

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1 | 2008

12. Jahrgang

Herausgegeben von Franz Berger und Christian Korunka

FACHBEITRÄGE

- Monika Holzbecher & Andreas Wittrahm:* **Ethik in psychosozialen Berufsfeldern: Ein Thema für die Ausbildung im personzentrierten Ansatz.** 5
- Laurent Rossier & Laurence Defago:* **Das ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project: Ein humanistisches Konzept der Qualitätssicherung.** 12
- Peter F. Schmid:* **Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber.** 22
- Rosanne Knox:* **Das Risiko-Erleben von Therapeutinnen in der Personzentrierten Psychotherapie: Eine qualitative Explorationsstudie** 35
- Silke Birgitta Gahleitner:* **Bindungstheorie und personzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem ‚allgemeinen Wirkfaktor‘** 46

REZENSIONSARTIKEL

- Hermann Spielhofer:* **Jürgen Kriz & Thomas Slunecko (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes.** 58

REZENSIONEN

- Diether Höger:* **Sabine Weinberger & Christiane Papastefanou: Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen.** 67
- Marlis Pörtner:* **Matthias Paul Krause: Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder.** 69
- Beatrix Teichmann-Wirth:* **Brian Thorne: Love’s Embrace. The Autobiography of a Person-centred Therapist.** 70
- Karin Wunderlich:* **Jürgen Kriz: Self-Actualization.** 72

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

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.
c/o Prof. Dr. Jochen Eckert, Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, D-20146 Hamburg, Van-Melle-Park 5
Tel.: +49 40 428 38 53 62; Fax: +49 40 428 38 6170
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.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: apg-forum@chello.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

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

SGGT – Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung
CH-8005 Zürich, Josefstr. 79
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: sggtspcp@smile.ch

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

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, A-1070 Wien, Kaiserstraße 14/7; E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Clara Arbter-Rosenmayr, Michael Behr, Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Diether Höger, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Judith Reimitz, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

Fachbeirat von PERSON (Stand 15. 7. 2008)

Elisabeth Ardelt-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Niklas Baer-Stählin, Christiane Bahr, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ute Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, 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, Margarete Fehlinger, Christian Fehringer, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christiane Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Karin Hegar-Stark, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jäger, 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, Jörg Merz, Christian Metz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Annette Murafi, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Barbara Reisel, Klaus Renn, Klaus Riedel, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Eva-Maria Schindler, Sabine Schlippe-Weinberger, 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, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Otilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Günther Zurhorst

Herausgeber dieses Hefts

Franz Berger, Christian Korunka

Lektorat

Fridolin Braitenthaller

Inhalt

Editorial 3

Fachbeiträge

Monika Holzbecher & Andreas Wittrahm

Ethik in psychosozialen Berufsfeldern: Ein Thema für die Ausbildung im personenzentrierten Ansatz 5

Laurent Rossier & Laurence Defago

Das ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project: Ein humanistisches Konzept der Qualitätssicherung 12

Peter F. Schmid

Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personenzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander
und Einander-Gegenüber 22

Rosanne Knox

Das Risiko-Erleben von Therapeutinnen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Eine qualitative Explorationsstudie 35

Silke Birgitta Gahleitner

Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem ‚allgemeinen Wirkfaktor‘ 46

Rezensionsartikel

Hermann Spielhofer

Jürgen Kriz & Thomas Slunecko (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes. . 58

Rezensionen

Diether Höger

Sabine Weinberger & Christiane Papastefanou: Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen. 67

Marlis Pörtner

Matthias Paul Krause: Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. 69

Beatrix Teichmann-Wirth

Brian Thorne: Love's Embrace. The Autobiography of a Person-centred Therapist. 70

Karin Wunderlich

Jürgen Kriz: Self-Actualization. 72

Internationale Veranstaltungen (September 08 bis Juni 09) 74

Personzentrierte und experienzielle Publikationen 75

Neues zur Standespolitik

Gesprächspsychotherapie in Deutschland weiterhin kein kassenfinanziertes Therapieverfahren 76

Editorial

Nach mehreren Themen- und Schwerpunktheften ist die vorliegende Ausgabe der PERSON ein ‚offenes‘ Heft, das Beiträge, die in der letzten Zeit eingereicht und begutachtet wurden, versammelt.

Besonders in einem derartigen Heft wird das Themenspektrum gut erkennbar, mit dem sich die personenzentrierten Autorinnen und Autoren in den drei deutschsprachigen Ländern derzeit beschäftigen. Der Themenreigen reicht von der Bindungsforschung bis zu Fragen der Ethik, von Aspekten der Qualitätssicherung der Ausbildung von Psychotherapeuten und -therapeutinnen bis zu empirischen Erkundungen von Therapieprozessen.

Monika Holzbecher und Andreas Wittrahm weisen in ihrem grundlegenden Beitrag auf die wichtige Rolle der Ethik in der Ausbildung hin. Die Thematik dieses Artikels steht gewissermaßen im Zentrum der Personenzentrierten Psychotherapie, die ja auch als eine „angewandte Ethik“ charakterisiert werden kann.

Ein anderes, ebenso grundlegendes und für unsere professionelle Positionierung wichtiges Thema greifen Laurent Rossier und Laurence Defago auf, indem sie – in der Form eines Dialogs von zwei Experten mit unterschiedlichem Interessensstandpunkt – den Prozess der Implementierung einer mit dem personenzentrierten Ansatz kompatiblen Qualitätssicherung der Ausbildung – hier am Beispiel der Supervision – vorstellen, der in der Schweiz angelaufen ist. Obwohl dieser Beitrag nicht als klassischer Fachartikel konzipiert wurde, schien er uns aufgrund der aktuellen und auch für die Kolleginnen und Kollegen in den anderen deutschsprachigen Ländern wichtigen Problematik gerechtfertigt, weil er sich mit dem Spannungsfeld politischer und wissenschaftlicher Forderungen auseinandersetzt und zum Ziel hat, in unserem Berufsfeld Formen der Qualitätssicherung zu etablieren, die nicht entfremden, sondern unter Wahrung humanistischer Prinzipien Therapeuten, Klienten und dem Gesundheitswesen gleichermaßen dienen.

Neben diesen Themen der Positionierung im politischen und wissenschaftlichen Kontext widmen sich die Beiträge in diesem Heft Aspekten der spezifischen psychotherapeutischen Beziehung im PZA.

Deren Bipolarität als Miteinander-Sein und Einander-Gegenüber-Sein zeigt Peter F. Schmid auf; er differenziert die verschiedenen Formen der Resonanz in der Begegnung mit Klienten und erörtert die Konsequenzen für den therapeutischen Dialog.

Rosanne Knox erkundete das Beziehungserleben von Psychotherapeutinnen in Momenten, wo sie sich oder ihre Beziehung zu Klientinnen als gefährdet empfanden oder fürchteten, den Klientinnen Schaden zuzufügen. Therapeutinnen erfahren es immer wieder als ein Wagnis, sich als Person in die therapeutische Beziehung einzubringen. In einem qualitativen Forschungsdesign ermittelte die Autorin Bedingungen, die dazu beitragen, dass subjektiv als riskant empfundene Handlungen in der Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung den therapeutischen Kontakt vertiefen.

Aus ganz unterschiedlichen Perspektiven, aber mit schöner Übereinstimmung, zeigen Schmid und Knox, dass im PZA sowohl die Kontextualität wie die Qualität der Beziehung handlungsleitend sind.

Silke Gahleitner analysiert Bindungsphänomene – und damit einen anderen Beziehungsaspekt – und deren Bedeutung für die Personenzentrierte Psychotherapie. Ihr Beitrag ist dabei auch eine gut lesbare Einführung in die Bindungsforschung und zeigt zahlreiche Brücken zwischen der Bindungstheorie und dem Personenzentrierten Ansatz auf.

Wir möchten uns bei dieser Gelegenheit bei den Gutachtern für ihre wertvolle Arbeit bedanken. Gerade bei einem „offenen“ Heft wird für uns als Herausgeber erkennbar, dass unser Ziel der Verbindung von hohen wissenschaftlichen Standards und konstruktivem „personenzentrierten“ Feedback, indem Kritik grundsätzlich auf Wertschätzung basiert, immer besser gelingt. Wir möchten potentielle Autoren und Autorinnen erneut einladen, ihre Manuskripte bei der PERSON einzureichen. Jeder Beitrag regt einen Prozess der Diskussion und der Suche nach klaren Aussagen an zwischen Autoren, Gutachtern und Redaktoren. Wenn die Texte schließlich im Heft erscheinen, sollen sie ja diesen Prozess des Diskurses auch unter den Leserinnen und Lesern anstoßen.

Diese Ausgabe enthält etwas mehr Rezensionen als üblich. Das liegt einerseits an der großen Zahl von neuen Publikationen, die wir den Leserinnen und Lesern nahebringen möchten, andererseits an der erfreulich großen Bereitschaft unserer Kolleginnen und Kollegen, sich intensiv mit einer Neuerscheinung auseinanderzusetzen, ihre Zusammenfassung und ihren Kommentar niederzuschreiben und uns am Ergebnis ihrer Lektüre teilhaben zu lassen.

Dieses Heft bringt wiederum eine Aufstellung einer Auswahl von Publikationen zum Personzentrierten und Experienziellen Ansatz,

die seit 2004 erschienen sind. Viele von diesen Neuerscheinungen sind, das ist entsprechend auf dieser Publikationsliste vermerkt, in PERSON rezensiert worden.

Das nächste Heft der PERSON mit einem Schwerpunkt zu Ausbildung und Forschung wird zu Jahresende 2008 erscheinen. Für 2009 und 2010 sind jeweils ein Themenheft und ein Heft mit frei eingereichten Beiträgen geplant.

Franz Berger und Christian Korunka

Gratulation

Die American Psychological Association (APA) hat **Peter F. Schmid** den „**Carl Rogers Award 2009**“ für „hervorragende Beiträge zur Theorie und Praxis der Humanistischen Psychologie“ verliehen. Unser Redaktionsmitglied Peter Schmid ist der erste europäische Vertreter des Personzentrierten Ansatzes, dem diese Ehre zugesprochen wird. Wir freuen uns darüber und gratulieren herzlich dazu.

Monika Holzbecher & Andreas Wittrahm

Ethik in psychosozialen Berufsfeldern: Ein Thema für die Ausbildung im personenzentrierten Ansatz

Zusammenfassung: *In allen sozial- und humanwissenschaftlichen Disziplinen wächst der Diskussionsbedarf über verantwortliches Handeln. Dies gilt auch für Psychotherapie und Beratung. Im personenzentrierten Ansatz lässt sich allerdings zu Recht fragen, ob die ethischen Grundsätze nicht innerhalb des Konzeptes hilfreichen Handelns zu finden sind.*

Dann wäre es unnötig, auf formale ethische Maßstäbe Bezug zu nehmen. Die Ethik-Kommission in der GwG geht einen Mittelweg. Sie hat Ethik-Richtlinien etabliert, setzt aber vor allem auf Bewusstseinsbildung und Training in der Aus- und Weiterbildung. Auf diese Weise werden diejenigen Ressourcen innerhalb des Ansatzes für ein therapeutisches Handeln gestärkt, die dem Klienten eine korrekte und gute Behandlung sichern.

Schlüsselwörter: Berufsethik, Ethik-Kommission, Ethik-Richtlinien, Grenzverletzungen

Abstract: *Ethics in psycho-social professional fields: a topic essential to vocational training in the person-centred approach. There is an increasing demand for discussion about a responsible treatment of clients/patients in social and human sciences. This applies also to psychotherapy and counselling. However, one should ask if the required ethical principles can be found within the concept of giving occupational support.*

In this case it wouldn't be necessary to refer to ethical standards. The commission for ethics in the GwG favours a balance between these two positions. It has established ethical guidelines, but attaches great importance to the development of awareness and to more specialised training courses and advanced vocational training. Thus those resources ensuring a correct and appropriate treatment of the client/patient within the approach of therapeutic care are strengthened.

Keywords: professional ethics, ethics commission, ethics guidelines, boundary violations

Ist eine personenzentrierte Ethik möglich und notwendig?

Ethik hat Konjunktur. Leitende Manager werden an ihre ethische Verantwortung erinnert, Ethik-Kommissionen entstehen überall im Gesundheitswesen. Das mag ein gutes, aber auch ein schlechtes Zeichen sein. Die fragwürdige Dimension: Wo man Ethik so ausdrücklich thematisieren muss, scheint das Wissen um das rechte Tun und erst recht die Bereitschaft zum verantwortlichen Handeln nachgelassen zu haben.

Dagegen die ermutigende Seite: In einer pluralen Kultur, in der Selbstverständlichkeiten ihre Bedeutung verloren haben, besinnt man sich darauf, dass nur in der Kommunikation und in der Verständigung Maßstäbe des Handelns entwickelt werden können, die den Beteiligten im Handeln miteinander Verlässlichkeit ermöglichen. Die spätmoderne, differenzierte und plurale Gesellschaft scheint also ohne Reflexion auf das, was man einander schuldet bzw. miteinander zu tun gewillt ist, nicht mehr auszukommen – und ohne verbindlichen Ausweis über die Ergebnisse solcher Reflexion (Wittrahm, 2001).

An dieser Stelle muss jedoch aus personenzentrierter, wahrscheinlich insgesamt aus humanistisch-psychologischer Sicht ein Einwurf erfolgen: Die Vertreter des Dritten Weges in der Psychologie verstehen sich als diejenigen, die sich am entschiedensten mit der modernen Gesellschaft auseinandergesetzt haben und sich der Aufgabe stellen, Verständigungsprozesse zwischen Menschen zu ermöglichen, die ein starres Denken und Agieren in Regeln gerade überwinden – weil es der aktuellen Lebenswirklichkeit nicht mehr zu entsprechen scheint. Somit muss man als Vertreter gerade des personenzentrierten Ansatzes entschieden fragen, ob kodifizierte, eindeutig benannte ethische Richtlinien und personenzentrierte Beratung resp. Therapie überhaupt zusammen gehen können (vgl. Arnold, Illhardt & Wittrahm, 2006).

Es gibt im personenzentrierten Ansatz eigentlich (nur) zwei Prinzipien, die über die Angemessenheit von Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen, über das „richtige“ Umgehen des Menschen mit sich selbst, mit seiner belebten und letztlich auch seiner unbelebten Umwelt entscheiden (Rogers, 1957a/1991).

Das erste Prinzip strebt die Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung an: Lebensfeindlich ist alles Verhalten, das Kongruenz

verhindert bzw. Inkongruenz hervorruft oder verfestigt, das also einen Menschen zwingt, seine Erfahrungen zu unterdrücken, weil er fürchtet, dass sie ihm schaden könnten. Wenn dagegen Selbst und Erfahrung übereinstimmen, wenn also das aktuelle Erleben ungehindert symbolisiert bzw. in Verhalten ausgedrückt werden kann bzw. umgekehrt das Verhalten real in seiner Bedeutung für die Person wahrgenommen und eingeschätzt werden kann, dann ist das Leben stimmig. Auch wenn Carl Rogers selbst optimistisch davon ausgeht, dass ein solches kongruentes Erleben und Verhalten im Idealfall immer konstruktiv ist, dass also ein Mensch, der Kongruenz erlebt, die Kongruenz seines Mitmenschen nicht behindern kann, sollte man diesen gewünschten Indikativ doch besser als Imperativ formulieren: Zu einer kongruenten Selbstaktualisierung gehört, auf das Lebensrecht und das Recht auf leibliche und psychische Unversehrtheit des anderen, das heißt also, auf seine Kongruenz Rücksicht zu nehmen.

Das zweite Prinzip betrifft helfende Beziehungen im Besonderen und fordert hier die möglichst weitgehende Realisierung der Grundbedingungen einer förderlichen Beziehung – und die Bereitschaft, sich in der Realisierung dieser Bedingungen im beruflichen Kontext jederzeit supervidieren zu lassen. Beides miteinander gewährleistet eigentlich, dass beratende, therapeutische oder pädagogische Beziehungen nicht aus dem Ruder laufen können – ebenfalls im Idealfall.

Wenn wir uns nun dennoch auch im personenzentrierten Bereich seit gut einem Jahrzehnt über Ethik-Richtlinien Gedanken machen und solche in der GwG in Deutschland etwa auch kodifiziert haben¹, wenn wir weiterhin explizit eine stärkere Berücksichtigung ethischer Leitlinien in der Ausbildung einfordern, so ist das wohl auf zwei Faktoren zurückzuführen:

Zum einen gibt es personenzentrierte Beziehungen nicht pur, sondern immer in menschlicher, und das heißt unvollkommener Realisierung. Unvollkommenheit an sich ist keine Schande, aber sie erfordert Grenzziehungen und Sicherungen, die unter idealen Bedingungen nicht notwendig wären.

Zum anderen findet sich der personenzentrierte Ansatz nicht im luftleeren Raum, sondern in einem gesellschaftlichen und kulturellen Umfeld, das angesichts nicht abzustreitender Verfehlungen in allen helfenden und therapeutischen Berufen zunehmend sensibel auf Grenzverletzungen, unprofessionelles Handeln und Ausnutzen der Notlagen von Schutzbefohlenen reagiert. Angesichts einer solchen gewachsenen Sensibilität, auf die viele Standesorganisationen

und Berufsverbände mit einem mehr oder weniger transparenten Regelwerk reagiert haben², stehen auch die personenzentrierten Organisationen vor der Herausforderung, die ethischen Grundsätze ihres Handelns transparent, konkret und allgemein verständlich darzustellen. Wir werden im Folgenden zunächst allgemein die Notwendigkeiten und Möglichkeiten ethischer Richtlinien in helfenden Berufen diskutieren, diese sodann noch einmal in personenzentrierter Perspektive beleuchten und schließlich anhand eines unlängst abgeschlossenen Projektes der Ethik-Kommission der GwG vor allem erläutern, wie wir uns eine Sensibilisierung für ethische Fragen gerade auch in der Ausbildung vorstellen.

Ethische Herausforderungen in helfenden Berufen

Notwendigkeit ethischer Richtlinien

Wenn Menschen Überforderungen und Konflikte erleben, die sie alleine nicht bewältigen können, sind sie darauf angewiesen, kompetente Personen zu finden, die ihr fachliches Wissen nutzen, um bestmögliche Unterstützung zu bieten. Eine fundierte Ausbildung und entsprechende Rahmenbedingungen (Schutzmaßnahmen) sollen in den helfenden Berufen sicherstellen, dass die Notlage eines Menschen nicht ausgenutzt wird. In der Pflege alter Menschen etwa oder in der Krankenhausbetreuung werden ethischen Fragen im Interesse der Sicherung eines menschenwürdigen Lebens und einer dementsprechenden Versorgung zunehmend diskutiert. Wachsendes Gewicht erhalten dabei Konflikterfahrungen der dort professionell Tätigen, die ihren eigenen moralischen Anspruch permanent mit Rationalisierungsbestrebungen und Kostensenkungsmaßnahmen abwägen und nicht selten dahinter zurückstellen müssen (Wilken, 2000).

Aber auch andere Berufsfelder, wie z. B. die Seelsorge, die ärztliche oder psychotherapeutische Betreuung, erfordern von den dort professionell Tätigen ein besonders hohes Maß an sozialer und kommunikativer Kompetenz – und Kriterien, an denen die Verwirklichung dieser Kompetenz zu messen und zu überprüfen ist.

Die meisten Organisationen, Berufsverbände und Vereine, denen solche Berufsgruppen angehören, haben sich in der Vergangenheit mit ethischen Maßstäben für das professionelle Handeln befasst. Der Berufsverband Deutscher Psychologen (1986) nennt beispielsweise in der Präambel zur Berufsordnung zwei Grundprinzipien, nämlich zum einen die soziale Verantwortung, das Vertrauen von Ratsuchenden nicht zu missbrauchen und die Autonomie des Individuums zu achten, sowie zum zweiten die Verpflichtung, höchstmögliche Kompetenz in seinem Tätigkeitsbereich anzustreben und Aufträge, die die eigenen Kompetenzen überschreiten, abzulehnen. Damit werden zwei Bezugspunkte angesprochen, die als Maßstab für Berufstätige im psychosozialen Kontext gelten können: zum

1 Die deutsche Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) hat sich 2001 eigene Ethische Richtlinien gegeben (vgl. <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?fileid=222>, Zugriff v. 4. 3. 2008). Die Schweizerische Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT) regelt in Art. 13a ihrer Statuten die Verfahrensordnung ihrer „Kommission für Ethik und Beschwerden“ (vgl. http://www.sggg-spccp.ch/resources/sggt_statuten7.PDF, Zugriff 4. 3. 2008). Die Ethik-Kommission der ÖGWG stellt sich vor unter <http://www.psychotherapie.at/oegwg/>, Zugriff 4. 3. 2008).

2 Ein umfassendes Handbuch für den Bereich der Psychotherapie-Ethik hat Hutterer-Krisch (2007) vorgelegt.

einen die Rechte und Bedürfnisse derjenigen, die eine solche Arbeit in Anspruch nehmen und zum anderen die Erfordernisse, die sich aus dem aktuellen Stand des jeweiligen fachspezifischen Wissens ergeben.

In erweiterter Weise formuliert die American Psychological Association (APA) für ihre Ethik-Richtlinien (1992) sechs Grundprinzipien für professionelles Handeln:

- Kompetenz
- Integrität
- Fachliche und wissenschaftliche Verantwortung
- Respektieren der Menschenrechte und der Menschenwürde
- Sorge um das Wohl anderer
- Soziale Verantwortung

In den meisten psychosozialen Berufsfeldern wurden in den letzten zehn Jahren berufsethische Grundsätze oder Richtlinien verabschiedet, die sich an diesen oder ähnlichen Prinzipien orientieren. Diese Vereinbarungen erfüllen einen doppelten Zweck. Sie sollen den Mitgliedern Orientierungshilfe für ihr professionelles Handeln geben und darüber hinaus die Öffentlichkeit darüber informieren, welche „Spielregeln“ Psychotherapeuten³ und Beraterinnen im professionellen Kontakt einhalten müssen. Berufsethische Richtlinien bieten den Ethik-Kommissionen oder Schlichtungsstellen innerhalb der Verbände zusätzlich eine Handhabe, um Beschwerden gegen ihre Mitglieder nachzugehen und Sanktionen bis hin zum Ausschluss aus dem Verband durchsetzen zu können. Ethikrichtlinien, die in vielen Verbänden zugleich gut zugänglich als Informationsbroschüre oder Faltblatt veröffentlicht werden, geben zusätzlich den Rat- und Hilfesuchenden einen detaillierten Überblick über ihre Rechte und die Pflichten der Therapeuten (z. B. den Umgang mit der Schweigepflicht), die Vertragsgestaltung (z. B. die Höhe von Ausfallhonoraren bei versäumten Therapieterminen) und über Umgangsweisen, die für ein respektvolles Miteinander kennzeichnend sind. Dazu gehören etwa die Einhaltung intimer Grenzen und der Schutz vor Ausnutzung der besonderen Notlage, in der sich Hilfesuchende befinden.

Ethische Kompetenz

So wichtig Ethik-Richtlinien als (öffentlicher) Ausweis des Konsenses sind, was in einer Therapie-Richtung als angemessenes und hilfreiches (und im Extremfall justitiables) Handeln betrachtet wird, so wenig können solche Richtlinien die tatsächliche Missachtung der Klientenwürde und das Verfehlen eines am Klientenwohl orientierten Handelns verhindern. Daher ist es wichtig, die ethische Kompetenz besonders in drei Bereichen zu stärken:

3 Im beraterischen und therapeutischen Feld begegnen sich Frauen und Männer in allen beteiligten Rollen. Um der Lesbarkeit willen verwenden wir in den vorliegenden Ausführungen die weibliche oder männliche Form in zufälliger Abwechslung und meinen jeweils die Angehörigen beider Geschlechter.

Ethik ist die Reflexion auf die allgemein-menschliche Angemessenheit des eigenen Handelns. Eine solche Reflexion bedarf zwar auch der Maßstäbe, vor allem aber braucht sie die Kompetenz, allgemeine Prinzipien auf konkrete Handlungssituationen zu beziehen und gerade in Zweifelsfällen und im Widerstreit verschiedener ähnlich wichtiger Prinzipien in einer transparenten Weise zu entscheiden.

Therapeutisches und beraterisches Handeln spielt sich in sehr komplexen Prozessen ab. Die Kunst besteht dabei darin, an verschiedenen Stellen in diesem Prozess die professionelle Stimmigkeit der Beziehung und die Angemessenheit der Interventionen zu überprüfen. Außerdem haben auch die Schäden, die durch mögliches Fehlverhalten angerichtet werden, eine besondere Qualität: Sie verhindern nämlich im schlimmeren Falle, dass der Klient ein böses Spiel durchschaut und seine Rechte offensiv wahrzunehmen vermag. Je nach Störung und Intervention wird es ihm gerade nicht möglich sein, sein Erleben auf das Handeln des Therapeuten zurückzuführen und eine entsprechende Korrektur einzufordern.

Wenn Grenzverletzungen und Übergriffe stattgefunden haben, ist es jedoch häufig zu spät für eine konstruktive Auflösung. Die betroffenen Klientinnen und Klienten, häufig Menschen, die ihre eigenen Rechte nur vage spüren und benennen können, sehen nicht selten bei sich selbst die Schuld für ihr Unbehagen oder den Konflikt. Dem professionell Arbeitenden trauen sie umgekehrt ein so hohes Maß an Kompetenz zu, so dass ihnen (zumindest zunächst) auch solche Verhaltensweisen legitim erscheinen, die eindeutige Grenzen verletzen. Welche Interventionen und Eingriffe hilfreich sind, welche Detailfragen erlaubt sind, welche körperlichen Berührungen angemessen sind, um das Leiden zu lindern, kann eine hilfesuchende Person nicht eindeutig entscheiden. Sie ist darauf angewiesen, dass der „Profi“ weiß was er tut und die fachliche Unterlegenheit des Gegenübers nicht ausnutzt.

Schließlich kann man personenzentriert formulieren, dass das zentrale ethische Postulat „Achtsamkeit“ lautet, also die Kompetenz, Inkongruenzen bei sich selbst als Beraterin, beim Klienten und vor allem in der Beziehung wahrzunehmen. Diese Achtsamkeit lässt sich kaum anhand von Regeln ausreichend beschreiben; bestenfalls bietet die Einhaltung von Regeln einen oberflächlichen Schutz; das Eigentliche einer personenzentrierten professionellen Beziehung geht wesentlich weiter und muss auf andere Weise als durch das Erarbeiten eines Regelkanons erworben werden (vgl. Schmid, 1994).

Mögliche Quellen von Kunstfehlern

Psychodynamische Prozesse zwischen Klient und Therapeut

Das Wissen um ethische Prinzipien und die beste an den fachlichen Inhalten orientierte Qualifikation kann nicht verhindern, dass es – wie in anderen Berufsfeldern auch – zu Kunstfehlern kommt oder

die angewandten Methoden und Verhaltensweisen trotz guter Absicht eher schaden als nützen.

Verfügt eine geschädigte Person über ausreichend Persönlichkeitsstärke und das erforderliche Unrechtsbewusstsein, um sich zu beschweren, was auf Grund der zuvor genannten Gründe lediglich sehr selten der Fall ist, verhindern typische Abwehrstrukturen oftmals eine adäquate Auseinandersetzung. Der Vorwurf wird entkräftet, entweder dadurch, dass die Beweislage als nicht ausreichend angesehen wird oder es wird der anklagenden Person eine Fehleinschätzung vorgeworfen. Insbesondere im Umgang mit sexuellen Übergriffen finden sich alle Formen der Abwehr von Leugnung, Schuldumkehr bis hin zur Pathologisierung der Opfer.

Kaum eine in helfenden Berufen tätige Person kann sich selbst davon freisprechen, dass – auch im Blick auf die Beurteilung des eigenen Verhaltens – entschuldigende und verharmlosende Argumentationen auftauchen, wenn ein bislang geschätzter Kollege z. B. eines Übergriffs beschuldigt wird. Die Vermutung, dass da eventuell doch eine Anschuldigung aus Rache, falsch verstandener Liebe oder Beziehungswahn erhoben wird, scheint sehr wahrscheinlich zu sein.

Themen wie Machtmissbrauch in helfenden Berufen, Umgang der Beraterinnen, Therapeutinnen mit eigenen sexuellen Wünschen und Bemächtigungsphantasien, mit Verliebtheitsgefühlen, mit Nähe und Intimität, mit Gefühlen der Omnipotenz oder Schwäche, aber auch mit eigenen Denkgewohnheiten und Vorurteilen müssen daher zum selbstverständlichen Ausbildungsrepertoire gehören.

Grenzüberschreitungen werden aus unterschiedlichen Motiven begangen, u. a. aus Unwissenheit und unzureichenden fachlichen Kenntnissen über die Auswirkungen des Handelns. Zu Grenzverletzungen im Bereich der Gestaltung von Nähe und Distanz kommt es oftmals dann, wenn sich Professionelle selbst in einer „bedürftigen“ Lebenssituation befinden, sei es aufgrund von persönlichen Krisen oder Einsamkeitsgefühlen. Ein hoher Anteil der sexuellen Übergriffe wird von Wiederholungstätern/innen verübt. Hier liegt oftmals eine Ich-Störung (z. B. im narzisstischen Bereich) mit Zwangs- und Suchtstrukturen zugrunde, wie es auch für Kindesmissbrauch exemplarisch ist.

Praktische und methodische Fallen – Spezielles Beispiel: Rollendiffusion

Neben solchen psychodynamischen Prozessen sowie Solidarisierungen unter Kolleginnen machen es allerdings auch ganz normale Auslegungsspielräume, Interpretationsunterschiede und Wertedifferenzen in einer pluralen Gesellschaft und in einer pluralen Therapiegemeinschaft schwer, übergeordnete Prinzipien mit Inhalt zu füllen. Selbst wenn bezüglich der Kernkonflikte Übereinstimmungen bestehen, welche Interventionen den professionellen Kontakt stören oder sogar problem- bzw. krankheitsverstärkend wirken können, zeigen sich in der praktischen Umsetzung immer noch Differenzen in der Bewertung.

So existieren beispielsweise bezogen auf die Frage der Honorargestaltung im freiberuflichen Bereich als auch hinsichtlich der Einschätzung, wie nah sich Therapeut bzw. Berater und Patientin während der Behandlung kommen dürfen, ob überhaupt ein Körperkontakt (abgesehen von einem Händedruck) erlaubt ist, durchaus legitime konträre Positionen, die sich auch unter Berücksichtigung der ethischer Richtlinien nicht eindeutig aufheben lassen. Körpertherapeutische Verfahren wären weder erlaubt noch hilfreich, wenn der Kontakt als solcher bereits grenzverletzend wäre.

Was in diesem speziellen Kontext wiederum als heilsam angewandt wird, könnte jedoch in einem anderen Setting als eindeutige Grenzverletzung interpretiert werden. Doch nicht nur in körperorientierten Verfahren, sondern auch in Therapien, die die verbale Kommunikation in den Vordergrund stellen, verwischen sich durch Rollendiffusionen und Überscheidungen in den Lebenswelten nicht selten klare Grenzen.

Verhaltensweisen erscheinen zunächst als legitim und sogar hilfreich und angemessen, die sich später als Fehler herausstellen: Wie weit dürfen sich private und berufliche Kontakte überschneiden? Darf z. B. eine Therapeutin einen Freund behandeln? Welche Konflikte können zusätzlich entstehen, wenn verschiedene professionelle Rollen miteinander im Widerspruch stehen? Ist es legitim, dass eine Therapeutin, die eine Ausbildungsgruppe leitet, gleichzeitig ein Mitglied dieser Gruppe therapeutisch begleitet? Und darf ein Arzt mit therapeutischer Zusatzqualifikation körperliche Untersuchungen und Therapie bei einer Patientin anwenden? Wann in und welchem beruflichen Kontext ist es erlaubt, dass sich eine weitere Annäherung bis hin zu sexuellen Kontakten ergibt?

Wird die Antwort, insbesondere auf die letzte Frage, in den Medien gesucht, z. B. in Romanen oder Filmen, so scheint es keine Einschränkungen zu geben, Klientinnen verlieben sich in ihren Anwalt, Polizisten in die Mordverdächtige oder Zeugin, Sozialarbeiter in die zu betreuende Drogenabhängige.

Ärzte und Therapeuten verlieben sich in ihre Patientinnen und verstricken sich hierbei in erotische Romanzen und Affären, ohne dass daran Anstoß genommen wird. Doch sind sexuelle Kontakte in solchen Personenkonstellationen wirklich unproblematisch?

Wissenschaftlich ist bereits seit langem bewiesen und kann an unzähligen Beispielen belegt werden kann, wie schädlich sexuelle Kontakte nicht nur zwischen Therapeut und Patient sind, auch solche, die im beidseitigem Einverständnis und nach Beendigung der Therapie/Behandlung zustande gekommen sind (vgl. Tschan, 2001, Rutter, 1991). Doch auch in anderen Berufsfeldern, z. B. im Kontakt eines Professors zur Studentin, eines Arztes zur Patientin, etc. entsteht unter Umständen ein ähnliches Machtgefälle, so dass die Frage aufgeworfen wird, warum es hier keine diesbezüglichen Begrenzungen gibt! Warum ist in manchem helfenden und betreuenden Berufen ein Verhalten erlaubt, welches in anderen laut Ethikrichtlinien zum Verbandsausschluss oder sogar zur Aberkennung der Behandlungserlaubnis führen würde?

Therapeutinnen, Beraterinnen und andere professionell arbeitende Personen in helfenden Berufen haben im Laufe ihrer Entwicklung ebenso wie jeder Mensch Denkgewohnheiten in sich verankert, die mit dem Fachwissen kollidieren. So erscheint etwa im Geschlechterverhältnis die Frau noch rasch als Verführerin, denen auch der „Profi“ machtlos ausgeliefert scheint. Idealisierungen, Abhängigkeiten, eingeschränkte Handlungsspielräume, die beim „Profi“ liegende Definitionsmacht etc. werden bei der Bewertung der Situation nicht angemessen berücksichtigt. Es begegnen sich, so wird angenommen, zwei erwachsene Menschen, die beide selbst die Verantwortung dafür tragen, wie der Kontakt gestaltet wird. Kompliziert wird es dort, wo z. B. eine Studentin, eine ehemals drogenabhängige Frau etc. sich in ihr betreuendes Gegenüber (einen Professor, bzw. Sozialarbeiter) verliebt. Gemäß alltagsethischer Vorstellungen kann es ja, diese Interpretation bietet sich an, nicht schädigend sein, wenn diese Liebe erwidert wird. Erst die Detailbetrachtung wirft Bedenken auf: Wie sieht die so genannte „Schadensbilanz“ aus? Ist nicht durch Konzentration auf die „Liebesbeziehung“ das eigentliche Ziel aus den Augen verloren worden, nämlich die Konzentration der Frau darauf, eigene Wege zu erkunden und zu erproben? Wie erlebt es die Studentin, wenn sie, was häufig vorkommt, später erfährt, dass sie nur „eine von Vielen ist/war“ und ihr Interesse viel ernsthafter ist als das des Gegenübers? Und ist es wirklich eine „reife Form der Liebe“, die sich entwickelt hat, mit gleichen Handlungsfreiheiten auf beiden Seiten oder folgt die Frau eventuell dem Muster, ihrem Betreuer „um jeden Preis gefallen zu wollen“. Die fehlende Nähe zu sich selbst wird dann durch die Beziehung nicht aufgelöst, sondern weiter zementiert. Wie kann aber ein schädigendes Verhalten durch Beraterinnen und Therapeuten verhindert werden bzw. wie ist ein angemessenes, d. h. transparentes, klienten-zentriertes Handeln in diesen Settings eher zu gewährleisten, wenn die Vermittlung von Regelwissen nicht ausreicht bzw. die Realität menschlicher Beziehungen in personenzentrierter Perspektive eindeutig verfehlt?

Ausbildungsziele für ethisch korrektes Verhalten

Die einzige angemessene Lösung scheint uns darin zu liegen, den Umgang mit allen Fragen eines korrekten, fairen, personenzentrierten Umgangs zwischen Berater und Klient in der persönlich-professionellen Entwicklung der Therapeuten zu verankern. Wir schließen uns grundsätzlich damit dem Bildungsoptimismus der humanistischen Konzepte an, der Veränderungen im menschlichen Erleben und Verhalten letztlich nur als Ergebnis von Einsicht (im kognitiven und emotionalen Sinne) auf der Basis von **Erfahrungen** als möglich ansieht. Diese Erfahrungen wiederum können durch die Gestaltung entsprechender Erfahrungsräume und -beziehungen (und nichts anderes ist pädagogisches Handeln) ermöglicht werden. Wir kombinieren damit Vorstellungen, die bereits Carl Rogers (1969a/1974)

hinsichtlich der Grundlegung von Lehr- und Lernprozessen aus dem personenzentrierten Ansatz abgeleitet hatte, mit Überlegungen zum **ethischen Lernen** nach dem „progressiven Modell“, wie sie Lawrence Kohlberg in den USA und später Fritz Oser im mitteleuropäischen Sprachraum vorgelegt haben (Oser & Althoff, 1992). Lernen in der „Just Community“ fördert ethische Entwicklung anhand von Kommunikation über Dilemmata in einer möglichst guten Kommunikationsgemeinschaft. Lernen, das die nachhaltige selbstständige und je individuelle Verwirklichung von „Respekt“, „Empathie“, „Gerechtigkeit“ und „Fürsorge“ zum Ziel hat, bedarf einer bestimmten **Qualität des Diskurses**: Die Lernenden brauchen die Gelegenheit, ihre Wertvorstellungen, ihre Situationseinschätzungen, ihre Mutmaßungen über die Einstellungen und Motive anhand strittiger Situationen (aus der unmittelbar eigenen Erfahrung oder auch vermittelten Erfahrungen) zu qualifizieren. Also kommt es darauf an, dass die künftigen Beraterinnen und Therapeutinnen sich während der Ausbildung mit den Folgen des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns in der reflektierenden Lerngruppe auseinandersetzen. Besondere Aufmerksamkeit erfordern professionelle Beziehungen, in denen eine ständige Herausforderung und Gefahr besteht, zum „Komplizen“ destruktiver Muster zu werden, z. B. im Umgang mit Menschen, die unbewusst die Bestätigung suchen, dass ihre bisherigen negativen Erfahrungen auch der zukünftigen Wirklichkeit entsprechen und diesem Ziel folgend, Situationen hergestellt werden, die den Beweis liefern, dass man auch professionellen Betreuern nicht vertrauen kann. In der professionellen Arbeit mit diesbezüglich „geschädigten“ Kindern, Jugendlichen und insbesondere auch sexuell traumatisierten Erwachsenen ist ein hohes Maß an Wachsamkeit und Reflexion erforderlich, um solche „**Fallen**“ **rechtzeitig zu erkennen** und dementsprechend gegensteuern zu können.

Themen wie Machtmissbrauch in helfenden Berufen, Umgang der Berater/innen, Therapeut/innen mit eigenen sexuellen Wünschen und Bemächtigungsphantasien, mit Verliebtheitsgefühlen, mit Nähe und Intimität, mit Gefühlen der Omnipotenz oder Schwäche, aber auch mit eigenen Denkgewohnheiten und Vorurteilen müssen daher zum selbstverständlichen Ausbildungsrepertoire gehören.

Konkreten ethischen Konflikten, die in der professionellen Arbeit zu „Kunstfehlern“ führen können, wird jedoch in den Ausbildungen noch zu wenig Raum gegeben. Da die Thematik nur vereinzelt in den Ausbildungsplänen als eigenständiges Lehrthema ausgewiesen ist, obliegt es den Lehrenden selbst, welchen Stellenwert sie der Problematik einräumen und welche Facetten des weit reichenden Themenkomplexes angesprochen werden.

Schlussfolgerungen und Konsequenzen

Auf der Basis dieser Überlegungen haben wir im Ausschuss für ethische Angelegenheiten und Beschwerden in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie der GwG vorgeschlagen,

Ethik in Beratung und Therapie als Ausbildungsgegenstand fest in den einzelnen Aus- und Fortbildungsgängen zu verankern und auch inhaltlich ausreichend zu berücksichtigen.

Damit sollen folgende **Kompetenzen** in der Ausbildung gestärkt werden:

- Sensibilität für ethische Fragen /Probleme, die in der professionellen Arbeit aufgeworfen werden
- Fähigkeit, berufliche Situationen unter ethischen Aspekten zu durchdenken
- Fähigkeit, in der Planung professionellen Handelns ethische Kriterien gegenüber anderen Argumenten abzuwägen
- Fähigkeit, aus ethischen Erwägungen getroffene Entscheidungen auch gegen Widerstände durchzuhalten
- Bereitschaft, das eigene Verhalten zu überprüfen und sich zu öffnen (Supervision)

Die ethische Qualifizierung der Auszubildenden soll neben der Vermittlung von Richtlinien vor allem in der differenzierten Einschätzung von ethisch relevanten Situationen und Handlungen bestehen. Um den Ausbildern/innen Material an die Hand zu geben, wie eine methodische und inhaltliche Umsetzung der Thematik erfolgen kann, haben wir ein Handbuch, insbesondere für den beratenden und therapeutischen Bereich, erarbeitet, das neben Fachaufsätzen im „Bausteinprinzip“ methodische Ideen für unterschiedliche ethische Themenfelder liefert (Arnold et al., 2006). Eine umfangreiche Sammlung von Fallvignetten bietet zusätzlich die Chance, erlebensnahe Situationen aus der beruflichen Praxis als Diskussionsbasis für eine inhaltliche Auseinandersetzung und Klärung zu nutzen.

Um ein möglichst breites Spektrum an ethischen Aspekten abzubilden und in die Thematisierung innerhalb der Ausbildungen einzubeziehen, werden Konflikte in folgenden Bereichen vorgestellt:

- bei unterschiedlichen Interessenslagen/Rollenkonflikten (Methoden, Überschneidung von Ebenen: beruflich, privat etc.)
- bei Missachtung von Regeln (z. B. Vereinbarungen)
- bei unrealistischen Erwartungen/Versprechungen (z. B. bzgl. des Behandlungserfolges)
- bei empfundenen Verletzungen/Kränkungen etc. (des „Profis“), die das Handeln erschweren
- wenn andere intensive Gefühle entstehen, die mit der Beziehung unvereinbar sind oder scheinen.
- wenn ich von Regelverstößen anderer Kollegen/innen erfahre.

Wir beantworten also zum Schluss die eingangs gestellte Frage nach der Kompatibilität einer rechtlich formulierten beruflichen Ethik und dem personenzentrierten Ansatz mit dem folgenden „Ja – mit einer gewichtigen Einschränkung“: Wir sind uns sicher, dass personenzentrierte Beratung und Therapie sich einer ethischen Qualifizierung ihrer Tätigkeit nicht entziehen kann. Wir sind aber davon überzeugt, dass es einen spezifischen personenzentrierten Weg gibt,

der komplexen, immer fließenden und unwiederbringlich pluralen Realität ethischer Anforderungen einer spätmodernen Gesellschaft gerecht zu werden. Deshalb ermutigen wir Ausbilder und Ausbilderinnen sowie in der Ausbildung tätige Organisationen und Verbände, „Ethik“ als eigenständiges und breit gefächertes Thema in die eigene Arbeit zu integrieren. Die detaillierte Reflexion und Selbsterfahrung innerhalb einer fachlichen Ausbildung kann besser als jede rechtliche Verankerung von Ethikstatuten verhindern, dass Behandlungsfehler begangen werden, und stellt somit eine wirkungsvolle Schutzmaßnahme zur Einhaltung eines respekt- und würdevollen Umgangs in professionellen Vertrauensverhältnissen dar.

Literatur

- Arnold, E., Franke, B., Holzbecher, M., Illhardt, F.-J., Lezius-Paulus, R. & Wittrahm, A. (Hrsg.) (2006). *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis*. Köln: GwG-Verlag.
- Arnold, E., Illhardt, F.J. & Wittrahm, A. (2006). Ethische Grundlagen für personenzentriertes Handeln in Psychotherapie und Beratung. In: E. Arnold et al. (Hrsg.), *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis* (S. 9–19). Köln: GwG-Verlag.
- American Psychological Association (APA) (1992). Ethical Principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist* 47, 1597–1611.
- Berufsverband deutscher Psychologen (BDP) (1986). *Berufsordnung für Psychologen*. Bonn: BDP.
- Hutterer-Krisch, R. (2007). *Grundriss der Psychotherapie-Ethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit*. Wien & New York: Springer.
- Oser, F. & Althoff, W. (1992). *Moralische Selbstbestimmung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rogers, C.R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: C.R. Rogers & P.F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C.R. (1969a/1974). *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. München: Kösel.
- Rutter, P. (1991). *Verbotene Nähe*. Düsseldorf: Econ.
- Schmid, P.F. (1994). *Personzentrierte Gruppentherapie – ein Handbuch. I. Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Tschan, W. (2001). *Missbrauchtes Vertrauen – Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen*. Basel: Karger.
- Wilken, U. (Hrsg.) (2000). *Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie*. Freiburg: Lambertus.
- Wittrahm, A. (2001). *Seelsorge, Pastoralpsychologie und Postmoderne*. Stuttgart: Kohlhammer.

Autoren:

Monika Holzbecher, geb. 1956, Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin, arbeitet seit ca. 18 Jahren in eigener Praxis in Essen.

Zum Themenkomplex „*Psychosoziale Belastungen und Grenzverletzungen im Arbeitsleben*“ arbeitete sie in zahlreichen wissenschaftlichen Projekten (u. a. zur sexuellen Belästigung, Mobbing, Diskriminierung etc.). Neben daraus resultierenden Veröffentlichungen ist sie als Mitglied des Ausschusses für ethische Angelegenheiten und Beschwerden in der GwG Mitautorin des 2006 erschienenen Handbuchs „*Ethik in psychosozialen Berufsfeldern*“.

Dr. Andreas Wittrahm, geb. 1958, Dipl.-Psych./Dipl.-Theol., Ausbildung in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie, Geschäftsführer der Caritas-Akademie Köln-Hohenlind, Mitglied der Ethik-Kommission der GwG

Publikationen: *Seelsorge, Pastoralpsychologie und Postmoderne*. Stuttgart: Kohlhammer 2001; *Handbuch der christlichen Altenarbeit* (hrsg. zusammen mit Martina Blasberg-Kuhnke) Kösel: München 2007.

Korrespondenzadresse:

Dr. Andreas Wittrahm
Geschäftsführer Caritas-Akademie Köln
D-50935 Köln, Werthmannstr. 1a
Wittrahm@t-online.de

Laurent Rossier & Laurence Defago¹

Das ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project: Ein humanistisches Konzept der Qualitätssicherung

Zusammenfassung: In der Schweizerischen Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT) wird zurzeit ein Projekt zur Qualitätssicherung entwickelt, das in Form eines auf der Praxis beruhenden Netzwerks die Verbreitung einer kooperativen und validierenden Evaluationskultur innerhalb der SGGT zu fördern beabsichtigt. Mit Hilfe von spezifisch erarbeiteten Evaluationsinstrumenten zur Praxisreflexion möchte das ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project zumindest im Bereich der Supervision der postgradualen Ausbildung die mannigfaltigen professionellen Kompetenzen der sich in Ausbildung befindlichen Mitglieder und der Ausbilderinnen² selbst im Personenzentrierten Ansatz (PZA) aufzeigen. Das Projekt soll dazu beitragen, die Bedeutung des PZA für die akademische Forschung sichtbar und verfügbar zu machen und ihn im kompetitiven Markt der Akkreditierungen zu stärken.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, Evaluation, praxisorientiertes Forschungsnetzwerk, Supervision, Personenzentrierter Ansatz

Abstract: The ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project: How quality assessment becomes humanistic. *As a quality assurance methodology, the ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project – a Practice Research Network Project currently developed in the Swiss Society for Person-Centred Approach – aims to facilitate the diffusion of a collaborative and empowering evaluation within the Society. Through the use of tools for reflexive practice, the Project will allow to highlight the diversity of trainees‘ and trainers‘ professional competencies in the person-centred approach, at least in the supervision area of the Society’s postgraduate program. This should contribute to a better visibility and availability of the person-centred approach to the academic research and to its sustainability in the accreditation competitive market.*

Keywords: quality assessment, quality assurance, evaluation, practice-based research network, supervision, person-centred approach

Als Psychologinnen und Teil des Gesundheitswesens sind wir es gewohnt, an reflexiven Lern- und Evaluationsprozessen teilzuhaben. Solche Prozesse leiten uns an, uns selbst in Frage zu stellen und dazu auch unsere Klientinnen einzuladen. Wenn uns professionelle und gleichzeitig persönliche Schwierigkeiten des klinischen Alltags beschäftigen, ermöglicht uns die postgraduale Ausbildung oder die kontinuierliche Weiterbildung eine fruchtbare Auseinandersetzung mit unseren Fragen und Unsicherheiten. Das ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project (nachstehend SPC-Projekt³ genannt) versteht sich gerade in diesem Sinne. Wir vertreten die Meinung, dass es möglich ist, eine Kultur der Qualitätssicherung und Qualitätsverpflichtung ohne Überwachungstechnologie zu etablieren, d. h. ohne die strukturelle Autonomie oder die Kultur einer freiheitlichen Praxis zu verletzen, die das Wesen des Personenzentrierten Ansatzes ausmachen.

