

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1 | 2007

11. Jahrgang

Herausgegeben von Wolfgang W. Keil und Clara Arbter-Rosenmayr

FACHBEITRÄGE

- Diether Höger:* **Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten** 5
- Lore Korbei:* **Spezifische therapeutische Reaktionen auf unterschiedlich strukturgebundenes Erleben** 13
- Karsten Schützmann, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Melanie Schacht; Jochen Eckert:* **Essstörungen und ihre Psychotherapie aus Klientenzentrierter Perspektive** 22
- Monika Tucza:* **Dem Entsetzen begegnen. Ein personzentriertes Konzept von Krisenintervention zur psychotherapeutischen Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion** 39
- Susanne Vahrenkamp & Michael Behr:* **Der Innere Kritiker und der Innere Facilitator – Personzentriert-experienzielle Psychotherapie mit visualisierter Selbstkommunikation** 49
- Johannes Wiltschko:* **Was ist Focusing-Therapie?** 64

BERICHT

- Ladislav Nykl:* **X. International Forum on the Person-Centered Approach, 7.5. – 12.5.2007 – Mallorca** 72

REZENSIONEN

- Sibylle Neidhart:* **Mark Galliker & Daniel Weimer: Psychologie der Verständigung. Eine Einführung in die kommunikative Praxis.** 73
- Robert Hutterer:* **Stephen Joseph & Richard Worsley (Eds.): Person-Centred Psychopathology: A Positive Psychology of Mental Health.** 74
- Jobst Finke:* **Dave Mearns & Mick Cooper: Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy.** 76

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-Filipic, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

Fachbeirat von PERSON (Stand 30. 6. 2007)

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, Reinhold Fartacek, Margarete Fehlinger, Christian Fehringer, Andrea Felnetmeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christine 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, 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, Beatrix Mitterhuber, 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, Ottilia 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 Wolschlager, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz

Herausgeber dieses Hefts

Wolfgang W. Keil und Clara Arbter-Rosenmayr

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

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

PERSON
11. Jg. 2007, Heft 1

Herausgegeben von Wolfgang W. Keil und Clara Arbter-Rosenmayr

Inhalt

Editorial 3

Fachbeiträge

Diether Höger

Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten 5

Lore Korbei

Spezifische therapeutische Reaktionen auf unterschiedlich strukturgebundenen Erleben 13

Karsten Schützmann, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Melanie Schacht; Jochen Eckert (korrespondierender Autor)

Essstörungen und ihre Psychotherapie aus Klientenzentrierter Perspektive 22

Monika Tuczai

Dem Entsetzen begegnen. Ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention zur psychotherapeutischen Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion 39

Susanne Vahrenkamp & Michael Behr

Der Innere Kritiker und der Innere Facilitator – Personenzentriert-experienzielle Psychotherapie mit visualisierter Selbstkommunikation 49

Johannes Wiltschko

Was ist Focusing-Therapie? 64

Bericht

Ladislav Nykl

X. International Forum on the Person-Centered Approach, 7. 5.–12. 5. 2007 – Mallorca 72

Rezensionen

Sibylle Neidhart

Mark Galliker & Daniel Weimer: Psychologie der Verständigung. Eine Einführung in die kommunikative Praxis. 73

Robert Hutterer

Stephen Joseph & Richard Worsley (Eds.): Person-Centred Psychopathology: A Positive Psychology of Mental Health. 74

Jobst Finke

Dave Mearns & Mick Cooper: Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy. 76

Internationaler Veranstaltungskalender 78

Editorial

Es scheint in letzter Zeit vermehrt Hinweise dafür zu geben, dass im psychotherapeutischen Diskurs wieder zunehmend ein überwunden geglaubtes Paradigma im Sinn eines mechanistischen Denkens Platz greift. Zum Teil ist diese Tendenz wohl darin begründet, dass Erkenntnisse und Perspektiven der modernen neurobiologischen Wissenschaften und verwandter Forschungszweige den Bereich der Psychotherapie wesentlich tangieren und dabei etablierte psychotherapeutische Konzepte und Vorgehensweisen durchaus relativieren. So wurde beispielsweise auf den Wissenschaftsseiten einer Tageszeitung berichtet, dass bei Suchtkranken bestimmte genetische Ausprägungen (z. B. Dopamin-Rezeptor-Gen DRD2) festgestellt werden können, welche eine Prognose darüber ermöglichen, „wie aussichtsreich eine Suchtbehandlung ist und welche Therapie mehr Erfolg verspricht“ (Der Standard, Wien, 25. Juni 2007, S. 19). Genests sollten daher zum fixen Bestandteil von Behandlungsstudien gemacht werden.

