aus der Sicht ihrer Eltern und der Großfamilie zu dominant für ein Mädchen, zu spontan

bzw. frech, insbesondere im Kontakt mit den Burschen ihrer Klasse. Grenzen überschreite E. auch beim Essen: gewichtsmäßig zwar „noch“ im Normbereich, aber besorgniserregend vor dem Hintergrund ihrer mangelnden Bereitschaft, körperliche Mängel durch vorteilhafte Kleidung auszugleichen und ihrer Liebe fürs Kochen. Dominanz, Spontaneität, mangelndes Schönheitsbewusstsein und Lust am Essen – das wären schlechte Voraussetzungen, um „in der Liebe“ glücklich zu werden. Frau W. sah am Beginn der Beratung zwei Möglichkeiten: entweder würde E. als „alte Jungfer“ enden oder aber eine „unanständige“ Frau werden, die vielleicht Liebhaber, aber keinen Mann zum Heiraten finden könne. Bei dem Versuch, dieser Entwicklung entgegen zu wirken, stoße sie auf große Widerstände, ihre wohlmeinenden Ratschläge würden von E. als mangelndes Verständnis ausgelegt.

Aus den gemeinsamen Gesprächen entstand folgender Eindruck:

E. ist ein sehr attraktives, junges Mädchen. Sie hat große Ähnlichkeit mit ihrer Mutter, man könnte sie auch für deren jüngere Schwester halten. Auch sie drückt sich sprachlich sehr gewandt und verständlich aus. Sie wirkt sehr offen, interessiert und bereit, ihre Sichtweise so klar wie möglich darzulegen.

Im Laufe der Gespräche ist es sehr gut möglich, anhand der jeweiligen Szene die „Problemstellen“ in der Mutter-Tochter-Beziehung unmittelbar zu thematisieren und sie unter neuen Gesichtspunkten zu betrachten. Lachen wird zu einer dieser Problemstellen: E. hat die Gabe, auch komplizierte Beziehungssituationen sehr pointiert und humorvoll zu beschreiben. Sie bringt uns beide oft zum Lachen. Frau W., die sich schüttelt vor Lachen und „vor lauter Lachen weint“, schämt sich anfänglich sehr für die heftigen Gefühlsausbrüche angesichts der „frecchen“ Aussagen ihrer Tochter. „Frecch“ bedeutet „spontan, unvermittelt, unmittelbar“. Lustvollen Emotionen freien Lauf zu lassen, das könne – so Frau W. – gefährlich werden. Als Frau riskiere sie ihren guten Ruf, als Mutter mache sie sich schuldig, weil sie ihrer Tochter genau jenes Verhalten vorlebe, das sie ihr eigentlich abgewöhnen müsse.

Im Laufe der Gespräche wird deutlich, wie sehr E. sich auf einer zunächst ihr selbst nicht bewussten und natürlich auch für ihre Mutter nicht erkennbaren Ebene darum bemüht, die Mutter bei der Entfaltung ihrer eigenen Sinnlichkeit, Lust und Lebensfreude zu unterstützen, um sich selbst die Erlaubnis dafür zu geben. Sie formuliert den Wunsch, mit der Mutter gemeinsam zu kochen und zu essen, sie beim Kleidereinkauf begleiten und beraten zu dürfen – „einfach nur so, zum Spaß“. Es geht um das Bedürfnis, in der Beziehung zur Mutter Raum zu schaffen für die Entfaltung von Sinnlichkeit und Lust, sich zu lösen von den Einschränkungen, die Frau W. sich selbst und ihrer Tochter aufgrund der Übernahme patriarchaler Rollenzuschreibungen auferlegt. Es geht um den selbst bestimmten, aus den höchst persönlichen Erfahrungen und Bedürfnissen abgeleiteten Entwurf weiblich verkörperter Geschlechtlichkeit. Lust, Sinnlichkeit und Freude am eigenen Körper gehören unbedingt dazu.

Natürlich lässt sich diese Falldarstellung auch lesen als Beispiel für pubertäre Ablösungsproblematik einschließlich Konkurrenz- und Neidproblematik zwischen Mutter und Tochter. Sie lässt sich auch anführen als Beispiel für interkulturelle Probleme mit Schwerpunkt ihrer Auswirkungen in der Pubertät. Hier soll sie jedoch als Beispiel für die Geringschätzung und Beeinträchtigung des sexuellen Potentials in der Mutter-Kind-Beziehung dienen. Zwei Frauen bewegen sich in einem Beziehungsraum, der ausgefüllt ist mit Rollenzuschreibungen an weiblich verkörperte Geschlechtlichkeit, die ihre eigenen organismischen Bedürfnisse ignorieren und pathologisieren. Dabei boten Szenen wie „inadäquates Lachen“ Anknüpfungspunkte für die Entwicklung neuer Theorien zu Frau W.'s ursprünglich formuliertem Anliegen, aus ihrer Tochter eine glückliche Frau zu machen.

Beatrix Teichmann-Wirth (1992) vermisst bei Rogers Differenzierungen zum Phänomen Sexualität und unterstellt so eine implizite Wertung durch Vernachlässigung. Sie betont die fehlende Möglichkeit, Sexualität personzentriert zur Sprache zu bringen.

Vor dem Hintergrund anderer Theorien, insbesondere jener von Wilhelm Reich, formuliert sie ein personzentriertes Verständnis von Sexualität, das auch Sexualunterdrückung und ihre Folgen problematisiert. Einen wesentlichen Beitrag zu konstruktiver Entwicklung von Sexualität leistet der Personzentrierte Ansatz in dem Verzicht auf starre Konzepte oder festgefügte moralische Anschauungen zur Erklärung von Sexualstörungen.

Teichmann-Wirth fokussiert Sexualität als Beziehungsgeschehen, als Ausdruck der Beziehung des Menschen zu sich selbst und zu anderen. Kongruente Sexualität impliziert Freiheit, Erfahrungsoffenheit und Hingabe (Teichmann-Wirth, 1992). Wenngleich die Begriffe „Freiheit“ und „Erfahrungsoffenheit“ hier allgemein und nicht explizit für die Sexualität zwischen Erwachsenen bzw. Müttern und Kindern gemeint sind, verdienen sie gerade in diesem Kontext besondere Beachtung. Der Frau/Mutter wird üblicherweise mehr Freiheit in Form von intensivem Körperkontakt mit dem Kind zugestanden, weil sie traditionell mehr mit Kinderpflege und Versorgung befasst ist. Körperliche Intimität wird eher mit dem Attribut „natürlich“ versehen als beim Mann/Vater. Selbst massive Grenzüberschreitungen werden mitunter als Überfürsorglichkeit, mütterliche Strenge oder offenherzige Sexuaufklärung interpretiert. Ähnlich wie beim Begriff „Person“ kann die Bezeichnung „Kind“ gerade auch von Müttern geschlechtsneutral missverstanden und die Gegengeschlechtlichkeit in der Beziehung zu Söhnen ignoriert werden.

Dazu ein Beispiel aus einer Elterngruppe:

Zwischen Frau A. und ihrem nunmehr neunjährigen Sohn G. sind gemeinsame und gegenseitige Körperpflege „immer schon“ Teil des täglichen Abendrituals, Nacktheit gehört selbstverständlich dazu. Es befremdet Frau A., dass G. das gemeinsame Bad neuerdings mit der Begründung ablehnt, dass ihm vor dem Schamhaar der Mutter ekele.

Während Frau A. zunächst im „Außen“ (Medien, schlechter Einfluss älterer Spielkameraden, ...) nach Ursachen für G.'s Verhalten

sucht, verlagert sich der Fokus in der Gruppendiskussion auf sexuelle Aspekte in der unmittelbaren Beziehung zwischen ihr und G. Ausgelöst durch die Frage einer Teilnehmerin, wie Frau G. wohl reagieren würde, wenn ein erwachsener Mann sie in dieser Art kränken würde, wurden viele Aspekte deutlich, die gerade in Mutter-Sohn-Beziehungen häufig anzutreffen sind. Frau A. interpretiert die Badeszene nicht als potentiell sexuelle Situation, weil sie – wie so viele Mütter – von einem geschlechtsneutralen Kindbegriff ausgeht, der impliziert, dass G. in der Beziehung zu ihr für Erfahrungen seiner männlichen Geschlechtlichkeit nicht offen ist. In ihren Annahmen bestärkt fühlen sich Mütter häufig durch das Fehlen körperlicher Veränderungen als Hinweis auf pubertäre Entwicklung. Der Aspekt „realer Männlichkeit“ an einem neunjährigen Knaben lässt sich um so leichter ausblenden, als Frau A. – auch hier beispielhaft für viele Frauen – ihre eigene Geschlechtlichkeit in der Beziehung zum Sohn ignoriert. So kommt es ihr gar nicht in den Sinn, dass G. tatsächlich sie und ihr Schamhaar meinen könnte. Die asexuelle Perspektive lässt auch Schamgefühle bei der Mutter als Möglichkeit zur Beachtung der kindlichen Grenzen gar nicht erst aufkommen.

In der Gruppe entstand nach etlichen Deutungsversuchen zur Abwehr sexueller Komponenten – z. B.: „er ist noch ein Kind und meint es nicht so“ – Konsens darüber, dass G.'s Ekel vor dem Schamhaar der Mutter ernst zu nehmen sei. Von dieser Position aus war es möglich, die Überlegungen zur Bedeutung – im Sinne von: „Was will er der Mutter damit sagen?“ – anzustellen.

In weiterer Folge erhärtete sich die in der Gruppe entwickelte Theorie, dass G. der Mutter ein Zeichen setzen wollte, die Grenzen seiner Intimsphäre zu respektieren.

Das Beispiel zeigt auf, dass die fehlende Geschlechterdifferenzierung in den Begriffen „Mutter“ und „Kind“ ähnlich wie im Begriff „Person“ zur Vernachlässigung sexueller Dimensionen in der Mutter-Kind-Beziehung verleiten kann. Eine „Mutter-Kind-Beziehung“ ist immer auch eine „Frau-Mann-Beziehung“ oder eine „Frau-Frau-Beziehung“. „Mutter“ hat kein Geschlecht – mitunter auch dann nicht, wenn ihr Sohn sie direkt auf ihr Schamhaar anspricht. „Kind“ – hier das männliche – kann nicht die Frau meinen, weil es zu jung „dafür“ ist und weil sie ja „Mutter“ ist. Mit dem auf die Mutterfunktion reduzierten Selbstkonzept erlebt sie die Zurückweisung auch nicht als Kränkung, die Gründe für G.'s Verhalten werden anderswo gesucht. Gerade das „Nicht spüren dürfen“ der an ihre Geschlechtlichkeit gebundenen Gefühle in der Beziehung zu A. machte es schwieriger, grenzüberschreitendes Verhalten zu erkennen.

An die „Allgemeinheit und Uniformität“ (Howe, 1989, zitiert nach Spielhofer, 1996, S. 3) des Personenzentrierten Ansatzes knüpft auch Hermann Spielhofer (1996) an, der Sexualität als Beispiel heranzieht, um die Verschränkung von menschlicher Natur und sozialen Einflüssen aufzuzeigen.

Er umschreibt Sexualität als „vitalen Bedürfnis des Menschen, das primär auf genitale Lust und Entspannung (Orgasmus)

ausgerichtet ist, aber auch in Phantasien und Verhaltensweisen im Vorfeld der genitalen Befriedigung, wie Zärtlichkeiten, Berührungen und Betrachtungen Erfüllung findet. Sie beeinflusst insgesamt das Verhalten und die Einstellung zu anderen Personen sowie zum eigenen Körper und ist Ergebnis der Vermittlung von biologischen Anlagen und sozialen Einflüssen, insbesondere der Interaktionen mit den primären Bezugspersonen von Geburt an“ (Spielhofer 1996, S. 49).

Unter Bezugnahme auf A. Lorenzer (1972) verweist Spielhofer auf die Übertragung von Phantasien und Wünschen primärer Bezugspersonen auf das Kind, die immer auch Abbild der Einstellung zu ihrer eigenen Geschlechtlichkeit sind. D. h. positives und negatives an die eigene Geschlechtlichkeit gebundenes Empfinden der Mutter wird durch ihre unbewussten, affektgesteuerten körperlichen Reaktionen direkt auf das Kind übertragen und über die sensorischen Austauschprozesse Teil seines eigenen organismischen Erlebens. Sie bestimmen seine Einstellungen zu seinem Körper und in der Folge die weitere Entwicklung seiner Sexualität lange vor jeder Bewusstseinsfähigkeit.

Spielhofer befürwortet die personenzentrierte Sicht von Subjektivität und der Natur des Menschen, um Tendenzen einer unreflektierten Anpassung des Individuums an gesellschaftliche Normen oder an ideologische Konzepte von „wahrer Persönlichkeit“ entgegenzuwirken. Gleichzeitig betont er die Notwendigkeit der Öffnung der theoretischen Konzepte für einen dialektischen Entwicklungsbegriff, der es u. a. ermöglichen soll, persönliche Erfahrungen zur Sexualität einzuordnen und theoretisch aufeinander zu beziehen.

Peter F. Schmid stellt in dem Versuch, Sexualität und ihren verschiedenen Erscheinungsformen genuin personenzentriert zu verstehen, 36 Thesen auf (Schmid, 1996).

Er zeigt ihre besondere Bedeutung im Rahmen der Aktualisierungstendenz und in der Beziehungsangewiesenheit des Menschen auf und verweist auf die sexuellen Dimensionen der Grundhaltungen von Carl Rogers.

Schmid distanziert sich von einer „nahezu grenzenlosen Erweiterung auf jedwedes Lustvolle und Begehrte“ ebenso wie von der „Fixierung auf aktuierte Genitalität“ (Schmid, 1996, S. 488). Ich möchte auch hier einige Aussagen herausgreifen, die für das Verständnis von Sexualität in der Mutter-Kind-Beziehung relevant sind.

1. Sexualität als Ausdruck der Aktualisierungstendenz ist primär als potentiell konstruktiv und vertrauenswürdig, nicht als bedrohlich oder gar destruktiv und daher mit Reserviertheit und Tabus zu betrachten bzw. (moralischen) Reglementierungen zu unterwerfen. Die Erscheinungsformen und Ausdrucksformen der Sexualität sind vielfältig. Es gibt keine „richtige“ Sexualität. Die Erscheinungsformen sind primär als Spielarten der Aktualisierung, nicht als Ausdrucksformen von Inkongruenz zu verstehen. Gerade Kinder verfügen grundsätzlich über ein breites Spektrum an „Spielarten“ zur Aktualisierung ihres sexuellen Potentials, die von Erwachsenen

häufig als solche nicht erkannt oder missverstanden werden. An der Schnittstelle zwischen sexuellem Verhalten, das sich aus dem Wesen des jeweiligen Kindes entfaltet und sexualisiertem Verhalten – also jenem Verhalten, das dem Kind nicht ursprünglich gemäß, sondern von außen oktroyiert ist – gibt es eine Bandbreite von Ausdrucksformen, die zunächst oft nicht eindeutig zugeordnet werden können.<sup>1</sup> Das Verhalten von Müttern kann von Gewähren lassen/ allenfalls Regulieren über Fördern/Behindern bis zum Überschreiten von Grenzen im sexuellen Missbrauch reichen. Die Verhaltensweisen implizieren Erfahrungen aus der eigenen sexuellen Biografie ebenso wie soziokulturelle Aspekte ihrer Gesellschaft. Durch die in Wechselwirkung zueinander stehenden Ebenen potenziert sich die Vielfalt ihrer Reaktionsmöglichkeiten. Das kann verunsichern und den Blick für die sexuellen Spielarten des Kindes als Ausdruck seines unverwechselbaren Wesens, als Ausdruck seiner Identität verzerren oder einengen.