Wir möchten unser Thema nun in einer Weise präsentieren, die wir als reflexiv bezeichnen. Wir gehen im Folgenden von unserer eigenen Erfahrung bei der Entwicklung unserer Überlegungen aus und wollen so den Leser anregen, bei seiner Lektüre die gleichen reflexiven Prinzipien selbst kennen zu lernen. Dies könnte ihm das Wesentliche des Projekts näher bringen. Zu diesem Zweck ist es zweifellos besser, unsere je verschiedenen Positionen im Projekt nicht zu verwischen und auch unsere unterschiedlichen Wahrnehmungen bezüglich der erörterten Fragen aufzuzeigen. Dafür scheint uns die Form eines reflexiven Dialogs am besten geeignet zu sein. Einer der Gesprächspartner (**LR**), Psychotherapeut (SGGT), hat das Projekt initiiert und entwickelt, während seine Gesprächspartnerin (**LD**), die als Mediatorin zwischen den verschiedenen Teilnehmenden wirkt, notwendigerweise und absichtlich eine beobachtende Haltung einnimmt, aber dem Projekt und dem Personenzentrierten Ansatz gegenüber positiv eingestellt ist.

¹ Übersetzung aus dem Französischen: Beatrice Amstutz und Franz Berger

² Im Interesse einer guten Lesbarkeit wird in diesem Beitrag in der Regel statt der Doppelnennung von männlicher und weiblicher Form zufallsalternierend nur eine der beiden Formen angeführt, die andere ist mitgemeint.

³ SPCP ist auch die französischsprachige Abkürzung des Namens der SGGT (Société Suisse pour l’approche et la psychothérapie centrées sur la personne).

Die Projektidee

LD: Die schweizerische Gesetzgebung wird demnächst von den Instituten, die eine postgraduale Ausbildung für Psychotherapeuten anbieten, die Evaluation der Qualität ihrer Ausbildungsprogramme fordern. Meines Wissens ist unser Projekt nicht aufgrund eines offiziellen Auftrags der SGGT zur Qualitätsevaluation entstanden, sondern aufgrund einer latenten Sorge, die bei verschiedenen Mitgliederversammlungen auftauchte, woraufhin, wie Sie mir sagten, gewisse Mitglieder und auch Sie vorschlugen, zusammen mit der neu gegründeten Kommission ‚Forschung und Entwicklung‘ das Thema zu reflektieren.

Es bestand nicht direkt der Wunsch, eine klassische Evaluation durchzuführen, wie zum Beispiel zu der Frage, wie die Mitglieder das globale Funktionieren ihrer Gesellschaft wahrnehmen. Angeregt durch universitäre Forschungsarbeiten, etwa durch Arbeiten vor Ort wie die meinige (Reichert & Defago, in Druck) oder durch das *International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training* (IPEPPT; Elliott & Zucconi, 2006), beschäftigte Sie eher die Repräsentanz des Personenzentrierten Ansatzes in der akademischen Diskussion. Betraf dies auch die Qualität des Ansatzes? Die Tatsache, dass Sie sowohl Angehöriger der Universität als auch Mitglied der SGGT sind, hat möglicherweise zu einer Konfusion zwischen den Zielen einer Evaluation und denjenigen eines Forschungsprojekts geführt. Auch wenn die Forschungsarbeiten zum Personenzentrierten Ansatz noch so zahlreich sind, ist damit die Qualität der Wirksamkeit keines einzigen postgradualen Ausbildungskurses belegt. Und ist es außerdem nur aus dem Inneren der Gesellschaft her möglich, Fragen der Qualitätsevaluation zu beantworten, und falls ja, mit welchem Ziel und mit welcher Begründung?

LR: Das Konzept der Qualität impliziert ‚Zwecktauglichkeit‘ (*fitness for purpose*, Ball, 1985) und wirft somit unweigerlich Fragen der kontextbezogenen Zweckmäßigkeit und der Macht auf. Es ist jedoch zu unterscheiden zwischen sogenannten ‚intrinsischen‘ Evaluationen, die die Akkreditierung durch äußere Instanzen vorbereiten, und ‚extrinsischen‘ Evaluationen durch letztere, die in einem Audit festhalten, ob die Dienstleistungen einer Organisation den Kriterien von Wirksamkeit i. S. von erreichten Effekten (*efficacy*) und von Nützlichkeit i. S. eines adäquaten Gebrauchs der Mittel (*efficiency*) genügen. Ich mache diese Differenzierung allerdings nicht, um Ihrer Bemerkung auszuweichen. Die Beantwortung von Qualitätsfragen ausschließlich von innen her, ohne Einbeziehung einer unabhängigen Evaluationsperson, erscheint mir ebenso fragwürdig wie die Selbsttherapie oder die Selbstsupervision. Eine institutionelle Pseudoverpflichtung, wie sie Kassirer (2001) beschreibt, die unter dem Deckmantel von Verpflichtung mehr den Interessen der Organisation als ihren Mitgliedern oder ihren Klientinnen dient, würde denjenigen, die Dienstleistungen im Bereich von Beratung und Psychotherapie beanspruchen, nicht zeigen, dass wir deren Vertrauen und Engagement sehr ernst nehmen. Gleiches

gilt auch für die individuelle Ebene: Wenn ich mich als professionell betrachten will, ist meine Verpflichtung eine ethische und somit nicht delegierbar.

Wir können alle Institutionalisierungselemente einer Ausbildungsinstitution, also die theoretischen und praktischen Ausbildungskurse, die Reglemente und Anforderungen, kurz alles, was die Mitglieder mit ‚ihrer‘ Gesellschaft verbindet, unter dem Begriff ‚Programm‘ zusammenfassen und davon ausgehen, dass diese Gesellschaft aufgrund ihrer institutionellen Reife die Akkreditierung ihres dokumentierten Programms erlangen wird. Unser Projekt beabsichtigt, einen Beitrag zum Aspekt einer faktischen Dokumentation zu leisten, die eng verbunden ist mit einer (individuellen) Verpflichtung. Der konkrete Nachweis der eigenen therapeutischen Kompetenz als Mitglied in Ausbildung oder als Ausbilder erfordert weder ein komplexes Material noch hoch entwickelte Analysen oder eine zusätzliche Ausbildung, sondern das Sammeln vieler kleiner Ereignisse des Praxisalltags, die möglicherweise gar nicht ins Blickfeld gerieten, würde man sie nicht in ihrer Gesamtheit sichten. Erst so vermögen sie ihre signifikante Rolle für die professionelle Entwicklung aufzuweisen. Diese retrospektive Sichtung ist ein Akt der Qualitätssicherung.

LD: Darauf werden wir sicher noch zurückkommen, aber wie steht es mit der Forschung, welchen Platz nimmt sie ein?

LR: Die universitären Wissenschaftlerinnen sind natürlich mehr an Forschung interessiert als die Praktikerinnen. Mein Anliegen als Praktiker ist, aus dem, was meine Kollegen in komplexen klinischen Situationen in adäquater Weise tun, für ähnliche Situationen meines Praxisalltags einen Nutzen ziehen zu können. Wenn das Projekt nur den akademischen Forschungsansatz verfolgte, wäre seine Wirkung geringer: Dieser untersucht methodologisch gut isolierte Interventionen; solche Ergebnisse sind aber nur bedingt in die Praxis übertragbar und bedürfen einer ‚Übersetzung‘, was manchmal für beide Seiten unbefriedigend ist. Wenn der Reichtum der Forschung der tatsächlichen Praxis dienen soll (*evidence-based practice*), braucht sie selbst eine Gebrauchsanweisung (z. B. Rubin, 2008).

Die Praktikerin bedarf eines Qualitätskompasses für ihre individuelle Arbeit in praktischen klinischen Situationen. Dessen Konstruktion besteht in einer Sammlung von Fakten aus dem Praxisalltag, die sich auf Verlauf und Abschluss des Prozesses in Beratung, Therapie und Ausbildung bezieht.

Der Ansatz eines auf der Praxis beruhenden Forschungsnetzwerks (*Practice-Based Research Network*), wo eine Gruppe von Praktikern versucht, Fragen zu beantworten, die direkt ihrer praktischen Arbeit entspringen, befindet sich genau an der Schnittstelle zwischen Forschung und Qualitätsverbesserung (Audin, Mellor-Clark, Barkham, Margison, McGrath et al., 2001; Mold & Peterson, 2005): Als ‚Forum eines intellektuellen Austauschs‘ kreiert diese ‚Lerngemeinschaft‘ Wissen und speist dieses mittels eines Publikationsprozesses an seine Mitglieder zurück. Das IPEPPT, das innerhalb der humanistischen Ansätze gemeinsame Forschungspläne entwickeln

will, ist ein solches Netzwerk; unser Projekt könnte später – falls erwünscht – einen Beitritt unserer Gesellschaft erleichtern.

Damit das auf einem praxisorientierten Ansatz beruhende Projekt als ‚Facilitator‘ für die Praxis funktionieren kann, war es notwendig, zwischen der Gesellschaft (SGGT) und einem universitären Institut eine Partnerschaft zu bilden; wenn demnach die Mitglieder der Gesellschaft, die das Netz bilden, eine ihnen wichtige klinische Frage aufwerfen, werden ihre universitären Partner darauf eine wissenschaftlich valide Antwort zu geben versuchen; sie beziehen sich dabei soweit wie möglich auf kontrollierte Situationen. Dies erfordert vom universitären Team die Schaffung minimaler Übermittlungsformate, die als valide Ausgangsbasis dienen können, wie es unsere noch zu beschreibenden reflexiven Instrumente sind. Ich hoffe, dass die Partnerschaft mit dem Departement für Psychologie der Universität Fribourg dazu beitragen wird, dem alarmierenden Verschwinden des Personenzentrierten Ansatzes im regulären Lehr- und Forschungsbetrieb der schweizerischen Universitäten entgegenzuwirken.

Nebst dem allgemeinen Ziel, in der SGGT eine Kultur kooperativer Evaluation zu fördern, will das Projekt die Vorstellung erweitern, wie die Mitglieder in Ausbildung die verschiedenen Ausbildungselemente nutzen können, und beabsichtigt so, ihre Entwicklung zum Therapeuten oder Berater innerhalb des personenzentrierten Ansatzes zu unterstützen. Zudem soll – wie es in der Gruppe um Nicholas Ladany der Fall ist (Ladany, Friedlander & Nelson, 2005; Ladany, Walker, Pate-Carolan & Evans, 2008) – das Projekt ermöglichen, das Ausbildungsprogramm zu dokumentieren, um denjenigen, die sich für die Ausbildung interessieren oder die in Ausbildung sind, einen guten und realistischen Einblick in die Hintergründe der Ausbildungsprozesse und der Ausbildungspraxis aus der Sicht der verschiedenen Beteiligten zu vermitteln. Schließlich gilt es, die Informationen über die Wirksamkeit und Nützlichkeit (*efficacy* und *efficiency*) des Ausbildungsprogramms unter den Entscheidungsträgern, Behörden, Dritten und Evaluationsorganen zu verbreiten. Das globale Projekt, angeregt durch das SPC-Projekt, soll eine offene Ressource für die Mitglieder der SGGT werden, wobei letztere die Freiheit haben soll, die schon bestehenden reflexiven Elemente zu integrieren.

LD: Dies klärt nur teilweise meine Frage nach den Vorannahmen und Methoden der Evaluation. In der Literatur zur Evaluation finden sich zwei Ansätze qualitativer Art, die mit Ihrer Position übereinstimmen scheinen: Erstens der Ansatz nach Eisner (2000), bei dem eine anerkannte Expertin – wie ein *Connaisseur*⁴ – eine Übersicht mit Fragen zu den Grundlagen des Programms oder der Programme erstellt, und zweitens ein partizipativer Ansatz, der sich an die

Gesamtheit der Personen richtet, die von einem Programm betroffen sind, wobei außenstehende Expertinnen diese Partizipation leiten. Ihr Projekt scheint am ehesten aus einer Mischung dieser beiden evaluativen Positionen zu bestehen und zwar in dem Sinn, dass versucht wird, eine Qualitätsevaluation durch alle Teilnehmenden zu etablieren und gleichzeitig Informationen zuhanden der zuständigen Autoritäten zu generieren.

LR: Ganz genau. Und außerdem soll jede Teilnehmerin des Netzes die Gelegenheit erhalten, Kenntnisse der evaluativen Praxis zu erwerben. Bei der partizipativen Evaluation ist der „Evaluierende ein Facilitator, ein Mitarbeiter und eine Ressource des Lernens“ (Patton, 1997, S. 100). Ich ziehe den Begriff ‚kooperativ‘ von Rita O’Sullivan (1998) vor, der beinhaltet, dass die Gesamtheit der an der Evaluation partizipierenden Personen an der Verantwortung und am Entscheidungsprozess des Projekts teilhaben.

Es gibt gewiss nicht das ‚beste‘ oder ‚zutreffendste‘ evaluative Verfahren. Aber man muss, wie ich schon sagte, die Qualitätssicherung, welche eine retrospektive Wirksamkeitsbewertung eines Programms anstrebt, vom Prozess einer prospektiv ausgerichteten Qualitätssicherung unterscheiden, die zum Ziel hat, die Qualität zu erhalten und zu fördern. Beim ersten Verfahren tragen die Evaluationen oft dem einzigartigen Charakter des Kontexts des Arbeitsfeldes der Teilnehmenden und den täglichen spezifischen Anforderungen ihres besonderen Lernklimas nicht genügend Rechnung. Unser Projekt entspricht dem zweiten Verfahren. Es ist so konzipiert, dass es den Teilnehmenden dienen kann. Unsere Absicht ist nicht, eine ‚Studie‘ zu fabrizieren, deren Ergebnisse nicht gelesen werden, weil die Ausgangsdaten ohne das Einverständnis der Teilnehmenden erhoben wurden, oder die verfälscht sind, weil sie nicht den Überzeugungen der Teilnehmenden entsprechen. Wir wollen vielmehr ein Ereignis durch Aushandeln konstruieren. Alle Teilnehmenden sollen die Möglichkeit haben, sich aktiv im Evaluationsprozess selbst zu engagieren, so dass sie ihrerseits sich ein Expertenwissen über Evaluation aneignen, d. h. eine größere Fähigkeit erlangen, ein solches Programm durchzuführen.

Ein derartiges Projekt kann nur sequenziell sein. So ist das SPC-Projekt auch Grundlage für eine bewusste Praxis der Evaluation und damit ein Probelauf, also ein Projekt, das per se periodischer Revisionen und aufmerksamer Rückmeldung durch alle bedarf. In diesem Rahmen ist die Evaluation ein spiralförmiger Prozess mit folgendem Ablauf:

1. Identifikation einer Vision,
2. Entwicklung von Evaluationsfragen,
3. Konzeption und Einführung eines Informationssystems, das diese Fragen beantwortet, und schließlich
4. eine Zusammenfassung, die es ermöglicht, das Projekt weiter zu entwickeln.

LD: Ich teile Ihre Sicht von Evaluation. Evaluation ist kein ‚controlling‘ und auch nicht zwingend eine Selektion, obwohl sie oft damit verwechselt wird. Die Kontrolle, welche etwa in einer Schule

⁴ „Von einem *Connaisseur* [wird] gesprochen, wenn man damit ausdrücken will, dass sich eine Person durch jahrelange Erfahrung und besondere Hingabe einen feinen Geschmack und beste Kennerschaft erworben hat“ (Definition von Wikipedia, gefunden am 6.7.08 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Connaisseur>).

herrscht, ist ein wiederholter, bewertender Akt, und die Selektion – als Konsequenz der Kontrolle – ist ein abschließender Akt. Im Gegensatz dazu ist die Evaluation eine Handlung, welche den Teilnehmenden zur Orientierung und Entdeckung ihrer eigenen Position und Richtung dient. Dennoch: Sind wir berechtigt, von Zusammenarbeit zu sprechen? Die Kolleginnen und Außenstehenden werden mit dem zur Verfügung gestellten Material zweifellos auf eigene Art umgehen oder empfehlen, auf die eine oder andere Weise zu handeln, was unweigerlich zu Widerständen führen wird.

LR: Es gibt effektiv einen möglichen Unterschied des Evaluationsklimas zwischen einer Situation, wo – wie in unserem Projekt – die Benutzung der Evaluationsinstrumente als Antwort auf einen Evaluationsauftrag gefordert wird und daher als Zwang erlebt werden kann und einer Situation, wo diese Instrumente schon als Teil des Ausbildungsprogramms existieren, wie zum Beispiel die Berichte, die zu verschiedenen Zeitpunkten der Ausbildung erstellt werden müssen. Da die kooperative Evaluation die Mitglieder der SGGT progressiv in den Prozess einbinden will, sind die Widerstände dem Verfahren inhärent.

Jedes Mitglied einer großen Ausbildungsinstitution bringt eine Reihe unterschiedlicher, guter oder weniger guter Evaluationserfahrungen mit sich. Ich kann mich an Gelegenheiten erinnern, bei denen ich Fragen beantworten musste, die in keinem Verhältnis zu der aufgewendeten Anstrengung standen, wo ich Informationen über mich gab, auf die ich nie eine Rückmeldung erhielt, wo ich Evaluationsberichte las, die mich nicht anregten, an einer weiteren Evaluation teilzunehmen, oder Evaluationen erfuhr, die mir sinnlos erschienen.

Die Art und Weise, wie in einer Organisation Evaluationen durchgeführt werden, prägen die Erwartung für zukünftige Evaluationen. Wenn z. B. eine Ausbildungsinstitution nach jeder Ausbildungseinheit Fragebogen abgibt, ohne dass je eine Rückmeldung auf diese Evaluationen erfolgt, ohne dass dazu Stellung genommen und auf ihre Konzipierung eingewirkt werden kann, dann wird die Bereitschaft, an zukünftigen Evaluationen teilzunehmen, nicht gefördert. Es werden – je nach Bedeutung für die Mitglieder – Misstrauen über die Ergebnisse sowie Geheimniskrämerei genährt. Das ist das Gegenteil von dem, was unser Projekt anstrebt. Die Befürchtung allerdings, in diese Falle zu treten, ist durch vorangegangene Erfahrungen geweckt worden. Manche mögen an dem Punkt sein, wo sie sich zweifelnd fragen: „Mache ich mit oder nicht?“ oder: „Was soll’s, ich weiß ja, dass ich gute Arbeit mache“, oder: „Aber so mach’ ich’s ja schon“ (Reid, 1993). Andere werden sich bemühen, bei der Evaluation mitzumachen, könnten es aber vorziehen, sich nicht oder nur wenig zu engagieren: „Jetzt reicht es aber.“ Wieder andere werden soweit sein, dass sie mehr darüber wissen möchten, wie man mit all den Fakten, die sie liefern, umgehen werde, und wären bereit teilzunehmen, bräuchten aber noch technische Unterstützung.

Das Projekt kann nicht gegen, sondern nur *mit* all diesen Unterschieden und Widerständen laufen. Wie auch immer: Die Existenz

der Gesellschaft SGGT kann durch die Ergebnisse des Projekts nicht in Frage gestellt werden: Es ist klar, dass das, was das Projekt evaluieren wird, ein schon vorhandener Erfolg ist. Das Projekt hat den Ehrgeiz, diejenigen Qualitätsmomente hervorzuheben, die schon in unserer Ausbildungserfahrung als SGGT-Mitglieder vorhanden sind, ihnen Raum zu geben und Aufmerksamkeit zu schenken, und sie, wenn das nicht der Fall ist, noch mehr zu unterstützen. Die Bewusstwerdung dieses Prozesses braucht jedoch Zeit. Es gibt keinen Vertrauensvorschuss.

Die spezifischen Evaluationsfragen des Projekts und das entsprechende Dokumentationsmaterial

LD: Es wird Zeit, auf den Anwendungsbereich dieses kooperativen Ansatzes und auf die Gründe, warum Ihre Wahl gerade auf die Supervision gefallen ist, einzugehen. Es gibt in der Tat erstaunlich wenige Untersuchungen über den Einfluss der Anzahl von Supervisionsstunden auf die Qualität der Beratungs- und Therapiepraxis zugunsten der Klienten (Milne, Pilkinton, Gracie & Jones, 2003). Trotz einiger Jahrzehnte Forschung über Supervision konnte man noch kürzlich bei Ladany lesen: „Der Zusammenhang zwischen Supervisionsprozess und Erfolg einerseits und zwischen Therapieprozess und Erfolg andererseits ist gering. Wenn die praktizierte Supervision sozusagen keinen empirischen Nachweis eines Erfolgs erbringt, dann scheint es gerechtfertigt anzunehmen, dass die Supervisionserfahrungen den Auszubildenden kaum Gewinn bringen“ (Ladany, 2004, S. 14).

Die hauptsächlich anglo-amerikanische Forschung, auf die sich diese Feststellung bezieht, unterscheidet sich in puncto Kontext aber deutlich von Ihrem Projekt, was ein erschwerender oder auch ein mildernder Umstand sein mag. Das ‚Verhalten‘ der Auszubildenden und ihrer oft noch unerfahrenen Supervisorinnen wird im Rahmen klinischer Universitätsprogramme während der Praktika im akademischen Umfeld evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eine Mischung von entscheidenden und für Sie weniger relevanten Aspekten, wobei letztere den Druck der universitären Situation widerspiegeln (z. B. nimmt das Kriterium, dass „eine Supervisionssitzung mindestens eine Stunde dauert“, in der Liste der hilfreichen Charakteristika den ersten Rang ein) (Cushway & Knibbs, 2004). Segeln Sie da nicht auf Sicht, wenn Sie das Projekt in einem so komplexen Feld verwirklichen: Die Dokumentation wird doch innerhalb eines Rahmens erstellt, der noch ganz andere Werte umfasst, wenn zum Beispiel die Supervisoren auch Prüfende sind, wenn es neben Gruppensupervision auch Einzelsupervision gibt, wenn die Supervisorinnen bei ihrem Supervisor die ‚Meisterklasse‘ zu suchen scheinen?

In der Personzentrierten Supervision (siehe die umfangreichen Darstellungen von Bryant-Jefferies, 2005) liegt der Akzent bei der Art, wie sich Empathie, Kongruenz und positive Beachtung im Kontakt mit dem Klienten entwickeln. Die Rolle einer Personzentrierten

Supervisorin dürfte wohl darin bestehen, einen natürlichen Prozess zu unterstützen, auf dessen Entwicklung sie vertraut. Somit stelle ich mir vor, sie bringt wenig eigene Vorschläge zur Bearbeitung der Problematik ein, vielmehr wird sie auf solche Äußerungen ihrer Supervisandinnen aufmerksam machen, die noch nicht ausreichend bearbeitet wurden. Sie wird möglicherweise ihre Beurteilung als *einen* möglichen Gesichtspunkt darstellen, aber letztlich kein o.k. erteilen.

LR: Macht sie es wirklich so? In welchem Umfang haben die Supervisanden Einfluss auf die Gestaltung der Supervision? Inwieweit diskutieren sie ihre therapeutische Praxis offen in der Supervision? Wie setzen sie das, was in der Supervision auftaucht, in der Praxis um? Wann tun sie es und mit welchem Erfolg? Und kann man alle Ereignisse der Supervision, die sich auf die Ausbildung auswirken, erfassen und aufzeigen oder nur diejenigen, die theoretisch wünschbar sind? Welche Ereignisse werden sich als die wichtigsten für die professionelle Entwicklung der Supervisandinnen und die Beziehung zu ihren Klientinnen erweisen? Welche Fortschritte machen die Supervisanden während ihrer mehrjährigen Ausbildung? Bryant-Jefferies bedauert, dass es in der Literatur keine konkreten Berichte⁵ darüber gibt, was in den Supervisionen passiert: „[...] dies weist auf die Notwendigkeit hin, vermehrt Forschung zu betreiben und der Forschung über die Praxis und Wirksamkeit des Personenzentrierten Modells der Supervision Beachtung zu schenken“ (Bryant-Jefferies, 2005, S. 1).

Ich wiederhole, dass ich persönlich nicht an der Wirksamkeit der Personenzentrierten Supervision zweifle, aber es besteht die Gefahr, dass wir uns mehr auf Überzeugungen verlassen als auf Fakten: „Wo es an Fakten mangelt, wimmelt es von Experten“ (Oxman, Chalmers & Liberati, 2004, S. 1461). Das ist der Grund, warum es notwendig ist, das Charakteristische der Supervision im Personenzentrierten Ansatz aufzuzeigen. Allerdings zeigt die bisherige Forschung, dass gerade diejenigen Faktoren am wirksamsten sind, die auch der Personenzentrierte Ansatz hervorhebt, und zwar in erster Linie die Existenz eines guten Arbeitsbündnisses zwischen den an der Supervision Beteiligten. Deshalb kann uns diese Forschung – entgegen dem ersten Eindruck – als Anhaltspunkt dienen. Sogar der von Cushway und Knibbs erwähnte Aspekt, in einer Supervisionsgruppe genügend Zeit zu bekommen (s. o.), ist ohne Zweifel für die Supervisanden prioritär.

Die Supervision, bei der eine Vielfalt persönlicher Vorgehensweisen ausgetauscht und auch in Frage gestellt wird, ist ein ideales Beobachtungsfeld. Sie bietet die Gelegenheit, unsere persönlichen und eventuell bisher noch nicht offen gezeigten Angewohnheiten

zu reflektieren und so die Gefahr eines geschlossenen Systems zu vermeiden, der letztlich jede Praktikerin ausgesetzt ist. Wie die Therapeuten selbst sagen, gehört die Supervision nebst der persönlichen Therapie und der Beziehung zum Klienten zu den einflussreichsten Erfahrungen ihrer professionellen Entwicklung (Orlinsky, Botermans, Rønnestad & The SPR Collaborative Research Network, 2001; Rønnestad & Orlinsky, 2005). Supervision fördert das Verantwortungsbewusstsein und sichert die Qualität der Beziehung zu den Klienten. Supervisanden sind gleichzeitig Klienten (ihres Supervisors) und Therapeuten (ihrer Klienten), Lernende und Lehrende zugleich. Dasselbe gilt für die Supervisoren. Der Gewinn der Supervision ist, aus erster Hand zu lernen, ‚wie es die andern anpacken‘. „Supervision kann als ein persönliches Forschungsprojekt gesehen werden, dessen Forschungsfrage lautet: ‚Wie kann ich im Kontakt mit meinen Klientinnen wirksamer sein?‘, also ein Projekt, bei dem der Menge ausgedrückter, analysierter, verstandener und integrierter ‚qualitativer Daten‘ Beachtung geschenkt wird.“ (Merry, 2004, S. 193; Thompson, 2007)

LD: Sich innerhalb und außerhalb so zahlreicher Rollen zu bewegen erfordert eine erhebliche Flexibilität, was für unerfahrene Supervisandinnen und Supervisorinnen wahrscheinlich schwierig ist. Die klinische Supervision ist eines der anspruchsvollsten Ausbildungselemente, aber auch ein sehr bedrohliches, da sie zusätzlich selektive Funktionen hat, wie etwa beim Übergang zwischen Ausbildungsstufen. Wenn man dem Supervisor seine Misserfolge zeigt, riskiert man, als ungenügend bewertet zu werden. Gefühle von Unbehaglichkeit oder gar ‚politischem Suizid‘ können entstehen. Bekannt ist, dass Supervisandinnen es manchmal aus diplomatischen Gründen oder aus Rücksicht auf die Hierarchie vermeiden, ihre Gedanken zu äußern (Kagan, 1980). Der Supervisand kann der Supervisorin Informationen über seine negativen Reaktionen ihr gegenüber vorenthalten. Und die Supervisorin kann dem Supervisanden verschweigen, wie sie auf dessen ‚Leistung‘ reagiert. Noch hinderlicher für Ihr Projekt wäre, wenn die Supervisanden ihre klinischen Fehler, ihre Beunruhigung über ihre Evaluation, Gegenübertragungsfragen oder auch Störungen bezüglich des Supervisionssettings etc. nicht äußern würden. Das persönliche Interesse der Supervisorin am Erfolg ihrer Supervisanden wiederum kompliziert das Ganze noch zusätzlich. Die Supervisoren, die sich durch die Supervision selbst weiterbilden, werden mit Unerwartetem konfrontiert, fühlen sich eingeengt, unverstanden, nicht wertgeschätzt und unzufrieden. „Wenn es leicht wäre, würde man es nicht Supervision nennen“, meinen Ladany, Friedlander & Nelson (2005, S. 79). Wie kann das SPC-Projekt in diese komplexe und heikle Realität eingeführt werden, ohne noch mehr Schwierigkeiten zu schaffen, weil unter Umständen Konflikte aufgedeckt werden, die man lieber verschwiegen hätte?

LR: „A therapist and a counselor can have twenty years of experience or one year of experience twenty times. What makes the difference? A key component is reflection.“ (Skovholt, Rønnestad

5 Anm. d. Übers.: Außerhalb des deutschsprachigen Raums sind offenbar die einschlägigen Arbeiten von Anna Auckenthaler nicht bekannt (siehe u. a. Auckenthaler A., 1995: Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirksamkeit. Kohlhammer: Stuttgart. Und: Auckenthaler, A.: Supervision von Psychotherapie. Behauptungen – Fakten – Trends. Psychotherapeut 1999, 44, S. 139–152).

& Jennings, 1997, S.365; cf. Schön, 1983) Die reflexive Position ermöglicht es, diejenigen unklaren Bereiche der professionellen Praxis zu erfassen, die durch einzigartige, unerwartete Ereignisse gekennzeichnet sind und Anlass zu möglichen Wertkonflikten geben. Die reflexive Praxis beruht auf einer Methodik der Aufhebung von Blockaden; sie hilft den Supervisandinnen, sowohl die Divergenzen zwischen der Ideologie ihres Berufes und den aktuellen, realen Situationen ihrer professionellen Praxis wahrzunehmen, als auch klarer zu sehen, was zu tun ist. Die Reflexivität ist eine Entwicklungsstrategie, die im Hier und Jetzt der professionellen Erfahrung der Therapeutin beginnt (Brookfield, 1992; Gallo-way, Webster, Howey & Robertson, 2003; Kinsella, 2000). Eine Reflexion über allgemeine Supervisionsfragen, die von der Person des Therapeuten abgetrennt werden können, ist von der persönlichen Erfahrung in der Supervision zu unterscheiden. Supervisandin und Supervisorin handeln in unserem Sinne reflexiv, wenn sie gemeinsam dem Bedürfnis folgen, in persönlicher Weise über ihr Erleben in der Supervision nachzudenken oder, vom Erleben ausgehend, ihre eigenen Fragen stellen und dazu ihre eigenen Antworten suchen. So gesehen ist die reflexive Praxis weder eine weitere zusätzliche ‚Neuheit‘, die unseren Personenzentrierten Praxisalltag zusätzlich belastet, noch eine von ihm unterschiedene Aktivität. Die Person-zentrierte Supervision ist per se ein reflexiver Prozess, der darin besteht, seinen eigenen konkreten beruflichen Erfahrungen und dem damit verbundenen Erleben einen Spiegel vorzuhalten. Die Reflexivität in der Supervision transformiert das simple Aufnehmen und Darstellen der Ereignisse aus der Praxis in einen sinnstiftenden Prozess.

Auch wenn es noch wenige empirische Forschungsergebnisse über die Auswirkung reflexiver Handlungen auf die klinische Praxis gibt (Bennett-Levy 2001; 2003), kommt der Reflexivität bei der Definition und Evaluation professioneller Kompetenz eine große Bedeutung zu. So hat in Großbritannien das *Committee on Training in Clinical Psychology* der *British Psychological Society* (2001) kürzlich das Modell des „reflexiven Praktikers“ als Akkreditierungskriterium der postgradualen Weiterbildung in klinischer Psychologie anerkannt. Ebenso hat der *General Medical Council* (die britische FMH) bestimmt, dass die graduierten Mediziner die Fähigkeit erlangen müssen, ihre eigene praktische Tätigkeit zu reflektieren sowie sich selbst und ihre Kollegen in Frage zu stellen.

LD: Die reflexive Aktivität bedarf des Nachweises von Fakten. Eine Qualitätssicherung erfordert eine faktisch nachprüfbare Dokumentation der therapeutischen Praxis. Diese beginnt mit einer einfachen Sammlung von Beweismaterialien.

LR: Ganz genau. Die reflexive Aktivität muss in Instrumente umgesetzt werden, die zu dieser faktischen Dokumentation eine positive Haltung unterstützen, und zwar im Gegensatz zu den sporadischen Anstrengungen beim Ausfüllen von Fragebogen, die den vielfältigen Kompetenzen der Therapeutinnen und Beraterinnen in Ausbildung und ihrer professionellen Entwicklung nicht Rechnung tragen.

Um die konkreten Handlungsmomente der professionellen Entwicklung eines Supervisionsteilnehmers zu sammeln und zusammenzufassen, wurden spezifische Instrumente entwickelt, die auf dem standardisierten Konzept des ‚kritischen Ereignisses‘ beruhen (Gould & Master, 2004). In einem späteren Artikel werden diese Instrumente im Detail beschrieben. Zwei der Instrumente bestehen aus Abreißblöcken mit anonym kodierten Talons. Das Kohlepapier der Talons ermöglicht es den Teilnehmenden, ihre Reflexionen selbst zurückzuverfolgen; die Originale werden in einem Rückschlagschlag an die Forschungsgruppe der Universität geschickt, die sie anonym bearbeitet.

Das erste dieser reflexiven Instrumente, der „Re-flex SGGT“, erlaubt, wie in einem Reisejournal, kleinere oder größere Momente, sogenannte ‚bedeutsame Ereignisse‘ aus der Supervisionssitzung zu notieren und sich so einen Moment zur Reflexion seiner persönlichen Wahrnehmungen Zeit zu nehmen, welche sonst weder formuliert noch präzisiert würden. Ein ‚bedeutsames Ereignis‘ ist ein Moment von besonderer positiver oder negativer Erlebensqualität in der Supervision. Dies kann eine banale Tatsache sein, wie zum Beispiel ein Supervisor, der während eines Focusing einschläft, oder etwas Unerwartetes wie die Abwesenheit eines Gruppenmitglieds, womit sich vielleicht das Gruppenklima verändert. Es kann aber auch ein Moment sein, der die eigenen Werte und Überzeugungen spiegelt, ein Ereignis, welches das Können einer Teilnehmerin offenbart, oder auch ein grundsätzlich entscheidender Moment, eine Konfrontation etwa mit dem eigenen blinden Fleck.

Supervisanden und Supervisoren halten auf dem „Re-flex SGGT“ auf einigen Zeilen das faktische Ereignis und die zum Verständnis notwendigen Kontextelemente fest sowie das, was das Ereignis zu einem ‚bedeutsamen‘ macht, d. h. seine momentane subjektive Bedeutung.

Der Re-Flex-Block soll immer zu den Supervisionen mitgebracht und es soll immer Zeit für das Ausfüllen des Talons reserviert werden, etwa kurz vor Ende der Supervisionssitzung oder während der Pause. Auf diese Weise werden Dutzende von Eindrücken und Überlegungen gesammelt, so dass langfristig persönliche Themen und allfällige Verbindungen zwischen den Therapie-situationen und den bedeutsamen Ereignissen entdeckt werden können, auch wenn diese einen nicht direkt betreffen. Im Einverständnis mit allen Teilnehmern einer Supervisionsgruppe kann der „Re-Flex SGGT“ auch gemeinsam benutzt werden, z. B. für periodische Rückblicke und Standortbestimmungen zum Gruppenklima, zu den Erwartungen und zum Erreichten, o. Ä. Die Gruppe verfügt mit Hilfe dieses Instruments über eine ‚Fundgrube‘, deren Inhalte sie nach Bedarf benutzen kann. Es ist anzunehmen, dass Gruppen, die wenig positive oder negative Momente mit bedeutsamen Erfahrungen erleben, eher Aspekte der Theorie und des Lernens behandeln, die zwar auch wichtig sind, aber nicht direkt dem subjektiven Erleben entspringen. Die Frage ist, ob man mit fortschreitender Entwicklung in der Begegnung von Supervisanden

Re-Flex ^{SGGT®} SGGT-SPCF.CH	Code: BAL31	Supervision: Individuell <input type="checkbox"/> In Gruppen <input checked="" type="checkbox"/>
	Datum: 03/09/07	Dauer: 1 Std <input type="checkbox"/> 2 Std <input type="checkbox"/> 3 Std <input type="checkbox"/> 4 Std <input checked="" type="checkbox"/> + 4 Std <input type="checkbox"/>
Original in das Rücksendeküvert legen. Danke!		
Während der heutigen Supervision habe ich folgendes Thema/ folgende Situation vorgebracht: Ich kann meinen Klienten „Paul“ nicht mehr akzeptieren; trotz meiner Bemühungen ist er immer noch ängstlich und blockiert		
Beschreibe in kurzen Sätzen ein „kritisches Ereignis“ aus der heutigen Supervision, das sich dir eingepreßt oder dich herausgefordert hat. Warum wurde diese Supervisionssituation für dich zum „kritischen Ereignis“? Keiner wollte zur Frage „wer beginnt“ Stellung nehmen. „S“ (Supervisor) hat uns gebeten, unsere unsere Situation mit einer Körperhaltung auszudrücken. Ich habe mich nach hinten fallen lassen. „A“ hat sich den Kopf gehalten. „B“ war in fötaler Position. Dann hat jede/r gesagt, in welcher Reihenfolge es am besten wäre, anzufangen und warum (wir haben „A“ gewählt). Es hat mich erleichtert und beruhigt, dass „S“ die Fähigkeit besitzt, unserer Gruppe die Struktur Struktur zu geben, die ich im Fall von unklaren Momenten brauche.		

Abb.: Reflexives Instrument „Re-flex“. Das Beispiel ist adaptiert nach Proctor (2000).

und Supervisorinnen immer mehr solcher Erlebnismomente wird beobachten können.

Bryant-Jefferies (2005) zeigt, dass ein erfahrener Praktiker über eine Vielzahl von Beispielen mit verschiedenartigsten wichtigen Ereignissen oder Momenten aus der Personzentrierten Supervision verfügt und so einen reichen Überblick dazu vermitteln kann. Ein Beispiel unter vielen: „In einer Supervision kann es wichtig sein, wirklich anzuerkennen, was der Klient selbst durchmacht. Manchmal ist das Berichten über Therapiesitzungen, das therapeutische Spekulieren oder die Exploration der Qualität und Art der therapeutischen Beziehung zu unterbrechen, um einem Moment respektvoller Stille für den Klienten Raum zu geben. Dieses Innehalten, um all das Unermessliche, was der Klient erfährt, anzuerkennen, ist wesentlich. In unserer geschäftigen Zeit verlieren wir leicht den Sinn für die Notwendigkeit solcher Momente und gehen rasch dazu über, vom nächsten Klienten zu reden. Berater und Supervisoren brauchen Zeiten geteilter Stille, die bei der Exploration der Arbeit mit einem Klienten auftauchen; Zeit, um das, was plötzlich ganz real, gegenwärtig und erschreckend geworden ist, aufzunehmen.“ (Bryant-Jefferies, 2005, S. 136)

Ein allen zugängliches und von allen weiterentwickeltes Projekt

LD: Braucht es aber ein partnerschaftliches Abkommen mit der Universität, wenn unter den SGGT-Mitgliedern schon fähige Forscherinnen sind, die aus dem gesammelten reflexiven Material neue Fragestellungen entwickeln können? Welchen Sinn hat meine Mitarbeit im Projekt sowie – Ihrem Wunsch entsprechend – die von Masterstudentinnen?

LR: Dafür gibt es zwei wesentliche Gründe. Der erste, schon erwähnte, entspricht der Grundidee des Projekts. Der zweite ist ein ethischer Imperativ. Erstens ist das Projekt nicht eine Ad-hoc-

Rechtfertigungsstrategie, um die SGGT-Ausbildung zu legitimieren. Wenn die Evaluation hauptsächlich der SGGT-Gruppe ‚Forschung und Entwicklung‘ anvertraut würde, befürchte ich, dass es auf die erwähnte Pseudoverpflichtung hinauskäme. Die Analyse von Institutionen zeigt, dass diese keine völlig rationale Struktur haben, aufgrund derer sie die angemessenen Evaluationsinstrumente anwenden, sondern dass sie eher im Dienst der Selbsterhaltung eine Reihe von vielleicht kreativen, aber nicht sachgerechten Anpassungen zusammenschustern. Wir wählen entschieden ein Vorgehen der Qualitätssicherung, das nicht von institutionellem Opportunismus geleitet ist. Darum ist das

Risiko unvermeidlich, uns dem Blick von außen auszusetzen. Es geht um eine echte, aber geschützte Öffnung. Weder soll sich die SGGT der Universität wie etwa ein Patient dem Willen des Arztes unterziehen, noch soll die Kooperation mit der Universität ein bloßes Alibi sein. Die SGGT hat nicht zum Ziel, sich mit einer anderen, noch so wertvollen Institution zu vereinen, aber sie kann sich auch nicht ausschließlich auf ihre eigene Qualität berufen. Sie hat deshalb die Aufgabe, das erhobene Material zu verarbeiten, einer außenstehenden, wohlwollenden, aber doch kritischen Person zu überlassen, einer Expertin, die nicht mit der SGGT im Bunde ist, die weder ein Zahnrad noch der Motor des Getriebes ist, sondern eine Promotorin von Qualität. Es scheint mir außerdem wichtig, dass Studierende des Grundstudiums, die an einer postgradualen klinischen Ausbildung interessiert sind, mit ihrer späteren professionellen Realität in Kontakt kommen. Qualität hängt auch von einer adäquaten Vorbereitung ab. Die Arbeiten der Studierenden werden hoffentlich dazu beitragen, das Projekt zu dokumentieren, und ihnen außerdem eine Vorstellung über den Reichtum des Ansatzes vermitteln. Das sollte uns gerade im Hinblick auf die universitäre Situation des PZA in der Schweiz beschäftigen.

Die Partnerschaft mit der Universität ergibt sich auch aus der Notwendigkeit ethischer Vertrauenswürdigkeit. Supervisanden und Supervisoren können nicht dazu gezwungen werden, kongruent zu sein und Notizen zu exponieren, die vor der Einführung des reflexiven Projekts nur als private, individuelle Gedanken existierten. Deshalb muss nicht nur gesichert sein, dass die Gruppe frei entscheiden kann, ob sie sich über das eigene Material im Re-flex (mit Hilfe der zurückbehaltenen Kopien der Talons) austauschen will, sondern auch, dass weder Supervisorin noch Supervisandin das Material der anderen Gruppenmitglieder je in irgendeiner Art einsehen können. Ein Mitglied der SGGT darf deshalb in keinem Fall Zugang zu diesen sensiblen Daten von Supervisionsgruppen haben. Außerdem gehört das Material einer Supervisionsgruppe, auch wenn sie sich darüber austauscht, seinem Autor: Wenn ein Gruppenmitglied sich

in seinen Notizen auf die Erfahrungen anderer bezieht, geht das Recht auf Vertraulichkeit deren eventuellem Wunsch vor, zu wissen, was über sie geschrieben wurde.

Die reflexive schriftliche Dokumentation kann sich nur in einem geschützten Rahmen entwickeln. Dies bedingt eine systematische und klare Strukturierung der Bearbeitung des Materials und vor allem eine Organisation, die dieses Vorgehen unterstützt. Deshalb war es notwendig, dass Ihnen die SGGT die Bearbeitung der Notizen der Supervisanden und Supervisoren überließ. Die Daten, die Sie erhalten und auf einer Datenbank sammeln werden, sind mittels eines persönlichen Codes, den sich die Teilnehmerinnen, einer allgemeinen Instruktion folgend, selbst geben, schon anonymisiert. Nachdem Sie die für die Gewährleistung der Vertraulichkeit evtl. nötigen Anpassungen vorgenommen haben, hat jedes Mitglied über das Internet Zugang zum gesamten in der Schweiz produzierten Material. Unter diesen Bedingungen kann das reflexive Projekt unseren Wunsch, ‚Geschichten‘ zu erzählen und zu teilen, befriedigen: „Mir ist dies oder jenes passiert, was denkt ihr darüber?“

Das SPC-Projekt ist effektiv eine Kartografierung bedeutsamer Ereignisse in der Personzentrierten Supervision, um gemeinsam und in geschützter Weise eine Standortbestimmung über die Stärken und Schwächen der Ausbildung zu machen. Das Projekt erfasst noch ein anderes reflexives, zwischenzeitliches Moment: Nachdem in der Supervision die bedeutsamen Ereignisse im Re-flex festgehalten wurden, kann es später beim Schreiben der Notizen nach den Therapie- oder Beratungsstunden hilfreich sein, auf allenfalls auftauchende Supervisionsinhalte zurückzukommen. Dazu dient das zweite reflexive Instrument, das „Re-bound SGGT“, das ebenfalls die Form eines Abreibblocks hat. Den Supervisandinnen wird empfohlen, die Talons dann auszufüllen, wenn ihnen etwas aus der vorangegangenen Supervision einfällt, was ihnen in der Therapie-sitzung geholfen hat. Dieser Rückblick beantwortet direkt eine Qualitätsfrage und kann auch die Erwartung der Supervisandin für die nächste Supervisionssitzung erhöhen und präzisieren. Ein dritter reflexiver Schritt wird durch den Zugang zur Datenbank als konsultativer Plattform ermöglicht. Der Rückblick kann mit Hilfe der Erfahrungen aller anderen – Supervisanden und Supervisoren unabhängig von deren Erfahrung – fortgesetzt und vertieft werden.

LD: Das ist dann die dritte Etappe, bei der das gesammelte Material nach sorgfältiger Bearbeitung auf einer gesicherten Internetseite erscheint. Diese allgemeine Retrospektive ermöglicht es, sich in der Landschaft der Personzentrierten Supervision wie in einer Riesensupervisionsgruppe der Schweiz zu situieren. Der Zugang zur Datenbank ist nach verschiedenen Kriterien möglich: z. B. nach Ausbildungsstand, nach Supervisionsthema, nach dem Verhalten der Supervisoren zu bestimmten Themen, nach Umfang der in der Supervision behandelten Thematik, nach Fragen, die nicht direkt mit dem PZA zu tun haben.

Je nach den Dimensionen der Qualitätsevaluation, die den Mitgliedern der SGGT zur Verfügung stehen und auf die sie auch

Einfluss nehmen können, wird ihnen eine solche Standortbestimmung die Gelegenheit geben, ihre eigene Sicht der Ausbildung und der Ereignisse in der Supervision zu evaluieren. In der Tat werden Sie die Teilnehmenden regelmäßig dazu auffordern, in dem so genannten ‚lebendigen Museum von Supervisionseignissen‘ ihre Meinung nach verschiedenen Gesichtspunkten der Ereignisse zu äußern. Meine Aufgabe wird es sein, diese Reaktionen qualitativ und quantitativ zu analysieren und die wissenschaftlichen Arbeiten zu liefern, deren der PZA in der Schweiz bedarf. Auch wenn es nicht ein formuliertes Ziel ist, wird dieses Vorgehen erlauben, die Motivation und Offenheit der Auszubildenden zu erfassen. Wer von ihnen wird regelmäßig Informationen auf der Datenbank einholen, und können wir sicher sein, dass die Datenbank genutzt wird?

LR: Nein, das können wir nicht. Einzelne Teilnehmende werden sicher das Interesse aufbringen, auf der Datenbank die Insider-Informationen zu entdecken: „Alles, was ihr über die Ausbildung wissen wolltet und was ihr euch nicht getraut habt zu fragen.“ Wir können aber sicher sein, dass die Datenbank häufiger genutzt wird, wenn die SGGT als Gesellschaft entscheidet, dass ihre formalen Ausbildungsanforderungen (z. B. Anzahl Ausbildungsstunden) über die abgesicherte Datenbank abgewickelt werden, insbesondere die Anerkennung von Ausbildungsstunden, die aufgewendet wurden, um sich mit Fragen auseinanderzusetzen, die durch die Datenbank aufgeworfen wurden. Es ist auch vorstellbar, dass Theoriearbeiten (wie sie die Auszubildenden im ersten Zyklus der Ausbildung abzuliefern haben), die Aspekte oder Konzepte des Projekts streifen, als ergänzende Elemente in die Datenbank aufgenommen werden. Das Projekt wurde mit Absicht nicht als ‚Fertigprodukt‘ entwickelt. Es soll vielmehr zunehmend von den Zielen und der Praxis der Ausbildung assimiliert werden. Es geht darum, eine Basisbewegung der humanistischen Befragung unserer Ausbildungspraxis auszulösen. Indem die SGGT für das SPC-Projekt Zeit, Energie und Finanzen aufwendet, zeigt sie, dass sie die Qualitätssicherung ernst nimmt.