Aber nicht nur im Gefolge der Neurowissenschaften kann die Tendenz zum mechanistisch orientierten Denken und Vorgehen in der Psychotherapie wahrgenommen werden. Als Beispiel dafür sei hier auf die Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, und zwar speziell auf die Weiterentwicklung von OPD-1 zu OPD-2 verwiesen. Die generellen Anliegen dieser Entwicklung werden im Vorwort von OPD-2 (2006, S. 7) erläutert, wo es u. a. heißt: „In der Psychotherapie geht es darum, auf der Basis diagnostischen Wissens, die Indikation zu einer psychotherapeutischen Maßnahme zu stellen oder spezifische therapeutische Aufgaben und Ziele zu formulieren und die dazu passenden Interventionen zu planen.“ Dieser Satz kann Klientenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten sogleich an eine ähnliche, jedoch inhaltlich völlig gegenteilige Formulierung von Rogers erinnern: „Jenes Element, das die Klientenzentrierte Therapie [...] am meisten unterscheidet, ist die Behauptung, dass das medizinische Modell – mit Einschluss der Diagnose pathologischen Verhaltens, der Spezifizierung von Behandlungsmethoden sowie der Erwünschtheit von Genesung – ein völlig inadäquates Modell für den Umgang mit psychisch Not leidenden oder im Verhalten abweichenden Personen ist.“ (Rogers, 1980b/1991, S. 188)

Die heutigen Trends im Bereich der Psychotherapie scheinen demnach nicht in die Richtung eines Modells zu laufen, das davon ausgeht, dass „die ausgedehnten Ressourcen“ jeder Person „zur

konstruktiven Änderung der eigenen Lebens- und Verhaltensweisen“ in erster Linie im Rahmen einer intensiven menschlichen Beziehung „mit bestimmten definierten Eigenschaften freigesetzt und verwirklicht werden können“ (a. a. O., S. 187). Um so wichtiger ist es daher, im Bereich der Psychotherapie ganz klar ein Modell zu verkörpern und zu vertreten, das den Menschen als selbstorganisiertes Wesen versteht, dem mit kongruenter Wertschätzung und empathischem Verstehen zu begegnen ist, und das die therapeutische Beziehung als einen selbstreferenziellen Prozess auffassen will, in den beide, Klient wie Therapeut, sich gleichermaßen persönlich einlassen müssen. Um mit einem derartigen Modell in der psychotherapeutischen Szene ernst genommen werden zu können, reichen jedoch sicherlich nicht die deklamatorische Betonung der Personenzentrierung und der therapeutischen Grundhaltungen oder das Bekenntnis zur Aktualisierungstendenz oder die Beschwörung des humanistischen Menschenbildes. Die Klienten-/Personenzentrierte Therapie muss vielmehr die von jeder Psychotherapie zu fordernde klinische Professionalität in Theorie und Praxis aufweisen und pflegen. Dazu ist es notwendig, die „operationale Philosophie“ des Personenzentrierten Ansatzes immer wieder und immer weiter auszuarbeiten in therapeutische Konzepte und in therapeutische Vorgehensweisen, deren Bedeutsamkeit und Wirksamkeit auch durch geeignete Untersuchungen aufgezeigt und belegt werden kann.

Die vorliegende Ausgabe von PERSON ist ein „offenes Heft“, d. h. keinem thematischen Schwerpunkt gewidmet. Die hier versammelten Beiträge können jedoch alle als Beispiele für eine klinisch-professionelle Explikation und Ausdifferenzierung des klientenzentrierten Therapiekonzepts angesehen werden. Dies gilt explizit für den Beitrag von Susanne Vahrenkamp und Michael Behr, die zeigen, wie bestimmte Erlebensformen von Personen in ihrer Bedeutung als „Innerer Kritiker“ und „Innerer Facilitator“ therapeutisch erfasst und verstanden werden können, sowie für den Beitrag von Lore Korbei, die darlegt, wie spezifische therapeutische Vorgehensweisen aus der jeweiligen eigenen Resonanz auf „fremd anmutende“ und „strukturgebundene“ Erlebens- und Verhaltensweisen entwickelt werden können. Karsten Schützmann, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Melanie Schacht und Jochen Eckert geben in ihrem Artikel eine ausführliche Übersicht über alle vorliegenden Konzeptualisierungen und Untersuchungen zur Klientenzentrierten Psychotherapie bei Essstörungen. Monika Tucza legt ein personenzentriertes Konzept zur