2. „Die Sexualität des Menschen hat immer mit dem Kern der Person zu tun: Sie ist daher entscheidend für Identität und Entfremdung.“ Entsprechend empfindet man sexuelle Zurückweisung immer als Zurückweisung der ganzen Person (Schmid, 1996, 492). „Sexuelle Zurückweisung“ durch die Mutter passiert dort, wo sie die an die je spezifisch verkörperte Geschlechtlichkeit des Kindes gebundenen Empfindungen und Bedürfnisse nicht als solche wahrnimmt, abwertet oder ignoriert. Ignoranz sexueller Aspekte kann den Weg bereiten für sexuelle Übergriffe (z. B. im Zuge der Körperpflege, durch Verletzung der Intimsphäre, Ignorieren bzw. Verspotten von Schamsignalen).

3. Die personzentrierten Grundhaltungen sind für eine konstruktive Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität unabdingbar (Schmid, 1996, 499). Wichtige Bezugspersonen – so *Peter F. Schmid* – sind Facilitators dieser Einstellungen für den Bereich des Geschlechtlichen. So haben seine zusammenfassenden Aussagen

1 Ina Maria Philipps verweist in ihrem Vortrag mit dem Titel: „Sexualisiertes Verhalten – brauchen wir neue Bewertungen?“ auf die Bedeutung des transgenerationalen Aspekts bei der Beurteilung sexualisierten Verhaltens. Veränderungen im Sexualverhalten der nachwachsenden Generation werden auf der Folie eigener Selbstverständlichkeiten, Umgangsformen, Beziehungsgestaltung oder Einstellungen wahrgenommen und als gefährlich oder gesund, bedenklich oder erfreulich, erleichternd oder erschwerend für die psychosexuelle Entwicklung eingestuft. Demnach fällt schon auf, was anders ist. „Auffällig“ muss nicht zwangsläufig eine pathologische Dimension haben. Philipps hebt 3 Aspekte hervor: 1. Kinder drücken ihre Freude an körperlichen Berührungen, ihre sinnliche und sexuelle Lust deutlicher aus als es erwachsene Bezugspersonen aus der eigenen Kindheit gewohnt sind. 2. Kinder drücken über Kleidung und Verhalten ihre Weiblichkeit bzw. Männlichkeit anders und in den Augen der Erwachsenen womöglich demonstrativer aus, der Körperkult hat sich in die Kindheit vorverlagert. 3. Kinder benutzen verstärkt und anscheinend ungehemmt sexuelle Begriffe und Gesten sowohl untereinander als auch gegenüber Erwachsenen. Verbote von so genannten „schmutzigen Wörtern“ werden nicht beachtet. Erwachsene erleben sich diesem Umgangston wider Willen ausgesetzt und seltsam machtlos.

über die therapeutische Beziehung (Schmid, 1994, 500) in abgewandelter Form auch für die Mutter-Kind-Beziehung Gültigkeit: Eine echte, nicht-sexualisierte, liebevolle Zuwendung der Mutter zum Kind, die es auch in seinen an die je individuell verkörperte Geschlechtlichkeit gebundenen Ausdrucksweisen schätzt und sich in diese einzufühlen bemüht ist, fördert bei diesem ein Selbstkonzept, das realistischer, dem organismischen Erleben gegenüber offener und damit insgesamt konstruktiver ist.

Da Sexualität vom Körper ausgeht und personzentriert ausgelegt werden soll, liegt es nahe, auch die körperbezogene Philosophie von Eugene T. Gendlin (z. B. 2007) in eine Definition mit einzu beziehen. Er hat mit seinem Konzept des „Experiencing“, des „unmittelbar gegenwärtigen Erlebens“, auf welches sich Rogers besonders im Zusammenhang mit der Empathie bezieht, den Körper zum Thema im Personzentrierten Ansatz gemacht.

Mit „Körper“ meint Gendlin nicht den Körper als mathematische Einheit, den *von außen* betrachteten Körper, der Raum und Zeit ausfüllt, sondern den *von innen gefühlten* Körper. Er ist die Ausdrucksfläche, der Ort des vorbegrifflichen, verborgenen Wissens, das durch Fokussierung auf das innere Erleben erspürt, in seiner Bedeutung erkannt und benannt werden kann. Dieser Körper ist immer und von allem Anfang an in Wechselwirkung, in Interaktion mit seiner Umwelt, mit der Situation. Die jeweils konkrete Situation wird also nicht nur von außen betrachtet, sondern im Körper gespürt und der Körper verändert die Situation, er „macht“ sie. Dieser von innen gespürte Körper weiß eine ganze Menge über die Umwelt, das körperlich gespürte Wissen enthält implizite Informationen der Umwelt (vgl. *Wiltshcko, 2008*).

Gendlins körperbezogene Philosophie ist für das hier behandelte Thema bedeutungsvoll, weil sie

1. jene Komponente von Sexualität erfasst, die über die Sprache hinausführt,
2. die situationalen Aspekte sexuellen Verhaltens und Handelns verdeutlicht und somit die Wechselwirkung von sozialen und individuellen Komponenten hervorhebt. Der von innen gefühlte Körper spricht nicht über seine Sexualität, sondern *von* ihr aus, vom Ort ihres Erlebens.
3. Sie veranschaulicht, dass das Kind von Anfang an die Situation seiner Mutter, ihre emotionale Befindlichkeit „spürend weiß“ und umgekehrt.

Aus diesem Verständnis fließen in die Definition von Sexualität jene für das personzentrierte Menschenbild typischen Merkmale ein, wie sie von *Peter Schmid* und *Marietta Winkler* hervorgehoben und von der modernen Sexualforschung (vgl. *Sigusch, 2005*) bestätigt werden:

Es gibt nicht eine „richtige“ Sexualität, ihre vielfältigen Ausdrucksformen sind primär nicht als Ausdruck von Inkongruenz zu

verstehen. Die Antworten auf Fragen zur Sexualität sind im Individuum selbst zu suchen, Termini können nicht wie Atome anfänglich gesetzt, sondern müssen in einem Zusammenhang reflektierend entfaltet werden.

### Zusammenfassende Definition

Sexualität ist ein Potential, das an die je spezifisch verkörperte Geschlechtlichkeit gebunden und grundsätzlich auf deren Entfaltung, Wachstum und Erweiterung ausgerichtet ist.

„Spezifisch verkörperte Geschlechtlichkeit“ reduziert das mit dem Begriff „Sexualität“ beschriebene Phänomen nicht auf die von außen sichtbare Geschlechtlichkeit, sondern meint – in Anlehnung an das Verständnis von Gendlin – die aus dem Inneren des Körpers gefühlte Geschlechtlichkeit. Sie ist der Ort, der Raum, von dem aus Emotionen und Affekte erforscht, individuell als geschlechtsgebunden interpretiert und über die Körperfunktionen als Bedürfnisse und Wünsche in Handlungen und Verhalten transformiert werden.

Sexualität ist – wie der Körper selbst – in Wechselwirkung und Interaktion mit der Umwelt, mit der Situation. Dadurch potenziert sich die Vielfalt der Erlebens- und Ausdrucksformen. Sie entfaltet sich immer in Beziehungen – zu sich selbst und/oder zu anderen Menschen in bestimmten gesellschaftlichen Kontexten mit ihren politischen, kulturellen, religiösen Ausrichtungen und Prägungen. Diese in Wechselwirkung stehenden Beziehungsformen bieten – kontextabhängig – Raum zur Entfaltung und zur Begrenzung des sexuellen Potentials.

Zusammenfassend beinhaltet meine Definition von Sexualität drei Bereiche:

- Ausgangspunkt ist ein allgemeines Verständnis von Sexualität als Potential des Organismus, das entfaltet werden kann.
- Ein weiterer Bereich erfasst die Transformation inneren Erlebens auf der körperlichen Ebene und die Möglichkeiten, geschlechtsgebundenes Erleben differenziert wahrzunehmen und individuell zu interpretieren
- Drittens wird auf die Erlebensformen und ihre Ausdrucksmöglichkeiten, deren kontextabhängige Begrenzung und daraus resultierende Verhaltensweisen und Haltungen fokussiert.

In der praktischen Arbeit mit Klientinnen und Klienten ist es notwendig, diese Teilaspekte von Sexualität – Umgang mit dem grundsätzlichen Potential, Erleben und Bedeutungszuschreibung, Transformation in Handeln und Begrenzung des Handlungsspielraums – sowohl getrennt als auch in ihrer Wechselwirkung zu erkennen, um ihre Integration in das Selbstkonzept zu ermöglichen.

## 3. Die Beziehung zur Mutter als Raum für die Entfaltung sexuellen Potentials

### Möglichkeiten und Grenzen auf der Basis personzentrierter Entwicklungslehre

Die Sexualität des Kindes lässt sich – so wurde im historischen Abriss aufgezeigt – nicht losgelöst von der Sexualität der Frau betrachten und umgekehrt. Ebenso weisen Einschränkungen zur Entfaltung des je eigenen sexuellen Potentials Parallelen zwischen den beiden Gruppen auf.

Welche Möglichkeiten und Grenzen für die Entfaltung sexuellen Potentials des Kindes bietet nun der Raum in der unmittelbaren Beziehung zwischen Mutter und Kind? Im personzentrierten Verständnis ist das Kind eine „unverwechselbare, achtenswerte“ Person, die das Recht hat, ihr Erleben auf ihre persönliche Weise zu bewerten und der umfassende, autonome Entscheidungsbefugnisse eingeräumt werden.

In den Postulaten über das Wesen des Kindes betont Rogers, dass die Wahrnehmung der Umgebung durch das Kind diese selbst konstituiert. Es lebt in einer Umgebung, die theoretisch betrachtet, nur in ihm selbst existiert. Da seine Erfahrung seine Realität ist, besitzt es somit ein potentiell größeres Gewährsein über seine eigene Realität als irgend jemand sonst, weil niemand völlig seinen inneren Bezugsrahmen einnehmen kann. Sein Verhalten ist der zielgerichtete Versuch des Organismus, seine erlebten Bedürfnisse nach Aktualisierung in der so wahrgenommenen Realität zu befriedigen (Rogers, 1959a/1987, 48).

Von der Mutter wird erwartet, dass sie ihrem Kind Empathie auf der Basis unbedingter Annahme seines Erlebens entgegenbringt. Dasselbe gilt für ihr eigenes Erleben: im personzentrierten Entwicklungskonzept wird davon ausgegangen, dass es die inkongruente, nicht-empathische Mutter ist, die das kindliche Bedürfnis nach Anerkennung nicht befriedigen kann (Biermann-Ratjen, 1997, 85). Das Kind braucht also eine Mutter, die sich im Kontakt mit dem Kind selbst versteht und mit ihrem eigenen Selbstverständnis nicht in der Weise beschäftigt ist, dass sie sich nur eines Teils ihrer Erfahrung bewusst werden kann. Während im psychischen Sinn Realität grundsätzlich die Welt der individuellen Wahrnehmungen ist, besteht die Realität für soziale Absichten dagegen aus den Wahrnehmungen, die unter mehreren Individuen einen hohen Grad an Allgemeinheit haben (Rogers, 1951a/1973, 420).

Das Bedürfnis nach Anerkennung des je eigenen geschlechtsgebundenen Erlebens verbindet Mutter und Kind. Es schafft ein gemeinsames sexuelles Potential als Basis für jenen Freiraum, den das Kind für die Entfaltung seiner individuellen, alters- und erfahrungsabhängigen sexuellen Ausdrucksmöglichkeiten benötigt.

Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist nie als nicht-sexuell zu verstehen. Sexualität entfaltet sich in einer angstfreien Atmosphäre, wo die mit körperlicher Nähe und Berührung einhergehenden erregenden Sinnesempfindungen, Wärme, Liebesgefühle

und Fantasien als solche empathisch als Lustgefühle verstanden und akzeptiert werden dürfen. Sie müssen nicht abgewehrt werden, weil sie auch erotischen Charakter haben. Dazu braucht die Mutter die innere Sicherheit, dass sie kognitiv zwischen erotischen Gefühlen dem Kind gegenüber und ihrer erwachsenen genitalen Sexualität unterscheiden und ihre sexuellen Bedürfnisse steuern kann.

Ähnlich wie im Begriff „Sexualität“ können sich auch im Begriff „Mutterliebe“ Vorstellungen, die dort nicht hingehören, verstecken. Die hinreichenden Bedingungen für die Entwicklung und Entfaltung des sexuellen Potentials und der geschlechtsdifferenzierten sexuellen Sicherheit ist dann gewährleistet, wenn die Mutter ihre eigenen sexuellen Bedürfnisse als solche erkennt. Sie kann die vom Kind aufgezeigten Grenzen dann erkennen, benennen und respektieren, wenn sie ihre eigene sexuelle Identität in einem möglichst von Inkongruenzen freien Selbstkonzept versteht, annimmt und bestätigt und einen kongruenten Zugang zu ihren sexuellen Bedürfnissen hat.

### Stillen als Beispiel für die Entfaltung sexuellen Potentials

Stillen als Beispiel für sexuelles Erleben zwischen der Mutter und ihrem gleich- oder gegengeschlechtlichen Kind heranzuziehen, mag zunächst befremden. Es veranschaulicht jedoch, dass Sexualität von Geburt an als Potential des Organismus zur Verfügung steht. Das existentielle Verlangen nach Nahrung und Stillen des Hungers ist eng mit der Geschlechtlichkeit der Mutter verknüpft.

Gemeinhin ist beim Stillen die Brust ausschließlich als **Nahrungsquelle** und nicht als erogene Zone gemeint. Die prinzipielle Fähigkeit zur Erregung ist jedoch auch für den Stillvorgang notwendig. Sie wird vom Kind gespürt und mit erlebt.

Beim Stillen ist das Wechselspiel von Spannung und dem Streben nach Entspannung – durch die Entleerung der Brust bei der Mutter, durch das Stillen des Hungers beim Kind, – Quelle für gemeinsam erlebte lustvolle Sinnlichkeit.

Darüber hinaus kann Stillen von Frauen auch als sexuelle Erregung empfunden werden. Die physiologischen Reize durch die Erregung der Brustwarze sind als neurohormoneller Prozess biologisch festgelegt. Beim Stillen kommt es, wie beim Orgasmus der Frau, zu einer Ausschüttung des Hormons Oxytocin aus der Hypophyse. Es wirkt beruhigend und euphorisierend. Durch die Stimulierung der Brustwarzen erhöht sich auch der Prolaktinanstoß der Hypophyse. Dieses Hormon beeinflusst die Gebärmutter und kann Kontraktionen auslösen, die als genitale Erregung empfunden werden können. Prinzipiell muss davon ausgegangen werden, dass alles, was die Brust dazu befähigt, ein Kind zu nähren, gleichermaßen auch dazu dient, sexuelle Freuden zu bereiten. Diese Fähigkeit wird von Frauen und Müttern – so meine Erfahrung aus der Beratung und Psychotherapie – wegen der Angst vor der Nähe zu sexuellem Missbrauch häufig hoch ambivalent wahrgenommen und ist oft mit Scham- und Schuldgefühlen

behaftet.<sup>2</sup> Diese Sorge ist nachvollziehbar und dann berechtigt, wenn die Mutter ihre beim Stillen erlebte Lust durch sinnliche Erregung kognitiv nicht als adäquaten Ausdruck ihres eigenen körperlichen Geschehens begreift und versucht, dieses durch eine strikte Trennung der weiblichen Brust in eine sexuelle und eine nährenden Funktion abzuwehren. Dadurch gehen ihr und dem Kind wertvolle Erlebensqualitäten und Empfindungen verloren, die speziell an weiblich verkörperte Geschlechtlichkeit gebunden sind.