Damit ein Lernprozess überhaupt entstehen kann, muss man über eine große Menge reflexiver Einzeldaten verfügen, um darin Themen und Muster erkennen zu können. Damit die reflexive Praxis erfolgreich ist, muss jeder die Möglichkeit haben, wichtige Momente seiner Ausbildung auf die eine oder andere Weise festzuhalten. Unsere professionelle Tätigkeit findet oft in einem wechselnden und von Zeitdruck geprägten Umfeld statt. Die reflexive Praxis hilft uns, einen regelmäßigeren, quasi meditativen Rhythmus zu finden, wie bei einem Gang durch ein Labyrinth. Ich hoffe, dass die regelmäßige Anwendung der Instrumente des SPC-Projekts die Kultur eines befriedigenden und kongruenten Austausches in den Supervisionen unterstützt.

LD: Im Personzentrierten Ansatz sind das Selbst, die therapeutische Beziehung und Empathie zentrale Begriffe. Ziel des SPC-Projekts ist die Konzipierung einer Qualitätssicherung, die Evaluation ohne Einschränkungen ermöglicht. Wie Sie anlässlich der Seminartagung 2007 – dem Startschuss für das Projekt – betont haben,

erfordert eine psychologische Evaluation, die diesen Namen auch verdient, von den Teilnehmenden ein umfassendes Verständnis des Evaluationskonzepts sowie ein Engagement bei der Durchführung der Evaluation. Dieses gemeinsame Engagement der Evaluierten zur Ermittlung der Bedeutung und zur Validierung der Evaluation

hat mannigfache Implikationen, z. B. dass der Meinung jedes Teilnehmenden unabhängig von der Person und Funktion das gleiche Gewicht zukommt. Evaluieren heißt nicht einfach die Forschung der Praxis einverleiben, sondern die Qualitätsevaluation so durchführen, dass sie dem Wesen der Personenzentrierten Supervision entspricht.

Literatur

- Audin, K., Mellor-Clark, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Lewis, S., Cann, L., Duffy, J. & Parry, G. (2001). Practice Research Networks for Effective Psychological Therapies. *Journal of Mental Health, 10*, 241–251.
- Ball, C. (Ed.) (1985). *Fitness for Purpose: Essays in Higher Education*. London: Taylor & Francis.
- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S. & Hamernik, E. (2003). Cognitive therapy from the inside: Enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 143–158.
- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 203–220.
- Brookfield, S. (1992). Uncovering assumptions: The key to reflective practice. *Adult Learning, 3*(4), 13–18.
- Bryant-Jefferies, R. (2005). *Person-centred counselling supervision: Personal and professional*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Cushway, D. & Knibbs, J. (2004). Trainees' and supervisors' perceptions of supervision. In I. Fleming & L. Steen (Eds.), *Supervision and clinical psychology: Theory, practice and perspectives* (pp. 162–186). New York: Brunner-Routledge.
- Eisner, E. (2000). Education connoisseurship and criticism: their form and function in education evaluation. In G.F. Madaus, M. Scriven, & D. Stufflebeam (Eds.), *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation*. (13. Aufl., pp. 335–347). Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Elliott, R. & Zucconi, A. (2006). Doing research on the effectiveness of psychotherapy and psychotherapy training: A person-centered/experiential perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 5*, 82–100.
- Galloway, A., Webster, R., Howey, L. & Robertson, W. (2003). Reflection and development: an integral part of clinical training. *Clinical Psychology, 21*, 27–30.
- Gould, B. & Masters, H. (2004). Learning to make sense: The use of critical incident analysis in facilitated reflective groups of mental health student nurses. *Learning in Health and Social Care, 3*(2), 53–63.
- Kagan, N. (1980). Influencing human interaction – eighteen years with IPR. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy Supervision: Theory, research and practice* (pp. 262–283). New York: Wiley.
- Kassirer, J.P. (2001). Pseudoaccountability. *Annals of Internal Medicine, 134*(7), 587–590.
- Kinsella, E. A. (2000). *Professional development and reflective practice: Strategies for learning through professional experience*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Ladany, N. (2004). Psychotherapy supervision: What lies beneath. *Psychotherapy Research, 14*(1), 1–19.
- Ladany, N., Friedlander, M. L. & Nelson, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision: An interpersonal approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ladany, N., Walker, J. A., Pate-Carolan, L. M. & Evans, G. (2008). *Practicing counselling and psychotherapy: Insights from trainees, supervisors, and clients*. New York: Routledge.
- Merry, T. (2004). Supervision as heuristic research inquiry. In K. Tudor & M. Worrall (Eds.), *Freedom to practice: Person-centred approaches to supervision* (pp. 189–199). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Milne, D. L., Pilkington, J., Gracie, J. & James, I. (2003). Transferring skills from supervision to therapy: A qualitative and quantitative n = 1 analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 193–202.
- Mold, J. W. & Peterson, K. A. (2005). Primary care Practice-Based Research Networks: Working at the interface between research and quality improvement. *Annals of Family Medicine, 3*, 12–20.
- O'Sullivan, R. G. & O'Sullivan, J. M. (1998). Evaluation Voices: Promoting evaluation from within programs through collaboration. *Evaluation and Program Planning, 21*(1), 21–29.
- Orlinsky, D. E., Botermans, J.-F., Rønnestad, M. H. & The SPR Collaborative Research Network. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist, 36*(2), 139–148.
- Oxman, A. D., Chalmers, I. & Liberati, A. (2004). A field guide to experts. *British Medical Journal, 329*, 1460–1463.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text*. Thousand Oaks: Sage.
- Proctor, B. (2000). *Group supervision: A guide to creative practice*. London: Sage.
- Reicherts, M. & Defago, L. (in Druck): Kognitive und affektive Prozesse bei der Realisierung klientenzentrierter Interventionen – Zusammenhänge mit der Interventionsqualität, der Therapeutenerfahrung und dem Explikationsniveau von Klienten. Eine experimentelle Studie. In R. Sachse, *Fortschritte Klärungsorientierter Psychotherapie*.
- Reid, B. (1993). 'But we're doing it already!' Exploring a response to the concept of Reflective Practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today, 13*(4), 305–330.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2005). Therapeutic work and professional development: Main findings and practical implications of a long-term international study. *Psychotherapy Bulletin, 40*, 27–32.
- Rubin, A. (2008). *Practitioner's guide to using research for evidence-based practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Skovholt, T. M., Rønnestad M. H. & Jennings, L. (1997). Searching for expertise in counselling, psychotherapy and professional psychology. *Educational Psychology Review, 9*(4), 361–369.
- Thompson, G. (2007). Hoops, hurdles and thresholds: Supervising therapists through training and qualification. In K. Tudor & M. Worrall (Eds.), *Freedom to practice, volume II: Developing person-centred approaches to supervision* (pp. 189–199). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Autoren:

*Dr. Psych. **Laurent Rossier** ist Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und führt eine psychotherapeutische Praxis nach dem Personenzentrierten Ansatz. Er ist Lektor und Lehrbeauftragter am Departement Psychologie an der Universität Freiburg i.Ue.*

*Dr. Psych. **Laurence Defago** ist Lehrbeauftragte und promovierte Assistentin am Departement Psychologie der Universität Freiburg i.Ue.*

Korrespondenzadressen:

*Laurent Rossier, dr. psych.
CH-1470 Estavayer-le-Lac, à 2 pas du Centre
E-Mail : laurent.rossier@unifr.ch*

*Laurence Defago, dr. psych.
Université de Fribourg, Département de psychologie
CH-1700 Fribourg, Faucigny 2
E-Mail : laurence.defago@unifr.ch*

Peter F. Schmid

Resonanz – Konfrontation – Austausch

Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber

Zusammenfassung: *Der Aufsatz untersucht phänomenologisch die bipolare Natur der personzentrierten Beziehung in Psychotherapie und Beratung und beschreibt sie als dialektischen Prozess des Seins miteinander und einander gegenüber. Der Fokus liegt dabei auf dem bislang für die Praxis weniger untersuchten konfrontativen Aspekt der Begegnung und dem personalen Austausch des zugrunde liegenden Dialogs. Dabei werden verschiedene Arten der Resonanz untersucht, mit denen der Therapeut auf das Geschehen in der Therapie reagiert, und es werden Kriterien entwickelt, wann Konfrontation und Austausch in der Therapie personzentriert sind und wann nicht.*¹

Schlüsselwörter: *Resonanz, Konfrontation, Austausch, Dialog, Empathie.*

Abstract: **Resonance — confrontation — exchange. Person centered psychotherapy as a co-creative process.** *This exploration of the bipolar nature of the person-centred relationship in psychotherapy and counselling describes such a relationship as being-with and being-counter. The focus is on the confronting aspect of the encounter — so far much less investigated for the therapeutic practice — and on the personal exchange as an expression of dialogue. Different forms of resonance are explored as the reaction of the therapist to what is going on in therapy. Finally, criteria are developed, when confrontation and exchange in psychotherapy and counselling are person-centred and when they are not.*

Keywords: *resonance, confrontation, exchange, dialogue, empathy.*

Die zunehmende Bedeutung der Beziehung in der Psychotherapie

Generell hat in Theorie und Praxis von Psychotherapie und Beratung, gestützt durch Erfahrung und Forschung, die Bedeutung der Beziehung als zentrales therapeutisches Element zugenommen. Eine Vielzahl von Theorien ist dazu entstanden, gleich, ob es sich um die Bedeutung der Übertragung oder um Rapport, um eine Vorbedingung für neue Lernprozesse, um eine systemische (und daher notwendigerweise an Beziehungen orientierte) Sichtweise, um therapeutische Allianz oder um existenzielles Miteinander handelt.

Viele therapeutische Orientierungen haben ihr Verständnis des Selbst und der Beziehung als wichtiges therapeutisches Instrument

in den letzten Jahrzehnten weiter entwickelt, z. B. die Selbstpsychologie und die intersubjektive Psychoanalyse (Stolorow et al., 1987; Bartosch, 2003; cf. Psyche 9/10, 2004), humanistische (z. B. die Gestalttherapie, etwa Hycner & Jacobs, 1995) und existenzielle Therapierichtungen (Spinelli, 1997; 2005: „selves in relation“; Cooper, 2003), ja sogar die Verhaltenstherapie (Parfy, 1999). Neue, sogenannte „dialogische“ oder „Beziehungs-“Therapierichtungen sind entstanden („dialogic therapy, relational therapy; Belege bei Cooper 2004b, S. 452–453). Im Personzentrierten Ansatz wurde die Bedeutung der Beziehung von Anfang an betont, und im Lauf der Zeit, beginnend bei Rogers selbst, immer deutlicher herausgearbeitet.

Mit großem Erstaunen, mit ungläubiger Verwunderung und mit ironischem Stolz konnte man beispielsweise beim 1. Weltkongress für Psychotherapie 1999 in Wien hören, wer aller für sich reklamierte, die Bedeutung der realen Beziehung in der Psychotherapie, zum Teil „neuerdings“, entdeckt zu haben – von analytischer, systemischer, verhaltenstherapeutischer Seite. Dass Carl Rogers die vordringliche Bedeutung der gegenwärtigen Beziehung bereits um die Mitte des vorigen Jahrhunderts als den zentralen Heilungsfaktor in der Beziehung herausgearbeitet hatte, also immerhin vor nunmehr

¹ Überarbeitet und weiter entwickelt auf der Basis mehrerer Vorträge, darunter zweier Hauptvorträge am 4. Weltkongress für Psychotherapie (WCP) in Buenos Aires, 2005, einer Präsentation beim Personzentrierten und Experienziellen Weltkongress 2006 in Potsdam (beide Male zusammen mit Dave Mearns [publiziert: Schmid & Mearns, 2006 sowie Mearns und Schmid, 2006], wobei die hier verwendeten Teile ausschließlich von mir stammen), sowie beim Theorieworkshop des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG) 2005 in Wien.

gut sechzig Jahren, blieb dabei wenig überraschend geflissentlich unerwähnt.

Man kann sich darüber ärgern und die Kollegen und Kolleginnen² der Ignoranz oder Geschichtsfälschung zeihen oder man kann das Phänomen genauer unter die Lupe nehmen und dann erkennen, dass es vielleicht nicht bloß Desinteresse, Ahnungslosigkeit oder (un-)wissenschaftliche Fahrlässigkeit ist, sondern dass es doch einen guten Grund gibt, warum der Bezug auf Rogers und den Personzentrierten Ansatz fehlt. Es ist bei genauem Hinsehen etwas anderes mit dieser „Neuentdeckung“ der Bedeutung der Beziehung gemeint; ein entscheidender Paradigmenwechsel ist nämlich nicht vollzogen worden: Die Klient-Therapeut-Beziehung wird da zwar als wichtig angesehen, aber sie wird in den allermeisten Fällen als wichtiges Instrument gesehen, als ein Um-zu, eine Vorbedingung für die eigentliche therapeutische Arbeit. Dies steht in einer langen Tradition. So wird die Übertragungsbeziehung als Vorbedingung für die Heilung in der Psychoanalyse oder, um noch einen Schritt zurück zu gehen, der Rapport als Vorbedingung für die Motivation zur Trancearbeit in der Hypnose gesehen, „um der suggestiven Führung zu folgen“ (Mende, 2000). Beziehung ist also ein Mittel zum Zweck.

Einen sehr illustrierenden Vergleich zitiert Art Bohart (2008): Er schreibt, Marv Goldfried, ein amerikanischer Kognitiver Verhaltenstherapeut, merke in Vorträgen zur Verdeutlichung an, dass in der Verhaltenstherapie die Beziehung als Anästhesie angesehen werde, welche die korrekte Operation (die Therapie also) erst ermögliche.

Der entscheidende Unterschied zwischen dem Personzentrierten Ansatz und den anderen therapeutischen Richtungen besteht darin, dass die Beziehung nicht bloß als Grundlage für die eigentliche therapeutische Arbeit angesehen wird, die danach – wenn einmal eine gute bzw. tragfähige Beziehung hergestellt ist – zu erfolgen hat; im Gegenteil: die Beziehung wird selbst als Therapie verstanden. (Rogers, 1962c/1977, S. 170: „Therapie als Beziehung oder Begegnung“ [„therapy as relationship or encounter“]). Personzentrierte Psychotherapie verwendet die Beziehung nicht als Basis oder zur Einleitung, um etwas damit zu bewirken. Und das ist der entscheidende Paradigmenwechsel, der bis heute nicht wirklich ausgelotet erscheint: Beziehung ist nicht Mittel zum Zweck, „um zu“, sondern selbst das Wesentliche der Therapie.

Natürlich gilt das nicht für jede Beziehung, sondern nur für eine, die ganz genau beschreibbar und auch genau beschrieben und erforscht ist.³

Die Entwicklung des Verständnisses von Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie

Von Beginn an hatte die Beziehung eine Grundlegende Bedeutung im von Rogers und seinen Kollegen entwickelten Therapieansatz. Schon in dem von ihm selbst später als Rede zum Geburtstag des Personzentrierten Ansatzes an der Universität Minnesota bezeichneten Vortrag im Jahr 1940 sagte Rogers (1940b/1992; orig. S. 8, Übers. pfs): „Erstmals legt dieser Ansatz Gewicht auf die Bedeutung der Beziehung selbst als Wachstumserfahrung.“ Die sechs „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ (Rogers, 1957a/1991) beginnen und enden denn auch mit Beziehung: Die erste Bedingung lautet: „Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt“⁴ und die letzte handelt davon, dass die Kommunikation von Empathie und nicht an Bedingungen gebundener Wertschätzung durch den Therapeuten den Klienten erreicht (S. 168). Je später, umso mehr befasste sich Rogers mit der Natur der therapeutischen Beziehung, um sie letztlich – die Sprache der Dialogischen bzw. Begegnungsphilosophie aufgreifend – als „Begegnung [encounter]“ zu bezeichnen und zu qualifizieren (z. B. 1962a/1977). Diese Entwicklung sowie die parallele bei anderen personzentrierten Autoren (Bebout, Coulson, Swildens, Mente, Pfeiffer, R. Tausch und A. Tausch) wurden ausführlich beschrieben und untersucht (Schmid, 1994, S. 172–182).

Maßgebliche Beiträge zum Beziehungsverständnis, das der Personzentrierten Therapie zugrunde liegt, kamen unter anderem von

- *Wolfgang M. Pfeiffer* (1989; 1991a; 1991b; 1993; 1995a; 1995b), interessanterweise also von einem Psychiater, der schon relativ früh die Beziehung als den zentralen Wirkfaktor betonte;
- *Brian Thorne* (1991; 2002; Mearns & Thorne, 2000; 2007) befasste sich mit der Bedeutung von Intimität und Zärtlichkeit [intimacy und tenderness];
- *Len Holdstock* (1993; 1996a; 1996b) betonte die interdependente, nicht individuumszentrierte Natur des Selbst;
- *Ute Binder* (1993; 1998) lenkte die Aufmerksamkeit darauf, die wesenhaft prosoziale Empathie von der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme auseinanderzuhalten;
- *Garry Prouty* (1994; Krietemeyer & Prouty, 2003) erforschte präsymbolisches Experiencing und Kontakt im Kontext seiner Prätherapie,
- *Margaret Warner* (2000; 2002) beschäftigte sich ebenfalls mit Kontakt und mit fragilen und dissoziierten Prozessen;

2 Immer sind hier Personen beider Geschlechter sowie transidente Personen gemeint, auch wenn jeweils nur – der Lesbarkeit halber – der Gattungsbegriff angeführt ist.

3 Zur empirischen Untermauerung siehe etwa Cooper, 2004b.

4 Rogers wollte eigentlich überhaupt „Beziehung“ schreiben, sagte er (pers. Mitteilung), bevorzugte der wissenschaftlichen Akzeptanz wegen aber den damals üblichen Begriff „Psychologischer Kontakt“. Die Erklärung der ersten Bedingung ist jedoch im zitierten Artikel mit „eine Beziehung“ überschrieben (Rogers 1957a/1991, S. 169).

- *Dave Mearns* (1996; 1997; 1999; 2002a; 2002b; 2003; Mearns & Thorne, 2000; 2007; Mearns & Cooper, 2005) entwickelte sukzessive ein Konzept der „Arbeit in tiefgehenden Beziehungen [working at relational depth]“.
- *Michael Behr* (2002; 2003) beschrieb die interaktive Resonanz im Kontext der Arbeit mit Kindern;
- *Art Bohart* (2004; 2007; Bohart & Tallmann, 1999) arbeitete heraus, dass der Klient als aktiv selbst den Heilungsprozess Gestaltender [„active self healer“] gesehen werden muss;
- *Godfrey Barrett-Lennard* (2003; 2005) betonte den Primat der Beziehung und sprach von „klientenzentrierter Beziehungstherapie“;
- *Mick Cooper* (2004a; 2004b; Mearns & Cooper, 2005) beschrieb, von der existenziellen Tradition kommend, was er einen „beziehungsorientierten Therapieansatz“ nannte.

Über den Personbegriff (Schmid, 1989; 1991; 1997; 1998a; 2008) und das Verständnis von Begegnung (1994; 1996; 1998b; c; d) als personaler Beziehung, d. h. als Beziehung von Person zu Person, habe ich ein personenzentriertes Verständnis der therapeutischen Beziehung als personaler Begegnung (2001d; 2002b; 2003; 2007a; b) entwickelt und unter anderem die philosophisch-anthropologischen (2001a; b; c; 2002a), erkenntnistheoretischen (2002c; 2004), ethischen (2002d; e; f), politischen (2007c; d), psychopathologischen (2005a; c; d) und therapeutisch-praktischen (2005b; Schmid & Mearns, 2006; Mearns & Schmid, 2006) Konsequenzen der therapeutischen „Kunst der Begegnung“ (Schmid, 1996) erörtert und schließlich beschrieben, dass Personzentrierte Therapie als Entfaltung des schon jeweils vorgängigen und daher stets zugrunde liegenden personalen Dialoges zu verstehen ist (2006).

Man kann heute davon ausgehen, dass das Verständnis von therapeutischer Beziehung als Begegnung als State of the Art und konstitutives Merkmal genuiner Personenzentrierter Therapie angesehen wird (vgl. z. B. Bozarth & Wilkins, 2001; Haugh & Merry, 2001; Wyatt, 2001; Wyatt & Sanders, 2002; Tudor & Worrall, 2006; Cooper, O'Hara, Schmid & Wyatt, 2007) und empirisch fundiert ist (Cooper, 2004b).

In diesem Aufsatz soll in Fortsetzung der genannten Untersuchungen die Natur der therapeutischen Begegnung genauer herausgearbeitet werden, und zwar als dialektischer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber.

Konfrontation und Austausch als Elemente der Präsenz

Viele traditionelle Formen der Psychotherapie betrachten den Therapeuten als jemanden, dessen Aufgabe es ist, dem Klienten in einer Weise gegenüber zu stehen, dass er – sozusagen von außen – wirkungsvoll den Klienten leiten oder anleiten kann, ihn durch einen Prozess führen, sein Problem analysieren und interpretieren, seine

Einstellungen korrigieren, ihm aus einer Schwierigkeit heraushelfen, dass er ihn beraten kann, ihm helfen, Techniken zu erlernen, mit deren Hilfe er mit beeinträchtigenden Situationen umgehen kann, usw. Für all dies muss der Therapeut den Klienten bzw. sein Problem objektivieren: im wahrsten Sinn des Wortes ihn zum „Objekt“ machen, „sich gegenüber stellen“. Tut er dies nicht, so kann er seiner Aufgabe nicht gerecht werden, weil er in das Problem oder die Beziehung verstrickt wird, sich identifiziert und mitagiert. Der Blick von außen, die Distanz in der Beziehung ist also eine Grundvoraussetzung des Helfens.

Im Gegensatz dazu sieht sich der Personzentrierte Therapeut nicht als Außenstehender, sondern als jemand, der mit dem Klienten von Anfang an durch eine Beziehung verbunden ist und versucht, ihn empathisch, das heißt „von innen her“ zu verstehen, in seine innere Welt einzutreten (Rogers, 1975a/1976). Das bedeutet aber nicht, dass Hilfe im Personzentrierten Ansatz durch eine Beziehung geschieht, die ein bloßes Mit-Betroffensein, ein Berührtwerden vom Erleben des anderen allein bedeutet. Damit wäre Therapie nichts anderes als, grob gesprochen, ein gemeinsames Leiden, Seufzen und Jammern oder auch Sich-Freuen. Mit der näherhin als Begegnung gekennzeichneten Beziehung ist vielmehr eine zweifache Position verbunden: einerseits ist der Therapeut bestrebt, durch seine Empathie in der Innenwelt des Klienten zu Hause zu sein, ihm in solidarischem Erleben verbunden, *als ob* er der andere wäre; andererseits bleibt er auch er selbst, eine vom Klienten unterschiedene Person mit eigenem Erleben, Fühlen und Denken.

Mit dem Begriff der Begegnung als „Betroffenwerden vom Wesen des Gegenüberstehenden“ (Guardini, 1955), als „staunendes Zusammentreffen mit der Wirklichkeit des anderen“ als eines *Anderen* (ebd.), als „Wachgehalten-Werden von einem Rätsel“ (Levinas, 1983, S. 120) ist genau dies ausgedrückt: mit dem Klienten sein und ihm auch gegenüber sein. Miteinander und Einander-Gegenüber ermöglichen dabei einen sich wechselseitig bedingenden dialektischen Prozess: als *Alter Ego und* als *Anderer*. Im Miteinander wird der Klient ohne Bedingungen in seiner Person geschätzt und erlebt sich als jemand, der sich mit Hilfe der Einfühlung des Therapeuten (als seines „anderen Ichs“) immer besser selbst verstehen kann (Innensicht). Im Gegenüber stellt sich der Therapeut als andere, unterschiedene Person, als der Andere (im Sinne der Begegnungsphilosophie) zur Verfügung (Außensicht).

Jedwede Beziehung enthält die Elemente des Miteinander *und* des Gegenüber. In der therapeutischen Beziehung ist dies von besonderer Bedeutung. Psychotherapie würde ja keinen Sinn machen, wenn nicht durch die Beziehung das Element des Anderen (der anderen Person, des anderen Blickwinkels, des anderen Erlebens, der Beziehung zum Anderen usw.) hineinkäme und stattdessen nur das Selbe oder das Gleiche fortgesetzt würde: Der Therapeut wäre ein bloßes Duplikat des Klienten. Beziehungsorientierte Psychotherapie ist ja erst dadurch möglich und lebt ja gerade davon, dass wir einander einerseits verstehen können, weil wir einander ähnlich

sind (sonst könnte man gar nichts therapeutisch Konstruktives miteinander anfangen), und einander andererseits nicht restlos verstehen können, weil wir bei aller Ähnlichkeit verschieden sind (sonst könnte man einander einfach sagen, was zu tun ist). Es lässt sich genau genommen sagen, dass wir einander ebenso gleichen („nicht Menschliches ist uns fremd“) wie wir andererseits von Grund auf einander fremd sind (und „ein ewiges Rätsel bleiben“).

Nach dem personenzentrierten Verständnis ist der Therapeut also nicht nur *Alter Ego*, ein anderes *Ich*, verschieden vom Klienten, sondern eine andere *Person*. Was das Personenzentrierte im Besonderen kennzeichnet, ist, dass die andere Person (der Therapeut) nicht nur ein Spiegel für den Klienten ist und damit nur als ein anderes Ich oder Selbst (des Klienten) auftritt, sondern sich tatsächlich als eine andere Person ins Spiel bringt – als Person in ihrer substanzialen (eigenständigen) und ihrer relationalen (Beziehungs-) Dimension (Schmid, 1991; 1997; 1998d; 2007b). *Alter-Ego-Position* und *Gegenüber* in der Begegnung *zusammen* machen in ihrem dialektischen Wechselspiel die einzigartige Qualität des Personenzentrierten Ansatzes aus. Während die Dimension des Miteinander-Seins im Personenzentrierten Ansatz recht gut beschrieben und untersucht ist (da sie aus Gründen der Abgrenzung von diagnostizierenden Ansätzen auch der besonderen Betonung und Klärung bedurfte), trifft dies für das Einander-Gegenübersein keinesfalls zu. Daher liegt in diesem Aufsatz der Schwerpunkt darauf.

Damit ist ein bipolares (bzw., wenn man an die Gruppe denkt, ein multipolares) Psychotherapiemodell entwickelt worden und mit dem Personenzentrierten Ansatz untrennbar verbunden, das eine eindimensionale, simpler Kausalität verpflichtete Vorstellung weit hinter sich gelassen hat. („Das Verhalten des Therapeuten – die ‚Therapeutenvariablen‘ – bewirkt etwas beim Klienten.“). Das hat sich bereits in Rogers' Entwicklung von der Beschreibung des nicht-direktiven Therapeutenverhaltens hin zur Beschreibung der Therapie als Begegnungserfahrung abgezeichnet und wurde seither konsequent weiter entfaltet und besser verstanden. Das durch die Fundierung in der Ethik, der Phänomenologie und der Begegnungsphilosophie solcherart entstandene, für die Psychotherapie einzigartige Beziehungsverständnis ist zusammen mit dem Axiom des Aktualisierungsprozesses (Schmid, 2008) der Kern des Personenzentrierten Ansatzes (Rogers, 1962a/1977: „the core of guidance“ – „das tragende Element in der Therapie“) und gleichzeitig jene Menschensicht und Handlungseinstellung, die ihn von allen anderen Ansätzen unterscheidet.

Die Gegen-Position in der Begeg(e)n-ung bedeutet, dass Therapie nicht nur heißt, dem Klienten zu folgen, ihm zur Seite zu stehen und, Hand in Hand, in dieselbe Richtung zu schauen und sich in dieselbe Richtung zu bewegen, sondern auch, ihn anzublicken und ihm ins Gesicht zu schauen, „von Angesicht zu Angesicht (face to face)“. Therapeutische Begegnung heißt dann nicht nur, berührt zu werden, sondern auch zu berühren. Jemandem wirklich zu begegnen, heißt nicht nur, mit einer Person zu sein, sondern ihr auch

gegenüber zu sein. Personenzentrierte Psychotherapie ist nicht nur Verstehen, sondern auch Nicht-Verstehen; nicht nur Einigkeit, sondern auch Verschiedenheit; nicht nur Zustimmung, sondern auch Anfrage; nicht nur Nicken, sondern auch Kopfschütteln. Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung ist nicht nur Unterstützung und Förderung („*facilitation*“), sie ist auch Forderung und Herausforderung.⁵ Mit einem Wort: Konfrontation ist ein wesentlicher Teil *Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung*. Und erst so wird sie ihrer Natur als Dialog gerecht (zum Verständnis der Therapie als vorgängiger Dialog siehe Schmid, 2006).

Der Therapeut als der Andere des Klienten

Von allem Anfang an war Personenzentrierte Psychotherapie in der Idee begründet, dass der Therapeut der Andere des Klienten ist, was bedeutet, dass der Therapeut nicht davon ausgehen kann, dass er die andere Person (den Klienten) kennt und versteht. Er ist vielmehr in einer Situation, in der er sich ständig zeigen lässt, was dem Klienten wichtig ist und was dieser verstanden haben will, sich also ständig auf Neues einlassen, sich überraschen lassen und Neues lernen muss – über den Klienten und sich selbst. Dieses Verständnis der Therapie als „Kunst des Nicht-Wissens“ wurde des Öfteren beschrieben (z. B. Schmid 2001b; 2002c; 2004; 2005c). Es ist für das Verständnis der Natur der Personenzentrierten Therapie wichtig, sich dessen bewusst zu sein, dass das auch andersherum gilt: Wie der Klient der Andere des Therapeuten und für den Therapeuten ist, ist der Therapeut der Andere für den Klienten und des Klienten. Und das bedeutet, dass der Klient durch die Begegnung mit dem Therapeuten sich entwickelt und über sich Neues lernt.

Konsequenterweise ist es die Aufgabe des Therapeuten, die Person zu sein, die er ist. Es ist das, worauf es bei der Kongruenz im Kern ankommt: die Herausforderung der Authentizität, d. h. nicht der zu sein, als der einen der Klient gern hätte oder zu dem er einen in der Inszenierung der Beziehung „macht“ (indem er „Regie führt“), sondern die Person, die man „wirklich“ (echt, authentisch, aufrichtig, genuin) in dieser Beziehung ist. Es ist die Herausforderung, nicht „nachzugeben“ und dem Klienten die Konfrontation mit „dem Anderen“ zu ersparen, nicht das Objekt dessen zu werden, wie der Klient die Beziehung anlegt, „designt“, in Szene setzt. Es geht darum, nicht vom Klienten dazu verwendet zu werden, die Begegnung zu vermeiden, indem allfällig zugewiesene Rollen übernommen werden.⁶ Im Gegenteil: Es kommt darauf an, als *Person* standzuhalten,

⁵ Im wahrsten Sinn des Wortes „Herausforderung“, aus dem alten Selbst nämlich.

⁶ Das heißt natürlich nicht, dass das Beziehungsangebot des Klienten nicht ernst genommen oder dass eine bestimmte Art von Beziehung vom Therapeuten „hergestellt“ werden soll. Im Gegenteil: Es geht gerade darum zu verstehen und zu akzeptieren, wie der Klient die Beziehung gestalten möchte – was aber etwas anderes ist, als diesen Wünschen auch nachzukommen und sich der Rolle gemäß zu verhalten, die dem Therapeuten vom Klienten „zugeteilt“ wird.

„Stand zu halten“ und sich dem Klienten als *Person* zuzuwenden.⁷

Im Folgenden soll dies phänomenologisch näher untersucht werden. Dabei kann auch die Bedeutung von „Gegenwärtigkeit (Präsenz)“ und „Dialog“ tiefergehend verstanden werden. Was passiert in einer solcherart „konfrontierenden“ Beziehung? Was genau geht im Therapeuten und im Klienten dabei vor? Es ist ja selbstverständlich, dass nicht jede Art von Konfrontation hilfreich ist (wie nicht jede Art von Liebe, Zuneigung und Mitgefühl hilfreich ist). Die entscheidende Frage lautet daher: Was bedeutet – von einem personenzentrierten Standpunkt aus – therapeutische Konfrontation? Was sind die Kriterien *personenzentrierter* Konfrontation? Anders ausgedrückt: Was heißt das „Gegen“ in „Begegnung“?

Resonanz und ihre Erscheinungsformen

Durch Selbstaufmerksamkeit, d. h. Achtsamkeit darauf, was in ihm selbst vorgeht, wird der Therapeut sich des jeweils unmittelbar gegenwärtigen Stroms seines eigenen Erlebens (experiencing) bewusst. Was er erlebt, ist Resonanz auf die Welt des Klienten und/oder seine eigene Welt. Resonanz (vom lateinischen „re-sonare“, d. h. „wieder ertönen, widerhallen, mitschwingen, mittönen“) meint dabei das Echo, das im Therapeuten in der und durch die Beziehung ausgelöst wird.⁸

Menschen resonieren in verschiedener Weise auf sich selbst, auf ihre Mitmenschen und auf ihre Umgebung. Dabei handelt es sich immer um eine Erfahrung, in der sich gemischt widerspiegelt, was von „außen“ und was von „innen“ (aus dem Erlebenden selbst) kommt. Für den Therapeuten ist es wichtig, die verschiedenen Quellen, auf die das eigene Erleben eine Resonanz darstellt, auseinanderhalten zu können. Obwohl sich alle Formen der Resonanz vermischen können und in der Realität auch meist vermischt und höchst selten sauber getrennt vorkommen und obwohl in jeder empathischen Reaktion ein impliziter Prozess des Vergleichens und Wiedererkennens stattfindet, kann man verschiedene Formen der Resonanz deutlich unterscheiden.

Was im Therapeuten ein Echo auslöst, kann sehr wohl aus seiner eigenen Welt kommen: *Selbstresonanz* hat mit den eigenen Erfahrungen zu tun. *Empathische Resonanz* hat im Gegensatz dazu mit den Erfahrungen des Klienten zu tun; sie entsteht, wenn der

Therapeut im Bezugsrahmen des Klienten ist. Empathische Resonanz kann *konkordant* oder *komplementär* sein. Um *personale (oder dialogische) Resonanz* hingegen handelt es sich, wenn sie ihren Ursprung in beiden bzw. in der Beziehung hat; ein solcher Prozess des Mitschwingens lässt sich deutlich von den beiden anderen unterscheiden.

Selbstresonanz

Der Widerhall auf die eigenen Gefühle, Gedanken, Ideen, Ängste, Wünsche usw. des Therapeuten ist Selbst-Resonanz, Echo auf das Selbst.⁹ Selbstverständlich kann nicht ausbleiben, dass in einem therapeutischen Prozess eigenes Erleben des Therapeuten angesprochen und zum Klingen gebracht wird. Ist sich der Therapeut dessen nicht bewusst, führt die Selbstresonanz dazu, dass der Therapeut den Klienten (unwissentlich) dazu benützt, nur scheinbar über das Erleben des Klienten zu sprechen, während er in Wahrheit von sich selbst und seinem eigenen Erleben redet.

Am Beispiel einer kurzen Interaktion soll das verdeutlicht werden.

Klientin: Soll ich ihn lieb haben oder hassen? Ich weiß nicht, ich bin verwirrt ...

Therapeutin (denkt an die eigene Partnerschaft): Gute Frage. Man kann nie wissen ...

Therapeuten sollten sich ihrer Selbstresonanz soweit wie möglich bewusst sein. Das kann durch Ausbildung und Supervision gelernt und weiter entwickelt werden. Unreflektierte Selbstresonanz führt jedenfalls dazu, dass der Therapeut mit sich selbst beschäftigt ist. Verantwortungsbewusster Umgang mit solchem, dem eigenen Selbst entspringenden Erleben kann nur sein, diese Resonanz wahrzunehmen, aber für den Moment zur Seite zu stellen und ihr nachher in der Beschäftigung mit sich selbst, etwa in der Supervision, näher nachzugehen. (Natürlich kann eigenes Erleben auch als Grundlage dafür dienen, das Erleben des anderen besser zu verstehen; dazu ist es jedoch nötig, das eigene von dem des anderen sorgfältig auseinanderzuhalten.¹⁰)

Konkordante empathische Resonanz

Was traditionellerweise unter Empathie verstanden wird, ist konkordante empathische Resonanz: sorgfältige Symbolisierung des Erlebens des Klienten aus dessen Bezugsrahmen, wobei das immer zutreffendere Symbolisieren des Klienten gefördert wird.

Kl: Soll ich ihn lieb haben oder hassen? Ich weiß nicht, ich bin verwirrt ...

Th (spürt vor allem die Verwirrung der Klientin): Ihre Gefühle sind ambivalent. Einerseits mögen Sie ihn sehr, andererseits sind Sie sehr verletzt und böse auf ihn. Und das auch noch gleichzeitig ...

7 Eine ausgezeichnete (und humorvolle) Beschreibung der Bedeutung, in der Rolle zu *sein* und nicht „ein Theater zu machen“, gibt Sheldon Kopp (1982).

8 Der Begriff der „Resonanz“ wurde gelegentlich schon im personenzentrierten und experienziellen Bereich verwendet, zum Teil mit anderen Bedeutungen: Barrett-Lennard hat in einer Reihe von Artikeln über dem empathischen Prozess (1981; 1993; 1997; 1998; 2003, S. 34–50) von „resonation“ gesprochen. Vanaerschot (1997) hat „empathic resonance“ als Quelle erfahrungssteigernder Interventionen untersucht. Jordan (1997) hat Selbstempathie und wechselseitige Empathie diskutiert, Behr (2002; 2003) das Konzept der „interaktiven Resonanz“ in der Arbeit mit Kindern entwickelt, und Wiltschko (2003) hat „Resonanz“ im Rahmen der Focusing-orientierten Therapie beschrieben.

9 Vgl. Barrett-Lennards (1997) Erläuterung von Selbstempathie.

10 Vgl. dazu Mearns' Konzept des „Brücken Bauens“ (Mearns & Schmid, 2006).

Das ist klassische Empathie. Der Therapeut versucht, so genau wie möglich, mit dem Prozess des Erlebens beim Klienten mitzugehen. Er ist dabei mit diesem Erleben konkordant, in Übereinstimmung.

Empathie symbolisiert bekanntermaßen nicht nur das dem Bewusstsein bereits Offensichtliche, sie versucht vielmehr zu erfassen, was der Klient am Rande des Bewusstseins eröffnet, was er zeigt, auch wenn es ihm selbst nicht deutlich gewahr ist. In der therapeutischen Begegnung kann empathische Resonanz durchaus dazu führen, dass der Therapeut sozusagen anstelle des Klienten spricht, indem er verbalisiert, was dieser von sich zeigt und damit dem Therapeuten und sich selbst zu verstehen gibt. Mit anderen Worten: der Therapeut spricht, *als ob* er der Klient wäre.

Rogers (1984f) hat darauf Bezug genommen, wenn er schreibt: „Das Band ist so eng, dass eine Person für die andere sprechen kann“ und hinzufügt: „Ich glaube wirklich, dass dies die besten oder tiefsten Momente der Therapie sind oder jene, die sich am meisten lohnen“ (S. 22; Übers. pfs). Bei anderer Gelegenheit spricht er davon, ein „nahezu ektoplasmisches Band“ (1987i, S. 39) zu spüren.

Komplementäre empathische Resonanz

Empathische Resonanz kann auch komplementär sein, d. h. die Symbolisierung des Klienten ergänzen oder erweitern. Oft kommt dies vor, wenn non- oder paraverbal vom Klienten mehr oder gar anderes zum Ausdruck gebracht wird als mit den Worten, die er gebraucht; dann bedarf die Verbalisierung einer Ergänzung, um so genau wie möglich zu symbolisieren. Die Wertschätzung und Empathie des Klienten umfasst nicht nur das ganz Offensichtliche, sondern auch das Gezeigte, aber Unausgesprochene und möglicherweise Nicht-ganz-Bewusste. Damit wird auch die Ebene dessen einbezogen, was der Klient von sich offenbart und zeigt, aber noch nicht imstande ist, von sich aus alleine zu symbolisieren.

Dabei konfrontiert der Therapeut den Klienten mit einer anderen Seite von ihm. „Kon-front-ation“ bedeutet wörtlich, jemandem die Stirn („frons“) zu bieten, heißt also, etwas gegenüberzustellen. Konfrontation bedeutet hier, dem Klienten wiederzugeben, was er zwar gezeigt hat, aber offenbar nicht ganz selbst wahrgenommen hat. Die konfrontierenden Äußerungen des Therapeuten komplementieren die Äußerungen des Klienten.

*Kl (mit einem Gesichtsausdruck, der zeigt, dass er diese Frage leid ist): Soll ich ihn lieb haben oder hassen? Ich weiß nicht, ich bin verwirrt ...
Th (spürt vor allem, wie sehr der Klient dieser Auseinandersetzung überdrüssig ist): ... oder ihn sogar überhaupt vergessen?*

Ein anderes Beispiel:

*Kl (zögernd, mit einem fast zufriedenen Unterton): Naja, mir tut der arme Kerl ja leid ...
Th: Sie finden schade, was da passiert ist, aber irgendwie denken Sie auch: „Geschieht ihm schon recht ...“?*

Während in diesem Fall Aussage und Ton kontrastieren und dieses kontrastierende Erleben vom Therapeuten angesprochen wird, zeigt die folgende Interaktion die Verlagerung des Fokus der Selbstbewertung.

*Kl (übertrieben betont): Das ist mir aber wirklich gleichgültig!
Th: Es wäre schön, wenn Sie sich nicht länger damit abgeben müssten.*

Das ist, was man hergebrachterweise von einem Personenzentrierten Therapeuten erwarten darf. Komplementäre empathische Resonanz dient als Indikator für unvollständige Symbolisierung und konfrontiert daher den Klienten mit dem Teil seines Erlebens, das er zeigt, aber nicht selbst adäquat symbolisiert.

Konfrontation meint hier Anerkennung und empathische Kommunikation der komplementären empathischen Resonanz. Es ist eine Art von Feedback für den Klienten darüber, was der Therapeut „anstelle des Klienten“ spürt. Dabei wird davon ausgegangen, dass es der Klient ist, der als Agent der Persönlichkeitsentwicklung (Bohart, 2004; 2007; Bohart & Tallmann, 1999) den Therapeuten „informiert“, d. h. in Form bringt ihn zu verstehen und herausfordert, das Risiko dieser Kommunikation einzugehen (Schmid, 2005a).

Personale oder dialogische Resonanz

Aber es gibt noch mehr. Während Selbstresonanz ihren Ursprung im Erleben des Therapeuten hat und empathische Resonanz auf Erleben des Klienten resoniert, kommt personale (oder dialogische) Resonanz nicht aus dem einen oder dem anderen allein; sie kommt aus beiden, aus dem „Zwischen“ im Sinne Bubers (1962/63), aus der Begegnung, aus der Beziehung von Person zu Person.

Mit personaler Resonanz nimmt der Therapeut die Position des Anderen in der Beziehung ein; sie ist eine Konfrontation des Klienten mit dem Therapeuten als Person.

Personale Resonanz ist immer Koresonanz, d. h. Resonanz auf das Erleben beider in der Beziehung. Sie führt zu wechselseitigem *Austausch* von Erleben, zum Ausdruck des je schon vorgängigen Dialogs, den eine personenzentrierte Therapie darstellt (Schmid, 2006). Dieser Ausdruck von Dialog ist charakterisiert durch die Eröffnung der personalen Resonanz auf das vom jeweils Anderen Gezeigte und Geäußerte. Es handelt sich um *personale* Resonanz, weil sich der Therapeut selbst als Person zeigt und Persönliches von sich einbringt, seine Gefühle, Wünsche, Hoffnungen, Befürchtungen, was immer.

Personale Resonanz stützt sich auf Selbstresonanz und empathische Resonanz, aber sie betont das Erleben des Therapeuten in der Beziehung zum Klienten, ihm „gegenüber“. Ihr ist eine stärker symmetrische Qualität als den anderen Formen von Resonanz eigen. Barrett-Lennard (1998, S. 360) spricht von „genauem Zuhören und sorgfältiger Aufmerksamkeit auf den anderen, während auch die eigenen Gedanken und Gefühle ausgedrückt werden“. Weil sie Ausdruck der dialogischen Qualität einer solchen Beziehung ist, der Haltung des Ant-Wortens auf den An-Spruch des Anderen (Schmid,

2002e), kann sie auch zutreffend *dialogische* Resonanz genannt werden.

Kl: Soll ich ihn lieb haben oder hassen? Ich weiß nicht, ich bin verwirrt ...

Th (persönlich betroffen von der Verwirrung der Klientin): ... wenn ich das höre, wird mir klar, wie sehr ich mir wünsche, dass es Ihnen gelingt, diesmal die richtige Entscheidung zu treffen.

Diese Antwort bezieht sich nur auf das Erleben des Klienten und bringt auch nicht einfach eigene Erfahrungen oder eigenes Erleben des Therapeuten hinein. Hier geht es nicht darum, die eigene Geschichte oder eigene „Geschichten“ anlässlich der Geschichte des Klienten zu erzählen. Was Klient und Therapeut hier teilen, ist eine gemeinsam entwickelte (kokreierte) Weise aufeinander zu schauen – mit dem Fokus auf dem Klienten (ohne den es keine Therapie mehr wäre). Es ist wechselseitig, wirklich „inter-subjektiv“, wahrhaftige „Be-geg(e)n-ung“, Ausdruck von beidseitiger Verbundenheit. Klient und Therapeut stehen vor einer Situation, deren existenzielle Qualität beide erfahren. Vonseiten des Therapeuten handelt es sich um Präsenz, wie oben beschrieben: eine existenzielle Haltung des un-Mittel-baren Gegenwärtigsein – eine Weise, mit dem anderen zu sein („a way of being with“) und sich zu verhalten, die die Selbst-aufmerksamkeit ganz in den Dienst des Anderen stellt.

Personale oder dialogische Resonanz als Resonanz auf das „Wir“ der Klient-Therapeut-Dyade ist als Reaktion des Therapeuten (und vielleicht auch des Klienten) auf die dialogische Natur der Beziehung zu sehen, die mehr und mehr hervortritt, zum Ausdruck kommt. Wenn der Klient willens und „bereit“ ist für wechselseitigen Austausch, kann eine solche Antwort der Beginn eines zeitweiligen oder andauernden expliziten Dialogs in der Therapie sein. Es ist jedenfalls ein Angebot, sich auf diese Ebene einzulassen.¹¹

Im Folgenden ein Auszug aus der Therapie Rogers' mit Mr. Vac¹² im Original (Rogers n.d.b).

Th: Do you want to see me next Tuesday at eleven?

Cl: Don't know.

Th: 'I just don't know.'

(Silence of 49 seconds)

Th: Right at this point you just don't know ... whether you want to say 'yes' to that or not, huh? ... I guess you feel so down and so awful that you just don't know whether you can ... see that far ahead. Huh?

(Silence of 1 minute 20 seconds)

Th: I'm going to give you an appointment at that time because I'd sure like to see you then. (Writing an appointment slip.)¹³

11 Mearns und Cooper (2005) sprechen hier von „relational depth“ („tiefgehender Beziehung“).

12 Codename für Jim Brown.

13 *Th:* Möchten Sie nächsten Dienstag um 11 Uhr zu mir kommen?

Kl: Ich weiß nicht.

Th: „Sie wissen's einfach nicht.“

(49 Sekunden Schweigen.)

Th: Momentan wissen Sie es einfach nicht ... ob Sie dazu ja sagen sollen oder nicht, ha? ... Ich nehme an, Sie fühlen sich so niedergeschlagen und es geht Ihnen

Ein anderes Beispiel aus einer Therapie von Dave Mearns mit Dominic, einem Alkoholiker, mit dem die Vereinbarung bestand, dass er auch dann in die Therapie kommen durfte, wenn er getrunken hatte (Mearns & Thorne, 2005, 71–97). Der Auszug beginnt damit, dass der Klient es vermeidet, auf eine heikle Frage zu antworten, die er sich selbst gestellt hatte,

Cl: Big question – maybe I need another vodka before I can answer that.

Th: Dom – be here – be here *drunk* – but don't play fucking games with me. Neither I nor you deserve that.

Cl (after a silence): You're really serious about this, aren't you?¹⁴

Bei all diesen Beispielen ist es wichtig, ihre Einbettung in den Kontext der Beziehung zu sehen, die diese Interaktionen hervorbringt. Es handelt sich dabei nicht um Mustervorlagen oder Modelle, die in andere Beziehungen übertragen werden können.