psychotherapeutischen Begleitung von vergewaltigten Frauen in der akuten Belastungsreaktion vor, das sie vom Hintergrund ihrer therapeutischen Erfahrung ausgehend entworfen hat. Im letzten Fachbeitrag dieses Heftes bietet Johannes Wiltshko eine inhaltliche Darstellung der Focusing-Therapie, die sich, „verwurzelt im Personzentrierten Ansatz und in der Klientenzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers und aufgewachsen in der Schule Gene Gendlins mit ihrer methodischen Genauigkeit im phänomenologischen Denken und therapeutischen Handeln“, als eine der unterschiedlichen therapeutischen Richtungen innerhalb dieses Ansatzes versteht. Den Auftakt zu den Fachbeiträgen bildet der Bericht von Diether Höger über eine Untersuchung der Bindungsmuster von psychodynamisch orientierten und von Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung können Therapeutinnen und Therapeuten viele Anstöße geben, u. a. zu einer vertieften Reflexion der eigenen beruflichen Motive wie auch zu einer dafür relevanten Gestaltung von psychotherapeutischen Ausbildungsgängen.

Neben den Fachbeiträgen, den Rezensionen und einem Kongressbericht findet sich in diesem Heft auch ein Veranstaltungskalender, in dem wichtige methodenspezifische und zum Teil auch allgemein-psychotherapeutische Veranstaltungen, die für die kommenden Monate angekündigt sind, aufgelistet werden. Dieser Info-Service wird auch in den kommenden Heften beibehalten werden.

Dass die Lektüre dieses Heftes den Leserinnen und Lesern Einiges an persönlicher wie professioneller Anregung zu bieten vermag, wünschen sich als Herausgeber und Herausgeberin

Wolfgang W. Keil

Clara Arbter-Rosenmayr

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Hans Huber.

Rogers, C. R. (1980b/1991). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis (S. 185–237). Mainz: Grünewald. (Orig. ersch. 1980: Client-centered psychotherapy).

Diether Höger

Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten

Zusammenfassung: *Dieser Artikel befasst sich mit den Bindungsmustern von Psychotherapeuten psychodynamischer und personenzentrierter Orientierung. Nach einem Abriss der Bindungstheorie werden die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Nord (2000) referiert und diskutiert.*

Schlüsselwörter: *Psychotherapeuten, Bindungsmuster*

Abstract: Attachment patterns of psychotherapists. *This article concerns the attachment patterns of psychotherapists (psychodynamic and person centered orientation). After an outline of attachment theory the results from an empirical study by Nord (2000) are reported and discussed.*

Keywords: *Psychotherapists, patterns of attachment*

Im Mittelpunkt der empirischen Psychotherapieforschung stehen zumeist die Klienten¹, der therapeutische Prozess, oft auch die therapeutische Beziehung. Merkwürdigerweise (oder auch nicht) wird die Person des Therapeuten weitgehend ausgespart. Warum dem so ist, soll, obgleich eine wichtige Frage, hier nicht weiter diskutiert werden. *Dass* dem so ist, mag ein Grund dafür sein, sich uns selbst, den Therapeuten, zuzuwenden.

Wir liegen damit auch wiederum nicht völlig außerhalb des gegenwärtigen Trends, denn Kernberg, Dulz und Eckert (2005) haben kürzlich ein Buch mit dem Titel: „Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren ‚unmöglichen‘ Beruf“ herausgegeben. Es enthält viele lezenswerte individuelle Reflexionen von Kolleginnen und Kollegen darüber, wie sie sich in ihrem Beruf erleben.

In diesem Beitrag soll es demgegenüber um Ergebnisse empirischer Forschung gehen, d. h. um allgemeine Aussagen, die auf den einzelnen Therapeuten nicht zutreffen, aber nichts desto weniger Anlass geben können, im Interesse unserer Klienten, aber auch in unserem eigenen Interesse, über unser Verhalten und Erleben im Zusammenhang mit therapeutischen Beziehungen nachzudenken. Im Folgenden sollen zunächst die bindungstheoretischen Grundlagen skizziert werden. Danach geht es um die Ergebnisse einer empirischen Studie mit Überlegungen zu deren Bedeutung für uns Psychotherapeuten.