Lust ist Ausdruck von Authentizität und Freiheit. Im Stillen kann das Kind die Erfahrung machen, dass Lust ein innerer Vorgang ist, den man mit einem anderen teilen kann. Wenn sich die Mutter die an ihre Geschlechtlichkeit gebundenen Lustgefühle in der Beziehung mit dem Kinde erlaubt, können sie vom Kind antizipiert und in sein Selbstkonzept integriert werden. Am Stillen wird die enge Verflechtung fürsorglicher und sexueller Dimensionen ebenso deutlich wie die Transformation intrapersonalen, geschlechtlich gebundenen Erlebens zu Sexualität als Beziehungskategorie. Zwischen Mutter und Kind entwickelt sich ein Raum, in dem die kongruente Mutter ihr sinnlich und emotional liebevoll getöntes Erleben als solches wahrnehmen, empathisch verstehen und bestätigen kann. Weder sie selbst noch das Kind müssen dann dieses Erleben abwehren. Beim Kind wird durch die bedingungslose Wahrnehmung seines organismischen Erlebens Raum für die konstruktive Entwicklung und Entfaltung seines sexuellen Potentials bereit gestellt.

## 4. Die Beziehung zur Mutter als Raum für die Gefährdung sexuellen Potentials

Der Missbrauchsdiskurs hat einen machtvollen Einfluss auf die gesellschaftliche Realität. Beim Blick auf die kindliche Sexualität dominieren dieser Aspekt der Gefahr und die Suche nach Schutz.

Auch in der personzentrierten Literatur wird kindliche Sexualität vorwiegend im Zusammenhang mit sexueller Gewalt und sexuellem Missbrauch thematisiert (Heintz, 1991; Graf & Körner, 1997; Riedel, 1997; Hüsson, 2009).

Ähnlich wie beim Begriff „Sexualität“ lässt sich die Bandbreite von sexuellem Missbrauch nur schwer erfassen. Das gilt ganz besonders für Grenzüberschreitungen im Beziehungsraum zwischen Mutter und Kind, wo inadäquate Bemutterung, emotionale Ausbeutung und sexueller Missbrauch mitunter sehr schwer auseinander zu halten sind.

Gerade im Bereich der Körperpflege wird das Selbstbestimmungsrecht von Kindern durch mütterliche Definitionsmacht nicht

<sup>2</sup> Dazu Bettina Schuhrke: Eltern haben nur einen einzigen Körper, um mehrere kindliche Bedürfnisse zu befriedigen. So fühlen sich beispielsweise Mütter beim Stillen erregt. Trotzdem haben sie ihr Kind vermutlich nie mit ihrem Partner verwechselt. Denn ihre Sexualität ist vom Gehirn gesteuert. Dort sind die sexuellen scripts gespeichert, die interpretieren, was potentiell als sexuelle Situation mit entsprechendem Verhalten gilt (Schuhrke, 1998).

selten eingeschränkt. Frauen und Müttern wird mehr und intensiverer Körperkontakt mit Kindern zugestanden als Männern. Dieser scheint so „natürlich“, dass auch intime Verrichtungen am Körper des Kindes als unverdächtig gelten. Die Möglichkeiten sexueller Gewalt durch eine Frau, besonders der Mutter, werden häufig gänzlich ausgeblendet und es werden sogar offensichtliche, massive Grenzüberschreitungen wahlweise als Überfürsorglichkeit, mütterliche Strenge oder offenherzige Sexualaufklärung interpretiert (Kavemann, 2002, 123). Eingeschränkte sexuelle Selbstbestimmung und fehlender sexueller Selbstentwurf der Frauen lässt sie ihre Kinder häufig so formen, dass sie den eigenen Bedürfnissen entsprechen. Kinder werden zu Bündnispartnerinnen oder Ersatzobjekten.

*Dazu ein Beispiel aus der Praxis:*

Frau D. ist allein erziehende Mutter eines 13-jährigen Knaben. Sie beklagt sich über das Verhalten von B., der ihre Zärtlichkeiten zurückweist und seine Zimmertür versperrt. Sie vermisst die gemeinsamen Kuschelabende vor dem Fernseher, welche beide immer sehr genossen hätten. B. sei schlampig und wasche sich nicht gründlich genug. Deshalb führe Frau D. „Zwangsduschen“ durch, denen B. durch Versperren der Badezimmertür zu entkommen versuche. Er begründe, so die Mutter, sein Verhalten damit, dass er in der Pubertät sei.

Frau D. könne das nicht ernst nehmen, müsse darüber lachen. Auch sein Schwärmen für eine Klassenkollegin belustige sie. Gleichzeitig sei sie darüber beunruhigt und könne es nicht ertragen, dass B. „irgend etwas mit Sexualität“ beschäftige. Noch viel weniger sei es vorstellbar, darüber mit ihm ins Gespräch zu kommen. Sie sei einfach „noch nicht so weit“, sich als Mutter eines pubertierenden Sohnes zu sehen und wolle „ihn noch genießen“.

Frau D. sieht sich außerstande, ihren Sohn in seiner Geschlechtlichkeit wahrzunehmen. Die „Zwangsduschen“ erlebt sie nicht als Eingriff in seine Intimsphäre, weil er „ihr Kind“ und somit geschlechtslos ist. Sie berührt B. nicht in der Absicht, ihn sexuell zu stimulieren. So ist ihr in der Beratung geäußertes Befremden über die Vorstellung, dass ihre Berührungen bei ihm sexuelle Fantasien und/oder körperliche Erregung bzw. Angst davor auslösen könnten, nachvollziehbar.

Frau D. steht beispielhaft dafür, dass mehr oder weniger sexuelle Grenzverletzungen durch Frauen „softer“ beurteilt werden als jene durch Männer. Duschszenen wie die zwischen Frau D. und B. sind im Mutter-Kind-Alltag sehr häufig anzutreffen und rufen mit Sicherheit weniger Bestürzung hervor als dies der Fall wäre, wenn es sich um einen Vater und seine 13-jährige Tochter handelte.

Eine weitere Form von Grenzverletzungen durch Mütter ist häufig auch die Angst von Müttern vor dem Missbrauch des Kindes. Diese Angst legitimiert strenge Kontrollen durch genaue Befragungen und selbst Untersuchung der Genitalien, um Spuren eines vermuteten Übergriffs festzustellen. Besonders schwer scheint es Müttern zu fallen, der Tochter einen eigenen Raum für sexuelle Erfahrungen zuzugestehen. Eigene Ängste vor Sexualität mischen sich oft mit realen Gefährdungen der Tochter. Die Spielräume für

die Entwicklung der Tochter sind dabei in starkem Maße davon abhängig, wie Mütter ihre eigenen, neuen Möglichkeiten einschätzen, die sich durch die Entwicklung der Tochter ergeben.

Susanne Birke charakterisiert „Mütteräterinnen“ folgendermaßen: sie erheben explizite und implizite Besitzansprüche auf „ihr Fleisch und Blut“. Die Erfahrung der Unterschiedenheit des eigenen Körpers vom Körper der Mutter ist Teil des kindlichen Entwicklungsprozesses und Grundlage des Aufbaus von personalen und psychischen Grenzen. Er wird durch Übergriffe untergraben. Von der Täterin wird dem Opfer verbal oder nonverbal die Botschaft übermittelt „dein Körper ist mein Körper“ (Birke, 2004, 12).

Die grenzüberschreitenden Dimensionen mütterlicher Fürsorge sind gerade in der gleichgeschlechtlichen Beziehung nicht leicht als solche zu erkennen und zu benennen. Je geringer der Spielraum der Mutter für Veränderungen ihrer eigenen sexuellen Identität ist, desto mehr wird sie dazu neigen, das sexuelle Entfaltungspotential der Tochter einzuengen und zu gefährden. Neben biografischen Ursachen spielen kulturelle und religiöse Zwänge häufig eine wesentliche Rolle. Normative Zuschreibungen reduzieren die Bereitschaft für Veränderung und die Chancen auf progressive Entfaltung des je eignen und gemeinsamen an die weiblich verkörperte Geschlechtlichkeit gebundenen Potentials.

## 5. Fazit

Die Entwicklung des sexuellen Potentials von Kindern in der Beziehung zur Mutter hängt weitgehend davon ab, wie weit die Mutter bereit und fähig ist, den an ihre weiblich verkörperte Geschlechtlichkeit gebundenen Bedürfnissen, Erfahrungen und Empfindungen zu vertrauen und sie mit dem Kind in adäquater Form zu teilen.

Die prägende seelische und soziale Umwelt von Mutter und Kind ist voll von Bedeutungszuschreibungen und Erwartungen, die kreative Entwürfe angstfreier, lustvoll erlebter und gelebter Geschlechtlichkeit erschweren und den Blick auf förderliche Bedingungen und Wahlfreiheit trüben können.

Sexualität in einem personenzentrierten Rahmen zu definieren, kann allerdings Raum zur Überwindung dieser Einschränkungen schaffen. Die Stärke des Personenzentrierten Ansatzes liegt darin, dass Überlegungen und Erklärungsansätze nur vorläufige Entwürfe, Modelle sein können, deren gemeinsamer Bezugspunkt aber das prinzipielle Vertrauen in die Natur des Menschen und in die Kompetenz des Individuums ist. Die Vielfalt sexueller Erscheinungsformen und Ausdrucksmöglichkeiten ist Ausdruck von Aktualisierung und nicht von Inkongruenz. In der Beziehung zur kongruenten Mutter erlebt und erfährt das männliche/weibliche Kind die Vielfalt weiblich verkörperter Geschlechtlichkeit, die – losgelöst aus dem Kontext von einengender „Sorge“ – wesentlich zur Schaffung eines adäquaten erogenen Milieus beiträgt, welches zur Entfaltung seines primär konstruktiven sexuellen Potentials notwendig ist.

## Literatur

- Bierman-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1997). *Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen* (8. Auflage). Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- Birke, S. (2004). Alles halb so wild? Folgen sexueller Ausbeutung durch Frauen, insbesondere durch Mütter. *prävention* 2, 9–12.
- Gendlin, E. T. (2007). *Focusing*. New York: Bantam Books.
- Groddeck, N. (2002). *Carl Rogers Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Primus Verlag.
- Kavemann, B. & Braun, G. (2002). Frauen als Täterinnen. In D. Bange. & W. Körner (Hrsg.), *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch* (S. 121–131). Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe.
- Kentler, H. (1988). Auf der Suche nach der Bedeutung eines Begriffs. In H. Kentler (Hrsg.), *Sexualwesen Mensch. Texte zur Erforschung der Sexualität* (S. 7–54). München: Piper.
- Philipps, I.-M. (2001). „Sexualisiertes Verhalten – brauchen wir neue Bewertungen? Wie sexuell ist kindliche Sexualität?“ *Empirische Erkenntnisse und menschliche Reaktionen zum Sexualverhalten von Mädchen und Jungen*. Manuskript, Vortrag in Groß-Gerau am 9. 11. 2001.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (3. Auflage). Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1961a/1973). *Die Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (10. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Schmid, P. F. (1996). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmidt, G. (2004). Kindersexualität – Konturen eines dunklen Kontinents. In B. Burian-Langegger (Hrsg.), *Doktorspiele* (S. 114–129). Wien: Picus.
- Schuhcke, B. (1998). Die offene Toilettentür. Sexualität, Scham und Neugier in der Familie. *Pro Familia Magazin* 3/4, 18.
- Sigusch, V. (2005). *Sexuelle Welten. Zwischenrufe eines Sexualforschers*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Spielhofer, H. (1996). Die Natur des Menschen bei Rogers – eine Dame ohne Unterleib! Das Konzept des Organismus und die Entwicklung von Bedürfnissen am Beispiel der Sexualität. *Personenzentriert* 1, 34–62.
- Teichmann-Wirth, B. (1992). Man darf das nicht vor keuschen Ohren nennen, was keusche Herzen nicht entbehren können. Personenzentrierte Therapie: Jenseits der Sexualität? In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 293–302). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Treusch-Dieter, G. (2001). Die Mutter ist kein Witz. In G. Perko (Hrsg.), *Mutterwitz. Das Phänomen Mutter – eine Gestaltung zwischen Ohnmacht und Allmacht* (S. 320–337). Wien: Milena.
- Van Ussel, J. (1977). *Sexualunterdrückung. Geschichte der Sexualfeindschaft. Texte zu Sozialgeschichte und Alltagsleben*. Gießen: focus verlag.
- Wiltshcko, J. (2008). *Focusing und Philosophie. Eugene T. Gendlin über die Praxis körperbezogenen Philosophierens*. Wien: Facultas.
- Winkler, M. (1992). Das Geschlecht: Du Tarzan – ich Jane. Geschlechterdifferenz in der therapeutischen Interaktion. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 193–205). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

## Autorin:

DSA Margret Katsivellaris, Jg. 1955

Psychotherapeutin, Supervisorin in freier Praxis. Ausbilderin und Lehrtherapeutin im IPS der APG, Leiterin der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie des IPS der APG

## Korrespondenzadresse:

Margret Katsivellaris  
 Ottakringer Straße 215/3/14  
 A-1160 Wien  
 E-Mail: katsivellaris@gmail.com

Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen

# Gesprächspsychotherapie unter Interventionsgesichtspunkten

**Zusammenfassung:** Einleitend wird erörtert, ob es sinnvoll ist, das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot unter dem Gesichtspunkt „psychotherapeutischer Interventionen“ zu beschreiben. Wenn dieses Beziehungsangebot aber auf den verschiedenen, sich in ihrem Abstraktionsgrad unterscheidenden Ebenen, auf denen es beschrieben worden ist, betrachtet wird, lassen sich zwei Allgemeine Interventionsregeln herausstellen. Deren Darstellung folgt die von vier Interventionsprinzipien. Sie gehören zusammen und bilden die Basis des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes: Nicht-Direktivität, Empathisches Zuhören, Spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit und Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten. Der Beitrag schließt mit der Darstellung von Interventionshilfen zur Förderung bzw. Erhaltung des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes.

**Schlüsselwörter:** Gesprächspsychotherapie, Interventionsregeln, Interventionshilfen, Interventionsprinzipien.

**Abstract: Psychological interventions in client-centered psychotherapy.** *We are not sure that unconditional positive regard expressed via the verbalization of empathic understanding is a therapeutic intervention. The client-centered therapeutic relationship has been described in several ways which vary in their level of abstraction. These different levels form the basis for the formulation of two general rules of interventions. In addition we define four principles which underlie therapeutic behavior: non-directivity, empathic listening, focusing on specific contents and verbalization of emotional experiencing and last not least we show tools which may help to stabilize the therapeutic relationship.*

**Keywords:** *client-centered psychotherapy, person-centered psychotherapy, rules of interventions, principles of interventions.*

## 1. Einleitung

Die Diskussion über die Rolle der *therapeutischen Technik* und der *therapeutischen Beziehung* in der Gesprächspsychotherapie bzw. personenzentrierten Psychotherapie ist in der Vergangenheit heftig und in der Regel so geführt worden, als ginge es dabei um zwei sich gegenseitig ausschließende Konzeptionen.

Die Betrachtung der Gesprächspsychotherapie unter Interventionsgesichtspunkten schließt sich an diese Diskussion an: Lassen sich die Elemente des Therapeutenverhaltens, wie sie für die klassische Gesprächspsychotherapie beschrieben worden sind (Rogers, 1957), als Interventionen, wie sie in der Verhaltenstherapie konzipiert worden sind, auffassen und beschreiben?