Wie der letzte Gesprächsauszug zeigt, bedeuten Konfrontation, Austausch und Dialog nicht notwendigerweise den Austausch von freundlichen oder angenehmen Dingen; es handelt sich dabei nicht unbedingt um Sachen, die der Klient gerne hören will. Ein Therapeut kann seinen Klienten mit gar nicht „netten“ Gefühlen konfrontieren oder ihm sagen, dass er sich langweilt. Therapeuten können der Ansicht von Klienten widersprechen oder deren Interpretationen von Erfahrungen. Therapeuten können Klienten mit dem Prozess konfrontieren, der in ihnen selbst gerade abläuft. Ein Klient kann sogar mit der Angst des Therapeuten konfrontiert werden oder damit, dass der Therapeut seinen Worten nicht glaubt, oder er kann mit den Werthaltungen des Therapeuten konfrontiert werden, die von denen des Klienten verschieden sind.

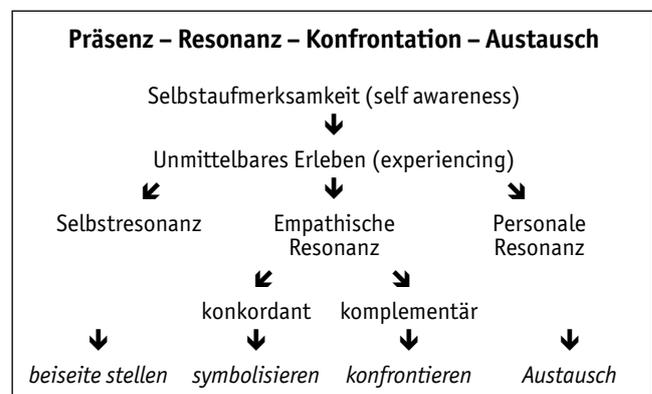


Abb.: Übersicht über die verschiedenen Formen von Resonanz und den personenzentrierten Umgang damit.

so schlecht, dass Sie einfach nicht wissen, ob Sie ... so weit voraus planen können. Ha?

(1 Minute und 20 Sekunden Schweigen.)

Th: Ich schreibe Ihnen jetzt einen Schein für diesen Termin, weil ich mir sicher bin, dass *ich Sie* dann treffen will. (Schreibt den Schein.)

14 *Kl:* Gute Frage – vielleicht brauch ich da noch einen Wodka, bevor ich das beantworten kann.

Th: Dom – sei da – von mir aus sei *betrunken* da – aber spiel keine Scheißspiele mit mir. Weder ich noch du verdienen das.

Kl (nach einiger Zeit): Du meinst das wirklich ernst, oder?

Konfrontation und Austausch können viele verschiedene Ausdrucksformen annehmen. Spätestens an diesem Punkt wird deutlich, wie wichtig es ist, Kriterien zu haben, an denen abzulesen ist, wann Konfrontation und Austausch personenzentriert sind und wann nicht, also ob es sich bei dem, was da geschieht, immer noch um Therapie handelt.

Was Konfrontation und Austausch nicht sind

Es versteht sich wohl von selbst, dass Konfrontation und Austausch nichts mit jenem *Expertenverhalten* zu tun haben, das direkt oder indirekt zum Ausdruck bringt, dass der Therapeut den Klienten besser versteht oder kennt als dieser sich selbst. Sie haben auch nichts mit *Prozessdirektivität* (*process direction, process guidance*) zu tun, die dem Klienten eine bestimmte Form oder Richtung der Bearbeitung seines Erlebens und des Materials empfiehlt, das ihn beschäftigt, gleich, ob es sich um eine direkte Anweisung oder einen subtilen Vorschlag handelt. Wovon hier die Rede ist, hat nichts mit *Diagnose* zu tun (vgl. Schmid, 2004; 2005c). Natürlich sind Konfrontation und Austausch auch nicht dazu da, eigene *Bedürfnisse des Therapeuten zu befriedigen*, die von außerhalb der therapeutischen Beziehung stammen, denn das eigene Bedürfnis des Therapeuten nach Kontakt und Begegnung muss natürlich vom therapeutischen Angebot sorgfältig auseinandergelassen werden. Und schon gar nicht dürfen sie mit *Beschuldigungen, Vorwürfe Machen*, mit *Unterstellungen* oder einer *Attacke auf den Selbstschutz* des Klienten (vgl. Rogers 1971a, S. 551–552) verwechselt werden (etwa um ihn auf „Widerstand“ bzw. „Rechtfertigung“ oder „Rationalisierung“ aufmerksam zu machen). Dasselbe gilt für unhöfliches oder unsensibles Verhalten.

Besonders wichtig scheint es mir zu betonen, dass Konfrontation und Austausch auch grundsätzlich verschieden von sogenannten *„Selbstöffnung“* (*self disclosure*; u.a. Carkhuff, 1969) sind. Dies gilt vor allem auch in der üblichen, weit verbreiteten Bedeutung in ihrem Gebrauch (oder richtiger: Missbrauch) unter dem Motto, dass Kongruenz alles rechtfertigt: „Alles ist erlaubt, solange es nur kongruent ist.“ Hier wird Kongruenz mit Gedankenlosigkeit, Mangel an Empathie und Selbstdarstellung verwechselt; das reicht bis hin zu Egoismus oder gar Grobheit und zu Missbrauch.

Kriterien für personenzentrierte Konfrontation und personenzentrierten Austausch

Das umfassende Kriterium lautet: Was immer der Therapeut tut, es dient ausschließlich zur Unterstützung und Förderung des Klienten. Das bedeutet, dass er seine *gesamte Aufmerksamkeit in den Dienst des Anderen* stellt. Das beinhaltet die Aufmerksamkeit auf das Selbst (Selbstachtsamkeit) und die Beziehung, auf alles, dessen

er sich bewusst ist. Dieses generelle Kriterium kommt in einer Reihe von einzelnen Merkmalen zum Ausdruck, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Sie stellen jeweils Prüfsteine dar, die unterscheiden helfen, ob es sich bei Interaktionen, in denen es um Konfrontation und Austausch geht, um *klientenzentriertes* oder um *therapeutenzentriertes* Vorgehen handelt.

Existenzialität

Auf der Begegnungsebene geht es um Berührtwerden und Berührung.¹⁵ Existenzialität bezeichnet eine personale Qualität, die mit bedeutsamen Erfahrungen und deren Interpretation zu tun hat. Solcher Austausch kann niemals „gemacht“ oder „produziert“ werden; er entsteht daraus, auf einer personalen Ebene berührt worden zu sein und der Bereitschaft, dies mitzuteilen.

Wahlfreiheit

Der Therapeut kann die Beziehungsebene zum Klienten frei wählen. Er kann eine existenzielle Ebene wählen oder eine andere, weniger tief gehende (vgl. Mearns, 1996, S. 308; Schneider & May, 1995). Er fühlt sich nicht gezwungen, sich selbst ins Spiel zu bringen, sondern kann sich dazu oder anders in Freiheit entscheiden. Er hat mehr als eine Möglichkeit, die Beziehung fortzusetzen. Obwohl der Augenblick des Berührtwerdens niemals absichtsvoll bestimmt werden kann, wird der Weg, in der Begegnung weiterzugehen, gewählt.

Unmittelbarkeit

Begegnung ist das gerade Gegenteil von vorbestimmten Techniken, aus einem Repertoire ausgewählten Methoden und trainierten Fertigkeiten („Skills“). Wahrhafter Austausch geschieht un-Mittelbar, ohne Mittel. Wie Austausch und Dialog ist auch Unmittelbarkeit ein Prozess, wie Martin Buber (1923, S. 78–79) festgehalten hat: „Alles Mittel ist Hindernis. Nur, wo alles Mittel zerfallen ist, geschieht Begegnung.“ (vgl. Schmid 1994; 2002a).¹⁶

Beziehungsorientierung

Die Kommunikation in der Begegnung sagt immer, mehr oder weniger direkt, etwas über die Beziehung der einander Begegnenden aus. Der Therapeut kommuniziert dabei auch stets, explizit oder implizit, wie er die Beziehung mit dem Klienten versteht. Das kann beispielsweise sein persönliches Gefühl dem Klienten gegenüber sein, das durch dessen Äußerungen hervorgerufen wird, oder die

¹⁵ Etymologisch bedeutet „Kon-takt“ gemeinsames Berühren (Schmid, 2002a),

¹⁶ Ich stimme im Übrigen mit Mearns & Cooper (2005) darin überein, dass Personen auf der Ebene der Begegnung nicht lügen können.

persönliche Wertschätzung der Person des Klienten oder sein tiefes empathisches Verstehen, das er dadurch zum Ausdruck bringt, dass er von einer vergleichbaren Erfahrung von sich selbst erzählt.

Wechselseitigkeit

Wie bereits erwähnt, macht die Kommunikation des Therapeuten Wechselseitigkeit möglich, wenn der Klient auf diese Art und Weise des Gesprächs einsteigen möchte. Was der Therapeut sagt, kann dann eine Einladung sein (weder eine Verpflichtung noch ein Drängen), auf derselben Ebene zu antworten. So kann echter Austausch entstehen, wenn der Klient sich dafür entscheiden möchte.

Risikobereitschaft

Im Modus der Begegnung gibt es immer ein Risiko (berührt zu werden, überrascht, verletzt, geliebt zu werden usw.). Wie jede personale Beziehung schließt Psychotherapie als Begegnung die Möglichkeit ein, missverstanden zu werden, gekränkt, zurückgestoßen oder nicht beachtet. Das gilt für den Therapeuten, aber auch für den Klienten.

Spontaneität

Begegnung und Austausch geschehen ohne Berechnung, absichtslos, ohne „Um zu“ – sie können also niemals „eingesetzt“, „gebraucht“ werden. Sie sind durch eine prinzipielle Nichtdirektivität gekennzeichnet bzw., um einen positiven Ausdruck zu gebrauchen, durch „facilitative responsiveness“ (Schmid, 2005), eine Haltung der Bereitschaft, sich einzulassen und präsent und dadurch förderlich zu sein. Sie sind Antwort auf die gegebene Situation. Sie beruhen auf der Überzeugung, dass es immer der jeweilige Augenblick ist, welcher den Ursprung für Veränderung, Entwicklung und Entscheidung darstellt – was die kairotische Qualität der Begegnung ausmacht (vgl. Schmid 1994; 2003).

Bezugnahme auf alle Teile des Selbst

Austausch in der Begegnung ist niemals ständig nur auf einen Aspekt gerichtet. Er bedeutet, sich auf alle Anteile des Selbst der anderen Person (Mearns, 1999) zu beziehen – seien sie offensichtlich oder nur gespürt –, wenn das auch normalerweise nicht gleichzeitig geschieht.

Koreflexivität

Da hier von personaler, nicht von naiver Begegnung die Rede ist (vgl. Schmid, 2004, S. 121–122), umfasst die Beziehung auch die gemeinsame Reflexion der Beziehung. Daher ist Koreflexion (Meta-kommunikation) ein wesentlicher Teil der Begegnung. Das bedeutet,

sich über den Austausch innerhalb der Beziehung auszutauschen: Therapeut und Klient reflektieren gemeinsam ihre Beziehung.

Qualität

Intensität ist *kein* Kriterium dafür, ob es sich um personale Konfrontation oder personalen Austausch handelt. Der Unterschied ist qualitativer, nicht quantitativer Natur. Konfrontation und Austausch können sehr unspektakulär sein. Einem Klienten zu begegnen, heißt, ihn *in* seinem Erleben, bildlich gesprochen: innerhalb seines Erlebens, zu berühren (und nicht von außen darauf zu schauen oder den Klienten darauf „zu stoßen“) – das ist das Kriterium, nicht die Intensität (vgl. a. Mearns, 1996, S. 309).

Kontextualität

So wertvoll und kostbar und für viele vielleicht selten sie auch sein mögen, die Phänomene und Prozesse, von denen hier die Rede ist, geschehen innerhalb der Welt, nicht außerhalb. Es ist äußerst wichtig, den Kontext der jeweiligen Beziehung zu beachten. Persönliche Worte mögen für einen bestimmten Klienten und/oder in einer bestimmten Situation das eine bedeuten und etwas anderes für einen anderen bzw. in einer anderen Situation. Das heißt, sich dessen bewusst zu sein, wer sonst noch zuhört oder beteiligt ist. Zum Beispiel ist es in Gruppen sehr wichtig, auf die Tatsache zu achten, dass eine mit einer bestimmten Äußerung angesprochene Person diese so verstehen mag, wie sie gemeint war, während jemand anderer, der zuhört und scheinbar gar nicht beteiligt ist, sich angesprochen fühlen und verletzt werden kann oder es in die falsche Kehle bekommt. Auf den Kontext zu achten, bedeutet, auf den Mikrokosmos der Therapie (Barrett-Lennard, 2005), auf das Beziehungsleben des Klienten außerhalb der Therapie und auf die umfassenderen sozio-ökonomischen und kulturellen Verhältnisse zu achten.

Bewusstsein über die Machtverhältnisse

Zu guter Letzt, aber keineswegs am wenigsten wichtig, ist es eine unabdingbare ethische Aufgabe bei Konfrontation und Austausch in Therapie und Beratung, bewusst und sorgfältig mit den jeweiligen Machtverhältnissen umzugehen, die die therapeutische Situation darstellt. Besonders auf der Ebene der Begegnung können Klienten sehr verletzlich sein, und es kann zum Machtmissbrauch kommen, auch wenn er keineswegs beabsichtigt ist. Der Therapeut muss sich darüber im Klaren sein, dass Therapie in jeder Situation ausnahmslos für den Klienten da ist, und deshalb die Beziehung stets sorgfältig reflektieren – in der Therapie selbst (teilweise zusammen mit dem Klienten), wie gerade erwähnt, und außerhalb der Therapie (üblicherweise in der Supervision). Wenn der Therapeut das verabsäumt, kann er allzu leicht Interesse mit Neugier, Berührtsein mit Eigentherapie, Konfrontation mit Korrektur, Mitteilen und

Anteilnehmen mit Anweisungen, mit einem Wort: Begegnung mit Missbrauch verwechseln.

Zum Abschluss sei nochmals betont, dass all dies nichts als verschiedene Aspekte ein und derselben grundsätzlichen Haltung sind, nämlich die eigene Aufmerksamkeit voll in den Dienst des Klienten zu stellen.

Zusammenfassung

Dem Klienten „gegenüber“ zu sein, ihn zu „konfrontieren“, ist ebenso ein wichtiger Bestandteil wahrhaft Personzentrierter Psychotherapie und Beratung, wie „mit“ dem Klienten zu sein. Es ermöglicht Begegnung aus der Haltung der Präsenz und ist Ausdruck des zugrundeliegenden Dialogs sowie Voraussetzung für authentischen, personalen Austausch. Die verschiedenen Formen der Resonanz des Therapeuten auf den Klienten und mit dem Klienten wurden beschrieben und Kriterien wurden angeführt, wann Konfrontation und Austausch einer personzentrierten Haltung entsprechen und wann nicht.

Literatur

- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 91–100.
- Barrett-Lennard, G. T. (1993). The phases and focus of empathy. *British Journal of Medical Psychology, 66*, 1, 3–14.
- Barrett-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy: Toward others and self. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103–121). Washington: American Psychological Association.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system: Journey and substance*. London: Sage.
- Barrett-Lennard, G. T. (2003). *Steps on a mindful journey: Person-centred expressions*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Barrett-Lennard, G. T. (2005). *Relationship at the centre: Healing in a troubled world*. London: Whurr.
- Bartosch, E. (Hrsg.) (2003). *Der „Andere“ in der Selbstpsychologie*. Wien: Neue Psychoanalyse.
- Behr, M. (2002). Therapie als Erleben von Beziehung: Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd.1: Grundlagen und Konzepte* (S. 95–122). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2003). Interactive resonance in work with children and adolescents: A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 2*, 89–103.
- Binder, U. (1993). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie: Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. (1998). Empathy and empathy development with psychotic clients. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 216–230). London: Sage.
- Bohart, A. C. (2004). How do clients make empathy work? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 3*, 102–117.
- Bohart, A. C. (2006). The actualizing person. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt, Gill (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 47–63–46). Houndmills: Palgrave.
- Bohart, A. C. (2008). E-Mail vom 4. 1. 2008.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (Eds.) (1999). *How clients make therapy work*. Washington: APA.
- Bozarth, J. & Wilkins, P. (Eds.) (2001). *Unconditional positive regard*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Buber, M. (1923). *Ich und Du* (8. Aufl.). Heidelberg: Lambert Schneider, 1974; orig. 1923
- Buber M. (1962/63). *Werke*. 3 Bde. München: Kösel.
- Carkhuff, R. (1969). *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. London: Sage.
- Cooper, M. (2004a). Existential approaches to therapy. In P. Sanders (Ed.), *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (pp. 95–124). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cooper, M. (2004b). Towards a relationally-orientated approach to therapy: Empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling, 32*, 451–460.
- Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P. F. & Wyatt, G. (Eds.) (2007). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling*. Houndsmill: Palgrave Macmillan.
- Guardini, R. (1955). Die Begegnung: Ein Beitrag zur Struktur des Daseins. *Hochland, 47*, 224–234.
- Haugh, S. & Merry, T. (Eds.) (2001). *Empathy*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Holdstock, L. (1993). Can we afford not to revision the person-centered concept of self? In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 229–252). London: Constable.
- Holdstock, L. (1996a). Anger and congruence reconsidered from the perspective of an interdependent orientation to the self. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 47–52). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Holdstock, L. (1996b). Discrepancy between the person-centered theories of self and of therapy. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 395–403). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in gestalt therapy*. Highland, NY: Gestalt Journal Publications.
- Kopp, S. B. (1982). *Rollenschicksal und Freiheit: Psychotherapie als Theater*. Paderborn: Junfermann.
- Krietemeyer, B. & Prouty, G. (2003). The art of psychological contact: The psychotherapy of a mentally retarded psychotic client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 2*, 151–161.
- Levinas, E. (1983). Der Untergang der Vorstellung. In E. Levinas, *Die Spur des Anderen: Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie* (S. 120–139). Freiburg: Alber.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centered therapy. *Counselling, 7*, 306–311.
- Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. London: Sage.
- Mearns, D. (1999). Person-centred therapy with configurations of self. *Counselling, 10*, 125–130.

- Mearns, D. (2002a). Further theoretical propositions in regard to self theory within person-centered therapy, *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 14–27.
- Mearns, D. (2002b). Client-centred therapy in the modern era: An expanding theory of therapy. Keynote: 3rd World Congress for Psychotherapy, Wien.
- Mearns, D. (2003). *Developing person-centred counselling* (2. Aufl.). London: Sage.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & Schmid, P. F. (2006). Being-with and being-counter. Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 255–265.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2007). *Person-centred counselling in action* (3. Aufl.). London: Sage.
- Mende, M. (2000). Art. Rapport. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*, Wien: Springer, S. 581.
- Parfy, E. (1999). Verhaltenstherapie. In T. Slunecko & G. Sonneck (Hrsg.), *Einführung in die Psychotherapie* (S. 140–167). Wien: UTB Facultas.
- Pfeiffer, W.M. (1989). Psychotherapie als dialogischer Prozess. *Brennpunkt*, 41, 18–25.
- Pfeiffer, W. M. (1991a). Krankheit und zwischenmenschliche Beziehung. In J. Finke & L. Teusch (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen: Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis* (S. 25–43). Heidelberg: Asanger.
- Pfeiffer, W. M. (Hrsg.) (1991b). *Begegnung mit dem Fremden in Psychotherapie und Beratung*, Freiburg i. Br.: Interkulturelle Beratung und Therapie.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie: Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 19–40). Heidelberg: Asanger.
- Pfeiffer, W. M. (1995a). Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 97, 27–32.
- Pfeiffer, W. M. (1995b). Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In S. Schmidtchen, G.-W. Speierer & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd.2: Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre* (S. 41–81). Köln: GwG.
- Prouty, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. New York: Praeger.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 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: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1940b/1992). Some newer concepts of psychotherapy. Lecture given at the University of Minnesota, December 11, 1940. / Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. In: R. Stipsits, & R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 15–38), Wien: WUV.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 2, 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: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1962a/1977). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 4, 416–429. / Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In Rogers, C. R., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196), München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15. / Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In Rogers, C. R., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–180), München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1971a/1996). On facilitating encounter groups. *The American Journal of Nursing*, 71, 275–279. / Wie ich Gruppen leite. In P. F. Schmid, *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis, Bd.II: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn (Junfermann) 1996, 541–552.
- Rogers, C. R. (1975a/1976). Empathic — an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5,2, 2–10. / Eine neue Definition von Einfühlung. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.J. Fietkau H. J. & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute* (S. 33–51). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1984f). A way of meeting life: An interview with Carl Rogers. *The Laughing Man*, San Rafael (Dawn Horse Press), 5, 22–23.
- Rogers, C. R. (1987i). Comments on the issue of equality in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 38–40.
- Rogers, C. R. (n. d. b). *Two interviews with Mr. Vac*. Manuskript: University of Wisconsin.
- Schmid, P. F. (1989). Personale Begegnung: Der personzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge (5. Aufl. 2007). Würzburg: Echter.
- Schmid, P. F. (1991). Souveränität und Engagement: Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (6. Aufl. 2007) (S. 15–164). Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch, Bd.I: Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Ein Handbuch, Bd.II: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1997). Vom Individuum zur Person: Zur Anthropologie in der Psychotherapie und zu den philosophischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes. *Psychotherapie Forum* 4, 191–202.
- Schmid, P. F. (1998a). On becoming a person-centered approach: A person-centered understanding of the person. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 38–52). London: Sage.
- Schmid, P. F. (1998b). Face to face: The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers, (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 74–90). London: Sage.
- Schmid, P. F. (1998c). *Im Anfang ist Gemeinschaft: Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (1998d). Begegnung von Person zu Person: Zur Beziehungstheorie und zur Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 1, 20–32.
- Schmid, P. F. (2001a). Authenticity: the person as his or her own author: Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 217–232). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001b). Comprehension: the art of not-knowing: Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships. In S. Haugh & T. Merry. (Eds.), *Empathy* (pp. 53–71). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Schmid, P. F. (2001c). Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional positive regard* (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001d). Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. Keil, P. F. Schmid, N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 57–95). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2002a). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding: Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002b). Person-centered psychotherapy. In A. Pritz. (Ed.), *Globalized psychotherapy* (pp. 701–713). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2002c). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as „the art of not-knowing“ — Prospects on further developments of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 56–70.
- Schmid, P. F. (2002d). The necessary and sufficient conditions of being person-centered: On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 36–51). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002e). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Schmid, P. F. (2002f). Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In C. Iseli, W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid, P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation: Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 219–254). Köln (GwG).
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104–120.
- Schmid, P. F. (2004). Back to the client: A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis. In *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 1, 36–51.
- Schmid, P. F. (2005a). Authenticity and alienation: Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centred approach* (pp. 75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2005b). Facilitative responsiveness: Non-directiveness from an anthropological, epistemological and ethical perspective. In B. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centred theory and practice in the 21st century* (pp. 74–94). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2005c). Kreatives Nicht-Wissen: Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. In *PERSON*, 1, 4–20.
- Schmid, P. F. (2005d). Authenticity and alienation. Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In S. Joseph & R. Worsley (Hrsg.), *Psychopathology and the person-centred approach* (pp. 75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2006). The Challenge of the Other. Towards dialogical person-centered psychotherapy and counseling. In *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 5, 4, 241–254.
- Schmid, P. F. (2007a). The anthropological and ethical foundations of person-centred therapy. M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt, Gill (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 30–46). Houndmills: Palgrave.
- Schmid, P. F. (2007b). Begegnung von Person zu Person: Die anthropologischen Grundlagen personzentrierter Therapie. In J. Kriz & T. Slunkecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 34–49). Wien: Facultas/UTB.
- Schmid, P. F. (2007c). *Psychotherapy is political or it is not psychotherapy: The actualizing tendency as personalizing tendency*. Keynote lecture: 3rd BAPCA Conference 2007, Cirencester, UK.
- Schmid, P. F. (2007d). *Psychotherapie ist Politik oder sie ist nicht Psychotherapie: Herausforderungen des Personzentrierten Ansatzes an die Psychotherapie*. Eröffnungsvortrag, Symposium „Identitätsentwicklung durch Begegnung“: IPS, Wien.
- Schmid, P. F. (2008). A personalizing tendency: Philosophical perspectives on the actualizing tendency axiom and its dialogical and therapeutic consequences. In B. Levitt (Hrsg.), *Reflections on human potential: bridging the person-centered approach and positive psychology* (pp. 84–101). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. & Mearns, D. (2006). Being-with and being-counter: Person-centered psychotherapy as an in-depth co-creative process of personalization. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 5, 3, 174–190.
- Schneider, K & May, R. (Eds.) (1995). *The psychology of existence: An integrative, clinical perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Spinelli, E. (1997). *Tales of Un-Knowing: Therapeutic encounters from an existential perspective*. London: Druckworth.
- Spinelli, E. (2005). *Selves in relation: The practice of existential psychotherapy*. London: Sage.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Thorne, B. (1991). *Person-centred counselling: Therapeutic and spiritual dimensions*. London: Whurr.
- Thorne, B. (2002). *The mystical power of person-centred therapy: Hope beyond despair*. London: Whurr.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy. A clinical philosophy*. London: Routledge.
- Vanerschoot, G (1997). Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. In A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 141–165). Washington: APA.
- Warner, M. (2000). Person-centered therapy at the difficult edge: A developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne, *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. (2002). Psychological contact, meaningful process and human nature: A reformulation of person-centred theory. In G. Wyatt (Ed.), *Contact and perception* (pp. 76–95). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wiltshcko, J. (2003). Resonanz. In G. Stumm, J. Wiltshcko, W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 270–272). Stuttgart: Pfeiffer.
- Wyatt, G. (Ed.) (2001). *Congruence*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wyatt, G. & Sanders, P. (Eds.) (2002). *Contact and perception*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Autor:

Peter F. Schmid, Univ.-Doz. HS-Prof. Mag. Dr., Begründer personenzentrierter Ausbildung in Österreich, Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personenzentrierte Studien (IPS der APG); Fachkoordinator des Studiengangs Personenzentrierte Psychotherapiewissenschaften an der Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU), Wien; Faculty Member Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco. Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen in mehreren Sprachen; Mitbegründer des Person-

zentrierten und Experienziellen Weltverbands (WAPCEPC) und des Europäischen Netzwerks (NEAPCEPC), Mitherausgeber der internationalen Zeitschrift Person-Centered and Experiential Psychotherapies, Preisträger des Carl Rogers Award der American Psychological Association (APA) 2009.

Korrespondenzadresse:

Peter F. Schmid
Koflergasse 4
A-1120 Wien,
E-Mail: pfs@pfs-online.at; Website: pfs-online.at

Rosanne Knox^{1,2}

Das Risiko-Erleben von Therapeutinnen in der Personzentrierten Psychotherapie: Eine qualitative Explorationsstudie

Zusammenfassung: Die Beziehung in der Psychotherapie³ ist von wesentlicher Bedeutung, das wird immer mehr erkannt und betont. Dieser Artikel stützt sich auf eine Pilotstudie zum Erleben des Risikos, das Therapeutinnen erfahren, wenn sie ihre eigene Person ins Spiel bringen, und zum Zusammenhang dieses Erlebens mit der Qualität des psychologischen Kontakts. Qualitative Interviews mit acht praktizierenden Psychotherapeutinnen wurden durchgeführt, sie alle arbeiteten nach dem Personzentrierten Ansatz. Themen, die sich herauskristallisierten, drehen sich um den Prozess der Therapeutinnen, wenn sie ein Risiko eingehen, um den Prozess der Klientinnen, d. h. um ihre Reaktionen und Antworten, und um die Auswirkungen auf die Psychotherapiebeziehung sowohl in der unmittelbaren Sitzung wie im weiteren Verlauf der Therapie. Die meisten Interviewten waren der Ansicht, dass im kritischen Moment, in welchem die Therapeutin ein Wagnis einging, der Kontakt sich deutlich vertiefte. Er wurde mit Begriffen wie ‚authentischer‘, ‚echter‘ und ‚liebvoll‘ umschrieben. In einigen wenigen Fällen führte eine Intervention mit Risikocharakter zu einem Bruch in der Beziehung, gelegentlich bewirkte sie ein vorzeitiges Ende der Psychotherapie. Die Studie hebt auch die Wechselwirkung zwischen Interventionsart und Kontaktqualität hervor. Der Artikel schließt mit Überlegungen der Autorin.

Schlüsselwörter: Risikoerleben, Selbsteinbringung, Personzentrierte Psychotherapie, therapeutische Beziehung, Beziehungstiefe, Qualitative Psychotherapieforschung

Abstract: Experiencing risk in person-centred counselling: a qualitative exploration of therapist risk-taking. With increasing emphasis being given to the importance of the relationship in counselling, this paper is based on an initial exploration of counsellors' experiences of risk when bringing their own person into play, and the way in which these experiences relate to the quality of psychological contact. Qualitative interviews with eight practising counsellors were conducted using a person-centred approach. Themes emerging included the process of risk-taking for counsellors, the process of reaction and response for clients and the effects on the relationship both in the immediate session and in the long term. Most participants expressed the view that the greatest impact of a critical moment of risk-taking was to facilitate deeper levels of contact, usually described in terms of being more 'authentic', 'real' and 'loving'. In a few cases the risk-taking intervention led to a rupture in the relationship, sometimes precipitating the end of the therapy. The study also highlighted the interdependence of the types of interventions and the quality of contact. The author's reflections are also given.

Keywords: risk taking, self-disclosure, person-centred psychotherapy, psychotherapy relationship, relational depth, qualitative psychotherapy research

1 Dieser Beitrag erschien erstmals im British Journal of Guidance & Counselling, 35:3, 317–330 (Knox, Rosanne, 2007) ‚Experiencing risk in person-centred counselling: a qualitative exploration of therapist risk-taking‘. Er wurde von der Autorin für PERSON überarbeitet und von Franz Berger übersetzt. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags Taylor & Francis Ltd. Online-Publikation 1. August 2007.

2 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwende ich, sofern nicht explizit Männer gemeint sind, die weibliche Form (Anmerkung des Übers.).

3 Anmerkung des Übers.: Im angelsächsischen Raum sind *counselling* und *psychotherapy* austauschbar, beide Begriffe werden im Originalartikel alternierend verwendet. Da *Beratung* im deutschen Sprachraum weiter gefasst wird als *Psychotherapie*, übersetze ich sachgemäß *counsellor* und *counselling* mit *Psychotherapeut* resp. *Psychotherapie*.

Der Kontext der Studie

In der Personzentrierten Psychotherapie ist die therapeutische Beziehung seit jeher von zentraler Bedeutung (Cooper, 2004; Mearns & Cooper, 2005; Mearns & Thorne, 1999, 2000; Merry, 2002; Rogers, 1951a, 1961a, 1961c, 1967b, 1980a; Schmid, 2001a, 2001b, 2002). Der Rolle der Selbsteinbringung bei der Förderung eines tiefen Kontakts kommt dabei wachsende Aufmerksamkeit zu (Baldwin, 2000; Bozarth & Wilkins, 2001; Kottler, 1986; Kramer, 2000; Lietaer, 2001; Rowan & Jacobs, 2002; Shadley, 2000; Wosket, 1999; Wyatt, 2001). Schmid betonte die Wichtigkeit, sich selbst als Person in die Begegnung einzubringen (Schmid, 2001a), das heißt, nicht nur *mit* dem Anderen zu sein, sondern auch ihm *gegenüber* zu sein. Dies schließt beides ein, den individualen Aspekt des Personseins und den dialogischen Aspekt des Personwerdens.

In einer Definition der Personzentrierten Psychotherapie schreibt Schmid:

„... im Sinne einer ‚Aktualisierungstherapie‘ geht es dabei um die Eröffnung kreativer, offener Räume, die entstehen, wo Menschen selbst offen, wertschätzend und einfühlsam sind, miteinander als Personen leben, spielerisch und neugierig, wo sie sich einlassen und selbst ins Spiel bringen, sich engagieren, Risiken eingehen und nicht zögern, als die Personen, die sie tatsächlich sind, sich auch miteinander zu konfrontieren“ (Schmid, 1997).

Die vorliegende Arbeit berichtet über den ersten Schritt in der qualitativen Untersuchung eines risikobehafteten Prozesses, den Therapeutinnen in der Personzentrierten Psychotherapie erleben, wenn sie in der therapeutischen Beziehung ihre eigene Person ins Spiel bringen.

Meine eigenen Erfahrungen in der Arbeit mit Klientinnen weckten in mir den Eindruck, dass ein Zusammenhang bestehe zwischen der Höhe des Risikos, das in einer Beziehung eingegangen wird, und der Lebendigkeit dieser Beziehung. Es schien mir, eine gedeihliche, heilende Beziehung erfordere ein ständig sich veränderndes, möglicherweise genau beachtetes Ausmaß an Risiken, die von der Klientin wie von der Therapeutin als solche wahrgenommen werden. Damit werden Wachstumsgelegenheiten angeboten und eine Variation der Kontaktebenen wird ermöglicht. Letzteres schließt den meiner Überzeugung nach wirksamsten Faktor des therapeutischen Prozesses, nämlich den Kontakt auf der Ebene einer tiefgehenden Beziehung (Mearns, 1996; Mearns & Cooper, 2005), mit ein.

Diskussionen rund um die Risiken, die bestehen, wenn Therapeutinnen ihre eigene Person ins Spiel bringen, haben oft die Verletzlichkeit betont, die eine Therapeutin erfahren muss, wenn sie auf echte Gegenseitigkeit in der Beziehung setzt und einen tiefen Kontakt ermöglicht (Baldwin & Miller, 2000; Jung, 1951; Mearns & Thorne, 1999; Rogers, 1967b, 1970a, 1980a; Rowan & Jacobs, 2002; Thorne, 1991; Wosket, 1999). Rogers selbst stellte fest: „Ich muss völlig bereit sein, ein Risiko einzugehen, bevor ich Schritte mache, die ein Aufgeben von Kontrolle bedeuten“ (Rogers, 1980a, S. 305).

Lietaer erinnert daran, dass die Therapeutin in Momenten einer Ich-Du-Begegnung (Buber 1970) „ihre professionelle Rolle fast gänzlich aufgibt und der Klientin auf eine sehr persönliche und tief menschliche Weise begegnet“ (Lietaer 2001, S. 47). Wosket vertritt die Ansicht, unsere Fehlbarkeit mache uns am menschlichsten und sie stelle daher das größte Potenzial dar, um andere zu heilen (Wosket 1999).

Anlässlich der Diskussion über die Herausforderungen, die in der Begegnung mit der Klientin liegen, betonen Mearns und Schmid, wie wichtig die Risikobereitschaft der Therapeutinnen sei. Sie schreiben: „Der Begegnungsmodus birgt immer ein Risiko (berührt, überrascht, verletzt, geliebt usw. zu werden)“ (Mearns & Schmid, 2006b, S. 261).

Therapeutinnen betonen zunehmend die Rolle, die der Selbsteinbringung zukommt, um Klientinnen beim Erreichen einer tieferen Ebene der Selbstexploration zu unterstützen. „Die Selbsteinbringung von Therapeutinnen“, so Yalom, „erzeugt die Selbsteinbringung von Klientinnen“ (Yalom 2002, S. 29). Er identifizierte drei nützliche ‚Bereiche‘ der Selbsteinbringung:

- Therapeutinnen äußern sich zur Funktionsweise der Therapie: Die Psychotherapeutin muss dabei auf jede Vorstellung von magischem Heilen oder von Autorität verzichten und der Klientin eine Erklärung zu den Grundannahmen und zur Funktionsweise von Psychotherapie anbieten. Dazu gehören Hinweise auf das, was die Klientin tun kann, um ihren eigenen Fortschritt zu maximieren.
- Therapeutinnen teilen eigene aktuelle Gefühle mit, wenn sie meinen, es sei im Interesse der Klientin.
- Therapeutinnen sprechen aus ihrem persönlichen Leben: Die Therapeutin lässt die Klientin an einigen Informationen aus ihrem eigenen Leben teilhaben. Yalom warnt allerdings vor einem unvorsichtigen Gebrauch dieser Art von Selbsteinbringung (Yalom 2002).

Als Knox et al. (1997) untersuchten, wie Klientinnen Selbstmitteilungen der Therapeutinnen wahrnehmen, stellten sie fest: Klientinnen betrachteten das Mitteilen von *persönlichen Informationen* der Therapeutinnen als vorteilhaft; die Mitteilung *unmittelbarer Gefühle* hingegen wurde von den Antwortenden nicht als nützlich bezeichnet.

Einige Autorinnen kommentierten, das berufliche Umfeld lade nicht sehr häufig zu einer risikobereiten Arbeitsweise ein. Thorne erkannte, dass in vielen Praxissettings Gegenseitigkeit im Austauschen von Persönlichem schwierig anzubieten war, und er gibt zu, selbst in der Vergangenheit zu unsicher gewesen zu sein, als dass er „das fantasierte Unbehagen der Institutionshierarchie riskiert hätte“ (Thorne 1991, S. 85). Mearns & Thorne weisen darauf hin, dass es im Feld der Beratung und Psychotherapie immer schwieriger werde, die Art von Risiken einzugehen, die einem vollen Sich-Einlassen auf das Leben entspringe (Mearns & Thorne 2000, S. 212).

Zur Methodologie der Studie

Die Studie wurde mit einer Kombination von phänomenologischen und hermeneutischen Methoden durchgeführt (McLeod, 2001; Moustakas, 1994), mit dem Ziel, ein „meditatives Innewohnen“ (McLeod, 2001, S. 56) in den Erfahrungen, die mir beschrieben wurden, mit einer interpretativen Analyse des erzeugten erlebensbezogenen Textes zu kombinieren.

Die befragten Psychotherapeutinnen

Die Primärdaten stammen aus halbstrukturierten Interviews mit sechs Therapeutinnen und zwei Therapeuten. Von diesen N=8 Teilnehmenden, alles Briten, beschrieben vier ihre Arbeitsweise als rein personzentriert und vier als personzentriert/integrativ. Fünf Teilnehmende umschrieben ihre ursprüngliche Ausbildung mit personzentriert, drei als integrativ.

Praxiserfahrung der Interviewten (in Jahren): 1(n=1, in Ausbildung); 2(n=3); 4(n=1); 10(n=1); 11(n=1); 16(n=1)

Alter der Interviewten: 30–59 Jahre, die Mehrheit davon zwischen 35 und 45 Jahren. Sechs der acht Interviewten beschrieben sich als weiß.

Sieben Befragte gehörten verschiedenen Beratungs- und Therapieorganisationen mit Sitz in London an, eine Befragte arbeitete innerhalb des National Health Service. Vier Interviewte führten zudem eine private Praxis.

Zielsetzung der Studie und der Begriff des Risiko-Erlebens

Diese Studie explorierte mit phänomenologischer Methodik das Risiko-Erleben von Psychotherapeutinnen. Als Pilotuntersuchung, die auf Felder künftiger Untersuchungen hinweisen soll, hatte sie folgende Ziele:

1. Identifikation verschiedener Arten von Risiken, die Therapeutinnen nach eigener Definition und Wahrnehmung eingegangen sind.
2. Exploration der wahrgenommenen Wirkungen und Folgen der beschriebenen Risiken, ihre Beweggründe dazu und die Art und Weise, wie sie sich auf die Klientinnen, die Therapeutinnen, die Beziehung und den psychotherapeutischen Prozess auswirkten.
3. Untersuchung der Einstellung der Therapeutinnen zum Eingehen von Risiken in Zusammenhang mit ihrer eigenen persönlichen und beruflichen Entwicklung und ihrem weiteren beruflichen Umfeld.

Diese Studie rückt die Wahrnehmung und das Erleben der Befragten zum Eingehen von Risiken in der Therapie in den Fokus und umfasst daher eine facettenreiche, breite Definition von Risiko. Risiko wird

nicht objektiv als etwas definiert, das als gewagte Intervention des Therapeuten betrachtet werden könnte, sondern lediglich in Begriffen des Erlebens der Therapeutinnen und ihrer Wahrnehmung der potenziellen Konsequenzen einer Intervention, Handlung oder eines äußeren Ereignisses. Die Reaktion der Klientin, Beeinträchtigung des therapeutischen Prozesses oder der Beziehung, Schaden, der der Klientin zugefügt wurde oder Schaden für die Therapeutinnen selbst wurden als solche Konsequenzen erfragt.

Interviews und qualitative Datenanalyse

Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmerinnen gebeten, Beispiele für ihre eigene Risikobereitschaft zu schildern, wie sie z. B. eine Intervention machten, die in sich etwas Unvorhersagbares enthielt oder Mut in der Ausführung verlangte. Ich habe nicht beabsichtigt, zwischen Handlungen bzw. Interventionen zu unterscheiden, die nach verbreiteter Auffassung signifikante Risiken in sich bergen können, und solchen, die sich für einzelne Therapeutinnen als speziell riskant angefühlt haben mögen, begründet etwa in mangelnder Erfahrung, in einer spezifischen Richtung der Ausbildung oder in ihrer Natur oder ihren Überzeugungen. Die Teilnehmerinnen wurden daraufhin zu ihrer inneren Verarbeitung der als riskant erlebten Handlung vor, während und nach der Intervention sowie nach ihrer Einschätzung über die Folgen ihrer Handlung befragt.

Alle weiteren Fragen ergaben sich aus der Kombination der Beschreibung jedes einzelnen Interviewten und meinem eigenen vorformulierten Begriffssystem, das ich geistig präsent hatte. Auf diese Weise hoffte ich, alle Explorationsbereiche, auf die ich fokussieren wollte, abzudecken, mir gleichzeitig aber auch die Freiheit zu geben, so viel zusätzliche Information wie möglich einzuschließen.

Es war mir bewusst, dass ich Sorge tragen musste, dass keine Therapeutin durch die Erfahrung geschädigt werde; die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die eigene Risikoübernahme könnte sich nämlich eventuell auf das Selbstbild auswirken. Das gilt auch für mich selbst angesichts der Natur der Exploration. Tatsächlich war mein Interesse an diesem Thema ursprünglich von der wachsenden Sorge angeregt worden, ich könnte gelegentlich gegenüber meinen Klientinnen und möglicherweise auch gegenüber mir selbst überprotektiv werden, und ich wollte wissen, ob ich wirklich bereit war, meine eigene Person in eine reale Begegnung einzubringen.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und von mir wörtlich transkribiert. Ich führte auch eine modifizierte Übung des *Interpersonal Process Recall* (Barker, 1985; Cashwell, 2002; Rennie, 1992) durch, ich wandte sie auf meine Transkripte an, um meine eigenen Erinnerungen an die Interviews und meine seinerzeitigen Eindrücke zu stützen.

Die Analyse startete während des Interviewprozesses dort, wo die Therapeutinnen von ihren Erfahrungen berichteten und dann

neues Verstehen und Interpretationen dieser Erfahrungen auszudrücken begannen, sei es, dass sie darüber nachdachten, oder als Antwort auf weiteres Nachfragen (Kvale 1996). Im Anschluss an die Interviews tauchte ich in die Daten ein und erlaubte mir, mit ihnen so in Interaktion zu treten, wie es gerade passierte. Anfänglich hörte ich die Tonbandaufzeichnungen ab und las meine Transkripte, dann schloss ich meine Notizen mit ein, die ich unmittelbar nach den Interviews gemacht hatte, ebenso meine Übung mit dem IPR sowie die Notizen, die ich nachträglich in unterschiedlichen Abständen zu den Interviews hinzugefügt hatte. Eine Phase des Rückwärts- und Vorwärtspendelns vom Allgemeinen zu den spezifischen Details, wie Walcott das Vorgehen beschreibt, mündete in einen Prozess der Kategorisierung, sobald gemeinsame Themen aufschienen (Kvale 1996).

Grenzen der Studie

Dass in dieser Studie nur das wiedergegeben wird, was die Therapeutinnen von ihrem eigenen Erleben und vom Erleben der Klientinnen wahrgenommen haben, bedeutet zweifellos eine Einschränkung. Ein nützlicher nächster Schritt wäre die Erforschung des Erlebens der Klientinnen aus deren Perspektive. Eine weitere Einschränkung bildet die Tatsache, dass die Interviewten ihren therapeutischen Ansatz zwar als personenzentriert bezeichneten, einige ihn aber auch integrativ nannten. Die interviewten personenzentrierten Psychotherapeutinnen repräsentierten außerdem verschiedene Schulen innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes. Schließlich bedeutet das Faktum, dass die Interviewten alle in London wohnten, die meisten in therapeutischen Institutionen arbeiteten und sich fast alle als weiße Briten bezeichneten, auch, dass Information fehlt, die möglicherweise aus einem breiteren kulturellen und professionellen Hintergrund käme.

Ergebnisse

Folgende Themen kristallisierten sich in der Datenanalyse heraus:

- Kategorien von Handlungen oder von Interventionen, welche ein Erleben von Risiko für die Therapeutinnen enthielten.
- Der Prozess des Eingehens eines Risikos, wie er von den Psychotherapeutinnen erlebt wurde.
- Der Prozess des Reagierens der Klientinnen, wie er von den Psychotherapeutinnen wahrgenommen und beschrieben wurde.
- Die Wirkung auf die Kontaktqualität im Augenblick des Wagnisses sowie im weiteren Verlauf der therapeutischen Beziehung.
- Die Kontaktqualität im kritischen Moment des Wagnisses bezogen auf die verschiedenen Interventionsarten mit Risikocharakter.

Handlungs- und Interventionstypen mit Risikocharakter

Handlungen und Interventionen, die von den interviewten Therapeutinnen als signifikant risikobeladen betrachtet wurden, fielen hauptsächlich unter folgende Kategorien:

- Selbstmitteilungen aus ihrem persönlichen Leben. Hier beschrieben die Therapeutinnen Ereignisse aus ihrem eigenen Leben, welche eine gewisse Relevanz für die Ereignisse hatten, die von den Klientinnen beschrieben wurden. Zwei interviewte Therapeutinnen zum Beispiel sprachen kurz über die eigene Fehlgeburt, als ihre Klientinnen sagten, niemand könne verstehen, wie sie sich nach einer Fehlgeburt gefühlt hätten.
- Abgrenzungsrisiken (einschließlich Berühren, Umarmen). Eine Teilnehmerin erzählte zum Beispiel, dass ihr Training sie im Glauben ließ, dass Therapeutinnen Klienten nie berühren sollten. Sie habe sich daher in dieser Hinsicht völlig gehemmt gefühlt. Als sie schließlich eines Tages einen extrem verzweifelten Klienten berührte, schien es ihr ein enormes Risiko zu sein, obwohl ihre Handlung vom Klienten mit Dankbarkeit entgegengenommen wurde.
- Theoretische Herausforderungen. Eine Therapeutin stellte die Überzeugung ihres Klienten in Frage, er leide unter ‚blockierter Trauer‘. Sie tat dies, als sie den Eindruck gewonnen hatte, sie stütze sich auf eine Theorie, die für den Klienten irrelevant war.
- Aktuell erlebte Gefühle zeigen. Dies schien dann besonders riskant zu sein, wenn die beschriebenen Gefühle als negativ hätten wahrgenommen werden können, zum Beispiel Gefühle von Distanz (siehe Egan, 2002, Flannery, 1995; May, 1980; Thorne, 1994 zu diesem Thema).
- Risiken, die in der Tiefe der angebotenen Beziehung liegen. Ein Teilnehmer, der mit todkranken Klienten arbeitet, beschrieb, wie rasch die Beziehung zu diesen Klienten tiefe Liebesgefühle umfasst.
- Fehler eingestehen. Die Therapeutin hat etwas getan oder gesagt, was sie später als wenig hilfreich empfand, und teilt dann ihre Gedanken dazu der Klientin mit. Eine Teilnehmerin zum Beispiel gestand ihren Fehler ein, als sie unerwartet einen Arm ihrer Klientin berührte.
- Ansprechen von sexuellen Inhalten. Eine Therapeutin fand es riskant für sich selbst, einem Klienten zu erlauben, seine sexuellen Phantasien über sie auszusprechen, zum Teil wegen ihrer eigenen Probleme im Zusammenhang mit der Ausbeutung von Frauen. Hingegen fühlte sie sich gut, als sie einer Klientin erlaubte, ihre sexuellen Phantasien bezüglich Frauen zu schildern, weil sie ihre eigene Sexualität mit Frauen erkundet hatte.

Tatsächlich brachten mehrere Interviewte das Eingehen von Wagnissen in der Psychotherapie mit ihrer eigenen Entwicklung und ihrem persönlichen Hintergrund in Beziehung. Eine Interviewte sagte, sie sei imstande, in ihrer Arbeit Risiken einzugehen, weil sie

aus einer Familienkultur der Risikobereitschaft und Selbstaufopferung komme. Sie empfand sich selbst seit jeher als jemand, die Wagnisse eingeht. Eine andere Therapeutin betrachtete eine noch so geringfügige Grenzverletzung als bedeutendes Risiko, da sie sich selbst im Leben als Regelhüterin empfand.