1 Theoretische Grundlagen

Psychotherapeuten haben es berufsmäßig mit Menschen zu tun, die Hilfe suchen, aber nicht in dem Sinne, wie man z. B. die Hilfe

eines Steuerberaters oder Automechanikers benötigt. Vielmehr ist die Not, um die es bei unseren Psychotherapie Klienten geht, von wesentlich anderer Natur. Sie ist in der Regel existenziell, geht wesentlich tiefer und betrifft die ganze Person, auch wenn das im Verhalten der Klienten nicht immer gleich deutlich wird oder sie selbst es so sehen. Wenn sich Menschen in einer dermaßen großen persönlichen Krise befinden, dass sie die Hilfe eines Psychotherapeuten suchen, kann man davon ausgehen, dass bei ihnen fundamentale Bereiche des Verhaltens und Erlebens angesprochen werden. In der Bindungstheorie wird näher beschrieben, was dann geschieht.

1.1 Das Bindungssystem

Inzwischen hat uns die Psychotherapieforschung gelehrt (Bowlby, 1988, Strauß, Buchheim & Kächele, 2002), dass in der Psychotherapie das so genannte **Bindungssystem** eine ganz wesentliche Rolle spielt, und zwar gleich in mehrerlei Hinsicht. Es handelt sich hierbei um ein angeborenes Verhaltenssystem, das u. a. bei Kummer und Not aktiviert wird (vgl. Bischof, 1985; Grossmann & Grossmann, 2004). Bereits zu Beginn des Lebens sichert der Mensch sein Überleben, indem er mit denjenigen Menschen, die ihn betreuen, eine Beziehung aufbaut und sich an sie wendet. In der Regel sind das die Eltern, zunächst insbesondere die Mutter, die in diesem Sinne zu **Bindungspersonen** werden. Das Bindungssystem bleibt auch für den Rest des Lebens erhalten („from the cradle to the grave“; Bowlby, 1969) und spielt dann in den zwischenmenschlichen Beziehungen eine herausragende Rolle.

Aktiviert wird das Bindungssystem in **bindungsrelevanten Situationen**: bei Kummer und Not oder auch sonst, wenn ein innerer oder äußerer Anlass und damit das Bedürfnis besteht, sich der

¹ Für Klienten und Klientinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen wird hier die übliche Form gewählt.

Zugänglichkeit der Bindungspersonen zu vergewissern. Nach außen wird die Aktivierung des Bindungssystems im **Bindungsverhalten** sichtbar, d. h. solchen Verhaltensweisen, die geeignet sind, die Nähe oder die Erreichbarkeit der Bindungspersonen herbeizuführen oder sich ihrer zu vergewissern. Beim Kind sind das z. B. Rufen, Weinen, Nachlaufen. Erwachsene haben andere und vor allem auch vielfältigere Möglichkeiten, dieses Ziel zu erreichen. In jedem Falle besteht das Ziel des Bindungssystems darin, Sicherheit und Geborgenheit zu finden und zu erleben. Bei der Aktivierung des Bindungssystems entstehen zugleich **bindungsrelevante Gefühle und Bedürfnisse**. Das sind Gefühle im Zusammenhang mit z. B. Nähe, Geborgenheit, Zärtlichkeit, Sehnsucht, Kummer usw.

1.2 Bindungspersonen

Das Bindungssystem könnte seinen Zweck nicht erfüllen, stünde ihm nicht seitens anderer Menschen ein zu ihm komplementäres Verhaltenssystem gegenüber, das ebenfalls angeboren ist, also zur menschlichen Natur gehört. Man kann es als **Unterstützungs-, Fürsorge- oder Hilfesystem** bezeichnen. Einer der wichtigsten Auslöser für das Fürsorgeverhalten ist die Signalwirkung, die von dem Bindungsverhalten anderer ausgeht. Ebenso wie das Bindungssystem ist auch das Fürsorgesystem mit dafür typischen Gefühlen und Bedürfnissen verbunden.

Nicht nur Eltern, auch andere Menschen können zu **Bindungspersonen** werden, vor allem dann, wenn sie Bindungsbedürfnisse befriedigen. Ob jemand für einen bestimmten Menschen eine solche Bedeutung hat, lässt sich am Bindungsverhalten erkennen. Für Kinder hat Bowlby (1975) dafür vier Kriterien genannt:

1. Das Bindungsverhalten des Kindes ist vorwiegend an diese Person gerichtet.
2. Das Bindungsverhalten des Kindes wird am wahrscheinlichsten beendet, wenn sich ihm diese Person zuwendet.
3. Bei einer Trennung von dieser Person wird Bindungsverhalten ausgelöst.
4. Beim Wiedersehen nach einer längeren Trennung von dieser Person wird Freude ausgelöst zusammen mit einem besonderen Begrüßungsritual.