Wir haben diesen Beitrag auch aus politischen Gründen verfasst. Den letzten Ausschlag dazu gab die Ablehnung der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie, d. h. die Verweigerung der Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassenversicherungen in Deutschland, durch den dafür zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen, dem auch Vertreter der psychologischen Psychotherapeuten

angehören. Bei dem Versuch, die Ablehnung zu begründen, sind der Bewertung des klassischen klientenzentrierten Konzepts nach Rogers konzeptfremde Theorien zu Grunde gelegt worden. So wurde das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot als eine aus drei „Interventionselementen“ bestehende Interventionstechnik aufgefasst (s. Strauß, Hautzinger, Freyberger, Eckert und Richter, 2010). Vor diesem Hintergrund hielten wir es für dringend erforderlich, aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie zu klären, ob und wie weit es theoretisch sinnvoll und gerechtfertigt ist, das therapeutische Vorgehen in einer Gesprächspsychotherapie unter dem Gesichtspunkt der psychotherapeutischen Intervention, wie sie in der Verhaltenstherapie konzipiert ist, zu betrachten. Dieser Aufsatz soll also auch dazu beitragen, die Position der Gesprächspsychotherapie in Bezug auf das verhaltenstherapeutische Konzept der Interventionen zu verdeutlichen.

Der Begriff „Intervention“ und mit ihm verwandte Begriffe werden in der psychotherapeutischen Literatur nicht einheitlich benutzt – auch nicht in der Verhaltenstherapie. Wir legen unseren Ausführungen folgende Definitionen zu Grunde:

Eine **Intervention** im Kontext von Psychotherapie wird vom Psychotherapeuten geplant durchgeführt mit dem Ziel, die für die Therapieziele als notwendig erachteten Therapieprozesse anzustoßen bzw. zu fördern.

Bezüglich ihrer Komplexität und im Hinblick auf die jeweilige Therapetheorie lassen sich bei den Interventionen **Interventionstechniken** von **Interventionsprinzipien** unterscheiden.

Unter einer **Interventionstechnik** wird ein bestimmtes konkretes Vorgehen verstanden. Verfahrensbezogene Interventionstechniken sind z. B. die „Systematische Desensibilisierung“ in der Verhaltenstherapie, Übertragungsdeutungen in der Psychoanalyse oder die „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ in der Gesprächspsychotherapie. Nicht verfahrensspezifische Interventionstechniken sind z. B. Entspannungsübungen.

Von **Interventionsprinzipien** sprechen wir, wenn wir die Grundlagen von Interventionen meinen, die sich aus bestimmten Persönlichkeits-, störungs- oder therapietheoretischen Annahmen ableiten. So bezeichnen wir z. B. „Nicht-Direktivität“ als ein Interventionsprinzip, das auf der Persönlichkeitstheoretischen Annahme fußt, dass der Entwicklung eines Menschen eine „Aktualisierungstendenz“ zu Grunde liegt. Die Berücksichtigung dieses Prinzips zeigt sich auf unterschiedlichen Ebenen und in vielfältiger Weise unterschiedlich, z. B. in der Unterlassung bestimmter Interventionen, wie einen Ratsschlag zu erteilen, oder in der Hinwendung zu den und Förderung von den sog. Ressourcen des Patienten.

**Interventionsregeln** beschreiben den Einsatz von Interventionen in Abhängigkeit von den kontextuellen Gegebenheiten, z. B. wann eine Verbalisierung des Erlebens des Patienten therapeutisch sinnvoll ist und wann nicht, oder in der Prüfung der Verträglichkeit einer Intervention mit dem intendierten therapeutischen Beziehungsangebot. Es lassen sich *allgemeine* von *spezifischen Interventionsregeln* unterscheiden.

Als **Interventionshilfe** wird z. B. der Rückgriff auf Therapieprozessskalen bezeichnet, die es ermöglichen einzuschätzen, ob die therapeutische Beziehung die gewünschte Qualität hat.

## 2. Lässt sich der gesprächspsychotherapeutische Prozess durch die Beschreibung von Interventionen darstellen?

Die zentralen Elemente der von Carl Rogers entwickelten Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) sind nicht bestimmte psychotherapeutische Techniken, z. B. Entspannungsübungen, oder Interventionen, z. B. Übertragungsdeutungen. Das therapeutische Element der Gesprächspsychotherapie ist die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient. Sie ist auf der Seite des Psychotherapeuten durch drei Aspekte gekennzeichnet:

1. **Empathie:** Der Therapeut *fühlt sich empathisch* in die Erfahrungen des Patienten, so wie dieser sie erlebt (in dessen Inneren

Bezugsrahmen), ein und er bemüht sich, dem Patienten mitzuteilen, was er auf diesem Weg der Empathie bzw. durch einfühlendes Verstehen verstanden hat.

2. **Bedingungsfreie Positive Beachtung:** Der Therapeut kann den Patienten in seinem Erleben in der Therapiesitzung *bedingungsfrei positiv beachten*. Das heißt, der Therapeut kann fühlen, dass er den Patienten in seinen Erfahrungen so, wie dieser sie macht bzw. darstellt, annehmen kann.
3. **Kongruenz:** Der Therapeut ist in der Beziehung zum Patienten *kongruent*. *Kongruenz* ist die Bezeichnung eines innerpsychischen Zustandes: Der Therapeut könnte sich alles, was er im Kontakt mit dem Patienten erlebt, bewusst machen. Kongruenz des Therapeuten bedeutet vor allem, dass der Therapeut nicht bestimmte Erfahrungen, die er im Kontakt mit dem Klienten und dessen Erfahrungen macht, von seinem Bewusstsein fernhalten bzw. abwehren muss, so dass z. B. das, was er ausstrahlt, mit dem, was er sagt, nicht übereinstimmt.

Rogers (1957) benennt noch drei weitere „Bedingungen“ für die therapeutisch wirksame Beziehung:

4. Patient und Therapeut befinden sich in psychologischem Kontakt, reagieren aufeinander, haben eine Bedeutung für einander.
5. Der Patient ist *inkongruent*: Ein Zustand von *Inkongruenz* liegt dann vor, wenn bei einer Person die Symbolisierungen ihrer Erfahrungen im Bewusstsein nicht mit den tatsächlichen Erfahrungen übereinstimmen.
6. Der Patient kann das Beziehungsangebot des Therapeuten zumindest in Ansätzen wahr- und annehmen, d. h. er fühlt sich in seinen Erfahrungen verstanden und erlebt, dass er bedingungsfrei positiv beachtet wird von einem Therapeuten, den er als kongruent, d. h. als aufrichtig bzw. authentisch, erlebt.

Rogers hat diese sechs Bedingungen („conditions“) 1957 beschrieben und sie auf der Grundlage von empirischen Forschungen als „notwendig und hinreichend für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen durch Psychotherapie“ bezeichnet.

Diese durch sechs Bedingungen beschriebene *therapeutische Beziehung* bildet den Kern der Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie. Sie lassen sich nicht voneinander trennen in dem Sinne, das man sie einzeln „einsetzen“ bzw. „verwirklichen“ könnte. Sie sind auch nicht konzipiert als psychotherapeutische Interventionen, die vom Therapeuten unter bestimmten Umständen geplant und dosiert und mit einer definierten Zielsetzung eingesetzt werden könnten, so wie verbale positive Verstärker zur Förderung positiver Kognitionen eingesetzt werden können oder Entspannungsübungen zur Minderung von ängstlichen Verspannungen.

Die psychotherapeutische Beziehung im Sinne von Rogers stellt sich ein – oder auch nicht. Ob sie sich einstellt und wie sie sich entwickelt, ist niemals nur von einzelnen – im Sinne von

isolierbaren – Elementen und auch niemals allein vom Therapeuten abhängig, sondern immer auch vom Patienten. Das kommt in den Bedingungen 4, 5 und 6 zum Ausdruck.

Eine wesentliche Aufgabe des Gesprächspsychotherapeuten besteht vor diesem Hintergrund darin, die therapeutische Beziehung im Auge zu behalten, sie immer zu reflektieren und gegebenenfalls zu fördern. Die Erfüllung dieser Aufgabe besteht nicht in einer bestimmten isolierten therapeutischen Intervention. Wir sprechen daher in diesem Zusammenhang von einem *Interventionsprinzip*.

Die weitere Betrachtung der Gesprächspsychotherapie unter dem Gesichtspunkt der therapeutischen Intervention wird zeigen, dass dem Verfahren Gesprächspsychotherapie eine Reihe von Interventionsprinzipien zu Grunde liegt, dass es aber nur **eine Interventionstechnik** definiert: Die Verbalisierung der emotionalen Erfahrungen des Patienten.

### 3. Allgemeine Interventionsregeln in der Gesprächspsychotherapie

Die gesprächspsychotherapeutische Beziehung ist auf sehr unterschiedlichen Abstraktionsebenen beschrieben worden. Es lassen sich mindestens vier Beschreibungsebenen (I–IV) unterscheiden (s. Abb. 1):

- I: Die Ebene der „Patient-Psychotherapeut-Beziehung“ im Unterschied zu anderen Beziehungen, z.B. „Mutter-Kind“ oder „Rechtsanwalt-Klient“.
- II: Die Ebene zusammenfassender Merkmale der (gesprächspsychotherapeutischen) Beziehung, z.B. die Merkmale „Bedingungs-freie Positive Beachtung“, „Empathie“ und „Kongruenz“.
- III: Die Ebene einer zusammenfassenden Klassifikation von Verhaltensweisen, wie die „Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte“ (VEE) durch den Therapeuten.
- IV: Die Ebene der konkreten Verhaltensweisen von Therapeut und Patient in einer bestimmten beobachteten bzw. dokumentierten Therapiesitzung“ (vgl. Eckert et al., 2006, S. 227).

Diese vier Ebenen bilden eine Taxonomie, d.h. sie sind als durch mindestens zwei Regeln miteinander verbunden anzusehen:

- 1. Regel: Die Gegebenheiten auf einer bestimmten Ebene dürfen die Gesetzmäßigkeiten der jeweils übergeordneten Ebenen nicht verletzen.

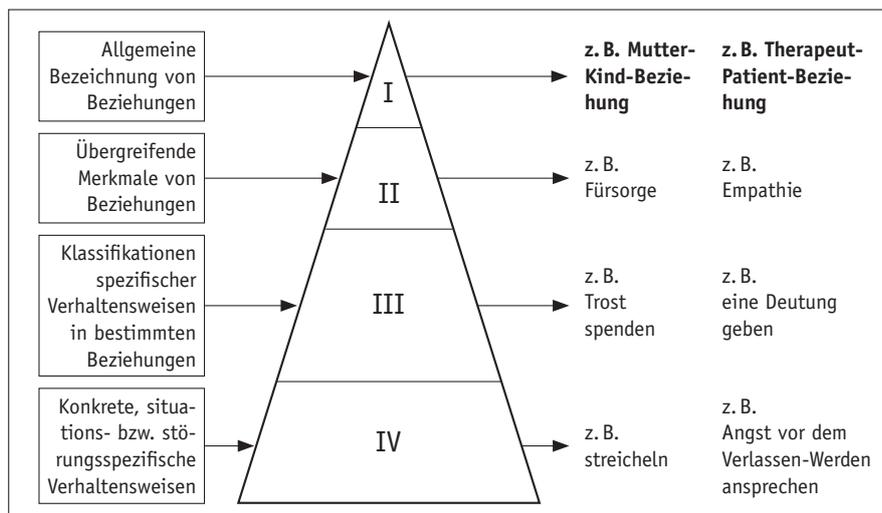


Abb. 1: Vier Abstraktionsebenen zur Erfassung von (therapeutischen) Beziehungen (nach Höger 1989; 2000)

- 2. Regel: Die Gegebenheiten einer Ebene lassen sich aus den Gesetzmäßigkeiten der jeweils höheren Ebene nicht eindeutig ableiten.

Diese Regeln können die Grundlage für *Allgemeine Interventionsregeln* in der Gesprächspsychotherapie bilden.

Aus der 1. Regel: „Die Gegebenheiten auf einer bestimmten Ebene dürfen die Gesetzmäßigkeiten der jeweils übergeordneten Ebenen nicht verletzen“ ergibt sich als

**1. Allgemeine Interventionsregel:**  
 Ein Therapeutenverhalten, das auf der Ebene IV bzw. III angesiedelt ist, muss mit dem gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot, das auf der Abstraktionsebene II durch die Aspekte *Empathie, Kongruenz und Bedingungs-freie Positive Beachtung gekennzeichnet ist*, kompatibel sein.  
 So sollte eine „Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte“ zum Ausdruck bringen, dass der kongruente Therapeut den Patienten in seiner Erfahrung empathisch versteht und bedingungs-frei positiv beachtet.  
 Das ist zum *Beispiel* dann nicht der Fall, wenn der Therapeut seinem Patienten frustriert vorhält, dass er sich schon wieder um die längst fällige Aussprache mit dem Vorgesetzten herumgedrückt habe.

Aus der 2. Regel ergibt sich als

**2. Allgemeine Interventionsregel:**  
 Die Verhaltensweisen des Therapeuten auf der untersten Ebene IV, also in der konkreten Therapiesituation hier und jetzt, lassen sich nicht eindeutig aus den höheren Ebenen ableiten.  
 In der konkreten Therapiesituation sind Verhaltensweisen des Therapeuten angemessen, wenn sie die Selbstexploration

des Patienten vertiefen (Ebene III) und/oder Ausdruck empathischen Verstehens sind und die Bedingungen Kongruenz und Bedingungsfreie Positive Beachtung nicht verletzen (Ebene II).

Der Therapeut kann unter diesen Umständen z. B. schweigen, die Augenbrauen erstaunt hochziehen, den Patienten fragen, ob er Suizidgedanken hat, ihn auf eine Widersprüchlichkeit in seiner Darstellung hinweisen, Fragen stellen usw.

Ein *Beispiel* für eine Intervention auf Ebene IV, die keine direkte Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes ist, die aber die 2. Allgemeine Interventionsregel erfüllt, ist das Folgende. Es stammt aus einem von Carl Rogers geführten Interview<sup>1</sup> mit einem an Leukämie erkrankten jungen farbigen Mann, der sichtbar voller Emotionen steckt, aber alles aufbietet, sie nicht zu zeigen. Der Patient sitzt in einem Rollstuhl und schweigt. Der Therapeut eröffnet nach kurzer Pause das Gespräch mit der Frage:

„Wenn Sie es über sich bringen könnten zu weinen, um was würden sie dann weinen?“

Er ermöglicht damit dem Patienten, in einen Selbstexplorationsprozess einzutreten, in dem seine Verlusterlebnisse Thema werden. Mit seiner Frage hatte der Therapeut dem Patienten vermittelt, dass er verstanden hatte und auch akzeptierte, dass der Patient den Gefühlen, die ihn im Moment erfasst haben, nicht Ausdruck geben kann.

#### 4. Therapeutische Interventionsprinzipien

Therapeutische Interventionen sind bestimmte Verhaltensweisen des Therapeuten.

In der Gesprächspsychotherapie ist das Therapeutenverhalten vor allem auf der Stufe III der oben vorgestellten Abstraktionsebenen (s. Abb. 1) elaboriert worden, und zwar nicht als eng umschriebenes Verhalten. Bezüglich seiner genaueren Beschreibung besagt die 1. Allgemeine Interventionsregel, dass das Verhalten auf der Abstraktionsstufe III mit dem auf Stufe II definierten gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot kompatibel sein sollte. Diese theoretische Verknüpfung sowie der Umstand, dass es sich bei dem auf Stufe III beschriebenen Therapeutenverhalten nicht um eng umschriebene therapeutische Vorgehensweisen handelt, lassen es angemessen erscheinen, hier nicht von Interventionstechniken, sondern von Interventionsprinzipien zu sprechen. Es können vor allem vier Interventionsprinzipien unterschieden werden:

- Nicht-Direktivität
- Empathisches Zuhören
- Spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit
- Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten

Diese vier Interventionsprinzipien beschreiben den Handlungsrahmen, den ein Gesprächspsychotherapeut hat, die therapeutische Beziehung aktiv zu gestalten. Die Interventionen im Rahmen dieser vier Interventionsprinzipien beeinflussen nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern auch die Inkongruenz des Patienten bzw. die Kongruenz des Therapeuten.