Unter den von Yalom beschriebenen Typen der Selbsteinbringung wurde der Austausch über das Funktionieren der Therapie (Yalom, 2002) von keiner der Interviewten als Auslöser einer Risikoerfahrung erwähnt. Hingegen fühlten einige Teilnehmende, dass der Verzicht auf eine diesbezügliche Erläuterung das Risiko verschärfe.

Wenn Psychotherapeutinnen Risiken eingehen: Der Prozess bei den Therapeutinnen

Für die Therapeutinnen selbst schien es zwei deutlich unterscheidbare Wege zu geben, die zu kritischen Momenten, ein Risiko einzugehen, hinführen.

Absichtliche Handlungen und Interventionen

Der Handlung ging eine Phase von einem gewissen Ausmaß an Angst und Zweifel voraus, ob ein Risiko eingegangen werden soll oder nicht. Das schloss hauptsächlich Ängste über mögliche Reaktionen der Klientin ein, aber ebenso Befürchtungen über mögliche Auswirkungen auf die Therapeutin selbst. Ein Interviewter sagte zum Beispiel: „Ich war innerlich aufgewühlt bei der Vorstellung, es zu sagen.“ Die Handlung mag über mehrere Sitzungen hinweg überlegt werden oder einfach nur für einige Minuten. Es gab da immer das Element von ‚den ganzen Mut zusammen nehmen‘, das umso größer schien, je länger die Phase des Überlegens dauerte. Das absichtliche Eingehen eines Wagnisses geschah in dem Moment, wo es passierte, gut vorbereitet, und die Therapeutinnen waren auf die Reaktionen ihrer Klientinnen gefasst, um ihr eigenes Risiko zu minimieren. Beispiele: „Wenn sie die Therapie abbricht, muss ich das auf der Therapiestation erklären.“ „Vielleicht wird sie mich anschreien.“ „Ich könnte erröten.“ „Ich könnte auf sie voll abfahren.“ „Ist es sicher für mich?“ „Ich könnte vor ein Sex-Tribunal gezerrt werden.“ Mehrere Teilnehmerinnen überlegten, wie ihre Supervisorin über ihre Handlungen denken würde; andere haben ihre Absichten im Voraus mit ihrer Supervisorin diskutiert.

Instinktive Handlungen und Interventionen

Die Handlung wurde als ein instinktiver Schritt beschrieben, aus dem Moment heraus, ohne Überlegung oder zumindest ohne Bewusstheit einer solchen Überlegung. Ich schließe die Möglichkeit nicht aus, dass Instinkt auch bei einem Teil der absichtlichen Risikohandlungen eine Rolle spielte; das Wort ‚Instinkt‘ wurde im Kontext von Handlungen, die ohne vorausgehende Überlegungen

unternommen wurden, lediglich häufig erwähnt. Eine Therapeutin, die eine Sitzung mit einer todkranken Klientin beschrieb, sagte:

„Ich fühlte Wärme, und ich legte meine Arme um sie, und sie hielt sich an mir fest und wollte nicht mehr loslassen; und das war reiner Instinkt. Ich konnte nur noch halten, halten, halten. Und sie sagte: ‚Oh, Sie wissen, Sie wissen.‘“

Andere Interviewte schlossen in ihre Beschreibungen Wörter wie „intuitiv“, „unbewusster Prozess“, „geschah ganz plötzlich“, „ohne Zeit zum Nachdenken“, „völlig unbeabsichtigt“, „Instinkt, das Natürlichste der Welt“ mit ein. In diesen Fällen waren die Therapeutinnen unvorbereitet auf die Reaktionen der Klientinnen, und sie waren tatsächlich oft überrascht von deren Reaktion. Die meisten Fälle dieses Typs von Wagnis, so wurde berichtet, hatten eine positive Wirkung, wenngleich oft auf unerwartete Weise, gewöhnlich abhängig von der Tiefe des Kontaktes und dem Ausmaß der Selbsteinbringung in der Beziehung. Einige Therapeutinnen sagten, sie hätten nicht begriffen, dass ihre Intervention ein solches Risiko für die Klientin darstellte, und da wurde dann auch häufiger von Panikgefühlen berichtet. Das zeigen Sätze wie die folgenden: „Ich dachte, o.k., Gott, was wird jetzt passieren?“ „Ich spürte, wie mein Herz pochte.“ „Ich wollte Hals über Kopf zu meinem Supervisor rennen.“

In einigen Fällen allerdings nahm ich auch ein Gefühl der Erleichterung in der Art und Weise wahr, wie die Therapeutinnen über ihre Gefühle nach einem Moment des Risikos sprachen. Es war zu spüren, wie sie zur Ruhe nach einem Sturm gelangten. Nun schien es den Therapeutinnen möglich, sich ihrer größten Furcht ohne Angst vor dem Entscheidungsprozess zu stellen: Die Tat war vollbracht, die Würfel waren gefallen. Eine Interviewte sagte: „Ich spürte, sie hatte die Wahl.“ Eine andere wiederum: „Ich war auf den Ansturm gefasst.“ Einer Therapeutin schien es, als ob sie versuchte, um die „Spitze dessen zu kurven, was zwischen uns vorging“. Es hörte sich ganz danach an, als ob sich die Therapeutinnen – ohne den Kontakt zu den Klientinnen zu verlieren – eine Sicherheitszone geschaffen hätten, innerhalb der sie die Auswirkungen ihrer Interventionen in Erfahrung bringen oder sich möglichen künftigen Auswirkungen stellen und dabei intakt bleiben konnten.

Typischerweise dauerten die Zweifel der Therapeutinnen in der Regel eine Weile an: „Habe ich das Richtige getan?“ „Wird die Klientin weglaufen?“ „Das kann ich nicht tun!“ „Bin ich inkompetent?“ Solche Gefühle schienen unabhängig von der Reaktion der Klientinnen und ohne Bezug auf die Bewertung der Reaktion der Klientin durch die Therapeutinnen aufzutreten. Parallel zu der Aufgabe, sich an oft größere Veränderungen in der Beziehung anzupassen, und parallel zur fortlaufenden Arbeit mit der Klientin hatten die meisten Therapeutinnen mit dem Gefühl zu kämpfen, sie würden das Wesentliche ihrer Ausbildung verraten, die den Einsatz der eigenen Person explizit oder implizit entmutigt hatte. Im Gespräch über dieses Sich-selbst-Einbringen erwähnte eine Therapeutin:

„Ich denke, ich mache das inzwischen, aber das hat damit zu tun, dass ich bereit bin, mehr Risiken einzugehen, und ich denke, das kam durch die Erfahrung ... Die Ausbildung hat mich kaum dazu ermutigt. Ich glaube nicht, dass es möglich ist, ganz ich selbst zu sein in einer Sitzung, bevor ich nicht bereit bin, Risiken einzugehen. Mich selbst da hinein zu begeben ist ein Wagnis.“

Eine andere Therapeutin merkte an:

„Ich dachte, Therapie sei total unpersönlich. Lass Dich selbst zu Hause!“

Und eine andere Interviewte:

„Das Härteste während meines Trainings war, dass mir beigebracht wurde, auf eine bestimmte Art zu sein, auf eine bestimmte Weise zu sitzen, was nun wirklich nicht der Sinn der Sache ist ... Es ist eine Art zu sein, und wir alle reagieren unterschiedlich.“

Die meisten beschrieben das Gefühl, als täten sie etwas Unerlaubtes, als überschritten sie die Grenzen ihrer Rolle als Therapeutin. Es erinnerte einige auch an Trainings mit Tonbandaufzeichnungen und an die Furcht, dabei ertappt zu werden, wie sie sich selbst irgendwie einbringen.

Der Prozess der Klientinnen

Die Interviewten waren der Ansicht, dass die meisten Klientinnen auf den kritischen Moment des Wagnisses in typischer Weise reagierten. Zuerst kam ein Schock, gewöhnlich gefolgt von einem Zurückweichen (physisch, psychisch oder beides), dann schloss sich eine Phase an, wo die Klientinnen versuchten Zeit zu gewinnen und während der sie wenig bis keine Anhaltspunkte darüber gaben, was gerade in ihnen vorging. Diese Phase konnte Minuten, den Rest der Sitzung oder mehrere Sitzungen andauern, bevor Klientinnen die Handlung der Therapeutinnen zurückwiesen oder akzeptierten. Es war, als ob eine Saat ausgesät worden wäre, die Zeit brauchte, um sich zu verwurzeln und zu wachsen, und die von der Klientin streng gehütet wurde, sogar vor der Therapeutin. Als ein Therapeut seinem Klienten sagte, er spüre etwas Festgefahrenes und frage sich, ob der Klient etwas Unausgesprochenes zurückhalte, bestätigte der Klient in seiner unmittelbaren Reaktion kaum diese Intervention und wandte sich etwas anderem zu. Erst mehrere Wochen später kam er darauf zurück und gab zu, wie wichtig diese Herausforderung für ihn gewesen sei, und er begann zum ersten Mal von der langen Periode eines sexuellen Missbrauchs in seiner Kindheit zu sprechen. Andererseits konnte die Saat verderben statt aufzugehen, und stillschweigend konnte sich Fäulnis ausbreiten, bis es einen Bruch in der Beziehung gab oder diese sogar endete. Als eine andere Therapeutin ihre Klientin damit konfrontierte, dass sie nicht zu Sitzungen erschienen sei, sagte die Klientin unmittelbar darauf kaum etwas dazu und umarmte sogar die Therapeutin, als sie den Raum verließ, wie es ihre Art war. Erst später gab sie zu, wie verärgert sie gewesen sei und dass all das Vertrauen, das sie über Jahre aufgebaut hatten, verloren war.

Die Reaktionen der meisten Klientinnen schienen also im Wesentlichen von zwei Faktoren abzuhängen, die ich für grundlegend halte, nämlich davon, ob die Klientinnen verstanden, welches Risiko eingegangen worden war, und vom Grad der Übereinstimmung dieses Verständnisses mit dem Verständnis der Therapeutin. Einige Interviewte meinten, das Verstehen ihrer Klientinnen hänge bis zu einem gewissen Grad von ihrem Selbstkonzept und der momentanen Verarbeitungskapazität ab, indem diese ihre Wahrnehmungen und Interpretationen der Handlungen der Therapeutin beeinflussten. Als zum Beispiel der Therapeut, der meinte, sein Klient sei ‚festgefahren‘, ihn hierzu befragte, spürte er, dass dieser sowohl genügend Selbst-Einsicht wie Verständnis vom therapeutischen Prozess besaß, um in der Lage zu sein, die Idee zu akzeptieren, dass da etwas sein könnte, was er möglicherweise vermeide. Dieses Beispiel illustriert auch, wie wichtig die Stabilität der Beziehung ist: Der Klient hatte ausreichend Vertrauen in den Therapeuten, um zu glauben, dass dieser eine Hilfe anbot, als er einen heiklen Punkt ansprach, und ihn nicht dafür kritisieren wollte, wie er von der Therapie Gebrauch machte, oder dass er vielleicht seine Ungeduld ausdrücken wollte, weil die Therapie nur langsam voranschritt. In diesem Fall sagte der Interviewte, er hätte gespürt, dass bereits ein starkes Vertrauen in die Beziehung vorhanden war und dass er sich dem Klienten in diesem Augenblick sehr nahe gefühlt hätte.

Die Therapeutin, die ihre Klientin mit ihren verpassten Sitzungen konfrontiert hatte, fragte sich, ob sie bei der Klientin ein Verständnis für die Bedeutung ihrer häufigen Abwesenheiten angenommen hatte, das vielleicht nicht vorhanden war oder das von ihrem Verständnis abwich, oder ob das, was die Klientin als In-Frage-Stellen ihres Engagements empfunden habe, in ihr starke Gefühle geweckt habe, deren sich die Therapeutin nicht bewusst war. Die Therapeutin sagte ferner, dass sie die Konfrontation am Ende der Sitzung gemacht habe, als sie dabei waren, wieder auf die Ebene eines ‚Alltag-Kontaktes‘ zurückzukommen. Die Klientin könnte sich möglicherweise ohne das Sicherheitsnetz eines tiefgehenden Kontaktes im kritischen Moment des Risikos relativ unsicher gefühlt haben, sodass ihre Abwehr automatisch aktiviert worden sei. Es lohnt sich jedoch, hier festzuhalten, dass die Therapeutin in ihren nachträglichen Überlegungen zu der Ansicht kam, dass vor dem Hintergrund der therapeutischen Arbeit, die darauf abzielt, dass die Klientin ihre eigene Stimme findet, der Akt der Therapeutin, ihre eigene Stimme beizusteuern, vielleicht die Klientin in die Lage versetzt hat, dasselbe zu tun, auch wenn dies zur Beendigung der Beziehung führte.

Auswirkung auf die Beziehung

Sofern gegenseitiges Verstehen gegeben war, schien das Moment des Risikos zu einem beidseitig geteilten Moment zu werden, und die Interviewten beschrieben eine wahrnehmbare Veränderung sowohl

in der therapeutischen Beziehung wie im therapeutischen Prozess. Oft wurde erwähnt, dass der Kontakt authentischer geworden sei, selbst dann, wenn die Klientin die konkrete Intervention zurückgewiesen habe. Eine Therapeutin sagte mit Blick auf Veränderungen in der Beziehung: „Es gab da eine greifbare Veränderung in unserer Beziehung, viel Augenkontakt ... entspannt.“ Eine andere erzählte: „Es entstand eine enge Beziehung. Sie wurde offener für das, was sie wirklich fühlte.“ Und jemand anderer: „Die Kontaktebene war umfassender ... offener ... über alles konnte gesprochen werden.“ Oft wurde etwas Schelmenhaftes ausgedrückt, etwa mit den Sätzen: „Es war eine Partnerschaft wie die von Bonnie und Clyde.“ „Da war etwas wirklich Unartiges dabei.“ „Sie erlaubte ein Gefühl von Schelmenhaftigkeit“, und Spaß gehörte ebenfalls dazu: „Zum ersten Mal konnten wir zusammen lachen.“ Sogar wenn die erste Reaktion als aggressiv wahrgenommen worden war, äußerten Therapeutinnen die Ansicht, dass als Langzeitwirkung die Beziehung gestärkt und eine tiefere Ebene der Echtheit erlebt und ausgedrückt wurde. Eine Therapeutin beschrieb es so:

„Plötzlich redeten wir über die reale Beziehung, über wirkliche Phantasien. Eine zusätzliche Ebene von Wirklichkeit. Fragen, die vorher nicht gestellt werden konnten, wurden jetzt zu einem therapeutischen Thema.“

In einigen Fällen diente die als riskant empfundene therapeutische Handlung als Modell der Selbstmitteilung für die Klientinnen; nachahmend begannen sie zu lernen, wie sie selbst ähnliche Risiken eingehen und sich dabei sicher fühlen können. Für jene Klientinnen, deren Reaktion einen zurückweisenden Charakter hatte, war die Wirkung auf die Beziehung bisweilen sehr dramatisch und führte in einigen Fällen zur Beendigung der Therapie.

Während die interviewten Therapeutinnen fanden, dass das Mitteilen von aktuell erlebten Gefühlen eine positive Wirkung auf die Beziehung und den therapeutischen Prozess hatte, schienen die meisten Interventionen, in denen biografische Informationen eingebracht wurden, die Verwirrung der Klientinnen nur zu vergrößern. In zwei Fällen hatten zwei Interviewte in der Therapie ihrer Klientin mitgeteilt, dass sie selbst ähnlich traumatische Erfahrungen hatten durchstehen müssen. Beide Klientinnen hatten die Ansicht ausgedrückt, niemand könne wissen, wie sie sich gefühlt hätten, und die Therapeutinnen schätzten es als hilfreich ein, wenn sie ihre Klientinnen wissen ließen, sie könnten sie vielleicht verstehen. Dennoch bestritt in einem Fall die Klientin, dass sie das Erlebnis berührt habe, und widersprach damit einer früheren Aussage. Im anderen Fall schien die Klientin schlicht verwirrt, und die Therapeutin – dieses Ereignis reflektierend – sagte, sie habe gespürt, dass die Klientin sich darüber gewundert haben mag, ob die Therapeutin überhaupt etwas von sich erzählen dürfe. Möglich, dass diese Art von therapeutischer Selbstmitteilung von den Klientinnen nicht als selbstverständlicher Teil des therapeutischen Prozesses erfahren oder verstanden wurde und sie deshalb nicht in der Lage waren, die mitgeteilte Erfahrung zu nutzen. Möglich auch, dass die Äußerung

der Therapeutin zum Erleben ihres eigenen Traumas in der Klientin das Bedürfnis weckte, sie zu beschützen, oder den Gedanken hervorrief, die Therapeutin ertrage ihr eigenes Trauma nicht. Ebenso könnten sie den Eindruck gewonnen haben, die Therapeutin habe ihnen die Aufmerksamkeit entzogen, oder die Erfahrung der Therapeutin korrespondierte nicht mit der ihrigen.

Folgende Arten von Risiken, die regelmäßig Klientinnen und Therapeutinnen in engeren Kontakt zueinander brachten, konnten unterschieden werden:

- Macht abtreten
- Sich erlauben, verletzlich zu sein
- Die eigene Unvollkommenheit zugeben und
- Abstand zu einer Haltung einzunehmen, als besäße man die Weisheit.

Anstatt seine Expertise einzusetzen, wird auf diese verzichtet.

Die Schilderungen der Interviewten legen tatsächlich den Schluss nahe, dass etwas vom Bestärkendsten, was eine Therapeutin für die Klientin tun kann, das Eingeständnis eines Fehlers ist, den sie im Verlauf der Therapie gemacht hat.

Eines der Beispiele dazu stammt von einer Therapeutin, die mit einer sexuell missbrauchten Klientin arbeitete. Als sich diese nach einer besonders emotionalen Sitzung erhob, um zu gehen, kam sie der Therapeutin auf dem Weg zur Tür ungewohnt nahe. Die Therapeutin empfand ihr gegenüber ein warmes Gefühl, streckte ihre Hand aus und berührte sie im Vorbeigehen leicht am Arm. Das geschah ganz ohne Worte, und die Therapeutin dachte nicht mehr daran bis zur nächsten Sitzung, in welcher die Klientin außerordentlich ängstlich zu sein schien. Als die Therapeutin dies ansprach, war sie überrascht, von der Klientin zu hören, dass sie die ganze Woche wegen der Berührung ihres Arms beunruhigt gewesen war. Die Therapeutin bekämpfte den Impuls, ihr Handeln zu rechtfertigen (etwa in der Art von „Ich empfand gerade viel Wärme Ihnen gegenüber“) und gab ihren Fehler unmittelbar zu. Sie gestand ein, sie ohne Erlaubnis berührt zu haben, wie das andere vor ihr getan haben, es sei eine Dummheit gewesen, dies zu tun. Mit diesem Eingeständnis, dass ihr Fehler unterlaufen können, veränderte sich die Beziehung. Die Therapeutin sagte: „Es fühlte sich an, als hätten wir einen Draht zueinander gefunden, als hätten wir uns gegenseitig verstanden. Wo du mit jemandem echt in Kontakt bist. Purer Kontakt. Es war eine neue Qualität da ... es entspannte.“ Ihre Beschreibung der neuen Beziehung schloss Wörter wie „wirklich“, „authentisch“ und die viel missachtete, aber höchst hilfreiche Facette einer Therapie, nämlich „Spaß“ mit ein. Sie lachten zusammen über ihre Albernheit und ihre bisherigen Gefühle der Unbeholfenheit, die sie daran gehindert hatten, voreinander offen zu sein. Die Klientin kam zunehmend in die Lage mitzuteilen, was sie hier und jetzt in dieser Beziehung fühlte. Gelegentlich erlaubte sie sich den Spaß, die Therapeutin beim Hinausgehen am Arm zu berühren. Sie fanden eine neue Vertrauensbasis, welche die bevorstehende schwierige Arbeit möglich machte.

Meine ursprüngliche Hypothese, dass der Moment, in welchem Therapeutinnen ein Risiko in der Beziehung eingehen, zu einem Kontakt auf einer tieferen Ebene führen könne, schien nun zu einfach, und ich begann, auf die Beziehung zwischen der Art der Interventionen und dem unmittelbaren Beziehungskontext zum Zeitpunkt eines kritischen Moments des Risikoverhaltens zu achten. Die Risikoereignisse, die beschrieben wurden, ließen sich für mich in vier unterschiedliche Kategorien von Therapeuteninterventionen gliedern. Ich bezeichne sie als

- *Passiv-unterstützend*: Die Therapeutin geht ein minimales oder gar kein Risiko ein und die Interventionen sind hauptsächlich reflektierender und bejahender Art;
- *Extern motiviert*: Die Therapeutin nimmt die Klientin mittels theoretischen Wissens und Überzeugungen wahr, und dies bestimmt ihre Interventionen;
- *Selektiv authentisch*: Therapeutinnen greifen ein eigenes spezifisches Gefühl, eine Reaktion oder Emotion heraus und entscheiden sich, diese in irgendeiner Weise zu nutzen (zum Beispiel wenn der Therapeut seinem Klienten mitteilt, er habe etwas Unausgesprochenes gefühlt, welches ihre Verbundenheit blockiere); und schließlich
- *Ganzheitlich authentisch*: Die Therapeutin riskiert ihr ganzes Selbst in der Tiefe der angebotenen Beziehung.

Ich betrachte diese Kategorien als unterscheidbare Arbeitsebenen. Sie können in ein und derselben Sitzung in beliebiger Kombination auftreten, obwohl sie eigentlich auch darauf schließen lassen, dass sie einen Entwicklungsprozess der Beziehung darstellen, in dessen Verlauf verschiedene Kategorien oder Grade des Risikoverhaltens eingeschlossen werden können.

Ich begann damit, Risikomomente als Tor zu einer anderen Dimension zu sehen, etwa analog zu Computerspielen. Ein kritisches Risikomoment hat die Fähigkeit, die erlebte Kontakttiefe von einer Ebene auf eine andere zu bewegen, ohne zu wissen, in welcher Richtung das Tor sich öffnen wird. Indem ich meine Aufmerksamkeit auf den Beziehungskontext vor und nach einem kritischen Risikomoment richtete, fand ich, dass die Kontakte in folgende Kategorien eingeteilt werden können:

- *Fragiler Kontakt*: Klientin und Therapeutin stehen oberflächlich in Beziehung, oft zu Beginn einer Beziehung oder am Ende einer Sitzung; ein Gefühl, als würde man sich auf der Straße begegnen.
- *Rationaler Kontakt*: Es ist ein gewisser Grad gegenseitigen Verstehens gegeben, gelegentlich auch eine starke Arbeitsbeziehung, aber die intellektuelle Ebene überwiegt.
- *Emotionaler Kontakt*: Die Beziehung von Klientin und Therapeutin spielt sich auf einer emotionalen Ebene ab, mit hohem Engagement, in der Regel gekennzeichnet durch eine starke Erfahrung von Empathie und Wärme (oder – alternativ dazu – durch einen erhöhten Grad an Ärger und Aggression).

- *Kreativer Kontakt*: Was zwischen den Beteiligten passiert, übernimmt die Hauptrolle, oft beschrieben als ein Gefühl von Liebe, Entspannung, aber auch von Aufregung.

Ich verwende den Begriff ‚kreativer Kontakt‘, weil ich bemerkte, dass ein starkes schöpferisches Element dabei war – eine miteinander erschaffene und geteilte Lebenserfahrung, beschrieben mit Sätzen wie ‚es war umfassend‘, ‚zwei Personen in einem Raum, die sich gegenseitig lieben‘, ‚sehr entspannt ... Verlust der Befangenheit‘, ‚darin eins‘. Eine Therapeutin beschrieb es als ein „Sich-Erlauben, zu lieben und geliebt zu werden. Es war eine Weise zu sein, innerhalb der Beziehung selbst, und eine Art des Antwortens auf den anderen.“ Das erinnert mich an Schmidts Beschreibung der Begegnung mit Klientinnen: „nicht indem einfache Antworten gegeben werden, sondern indem man selbst als Person die Antwort ist“ (Schmid 2001b, S. 62). Die Wirkung dieser Erfahrung war stark, wie das beispielsweise von den Worten einer Teilnehmerin unterstrichen wird: „Da ist dieses wow! der Liebe drum rum.“

Ich war neugierig zu erfahren, ob die in dieser Studie Interviewten solch tief empfundene Momente in der Therapie beschreiben, welche Mearns als ‚vertiefte Beziehung‘ identifiziert hat (Mearns 1996; Mearns & Cooper 2005). Die Therapeutinnen schienen auch ein Echo auf Rogers‘ Begriff der Präsenz (Rogers, 1986h), Thorne‘ Beschreibung der Zärtlichkeit (Thorne, 1991) und auf den von Rowan und Jacobs diskutierten transpersonalen Ansatz (Rowan & Jacobs, 2002) wiederzugeben. Ich hatte jedoch nicht den Eindruck, als würden sie sich etwas Größerem ergeben, wie es oft beschrieben wurde, vielmehr kreierten sie etwas Großes zwischen sich und ergaben sich daraufhin diesem Großen. Es war ihre einzigartige Schöpfung, ihre Wahl, ihre Macht. Sie vereinnahmten es und wurden ihrerseits davon vereinnahmt. Ich ziehe hier allerdings auch die Möglichkeit in Betracht, dass diese Unterscheidung bis zu einem gewissen Grad eher in meiner Wahrnehmung als Forscherin mit einem agnostischen Standpunkt liegt als in den Erfahrungen selbst.

Die unmittelbare Ebene des Kontakts im kritischen Moment des Riskierens wurde von den meisten als etwas empfunden, das einen hohen Voraussagewert liefert. Wer ein Risiko in einem als angemessen empfundenen Kontext einging, bewirkte oft eine Verschiebung der Beziehung in Richtung eines tieferen Kontakts, der in der Regel als authentischer geschildert wurde. Im Kontext eines fragilen Kontakts konnte die kleinste Herausforderung ein größeres Risiko für die Klientin bedeuten. Im Kontext eines rationalen Kontakts verkräftete hingegen die Therapie eine weit größere theoretische Herausforderung ohne wesentliches Risiko für die Beziehung. Kam es zu selektiver oder ganzheitlicher Authentizität, – beide typisch für die als instinktiv bezeichneten Interventionen –, schien dies eine positive Wirkung zu haben, wenn sie im Kontext eines emotionalen Kontakts erfolgte. Die ganzheitliche Authentizität führte oft zu einer Erfahrung von kreativem Kontakt oder ging mit ihr einher.

Diskussion und Folgerungen

Als bedeutsame Variable eines kritischen Moments von Risiko erwies sich in dieser Studie die Beziehung zwischen der Qualität des Kontaktkontextes und der Art der risikoträchtigen Intervention. Gleichzeitig wirkte sich das kritische Moment, ein Risiko einzugehen, am häufigsten auf die Tiefe und die Qualität der Beziehung aus. Die Interventionsweisen und die Beziehungsqualität sind zwei Aspekte, die häufig separat betrachtet werden. Diese Studie legt nahe, dass sie eher einen Vorhersagewert für das Ergebnis liefern, wenn sie als auf einander bezogen betrachtet werden. Wenn nur einer dieser zwei Aspekte isoliert untersucht wird, wendet man sich meines Erachtens nur jenem Teil des Geschehens zu, den man gerade als den bedeutendsten Wirkfaktor in der Therapie ansieht.

In einer Abhandlung zur Selbstoffenbarung wies Kramer darauf hin, dass „das Risiko ab- und der Gewinn zunimmt, wenn Selbsteinbringung auf eine gute Art stattfindet“ (Kramer 2000, S 75), und er erwähnte auch die beiden am häufigsten beobachteten Fehler, die er und auch andere hervorgehoben hatten, nämlich dass zu viel oder zu wenig gesagt wurde. Diese Studie legt nahe, dass der Beziehungskontext – sowohl bezüglich des Vertrauens in die fortlaufende Beziehung wie der unmittelbaren Kontaktebene, die im kritischen Moment des Riskierens besteht, – ein entscheidender Faktor ist, den in der Prozessdiagnostik zu berücksichtigen sich lohnt.

Diese Pilotstudie unterstrich ebenfalls die Rolle der Risikoübernahme durch Therapeutinnen. Risiken einzugehen bewegt die Beziehung und den therapeutischen Prozess in eine Richtung, die neue Arbeitsdimensionen umfasst. Das kritische Moment des Riskierens bildet den Ort, an dem ein Wechsel der Ebene des Kontakts eingeleitet wird: Dieser wird authentischer und erleichtert bei der Klientin tiefere Ebenen der Selbsteinbringung. Das kritische Moment des Riskierens könnte auch den Punkt markieren, an welchem ein Bruch in der Beziehung entsteht, der manchmal zur Beendigung der Therapie führen kann.

Die Kontaktebene, die ich als ‚kreativen Kontakt‘ definiert habe, hat nach Meinung der Interviewten in sich selbst eine heilende Qualität, die irgendwie der erlebten Tiefe des Kontakts entspringt. Wie bewirkt sie Heilung? Geschieht sie durch die Erfahrung selbst oder ist sie verbunden mit dem Prozess, durch den eine vertiefte Beziehungsebene erreicht wird? Oder könnte so eine Erfahrung Heilung bewirken, weil in der Beziehung viel tiefere Mitteilungsebenen möglich werden? Eine Therapeutin drückte es so aus: „Fragen, die zuvor nicht gestellt werden durften, wurden nun zum therapeutischen Thema.“

Darüber hinaus war ich von den Reaktionen einiger Interviewter überrascht. Typischerweise signalisierten sie ein Widerstreben davor, sich selbst in ihre Arbeit einzubringen aus Furcht, sie würden das Wesentliche ihrer Ausbildung verraten. Die meisten meinten, die Vorstellung, sich selbst auf irgendeine Weise in die Beziehung einzubringen, sei in der Ausbildung nicht nur ausgespart geblieben,

sondern sogar aktiv entmutigt worden. Vielleicht zeigen diese Ergebnisse, was Mearns und Thorne mit ihrer Äußerung meinten, als sie schrieben, Nicht-Direktivität werde manchmal mit Passivität in der Beziehung verwechselt (Mearns & Thorne 2000).

Neulich haben Mearns und Schmid gemeinsam einen Artikel verfasst und dabei die Personzentrierte Psychotherapie als einen tiefgreifenden ko-kreativen Personwerdungsprozess beschrieben. Sie betonten, wie wertvoll es sei, wenn die Therapeutin nicht nur auf die – wie sie es nannten – konkordante und komplementäre empathische Resonanz Bezug nimmt, sondern ebenso auf die personale oder dialogische Resonanz, die ihren Ursprung weder in der Klientin noch in der Therapeutin, vielmehr in beiden gemeinsam hat bzw. die – wie sie es ausdrückten – „aus der Beziehung von Person zu Person geboren wird“ (Mearns & Schmid, 2006a, S.184).

In ihren Forschungen zum Einsatz des Selbst durch Therapeutinnen skizzierte Shadley vier unterscheidbare Selbstmitteilungsstile. Denjenigen, der am wenigsten offenbart, nannte sie ‚reflektives Feedback‘. Dieses schloss nach ihrer Beschreibung Selbstexposition mit ein, etwa „beim Befragen oder Herausfordern von Familien und durch das Wiedergeben von Eindrücken“, aber die Therapeutin „teilt selten eine persönliche Information oder ein starkes Gefühl mit“ (Shadley 2000, S. 199). Rowan und Jacobs meinten, dass dies wohl der Stil sei, der in Therapiekursen am häufigsten gelehrt werde (Rowan & Jacobs 2000). Einige Autoren vermuten, dass so bedeutende Momente eines vertieften Kontakts in den Ausbildungskursen deswegen nicht diskutiert würden, weil sie jenseits der herrschenden ‚Doktrin‘ lägen (Yalom 1980, zit. durch Lietaer 2001). Ich frage mich, ob einige Trainingskurse im Personzentrierten Ansatz, welche die Nicht-Direktivität so sehr betonen, es bei der Vermittlung der Bedeutung von Kongruenz versäumen, die Therapeutinnen zu ermutigen, auf ihre Kongruenz zu vertrauen.

Die meisten Befragten erwähnten ein inneres Ringen bei diesem Thema, vor allem in den ersten beiden Jahren nach der Zertifizierung. Sehr Erfahrene unter den Befragten hingegen haben offenbar das Eingehen von Risiken in ihre gesamte Art, in Beziehung zu sein und damit zu arbeiten, integriert. Sie waren weniger ängstlich, Risiken einzugehen, auch dann, wenn sie das Resultat als negativ wahrnahmen. Es schien sogar, dass sie eher dazu neigten, die Verantwortung für eine offensichtlich negative Reaktion den Klientinnen zuzuweisen, während weniger erfahrene Therapeutinnen dazu tendierten, die Schuld für das, was sie als ihre eigene dürftige Urteilsfähigkeit ansahen, auf sich zu nehmen.

Als ich zum Schluss auf die Beschreibungen der Gedanken und Gefühle der Befragten während der Sitzungen sowie auf die Beschreibung des Versuchs vieler Klientinnen, ‚Zeit zu gewinnen‘, zurückblickte, fiel mir auf, dass in jeder Sitzung eine große Menge nicht geteilter Erfahrungen gemacht werden (auch Mearns & Cooper 2000 erwähnen diesen Punkt). Was die Klientinnen betrifft, haben sie, auch wenn ihre unmittelbare Reaktion aussah, als würden sie sich zurückziehen, oft über das Gesagte nachgedacht, es weiter

verarbeitet, sind auf eigene Weise damit umgegangen und mehrere Wochen später darauf zurückgekommen. Wenn dies der Fall war, schien es bisweilen, als hätten sie dieses neue Verstehen in ihre Art zu sein integriert – ohne weitere Hilfe durch die Therapeutin, womit sie zeigten, wie wichtig es sowohl für die Therapeutin ist, an ihre Klientinnen zu glauben, wie für die Klientinnen, Vertrauen in ihre Therapeutin zu haben. Diese Beobachtung unterstreicht aber auch die Wichtigkeit eines Riskobewusstseins und eines Wach-Bleibens für Signale, die anzeigen, wenn die Saat verdirbt oder nicht zum Blühen kommt.

Es gab ein großes Ausmaß an nicht ausgesprochenem Erleben auch dann, wenn Klientin und Therapeutin in relativ engem Kontakt standen. Welche Rolle spielt diese bedeutende Menge an Nicht-Ausgesprochenem? Könnte es sein, dass dieses interne, separate Erleben ein notwendiger Teil des gesamten Prozesses ist, welcher die Verbundenheit am Rande des Erfahrens der Einzelnen erleichtert und die Begegnung im Zwischenraum leichter macht? Oder dient dieses unausgesprochene Erleben eher dazu, tiefe Kontakte zu behindern oder zu vermeiden? Erneut denke ich, dies sei ein Feld für weitere Erkundungen.

Abschließend lässt sich festhalten:

Diese Studie befasste sich explorativ mit dem Erleben von Risiko in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Perspektive der Therapeutinnen. Die Mehrzahl der beschriebenen Beispiele schloss

irgendeine Form von Selbstmitteilung vonseiten der Therapeutin ein, sei es, dass eine persönliche Information mitgeteilt, ein im Moment erlebtes eigenes Gefühl geäußert oder eine theoretische Analyse darüber, was in der Klientin vorging, abgegeben wurde.

Alles in allem legt diese Studie nahe: Wenn Therapeutinnen erleben, dass sie mit einer Intervention ein Risiko eingehen, kann dieser kritische Moment – aus der Sicht der Therapeutinnen – die therapeutische Beziehung in eine Richtung bewegen, die tiefere Ebenen des Kontakts einschließt, und er birgt das Potenzial, den therapeutischen Prozess zu fördern. Die Untersuchung unterstreicht allerdings auch, dass Interventionen des Typs Selbsteinbringung, die das Eingehen eines Risikos enthalten, die Möglichkeit vielfacher interaktioneller Verwicklungen in sich bergen und deswegen jeweils einer genauen Abwägung und Indikation bedürfen. Zu den Variablen mit Vorhersagewert zählen

- das Vertrauensniveau in der fortlaufenden therapeutischen Beziehung,
- die Motivation der Therapeutinnen,
- die Verstehens- und Verarbeitungskapazität der Klientin und
- die Kontaktebene im kritischen Moment des Risikoerlebens, bezogen auf die Art der ausgeführten Intervention.

Die Studie deutet weiter darauf hin, dass einige Therapeutinnen einen Konflikt erleben zwischen ihrem Ausbildungsschwerpunkt und dem Sich-Einbringen als Person.

Literatur

- Baldwin, M. (Ed.) (2000). *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Baldwin, D. C., JR & Miller, S. G. L. (2000). Implications of the wounded healer paradigm for the use of self in therapy. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 243–261). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Barker, C. (1985). Interpersonal process recall in clinical training and research. In: Watts, F. N. (Ed.), *New Developments in Clinical Psychology* (pp. 54–169). Chichester: Wiley/BPS.
- Bozarth, J. D. & Wilkins, P. (2001). *Unconditional Positive Regard*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol 3. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Buber, M. (1970). *I and Thou*. Edinburgh: T & T Clark.
- Cashwell, C. S. (2002). *Interpersonal Process Recall*. Greensborough: University of Carolina.
- Cooper, M. (2004). Towards a relationally-orientated approach to therapy: empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling*, 32(4), 451–460.
- Egan, G. (2002). *The Skilled Helper* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Flannery, J. (1995). Boredom in the therapist. *Psychotherapy Journal*, 11(4), 536–544.
- Jung, C. G. (1951). Fundamental questions of psychotherapy. In: Read, H., Fordham, M. & Adler, G. (Eds.), *Practice of Psychotherapy, Collected Works*, Volume 16 (pp. 133–338). New York: Pantheon Books.
- Knox, S., Hess, S. A., Peterson, D. A. & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perception of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 274–283.
- Kottler, J. A. (1986). *On Being a Therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kramer, C. (2000). Revealing our selves. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 61–96). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.
- Lietaer, G. (2001). Being genuine as a therapist: congruence and transparency. In: Wyatt, G. (Ed.), *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1 (pp. 36–54). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- May, R. (1980). *Psychology and the Human Dilemma*. New York: W. W. Norton.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling*. London: Sage.
- Mearns, D. (1996). Contact at relational depth. *Counselling*, 96, 306–311.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1999). *Person-Centred Counselling in Action* (2nd ed.). London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-Centred Therapy Today*. London: Sage.
- Mearns, D. & Schmid, P. (2006a) Being-with and being-counter: Person-centered psychotherapy as an in-depth co-creative process of personalization. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 3, 174–190.
- Mearns, D. & Schmid, P. (2006b) Being-with and being-counter: Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 255–265.
- Merry, T. (2002). *Learning and Being in Person-Centred Counselling* (2nd ed.). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. London: Sage.
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: the unfolding of reflexivity. In: Toukmanian, S. G. & Rennie, D. L. (Eds.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches* (pp. 211–233). London: Sage.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-Centred Therapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1961a). *On Becoming a Person*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1961c). Ellen West—and Loneliness. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1 (2) pp. 94–101. Reprinted in H. Kirschenbaum and V. Henderson (Eds.) (1990) *The Carl Rogers Reader Ed. 2* (pp. 157–168). London: Constable.
- Rogers, C. R. (1970a). *On Encounter Groups*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin.
- Rogers, C. R. (1980a). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1986h) A client-centred/person-centred approach to therapy. In I. L. Kutash and A. Wolf (Eds.) *Psychotherapist's Casebook* (pp. 197–208). San Francisco: Jossey-Bass. Reprinted in H. Kirschenbaum and V. Henderson (Eds.) (1990), *The Carl Rogers Reader* (pp. 135–152). London: Constable.
- Rowan, J. & Jacobs, M. (2002). *The Therapist's Use of Self*. Buckingham: Open University Press.
- Schmid, P. F. (1997). Person-centred approach. In S. Auntes & J. Marques-Teixeira (Eds.), *Conference Volume: Proceedings of the IVth ICCCEP Conference, Lisbon, 1997*. Lisbon: Universita Catolica Portuguesa, 2001. Available online at: <http://www.pce-world.org/idxconf.htm> (accessed 10 January 2004).
- Schmid, P. F. (2001a). Authenticity: The person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In: Wyatt, G. (Ed.), *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1 (pp. 201–216). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001b). Acknowledgment: The art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional relationships in therapy and beyond. In: Bozarth, J. & Wilkins, P. (Eds.), *Unconditional Positive Regard*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 3 (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In: Wyatt, G. & Sanders, P. (Eds.), *Contact and Perception*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 4 (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Shadley, M. L. (2000). Are all therapists alike? Revisiting research about the use of self in therapy. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 191–211). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Thorne, B. (1991). *Therapeutic and Spiritual Dimensions*. London: Whurr.
- Thorne, B. (1994). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, Interpretation*. London: Sage.
- Wosket, V. (1999). *Therapeutic Use of Self*. London: Routledge.
- Wyatt, G. (Ed.) (2001). *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy*. London: Piatkus Books.

Autorin:

Rosanne Knox, MA, MBACP (accred) UKRC, 1955, forschte mit dem Schwerpunkt ‚Beziehungserleben in der therapeutischen Begegnung‘ an der Faculty of Health and Human Science der Thames Valley University in Ealing, London, und absolviert zurzeit ein Doktoratsstudium an der University of Strathclyde in Glasgow/UK. Sie ist leitende Supervisorin der Childline-Dienste der NSPCC, einer Kinderschutzorganisation in Großbritannien, und personzentrierte Psychotherapeutin in privater Praxis.

Korrespondenzadresse:

Rosanne Knox
Counselling Unit
University of Strathclyde
76 Southbrae Drive
Glasgow G13 1PP UK
E-Mail: RosanneKnox@aol.com

Silke Birgitta Gahleitner

Bindungstheorie und personzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem ‚allgemeinen Wirkfaktor‘

Zusammenfassung: Der Erfolg professioneller Begleitung steht und fällt mit der Qualität der helfenden Beziehung – inzwischen eine über verschiedene Therapieansätze hinweg gut belegte Erkenntnis. Wie genau diese Beziehung sich jedoch gestaltet, ist bis heute in Forschung und Theoriebildung noch erstaunlich ungeklärt. Die Bindungsforschung, die in den letzten Jahren zunehmend Ergebnisse für die therapeutische Praxis entwickelt und zugänglich machte, hat hier einen entscheidenden Beitrag geleistet. Die Erfahrung, dass Muster gelingender Interaktion eine wichtige Grundlage für helfende Berufe darstellen, lässt sich durch dieses Konzept besser systematisieren. Der vorliegende Artikel beleuchtet Bindungsphänomene in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehungsgestaltung im Dialog mit klientenzentrierter Theorie und ermöglicht einen Einblick in die Kraft der Ressource ‚Beziehung‘ für die personzentrierte Beziehungsgestaltung.

Schlüsselwörter: Therapeutische Beziehung, Bindungstheorie, Gesprächspsychotherapie, Personzentrierter Ansatz

Abstract: Attachment theory and person-centered relationships. Professional support ultimately depends on the quality of the therapeutic relationship. Psychotherapy research confirmed the therapeutic relationship as the strongest general effectiveness factor, irrespective of the type or school of psychotherapy. However, exactly how this relationship is created still remains surprisingly unexplained. Recent research on attachment has focused on practice-oriented issues, the results of which are directly applicable to psychotherapy. These results have provided me with a systematic model describing my experience that the same patterns of successful interactions that ensure good interpersonal relationships in early infancy also form an important part of the basis for psychotherapy. This article throws light on how attachment phenomena can be drawn upon in the handling of the therapeutic relationship as conceptualized by client-centered theory. It attempts to provide some insight into the power of ‘relationship’ as a resource for the person-centered mode of handling psychotherapy.

Keywords: Therapeutic Relationship, Attachment Theory, Client-Centered-Approach, Person-Centered-Approach

„Menschen befinden sich in psychologischem Kontakt oder haben das Minimum an Beziehung, wenn sie eine offene oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnissfeldes des anderen erzeugen.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 34)

Einleitung

Das Thema ‚therapeutische Beziehung‘ erfreut sich in den letzten Jahren durchaus einer gewissen Aufmerksamkeit – auch in der Tages- und Wochenpresse. Durchforstet man beispielsweise DIE ZEIT zu diesem Thema, wird man in den letzten Monaten an zwei Stellen fündig. In einem Artikel mit dem Titel ‚Die heilende Kraft der Beziehung‘ formuliert Fritz Henn als befragter Fachexperte zum Thema die Schlagzeile: „Zwischen Arzt und Patient muss eine Verbindung bestehen. Patienten müssen an ihren Arzt glauben. Dieser Placeboeffekt macht 50 Prozent meiner Effektivität als Psychiater aus“ (im

Interview mit Ulrich Schnabel). In einem zweiten Artikel mit dem Titel ‚Die Heilkraft des Vertrauens – Wie wichtig das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist, entdeckt die Medizin gerade neu‘ werden vom Autor des Artikels zehn hilfreiche Tipps zur besseren Behandlung aus einschlägigen Fachzeitschriften und Kommunikationshandbüchern für Mediziner zusammengestellt¹, so u. a.: formelle Kleidung unterstützt Ihre Vertrauenswürdigkeit, bieten Sie dem Patienten/der Patientin einen bequemen Stuhl an, geleiten Sie den Patienten/die Patientin mit aufmunternden Worten zum Ausgang.

¹ Der volle Text des Schaukastens lautet: 1. Formelle Kleidung unterstützt Ihre Vertrauenswürdigkeit; 2. Geben Sie dem Kranken die Hand und stellen Sie sich vor; 3. Der Augenkontakt signalisiert Ihr Interesse am Gegenüber; 4. Bieten Sie dem Patienten einen bequemen Stuhl an; 5. Ein Lächeln motiviert ihn zu mehr Offenheit; 6. Der Patient braucht Zeit und vor allem Ihr offenes Ohr; 7. Gründliche körperliche Untersuchungen schaffen Vertrauen und unterstreichen, dass Sie ihn ernst nehmen; 8. Eine Spritze bewirkt manchmal mehr als eine Tablette; 9. Die Hand auf der Schulter kann beruhigen; 10. Geleiten Sie den Patienten mit aufmunternden Worten zum Ausgang (Albrecht, 2006).

Eigentlich könnte man den Artikel an dieser Stelle resigniert beenden, denn hier spiegeln sich exakt zwei aktuelle Trends: die heilberuflichen Machtverhältnisse und die positivistisch-reduktive erkenntnistheoretische Position der Forschung. Zur Resignation ist das Thema jedoch m. E. zu bedeutsam. In meiner langjährigen psychotherapeutischen und beraterischen Praxis – und hier insbesondere in der Arbeit mit komplex traumatisierten Klienten – vermittelte sich mir von Beginn an, dass der *Erfolg professioneller Begleitung* mit der *Qualität der helfenden Beziehung* steht und fällt. Trotz dieser Erfahrungen fiel es mir jedoch oft schwer, systematisch zu formulieren, wie es sich denn nun genau mit dieser Beziehung verhält und warum sie sich als so ‚wirksam‘ erweist. Eine Untersuchung zur Bewältigung früher Traumatisierung (Gahleitner, 2005a, 2005c) führte erneut zur zentralen Bedeutung unterstützender Beziehungserfahrungen, sowohl im unmittelbaren Umfeld als auch in der Begegnung mit professionellen Helfern.

Tatsächlich ist die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den therapeutischen Prozess das am besten belegte Ergebnis der Psychotherapieforschung und stellt *über verschiedene Therapieansätze hinweg eine wesentliche Determinante* zur Erreichung günstiger Therapieergebnisse dar (s. u.). Insbesondere emotionale Aspekte weisen studienübergreifend auf hohe Zusammenhänge mit dem therapeutischen Erfolg hin. Wie genau diese Beziehung jedoch aussieht, ist bis heute auch auf der Wissenschaftsebene ziemlich ungeklärt. Trotz Definitionsdebatten jedoch besteht große Übereinstimmung hinsichtlich der Annahme, dass die therapeutische Beziehung in allen Formen von Therapie eine wichtige Komponente darstellt und ihre generelle Qualität das Endergebnis der Therapie beeinflusst.

Die *Bindungsforschung*, die sich in den letzten Jahren zunehmend damit befasst hat, Behandlungskonzepte auf der Grundlage der *Bindungstheorie* zu untersuchen und die Ergebnisse für die Praxis zugänglich zu machen, hat hier m. E. einen entscheidenden Beitrag geleistet, wird jedoch gemessen daran im psychotherapeutischen Feld wenig rezipiert (s. u.). Blickt man z. B. in aktuelle Themenhefte von Fachzeitschriften aus dem therapeutischen Fachspektrum, wird man nicht so recht fündig. In der vierten Ausgabe der Zeitschrift ‚Psychotherapie im Dialog‘ wurde das Thema der therapeutischen Beziehung aus der Perspektive aller Verfahren dekliniert. Die therapeutische Beziehung wird in der Einleitung als *„das tragende Element jeder Psychotherapie“* bezeichnet (Senf & Broda, 2004, S. 320; Hervorhebung im Original). Die Bindungsforschung wird darin drei Mal erwähnt, einmal in einer einführenden Diskussion durch Jürgen Kriz (Holm-Hadulla, Kriz & Lieb, 2004) und jeweils einmal in den beiden Artikeln zur psychoanalytischen Perspektive (Heisterkamp, 2004; Hekele, 2004), allerdings lediglich durch kurze, nicht stark auf bindungstheoretische Konzepte bezogene Nennungen².