Für Erwachsene lassen sich, folgen wir Allen & Land (1999) sowie Weiss (1982), die folgenden Kriterien festhalten, die sich inhaltlich teilweise mit den für Kinder gültigen überschneiden. Wie für alle Beziehungen, die durch Zuneigung bestimmt sind, gehört zunächst dazu:

1. Das Bestreben, notfalls mit beträchtlichem Aufwand, die Nähe oder Erreichbarkeit der Bindungsperson zu suchen oder aufrechtzuerhalten („*proximity seeking*“) und
2. Bei einer unfreiwilligen Trennung Protest, Kummer und das Erleben von Trennungsschmerz („*separation protest*“). Dies kann

im äußeren Verhalten sichtbar werden, aber auch innere Reaktionen auslösen wie Gefühle (Trauer, Verzweiflung, Sehnsucht) oder kognitive Aktivitäten (Denken an den betreffenden Menschen, Fantasien über ein Wiedersehen usw.).

Über die Zuneigung hinaus haben Bindungsbeziehungen jedoch noch etwas Besonderes, das sich aus Befragungen ergeben hat und durch theoretische Überlegungen gestützt wird.

Mit dem Bindungssystem eng verknüpft ist das für die Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen im Umgang mit der Welt maßgebliche **Explorationssystem** (vgl. Bischof, 1985; Grossmann & Grossmann, 2005). Es wird dann aktiviert, wenn sich das Individuum als hinreichend sicher und geborgen erlebt und zeigt sich im Interesse für Neues, Unbekanntes, dem sich das Individuum zuwendet, um es näher zu erkunden. Solange ihm die Neuartigkeit nicht zu groß und die Situation als nicht zu bedrohlich erscheint, erlebt es die dabei aufkommende Erregung als angenehm. Wird sie jedoch zu groß, schlägt die neugierige Erregung in Ängstlichkeit um und das Bindungssystem mit dem zugehörigen Verhalten und Erleben wird aktiviert mit dem Ziel, die erlebte Sicherheit wiederzugewinnen. Dies betrifft zwei weitere Merkmale für die Qualität einer Bindungsperson:

3. Die *Sichere Basis* („*secure base*“), d. h. die Nähe der Bindungsperson oder das Wissen um ihre Erreichbarkeit führen dazu, dass sich die Person in der Welt freier bewegen und sie erkunden kann.
4. Der *Sichere Hafen* („*secure haven*“), d. h. die Bindungsperson ist der Ort, zu dem das Individuum flüchtet, wenn es sich bei seiner Erkundung der Welt bedroht fühlt. Ist sie nicht erreichbar, sind Unbehagen und Angst die Folge.

Die genannten Kriterien, sowohl die für Kinder als auch die für Erwachsene, mögen für den Leser in besonderer Weise geeignet sein, um sich anhand eigener Erinnerungen an entsprechende Situationen die emotionale Bedeutung von Bindungspersonen zu vergegenwärtigen.

1.3 Strategien des Bindungssystems

Ob überhaupt und – wenn ja – wie eine Person Bindungsverhalten zeigt und was sie in bindungsrelevanten Situationen erlebt, richtet sich nach ihren bisherigen Bindungserfahrungen, also danach, wie andere, in erster Linie ihre Bindungspersonen, auf ihr Bindungsverhalten reagiert haben. Diese Erfahrungen sind in einem **Internalen Arbeitsmodell** (Bowlby, 1975; Main, Kaplan, Cassidy, 1985) repräsentiert.

Internale Arbeitsmodelle gehören zu allen lebenswichtigen und daher angeborenen Verhaltenssystemen; wie z. B. auch zur Nahrungsaufnahme. Würde es sich dabei um feststehende Reaktionsformen handeln, würde das Individuum mit den Gegebenheiten, in

die es hineingeboren wurde, nicht zurechtkommen. Eine Schwalbe kann zwar angeborenermaßen fliegen, sie muss aber, wenn sie flügge wird, erst eine innere Repräsentation von der Beziehung zwischen ihrer eigenen Motorik und den vielfältigen Strömungsverhältnissen der Luft erwerben, um sich schließlich mit der Gewandtheit zu bewegen, die wir an ihr kennen.