In Abbildung 2 wird versucht, die Zusammenhänge zwischen Interventionsprinzipien, therapeutischer Beziehung und den Merkmalen Kongruenz bzw. Inkongruenz schematisch darzustellen. Die Pfeile in Abbildung 2 kennzeichnen die Richtung der Einflussnahme, ihre Strichstärke die Stärke der Einflussnahme. Die Doppelpfeile bringen zum Ausdruck, dass die Einflussnahmen wechselseitig erfolgen. So kann die „Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten“ zu einem Abbau von Inkongruenz beim Patienten beitragen, ein hohes Ausmaß an Inkongruenz des Patienten umgekehrt dazu führen, dass der Therapeut den Patienten nicht empathisch versteht und er nicht oder nur eingeschränkt in der Lage ist, empathisch zuzuhören und seine Verbalisierungen nicht die emotionalen Erfahrungen wiedergeben, die dem Patienten wichtig sind.

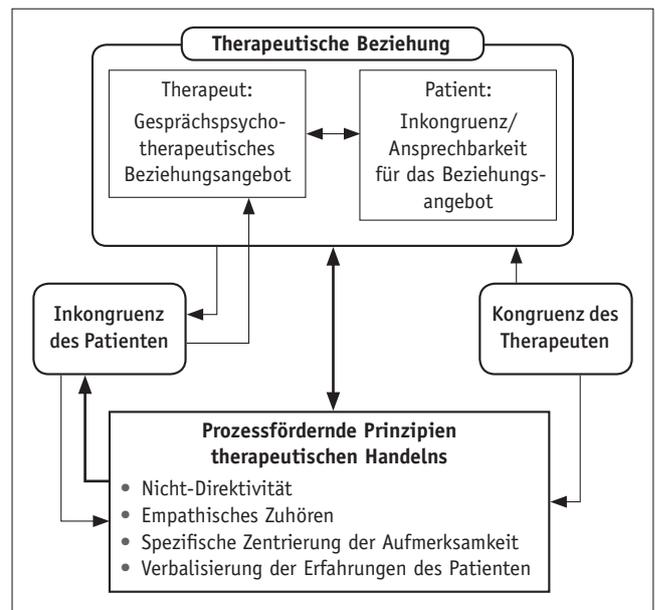


Abb. 2: Elemente und Funktionen des gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsmodells (aus Eckert et al. 2006, S. 229)

##### 4.1. Nicht-Direktivität

###### Definition

Das Prinzip der Nicht-Direktivität ergibt sich vor allem aus dem der Klientenzentrierten Theorie zugrunde liegenden Menschenbild, das durch ein hohes Ausmaß an Vertrauen in die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten („Aktualisierungstendenz“) von Menschen unter bestimmten Bedingungen gekennzeichnet ist.

Nicht-Direktivität ist in der Regel in der Therapiesituation gegeben, wenn sich zwischen Therapeut und Patient eine Beziehung

1 Quelle: Aus der Fernsehreihe „Wege zum Menschen“, SWF 1984: Die Kraft des Guten. Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers

einstellt, die aus der Sicht des Therapeuten durch die drei Aspekte des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes gekennzeichnet ist und der Patient den Therapeuten auch als empathisch verstehend und unbedingt wertschätzend wahrnehmen kann (Rogers, 1957).

In seinen ersten Beschreibungen seines therapeutischen Ansatzes (Rogers 1942) stellte Rogers das Prinzip der Nicht-Direktivität noch sehr in das Zentrum des therapeutischen Handelns, in dem er ausführte, was erfolgreiche Therapeuten vor allem *nicht* tun: Sie geben keine Ratschläge, auch keine Deutungen, sie unterbreiten dem Patienten keine diagnostischen Erkenntnisse, sie halten sich mit eigenen Stellungnahmen und Kommentaren zurück, vor allem mit Bewertungen der Sichtweise des Patienten, sie folgen den Gedankengängen des Patienten und nicht ihren eigenen Einfällen dazu. Seine Vorstellungen bezüglich dessen, was Menschen hilft, sich zu verändern, fand Rogers durch den chinesischen Philosophen Laotse u. a. mit der Feststellung ausgedrückt: „Wenn ich vermeide, sie zu beeinflussen, werden die Menschen sie selbst“.

In der weiteren Entwicklung des Konzepts erfuhr die Bedeutung der Nicht-Direktivität eine Relativierung, vor allem als ein Merkmal des Therapeutenverhaltens. Nicht-Direktivität war von vielen Therapeuten, die das Konzept übernommen hatten, missverstanden worden als Anweisung, nicht zu handeln, als passives Abwarten der Reaktionen des Patienten, als bloßes Wiederholen der Worte des Patienten („papageienhaftes Nachsprechen des Gesagten“, Paraphrasieren).

Um dieser Fehlentwicklung entgegenzutreten, nannte Rogers bekanntlich sein Verfahren nicht mehr „non-directive“, sondern programmatisch „client-centered“ (Rogers, 1951).

Das Konzept der „Nicht-Direktivität“ wurde jedoch nicht aufgegeben, sondern es erfuhr eine inhaltlich andere Ausrichtung: Es beschrieb nun weniger das Verhalten des Therapeuten, sondern lenkte die Aufmerksamkeit des Therapeuten weg von den Defiziten des Klienten hin zu seinen Möglichkeiten und Stärken. Das therapeutische Handeln wurde nicht mehr an der Frage ausgerichtet: Wie können wir uns als Therapeuten optimal verhalten, damit der Patient seine Probleme löst, seine Defizite bzw. psychischen Störungen überwindet?, sondern an der Frage: Welche Möglichkeiten hat der Patient, seine Entwicklung in eine positive Richtung zu lenken, und wie können wir das fördern? Heute bezeichnet man diese Konzeptualisierung von „Nicht-Direktivität“ als „Ressourcenorientierung“ bzw. im Beratungsbereich als „empowerment“ (Berger, 2006).

#### **Merkmale**

Nicht-Direktivität stellt sich heute als ein komplexes Interventionsprinzip dar. Es fußt auf der Annahme, dass die menschliche Entwicklung im Wesentlichen von einer angeborenen Aktualisierungstendenz bestimmt wird. Dieses grundsätzliche Vertrauen in das

Entwicklungspotential des Patienten wirkt sich sowohl auf die Einstellung des Therapeuten als auch auf sein Verhalten aus.

Die Einstellung des Therapeuten ist unter dieser Annahme mehr von Vertrauen, Hoffnung und Optimismus geprägt als von dem Bedürfnis nach Kontrolle, Absicherung und Strukturierung.

Die therapeutischen Interventionen richten sich mehr an der Frage aus, was den Patienten hindert, seine Ressourcen zu nutzen, als an der Suche nach geeigneten Lösungswegen und deren Einübung.

Abweichungen von der Nicht-Direktivität auf der Ebene der therapeutischen Interventionen, z. B. in der Form von Fragen, Stellungnahmen oder Ratschlägen des Therapeuten, sind eher selten und geschehen z. B. dann, wenn der Selbstexplorationsprozess des Patienten ins Stocken geraten ist und/oder der Therapeut bei sich Abweichungen von der bedingungsfree Positiven Beachtung registriert. Auch für vom Prinzip der Nicht-Direktivität abweichende Interventionen gilt die 2. Allgemeine Interventionsregel: Sie sollten Ausdruck eines bedingungsfree wertschätzenden empathischen Verstehens der inneren Situation des Patienten durch den kongruenten Therapeuten sein.

## **4.2. Empathisches Zuhören**

### **Definition**

Das Interventionsprinzip Empathisches Zuhören ist eng verbunden mit dem Prinzip der Nicht-Direktivität. Um das Erleben eines anderen wirklich verstehen zu können, muss man ihm zunächst einmal Raum geben und zuhören, und zwar so, dass man das, was der andere gesagt hat, vollständig und korrekt wiedergeben kann.

Da die Möglichkeiten empathischen Zuhörens von innerpsychischen Bedingungen des Therapeuten abhängig sind, z. B. von seiner Kongruenz, seinen aktuellen Möglichkeiten, neue Erfahrungen aufzunehmen und sich innerlich damit zu befassen, finden wir es adäquater, Empathisches Zuhören als Interventionsprinzip und nicht als eine jederzeit einsetzbare Interventionstechnik aufzufassen.

### **Merkmale**

- Zuhören kann nur stattfinden, wenn man dem anderen Raum zur Selbstdarstellung lässt,
- sich mit eigenen Einfällen und Stellungnahmen zurückhält,
- sich auf das konzentriert, was der andere über sich sagt.
- Zuhören im therapeutischen Sinne bedeutet auch, das, was der andere sagt und wie er es sagt, auf sich wirken zu lassen,
- sich der Gefühle bewusst zu werden, die das Gesagte in einem selbst auslöst, ohne dabei den anderen aus dem Auge zu verlieren, d. h.
- empathisches Zuhören bedeutet, mit dem anderen in emotionalem Kontakt zu bleiben.

### 4.3. Spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit

Es lassen sich zwei Foki unterscheiden, auf die sich die Aufmerksamkeit des Therapeuten richtet:

1. das eigene Selbsterleben
2. das Selbsterleben des Patienten

#### 4.3.1. Das eigene Selbsterleben

Der Gesprächspsychotherapeut behält im therapeutischen Kontakt mit seinem Patienten immer auch sein eigenes Erleben im Auge und achtet dabei vor allem auf Abweichungen von der bedingungs-freien Positiven Beachtung des Patienten in seinem Selbsterleben.

#### 4.3.2. Das Selbsterleben des Patienten

Beim Selbsterleben des Patienten stehen drei Aspekte im Zentrum der Aufmerksamkeit:

1. Die *Selbstexploration*
2. Der *Innere Bezugsrahmen* des Patienten
3. Die gefühlte Bedeutung des Selbsterlebens: *Experiencing*

#### *Selbstexploration*

Im Zentrum des therapeutischen Prozesses stehen die Erfahrungen des Patienten und seine Möglichkeiten, sich diesem Erleben selbstreflexiv zuzuwenden und es zu symbolisieren und mitzuteilen. Dieser Selbstempathieprozess ist in Form einer Skala operational definiert und unter dem Namen Selbstexplorationsskala bekannt geworden (s. Tausch, 1973).

Für den Therapeuten kann die Skala als **Interventionshilfe** (s. u.) dienen: Sie liefert einen Maßstab für die Beurteilung der Qualität der therapeutischen Arbeit: Wenn die Selbstexploration des Patienten auf der Stufe 7 oder höheren Stufen eingeschätzt wird, sind konstruktive Veränderungen im Verlauf der Therapie zu erwarten.

#### **Skala zur Einschätzung des Ausmaßes der „Selbstexploration des Klienten“** (nach Tausch et al., 1969).

Stufe 1: Der Klient sagt nichts über sich selbst, weder über sein Verhalten noch über sein inneres Erleben. Er spricht ausschließlich über Tatbestände, die unabhängig von seiner Person sind.

Stufe 2

Stufe 3: Der Klient berichtet von äußeren Vorgängen und auch von seinem eigenen Verhalten, jedoch ohne von seinen spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen zu sprechen, die dazu in Beziehung stehen.

Stufe 4

Stufe 5: Der Klient berichtet über sein eigenes Verhalten oder äußere Vorgänge und über die spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse, die dazu in Beziehung stehen. Der überwiegende Teil der Aussage besteht in der

Schilderung seines Verhaltens oder äußerer Ereignisse; seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse werden nur kurz erwähnt.

Stufe 6

Stufe 7: Der Klient berichtet überwiegend von seinen spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen. Zusätzlich ist ein Ansatz zu erkennen, seine inneren Erlebnisse weiter zu klären: etwa sie in neuen Zusammenhängen zu sehen, sich zu fragen, woher gewisse Einstellungen kommen, Widersprüche zu entdecken u. ä.

Stufe 8

Stufe 9: Der Klient schildert ausführlich seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse. Es wird deutlich, dass er neue Aspekte und Zusammenhänge in seinem inneren Erleben findet.

#### *Der Innere Bezugsrahmen*

Mit dem Inneren Bezugsrahmen ist die Perspektive eines Menschen auf sein eigenes Erleben gemeint, mit der Bewertungen des Erlebens verbunden sind.

Es lassen sich innerhalb des Inneren Bezugsrahmens drei Bewertungsperspektiven unterscheiden: Erfahrungen können auf der Grundlage des Selbstkonzepts, internalisierter Wertvorstellungen oder der Beziehung zum Therapeuten bewertet werden. Die folgenden Fragen können dem Therapeuten helfen herauszufinden, aus welchem dieser Blickwinkel der Patient gerade auf sein Erleben schaut.

#### (1) *Selbstkonzept*

- In welcher Beziehung steht das Erleben, über das der Patient spricht, zu seinem Selbstkonzept?
- Erlebt der Patient die Erfahrungen, über die er berichtet, als mit seinem Selbst kongruent?

#### (2) *Internalisierten Wertvorstellungen*

- Wie bewertet der Patient sein Erleben?
- Könnten seiner eigenen nicht unbedingt wertschätzenden Beurteilung seines Erlebens von wichtigen Bezugspersonen übernommene Wertvorstellungen zugrunde liegen?

#### (3) *Beziehung zum Therapeuten*

- Fühle ich mich, wenn auch unausgesprochen, vom Patienten angesprochen?
- Versucht er unausgesprochen meinen Erwartungen zu entsprechen oder Befürchtungen vor meinen Bewertungen zu begegnen?

Die Einbeziehung des Inneren Bezugsrahmens bei der Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten ist in aller Regel für den

Selbstexplorationsprozess förderlich, weil auch die Bewertungen der Erfahrungen des Patienten angesprochen werden bzw. warum er sich in bestimmten Erfahrungen ablehnt.

Die drei Perspektiven hängen übrigens in hohem Maße zusammen.

### **Experiencing**

#### **Definition**

Mit Experiencing wird der Prozess bezeichnet, in dem sich in einer Person „gefühlte Bedeutungen“ entwickeln. Unter theoretischen Gesichtspunkten betrachtet ist der Prozess der inneren Entwicklung der Bedeutung von Erleben der Symbolisierungsprozess, d. h. der Prozess, in dem Erfahrung bewusst wird. In ihm tauchen unterschiedliche Formen des Selbsterlebens auf, vor allem Körperempfindungen, Vorstellungen, Gedanken, Gefühle und Worte. Diese sind aufeinander bezogen und geben einander Sinn und Bedeutung. Die Symbolisierung beinhaltet auch die Bewusstwerdung der Bewertung einer Erfahrung.

Genclin (1998) hat *spezifische Interventionsregeln* entwickelt, diesen Prozess systematisch zu fördern. Sie finden im Rahmen des „Focusing“ Anwendung.

#### **4.4. Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten**

Wir haben oben das empathische Verstehen des Therapeuten als wesentlichen Aspekt der therapeutischen Beziehung dargestellt. Wenn wir den Ausdruck des empathischen Verstehens des Therapeuten unter Interventionsgesichtspunkten betrachten, dann lassen sich *zwei spezifische Regeln* für die Verbalisierung der auf dem Wege der Empathie verstandenen Erfahrungen aufstellen.

Die erste, an den Therapeuten gerichtete *spezifische Regel* lautet:

Benenne bei der Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten möglichst auch die mit ihnen verbundenen Gefühle.

Wenn der Therapeut die Erfahrungen des Patienten verbalisiert, sollte er immer auch „kongruent“ und bedingungslos positiv beachtend sein. Daraus ergibt sich als *zweite spezifische Regel* für die Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten:

Sprich das im Hier und Jetzt tatsächlich gegebene bzw. stattfindende Erleben des Patienten möglichst vollständig an, sofern Du es empathisch verstanden hast und bedingungslos positiv beachten kannst.