Bindung jedoch, verstanden als die Gesamtheit spezifischer, emotional und kognitiv verankerter Verbindungen eines Menschen zu Personen, zu denen er kontinuierlich über Raum und Zeit hinweg in Beziehung steht (Grossmann & Grossmann, 2004), konstituiert ein *„Gefüge psychischer Sicherheit“* (ebenda, S. 612). Die Qualität dieses Gefüges beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes in einer komplexen Weise, sondern stellt einen ebenso wichtigen Prognose- und Gestaltungsfaktor für Therapie- und Beratungsprozesse dar. Meine Erfahrung, dass Muster gelingender Interaktion eine wichtige Grundlage für helfende Berufe darstellen, ließ sich durch dieses Konzept besser systematisieren. Der vorliegende Artikel³ beleuchtet *Bindungsphänomene in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehungsgestaltung* im Hinblick auf die *klientenzentrierte Theorie*. Nach der Darstellung der zentralen theoretischen Konzepte der Bindungstheorie auf dem aktuellem Forschungsstand unternimmt er den Versuch, einen Einblick in die Kraft der Ressource ‚Beziehung‘ für die personenzentrierte Beziehungsgestaltung zu geben. Im zweiten Kapitel werden dazu Forschungsergebnisse zur therapeutischen Beziehung im Allgemeinen referiert, im dritten Kapitel bindungstheoretische und gesprächspsychotherapeutische Konzepte in einen Dialog gestellt und im Anschluss daran ein Modell von Jobst Finke (2004) als integratives Modell zwischen beiden Theoriesträngen vorgeschlagen. Im Schluss und Ausblick sollen weiterführende Fragestellungen dazu anregen, das Thema in Forschung, Theorie und Praxis des klientenzentrierten Ansatzes weiter zu entwickeln.

Bindungstheoretische Grundlagen

„Wenn man Bindungsverhalten bei einem Erwachsenen als regressiv bezeichnet, vergisst man die lebenswichtige Rolle, die dasselbe von der Wiege bis zum Grabe im Menschenleben spielt.“ (Bowlby, 1969–1980/2006, S. 204)

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stieß der englische Psychoanalytiker John Bowlby (1907–1990) bei der Behandlung schwer beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher immer wieder auf frühkindliche Defizite und Traumata. Im Kontrast zum „Mainstream“ der damaligen psychoanalytischen Theoriebildung hielt er die von den Kindern berichteten Erfahrungen nicht für Phantasien, sondern erkannte deren Bedeutung für den Lebensverlauf. Aus diesen Erkenntnissen entwickelte er die *Bindungstheorie* als ein zentrales *Konstrukt* zum Verständnis der *lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen* eines Menschen.

In den zentralen Publikationen (WHO-Studie, 1951/1973; Trilogie ‚Attachment; Separation; Loss‘, 1969–1980/2006) vertritt Bowlby die Auffassung, dass Kinder aufgrund einer evolutiv vorgegebenen Bindungsneigung die Nähe vertrauter Personen aufsuchen. Er geht

² John Bowlby als begründender Theoretiker der Bindungstheorie beispielsweise wird in der ganzen Zeitschrift nicht zitiert (vgl. auch den kürzlich erschienenen Übersichtsband von Sachse, 2006).

³ Für wichtige Anregungen danke ich herzlichst Prof. Dr. Finke und Prof. Dr. Höger.

davon aus, dass diese frühen Bindungen Kindern als sichere Basis und Grundstruktur für die gesamte weitere Entwicklung dienen. Die Bindungstheorie verbindet damit – für den damaligen Zeitpunkt revolutionär – ethologisches, entwicklungspsychologisches, psychoanalytisches und systemisches Denken und betrachtet Säugling und Fürsorgeperson als aktive Interaktionsteilnehmer (vgl. auch Brisch, 1999; Dornes, 2000).

In Situationen von Verunsicherung wird das Bindungsverhalten aktiviert. Ist das Sicherheitsbedürfnis gestillt, kann Exploration stattfinden. Die Abwesenheit stabiler Bindungspersonen hingegen behindert die Exploration der Umwelt und damit eine gesunde Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten. „Es braucht also eine ausgewogene Balance zwischen Sicherheit durch Nähe zur Bindungsperson und Sicherheit durch angeleitete, unterstützte Exploration.“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 603) Damit wird Bindung zu einem der *zentralen Schutzfaktoren* für „die seelische Gesundheit und die Charakterentwicklung“ (Bowlby, 1953/2005, S. 11).

Aus den Erfahrungen, die der Säugling mit seinen Betreuungspersonen macht, resultiert ein Gefühl der Gebundenheit, das verschiedene Qualitäten annehmen kann. Ausschlaggebend für das Gelingen einer sicheren Bindung ist die Verfügbarkeit mindestens einer Bezugsperson im Hinblick auf die Bedürfnisse und Signale des Kindes. Um eine stabile Bindung zu ermöglichen, müssen Fürsorgepersonen die Bedürfnisse der Säuglinge in einer *feinfühlig* Weise beantworten. Dies bedeutet, dass die Signale richtig wahrgenommen und interpretiert sowie prompt und angemessen beantwortet werden (*Konzept der Feinfühligkeit*; Ainsworth, Bell & Stayton, 1974).

Auf dieser Basis unterscheidet man verschiedene *Bindungstypen* (Ainsworth & Wittig, 1969): Verhält sich die zentrale Bindungsperson dem Säugling gegenüber *feinfühlig*, entwickelt er eine sichere Bindung, welche von Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität geprägt ist. Reagiert die Bindungsperson mit Distanz auf Bindungsbedürfnisse, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass beim Säugling eine unsicher-vermeidende Bindung entsteht. Beantwortet die Bindungsperson die Signale manchmal emotional zugewandt, häufig aber auch mit Zurückweisung oder Aggressivität, entwickelt sich eine unsicher-ambivalente Bindung. Die Bindungstypen sind jedoch nicht als absolute, sondern relative Größen, also jeweilige *Bindungsanteile* oder auch *konstruktives Coping mit den bestehenden Bindungsverhältnissen* zu verstehen.

Über die Interaktion mit Bindungspersonen entwickelt der Säugling Erwartungen, die sich mit der Zeit verfestigen und zu *Internalen Arbeitsmodellen* werden (Main et al., 1985; vgl. auch *representations of interactions that have been generalized*: RIGs bei Stern, 1985/1992, bzw. *Mentalisierungsprozesse des Selbst* bei Fonagy et al., 2002/2004). Diese finden eine Entsprechung auf neurophysiologischer Ebene (Grawe, 2004; Spangler, 2001). Das Zentralnervensystem ist in den ersten Lebensmonaten und -jahren noch stark formbar und muss angemessen stimuliert werden, damit

es später funktionieren kann (LeDoux, 1998). Man spricht dabei auch von *Aktivationsmustern des Gehirns* (Siegel, 1999).

Zuwendung, Nähe und Körperkontakt also „festigen den Bindungsprozess physiologisch“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 44). Werden solche Sequenzen von bedeutsamen Bezugspersonen empathisch und entwicklungsangemessen unterstützt, können die vagen Selbstempfindungen zunehmend kognitiv erfasst, mit Sprache gefüllt, vom Kind selbst(-wirksam) (Crittenden, 1995) kommuniziert und damit auch besser reguliert werden. Das Kind kann nun eigene *und* die Emotionen anderer erfassen und mit gestalten. Gelungene Interaktionen werden auf diese Weise zu einem grundlegenden Organisationsprinzip der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung.

Die Bindungstheorie gibt damit nicht nur Antworten auf Fragen zur frühen Kindheit. „In jedem Alter sind Bindungsgefühle und Bindungsverhalten eng mit der gesamten Entwicklung verbunden, mit der Entwicklung von Denken, Planen, Wollen, der Entwicklung der Selbständigkeit, der Selbstkontrolle und ... den sozialen Fähigkeiten“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 25). So entwickeln sich die *Internalen Arbeitsmodelle* in ständiger Interaktion des Individuums mit seinem Umfeld zu *Bindungsrepräsentationen*. Angelehnt an die drei Bindungsqualitäten der Kinder unterscheidet man im Erwachsenenalter eine autonom sichere, eine unsicher-distanzierte und eine präokkupierte Bindungsrepräsentation (für eine Übersicht vgl. Hesse, 1999).

Werden die elementaren Bedürfnisse eines Kindes also erfüllt und die Entwicklungschancen ‚gut genug‘ gefördert, hat ein Kind gute Chancen, sich zu einem gesunden Selbstwert, zu Stabilität, Widerstandsfähigkeit und sozialer Kompetenz zu entwickeln (Antonovsky, 1987/1997; Cicchetti, 1999; Schmidt-Denter & Spangler, 2005; Spangler & Zimmermann, 1999). Ein negatives soziales Umfeld wird dagegen postwendend zum Risikofaktor für die weitere Entwicklung. Im Gegensatz zur Entstehung einer *‚sicheren Bindungsbasis‘* in den ersten Lebensjahren erleben Kinder ohne einen *‚sicheren Hafen‘* eine bedrohliche Double-Bind-Situation: einerseits das existentielle Bedürfnis, sich der Bezugsperson zu nähern, andererseits dort nicht sicher oder gar bedroht zu sein. Dies hinterlässt beim Kind einen unlösbaren Bindungskonflikt mit der Folge massiver innerer Spannungen (Brisch, 2003).

Für misshandelte Kinder besteht sozusagen dauernder *‚Feueralarm‘* (Grossmann, 2002). Dies kann zur Ausbildung eines *‚desorganisierten Bindungsmusters‘*⁴ führen, welches *zusätzlich* zu den drei Bindungstypen klassifiziert wird. Dazu zählt beispielsweise stereotypes Verhalten, Erstarren mitten in einer bindungsrelevanten

⁴ Dies gilt jedoch nicht im Umkehrschluss: Nicht alle Kinder, die desorganisierte Bindungsanteile aufweisen, haben selbst Gewalt erfahren. Ein desorganisierter Bindungsanteil kann auch auf viele andere Weisen entstehen, z. B. wenn die Bezugsperson ihrerseits traumatisiert oder psychisch beeinträchtigt ist und das Kind im Kontakt mit ihr in bestimmten Beziehungssequenzen Abwesenheit oder Angst erfährt, obwohl dies nicht von der Fürsorgeperson beabsichtigt wird.

Situation oder chaotisches Wechseln zwischen verschiedenen Bindungstypen (Main & Hesse, 1990; Solomon & George, 1999). In nicht klinischen Stichproben zeigen ca. 15–20% der Kinder ein solches Bindungsverhalten, bei Kindern mit Traumaerfahrungen (oder aber traumatisierten Eltern) steigt dieses Muster auf bis zu 80% der Kinder an (Brisch, 2006). Eine globale, schwerwiegende Fragmentierung bis Zerstörung der Internalen Arbeitsmodelle klassifiziert man als ‚Bindungsstörung‘. Dabei geht man von einem fließenden Übergang von noch gesunden hin zu pathologischen Bindungsmustern aus (Crittenden, 1995). Karl Heinz Brisch (1999, 2006) unterscheidet übersteigertes, fehlendes, gehemmtes aggressives und undifferenziertes Bindungsverhalten und Rollenkehr und nennt zahlreiche Pathologien im späteren Leben, die damit in Zusammenhang stehen.

In die Bindungsbeziehung gehen damit alle Gefühle, Erwartungen und Erfahrungen ein, die ein Kind mit zentralen Bezugspersonen gemacht hat. Die Bindungstheorie bezieht sich dabei keineswegs nur auf die primären Bezugspersonen oder gar nur die biologische Mutter. Menschen können zu verschiedenen Bezugspersonen unterschiedliche Bindungsmuster entwickeln. Bindungen sind zwar *nicht* austauschbar, jede Bindung hat ihre eigene Spezifität, Tragfähigkeit, Kontinuität und emotionale Qualität – für jede Bezugsperson kann jedoch ein eigenständiges Arbeitsmodell ausgebildet werden (Steele et al., 1996). Alle Bindungserfahrungen nehmen damit Einfluss nicht nur auf die momentane Situation, sondern den gesamten Lebensverlauf – bis hin zu Voraussetzungen für die Einwirkungsmöglichkeiten späterer sozialer und professioneller Unterstützung. Ein lohnenswertes Feld also – insbesondere, jedoch keineswegs allein für den personenzentrierten Ansatz.

Bindungstheorie und Psychotherapie

„Ich dachte, es würde sich herausstellen, dass in den psychotherapeutischen Metatheorien, den Therapieprozessstheorien und in der Darstellung der therapeutischen Praxis zunehmend nicht nur die große Bedeutung von Intersubjektivität, Affektivität und Bindung betont werden, sondern vor allem das existenzielle Angewiesensein des Menschen von Geburt an darauf, dass er sich – und das geschieht im Rahmen von Intersubjektivität, Affektivität und Bindung – ein Bild von den Regelmäßigkeiten in der Welt und vor allem ein Bild von sich selbst machen und aufrechterhalten kann – und dass dieses Bedürfnis, das wir Gesprächspsychotherapeuten die Selbstaktualisierung nennen, allen anderen Wünschen und Bedürfnissen übergeordnet ist.“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 27)

Bereits John Bowlby (1988/1995; vgl. auch Holmes, 2002) betonte die Bedeutung der professionellen Bindungsbeziehung, ihre Funktion als *sichere Basis* für freies Explorieren, welches belastende Erlebnisse einschließlich ihrer emotionalen Repräsentationen in Übereinstimmung mit der gegenwärtigen Wirklichkeit zu bringen vermag und vergangene negative Bindungserfahrungen revidieren hilft. Im Sinne der Bindungstheorie formuliert er fünf

therapeutische Aufgaben, die neben der sicheren Basis durch die therapeutische Beziehung auch eine Überprüfung und Reflexion innerer Arbeitsmodelle vergangener, bestehender Beziehungen sowie der therapeutischen Beziehung vorschlagen.

Auch nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung gilt die therapeutische Beziehung seit geraumer Zeit als *stärkster allgemeiner Wirkfaktor* (Orlinsky et al., 1994; vgl. bereits Alexander & French, 1946). Über verschiedene Grundorientierungen und Schulen hinweg „haben große Übersichtsarbeiten in der Psychotherapieliteratur bezüglich einer Reihe von Behandlungsbedingungen und einer Palette von KlientInnenproblemen den entscheidenden Einfluss der therapeutischen Beziehung oder verwandter Konstrukte wie ‚therapeutische Bindung‘ auf das Ergebnis dokumentiert“ (Bachelor & Horvath, 2001, S. 143; vgl. auch Grawe, 2004). Demnach besteht kein Zweifel darüber, dass eine positive therapeutische Beziehungsgestaltung eine notwendige Komponente jeder Form effektiver Therapie darstellt (Bachelor & Horvath, 2000). Die Beziehung zwischen Klient bzw. Klientin und Therapeut bzw. Therapeutin, in Kombination mit Ressourcen des Klienten bzw. der Klientin, klären demnach ca. *ein Drittel der Varianz* auf⁵ und scheinen sich bereits früh in der Therapie auszubilden (Asay & Lambert, 2001; Bozarth, Zimring & Tausch, 2001).

Beziehung an und für sich kann, auch neurophysiologisch, Veränderung bewirken und ist nicht einfach nur eine Widerspiegelung nützlicher Ergebnisse (Grawe, 2004; Lambert & Bergin, 1994), kann also selbst eine Intervention darstellen, um vergangene und gegenwärtige Gefühle zu explorieren und zu verändern. Interessanterweise scheint die *Wahrnehmung der Beziehung durch die Klienten* dabei bedeutsamer zu sein als die Einschätzung der Fachkräfte. „Es scheint daher ratsam sicherzustellen, dass die von den KlientInnen wertgeschätzten Eigenschaften wirkungsvoll kommuniziert und für die Klienten erfahrbar werden“ (Bachelor & Horvath, 2001, S. 146). Dolan, Arnkoff & Glass (1993) beschreiben die therapeutische Beziehung als ‚korrigierende Erfahrung‘ und betonen die Bedeutung eines bindungssensiblen Vorgehens (vgl. aktuell Strauß, 2006).

Als auslösende Faktoren für die Herstellung und Aufrechterhaltung ‚*emotional korrigierender Erfahrungen*‘ gelten die „unausgesprochene Affektabstimmung“ zwischen Patient bzw. Patientin und Therapeut bzw. Therapeutin sowie das „affektive Klima“ (Brisch, 1999, S. 94). Die therapeutische Beziehung konstituiert sich also vor dem Hintergrund der häufig unbewussten Beziehungswünsche des Patienten bzw. der Patientin, die er bzw. sie in der therapeutischen Beziehung zu aktualisieren versucht. Sie treten mit Beziehungserfahrungen und Beziehungswünschen des Therapeuten bzw. der Therapeutin in Interaktion. „Aufgabe des Therapeuten ist es nun, die Beziehungswünsche des Patienten zu erkennen und zu

5 Unter der Varianzaufklärung versteht man hier den Wirkungsanteil an der Therapie (also an den Veränderungen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt), der sich auf der Basis einer statistischen Analyse auf die Beziehungsgestaltung zurückführen lässt.

reflektieren, welche zu fördern sind und welche die Erkrankung stabilisieren und damit zu verändern sind“ (Merten, 1990, S. 1).

Die Nähe zur Bindungsforschung als ein zentrales Grundelement, sollte man meinen, liegt also auf der Hand. Ein Blick in die Innenwelt der Psychotherapieforschung zeigt jedoch eher Gegenteiliges. Neben dem einführenden Zitat von Eva-Maria Biermann-Ratjen (2006) zeigt dies auch ein Blick in den Forschungsstand zum Thema. Aus einer Literaturrecherche in deutschen Fachdatenbanken zieht Diether Höger (2006c) den Schluss, dass zwar eine Gruppe engagierter Autoren den Einfluss der Bindungstheorie auf die Psychotherapieforschung und -gestaltung qualifiziert vorantreibt, „ihre Wirkung auf die Kollegenschaft ist jedoch recht spärlich. Die Bindungstheorie ist offenbar kein Thema mit einer besonderen Breitenwirkung in der Psychotherapie“ (S. 19). Er erwähnt zugleich, dass die Ergebnisse im angloamerikanischen Sprachraum sehr viel differenzierter ausfallen – dort ist der Forschungsgipfel bzgl. der Vernetzung dieser Themen, würde ich ergänzen, fast schon überschritten, wie eine Recherche im Sommer 2006 mir anzeigte. Auf den Umgang der wissenschaftlichen Community mit dem Thema wird im Schlussteil des Artikels nochmals eingegangen.

Was bedeutet dies jedoch für die Praxis vor Ort? Karl Heinz Brisch, einer der Vertreter, der sich in den letzten Jahrzehnten sehr um die Implementierung der Bindungstheorie in die Beziehungskultur helfender Berufe bemüht hat, fasst prägnant zusammen: „Ist der Therapeut mit den Bindungsmustern und ihren Störungen sowie deren Ursachen vertraut, kann er entsprechend bindungsorientiert darauf eingehen.“ (Brisch, 2003, S. 121) Dies klingt zunächst banal, gelungene Interaktionen jedoch stellen einen *Mikrokosmos von Feinabstimmungen* dar, der komplexe Kompetenzen und über den gesamten Therapieprozess hinweg eine professionelle Beziehungsgestaltung erfordert (vgl. dazu Rahm, 2005).

Dazu gehört als Voraussetzung eine *mehrdimensionale, beziehungsensible diagnostische Abklärung*, die der Biographie, der Lebenswelt und dem sozialen Umfeld angemessenen Stellenwert einräumt und von Beginn an ein möglichst nahtloses Anknüpfen an den ‚jeweiligen Beziehungsstatus‘ gestattet. Darauf aufbauend ist aus der Diagnostik eine *indikationsspezifische und situationsadäquate Interventionskonzeption* aufzubauen, in der der Beziehungsgestaltung und dem Beziehungsprozess ein *Primat vor methodischen Aspekten* eingeräumt wird. Ermöglicht wird ein solches Vorgehen nur durch eine präzise Kenntnis zentraler Bindungs- und Beziehungsphänomene, insbesondere dem Konzept der ‚schützenden Inselerfahrung‘ (s. u.) und seiner personenzentrierten Umsetzung in die Praxis.

Auf die diagnostische Abklärung einzugehen, würde an dieser Stelle zu weit führen (vgl. dazu Gahleitner, 2005b). Gleiches gilt für die Entwicklung indikationsspezifischer und situationsadäquater Interventionsplanung (vgl. dazu Gahleitner, 2005a). Die Gedanken zu einem bindungs-sensiblen Therapiegeschehen werden im Folgenden anhand einiger theoretischer Überlegungen zur personenzentrierten

Beziehungsgestaltung skizziert und sollen zu weiteren Diskussionen darüber einladen.

Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung

„Da der Mensch aber immer auch korrigierende Beziehungserfahrungen machen, d. h. an neuen Erfahrungen die Ungültigkeit seiner bisherigen Beziehungserfahrungen erleben kann, ist Psychotherapie als Beziehungstherapie möglich und nötig.“ (Finke, 2004, S. 14)

Bindungsforschung untersucht „die Art individueller Verinnerlichung unterschiedlicher Bindungserfahrungen und ihre Auswirkungen auf die Organisation der Gefühle, des Verhaltens und der Ziele einer Person“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 29f.). Erlebens- und Verhaltensmuster hängen neben individuell geprägten Umständen vor allem von den Erfahrungen ab, die Menschen mit anderen Menschen in ihrem Leben gemacht haben und die sich wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 244) lebenslang in ihre psychische Struktur implementieren. Das „Konzept vom eigenen Selbst“ verweist damit immer zugleich auf ein „Weltkonzept“, das unsere Eindrücke von und unsere Beziehungen zu relevanten Anderen und unsere Bindungserfahrungen abbildet (Finke, 2004, S. 12; vgl. auch Biermann-Ratjen & Eckert, 2002).

Sichere Bindungsstrukturen haben dabei eine bereits mehrfach betonte charakteristische *Doppelfunktion*: Sie dienen der momentanen Sicherheit und dem aktuellen psychischen Wohlbefinden, aber auch als Risikopuffer für die gesamte weitere Kompetenzentwicklung, Beziehungs- und Lebensgestaltung (vgl. auch so genannte Haupt- und Puffereffekte in den Konzepten sozialer Unterstützung, zusammenfassend bereits Nestmann, 1988). Jede positive Bindungserfahrung, sei es durch Außenstehende, durch spätere Partner- und Freundschaften, sogar eigene gelebte Fürsorglichkeit gegenüber anderen, spielen also eine wichtige Rolle. Dies belegen retrospektive Interviews mit Erwachsenen (Gahleitner, 2005a).

Dieser Sachverhalt hat eine große Bedeutung für das Konzept so genannter ‚schützender Inselerfahrungen‘: Die Abwesenheit von tragfähigen Beziehungen verursacht selbst bei kleinen Belastungen Kindern wie Erwachsenen physiologische Stressreaktionen (Grossmann, 2002; Spangler, 2001), das Bestehen *nur einer einzigen förderlichen Bindung* jedoch kann trotz sonstigem Vorherrschen negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellen, eine elementare Tatsache für helfende Professionen. Dieses Phänomen verdient eine genauere Betrachtung. Dazu lohnt sich erneut ein Blick in die so genannten Mentalisierungsprozesse des Kindes (vgl. insbesondere Fonagy et al., 2002/2004):

Werden emotional bedeutsame Erlebnissequenzen bereits früh von bedeutsamen Bezugspersonen empathisch unterstützt, entwickeln sich vage Selbstempfindungen zu ‚Internalen Arbeitsmodellen‘, d. h. mit der Kognitions- und Sprachentwicklung ändern sich

zwar die Gefühle nicht, aber es werden klärende Gespräche mit dem Kind über solche Zusammenhänge möglich. „Innere Gefühlszustände [...] werden nun für das Kind auf der Ebene bewusster sprachlicher Diskurse ‚verfügbar‘“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 419). Parallel dazu wächst die Fähigkeit zur ‚sozialen Perspektivübernahme‘. Idealerweise lernt das Kind, dass sich aus einer partnerschaftlichen Orientierung „spielerisches, erkundendes, zielorientiertes und mit der Wirklichkeit umgehendes Verhalten entwickeln kann, im Gegensatz zu eingeschränktem, starrem, wirklichkeitsunangemessenem Verhalten“ (ebenda, S. 30).

Auch in Therapie und Beratung arbeitet man auf eine Rekonstruktion des Weltbildes und der Modelle von sich selbst und anderen hin, so dass wieder gemäß den Umwelthanforderungen gehandelt werden kann. ‚Verzerrte Symbolisierungen‘ werden in ‚exakte Symbolisierungen‘ (Rogers, 1959a/1987) transformiert, das „Bezugssystem jeweils um Nuancen erweitert“ (Finke, 2004, S. 4). Carl R. Rogers⁶ (1957a, 1959a/1987, 1967f) formulierte als erster Vertreter aus dem helfenden Spektrum diese wachstumsfördernde Beziehung als notwendige und hinreichende Grundbedingung, als eine „geschlossene Konzeption“ (Höger, 2006a, S. 19) beraterischen und therapeutischen Handelns⁷. Nach seiner Ansicht beruht das ‚Heilende‘ der Beziehung auf der radikal akzeptierenden und empathischen Grundhaltung, die Räume zur Selbstentfaltung bereit stellt. Diese Grundmaxime hat große Parallelen mit dem oben beschriebenen Konzept der Feinfühligkeit (Ainsworth & Wittig, 1969). „Die Neudefinition der Interaktion im psychotherapeutischen Prozess auf der Grundlage einer unter anderem durch die Säuglingsforschung empirisch fundierten Entwicklungspsychologie ist in hohem Maße mit der Abstraktion der Bedingungen für den therapeutischen Prozess, die Rogers empirisch ermittelt hat, kompatibel.“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 37)

Die klientenzentrierte Theorie versteht das Bedürfnis nach Verbundenheit und unbedingter Anerkennung ebenfalls als „grundlegendes Organisationsprinzip in seiner emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 602). Dies entspricht dem Bindungsbedürfnis in der Bindungstheorie. Der Verlust einer zentralen Bindungsperson schlägt sich im Selbstkonzept nieder. Das Selbstkonzept beinhaltet somit die inneren Arbeitsmodelle als einen zentralen Bereich des Selbst. Dies gilt

insbesondere für jenen Bereich des Selbstkonzepts, der sich auf die Wahrnehmung der Beziehungen mit anderen bezieht (vgl. dazu Höger, 2006b, S. 65 f.). Donald W. Winnicott (1958/1976) prägte für die Bedeutung einer fördernden und haltenden Umwelt den Begriff des ‚*Holding Environment*‘. Das Konzept lässt sich gut zu der ‚sicheren Basis‘ von John Bowlby (1988/1995), dem ‚Konzept der Feinfühligkeit‘ von Mary D. S. Ainsworth und Barbara A. Wittig (1969), der ‚mütterlichen Einstimmung‘ von Daniel Stern (1985/1992) und Carl R. Rogers‘ Grundmaximen (1957a, 1959a/1987, 1967; siehe oben) in Beziehung setzen. Sie alle zielen auf das gleiche methodische Konzept: auf die Funktion von bedeutsamen Personen – zunächst als Basis für die (Neu-)Strukturierung der inneren Erfahrung.

In der ‚Begegnung‘ mit Martin Buber fand bei Carl R. Rogers die Bedeutung der Gegenseitigkeit Eingang in die therapeutische Beziehung: „a real meeting of persons in which it was experienced the same from both sides“ (Rogers & Buber, 1960, S. 212). Wenn wir in eine unmittelbare einzigartige Begegnung eintreten, so Buber, entfaltet sich ein Dialog im ‚Zwischen‘. Dieses ‚Zwischen‘ konstituiert sich in jeder Begegnung neu. Die Begegnung ist dabei ihr eigener Inhalt. Begegnung „geschieht“ (Buber, 1923/1983, S. 18) mit der ‚Macht der Ausschließlichkeit‘ (ebenda, S. 14). Der wechselseitige Charakter der therapeutischen Beziehung gewinnt daraufhin immer mehr an Bedeutung. Die ‚Alter-Ego-Position‘ als ursprünglich zentrales Beziehungskonzept des personenzentrierten Ansatzes wird um die ‚Dialogbeziehung‘ ergänzt (Finke, 2004, S. 4). Die Aufgabe helfender Professionen ist, sich auf diese Unmittelbarkeit einzulassen. Der Dialog steht hier für eine Art des Austauschs, der auf Gegenseitigkeit zielt, auf verstehende Konfrontation, auf Verwirklichung der Möglichkeiten des Einzelnen in der jeweiligen Beziehung, auf (Selbst-)Öffnung und (Selbst-)Erweiterung (vgl. zusammenfassend Balen, 1992).

Klienten soll es so möglich werden, ihr inneres Erleben zu aktualisieren, zu thematisieren und sich im Dialog mit der helfenden Person besser zu verstehen. Die helfende Beziehungsgestaltung ist aus dieser Perspektive ein Vorgang, der nicht nur eine Persönlichkeitsentwicklung des Klienten bzw. der Klientin ‚fördert‘, sondern auch eine entsprechende Entwicklung der Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin ‚erfordert‘ (Schmid, 2002; vgl. auch Pfeiffer, 1993), da er weniger auf Einsicht als auf lebendige Erfahrung der Gegenseitigkeit abzielt, auf den „unmittelbaren vitalen Erlebensgrund der Patienten“ (Finke, 2004, S. 11).

„Auf der Grundlage einer entwicklungsfördernden Grundhaltung, die durch die Kernbedingungen (Basisvariablen) Kongruenz, Akzeptanz und Empathie ebenso wie das Angebot der Strukturgebung und Bindungssicherheit gekennzeichnet ist, wird reflexiv ein auf das jeweilige Gegenüber ‚abgestimmtes‘ Beziehungsangebot gemacht. Dadurch können nicht verarbeitete Erfahrungen reaktualisiert, symbolisiert, d. h. dem Bewusstsein zugänglich gemacht und integriert werden. Zusätzlich kann das Kind ... korrigierende Beziehungserfahrungen machen, so dass es seine Inkongruenzen lösen, verzerrte oder verleugnete Erfahrungen ändern kann. So werden

6 Entlang der klientenzentrierten Theorie formuliert bereits Tscheulin (1992) Realitäts Offenheit, Personenbezogenheit und Akzeptationsbreite als zentrale Bedingungen eines geglückten ‚Therapeutischen Basisverhaltens‘ und findet sie letztlich in allen vorherrschenden Grundorientierungen auf. Die Konzentration auf die beiden genannten Vertreter soll anderen Verfahren nicht das Augenmerk auf Beziehungsgestaltung in helfenden Prozessen absprechen. Carl R. Rogers und Martin Buber und die auf ihnen basierenden Verfahren haben die Bedeutung der Beziehung jedoch von Beginn an als Grundbedingung betrachtet und ausformuliert (für eine Reflexion der verschiedenen therapeutischen und beraterischen ‚Beziehungskulturen‘ im Hinblick auf integrative Aspekte vgl. Finke, 1999; Gahlleitner 2005a; für den Kinder- und Jugendlichenbereich in der VT vgl. z. B. Borg-Laufs, 2002).

7 Genau betrachtet gab es selbstverständlich bereits ähnliches Gedankengut (z. B. bei Rank u. a.), jedoch nicht gleichermaßen systematisch ausformuliert (vgl. Kirshenbaum, 1979; im Überblick nachzulesen bei Höger, 2006a, S. 11 ff.).

intrapyschische Prozesse aktiviert und es können neue Selbst- und Weltwahrnehmungen in ein sich veränderndes Selbstkonzept integriert werden.“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 43f.)

Zentral daran aus der Perspektive der Bindungstheorie ist die aufrichtige menschliche Begegnung als Alternativerfahrung zur bisherigen Beziehungsverunsicherung, eine gemeinsame Konstruktion in identitätsstiftenden Erzählungen, diesmal mit einer vertrauenswürdigen Person (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 426). *Die Beziehung an und für sich wird zur Therapie*. Gendlin (1996/1997) bezeichnet diese Verbundenheit als ‚relating in depth‘, eine Art ‚Fortsetzung der Feinfühligkeit – diesmal jedoch über Sprache‘. Es kommt zu einer „Art *Wiederholung und Neustrukturierung defizitärer Kindheitserfahrungen*“ (Sander, 1999, S. 53, Hervorhebungen im Original). Im Idealfall bedeutet dies, dass die in der Therapie erworbenen Beziehungserfahrungen vom Klienten bzw. der Klientin verinnerlicht und zu einer positiven Weiterentwicklung im Umgang mit sich und anderen genutzt werden können. Die Möglichkeit, im späteren Lebensverlauf auf diese Weise wieder mehr Bindungssicherheit zu erwerben, bezeichnet man in der Bindungstheorie als ‚*earned secure*‘ (Main, 1995; vgl. auch Hauser & Endres, 2002).

„Rogers hat im Kontakt des Klienten mit dem kongruenten, empathisch verstehenden und unbedingt wertschätzenden Therapeuten eine Situation gesehen, in deren Schutz sich der Klient seinen aktuellen ängstigenden Selbst- und Beziehungserfahrungen zuwendet und Erfahrungen macht, die er in das Selbstkonzept integrieren könne.“ (Biermann-Ratjen & Eckert, 2002, S. 12)

Helfende Professionen sind aus dieser Perspektive „im Sinne der Bindungstheorie für das Reparieren und das Anknüpfen an die unterbrochene Kommunikation zuständig“ (Döring, 2004, S. 196). „Besonders in schwierigen Lebenssituationen müssen sprachliche Repräsentationen vom Denken, Fühlen und Handeln anderer und von sich selbst durch offene Kommunikation mit vertrauten Personen ‚kokonstruiert‘ werden.“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 427) Dann kann sich möglicherweise ‚auch der Bezug zur Welt‘ ändern. „Neue feinfühlig und emotional verfügbare Interaktionserfahrungen ... helfen⁸ dem Gehirn vermutlich, sich neu zu strukturieren und es besteht nochmals eine neue Chance für ... Entwicklung.“ (Brisch, 2006, S. 44) „In der Sprache des klientenzentrierten Konzepts: Der entfaltende Aspekt der Aktualisierungstendenz ... greift Platz und Inkongruenz wird reduziert.“ (Höger & Müller, 2002, S. 36)

„Der Diskurs ist der bei weitem wichtigste Weg, um eine ‚stets aktive Wechselbeziehung zwischen Innen und Außen‘, eine Beziehung zwischen dem Erleben auf den verschiedenen Ebenen des Denkens und Fühlens (der Internalen Kohärenz) und der Wirklichkeit (der

externalen Korrespondenz des Erlebten) herzustellen. Dies gilt ... besonders für die Verknüpfungen zwischen vor- und außersprachlichen Erfahrungen im Rahmen von Bindungsbeziehungen und den ihnen zugrundeliegenden Gefühlen und Verhaltensweisen. Der Dialog darüber erst erschließt ihre Bedeutung und macht sie so den eigenen Reflexionen – dem ‚Nach-Denken‘ – und möglichen Veränderungen zugänglich“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 420).

Gesprächspsychotherapie als eine beziehungsorientierte, erlebniszentrierte und einsichtsvermittelnde Methode – Versuch eines Modells

Aus therapeutischer Sicht formuliert Jobst Finke (2004) die Gesprächspsychotherapie als eine beziehungsorientierte, erlebniszentrierte und einsichtsvermittelnde Methode. „Das therapeutische Verstehen ist auf Verständigung gerichtet und an ein spezifisches Beziehungsangebot gebunden ... so, dass das jeweilige Beziehungsangebot Art und Ziele der therapeutischen Verstehenshaltung und der sich daraus ergebenden Intervention bestimmt“ (Finke, 2004, S. 1; vgl. bereits im Erstgespräch Behr, 2006). „Durch das ‚Verstehen des Therapeuten‘ wird ‚das Selbstverstehen des Patienten‘ erreicht, indem die einsichtsvermittelnde Sinnfigur aus einem längeren Interaktionsprozess entwickelt wird. Dem Selbstkonzept widersprechende Erfahrungen können integriert werden – unter der positiven Wertschätzung einer anderen kongruenten, empathischen Person“ (Biermann-Ratjen & Eckert, 2002, S. 11).

Für diese Aufgabe bietet „die dem Klientenzentrierten Konzept in ihrer Fragestellung und Forschungsmethodik weitgehend verwandte Bindungstheorie“ (Höger & Müller, 2002, S. 36) einen theoretisch wie empirisch sinnhaften Orientierungsrahmen. So kann man beispielsweise die Bedeutung verschiedener Bindungsstrategien für die personenzentrierte Störungslehre näher betrachten (vgl. dazu Höger, 2007). Verknüpft man mehrere dieser Überlegungen miteinander, ergeben sich interessante Korrespondenzen. Jobst Finke (2004) nennt für die gesprächspsychotherapeutische Persönlichkeits- und Störungstheorie drei Grundkonzepte: die Aktualisierungstendenz, die zwischenmenschliche Beziehung und die Inkongruenz, auf die jeweils interventiv geantwortet werden muss. Angelehnt an die daraus abgeleitete Übersichtstabelle ließen sich entlang den Ausführungen zum Therapieprozess jeweils bindungstheoretische Korrespondenzen vorschlagen.

Selbstverständlich sind und bleiben auch diese Überlegungen sowohl der theoretischen Voraussetzungen als auch des Bindungsprozesses weiterhin diskussions- und ergänzungsbedürftig. Gemessen an der Komplexität wird ein großes Ausmaß an Forschung benötigt, um den Bindungs- und Beziehungsprozessen in Therapie und Beratung eingehender auf die Spur zu kommen. Wichtige Beiträge zu einem forschungs- und theoriegeleiteten differenziellen therapeutischen Handeln innerhalb des klientenzentrierten Ansatzes sind jedoch bereits erfolgt. In einem Übersichtsartikel

8 Die Begrifflichkeit ‚helfen‘ ist hier streng genommen verwirrend. Das Gehirn kennt natürlich keine ‚Erfahrungen‘, sondern nur die Änderungen von Elektronenströmen in den Leitungsbahnen, die sich dann wiederum in psychischen Befindlichkeiten und Handlungsimpulsen niederschlägt.

Krankheitslehre	Selbstregulationsmodell	Inkongruenzmodell	Beziehungsmodell
Therapietheorie	↓ Therapie als anschauernder Mitvollzug	↓ Therapie als Erfassen komplexer Sinngehalte	↓ Therapie als „neue“ Kommunikation
Therapieprinzipien	↓ Bedingungsfreies Akzeptieren	↓ Einführendes Verstehen	↓ Echtheit/Kongruenz
Therapietechnik	↓ Anerkennen Ermutigen Solidarisieren	↓ Formen und Stufen des Selbstverstehens	↓ Konfrontieren Beziehungsklären Selbsteinbringen
Bindungstheoretische Korrespondenz	↓ ,sichere Basis‘ (Bowlby, 1988/1995) ,Holding environment‘ (Winnicott, 1958/1976) ,mütterliche Einstimmung‘ (Stern, 1985/1992)	↓ ,Earned secure‘ (Main, 1995): beginnende vorsichtige Exploration aktueller wie vergangener Themen und Beziehungen	↓ Auf der Basis der ‚Earned secure‘: aktive Be- und Durcharbeitung aktueller wie vergangener Themen und Beziehungen in Richtung internaler Kohärenz und externaler Korrespondenz (Biermann-Ratjen, 2006; Biermann-Ratjen & Eckert, 2002; Brisch, 1999, 2003, 2006; Grossmann & Grossmann, 2004; Höger, 1990, 2006c, 2007)

Tab. 1: Zusammenhänge des Konzepts nach Jobst Finke (2004, S. 15) zum methodischen Begründungszusammenhang von Krankheitslehre, Therapietheorie, Therapieprinzipien und Therapiepraxis, ergänzt um bindungstheoretische Überlegungen (zur praktischen Relevanz solcher u. ä. Prozess-Stationen im Therapieschehen anhand eines Fallbeispiels vgl. Gahleitner, 2005a, 2007)

über Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen z. B. gibt Höger (2002) einen differenzierten Einblick in Grenzen und Möglichkeiten statistischer Methoden in der Bindungsforschung.

Das Problem ist wie häufig in der klinischen Forschung: es geht um dynamische Zusammenhänge, nicht um bloße Korrelationen. Eine weitere ebenfalls nicht selten auftretende Komplikation besteht darin, dass Fragebögen in aller Regel auf Selbstauskünften beruhen. „Bei Bindungsfragebögen beeinflusst in gravierendem Maße der abzubildende Sachverhalt (nämlich das Bindungsmuster) den Abbildungsprozess (der Vorgang der Itembeantwortung) und damit das Abbildungsergebnis“ (ebenda, S. 113). Ein zusätzliches forschungsmethodologisch bisher völlig ungeklärtes Problem resultiert aus der Konvention, die therapeutische Beziehung in vielen Untersuchungen therapeutischen Techniken sozusagen als ‚Nullgruppe‘ bzw. als ‚Placebo‘ gegenüberzustellen. Das bedeutet: die Wirkung einer Technik wird mit der suggerierten Nichtwirkung durch ‚reine Beziehungsarbeit‘ verglichen. Therapeutische Arbeit ohne Beziehung ist nachvollziehbarer Weise nicht statistisch zu erheben; ebenso bleibt unklar, wie viel der Wirkung beim Einsatz therapeutischer Techniken dem Zusammenwirken von ‚Beziehung plus Technik‘ im Kontrast zu ‚nur Technik‘ zukommt.

Dies stellt jedoch keinesfalls die Arbeit an der Methodenentwicklung in Frage. Qualitative und quantitative Methoden könnten einander hier fruchtbar ergänzen, um „empirisch auf einer möglichst breiten inhaltlichen Basis zugleich theorie- und phänomengeleitet,

nach bedeutsamen bindungsrelevanten Varianten des Konzepts von sich und anderen zu suchen und Fragebögen zu deren Identifikationen zu entwickeln“ (ebenda, S. 117). Das zeigt beispielsweise die Entwicklung des Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen (BFKE) (Höger, 1999) und konkrete Projekte dazu (z. B. Höger & Wissmann, 1999) und eine Anzahl weiterer abgeschlossener Forschungsprojekte in diesem Bereich mit diesem und anderen Instrumenten (vgl. u. a. Schmidt, Strauß, Höger & Brähler, 2004; Strauß et al., 2006). Das Unternehmen lohnt sich also. An diesen Ergebnissen könnte und sollte weiter angeknüpft werden.

Schlussgedanken und Ausblick

Gerade in der postmodernen globalisierten Welt, die von fragmentierten Erfahrungen, pluralen Lebenslagen und Milieus sowie extremer Individualisierung gekennzeichnet ist, sind soziale Ressourcen in Form stabiler psychosozialer Geborgenheit als positiver Gegenhorizont bedeutsam (Keupp, 1997, S. 2003). Beziehung schafft Schutz, Stabilität und Kontinuität sowie eine Ausgangsbasis für Neuerschließungen. Bindungstheorie vertritt „entgegen dem puritanischen Ethos der Unabhängigkeit des Individuums, dass das Bestreben, jemandem nah sein zu wollen, respektiert, wertgeschätzt und unterstützt werden soll“ (Grossmann, 2002, S. 55) und „nicht als ein defizienter Modus menschlicher Existenz“ (Finke, 2004,

S. 14) zu verstehen ist. Statt „Unabhängigkeit“ fordert der Fokus auf Beziehungsprozesse „Autonomie in Verbundenheit“ (Grossmann, 2002, S. 39).

Intervention kann so betrachtet niemals Intervention am Individuum alleine sein, sondern ist immer „Intervention im Leben eines Menschen, der mit anderen Menschen zusammen lebt“ (Falck, 1988/1997, S. 129). Bindungstheorie hilft hier systematisieren und erweist sich damit als bedeutsam für helfende Professionen, die stets ‚durch die Beziehung hindurch‘ mit Klienten verbunden sind und gemeinsam mit ihnen an Veränderungsprozessen arbeiten. „Mit sozialen, kommunikativen und dialogischen Kompetenzen kann Lebensbewältigung und Alltagsgestaltung leichter gelingen. Bei der Pluralität von Werten und Orientierungen für das Zusammenleben, kann und muss vieles miteinander ausgehandelt werden ... [und] verlangt ... Aushandlungskrobatik“ (Steenbuck, 2005, S. 83).

Trotz der Suche nach Systematik und Struktur zum Verständnis persönlicher Beziehungen im Alltag und in der Anwendung auf die Beziehungsgestaltung in Therapie und Beratung können und dürfen konkrete ‚Anweisungen und Forderungen‘ für die praktische Arbeit vor Ort jedoch immer nur Anregungen sein. Bindungsorientierte Intervention in Form von Regeln zu organisieren, kann einen wichtigen Wissenshintergrund darstellen, vor dem aber letztlich der indikationsspezifische und situationsadäquate Einsatz die eigentliche Qualität der Hilfestellung ausmacht. In der Gesprächspsychotherapie stand dieses Grundverständnis der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung von jeher im Zentrum therapeutischen Handelns wie auch in der ihr zugrunde liegenden Therapietheorie, dem Klientenzentrierten Ansatz (Höger & Wissemann, 1999).

Die Wichtigkeit emotional bedeutsamer Beziehungen und korrigierender emotionaler Erfahrungen ist inzwischen in der Psychotherapieforschung hinreichend belegt (s.o.). Dies gilt auch für die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren vor Therapietechniken. Es muss jedoch eine Passung geben zwischen den allgemeinen Wirkfaktoren einerseits und der verfahrensspezifischen Interventions-technik andererseits (Tscheulin, 1992). Der Vorschlag von Jobst Finke (2004) lautet, aus übergeordneten und das Verfahren charakterisierenden Therapiezielen wie Verbesserung der Kongruenz, der Selbsttransparenz und Selbstexploration Subziele abzuleiten, die dann jedoch an individuellen sowohl prozessspezifischen wie persönlichkeits- und störungsspezifischen Merkmalen ausgerichtet sind. Indikationsspezifisch und prozessadäquat bewegt sich das Beziehungsverhalten des Therapeuten bzw. der Therapeutin dann von einem verstehend-spiegelnden bis hin zu einem dialogisch-interaktionellen Modus. So kann eine Verschränkung von inhaltlichen und prozessualen Aspekten erfolgen⁹.

Aufgabe der helfenden Berufe ist es, diesen Bereich für ihr jeweiliges Klientel detailliert auszuformulieren. Insofern erscheint es sinnvoll, dass Wissenschaft und Praxis in der Bindungsforschung eng verschränkt bleiben sowie empirische Modelle in neue Handlungsmodelle einfließen, von dort überprüft werden und wiederum in die Erarbeitung handlungsrelevanter Kriterien für gelingende Hilfeprozesse münden. Offene Fragen gibt es genug. Ob es dafür zweckmäßig ist, entsprechend dem Modell der Evidence-based Practice, dem quantitativen Forschungsparadigma stets den Vorrang zu geben vor dem qualitativen, das auch hermeneutische Verfahren und subjektforschungsorientierte Ansätze zur Datenauswertung ermöglicht, mutet eine fast schmerzliche Frage an in einem Bereich, in dem subjektive Prozesse der Klienten so elementar die Praxis bestimmen.

„Szenarien des Kontakts‘ zum Goldstandard zu erheben, bleibt daher an vielen Stellen fragwürdig. Wie sehr dies zumindest zu Problemen führt, beweist ein Blick in kürzlich publizierte Übersichtsbändchen, die nach einigen einführenden Gedanken die Gegenseitigkeit in der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut bzw. Therapeutin und Patient bzw. Patientin aus dem Katalog der beachtenswerten Faktoren in der therapeutischen Beziehungsgestaltung streichen, da sie sich leider nicht angemessen operationalisieren lässt (vgl. z. B. bei Sachse, 2006). Hier schließt sich der Kreis zum Einführungsbeispiel: schlagwortartige Listen sind operationalisierungsfreudig; ob sie uns jedoch in der Beziehungsgestaltung wirklich weiterführen, mag der Leser bzw. die Leserin erwägen.

In der Unterscheidung von task-orientierten und sozial-emotionalen Aspekten der therapeutischen Beziehung werden beim kommunikativen Kontakt und dem Affektaustausch die höchsten Effektstärken gefunden (Orlinsky et al., 1994). Um solch komplexen Zusammenhänge aber in forschungspraktikable Begrifflichkeiten zu transformieren, die noch Praxisnähe aufweisen, müsste man bei der Forschung viel stärker auf der Ebene des konkreten Geschehens ansetzen. Um „nach bindungsrelevanten Mustern des Konzepts von sich selbst und anderen ... zu suchen“ (Höger, 2002, S. 116) sollte Forschung gegenstandsbezogen angewendet werden. Dieses „Primat des Gegenstandes vor der Methode“ (ebenda) lässt sich nicht einfach umkehren.

Ebenso zeigt sich in diesem Forschungsbereich schmerzhaft der Verlust durch mangelnde Interdisziplinarität. Die Ergebnisse aus Ethologie und Anthropologie sowie Kulturanthropologie scheinen bisher für nicht wert gehalten zu werden, in der Psychotherapieforschung und -landschaft weitreichend einbezogen zu werden. Rogers (1959a/1987) hingegen suchte nach natürlichen Bedingungen für günstige Entwicklungsprozesse, die sich mit der beschreibenden und Zusammenhänge aufspürenden Ethologie und Anthropologie besser verknüpfen lassen als mit isolierten Faktoren

⁹ Im Kontrast dazu wird die therapeutische Beziehung bei Sachse (2006) als stark zweckorientierte, strategische Technik (S. 17) definiert. Der Therapeut gestaltet die Beziehung hier „zielgerichtet, geplant und intentional“ (ebenda, S. 15). Dieses Vorgehen hat eine Nähe zur Pfadanalyse (Caspar, 2005) und ist in jedem Falle als

wertvoller Beitrag zur Aufklärung von Beziehungskonstellationen hilfreich, deckt jedoch m. E. nicht die Breite und Tiefe therapeutischer Beziehungsgestaltung ab.

aus quantitativen Designs. Beobachten, Beschreiben, Kategorisieren und systematisches Interpretieren – und die gegenseitige Durchdringung dieser verschiedenen Strategien – können in diffiziler Kleinarbeit sehr tragfähige Ergebnisse zutage fördern (Höger, 2006c). „Ein solches Vorgehen würde allerdings die übliche Methodik der Psychotherapieforschung auf den Kopf stellen – oder ... vom Kopf auf die Füße“ (ebenda, S. 22).

Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie wird die Frage, ob Klienten auf das Beziehungsangebot eingehen können, nicht mehr zu einer Frage nach der Indikation, sondern ganz einfach zu einer Herausforderung an den Psychotherapeuten bzw. die Psychotherapeutin (Höger & Müller, 2002, S. 37; vgl. auch Pfeiffer, 1993). Eine gelungene Interaktion entsprechend als ‚existentiellen‘ Prozess

zu begreifen und im Gegensatz zu falsch verstandenen Autonomiekonzepten als Ressource zu betrachten, ist m. E. nicht nur eine wichtige Perspektiveinnahme für alle Bereiche psychosozialer Gesundheit, sondern zum Verständnis unseres alltäglichen (Er-)Lebens und Zusammenlebens insgesamt. Insofern greift das zunehmende Interesse an der Bindungstheorie „eine Besorgnis des heutigen Menschen“ (Endres & Hauser, 2002, S. 10) auf, in dieser immer unüberschaubarer werdenden Welt Halt zu gewinnen, und ist damit ein empirisch fundiertes und theoretisch weitreichendes „Plädoyer gegen Nachlässigkeit im sozialen Miteinander“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 19) und für ein „grundsätzliches Bedürfnis des Menschen nach Anerkennung ... auf sein Angewiesensein auf Gemeinschaft“ (Finke, 2004, S. 4).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant Behavior*, 4, 113–136.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *The integration of a child into social world* (pp. 99–135). London: Cambridge University Press.
- Albrecht, H. (2006). Die Heilkraft des Vertrauens – Wie wichtig das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist, entdeckt die Medizin gerade neu. *DIE ZEIT*, 3. August 2006, 25.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT 1997. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 36.) (Original erschienen 1987: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass)
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41–82). Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Balen, R. van (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 162–183.
- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *Person*, 10 (2), 108–117.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2002). Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele, Horst (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 9–16). Stuttgart: Schattauer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Hat die Säuglingsforschung die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 25–42). Göttingen: Hubert & Co.
- Borg-Laufs, M. (2002). Die Rolle der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie. Ein Werkstattbericht. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 4 (3), 583–596.
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler. (Kindlers Taschenbücher. 2106.) (Original erschienen 1951: *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization).
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter. (Original erschienen 1988: *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Tavistock & Routledge).
- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. (5. neugestaltete Aufl.). München: Reinhardt. (Beiträge zur Kinderpsychotherapie. 13.) (Original erschienen 1953: *Child care and the growth of love*. Harmondsworth: Penguin Books).
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bde. München: Reinhardt. (Original erschienen 1969–1980: *Attachment and loss. New York: Basic Books. Vol. 1 1969: Attachment. Vol. 2 1973: Separation – anxiety and anger. Vol. 3 1980: Loss, sadness and depression*).
- Bozarth, J. D., Zimring, F. M. & Tausch, R. (2001). Client-centered therapy: The evolution of a revolution. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 147–188). Washington, DC: APA.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2006). Bindungsstörung. Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln. *Blickpunkt Jugendhilfe*, 3, 43–55.
- Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 105–135). Stuttgart: Klett Cotta.
- Buber, M. (1983). *Ich und Du*. Heidelberg: Lambert Schneider. (Original erschienen 1923: *Ich und Du*. Leipzig: Insel).
- Caspar, F. (2005). Therapeut/Therapeutin und die Therapiebeziehung. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzk (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 265–280). Göttingen: Hogrefe.

- Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptionelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 11–44). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's attachment theory. Historical, clinical, and social significance* (pp. 367–406). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Dolan, R., Arnkoff, D. & Glass, C. (1993). Client attachment style and the psychotherapists interpersonal stance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 30, 408–412.
- Döring, E. (2004). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Was hilft Spielen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen? *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35 (3), 193–198.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: dtv.
- Endres, M. & Hauser, S. (2002). Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie. Einführende Anmerkungen. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 9–17). München: Reinhardt.
- Endres, M. & Hauser, S. (Hrsg.) (2002). *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Falck, H. S. (1997). *Membership. Eine Theorie der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Enke. (Original erschienen 1988: Social work – the membership perspective. New York: Springer).
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2002: Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press).
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Die Kraft des Spiel(en)s – Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (1), 42–47.
- Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005b). Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. *Psychosozial*, 28 (101), 43–58.
- Gahleitner, S. B. (2005c). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Gießen: Psychosozial.
- Gahleitner, S. B. (2007). Neue Bindungen wagen – Bindungstheorie als Grundlage für beziehungsorientierte Psychotherapie bei komplex traumatisierten KlientInnen. In GwG (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte KlientInnen und Klienten* (S. 93–115). Köln: GwG.
- Gendlin, E. T. (1997). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer. (Original erschienen 1996: Focusing oriented psychotherapy. New York: Guilford)
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. (2002). Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 54–80). München: Reinhardt.
- Hauser, S. & Endres, M. (2002). Therapeutische Implikationen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 159–176). München: Reinhardt.
- Heisterkamp, G. (2004). Zur leiblichen Fundierung des Übertragungsge-schehens. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 363–367.
- Hekele, W. (2004). Dialog zwischen Phantasie und Realität. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 348–355.
- Henn, F. & Henn, S. (2006). Die heilende Kraft der Beziehung – Patienten werden auch durch die Zuwendung gesund. Ein Gespräch mit dem Psychiater Fritz Henn und der Seelsorgerin Suella Henn. Das Gespräch führte Ulrich Schnabel. *DIE ZEIT*, 29. Juni 2006, 33.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 395–433). New York: Guilford.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie in der Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut*, 44, 159–166.
- Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsfor-schung* (S. 94–117). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D. (2006a). Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 11–35). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2006c). Hat die Bindungstheorie die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 15–24). Göttingen: Hubert & Co.
- Höger, D. (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 64–78). Wien: Facultas.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6 (2), 35–44.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47, 374–385.
- Holmes, J. (2002). *John Bowlby und die Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Holm-Hadulla, R., Kriz, J. & Lieb, H. (2004). Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 321–334.
- Keupp, H. (2003). Identitätsbildung in der Netzwerkgesellschaft: Welche Ressourcen werden benötigt und wie können sie gefördert werden? In U. Finger-Trescher & H. Krebs (Hrsg.), *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen* (S. 15–50). Gießen: Psychosozial.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte Press.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; S. 469–485). New York: Wiley.
- LeDoux, J. E. (1998). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: Hanser. (Original erschienen 1998: The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Simon & Schuster).
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T.

- Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory* (pp. 407–474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66–104). Chicago: University of Chicago Press. (Monographs of the Society for Research in Child Development. 50.)
- Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nestmann, F. (1988). *Die alltäglichen Helfer*. Berlin: de Gruyter.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 270–376). New York: Wiley.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre in der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 19–39). Heidelberg: Asanger.
- Rahm, D. (2005). Bindungsentwicklung – über parallele Aspekte der Entwicklung von Bindungssicherheit in der Mutter-Kind-Interaktion und im therapeutischen Prozess. *Beratung Aktuell*, 6 (3), 140–160.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Original erschienen 1959a: 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. 3: Formulations of the person and the social context, New York: McGraw Hill, pp. 184–256).
- Rogers, C. R. (1967f). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In R. R. Leeper (Ed.), *Humanizing education* (pp. 1–18). Washington: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers. [The dialogue was held at Ann Arbor, organized by the University of Michigan on April 18, 1957.] *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3 (4), 208–221.
- Röper, G. & Noam, G. (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218–239). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sander, K. (1999). *Personenzentrierte Beratung*. Weinheim: Beltz.
- Schmid, P. F. (2002). *Die therapeutische Beziehung als personale Herausforderung. Vortrag beim 34. Weinsberger Kolloquium*. [Online-Dokument]. <http://pfs-online.at/papers/paper-weinsberg.pdf> [Aufgerufen am 20.09.04].
- Schmidt, S., Strauß, B., Höger, D. & Brähler, E. (2004). Die Adult Attachment Scale (AAS) – Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 375–382.
- Schmidt-Denter, U. & Spangler, G. (2005). Entwicklung von Beziehungen und Bindungen. In J. B. Asendorpf (Hrsg.), *Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 425–523). Göttingen: Hogrefe.
- Senf, W. & Broda, M. (2004). Editorial. *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 319–320.
- Siegel, D. J. (1999). *Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens/die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann.
- Solomon, J. & George, C. C. (1999). The place of disorganization in attachment theory. Linking classic Observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 3–32). New York: Guilford.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf. Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 170–194). Weinheim: Beltz – Psychologie VerlagsUnion.
- Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In G. J. Suess, H. Scheurer-Englisch & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik* (S. 157–177). Gießen: Psychosozial. (edition psychosozial.)
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants: Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development*, 67, 541–555.
- Steenbuck, G. (2005). Zur Aktualität Personenzentrierter Begleitung und Beratung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36 (2), 81–86.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1985: The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books)
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51 (1), 5–14.
- Strauß, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A.; Marquet, A.; Papenhäuser, R. et al. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16, 579–594
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Winnicott, D. W. (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Aus den ‚Collected Papers‘*. München: Kindler. (Original erschienen 1958: Collected Papers. Through paediatrics to psycho-analysis. London: Tavistock)

Autorin:

Silke Brigitta Gahleitner, geb. 1966, studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitet seit 1997 als Psychotherapeutin in eigener Praxis sowie in einer stationären Einrichtung für traumatisierte Mädchen (seit 1999). Seit 2005 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit den Schwerpunkten Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung, qualitative Forschungsmethoden, Genderforschung und Psychosoziale Traumalogie in Forschung, Lehre und Praxis tätig.

Korrespondenzadresse:

Dr. Silke Gahleitner
Alice-Salomon-Hochschule – University of Applied Sciences Professur für Klinische Psychologie und Sozialarbeit
Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin
E-Mail: sb@gahleitner.net

Rezensionsartikel

Hermann Spielhofer

Jürgen Kriz & Thomas Slunecko (Hrsg.):

Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes.

Wien: Facultas, 2007. 315 Seiten, ISBN 978-3-8252-2870-5, € 24,90 / SFr 42,70

Das vorliegende Buch soll sowohl Studierende, an Therapie und Beratung Interessierte als auch Praktiker mit den Grundlagen und aktuellen Strömungen sowie den Anwendungsbereichen der Gesprächspsychotherapie (GPT) bzw. Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie vertraut machen. Bereits im Titel des Buchs wird das Problem unterschiedlicher Bezeichnungen und damit auch der verschiedenen Entwicklungslinien und Differenzierungen unseres Ansatzes deutlich, worauf auch in der Einleitung Bezug genommen wird. Die Herausgeber sehen den Grund dafür in der geschichtlichen Entwicklung sowie „den verschieden gelagerten formativen Kräften – mit erheblichen Auswirkungen auf die inhaltliche Ausgestaltung von Therapietheorie, Praxis und Selbstverständnis“ (S. 8). Diese Rahmenbedingungen sind jedenfalls zu berücksichtigen, um die Entwicklungen dieses Ansatzes mit seinen unterschiedlichen Strömungen nachvollziehen zu können, wie immer man zu den „großen Anpassungsleistungen“ stehen mag, die „die GPT vollbringen musste und weiterhin muss, um sich in ein System einzupassen, das von juristisch-bürokratischen Richtlinien einerseits und wissenschaftlichen Grundprinzipien des medizinischen Modells andererseits bestimmt wird“ (S. 8). Dabei stellt sich allerdings die Frage, wie sich diese „Anpassungsleistungen“ auf die Identität eines Ansatzes auswirken, der den Anspruch nach Autonomie und Selbstbestimmung erhebt und, wie Rogers immer wieder betont hat, gegen jede Form gesellschaftlicher Machtausübung und Kontrolle ist.

Dieses Buch gliedert sich in vier Abschnitte, wobei zuerst die allgemeinen Grundlagen der GPT vorgestellt werden, weiters wichtige „Ausdifferenzierungen“ sowie ein Abschnitt über Diagnostik und Forschung und ein vierter über die Anwendung des Personenzentrierten Ansatzes bei verschiedenen Störungsbildern.

Grundlagen

Im ersten Abschnitt des Buches werden die Grundkonzepte der Gesprächspsychotherapie behandelt, insbesondere die therapeutische Beziehung mit Empathie, Kongruenz und positive Beachtung als Aspekte der Begegnungshaltung“ (S. 22). Dabei handelt es sich

nicht um empirisch erhobene Determinanten, sondern um zentrale Forderungen einer humanistisch ausgerichteten Psychotherapie mit einem spezifischen Verständnis des Menschen. Daneben geht es um die *Aktualisierungstendenz* als grundlegendes Erklärungsprinzip.

Jürgen Kriz verweist in seinem Beitrag „Grundlagen der Gesprächspsychotherapie“ darauf, dass Rogers das Beziehungsangebot auf einer hohen Abstraktionsebene beschrieben hat, wodurch ein breites Spektrum an Möglichkeiten gegeben ist, das Beziehungsangebot zu realisieren. Dies ermöglicht zwar, die Interventionen auf die spezifischen Leidens- und die Lebensumstände der Klienten abzustimmen, enthält aber die Gefahr von Willkür und Beliebigkeit, wenn keine Konzepte für spezifische Beziehungsangebote und Interventionsstrategien bei unterschiedlichen Störungsbildern entwickelt werden und zwar als Folie für die Einordnung und Begründung dieser Interventionen sowie für eine Reflexion therapeutischen Handelns. Es wird auch nach wie vor darüber diskutiert, wieweit es sich bei diesen unterschiedlichen Strömungen um „Ausdifferenzierungen“, d. h. um Explikationen der im Ansatz bereits implizit enthaltenen Konzepte, handelt oder um Ergänzungen bzw. wieweit nicht bereits der Grundkonsens verlassen worden ist (vgl. dazu Keil, 2002).

In den verschiedenen Arbeiten in diesem Buch wird immer wieder auf die Aktualisierungstendenz als zentrales Konzept oder „Axiom“ in der GPT hingewiesen (vgl. insbes. Bischkopf & Greenberg, Biermann-Ratjen, Höger, Kriz, Schmid). Rogers sieht darin einerseits Ausdruck des naturhaften Kerns des Menschen mit seiner Tendenz zu Wachstum, Entwicklung und Differenzierung, „als Richtungs-Kraft im organischen Leben“. Andererseits sind aber auch alle Bedürfnisse „Teilaspekte dieses einen grundsätzlichen Bedürfnisses“ bis hin zu Selbstverwirklichung und Autonomie (Rogers, 1951a/1973, S. 422). Damit werden nicht nur unterschiedliche Bedürfnisse und Motivationen einem allgemein gehaltenen „Axiom“ subsumiert, sondern hier werden auch biologische und psychische Ebenen verschmolzen, ohne eine Differenzierung zu versuchen sowie die unterschiedlichen Entwicklungsdeterminanten zu berücksichtigen und das Ineinandergreifen von körperlichen Reifungsprozessen und psychischer Entwicklung im Rahmen von

Wachstums- und gesellschaftlich geprägten Sozialisierungsprozessen zu diskutieren (vgl. dazu Finke, 2002). In dieser allgemeinen und undifferenzierten Form mag sie als „übergeordnetes Sinnprinzip“ (Höger, 1990) oder als identitätsstiftender Kern unseres Menschenbildes sinnvoll erscheinen, sie ist aber nur bedingt zur Darstellung und Begründung psychischer Prozesse und der Entstehung psychischer Störungen geeignet. So hat H. Swildens bereits 1989 festgestellt, dass „in diesem eindimensionalen Geschehen wenig Raum für Differenzierungen [besteht]: Man kann sich allenfalls mehr oder weniger aktualisieren, kann mehr oder weniger in seinem Entwicklungsprozess stagnieren, in seinem Umgang mit sich selbst und anderen mehr oder weniger rigide werden“ (S. 80).

Kriz stellt das Konzept der Aktualisierungstendenz in den Rahmen der Systemtheorie und verweist auf die Selbstorganisationsprozesse sowie auf die Fähigkeit, adaptiv auf die Umwelteinflüsse zu reagieren, und zwar aus inneren Potenzialen heraus und nicht von außen bestimmt. Dies mag sinnvoll erscheinen, insofern diese Tendenz zur Aktualisierung der im Organismus angelegten Potenziale als „bio-somatische Entität“ gefasst wird, zumal es bei der Systemtheorie um Prozesse und Strukturen geht. Wenn jedoch psychische Prozesse angesprochen sind, etwa im Rahmen der *Selbstaktualisierung* des Individuums und damit internalisierte Werte und Verhaltensnormen ins Spiel kommen, geht es um Inhalte in Form von symbolisierten Erfahrungen. Diese können auf der Basis von systemischen Erklärungsmodellen nicht erfasst werden.

Peter F. Schmid behandelt in seinem Beitrag „*Begegnung von Person zu Person*“ die anthropologischen Grundlagen der Personzentrierten Therapie (PZT). Er zeigt dabei die unterschiedlichen etymologischen Wurzeln des Person-Begriffs auf, die einerseits auf das autonome Individuum hinweisen, auf das Selbst-Sein, und andererseits auf das In-Beziehung-Sein der Person. Schmid plädiert dafür, diese beiden Zugänge zum Verständnis des Menschen nicht zu harmonisieren, sondern beide Aspekte in das personzentrierte Menschenbild als dialektisches Spannungsverhältnis einzubeziehen. Dies betrifft insbesondere auch die Therapie, in der der Klient durch die Beziehung er selbst wird, ganz im Sinne Martin Bubers: Nur durch das Du ist das Ich möglich. Authentisch zu sein bedeutet, dieses Spannungsverhältnis von Selbst-Sein und In-Beziehung-Sein immer neu auszubalancieren.

Schmid konkretisiert diese beiden Dimensionen des Person-Begriffs anhand der zentralen Konzepte der personzentrierten Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. Therapie bedeutet demnach die Förderung dieser Tendenz, den Klienten für normales Wachstum und Entwicklung zu befreien, ohne Anleitung oder etwas vorzugeben. Die akzentuierte Position Schmidts zeigt sich auch darin, dass er Therapie als personale Begegnung bestimmt, bei der es um wechselseitige An-Erkennung als Person geht und nicht um Erkenntnis über den Anderen. Der Autor sieht in den Deutungen und Auslegungen bereits ein Bemächtigen und In-Besitz-Nehmen, das mit dem Konzept der personalen Begegnung unvereinbar ist.

Nun ist die Bedeutung philosophischer Konzepte wie jene von Kierkegaard, Buber oder Levinas für die anthropologische Fundierung des Personzentrierten Ansatzes unbestritten. Allerdings bedarf es auch der Diskussion dieser Konzepte auf der Ebene der Therapietheorie, wo es um die Voraussetzungen und Bedingungen für „personale Begegnung“ oder „Gegenwärtigkeit“ geht, damit es sich dabei nicht nur um spekulative Annahmen und ethische Postulate handelt, sondern diese „Modellannahmen“ auch Relevanz für das therapeutische Handeln bekommen. Es sollte jedenfalls nicht (mehr) der Eindruck entstehen, dass mit dem Beziehungsangebot wie etwa „absichtsloser Gegenwärtigkeit“ Störungskonzepte und störungsspezifische Interventionsstrategien überflüssig oder gar schädlich seien, was m. E. einen Rückschritt von der Profession zurück zur Konfession bedeuten würde (um den Untertitel des Buchs „*Psychotherapie im Wandel*“ von Grawe et al. (1994) zu paraphrasieren).

Auch Eva-Maria Biermann-Ratjen beschreibt in ihrem Artikel „*Die Störungslehre des klientenzentrierten Konzepts*“ zuerst die Grundbegriffe der GPT, wie „Organismus und Aktualisierungstendenz“, „Erfahrung“ oder „Selbstaktualisierungstendenz“. In der Folge werden von der Autorin die Phasen der Entwicklung des Selbst beschrieben und zuletzt in einem kurzen Abschnitt *Die Ätiologie psychotherapierbarer psychischer Störungen*. Dabei spielt die Entwicklung des Selbstkonzepts eine wesentliche Rolle; je eher im Leben eines Menschen das Erleben nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnte, umso ausgeprägter ist die primäre Inkongruenz, so die Autorin. Allerdings dürften neben dem Zeitpunkt der Einschränkung von Selbsterfahrung auch Art und Intensität von Deprivationen, die das Kleinkind erlebt, eine Rolle spielen, und außerdem entstehen frühe Störungen oft schon in einer Phase, in der noch kein kohärentes Selbst existiert, in das Erfahrungen integriert werden könnten und die daher nicht symbolisiert werden.

Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine sehr allgemeine Darstellung, die meines Erachtens wenig zum Verständnis einer klientenzentrierten Störungslehre beiträgt, und zwar insofern, als sie am „klassischen“ Konzept der Inkongruenz festhält. So bezeichnet W. M. Pfeiffer (1995, S. 41f.) dieses Modell der Inkongruenz als „ergänzungsbedürftig“, da sowohl Selbstkonzept als auch Aktualisierungstendenz in sich nicht einheitlich sind, sondern pathogene Widersprüche enthalten können. Außerdem ist die Einschränkung der Ätiologie psychischer Störungen auf die Entwicklung des Selbstkonzepts einseitig, da diese Entwicklung in enger Wechselwirkung mit den körperlichen Reifungsprozessen und den damit einhergehenden organismischen Erfahrungen zu sehen ist. Vor allem am Bindungsverhalten oder im Bereich der Sexualität zeigt sich, dass das Erleben nicht allein als Aktualisierung vorgegebener Potenziale begründbar ist, sondern im Rahmen von Austauschprozessen mit der Umwelt geformt und inhaltlich bestimmt wird. So betont auch Pfeiffer in dem angesprochenen Artikel (S. 52f.), dass

Selbstkonzept und aktualisierende Tendenz nicht als unvereinbare Tendenzen einander gegenübergestellt werden können, da beide im Rahmen gesellschaftlicher Bedingungen „sozialisiert“ werden.

Dieter Höger behandelt in seinem Artikel „Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie“ einen Bereich, der auch für die Psychotherapie zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Zu Beginn skizziert er die wesentlichen Konzepte der Bindungstheorie und ihre Bedeutung für das Beziehungsverhalten der Menschen. In Anlehnung an J. Bowlby sieht Höger das Streben nach Bindung als Bestandteil der biologischen Ausstattung des Menschen, als „genetisch verankertes Verhaltenssystem“. Höger zeigt in der Folge die Berührungspunkte zwischen der Bindungstheorie und dem Personenzentrierten Ansatz auf, wobei er neben der Methodik der empirischen Beobachtung vor allem die biologische Orientierung hervorhebt. In beiden Disziplinen geht es um die in der Natur des Menschen angelegten Tendenzen zur Erhaltung und Erweiterung des Organismus (in der Bindungstheorie: „Bindung“ und „Exploration“). Dazu bedarf es der Zuwendung oder positiven Beachtung der „bedeutsamen Anderen“ bzw. der „Bindungspersonen“, für deren Erhalt andere Bedürfnisse zurückgestellt oder aufgegeben werden. In beiden Ansätzen sind es die Bezugspersonen, die durch ihre Reaktionen und Kommentare die Selbsterfahrung und das Weltbild des Kindes sowie deren Symbolisierung bestimmen. Auch in der Therapie suchen Klienten im Therapeuten eine Bindungsperson, wobei ebenfalls ihre eingeübten Bindungsmuster zum Tragen kommen, und es ist umso schwieriger, eine wirksame therapeutische Beziehung herzustellen, je mehr die unsicheren Strategien dominieren. Es ist notwendig, dass der Therapeut die Beziehungserfahrungen der Klienten nicht wiederholt und damit stabilisiert, sondern neue Beziehungserfahrungen ermöglicht, insbesondere dadurch, dass er die Signale und Botschaften empathisch aufgreift und richtig interpretiert. Dabei kann ihm das Wissen helfen, dass die sekundären Strategien, insbesondere bei den unsicheren Beziehungsmustern, überlebenswichtige Adaptationen darstellen, die ihre Entsprechung in der lebensgeschichtlichen Erfahrung haben und sich nicht auf ihn, den Therapeuten als Person, beziehen. Dabei scheint mir auch wichtig, dass der Therapeut seine eigenen Bindungsmuster kennt und nicht unreflektiert in den therapeutischen Prozess einfließen lässt (Höger, 2007).

Die Einbeziehung der Bindungstheorie für das Verständnis der therapeutischen Beziehung mit den darin wirksamen Beziehungsangeboten und Rollenzuschreibungen durch den Klienten kann ein nützliches Instrument bei der Diagnose von Beziehungsmustern und eine Ergänzung der Therapietheorie in der GPT darstellen, zumal diese Konzepte mit dem Beziehungsangebot dieses Ansatzes gut vereinbar sind. Allerdings ist dabei zu beachten, dass die durch empirische Beobachtung und Experimente gewonnenen Konzepte nicht gleichzusetzen sind mit dem konkreten subjektiven Erleben der Klienten, weshalb es wichtig ist, die daraus abgeleiteten diagnostischen Hypothesen anhand der (verbalen und nonverbalen)

Mitteilungen im Rahmen eines hermeneutischen Verstehensprozesses zu verifizieren.

Günter Zurhorst versucht in seinem Artikel „Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie (GPT). Jenseits von Deutungs- und Manipulationsmacht“ die für diesen Ansatz zentralen Beziehungsvariablen „gegenstandsangemessen zu reinterpreten und die dazu notwendige Forschungsmethodologie zu thematisieren“ (S. 79). Dabei soll die GPT gegenüber der Psychoanalyse mit ihrer Deutungsmacht und gegenüber der Verhaltenstherapie mit ihrer Manipulationsmacht abgegrenzt werden, um ihre Spezifität zu verdeutlichen und auch um den sich ausbreitenden Übernahmeversuchen entgegenzutreten. Um dem komplexen Geschehen im therapeutischen Prozess gerecht zu werden, fordert der Autor eine qualitativ-hermeneutische Forschungsmethodologie. Dabei bezieht er sich auf den Begriff der „Responsivität“ von Waldenfels (1998), bei dem es um eine grundlegende, anthropologisch verankerte Beziehungsstruktur geht, der zufolge wir uns in der therapeutischen Beziehung mit unserem Verhältnis zur Welt, zu anderen und zu uns selbst (einschließlich unseres Leib/Körpers) gegenüber treten, eine Beziehungsstruktur, die als *trinarische* bezeichnet wird. Entsprechend dieser Beziehungsstruktur ist etwa der Empathiebegriff in der bestehenden Konzeption nicht haltbar, da es darum geht, „den anderen als Anderen zu verstehen“, d. h. dem Anderssein des Anderen Rechnung zu tragen, ihn als Fremden, Dritten zu sehen. Es ist nach Zurhorst nicht möglich, dass wir uns über die Wahrnehmung in den Bezugsrahmen des Anderen begeben können, sondern aufgrund der trinarischen Struktur haben Therapeut und Klient aus ihrem jeweiligen Bezugsrahmen heraus eine gemeinsame „interpretative Verständigung“ zu leisten.

Der Autor interpretiert auch das Konzept der „unbedingten Wertschätzung“ neu, indem er auch hier auf die Bedeutung des Anderen für das Erleben des Menschen verweist – etwa im Sinne des „Blicks des Anderen“ bei Sartre. Die Annahme, dass durch die bedingungsfreie Wertschätzung das Verhältnis des Klienten zu sich selbst verändert wird, unterläuft die soziale Eingebundenheit des Menschen und die Tatsache, dass wir unsere Identität durch die Übernahme der Perspektiven signifikanter Anderer bilden. Auch in der Therapie ist die Auswahl der Perspektiven, die übernommen werden, bei Gewährleistung der selbstbestimmten Aneignung ein schwieriger Prozess der Ko-Konstruktion von Therapeut und Klient in einem professionellen offenen Raum, wobei der Therapeut in das Ensemble der signifikanten Anderen eingegliedert wird. Damit stellt dieser Artikel von Zurhorst meines Erachtens einen interessanten Beitrag für eine Erweiterung und Differenzierung der Grundkonzepte der GPT dar, vor allem um die soziale Einbindung des Individuums und Verankerung im kulturellen Kontext stärker zu berücksichtigen und die Konzeption einer starren, ahistorischen und entwicklungsresistenten Aktualisierungstendenz als Erlebens- und Entwicklungsbasis zu überwinden.

Die Vielfalt der Ansätze

Johannes Wiltschko geht in seinem Artikel „*Experiencing-Theorie und Focusing-Therapie – Konzepte und Methoden im Umgang mit strukturgebundenem Erleben*“ zuerst auf die wesentlichen Begriffe der Focusing-Therapie ein. Bei dieser Methode geht es vor allem darum, die Aufmerksamkeit auf die *impliziten*, nicht-symbolisierten und diffusen Erlebnisse (Stimmungen, Ahnungen, Befindlichkeiten usw.) zu richten und eine Distanz dazu herzustellen, wodurch sie zu einem Objekt („*bit of experiencing*“), zu einem *Felt-Sense* werden. Wird dieses implizite Erleben durch das Fokussieren darauf *explizit*, d. h. symbolisiert, so entsteht ein *Felt-Shift*, der die Quelle für Veränderungsprozesse darstellt.

Strukturgebundenenes Erleben ist nun allerdings diesem Focusing-Prozess nicht zugänglich, da es nicht bewusst und in einer starren, stereotypen Form abläuft. Dieses strukturgebundene Erleben entsteht, wenn die von den Bezugspersonen übernommenen Antworten auf das eigene Erleben nicht mit diesem Erleben in Verbindung stehen und es daher auch nicht weiter tragen. Es sind die falschen Antworten, die das Kind auf sein Erleben und seine Bedürfnisse bekommen hat, aus Mangel an Empathie, Wertschätzung oder Kongruenz der Bezugspersonen. Dadurch kann sich der Erlebensprozess nicht weiter entwickeln, er erstarrt und nimmt strukturgebundene Muster an.

In der Therapie geht es darum, die Antworten („*experiential responses*“) zu finden, um den Erlebensprozess in den strukturgebundenen Aspekten wieder herzustellen. Wiltschko betont zwar, dass die therapeutische Situation und insbesondere die Beziehung zum Therapeuten die impliziten Erlebnisse des Klienten mitkonstituieren, dennoch kommt dieser Aspekte der Gegenseitigkeit im therapeutischen Prozess zu kurz; es wird stets am Erlebensprozess des Klienten gearbeitet; es geht darum, dessen Erleben „voranzutragen“ und nicht den gemeinsamen Prozess.

J. Bischoff und L. S. Greenberg stellen die „*Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie*“ vor. Die emotionsfokussierte Therapie versteht sich als spezifische Ausprägung der Gesprächspsychotherapie und integriert prozessdirektive und erlebnisaktivierende Interventionen. Den emotionalen Verarbeitungsprozessen und den daraus resultierenden emotionalen Schemata wird eine zentrale Rolle zugeschrieben. Dabei kommt dem Therapeuten eine aktive Rolle zu, indem er die Aufmerksamkeit selektiv auf jene Erfahrungen lenkt, die emotional adaptiv und wachstumsbezogen sind und die die Stärken der Person und sein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie die Bereitschaft zur Selbstexploration betreffen. Diesen Erlebnisanteilen soll mehr Raum gegeben werden, um sie als Kern des Selbst zu etablieren. Bei prozessdirektiven und erlebnisaktivierenden Interventionen ist jedenfalls immer auch die Gefahr gegeben, dass der Therapeut sein Erleben auf den Klienten projiziert und nicht der Klient seinen Weg vorgibt, sondern der Therapeut; dies auch deswegen, da eine konsistente Theorie als Reflexionsfolie praktischen Handelns,

zumindest anhand dieses Beitrags, nicht nachvollziehbar ist. Vielmehr verfügen die erfahrungsorientierten Ansätze, so die Autoren, „insgesamt über ein dichtes Theoriegebäude mit einer Vielzahl von Verzweigungen und Weiterentwicklungen ...“ (S. 120).

Hans Swildens beschreibt in dem vorliegenden Beitrag erneut seine „*Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*“ und betont, dass es sich dabei ebenfalls um eine „*eigenständige Ausprägung*“ innerhalb der methodischen Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes handelt und nicht um eine neue Therapierichtung, wobei durchaus eigene Ideen entwickelt wurden, „wie die Anwendung der Gesprächspsychotherapie praktisch wirksam zu realisieren sei“ (S. 123). Die zentrale Annahme dieses Konzepts besteht darin, dass eine Therapie in unterschiedlichen Phasen jeweils spezifische Anforderungen an den Therapeuten stellt und ein „*phasenspezifisches Vorgehen*“ erfordert. Dies ist nach Swildens vor allem wichtig bei Personen, bei denen der *existenzielle Prozess* stagniert, d. h. dass sie sich nicht (mehr) in ihrer prozesshaften Natürlichkeit und Geschichtlichkeit sowie in ihren künftigen Möglichkeiten erleben. Hier reiche nach Swildens ein strikt klientenzentriertes Vorgehen nicht aus. In der Prozessorientierten GPT geht es daher auch um die Exploration und Klärung der „*Alibis*“ der Klienten, deren Rechtfertigungen für ihr existenzielles Scheitern, sowie der „*Mythen*“, mit denen die Klienten versuchen, ihr Handeln und So-Sein verständlich und notwendig erscheinen zu lassen. Eine wesentliche Motivation dabei stellen das Hilfsverlangen und die Hilfserwartungen der Klienten dar, was der Therapeut aufzugreifen hat.

Das Konzept von Swildens orientiert sich im Unterschied zu den eher technisch-funktionalistischen Entwicklungen an der Existenzphilosophie Heideggers mit der Betonung der historischen und existenziellen Dimension sowie der phänomenologischen Betrachtungsweise und wird damit dem Anspruch und dem Menschenbild der GPT in besonderer Weise gerecht.

Rainer Sachse beschreibt das Konzept der „*Klärungsorientierten Psychotherapie*“ (KOP). Er betont zu Beginn, dass es sich dabei um eine Weiterentwicklung der *zielorientierten* sowie der *klärungs- und handlungsorientierten Gesprächspsychotherapie* handelt, die sich „*bedeutsam*“ vom klassischen Ansatz Rogers' sowie auch von anderen Strömungen der GPT unterscheidet (S. 138). Es geht dabei um die Klärung und die therapeutische Bearbeitung zentraler dysfunktionaler, problemdeterminierender Schemata sowie um die Aufhebung einer „*Alienation*“, d. h. Entfremdung der Person von ihrem eigenen Motivations- und Bedürfnissystem, und zwar im Rahmen einer therapeutischen Beziehung, in der der Therapeut eine aktiv gestaltende Rolle einnimmt. Durch „*Explikationsprozesse*“ sollen unbewusst und automatisiert funktionierende Schemata zu validen kognitiven Repräsentationen gelangen.

Hinsichtlich der Handlungskonzeption der KOP wird vor allem die aktive Beziehungsgestaltung betont. Der Therapeut muss die

Verarbeitungsprozesse, die zur Klärung und Rekonstruktion der dem Erleben und Handeln zugrunde liegenden Schemata notwendig sind, gezielt steuern und bis an die Grenze dessen gehen, was der Klient gerade noch bereit ist zu bearbeiten. Dabei sollen allerdings keine inhaltlichen Vorgaben gemacht werden. Abschließend wird noch eine Reihe von konkreten Regeln und Strategien vorgestellt, die aus empirischen Ergebnissen abgeleitet worden sind.

Aufgrund seiner funktionalistischen, auf der Basis von empirischen Ergebnissen erstellten Interventionsstrategien steht dieser Ansatz in einem Gegensatz zum Beziehungsangebot der GPT. Anstelle eines „person-zentrierten“ und das Wachstum der Klienten fördernden therapeutischen Vorgehens liegt der Fokus auf der Behandlung von Symptomen bzw. auf der Bearbeitung dysfunktionaler Schemata. Es ist daher schwer nachvollziehbar, warum dieser Beitrag in einem Buch über aktuelle Strömungen der GPT Aufnahme findet, nachdem sich laut Aussagen des Autors dieses Konzept nicht nur „bedeutsam“ vom Ansatz Rogers unterscheidet, sondern auch von anderen Strömungen der GPT. Im therapeutischen Prozess der Personzentrierten Psychotherapie geht es um die Förderung der Selbstexploration der Klienten und um die gemeinsame Neuinterpretation und Neubewertung des Erlebens. Konzepte auf der Basis von empirisch-statistischen Ergebnissen müssen dort versagen, wo es um subjektive Wirklichkeiten geht, die im Rahmen des therapeutischen Dialogs erst narrativ konstituiert werden und nicht unabhängig sind von ihrer Generierung.

Michael Behr stellt in seinem Beitrag „*Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*“ spieltherapeutische Konzepte und die Praxis eines personzentriert-interaktionellen Vorgehens dar. Dieser Artikel fällt insofern etwas aus der Reihe, als es sich hier nicht nur um eine „Ausdifferenzierung“ der GPT handelt, sondern um eine Adaptation für eine besondere Klientengruppe mit speziellen Anforderungen. So wird eingangs auf die spezifischen Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen hingewiesen, vor allem auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen. Außerdem erfolgen hier die therapeutischen Interaktionen hauptsächlich auf der Handlungsebene, insbesondere im Spielen und Ausagieren, wobei die Klienten ihre Probleme und Gefühle „inszenieren“.

Bezüglich der Behandlungsstrategien wird zum Einen auf die Interventionsprinzipien von V. Axline, einer Schülerin von C. Rogers, hingewiesen, die von Zurückhaltung und Respekt getragen sind und im Sinne einer Alter-Ego Beziehung die Gefühle des Kindes spiegeln. Zum Anderen wird inzwischen, entsprechend dem interaktionellen Verständnis in der GPT, vom Therapeuten auch eine aktivere Haltung eingenommen. Als theoretische Fundierung werden auch die Bindungstheorie von J. Bowlby und die Theorie des Selbsterlebens von D. Stern herangezogen.

Der Autor beschreibt in dieser Arbeit auch das von ihm entwickelte Konzept der *Interaktionsresonanz*. Außerdem werden noch spezielle Aspekte der Jugendpsychotherapie sowie Wirkfaktoren

und Wirksamkeit von Interventionsstrategien dargestellt. Es hat sich auch gezeigt, dass der Anwendungsbereich des Beziehungsangebots personzentrierter Kinder- und Jugendpsychotherapie breit ist, und daher findet dieser Ansatz auch in vielen Arbeitsfeldern Anwendung, vielfach kombiniert mit anderen Verfahren wie Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie usw.

Diagnostik und Forschung

Die ablehnende Haltung Rogers gegenüber einer vor allem medizinisch ausgerichteten Diagnose mit ihren starren Zuordnungen von Krankheitsbegriffen wurde inzwischen modifiziert, wobei versucht wurde, Diagnostik als einen in das Therapieschehen integrierten und auf die Inkongruenzproblematik abgestellten Prozess der Erkenntnisgewinnung zu bestimmen.

Dieter Tschulin unterscheidet in seinem Beitrag „*Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie*“ zwischen *Diagnostik* und *Diagnose*, wobei es sich bei der Diagnose um die Zuschreibung einer Chiffre handelt, während es bei der Diagnostik um einen gemeinsamen Prozess von Therapeut und Klient geht, in dem Erkenntnis und Verstehen gefördert werden sollen. Psychodiagnostik, Therapie und Ergebnisbeurteilung sollen eine integrative Einheit bilden, wobei sich der Patient verstanden und angenommen und nicht etikettiert fühlen soll. Der Autor sieht die Bedeutung der Diagnostik vor allem für die Indikationsstellung im Hinblick auf die Frage des differenziellen Vorgehens bei bestimmten Störungsbildern.

Tschulin stellt außerdem ein *Optimierungsmodell* vor, das zwar auf der Inkongruenztheorie aufbaut, aber über diese hinausgeht, und zwar hinsichtlich einer Differenzierung nach nosologischen Kategorien, um damit die Wirksamkeit der Psychotherapie zu optimieren. Neben dem Basisverhalten, d. h. der Herstellung einer positiven therapeutischen Beziehung, kommt nach diesem Modell insbesondere für die Behandlung psychischer Krankheiten eine *differenzielle Psychotherapie* zum Einsatz, die eine Adaptation an unterschiedliche Patienten- und Problemsituationen ermöglicht.

In einem weiteren Beitrag zu dieser Thematik stellt Tschulin den *Würzburger Leitfaden* (WLF) zur Diagnostik sowie zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle vor. Dieser Leitfaden bietet eine große Auswahl an diagnostischen Verfahren für Eingangs-, Prozess- und Abschlussdiagnostik sowie für Nachuntersuchungen, aus denen entsprechend dem Setting sowie den Persönlichkeitsmerkmalen und dem Störungsbild geeignete Instrumente ausgewählt werden können. Es wird jedoch nicht diskutiert, was die Durchführung dieser Tests und Befragungen zu Beginn, während der Therapie und am Schluss für den therapeutischen Prozess sowie für die therapeutische Beziehung bedeuten und inwiefern dadurch das Vertrauen der Klienten in die Kompetenz des Therapeuten gestärkt wird, wie der Autor betont.

Auch Gert-Walter Speierer geht in seinem Beitrag „*Diagnose und Indikationsstellung im differenziellen Inkongruenzmodell (DIM)*“ davon aus, dass die Beziehungsvariablen der GPT nicht bei allen Klienten ausreichen, um eine therapeutische Veränderung herbeizuführen. Sein Konzept eines differenziellen Inkongruenzmodells soll eine Neubewertung von Diagnose, Indikationsstellung und Therapieplanung ermöglichen, indem anhand einer Inkongruenzanalyse die spezifische Inkongruenzdynamik der Person erfasst wird. Der Autor setzt dabei ein spezifisches Diagnoseverfahren ein, bei dem ein Transkript der Patientenmitteilungen ausgewertet wird – und zwar mit einer eigenen Checkliste – sowie das *Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI)*, ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Klienten, eingesetzt wird. Damit soll nicht nur festgestellt werden, ob eine Indikation für eine Psychotherapie besteht, sondern auch ob eine differenzielle Therapie angezeigt ist, wie etwa Konfliktbearbeitungs- oder Stressbewältigungsstrategien oder eine klassische GPT.

Diese beiden Ansätze von Tscheulin und Speierer erscheinen schematisch und auf spezialisierte effizienzsteigernde Strategien ausgerichtet. Dabei wird meines Erachtens zu wenig die Problematik diskutiert, dass durch die an der Symptomatik orientierten und anhand positivistischer Forschung generierten funktionalistischen Techniken die Person mit ihren individuellen Erwartungen und Sinnbedürfnissen aus den Augen verloren geht. Außerdem besteht die Gefahr, dass Fehlanpassungen und Symptome eingeschränkt behandelt und nicht, wie es dem Personenzentrierten Ansatz entspricht, Wachstum und Entwicklung der Person insgesamt gefördert werden, was Voraussetzung für eine nachhaltige Besserung des Leidenszustandes ist.

Inge Frohburg behandelt die „*Forschung in der Gesprächspsychotherapie*“ und gibt eingangs einen kurzen Überblick über die von Rogers initiierte und durchgeführte Forschung zur Wirksamkeit und zur Erfassung des therapeutischen Prozesses in der GPT. Außerdem verweist sie auf Forschungsarbeiten in Deutschland sowie auf den derzeitigen internationalen Forschungsstand und führt die wesentliche Literatur zu diesem Thema an. Die Autorin unterscheidet bei der weiteren Darstellung vier Bereiche der Forschung: Indikationsforschung, Prozessforschung, Ausbildungsforschung und Effektivitätsforschung.

Obwohl die überwiegende Zahl der Forschungsarbeiten dem naturwissenschaftlichen Paradigma entsprechen, betont Frohburg, dass dieses positivistisch-reduktionistische Verfahren, das von stabilen, abgegrenzten Merkmalen ausgeht sowie von kausal-linearen Zusammenhängen zwischen einzelnen Variablen, dem Gegenstand der GPT nur eingeschränkt gerecht wird, auch wenn sie einen gewissen Erkenntniswert besitzen. Einen alternativen Forschungsansatz sieht die Autorin in systemisch-interaktionell ausgerichteten Forschungsstrategien, ohne in ihrem Beitrag konkreter darauf einzugehen, was darunter zu verstehen ist. Ob allerdings diese

systemischen Ansätze, denen ebenfalls ein naturwissenschaftliches Paradigma zugrunde liegt, der GPT angemessen sind, hängt von der Gegenstandsbestimmung unseres Ansatzes ab. Wenn es, wie von Rogers postuliert, um die Erfassung des jeweiligen subjektiven Erlebens, des „inneren Bezugsrahmens“ geht, so ist dies jedenfalls nicht in der Dritten-Person-Perspektive etwa durch Verhaltensbeobachtungen oder durch Fragebögen möglich, dazu bedarf es der Interpretationen von Mitteilungen der Klienten im Rahmen eines hermeneutischen Verstehensprozesses oder, wie Zurhorst in seinem Beitrag in diesem Buch schreibt, der gemeinsamen interpretativen Verständigung.

Trotzdem, oder gerade wegen dieser Ausrichtung, gibt dieser Beitrag von Frohburg einen guten Überblick über die Forschung in der GPT und kann als erste Einführung in dieses Gebiet sehr nützlich sein. Außerdem werden zahlreiche Hinweise für weiterführende Literatur gegeben.

Störungsspezifische Praxisaspekte

Jobst Finke und Ludwig Teusch gehen in ihren Beiträgen über „*Die störungsbezogene Perspektive in der Gesprächspsychotherapie*“, „*Gesprächspsychotherapie der Depression*“, „*Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen*“ davon aus, dass Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern unterschiedliche Beziehungserwartungen und Erlebnisweisen einbringen und daher nicht gleich zu behandeln sind. Das Antizipieren von Inhalten, die in der Therapie von bestimmten Störungen eine Rolle spielen, kann dem Therapeuten den verstehenden Zugang zum Patienten erleichtern. Sie sehen ihre Perspektive jedoch nicht als Gegenposition zur klassischen beziehungsorientierten GPT. Allerdings ist der Anspruch eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Behandlung psychischer Erkrankungen nur auf der Basis einer Therapietheorie einzulösen, die sich an Störungsbildern orientiert und damit die Möglichkeit bietet, therapeutische Interventionen auf ihre Angemessenheit im jeweiligen Einzelfall diskutier- und überprüfbar zu machen.

In der Folge werden störungsspezifische Konzepte anhand von Depressionen und Angststörungen dargestellt, wobei sowohl die jeweiligen „Schlüsselerlebnisse“, d. h. die für eine Störung charakteristischen Themen, als auch die entsprechenden Interventionsstrategien angeführt werden. Gerade für die Behandlung von Depressionen ist die GPT, so die Autoren, durch das bedingungsfreie Akzeptieren in besonderer Weise geeignet, da diese Patienten aufgrund ihres negativen Selbstkonzepts einer grundsätzlich affirmativen Zuwendung und stützender Nähe bedürfen.