## **5. Evaluation und Interventionshilfen**

### **Evaluation der Interventionen**

Wie konstruktiv die Psychotherapie verläuft, kann der Therapeut an den Veränderungen am Selbstempathie- bzw. Selbstexplorationsprozess des Patienten feststellen (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 71).

Bleibt dieser Prozess – gemessen mit der Selbstexplorationskala (s. o.) – des Patienten auf einem mittleren Niveau erhalten oder nimmt die Selbstexploration während der Behandlungsstunde zu, dann spricht das für einen konstruktiven Verlauf. Das Gegenteil wäre anzunehmen, wenn eine niedrige Selbstexploration sich nicht verändert oder es zu einem Nachlassen der Selbstexploration – bis hin zum Verstummen – in der Therapiesitzung kommt.

Ob eine Intervention therapeutisch sinnvoll war oder nicht, entscheidet sich also an ihrer Auswirkung auf den Selbstempathieprozess.

### **Interventionshilfen**

Interventionshilfen dienen dazu, die therapeutische Beziehung, wie sie auf Stufe II der Beziehungstaxonomie definiert ist, zu erkennen und zu fördern.

Als Interventionshilfen können in der Gesprächspsychotherapie die Definitionen der zentralen Prozessmerkmale und die Skalen, die zu ihrer empirischen Erfassung entwickelt worden sind, dienen. Bei diesen Skalen handelt es sich in der Regel um mehrstufige Intervallskalen, deren einzelne Skalenstufen durch Ankerbeispiele gekennzeichnet sind. Neben den Definitionen der Merkmale durch diese Skalen dienen auch diese Ankerbeispiele dem Gesprächspsychotherapeuten als Orientierung für sein therapeutisches Verhalten.

Weitere Interventionshilfen sind Interventionen, wie „Konfrontation“, die eingesetzt werden, wenn die therapeutische Beziehung bzw. Aspekte von ihr beeinträchtigt sind.

## **5.1 Interventionshilfen bezüglich der zentralen Merkmale des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots: Empathie, Bedingungslos Positive Beachtung und Kongruenz**

### **5.1.1 Empathie**

#### **Definition**

Eine auf Rogers zurückgehende Definition von Empathie lautet: „den Inneren Bezugsrahmen eines anderen mit den emotionalen Komponenten und den dazu gehörenden Bedeutungen genau wahrzunehmen, als ob man die andere Person sei, jedoch ohne jemals die ‚als ob‘-Bedingung zu verlieren“ (zit. nach Eckert et al., 2006, S. 220).

#### **Skala**

Tausch et al. (1969) haben in Anlehnung an eine Empathieskala von Truax (eines Mitarbeiters von Rogers), eine Skala entwickelt, mit der das Ausmaß der „**Verbalisierung emotionaler Erlebnishalte (VEE)**“ durch den Psychotherapeuten eingeschätzt werden soll. Die VEE-Skala (z. B. Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 19) umfasst neun Stufen, von denen jede zweite operational definiert ist.

Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass bedeutsame korrelative Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der VEE des

Therapeuten und der Selbstexploration des Patienten bestehen, während die Zusammenhänge zwischen VEE und den Therapieeffekten eher gering sind, d. h. VEE ist offenbar für den psychotherapeutischen Prozess unmittelbarer bedeutsam als für das Therapieergebnis.

Für die Praxis ist der Hinweis wichtig, dass die VEE-Skala nur den Umgang mit vom „Patienten *ausgedrückten* persönlich-emotionalen Erlebnisgehalten“ beschreibt und die Forschung die Regel bestätigt hat, dass es förderlich ist, möglichst alle geäußerten Aspekte dieses geäußerten Erlebens aufzugreifen. Von dieser Regel gibt es im Individualfall Ausnahmen: Wird z. B. deutlich, dass sich ein Patient der Erfahrungen, über die er berichtet, schämt, dann ist diese Scham das dem Patienten wichtige Gefühl und es wäre sogar unempathisch zu versuchen, möglichst „alle“ geäußerten schambehafteten emotionalen Erlebnisinhalte zu verbalisieren.

Unter Interventionsgesichtspunkten ist die Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten, die sich an der VEE-Skala ausrichtet, die einzige *Interventionstechnik*, die im Rahmen des Therapiemodells der klassischen Gesprächspsychotherapie definiert worden ist.

### 5.1.2. Bedingungsfreie Positive Beachtung

#### Definition

Die auf Rogers zurückgehende *Definition* von Bedingungsfreier Positiver Beachtung lautet:

„Wenn die Selbsterfahrungen eines anderen von mir so wahrgenommen werden, dass sich keine von ihnen von irgendeiner anderen dadurch unterscheidet, dass sie mir der aufmerksamen Beachtung („positive regard“) mehr oder weniger Wert ist, dann erfahre ich für dieses Individuum Bedingungsfreie positive Beachtung“ (zit. nach Eckert et al., 2006, S. 121). Sie verdeutlicht, dass mit diesem Begriff ein innerpsychischer Prozess bezeichnet wird, der nur introspektiv durch den Therapeuten selbst wahrgenommen werden kann.

Bedingungsfreie Positive Beachtung des Patienten in seinen Erfahrungen kann nicht im Sinne einer Intervention gezielt „eingebracht“ werden, sondern stellt sich im günstigen Fall ein und der Therapeut kann sie introspektiv bei sich selbst feststellen.

Unter Interventionsgesichtspunkten kann also nicht das Ausmaß an Bedingungsfreier Positiver Beachtung bzw. Anerkennung **handlungsleitend** sein, sondern sollten es die **Abweichungen von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung** sein.

Solche Abweichungen können in vielfältigen Formen auftauchen, z. B. als Ungeduld, Langeweile; plötzliche, kaum zu beherrschende Müdigkeit während der Sitzung; Erleichterung, wenn der Patient eine Sitzung absagt; plötzliches Auftreten von Hungergefühlen während der Sitzung; nachhaltige Freude bis Begeisterung darüber, dass der Patient seine beruflichen Probleme in den Griff zu kriegen scheint.

Wenn der Therapeut solche Abweichungen von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung bei sich feststellt, sollte er sich

selbstreflexiv der Frage zuzuwenden: Was an der Schilderung seines Erlebens durch den Patienten lässt mich so reagieren? Erst wenn er sich in seiner Reaktion verstanden hat – durch Selbstreflexion in der therapeutischen Situation, manchmal aber erst in der Supervision – kann sich die Abweichung von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung auflösen.

#### Skalen

Es hat verschiedene Versuche gegeben, das komplexe Beziehungsmerkmal Bedingungsfreie Positive Beachtung in Ratingskalen operational zu definieren und zu erfassen. Die Stufen der Skala „**Unconditional Positive Regard**“ von Truax (s. Tausch, 1973, S. 115) erfassen das Ausmaß an Bedingungsfreier Positiver Beachtung des Therapeuten, wie es für außenstehende Beurteiler sichtbar wird. Sie stellen aber keine Interventionshilfe dar insofern, als die Betrachtung eines Fremdratings mir in der Regel keinen Hinweis darauf liefert, welchen Grund ich habe, meinen Patienten nicht unbedingt positiv zu beachten.

### 5.1.3 Kongruenz

#### Definition

Kongruenz ist definiert als das Vorliegen der Möglichkeit, sich aller bewusstseinsfähigen Erfahrungen, die der Organismus macht, bewusst zu werden und sie im Selbsterleben zu repräsentieren. Kongruenz in einer therapeutischen Beziehung heißt vor allem, dass sich der Therapeut aller Gefühle bewusst werden kann, die der Patient in ihm auslöst. Wenn der Therapeut auf den Patienten mit Gefühlen reagiert, deren er sich nicht bewusst werden kann, wird er in der Regel durch diese Gefühle auch darin behindert, sich in den Patienten einzufühlen und dementsprechend in dem, was er dabei verstanden hat, bedingungsfrei positiv zu beachten (vgl. Eckert et al., 2006, S. 223).

Auch diese Definition macht deutlich, dass mit Kongruenz ein innerpsychischer Prozess gemeint ist, der zwar bewusstseinsfähig, aber für den Therapeuten nicht unmittelbar erfahrbar ist. Der Therapeut erlebt – das ist ähnlich wie bei der Bedingungsfreien Positiven Beachtung – eher Inkongruenz, d. h. das *Fehlen* von Kongruenz. Bedeutsame Inkongruenzen sind auch mit Abweichungen von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung verbunden und mit Schwierigkeiten, sich in die vom Patienten präsentierten Erfahrungen korrekt einzufühlen. Unter **Interventionsgesichtspunkten** ist deshalb auch hier **handlungsleitend**, dass der Therapeut dann, wenn er sich den Erfahrungen des Patienten nicht ausreichend bedingungsfrei positiv beachtend zuwenden kann und/oder Schwierigkeiten hat, sich einzufühlen, der Frage nachgeht, ob er vielleicht inkongruent ist.

Die Kongruenz des Therapeuten wird in der Regel dadurch bedroht, dass das Erleben des Patienten von Erfahrungen bestimmt bzw. mitbestimmt wird, die dieser von sich aus nicht thematisieren

kann oder will, – von Erfahrungen z. B., die sein Selbstkonzept in Frage stellen. Das ist ihm oft nicht bewusst, d. h. er spricht nicht nur nicht über diese Erfahrungen und was sie für ihn und sein Selbstverständnis bedeuten, sondern er wehrt sie ab.

Es gibt unter den Gesprächspsychotherapeuten im Wesentlichen zwei unterschiedliche Auffassungen darüber, wie mit Abwehr<sup>2</sup> bzw. Abwehrverhalten therapeutisch umzugehen sei.

Die eine Position beruft sich auf Rogers und setzt darauf, dass das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot ausreiche, bestehende Abwehrstrukturen zu überwinden, d. h. sie überflüssig zu machen. Der Klient könne die Unbedingte Positive Beachtung seiner Erfahrungen durch den Therapeuten als eine angstfreie Haltung sich selbst gegenüber übernehmen und immer mehr seiner Erfahrung in seine Selbsterfahrung integrieren. Die andere Position (z. B. Finke, 2004; Sachse, 1999) hält eine gezielte Arbeit am Abwehrverhalten für erforderlich.

Wir vertreten hier die Position, dass eine gezielte Arbeit an der Abwehr in der Gesprächspsychotherapie nur dann indiziert ist, wenn der Therapeut auf das Abwehrverhalten des Patienten seinerseits mit Abweichungen von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung reagiert.

Die Interventionen des Therapeuten sollten mit der 2. Allgemeinen Interventionsregel vereinbar sein, d. h. sie sollten nach Möglichkeit die Selbstexploration (Ebene III) des Patienten erhöhen, und zwar in Bezug auf sein Abwehrverhalten, und sie sollten darüber hinaus die Bedingungen *Kongruenz* und *Bedingungsfreie Positive Beachtung* der Ebene II nicht verletzen. Gelingen dem Therapeuten solche Interventionen, dann führt das dazu, dass Therapeut und Patient die Ursachen und die Funktion der Abwehr besser verstehen, mit dem Effekt, dass sie nicht mehr nötig ist.

Finke (2004) hat Interventionen vorgeschlagen, die geeignet sind, die Kongruenz des Therapeuten zu erhalten oder wieder herzustellen:

1. Abwehrbearbeitung
2. Selbstöffnung und Selbsteinbringung

Sie sollen hier unter dem Gesichtspunkt Interventionshilfen diskutiert werden.

### **Abwehrbearbeitung<sup>3</sup>**

Die häufigste Form des Ansprechens von Abwehr, die *Konfrontation*, wird in der Regel dann eingesetzt, wenn Widersprüche auftreten, und zwar

- zwischen verbalem und non-verbalem Ausdruck  
Beispiel: Th.: „*Ich spüre da einen Unterschied zwischen dem, was sie sagen, und dem, was mir viele Ihrer Gesten auszudrücken scheinen.*“
- zwischen Selbstbild und Fremdbild  
Beispiel: Th.: „*Es entspricht so Ihrem Ideal, immer um Harmonie bemüht zu sein, aber es fällt Ihnen oft schwer, das zu verwirklichen.*“
- zwischen Einsicht und Verhalten  
Beispiel: Th.: „*Obwohl Sie die Probleme so klar sehen, war es jetzt zu schwer für Sie, nicht wieder zu ihm zurückzugehen.*“
- in der Logik der Darstellung  
Beispiel: Th.: „*Sie äußerten eben noch, auf Abstand zu ihr gehen zu wollen, Ihr letzter Satz sagt aber eigentlich das Gegenteil; da stehen sich wohl zwei Wünsche in Ihnen gegenüber?*“

Die Abwehr zeigt sich ferner besonders häufig in *Vermeidungsverhalten*. Der Therapeut kann es zum Thema machen mit dem Ziel, dass Patient und Therapeut verstehen, wie es zustande kommt und welche Funktion es hat.

*Beispiel: Umgang mit Vermeidungsverhalten*

Th.: „*Mir fällt auf, dass für Sie das Thema Eheprobleme, das ja in unseren Eingangsgespräch so zentral war, keine wichtige Rolle mehr zu spielen scheint. Sehe ich das richtig?*“

Die Intervention in diesem Beispiel beinhaltet schon einen Aspekt der im Folgenden darzustellenden Interventionskategorie „Selbstöffnen/Selbsteinbringen“ (vgl. Finke, 2004, S. 67ff.).

### **Selbstöffnen/Selbsteinbringen („self-disclosure“)**

Selbstöffnen/Selbsteinbringen stellen Interventionen auf der Abstraktionsebene III dar.

Auf der fünften und höchsten Stufe der von Truax entwickelten Skala zur Fremdeinschätzung von „self-disclosure“ des Therapeuten ist sie wie folgt operationalisiert:

„Stufe 5: Der Therapeut macht sich in besonderer Weise transparent, so dass der Patient es in konstruktiver Weise nutzen kann“ (Finke, 2004, S. 68).

An dieser Formulierung wird deutlich, dass sich die Intervention Selbstöffnen/Selbsteinbringen positiv auf den Therapieprozess auswirken soll.

2 Der in der Gesprächspsychotherapie verwendete Begriff „Abwehr“ bzw. die damit bezeichnete Funktion ist nicht deckungsgleich mit dem Abwehrkonzept der Psychoanalyse; z. B. wird nicht zwischen „Abwehr“ und „Widerstand“ unterschieden.

3 Beispiele aus Finke (2004, S. 62ff.)

Finke (2004, S. 68) unterscheidet verschiedene Inhalte, bezüglich derer sich der Therapeut selbst öffnen bzw. selbst einbringen kann. Welche Inhalte Thema werden, hängt davon ab, welche Aspekte des Selbsterlebens des Patienten im therapeutischen Kontakt sein Erleben maßgeblich bestimmen. Dazu ist erforderlich, dass der Therapeut den *Inneren Bezugsrahmen* des Patienten (s. 5.3.2) korrekt erfasst. Finke findet dafür folgende Beispiele:

#### **Mitteilen von Anteilnahme**

Th.: „Ich freue mich, dass Sie das geschafft haben“.

Th.: „Ich Sorge mich, dass Sie sich so schnell entscheiden“.

#### **Mitteilen von Ähnlichkeit**

Th.: „Das kann ich gut nachempfinden. Ich habe Ähnliches erlebt“.

Th.: „Ich kenne solch quälende Zweifel“.

#### **Mitteilen von Beurteilungen**

Th.: „Ich finde, dass Sie das gut gemeistert haben“.

Th.: „Da waren Sie wirklich in einer schwierigen Situation“.

#### **Konfrontation mit Beobachtungen**

Th.: „Es erstaunt mich, dass Sie immer wieder ...“

Th.: „Es irritiert mich, dass Sie ...“

#### **Anbieten einer alternativen Erlebnisweise**

Th.: „An Ihrer Stelle würde mich das aber ärgern“.

Th.: „Ich wäre da aber etwas stolz auf mich“.

#### **Mitteilen der emotionalen Resonanz**

Th.: „Es macht mich etwas unzufrieden, dass ...“

Th.: „Es ärgert mich und kränkt mich irgendwie auch, dass Sie ...“

Diese Beispiele verdeutlichen unmittelbar, dass beim Selbstöffnen/Selbsteinbringen eine Abweichung von der „Bedingungsfreien

Positiven Beachtung“ zum Ausdruck gebracht werden kann. Eine Therapeutenintervention, wie die aus dem letzten Beispiel „Es ärgert mich und kränkt mich irgendwie auch, dass Sie ...“ beinhaltet ja die Mitteilung, dass der Therapeut etwas am Patienten nicht bedingungsfrei annehmen kann. Im Gegenteil!

Solche Interventionen sind nur dann therapeutisch sinnvoll, wenn sie dazu führen, dass Patient und Therapeut unmittelbar im Anschluss an sie gemeinsam versuchen zu verstehen, was dazu geführt hat, dass der Therapeut sozusagen „aus der Rolle gefallen“ ist.

Bevor ein Gesprächspsychotherapeut damit interveniert, dass er sich selbst öffnet oder einbringt, sollte er sich daher selbstreflexiv Rechenschaft darüber ablegen, warum er auf die Idee kommt, sein eigenes Erleben zur Thema zu machen, und ob er die bei sich selbst erlebte Abweichung von der Bedingungsfreien Positiven Beachtung nicht in stummer Selbstreflexion verstehen und damit überwinden kann.

## **6. Ausblick**

Zusammengefasst ist aus unserer Sicht festzuhalten: Das Klientenzentrierte Konzept ist im Wesentlichen auf einer relativ hohen Abstraktionsstufe formuliert worden: in der vierstufigen Beschreibungstaxonomie auf Stufe II, d. h. es lassen sich vor allem *Interventionsprinzipien* herausstellen, aber nur bedingt einzelne Interventionstechniken auf den darunter liegenden Ebenen. Die Gesprächspsychotherapie kennt im Prinzip nur *eine* einzige Interventionstechnik, die der Therapeut unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen – vor allem Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz – gezielt einsetzen kann: Die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE).

Die Beachtung der *Interventionsprinzipien* und von *Interventionshilfen* bieten dem Gesprächspsychotherapeuten viele Möglichkeiten, sein therapeutisches Verhalten den Patienten und der jeweiligen Situation im Therapieprozess entsprechend differenziert auszurichten und zu überprüfen.

## Literatur

- Berger, F. (2006). Personzentrierte Beratung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 333–372). Heidelberg: Springer
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 9. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Höger, D. (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie: Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta / Original erschienen 1996, *Focusing-oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: The Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Counseling and Psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin / *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Client-centered therapy. Current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin / *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1957/1991). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103 / Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Matthias-Grünewald.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H. J., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? Methodenkritische Anmerkungen zur Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.4.2008 im Zusammenhang mit der Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 160–168.
- Tausch, R. (1973). *Gesprächspsychotherapie*. 5. ergänzte Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R., Eppel, H., Fittkau, B. & Minsel, W.-R. (1969). Variablen und Zusammenhänge in der Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Psychologie*, 175, 93–102.

## Autor/innen:

**Eva-Maria Biermann-Ratjen**, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in privater Praxis, Hamburg.

**Jochen Eckert**, Prof. Dr., Psychologischer Psychotherapeut, Stellv. Geschäftsf. Direktor des Instituts für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg.

## Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jochen Eckert  
Universität Hamburg  
Institut für Psychotherapie  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg  
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

# Rezensionen\*

Christian Metz

## Deister, Berhard: Anthropologie im Dialog. Das Menschenbild bei Carl Rogers und Karl Rahner im interdisziplinären Dialog zwischen Psychologie und Theologie.

Innsbruck: Tyrolia, 2007. 355 Seiten, ISBN 978-3-7022-2870-5. € 34,00/CHF 48,80

Bernhard Deister unternimmt den anspruchsvollen Versuch, zwei exemplarische Menschenbilder aus Psychologie und Theologie – ausgewählt bei Carl Rogers und Karl Rahner – dialogisch zusammen- und weiterzuführen. Nach einer methodologisch überzeugenden Herleitung und Begründung anthropologischer Kategorien werden die jeweiligen Menschenbilder anhand von sechs Themenbereichen gründlich beschrieben und in einen interdisziplinären Dialog gesetzt:

- Allgemeine Charakterisierung des Menschen
- Bezogenheit des Menschen als Person
- Möglichkeiten und Entwicklung
- Grenzen und Gefährdetheit
- Bedingungen und Wege der Heilung
- Zielbild des Menschseins

Im I. Teil wird Rogers' personenzentrierter Ansatz in seinen Grundzügen und speziell mit seinem Menschenbild dargestellt. Im II. Teil widmet sich Deister Rahners transzendentaltheologischem Ansatz, auf dessen Hintergrund er gleichfalls dessen Menschenbild herausarbeitet. Im III. Teil nimmt Deister eine dialogische Zusammen- und Weiterführung der Menschenbilder vor und leitet daraus schließlich Implikationen und Konsequenzen eines solchen interdisziplinären Dialogs für die psychologische und theologische Forschung sowie die psychotherapeutische und seelsorgliche Praxis ab.

Während Rogers den Menschen unter einer immanent-empirischen Perspektive betrachtet, steht bei Rahner die Transzendentalität des Menschen im Mittelpunkt. Für beide Autoren ist der Mensch ein primär positives, auf Bezogenheit in sich und zu sich selbst, zu den Mitmenschen wie auf Gott hin angelegtes, personales Wesen, das in seinem Beziehungspotenzial allerdings der Gefährdung durch Entfremdung von seinem eigentlichen Wesen unterliegt. Der Weg der Heilung liegt für beide Autoren in der Erfahrung und Annahme einer

liebenden und annehmenden Beziehung: bei Rogers ein zwischenmenschlich-helfendes, bei Rahner das göttlich-erlösende Beziehungsangebot. Gemeinsam ist beiden das Bestreben, ihre Erkenntnisse praktisch anzuwenden, etwa im Rahmen einer mystagogischen Seelsorge oder der personenzentrierten Psychotherapie.

Der transzendentaltheologische und zugleich transzendentalanthropologische Ansatz Rahners lenkt die (theologischen) *Fragen* zumeist auf die Bedingungen der Möglichkeit einer bestimmten Erkenntnis oder eines Tuns des Menschen, um die Bedeutung der *Erfahrung* Gottes – in der Unterscheidung von unmittelbarem Erleben und dessen jeweiliger Reflexion – zu erschließen. Die Verbindung von eigenem Erleben, persönlichem Glaubenszeugnis und theologisch-philosophischer Reflexion lassen Rahners Ansatz bis heute beachtenswert erscheinen – nicht zuletzt auch für die wissenschaftstheoretische Verortung der Pastoraltheologie als eigenständiger Disziplin, was für den interdisziplinären Dialog mit der Psychologie und den Naturwissenschaften unverzichtbar erscheint.

Die Art und Bedeutung der Anthropologie im Werk Rahners stellt Deister in seinen Grundzügen für dessen explizit wie implizit enthaltene Menschenbild heraus, das die Einheit der *Person*, des Subjektes als zugrundeliegend und vorgängig zur Vielfalt der einzelnen Aspekte des Menschseins betont. So werden die Möglichkeiten und Entwicklung des Menschen „als Ereignis der freien und ungeschuldeten Selbstmitteilung Gottes“ (S. 186), als Wesen der Transzendenz, Verantwortung und Freiheit eröffnet. Dieses „übernatürliche Existential“ (S. 188), das allen Menschen gegeben ist, liegt für Rahner im universalen Heilswillen Gottes begründet – vor und unabhängig von allem religiösen Bekenntnis und allem ausdrücklichen Glauben. In der Erfahrung seiner Endlichkeit erweist sich der Mensch als das Wesen eines unendlichen Horizontes. Die individuelle (Selbst-)Erfahrung, die zugleich über sich hinaus verweist als Erfahrung der

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

immer schon gegebenen Gegenwart Gottes im eigenen Leben, ist in der Geschöpflichkeit des Menschen mit ihrer Entwicklungstendenz angelegt. Hier stellt sich die Frage, inwieweit das theologische Zielbild des Menschseins (im Verständnis Rahners als Einheit des Menschen mit Gott auf allen seinen Beziehungsebenen) auch psychologische („geschichtliche“) Kategorien umfasst und mit Rogers' Zielbild der mit sich selbst kongruenten ‚fully functioning person‘ in Beziehung zu setzen ist.

In der kritischen Würdigung Rahners Menschenbildes führt Deister an, dass sich eine stärkere Darlegung der konkreten kategorialen Erfahrbarkeit der in transzendentaler Reflexion gewonnenen Einsichten eher in den lebensnahen geistlichen Schriften finden lässt. Dieser Befund lässt auch die Herausforderung der Auswahl und Bezugnahme erkennen, welche jeweiligen Quellen aus dem umfangreichen Werk sowohl Rahners wie Rogers für eine synoptische Vermittlung zwischen beiden Menschenbildern als relevant einzubeziehen wären.

Umso beachtlicher erscheint daher, dass es Deister weithin gelungen ist, die a priori abgeleiteten anthropologischen Kategorien bei der Darstellung des jeweiligen Menschenbildes in der jeweiligen Zuordnung ihrer wesentlichen Aspekte durchzuhalten und so zu einer Gesamtsicht des Menschen zu integrieren. Für Rogers wie für Rahner ist die menschliche Entwicklung von einer konstruktiven, auf Entfaltung und Entwicklung ausgerichteten Kraft getragen. Allerdings unterscheiden sich die beiden Ansätze hinsichtlich der Grundlage (naturale Aktualisierungstendenz vs. sich selbst mitteilender Gott) als auch der Zielvorstellung dieses Prozesses (Selbstverwirklichung der ‚fully functioning person‘ vs. Erlösung und Vollendung des Menschen in der Gemeinschaft mit Gott). Der personenzentrierte Ansatz erhebt den Anspruch einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen als Person. Aus transzendentaltheologischer Sicht sei daher – so Deister – zu fordern, dass er auch auf die Bedeutung menschlicher Erfahrung von Transzendentalität für den psychotherapeutischen Prozess sowie für hilfreiche menschliche Beziehungen insgesamt eingeht (vgl. S. 265).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen personenzentriertem und transzendentaltheologischem Verständnis menschlicher Entfremdung wird von Deister hinsichtlich der Frage nach ihrer Entstehung und Überwindung markiert. Auch die Möglichkeiten und Grenzen der Entwicklung des Menschen lassen sich in ihrer unterschiedlichen Beschreibung („Überwindung der innermenschlichen Inkongruenz“ – „Überwindung der sündhaften Trennung von Gott“) in einem Person-Verständnis als Prozess hin auf größtmögliche Individualität und Relationalität übersetzen und vermitteln. Hierbei ist es Deister wichtig zu berücksichtigen, dass es sich um Entsprechungen zwischen verschiedenen anthropologischen Reflexionsebenen und nicht um eine Gleichsetzung psychologischer und theologischer Termini handelt (vgl. S. 299). Zugleich spricht er sich als Ergänzung und Vertiefung beider anthropologischer Ansätze für eine stärkere Reflexion des konkreten soziokulturellen und historischen Umfeldes aus. Bei Rogers wie bei Rahner seien etwa die Grenzen der Fähigkeit zu wirklich verantwortlichem Selbstvollzug nicht ausreichend problematisiert.

Deister ist gelegen an wechselseitiger Bereicherung der Forschungsmethodik durch ein verstärktes Aufgreifen des hermeneutischen Vorgehens in der Psychologie und empirischer Methoden in der (Praktischen) Theologie. Dadurch wird der interdisziplinäre Dialog im Bereich der Religions- und Pastoralpsychologie wie auch zwischen Psychotherapie und Beratung angeregt und fortgeführt. Deister betont dabei, dass die Integration empirischer Forschungsmethoden ebenso wie die Anwendung psychotherapeutischer Interventionsformen in der seelsorglichen Praxis stets die anthropologischen Grundlagen und Grenzen zu reflektieren habe, um nicht zu einem Eklektizismus, sondern zu einer wirklich sinnvollen Integration und Weiterentwicklung der eigenen Möglichkeiten zu führen (vgl. S. 313).

Die vorliegende Publikation lässt erkennen, dass die alltäglichen Herausforderungen der Arbeit als Krankenhausseelsorger für Deister den impliziten und expliziten Dialog von Theologie und Psychologie, von Seelsorglichem und Psychotherapeutischem gefördert und gefordert haben.

Jürgen Kriz

## Jochen Eckert, Sven Barnow und Rainer Richter (Hrsg.): Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie

Bern: Hans Huber Hogrefe AG, 2010. 476 Seiten, ISBN 978-3-456-84781-8. € 39,95/CHF 68,00

In der Psychoanalyse spielt das Erstgespräch – dort unter dem *terminus technicus* „Erstinterview“ – seit jeher eine zentrale Rolle. Es gibt daher eine Reihe von Werken darüber. Wenn nun im vorliegenden Buch Erstgespräche in unterschiedlichen Ansätzen und aus diversen Blickwinkeln erörtert werden, so ist dies nicht einfach als eine

Erweiterung des Diskurses zu verstehen. Vielmehr geht das zentrale Anliegen dieses Buches – wie im kurzen Vorwort der drei Herausgeber und dem Einführungskapitel von Eckert explizit ausgewiesen – von der vielfach beklagten Tatsache aus, dass mehr als 40 % der Psychotherapien, für die eine positive Indikation gestellt worden ist, nicht

erfolgreich beendet werden. Wobei sich diese Zahl aus den Abbrechern einerseits (über 20%) und den nicht erfolgreich behandelten Patienten (rund 25%) zusammensetzt. Diese Zahl erhöhte sich sogar noch deutlich dadurch, wenn man die Zahl der Rückfälle mit einbezieht: Rund 30% aller kassenfinanzierten ambulanten Therapien sind Wiederaufnahmen von Behandlungen – was zwar keineswegs immer, aber zumindest zum Teil, als Misserfolg einer vorhergehenden Behandlung zu verstehen ist. Wenn also, wie Eckert darlegt, „mehr als 50% aller psychotherapeutischen Behandlungen Misserfolge“ sind (S. 15), müsste die Indikationsstellung sorgfältiger, mit höherer Validität und unter besserer Nutzung differenzieller Indikationsmöglichkeiten erfolgen. Entsprechend dieser Analyse sollten, so die Autoren, im Erstgespräch Entscheidungen über Fragen gefällt werden wie: Ist überhaupt eine psychotherapeutische Behandlung indiziert? Ist der Therapeut und/oder das von ihm praktizierte Therapieverfahren passend? Welches Setting (teil-/stationär, ambulant, Einzel-, Gruppen-, Familientherapie) ist am besten geeignet? Welche Prognose kann – ggf. unter Einbeziehung probatorischer Sitzungen – für den Erfolg gestellt werden usw. (S. 27).