Es ist das Verdienst der beiden Autoren, störungsspezifische Konzepte im Rahmen der GPT entwickelt und damit eine wichtige Ergänzung und Erweiterung des allgemeinen Konzepts der Inkongruenz als Erklärungsgrundlage für Fehlanpassungen erstellt zu haben. Dabei geht es darum, die Besonderheiten und spezifischen

Eigengesetzlichkeiten – vor allem bei länger bestehenden Störungen – zu beachten und die daraus folgenden besonderen Erlebens- und Handlungsmuster bei den Therapiekonzepten zu berücksichtigen. In den vorliegenden Arbeiten wurden für zwei verbreitete Störungsbilder die Grundthematik sowie entsprechende Interventionsmöglichkeiten beschrieben, wobei letztere als Raster von Möglichkeiten und nicht als starre Handlungsanweisungen verstanden werden. Die angeführten Beispiele können vor allem für angehende Psychotherapeuten hilfreiche Hinweise für die Befindlichkeiten und Hilfserwartungen dieser Klienten darstellen.

Ute Binder vertritt in ihrem Beitrag „*Psychotisches Leben als psychotherapeutische Herausforderung*“ das Anliegen, Theorie und Methode der PZT so zu erweitern, dass auch schwerer gestörtes Erleben und Handeln in seiner Ordnung, Bedeutung und Entwicklung empathisch begriffen werden kann. Zuerst schildert die Autorin sehr eindrucksvoll, welche Anforderungen und besonderen Anstrengungen psychotisches Erleben für die Betroffenen bedeutet, wie bedrohlich, verstörend und einsam ihr Leben sein kann. Durch das Fehlen von klaren Strukturen und Orientierungen, durch die geringe Vorhersagbarkeit und Steuerbarkeit des Erlebens sowie durch das Fehlen eines Bezugssystems, um die Erfahrungen einzuordnen, ist nicht nur das eigene Selbstverständnis, sondern auch die Kommunikation mit den Mitmenschen beeinträchtigt.

Das psychotische Erleben wird verständlicher, so die Autorin, durch die Erfahrung mit den Patienten sowie mit uns selbst in Ausnahmesituationen, durch klinisches Hintergrundwissen und durch die Kenntnis der entwicklungspsychologischen und pathologischen Grundlagen. In der Folge beschreibt Binder die entwicklungspsychologischen Aspekte der Psychosen. Einen breiten Raum widmet sie dem Konzept der Empathie, die sowohl für Entwicklungsprozesse als auch für die Behandlung eine zentrale Rolle spielt. Sie unterscheidet zwei Ebenen des Verstehens: Empathie als kommunikativer Prozess, der auf einen „motivational-prosozialen Mitvollzug“ abstellt, und eine „kognitiv soziale Perspektivenübernahme“, bei der es um das rationale Verstehen von Motiven, Gefühlen geht und deren objektive Bedeutung aus den realen Zusammenhängen heraus verständlich wird. Dies ist erforderlich, da bei schwereren Störungen ein therapeutisches Verstehen erforderlich ist, das über die allgemeine Verständnisbereitschaft hinausgeht.

Die Ausführungen von Binder sind trotz der besonderen Problematik klar und verständlich und durch die Beispiele sehr anschaulich und nachvollziehbar, was von einem umfassenden Wissen und reicher Erfahrung zeugt. Allerdings fehlt meines Erachtens ein theoretischer Rahmen, um die unterschiedlichen Begriffe und Konzepte, die die Autorin verwendet, sowie die vielfältigen Erfahrungen einzuordnen und in ihrer Bedeutung für die Darstellung und Begründung psychotischen Erlebens und deren Behandlung zu beschreiben.

Klaus Heinerth betont in seinem Artikel „*Differenzielles Verstehen bei verzerrter und versperrter Symbolisierung*“ die zentrale Bedeutung der Symbolisierungsprozesse für die Persönlichkeitsentwicklung. Sie stellen das Bindeglied zwischen den Erfahrungen des Organismus und dem Selbstkonzept bzw. der Selbstexploration dar, die unsere Selbsterfahrung ständig begleitet und sie laufend bestätigt oder modifiziert. Der Autor weist auf die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen verzerrter und versperrter Symbolisierung hin und auf ihre Bedeutung für eine differenzielle Diagnostik und Therapie.

Zur Illustration verwendet er das Bild eines Hauses, in dem die verschiedenen Räume unterschiedlichen Erfahrungsbereichen, wie Selbstbehauptung und Aggression, Bindungsgefühle und Zuneigung oder Unsicherheit und Angst, entsprechen. Diese Räume müssen im Laufe der Entwicklung von der Person in Besitz genommen werden, und zwar durch eine empathisch begleitende Vertrauensperson, die das Individuum mit diesen Erfahrungsbereichen vertraut macht. Fehlt eine solche Vertrauensperson, so bleiben die entsprechenden Räume unbewohnt; die Person erfährt nicht, was es bedeutet, liebevoll oder aggressiv zu sein. Für diese Bereiche fehlen die entsprechenden Repräsentationen im Selbstkonzept und damit die Selbstempathie, ohne dass dem Betreffenden diese Lücke bewusst ist. Dies betrifft vor allem Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder frühen Störungen, wie Borderline-Strukturen. Neben diesen versperrten Räumen gibt es solche, die falsch möbliert sind; diese entsprechen einer verzerrten Selbstwahrnehmung, was bei Patienten mit neurotischen Störungen der Fall ist.

Hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens verweist Heinerth darauf hin, dass bei Personen mit versperrter Symbolisierung die Kontaktfähigkeit der Patienten, welche Rogers als Voraussetzung für eine hilfreiche therapeutische Beziehung anführt, in den jeweiligen Bereichen nicht gegeben ist. Es sind also Interventionen notwendig, die auf nonverbaler Ebene erfolgen, da verbale Äußerungen auf keine entsprechenden Repräsentanzen im Selbstkonzept der Klienten treffen.

Der Autor empfiehlt daher empathische oder wertschätzende Mitteilungen durch Gesten oder Handlungen und auch Berührungen zu kommunizieren oder gestalterische Aktivitäten einzusetzen, wie Malen, Arbeiten mit Ton usw., oder erlebnisaktivierende Techniken.

Diese Unterscheidung in verzerrte und versperrte Symbolisierung erleichtert vor allem das Verständnis für die fehlende Einsicht und die mangelnde Möglichkeit, Gefühle oder Bedürfnisse zu erleben und damit auch diesbezügliche Hinweise des Therapeuten zu verstehen. Gerade in einer Zeit, da Persönlichkeitsstörungen zunehmend diagnostiziert werden, sind solche Konzepte hilfreich und eine Ergänzung zur Inkongruenztheorie der GPT.

Rainer Sachse hat in einem weiteren Beitrag über „*Klärungsorientierte Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*“ sein therapeutisches Konzept bei der Behandlung einer

psychosomatischen Störung dargestellt. So verweist er darauf, dass anhand von Untersuchungen zu dieser Problematik psychische Prozesse und Merkmale gefunden worden sind, aus denen ein bestimmtes psychisches Funktionsmodell abgeleitet werden kann. Zentraler Aspekt dabei ist ein hohes Maß an *Alienation*, d. h. Entfremdung von den eigenen Bedürfnissen und Motivationen. Das führt dazu, dass sich diese Patienten durch das Fehlen eines internen Bewertungssystems schwer orientieren und entscheiden können. Daraus folgt eine chronische Unzufriedenheit, da sie nicht entsprechend ihrer eigenen Bedürfnisse handeln, sondern sich sehr stark nach außen orientieren, ohne dass ihnen dies bewusst wird. Charakteristisch für psychosomatische Patienten ist auch die Vermeidung einer Reflexion der Gründe ihres Leidens, was wiederum die Entfremdung verstärkt. Dies führt zu einem geschlossenen, sich selbst stabilisierenden System. Diese Reflexionsvermeidung stellt daher, nach Sachse, den entscheidenden therapeutischen Ansatzpunkt dar.

Da diese Patienten ein niedriges Niveau an Selbstexploration aufweisen sowie eine geringe Fähigkeit, sich auf inhaltliche Klärung einzulassen, ist es notwendig, diese Vermeidungsstrategien ins Zentrum der Therapie zu rücken. Im Sinne der von ihm vertretenen „klärungsorientierten Psychotherapie“ (siehe oben) geht es darum, den Klienten aktiv zu einer Problemarbeit dysfunktionaler Schemata anzuleiten.

Es ist dem Autor natürlich zuzustimmen, dass bei Personen mit psychosomatischen Erkrankungen ein geringes Ausmaß an Reflexion der Ursachen auf der psychischen Ebene besteht und dies einen wichtigen Ansatzpunkt in der Therapie darstellt. Es soll hier aber trotzdem nochmals auf die Unvereinbarkeit hingewiesen werden zwischen „aktiven“ und „gezielt gesteuerten“ Interventionen, die auf einzelne Symptome abzielen und von empirischen-statistischen Ergebnissen abgeleitet worden sind, einerseits und dem Beziehungsangebot der GPT andererseits.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das vorliegende Buch einen gewissen Überblick über die derzeitige Diskussion der Grundlagen sowie wesentlicher Ausdifferenzierungen und Neuinterpretationen gibt. Es sind aktuelle Beiträge von namhaften Autoren, die fundiert über ihre Spezialgebiete berichten. Allerdings ist für mich die Auswahl der Beiträge nicht leicht nachzuvollziehen,

da damit nicht nur unterschiedliche und zum Teil gegensätzliche Standpunkte und Strömungen vertreten werden, wobei, wie die Herausgeber schreiben, auch sehr spezifische Vorstellungen von Gesprächspsychotherapie einfließen, sondern sie sind auch von den Anforderungen und Voraussetzungen her sehr unterschiedlich, weshalb es auch schwierig ist, eine entsprechende Zielgruppe auszumachen. Belesene Therapeuten werden viele Darstellungen finden, die in ähnlicher Form schon mehrfach publiziert worden sind. Andererseits finde ich, dass es nicht nur für Studierende oder an Therapie Interessierte schwierig ist, diese unterschiedlichen und oft gegensätzlichen Standpunkte und Konzepte einzuordnen oder unter den Anspruch und das Menschenbild der GPT zu subsumieren bzw. einen Eindruck davon zu bekommen, wofür der Ansatz steht. So wird auch von den Herausgebern zugestanden, dass die GPT inzwischen „in den derzeitigen Mainstream derart hineingewachsen [ist], dass ihre Grundorientierung bisweilen unkenntlich geworden ist oder als überflüssiges Beiwerk erscheint“ (S. 17). Jedenfalls scheint mir der Hinweis auf die klassischen Beziehungsvariablen sowie die Aktualisierungstendenz als gemeinsame Basis nicht ausreichend, da diese Konzepte auch in diesem Buch zum Teil relativiert und neu interpretiert werden. So hat J. Howe bereits 1989 die mangelnde Reflexion der anthropologischen Grundannahmen für die Identitätsproblematik der GPT verantwortlich gemacht und gefordert, die anthropologische Basis neu zu diskutieren (1989, S. 14).

Jedenfalls haben wir uns in zunehmendem Maße der Frage zu stellen, wie die Spannung von personenzentriertem Anspruch und Menschenbild einerseits und den „formativen Kräften“, – den ökonomischen Zwängen mit ihren Forderungen nach effizienten, kostengünstigen und technisch-funktionalistischen Verfahren und den wissenschaftlichen Ansprüchen in Richtung einer „evidenzbasierten Psychotherapie“ – auszutragen ist; d. h. wieweit wir versuchen sollen, den Anspruch nach Autonomie, Widerständigkeit und Emanzipation aufrechtzuerhalten. Ich würde mir wünschen, dass dieses Buch – gerade wegen seiner unterschiedlichen Positionen und Bruchstellen, aber auch wegen der Vielfalt und Offenheit – einen Beitrag zu dieser Diskussion leisten kann. Allerdings zeigen die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte, dass die politisch-bürokratischen und ökonomischen Zwänge sowie der Versuch nach Anerkennung durch die Scientific Community und den Einrichtungen des Gesundheitswesens bisher vielfach überwogen haben.

Literatur

- Finke, J. (2002). Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus. *Person*, 6(2), 26–34.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- 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. (2007). Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Person*, 11(1), 5–12.
- Howe, J. (1989). Störungsspezifisches Handeln in der Gesprächspsychotherapie? In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 9–20). Heidelberg: Asanger.
- Keil, W. (2002). Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie. In C. Iseli, W.W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P.G. Wacker (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 181–218). Köln: GwG.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In S. Schmidtchen, G.-W. Speierer & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 2. Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre* (S. 41–82). Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Client-Centered Therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin [dt.: *Die klientenbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler].
- Swildens, H. (1989). Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. 1* (S. 80–106). Salzburg: Otto Müller.
- Waldenfels, B. (1998). *Grenzen der Normalisierung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Rezensionen*

Diether Höger

Sabine Weinberger & Christiane Papastefanou: Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen.

Unter Mitarbeit von Hildegard Steinhauser und Michael Bastian.

Weinheim und München: Juventa Verlag, 2008. 302 Seiten, ISBN 978-799-2072-4, € 18,00/Sfr 32,90

Gegenstand des Buches ist die Psychotherapie speziell mit Jugendlichen, die sowohl gegenüber der Psychotherapie mit Kindern als auch der mit Erwachsenen anderes Wissen und besondere Vorgehensweisen erfordert. Die im Titel verwendete Metapher „Wege durchs Labyrinth“ verweist auf die im Jugendalter schwierigen Wege der Selbstfindung, die in jedem Falle Herausforderungen darstellen, die zwar unter hinreichend günstigen Bedingungen von den Jugendlichen bewältigt werden, bei ungünstigen Ausgangsbedingungen jedoch einen belastenden Stress darstellen und eine erhöhte Anfälligkeit für Störungen und psychische Erkrankungen mit sich bringen. Jugendliche sind in diesem Zusammenhang Zielgruppe für psychosoziales Handeln auf drei Ebenen: Präventive Maßnahmen, Psychotherapie und verschiedene Arbeitsfelder der psychosozialen Beratung.

Zum Inhalt: In der Einleitung kritisieren die Autorinnen die verhaltenstherapeutisch orientierten Therapien („kürzer, schneller, manualisiert“), die nicht an der Person orientiert sind: In diesen Therapieprogrammen bzw. Manualen fehlen in der Regel nähere Altersangaben für die Zielgruppe, die oft erheblichen Entwicklungsunterschiede im Jugendalter werden ignoriert ebenso wie die oft sehr unterschiedlichen, von außen nicht steuerbaren individuellen Entwicklungstempi. Auch seien sie nicht auf die individuelle Situation des Einzelnen abgestimmt und böten kaum Anregungen für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Dem setzen die Autorinnen ihre entschieden andere Position entgegen: Die Orientierung an den Entwicklungsvoraussetzungen, d. h. die Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Erkenntnisse und die Entwicklungspsychopathologie als Integration von Entwicklungspsychologie und Klinischer Psychologie. Für die im Zentrum stehende therapeutische Beziehung orientieren sich die Autorinnen am Personzentrierten Ansatz.

Die folgenden beiden Kapitel sind der Theorie gewidmet. In dem einen geht es um entwicklungspsychologische Forschungsergebnisse zum Jugendalter, insbesondere um für die Therapie und Beratung bedeutsame Besonderheiten des Erlebens Jugendlicher. Die Autorinnen beschränken sich auf die normalen Entwicklungsvarianten und verweisen hinsichtlich spezifischer Störungsbilder auf die einschlägige Literatur. Worum es ihnen geht, ist vor allem die Charakterisierung der Lebensphase der Pubertät und des Erwachsenwerdens und die mit ihnen verbundenen Entwicklungsaufgaben. Beschrieben werden die zunehmenden kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten, Aspekte der sozio-emotionalen Entwicklung und die Beziehungen zu Gleichaltrigen, wobei auch Ergebnisse zu Besonderheiten der heutigen Jugendlichen mit berücksichtigt werden. Aus all dem werden jeweils Schlussfolgerungen für die Beratungssituation gezogen.

Im zweiten dieser theoretischen Kapitel geht es um einen Abriss des Personzentrierten Ansatzes allgemein sowie um die Entwicklung der Personzentrierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen im Besonderen bis hin zu den heutigen Vorgehensweisen. Es ist nur konsequent, wenn die Autorinnen die therapeutische Beziehung gemäß dem Personzentrierten Ansatz in den Mittelpunkt stellen, die nach Rogers nicht eine Vorbedingung für die eigentlichen Veränderungen ist, sondern die Veränderung selbst. Sie ergänzen dies mit Bestätigungen und Differenzierungen durch die Bindungsforschung und die moderne neurobiologische Forschung, das Prinzip der Achtsamkeit sowie die von Grawe postulierten Wirkfaktoren Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problemklärung und Problembewältigung.

Die Brücke zwischen Theorie und Praxis wird im vierten Kapitel über die Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit Jugendlichen geschlagen: Wie können die von Rogers abstrakt formulierten

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

Merkmale des therapeutischen Beziehungsangebots (Empathie, unbedingte Wertschätzung und Echtheit/Kongruenz) im konkreten Therapeutenverhalten realisiert werden? Sie werden einzeln besprochen, jeweils mit Beispielen illustriert und im Hinblick auf mögliche Schwierigkeiten bei ihrer Verwirklichung diskutiert, bevor es im fünften Kapitel um die Gesprächspraxis selber geht: Die Rahmenbedingungen der Therapie, die anfängliche Kontakt- und Diagnostikphase, beginnend mit der telefonischen Anmeldung, dem Erstkontakt als der ersten Begegnung, dem Formulieren der Ziele, der Therapievereinbarung und dem Einbeziehen der Bezugsperson(en), im Folgenden die Diagnostik, sowohl zur Klärung der Indikation als auch ein die weitere Therapie begleitender Prozess. Anschließend geht es um die Entscheidung darüber, welche Formen der Hilfe (Beratung, Mediation, ambulante Einzelpsychotherapie, ambulante Gruppentherapie, Trainingsprogramme, stationäre Therapie, Maßnahmen der Jugendhilfe, mobile Jugendarbeit, freizeitpädagogische Maßnahmen, Hilfen zu Ausbildung und Berufstätigkeit) für den Jugendlichen angemessen sind. Die Darstellung der Phasen des weiteren Verlaufs der Therapie ist am Konzept von Swidens (Prämotivationsphase, Symptomphase, Konfliktphase, existenzielle Phase, Abschied und Abschluss) orientiert. Kontaktabbrüchen, der Elternarbeit sowie der in letzter Zeit hinzugekommenen Online-Beratung sind eigene Abschnitte gewidmet.

Das Kapitel über kreative Methoden in der Arbeit mit Jugendlichen geht ins Detail praktisch-therapeutischer Handlungsmöglichkeiten. Weil Jugendliche in der Regel über reine Gespräche kaum zu erreichen sind, gilt es, andere Möglichkeiten des Zugangs zu finden, wobei sich kreative Medien als besonders gut geeignet erwiesen haben. Hier bieten die Autorinnen eine Fülle von Anregungen, wie sich bei Jugendlichen eine stärkere Erlebniszentrierung erreichen lässt. Sie sind als Anregungen für die Praxis gedacht, mit dem ausdrücklichen und mehrfach wiederholten Zusatz, dass es sich bei ihnen nicht um eine Art Gebrauchsanweisung oder gar Trickkiste handelt, sondern um Möglichkeiten, um der jeweiligen jugendlichen Person in ihrer besonderen inneren und äußeren Situation das mit unbedingter Wertschätzung verbundene empathische Verstehen des Therapeuten so zum Ausdruck zu bringen, dass sie von ihr nicht nur wahrgenommen, sondern auch angenommen werden kann. Im Einzelnen handelt es sich zunächst um themenzentrierte Angebote (Erfragen des Ist- und des Zielzustandes, Erleben von Beziehungen, Ausdruck von Ärger), Malen und Gestalten (u. a. Gefühlsbilder, Bild der eigenen Stärke, Gesichter malen, Einrichten einer eigenen Homepage), Schreiben/Lesen (Tagebuch schreiben, Gedichte, Geschichten erzählen und/oder schreiben), Musik, Aufstellungen (szenische Darstellung von Beziehungen), Spielen, Körper/Bewegung (Achtsamkeits-Übungen, Spür-Reise durch den Körper, Atem lenken), Imaginationen/Zaubern/Zukunft gestalten und Notfallrucksack packen.

Die beiden letzten Kapitel sind besonderen Fragestellungen gewidmet, zunächst ausgewählten Aspekten der Arbeit mit Jungen

und Mädchen. In dem von Hildegard Steinhauser verfassten Abschnitt über die Arbeit mit Mädchen liegt der Schwerpunkt auf der Förderung von Selbstsicherheit, Selbstbehauptung und Selbstverteidigung, zu denen mehrere Übungen vorgeschlagen werden. Michael Bastian zeichnet für den Abschnitt über die Arbeit mit Jungen verantwortlich. Hier geht es um das empathisch-verstehende und zugleich akzeptierende Eingehen auf männliche Jugendliche, die mit ihrem Verhalten dem Therapeuten zunächst als eine verschlossene, uneinnehmbare Burg erscheinen, deren Verschlossenheit aber die eines in die Enge Getriebenen ist. Hier wird eine reiche Erfahrung mit männlichen Jugendlichen und ihren Nöten besonders deutlich, Nöten, die oft in Wirklichkeit wesentlich von dem abweichen, was die Eltern oder Betreuer als deren Probleme ansehen, was aber erkennbar wird, sobald man sich den Jugendlichen ohne konkrete Erwartungen, sondern lediglich empathisch verstehend zuwendet und ihnen den freien Raum gibt, den sie beanspruchen, weil sie ihn benötigen. Auch die Ausführungen zur Arbeit mit den Bezugspersonen dieser männlichen Jugendlichen zeigt eine subtile Offenheit für deren vielfachen, einander oft widersprechenden Wünsche und Bedürfnisse. Das Kapitel endet mit einem wiederum von Hildegard Steinhauser verfassten Abschnitt über die sexuelle Entwicklung von Jugendlichen, insbesondere die gleichgeschlechtliche Liebe und die homosexuelle Identitätsentwicklung als einer besonderen Herausforderung an die persönliche Entwicklung. Dieses Thema, das in der einschlägigen Literatur über die Therapie mit Jugendlichen zumeist ausgeklammert bleibt, wird mit viel Offenheit und Einfühlsamkeit für vom „Normalen“ abweichende Erlebens- und Verhaltensweisen behandelt.

Den Schluss bildet ein Kapitel über die Bewältigung akuter Krisen, definiert als kritische und mit Stress verbundene Lebensereignisse wie z. B. Trennung/Scheidung der Eltern, Tod eines geliebten Menschen und Trauer. Ihre Integration in die eigene Lebensgeschichte ist eine Herausforderung, die nicht nur bei Jugendlichen oft eine professionelle Unterstützung erfordert, für die die Autoren kompetente Hinweise geben. Ein besonderer Abschnitt gilt dem Umgang mit Suizidalität, einer besonderen Gefährdung des Jugendalters mit all seiner Verletzlichkeit und besonderen Dichte an verstörenden Veränderungen. Indem die kognitiven Fähigkeiten inzwischen weit genug entwickelt sind, um über den Sinn des Lebens nachzudenken, führt dies nicht selten zu dem Ergebnis des Scheiterns einer solchen Sinnfindung. Zusammen mit einem fragilen Selbstwertgefühl können Suizidgedanken aufkommen, denen auch Taten folgen können. Die Autorinnen befassen sich differenziert und einfühlsam mit möglichen Hintergründen, der Akutversorgung nach dem Suizidversuch und der anschließenden Therapie.

Bemerkenswert an diesem Buch ist, dass sich fundierte und durchdachte theoretische Kenntnisse sowohl der einschlägigen entwicklungspsychologischen Literatur als auch zum Personenzentrierten Ansatz verbinden mit einer reichen, von professionellem Verstand und menschlicher Offenheit begleiteten Erfahrung der

Autorinnen. Nicht nur in vielen konkreten Beispielen und Fallvignetten, sondern auch in der Art des Schreibens verstehen sie es, den Lesern die Situation Jugendlicher anschaulich nahe zu bringen, wobei sie auch die schwierige und oft belastende Situation der Therapeutin zur Geltung kommen lassen. Vermittelt wird eine sensible Offenheit nach allen Seiten, auch dann, wenn vertrauliche Bereiche der Jugendlichen geschützt bleiben müssen, die stets die Hauptperson bleiben. Die Beziehung mit ihnen hat stets Vorrang.

In diesen theoretischen Kapiteln erweisen sich die Autorinnen als bestens informiert und wohlthuend gründlich im Durchdenken der Begriffe und Modellvorstellungen. Zugleich gelingt ihnen eine übersichtliche und zugleich anschauliche Darstellung des Personenzentrierten Ansatzes. Angesichts dieses insgesamt positiven Bildes ist es etwas verwunderlich, dass sich die Autorinnen bei der Darstellung der therapeutischen Beziehung nach dem Personenzentrierten Ansatz in die lange Reihe derer eingliedern, die sich bei der Beschreibung der von Rogers formulierten sechs (!) Bedingungen für therapeutisch wirksamen Beziehungen auf „die Drei“ (Empathie, unbedingte Wertschätzung und Echtheit/Kongruenz) beschränken. Diese Merkmale beschreiben nur das Beziehungsangebot des Therapeuten, jedoch nicht die Beziehung als solche. Das wäre erst dann der Fall, wenn *beide* Partner einbezogen würden, also auch die Reaktion des Patienten, bei dem das Angebot, soll es wirksam werden, erst ankommen muss. Rogers hatte dies mit seiner sechs-

ten Bedingung berücksichtigt, wonach der Klient die Empathie und unbedingte Wertschätzung des Therapeuten zumindest in Ansätzen wahrnimmt. Übrigens wird im weiteren Verlauf des Buches bei der Beschreibung der Praxis die besonders große Aufmerksamkeit und Sorgfalt deutlich, die die Autorinnen in ihrer Arbeit gerade diesem Aspekt schenken!

Noch eine Anmerkung: Die Angaben zu weiterführender Literatur sollten bei einer Neuauflage überarbeitet werden, denn die bibliographischen Angaben sind teilweise unvollständig, auch fehlen manche der angegebenen Titel im Literaturverzeichnis, so dass es hin und wieder zusätzliche Sucharbeit erfordert, den Leseempfehlungen zu folgen.

Wem ist dieses Buch zu empfehlen? Es ist sicher kein Lehrbuch, als solches ist es auch nicht gedacht. Für erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten ist es wegen der vielen darin enthaltenen Anregungen sehr lesenswert. Therapeutinnen und Therapeuten in der Ausbildung vermittelt es viel Einsicht und Verstehen über die Situation Jugendlicher beiderlei Geschlechts sowie förderliche Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit ihnen. Profitieren können ebenso alle im sozialpädagogischen Bereich Tätigen (also auch Lehrerinnen und Lehrer), aber auch Leser mit keinen oder nur geringen Vorkenntnissen finden hier einen informativen und anschaulichen Einblick in das Erleben Jugendlicher und den therapeutischen Umgang mit ihnen.

Marlis Pörtner

Matthias Paul Krause: Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder.

München – Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2002. 193 Seiten, ISBN 978-3-497-01600-6, € 19,90/ SFr 34,90

Ein sehr lesenswertes Buch, das einen differenzierten und informativen Einblick in personenzentrierte Praxis vermittelt und weit über die spezifische Thematik „Eltern behinderter Kinder“ hinaus von Interesse ist.

Einleitend hält der Autor fest, dass die Lösung persönlicher Konflikte der betroffenen Angehörigen und die Linderung ihres seelischen Leids in keiner Weise die Gesellschaft von der Verpflichtung entbinden, Menschen mit Behinderungen angemessen zu unterstützen, ihrer Diskriminierung entgegenzuwirken und ihre Integration in die Gesellschaft zu erleichtern. Er betont zudem, dass ein Großteil der Eltern keiner professionellen Beratung oder Psychotherapie bedarf, sondern auf beeindruckende Weise aus eigener Kraft Wege findet, um – oft mit Hilfe von Angehörigen und Freunden – das behinderte Kind angemessen zu betreuen und die veränderte Familiensituation zu bewältigen. Dieses Potential zu

erkennen, zu unterstützen und zu bestärken – Stichwort „Empowerment“ – steht heute im Zentrum fachlicher Hilfestellungen und hat die bis in die 1960er Jahre vorherrschenden defizitorientierten Ansichten über Familien mit behinderten Kindern abgelöst.

Doch es gibt auch Eltern, die mehr brauchen als Zuspruch, Informationsvermittlung und praktische Unterstützung. Manche geraten in seelische Krisen, fühlen sich der Aufgabe nicht gewachsen, leiden unter psychischen Störungen und benötigen psychotherapeutische Hilfe. Um sie geht es in diesem Buch.

Anhand von Beispielen verweist der Autor auf die vielfältigen Belastungen, denen Eltern von behinderten Kindern ausgesetzt sind, schildert Krisenverläufe, die das Schockerlebnis der Diagnose auslöst, und erläutert das Krisenerleben aus personenzentrierter Sicht. Dabei wird unter anderem deutlich, wie entscheidend das Selbstkonzept für die Bewältigung der Krise ist und wie sehr Kongruenz

bzw. Inkongruenz der Eltern ihren Umgang mit dem behinderten Kind beeinflusst. Er gibt einen Überblick über Themenschwerpunkte in der Beratung und Therapie mit Eltern behinderter Kinder: unter anderem Trauer und Trauervermeidung, Abwehr, Scham, Schuldgefühle, Partnerschaftskonflikte, aber auch objektive Belastungen. Nicht alle Probleme hängen direkt mit dem behinderten Kind zusammen, vielfach sind es solche, die auch bei anderen Menschen vorkommen und zu psychischen Störungen führen können, zum Beispiel Beziehungsschwierigkeiten, persönliche Probleme, unverarbeitungstrauatische Erfahrungen. Die Tatsache, ein behindertes Kind zu haben, und die damit verbundenen Belastungen verschärfen oftmals eine bereits bestehende Problematik oder bringen eine unterschwellig schlummernde zum Ausbruch. Andererseits kann die gemeinsame Sorge um das Wohl des Kindes für Eltern eine starke Motivation sein, ihre Probleme anzugehen und nach konstruktiven Lösungen zu suchen. Die komplexe Situation der betroffenen Familien und die vielfältigen Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, werden dem Leser anschaulich und einfühlsam nahe gebracht.

Besonders aufschlussreich ist das Kapitel „Behandlungen“, in dem einige Verläufe von Paartherapien und Einzeltherapien mit einem Elternteil ausführlich dargestellt werden. Der Autor schildert

jeweils die Ausgangssituation, erste Eindrücke und – sehr differenziert – seine Überlegungen zu Diagnose und möglichen Ursachen der Störung. Die Darstellung des Therapieverlaufs umfasst auch genaue Beschreibungen und Begründungen von Interventionen. Diese hervorragenden Falldarstellungen zeigen einmal mehr, wie sehr es in der personenzentrierten Psychotherapie auf die Kunst der Nuancierung ankommt. Empathie ist nicht einfach Empathie – je nach Persönlichkeit, spezifischer Situation, dem Stadium der Therapie und der therapeutischen Beziehung – wird (und muss) sie auf sehr unterschiedliche Weise zum Ausdruck kommen. Es ist diese subtile, auf genauer und klar unterscheidender Einfühlung beruhende Differenzierung, die den Wert von Krauses Falldarstellungen ausmachen. Daraus lässt sich sehr viel für die eigene Tätigkeit lernen, auch wenn man nicht mit Eltern behinderter Kinder arbeitet. Deshalb ist die Lektüre des Buches personenzentrierten Therapeutinnen und Therapeuten – bestanden ebenso wie angehenden – sehr zu empfehlen.

Zu beanstanden ist ein zwar eher nebensächlicher, aber angesichts der Qualität des Inhaltes doch bedauerlicher Mangel: die Lesbarkeit wird relativ häufig beeinträchtigt durch Druckfehler und sprachliche Schnitzer. Das Buch hätte ein sorgfältigeres Lektorat verdient.

Beatrix Teichmann-Wirth

Brian Thorne: *Love's Embrace. The Autobiography of a Person-centred Therapist.*

Ross-on-Wye: PCCS Books, 2005. 266 Seiten, ISBN 9781898059769, € 25,99 / Sfr 51,90 / £ 21

Just zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Rezension fand die 8. „International Conference for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ in Norwich, England, statt. Das Norwich Centre ist eine der vielen Einrichtungen, welche von Brian Thorne mitverantwortlich ins Leben gerufen wurden. Zu diesen gehören weiter das Centre for Counselling Studies der University of East Anglia (UEA), dessen Leiter er seit 1992 war, und davor die Beratungsstelle der UEA; und er übte weitere leitende Funktionen in Bereichen fernab von der psychotherapeutischen Welt aus: Er hielt von 1970–1990 den Vorsitz von Organisationen wie der „International Goodwill Children's Village Society“ in Südindien inne und wurde 1998 zum Conciliator des Dekans und des Kapitels der Lincoln Kathedrale sowie zum ersten Laienvorsitzenden des Bischöflichen Diözesanrates von Norwich ernannt. Im Gegensatz zur Bedeutung und Reichweite all dieser Stationen und Initiativen scheinen sie im Buch wie beiläufig genannt, Meilensteine im Leben Brian Thornes, in großer Bescheidenheit beschrieben.

„Von Liebe umarmt“ könnte der Titel einer deutschen Übersetzung des Buches lauten, will man dessen Essenz herausstreichen.

Die Essenz des Lebensweges von Brian Thorne findet sich wie ein goldener Rahmen in den beiden Eckkapiteln, der Einführung und dem abschließenden Kapitel mit dem Titel „The Heart's Surrender“. Zwei Ereignisse in der Kindheit waren es, die Brian Thorne mit dieser Lebensessenz in Verbindung brachten. Zum einen im Alter von 4½ Jahren, als er dem „girl with the fluffy hat“ begegnete. Ein Mädchen, das in der Tür eines Lebensmittelgeschäftes stand, nie von Brian zuvor gesehen. Sie lächelte, winkte ihm zu und verschwand.

Das Lächeln dieses Mädchens begleitete Brian Thorne durch das Leben als beständige Erinnerung an eben jene Essenz: „to believe that men and women are infinitely lovable and have it within them to be infinitely loving, let alone to believe that there is a loving force sustaining the universe, ...“ (p. iv).

Das zweite zentrale Ereignis fand an einem Karfreitag statt, als der damals 9-jährige Brian Zeuge einer Karfreitagsprozession wurde und überwältigt von dieser Erfahrung erkannte: „that I am infinitely beloved and that nothing can ever alter this most essential truth about who I am“ (p. 10).

In diesem Sinne scheint Brian Thorne für mich eine Art „natural person-centered therapist“ zu sein. Einer, der es aufgrund dieser ersten eindrücklichen Erlebnisse vermag, allen Erfahrungen, auch schmerzlichen, enttäuschenden positive Beachtung zu schenken, und dessen Leben immer auch von einem Rogers'schen Kernsatz getragen war, dass „die Tatsachen freundlich“ seien.

Von außen betrachtet waren da Tatsachen, die ganz und gar nicht freundlich schienen. So die Erfahrungen des Krieges mit der ständigen Bedrohung durch Bombenangriffe und schließlich die eigenen Erfahrungen als Infanterieoffizier in Zypern. Auch die Schwierigkeiten, seine unorthodoxe Sicht des Personzentrierten Ansatzes zu übermitteln, beziehungsweise das Verhältnis zur Kirche boten vielfältige Möglichkeiten, sich abwehrend abzuwenden. In all dem fand sich jedoch eine Möglichkeit zum Guten hin – sei es die Entdeckung seines Geschichtenerzählertalents im Bunker bei den Fliegerangriffen oder die Fähigkeit zur Empathie, die zu den „Feinden“ im Zypernkrieg Brücken bauen ließ.

Immer waren es auch Menschen, die Brian Thorne inspirierten und bereicherten, wie zum Beispiel Father Tayler, mit dem er ausgedehnte Reisen in verschiedenste europäische Länder unternahm, wo Thorne mit der europäischen Kultur, mit den Sprachen und den deutschen Dichtern in Berührung kam, die, wie er schreibt, ihn auch als Psychotherapeuten wesentlich bereicherten. Oder Georg Lyward, ein Therapeut, welcher eine Wohngemeinschaft für psychisch auffällige Jugendliche leitete und durch seine liebevolle, verständnisvolle Art und seine therapeutische Wirkungskraft Anlass für Thorne war, sich zum Psychotherapeuten ausbilden zu lassen – Thorne nahm an einem der ersten Ausbildungskurse für Counselling in Großbritannien an der Reading University teil.

Dann natürlich Carl Rogers. Schon beim Lesen seiner Bücher entdeckte Thorne seine grundlegenden Überzeugungen und Haltungen theoretisch untermauert und formuliert. Näher kennengelernt hat er Rogers dann am Beginn der 80-er Jahre, als dieser durch den Tod seiner Frau eine dem Leben zugrundeliegende mystische, transzendente Dimension des Lebens erkannte, wiewohl er sich gegenüber Religion und Religiosität sehr distanziert zeigte: „He didn't like it, when I suggested that empathy was a leading characteristic of Jesus or that his own hopeful view of the human being was confirmed by the incarnation and the Presence of God within.“ (p. 166). Er lernte Rogers kennen zu einer Zeit, als dieser die neuentdeckte Liebe zum Leben, so Thorne, teilweise mit „an almost adolescent irresponsibility“ (p. 175) feierte.

Es waren viele wesentliche Freunde und Wegbegleiter, die im Buch explizit gewürdigt werden. Herausstreichen möchte ich Dave Mearns, mit dem er nicht zuletzt durch die gemeinsamen Buchveröffentlichungen (vor allem „Person-centred counselling in action“, später auch „Person-centred therapy today“) in sehr engem Kon-

takt stand. Dem Schreiben und Veröffentlichungen ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Schreiben hat eine große Bedeutung im Leben Thornes, es ist eine Möglichkeit, die Gedanken und Gefühle zu klären. Seine zahlreichen Schriften haben zum Teil zu sehr kontroversiellen Diskursen (z. B. „Behold the Man“ und „Beyond the core conditions“) geführt und er hat sich damit auch sowohl in der kirchlichen als auch in personzentrierten Therapiewelt sehr exponiert. Auf das Buch „The Mystical Power of Person-Centered Therapy“ ist er am meisten stolz. In diesem Buch, und das war für mich erstaunlich, weist er auf die Bedeutung einer spirituellen Praxis hin, will ein personzentrierter Therapeut wahrhaft mit der spirituellen Essenz des Ansatzes verbunden sein.

Wie groß die Bedeutung der Familie (Thorne hat drei Kinder) und seiner Frau Christine im Leben ist, zeigt sich im Kapitel „Family and Friendship“. Hier sind es auch die jährlichen Sommeraufenthalte in Harlech, wo die Natur für ihn ein beständiger Quell der Regeneration und auch der spirituellen Erneuerung ist.

Immer wieder stellt sich ihm die Frage, wie Leidenschaftlichkeit zu leben ist, ohne besitzergreifend zu werden, wie Begehren und Verlangen und physisches Anzogenensein zu Frauen und Männern einen Platz haben können.

Ein Herzinfarkt im Juli 2004 und die Zeit des Wartens auf eine Bypassoperation – eine Realität, die Thorne ebenso mit positiver Beachtung würdigt wie andere zentrale Ereignisse in seinem Leben – bot Gelegenheit, drei Grundwahrheiten über sich selbst zu formulieren: „beloved, not indispensable and – the third truth – utterly vulnerable“ (p. 227).

In diesem letzten Kapitel der Autobiografie zeigt sich, wie sehr Brian Thorne mit der Essenz des Christentums wie auch mit der des PZA verbunden ist. Und – wie es scheint – immer schon.

Das Buch vermittelt einen sehr starken Eindruck von der Vielfältigkeit des Lebens von Brian Thorne. Es zeigt, wie einflussreich er für viele Menschen war – ein Wissen, das Thorne nicht zuletzt aufgrund von lebenslanglich gesammelten Briefen erfuhr.

Die autobiografische Schrift birgt derart viele Daten zu Ereignissen und bedeutsamen Personen in sich, dass ich grundlegendere Aussagen auf der inhaltlichen Ebene etwas vermisst habe. Sie hat mich jedoch inspiriert, mich mehr in Thornes Schriften zu vertiefen und ich freue mich darauf, den Menschen Brian Thorne in Wien 2009 persönlich kennenzulernen.

Schließen möchte ich mit einer Passage aus dem Buch, die mir wie ein Credo erscheint: „I want my life's journey to bring me to a place of passionate intensity which is not an escape from complexity or from the challenge of apparent chaos and contradiction. I want to be able to look life fully in the face and having done so, to be no less passionate, no less intense and no less convinced of life's worthwhileness“ (p. 237).

Karin Wunderlich

Jürgen Kriz: Self-Actualization.

Norderstedt: Books on Demand, 2006, 216 Seiten, ISBN 3-8334-5255-2, € 18,50 / SFr 32,90

„Self-Actualization“: Der Titel wirkt wie ein Fragezeichen. Gedanken an Kurt Goldstein kommen auf, an Diskussionen um „Aktualisierungstendenz“ und „Selbstaktualisierungstendenz“ bei Carl Rogers, und an bisherige Veröffentlichungen von Jürgen Kriz zum Thema „Selbstorganisation“. Geschichte und Mehrdeutigkeit des Begriffs werden denn auch gleich auf den ersten Seiten aufgegriffen: Kriz präsentiert „Self-Actualization“ als grundlegendes Konzept sowohl des PZA als auch der modernen Systemtheorie. Anliegen des Autors ist es, mit dem vorliegenden Buch seine diesbezüglichen Theorien vermehrt auch einem Publikum außerhalb des deutschen Sprachraums näher zu bringen. Die „Idee der Selbst-Aktualisierung“ soll im Kontext unterschiedlicher Fragestellungen thematisiert werden, um „Gedanken, Vorstellungen, Metaphern und Wissen zur Verfügung zu stellen, die ein besseres Verständnis von Lebensprozessen ermöglichen“. Dazu greift Kriz auf Auszüge aus bestehenden deutschsprachigen Veröffentlichungen zurück, die nun übersetzt und damit in englischer Sprache zugänglich gemacht wurden.

Mittels seiner gewohnt griffigen Beispiele wie der Frage „Gibt es einen Unterschied zwischen dem Ausklopfen von Beulen an einer Blechdose bzw. der Reparatur einer defekten Maschine und einer Intervention an einem Lebewesen bzw. der psychotherapeutischen Arbeit?“ wendet sich Kriz gegen althergebrachte mechanistische Bilder, die nach wie vor vielfach unser Denken und Arbeiten bestimmen, und plädiert für eine ganzheitlich-systemische Sichtweise.

Im ersten Kapitel beschreibt er anhand seiner persönlichen Biografie die Entwicklung seiner theoretischen Vorstellungen hin zur „Personzentrierten Systemtheorie“.

In Kapitel 2 werden Chaos und Ordnung und deren Bedeutung für bzw. Einfluss auf menschliches Empfinden, Denken und Handeln thematisiert. Auch das person- bzw. klientenzentrierte Konzept der „Inkongruenz“ wird aus dieser Sicht beleuchtet. Kriz verweist auf den ausgeprägten Hang unserer westlichen Kultur zu Ordnung und Vereinfachung und die daraus resultierenden Bestrebungen, Chaos mittels verstärkter Kontrolle bannen zu wollen („Law and Order“-Mentalität), und zeigt auf, wie viel davon mittlerweile durch die heutigen Erkenntnisse der Systemtheorie, die eine grundlegende Un-Berechenbarkeit der Welt beweisen, letztlich bereits ad absurdum geführt wurde. Vertrauen in Selbstorganisationsprozesse statt Kontrolle, müsste demnach die Devise lauten.

In Kapitel 3 („Lebenswelten im Umbruch“) befasst sich Kriz mit der Verwobenheit von historischen, sozialen, familiären und persönlichen Mikro- und Makroprozessen und deren Bedeutung für therapeutische Arbeit. Anhand eines Fallbeispiels wird verdeutlicht, wie sich verstärkte Kontrolle einerseits und Vertrauen in

Selbstorganisationsprozesse andererseits in der konkreten Praxis auswirken können. Mit „Umbruch“ wird dabei nicht nur Gesellschafts- und Wirtschaftspolitisches (Globalisierung u. a.) und deren Auswirkungen auf die Lebenswelt des Einzelnen angesprochen, sondern auch die interdisziplinäre Systemtheorie als radikale Neuorientierung des allgemeinen Denkens und Wahrnehmens.

Kapitel 4 stellt Chaos und Struktur aus der Perspektive der Entwicklung abendländischen Denkens sowie aus mathematisch-systemtheoretischer Sicht dar. Wichtige Begriffe wie „deterministisches Chaos“ und „Attraktor“ werden eingeführt, Parallelen und übereinstimmende Blickwinkel von Humanistischer Psychologie und modernem naturwissenschaftlichen Denken aufgezeigt.

In Kapitel 5 widmet sich Kriz der Frage nach der „Intuition in therapeutischen Prozessen“. Er vertritt die Theorie, dass plötzlich auftretende intuitive Ideen in stärkerem Maße die latenten Ordnungsfaktoren und -prinzipien erfassen (also jene strukturierenden Kräfte, die Ordnung bewirken) als die unmittelbar manifeste Ordnung selbst. Häufig werden Dynamiken, die in ihrem Frühstadium noch nicht deutlich erkennbar sind, sich jedoch auf eine bestimmte Ordnung hinbewegen, intuitiv erkannt. Die Systemtheorie untersucht diese Phänomene anhand des Konzeptes „Attraktor“. Im Rahmen von Psychotherapie kann Intuition helfen, Kommunikationsstrukturen sichtbar und der Erfahrung zugänglich zu machen.

In Kapitel 6 geht es um die (Selbst)Aktualisierung von Bedeutungsstrukturen und -feldern. Wichtige psychologische und systemtheoretische Konzepte dazu werden vorgestellt. Sinn und Bedeutung können nur dort entstehen, wo die enorme Komplexität der Welt und des Lebens in ihr durch Prozesse der Auswahl, Reduktion und Ordnung vereinfacht werden.

Kapitel 7 ist abschließend der Diskussion der Effektivität des humanistischen Ansatzes gewidmet. Kriz hinterfragt aus systemtheoretischer Sicht den gängigen Effektivitätsbegriff und wendet sich gegen den herrschenden Trend zur (kurzfristigen, weil zu eng definierten) Profitmaximierung auf Kosten wichtiger (langfristig und umfassend wirksamer) Faktoren wie Menschlichkeit, Empathie und Wertschätzung. Kritisiert wird auch die Tatsache, dass vielfach aus Gründen der Messbarkeit einseitige und extrem abstrahierte Fragestellungen herangezogen werden, die selbst einfache strukturelle Zusammenhänge außer Acht lassen und so die Ergebnisse der Effektivitätsforschung verzerren – mit entsprechenden Auswirkungen auf die daraus resultierende Politik.

Beim Lesen wird immer wieder – insbesondere durch lange und (in einer für das Englische eher unüblichen Art) komplex strukturierten

Sätze und Formulierungen – der deutsche Originaltext spürbar. Insgesamt gesehen etwas irritierend wirken auch die in einigen Fällen beträchtlichen inhaltlichen Überschneidungen zwischen verschiedenen Kapiteln. Diese lassen sich zwar nachvollziehbar aus der weitgehend unveränderten Übernahme bestehender Texte und Vorträge erklären, nehmen jedoch den an sich prägnanten Beispielen, Zitaten und Stellungnahmen mit der Zeit etwas den Wind aus den Segeln. Geht man mehr aus Interesse am konkreten Thema „Self-Actualization“ und nicht auch mit dem Anliegen an das Buch heran, einen Überblick über Leben und Denken von Jürgen Kriz zu erhalten,

so könnten auch die stellenweise recht ausführlichen Hinweise auf institutionelle und anlassspezifische Hintergründe der zugrundeliegenden Veröffentlichungen etwas ungeduldig stimmen – ebenso wie das mancherorts zu verzeichnende Fehlen von Literaturangaben.

Allerdings will Kriz mit „Self-Actualization“ auch deklariertmaßen nicht unbedingt ein wissenschaftlich orientiertes Publikum ansprechen, sondern allgemein interessierte Leser zu einem „kognitiven Encounter“ einladen. Wie weit das gelungen ist, muss natürlich letztlich der Beurteilung durch die englischsprachige Zielgruppe überlassen bleiben.

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet auf CD oder als E-Mail-Attachment (nach Möglichkeit Format *.rtf) an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Dr. Franz Berger, Laupenring 163, CH-4054 Basel
Tel.: +41 61 302 09 85, E-Mail: franz.berger@unibas.ch

oder

c/o Prof. Dr. Diether Höger, D-33613 Bielefeld, Barlachstraße 36
Tel.: +49 521 88 55 48, Fax: +49 521 88 99 24
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39
Tel.: +43 1 407 55 872; Fax: +43 1 407 55 874, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

oder

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Umfang max. 8.000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1.000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet. Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch
Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at
Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