Diese Fragestellungen spiegeln sich auch in der Gliederung des Buches wider, das (neben kleineren) fünf große Kapitel enthält, unter denen Aspekte in Erstgesprächen diskutiert werden: 1. *verfahrensspezifisch* – wobei die in der BRD „wissenschaftlich anerkannten“ fünf Verfahren jeweils einen Fokus bilden: Psychodynamische, Systemische, Neuropsychologische, Verhaltens- und Gesprächs-Psychotherapie; 2. *störungsspezifisch* – hier wird die Sicht auf das Erstgespräch aus neun „Störungsgruppen“ erörtert, von Angst und Depression bis zu Sexualstörungen und psychischen Störungen körperlich kranker Menschen; 3. *besondere Gruppen* – nämlich Kinder- und Jugendliche, Alte, geistig Behinderte und Straftäter; 4. *unterschiedliche therapeutische Rahmen* – hier werden Fragen erörtert wie z. B. Einzel- vs. Gruppentherapie, Therapiedosis oder Therapiefrequenz; 5. *Alternativen zur Psychotherapie* – nämlich Beratung, Psychoedukation und Krisenintervention.

Man erkennt hieran schon die Vielfalt, mit der 31 Autorinnen und Autoren in 29 Kapiteln das komplexe Thema „Erstgespräch“ angegangen sind. Das macht das Buch auf jeden Fall lesenswert. Allerdings darf man auch die Ausgangsfrage bzw. das implizit anfangs geäußerte Anliegen aufgreifen und diskutieren, ob mit diesem Wissen auch die Zahl der „Misserfolge“ im obigen Sinne verringert werden kann. Hier ist der Rezensent skeptisch – oder mahnt zumindest zu großer Bescheidenheit.

Denn schon in der Mitte des Buches geht Eckert der Frage differenzieller Psychotherapieindikation in einem kurzen Kapitel nach: „Wann ist welche Psychotherapie indiziert – und bei wem?“. Dies mündet, neben der Erörterung von Passungsproblemen, im Wesentlichen in der ebenso bekannten wie ernüchternden Feststellung, dass die Suche nach klaren Zuordnungen von jeweils „besten“ Therapieverfahren bzw. -methoden zu ICD-Störungen trotz oder wegen der umfangreichen Basis gegenwärtiger Forschungsergebnisse nicht von

Erfolg gekrönt ist. Ebenso müssen wir uns wohl von dem Wunsch verabschieden, für *jede* Störung eine geeignete Behandlungsmethode zu haben. Doch das sollte nicht wundern: Denn man kann ja einmal die Fragerichtung umdrehen und überlegen, was eine Therapeutin eigentlich mehr über Psychotherapie wissen müsste, damit die Zahl o. a. „Fehlbehandlungen“ geringer würde. Zumindest aus personenzentrierter Sicht käme man kaum auf die Idee, dass der wesentliche Schlüssel in kategoriellen Befunden über Verfahren einerseits und ICD-Diagnosen andererseits zu finden ist. Zwar suggeriert der deutsche „Wissenschaftliche Beirat“, WBP, mit seinem Methodenpapier als Basis für die Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapie, dass allein Erkenntnisse aus Studien relevant wären, in denen Verfahren Y auf Störung X angewendet wird. Jenseits solcher Elfenbeinturm-Diskurse finden wir in der Praxis aber kein X, das mit einem Y behandelt wird. Vielmehr gibt es z. B. einen Patienten A, dessen Leiden mehr oder minder der Kategorie X zugeordnet werden kann (sowie meist auch, mehr oder minder, R, S, T und U). „X“ beschreibt so oder so seine Leidzustände keineswegs hinreichend präzise und erschöpfend. Und dieser wendet sich an eine Therapeutin B, die mehr oder minder stark ihre Basis in Verfahren Y hat (sowie aber meist auch M, N, O und P in Weiterbildungen etc. dazugelernt hat). „Y“ beschreibt nichts, was lehrbuch- oder manualartig am Patienten „vollstreckt“ wird, sondern selbst ein Manual wird, hoffentlich für den Patienten entsprechend der genauen situativen Umstände und B's eigenen, u. a. biographisch begründeten, Vorlieben modifiziert. Da nützt Therapeutin B also wenig die Kenntnis, ob für Störung X die statistische „Effektstärke“ um 0,2 höher bei Verfahren Y als bei Verfahren M in den RCT-Studien ausgefallen ist, um die Frage zu entscheiden, ob sie diesen Patienten A nun besser selbst behandeln oder zur Kollegin D überweisen sollte (die ihre Basis in Verfahren Y – und anderen – hat). Wenn daher z. B. v. Sydow im Kapitel über Systemische Therapie schreibt, diese sollte „dann, wenn andere Therapieverfahren nachweislich wirksamer sind bzw. schneller zum Erfolg führen, nicht eingesetzt werden“ (S. 97), dann zeigt dies nur, wie sehr die Elfenbeinturm-Diskurse des WBP die Sicht auf den Unterschied zwischen abstrakten taxonomischen Kategorien und realen Menschen mit konkreten Kompetenzen und Leidensgeschichten verstellt haben.

Diese Problematik schlägt notwendig auch bei der Erörterung „störungsspezifischer Besonderheiten“ (Kap. 3) durch. Dies sei exemplarisch am Abschnitt über „Erstgespräch bei Depressionen“ skizziert, weil für diese Diagnose selbst nach WBP und „Gemeinsamen Bundesausschuss“ die „Gesprächspsychotherapie“ besonders wirksam ist. Doch: „Dieser Beitrag wurde aus verhaltenstherapeutischer Sicht geschrieben“, steht gleich zu Beginn – für Personenzentrierte Therapeuten somit interessant, aber logischerweise nicht spezifisch. Und für Verhaltenstherapeuten findet sich, ebenso logisch, kein Hinweis auf die Frage, ob, wann und warum nicht ggf. an eine Gesprächspsychotherapeutin überwiesen werden sollte. Was soll ein Verhaltenstherapeut zudem mit Hinweisen wie

diesem anfangen: „Ein nichtwertendes *Einfühlen* in den *inneren Bezugsrahmen* ... und Signale aktiven Zuhörens – wie z. B. durch die Interjektionen „aha“, „hmm“ – Zugewandtheit durch Blickkontakt und eine offene natürliche Sitzhaltung ..., all dies vermittelt dem Patienten, dass er in seinen Schilderungen *bedingungsfrei* und als eigenständiges Individuum akzeptiert wird“ (S. 149, Hervorhebungen J. K.). Denn natürlich fehlt in jeder VT-Theorie die Spezifizierung des GPT-Theoriekerns „innerer Bezugsrahmen“ – ebenso, wie die genauere GPT-Bedeutung von „bedingungsfrei“. Dies kann also nur mit wabernder Alltagsmetaphorik ausgefüllt werden. Doch damit – von „aha“ und „hmm“ ganz zu schweigen – eignet sich ein Verhaltenstherapeut weder die Kompetenzen der Gesprächspsychotherapie an noch erfährt er, was überhaupt diese Kompetenzen ggf. sind. Das gilt allerdings *vice versa* bzw. in beliebigen Kombinationen für alle Verfahren und ihre Therapeutinnen. D. h. selbst auf der Ebene von *Störungskategorien* ist der Ertrag für konkrete Entscheidungen sehr begrenzt.

Die hier skizzierte Problematik soll deutlich machen, dass ein solches Buch *prinzipiell* nicht dem Anspruch gerecht werden könnte, aus einem Erstgespräch verfahrensspezifische oder störungsspezifische Entscheidungen abzuleiten, die derart „wissenschaftlich fundiert“ sind, dass persönliche klinische Kompetenz

durch forschungsmethodisch erbrachte Evidenz ersetzt werden kann. Dies räumen auch die Herausgeber selbst im Nachwort ein. Und wo solche Versuche im Buch anklingen, sind sie eher lächerlich bis ärgerlich. Daher hätte ich den Herausgebern den Mut gewünscht, die vom WBP als „wissenschaftlich“ suggerierte Untergliederung psychotherapeutischer Behandlungs-Komplexität in Verfahren und ICD-Diagnosen gar nicht erst als Gliederung (und damit: kognitive Orientierung) anzubieten.

Trotz dieser kritischen Anmerkungen ist das Buch sehr zu empfehlen, sofern man es mit anderem Anliegen liest: wenn man nämlich nicht Verfahren und Störungen in den Fokus nimmt, sondern die 31 durchwegs kompetenten Therapeutinnen. Diese erzählen – oft sehr anschaulich und anregend – „wie sie’s machen“. Und dies natürlich vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Verfahrensorientierung und den inneren Bildern von jenen Patientinnen, die sie z. B. einem bestimmten Diagnose-Cluster zuordnen würden. Lässt man sich auf eine solche Perspektive ein – die eher einer Erzählrunde am Lagerfeuer gleicht – kann man sehr viel von den Darstellungen profitieren und über den Tellerrand der je eigenen X-Praxis (und Theorie) blicken. Für diese vielfältigen Anregungen und Informationen lohnt der Band allemal.

## Beatrix Teichmann-Wirth

### Thomas Heidenreich & Johannes Michalak: Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage.

Tübingen: dgvt-Verlag, 2009. 831 Seiten, ISBN 978-3-87159-090-0. € 49,80 / CHF 89,90

Achtlos und nebenbei ist das vorliegende Buch nicht zu lesen – dazu ist es mit seinen über 800 Seiten zu gewichtig. Das Gewicht birgt eine sehr gründliche Durchdringung des Themas. Nach einer Einführung durch die Herausgeber kommen nach einer Spurensuche zu den historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation im Buddhismus und in der christlichen Mystik (Nina Rose und Harald Walach) Vertreter buddhistischer spiritueller Traditionen zu Wort. Thich Nhat Hanh beeindruckte mich erneut in seinem Beitrag zum Thema „Vom Alltagsbewusstsein zum Kern der Übung“ mit seiner schlichten Wortkraft. In diesem und den darauffolgenden Kapiteln von Loden Sherab Dargyab Rinpoche (Achtsamkeit im tibetischen Buddhismus), dem Beitrag von im klinischen Kontext bereits bekannten Kabat-Zinn sowie auch jenem von Grossman, wird klar, dass die Übertragung von Achtsamkeits- und Akzeptanzkonzepten auf die westlichen Psychotherapiewissenschaften mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist. Zuallererst ist dies wohl der Stellenwert der Übung und der Disziplin in den achtsamkeitsbasierten Traditionen

des Buddhismus, der der Betonung von momenthaften Bedürfnissen und deren Befriedigung in der westlichen Welt gegenübersteht. Zum anderen ist es die Polarität zwischen Achtsamkeit als rein introspektiver Erfahrung im Buddhismus und dem empirisch-wissenschaftlichen Anspruch der Psychotherapiewissenschaften.

Aus der Vielzahl der Definitionen von Achtsamkeit möchte ich jene von Sole-Leris, zit. nach Rose und Walach (S. 28) herausgreifen, weil sich darin eine Übereinstimmung zum Konzept der vollständigen Symbolisierung im PZA zeigt: Hier heißt es: Achtsamkeit ist das „aufmerksame, unvoreingenommene Beobachten aller Phänomene, um sie wahrzunehmen und zu erfahren, wie sie in Wirklichkeit sind, ohne sie emotional oder intellektuell zu verzerren.“

Im zweiten Teil werden Achtsamkeit- und Akzeptanzbasierte Ansätze wie Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn, die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen und die Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen durch die dialektisch-behaviorale Therapie

sehr detailliert vorgestellt. Gefehlt hat mir hier der Ansatz von Chögyam Trungpa, der einen ausformulierten Beitrag von Achtsamkeit und Psychotherapie gegeben hat, wie er im Windhorse Projekt für psychotische Menschen erfolgreiche Anwendung findet.

Im Kapitel „Achtsamkeit und Akzeptanz als Interpretationsrahmen klassischer psychotherapeutischer Ansätze“ wird näher auf den Stellenwert der beiden Dimensionen in der Psychoanalyse, der existenziellen Psychotherapie und – für die vorliegende Rezension von besonderem Interesse – auf die Personzentrierte und Experimentelle Psychotherapie eingegangen. Karin Bundschuh-Müller geht zunächst auf die „klassischen“ Therapeutenvariablen im Hinblick auf den Achtsamkeits- und Akzeptanzbegriff ein. Sie unterliegt meiner Auffassung nach hier einem verbreiteten Missverständnis, wenn sie unconditional positive regard als „unbedingte positive Wertschätzung“ übersetzt und dabei „die nicht beurteilende positiv getönte Beachtung oder Aufmerksamkeitszuwendung (S.427) heraus streicht. Genau übersetzt bedeutet UPR jedoch: positive – ausdrückliche, eindeutige, konkrete – und regard – Beachtung. Das ist keine Spitzfindigkeit meinerseits, sondern macht einen wesentlichen Unterschied.

Die Betonung liegt hier darin, dass jede Erfahrung gleichermaßen der genauen Beachtung wert ist, jenseits einer wertenden Stellungnahme des Therapeuten. Diese idealtypische Auffassung weist eine starke Verbindung zu spirituellen buddhistischen Traditionen auf, insofern als das Ziel der Achtsamkeitspraxis ist, dass immer mehr Erfahrungen der Wahrnehmung zugänglich sind. Im PZA ermöglicht die „Wahrnehmungsweite“, die zunehmend größere Bedingungsfreiheit von Seiten des Therapeuten, dass immer mehr Erlebnisinhalte des Klienten genaue Beachtung finden und der Einfühlung zugänglich sind. Die Basis ist hierbei die unbedingte positive Selbstbeachtung des Therapeuten. Die Achtsamkeitspraxis – das kann ich aus eigener Erfahrung sagen – ist hierbei ein gutes Instrument, um diesen Prozess zu fördern. Nach einer sehr eingehenden und wertvollen Beschreibung von Präsenz und ihre Wirkung im PZA wendet sich die Autorin dem Focusing zu und beschreibt

sehr genau die Haltung und auch konkrete Interventionen. Es wird deutlich, dass Focusing ein achtsamkeitsbasiertes Vorgehen ist, in dem es, wie auch im Buddhismus, um Desidentifikation und erlebensnahes Betrachten geht. Das Vorgehen ist dabei ebenso wie in der MBSR ein fokussiertes. Im klassischen personzentrierten Ansatz ist es hingegen in meinem Verständnis ein Aufspannen eines Wahrnehmungsraumes, der unfokussiert für jegliche Erfahrung offen ist – ob dies Gedanken, Gefühle, Inhalte aus dem Selbstkonzept oder aus dem organismischen Erleben sind. Hier findet sich eine Nähe zum Zen-Buddhismus, der eine Ausrichtung auf reine Wahrnehmung („der Dinge wie sie sind“) zur Grundlage hat.

Im nächsten Abschnitt werden unter eingehender Sichtung von Wirksamkeitsstudien weitere Anwendungsperspektiven dargestellt – u. a. bei Suchterkrankungen, generalisierter Angststörung und Krebs. Auch wenn diese Ansätze zumeist auf lerntheoretischen Konzepten basieren, findet sich darin vieles, was auch für personzentrierte Psychotherapeuten von Wert ist.

In einem abschließenden Kapitel greifen die Herausgeber resümierend den Spannungsbogen zwischen den unterschiedlichen Auffassungen von Achtsamkeit im Osten wie im Westen auf. Es wird klar, dass es ein hohes Maß an Achtsamkeit und Wertschätzung braucht, um eine Integration im therapeutischen Handeln zu ermöglichen, in der einerseits „die lebendige Essenz von Achtsamkeit“ (S.803) bewahrt wird, andererseits dem Klienten nicht spirituelle Weltbilder aufoktroiert werden. Das Buch ist in seiner Genauigkeit und Umsicht ein wertvoller Beitrag für ein derart dialogisch-wertschätzendes Verhältnis der beiden Dimensionen.

Es ist sowohl für jene Psychotherapeuten empfehlenswert, welche einzelne Techniken zur Aufmerksamkeitslenkung integrieren wollen, wie auch für jene, die sich für eine neue Bewusstseinsdimension öffnen wollen. Was es naturgemäß nicht leisten kann, ist, dass eine nachhaltige Förderung von Achtsamkeit und Akzeptanz im Leben und in der Therapie kontinuierliche Übung und liebevolle Pflege braucht.