Analog muss der Mensch erst lernen, sich in den Bedingungen zurechtzufinden, die er mit seinem Bindungssystem in seiner Umgebung vorfindet. Sein so erworbenes internes Arbeitsmodell des Bindungssystems steuert nicht nur sein Bindungsverhalten. Es bestimmt auch sein Erleben, d. h. wie er bindungsrelevante Situationen wahrnimmt, was er erwartet, welche Gefühle er dabei entwickelt und wie er das alles in seinem Bewusstsein symbolisiert.

Mary S. Ainsworth und ihre Mitarbeiter haben bei Kleinkindern die inzwischen weithin bekannten **Bindungsmuster** („Sicher“, „Unsicher-Vermeidend“ und „Unsicher-Ambivalent“; [Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978]) beschrieben, die in entsprechender Form auch bei Erwachsenen zu finden sind (Höger, 2002; Main & Goldwyn, 1985). Der wesentliche Beitrag von Mary Main war, die Bindungsmuster und die dazugehörigen internalen Arbeitsmodelle als **grundlegende Strategien** aufzufassen, d. h. als Muster des Verhaltens und der Erlebnisverarbeitung, die es dem Individuum in seinem bisherigen Leben ermöglicht haben, angesichts der speziellen Reaktionen, die seine Bindungspersonen auf sein Bindungsverhalten gezeigt haben, ein zumindest relatives Optimum an Zuwendung und Erreichbarkeit und damit an erfahrener Sicherheit zu erlangen (Main, 1990). Berücksichtigt man die Hilflosigkeit des menschlichen Säuglings und Kleinkinds, wird die existenzielle Bedeutung nachvollziehbar. Bindungsmuster sind die maßgeblichen Ergebnisse unserer allerersten Auseinandersetzung mit der Welt, wie wir sie ursprünglich kennen gelernt haben und wie wir in ihr unsere Existenz sichern konnten. Entsprechend gravierend ist ihre Wirksamkeit auch bei Erwachsenen in bindungsrelevanten Situationen.

Bei Strategien handelt es sich im Unterschied zu einfachen Reaktionen um komplexe Grundmuster des Verhaltens und Erlebens. Solche Grundmuster gibt es im Zusammenhang mit dem Bindungssystem genau so viele, wie es Menschen gibt. Vergleicht man sie jedoch untereinander, dann lassen sich dennoch zwischen ihnen gewisse Ähnlichkeiten feststellen und ähnliche Grundmuster zu Gruppen zusammenfassen, die die Orientierung erleichtern. Allerdings sollte darüber die individuelle Vielfalt innerhalb dieser Gruppen nicht aus dem Blick geraten. Die genannten Bindungsmuster nach Ainsworth et al. (1978) sind als solche Gruppen anzusehen.

Das Konzept der Bindungsstrategien von Main (1990) bezieht sich auf diese Bindungsmuster. Es geht davon aus, dass Bindungsbedürfnisse (wie alle Bedürfnisse) in ihrer Umwelt eine letztlich begrenzte Zahl an grundlegenden Reaktionen auf sie vorfinden. Diese sind wiederum maßgeblich für die besondere Art der Strategie, mit ihnen zurechtkommen.

1. Die **Primäre Strategie** des Bindungssystems entwickelt sich dann, wenn bisher die Bindungspersonen die Bindungsbedürfnisse zuverlässig und in vorhersehbarer Weise verstanden und befriedigt haben. Sie besteht in den im Bindungsmuster ursprünglich vorgegebenen Reaktionen, d. h. in bindungsrelevanten Situationen (z. B. in Kummer und Not) direkt nach Menschen, insbesondere Bindungspersonen, zu suchen, die sich einem zuwenden und Nähe oder Hilfe gewähren. Zugleich besteht das Vertrauen, dass sie prinzipiell erreichbar und zugänglich sein werden. Diese Strategie entspricht dem von Ainsworth et al. (1978) beschriebenen „**sicheren**“ Bindungsmuster.

Mit ihr sind entsprechende **Lebenseinstellungen** verbunden wie:

- das Bedürfnis und die Fähigkeit, sich einigen ausgewählten Personen näher anzuschließen, um mit ihnen verlässliche Bindungsbeziehungen zu knüpfen und zu pflegen
- die Erwartung und das Vertrauen, dass verbindliche und damit verlässliche Beziehungen möglich sind, und dass im Falle der Bedürftigkeit auch jemand da sein wird, der Zuwendung, empathisches Verstehen, Trost und Unterstützung gewährt.

2. **Sekundäre Strategien** bilden sich dann aus, wenn eine solche zuverlässige Befriedigung nicht gegeben war, wenn sich die Verhaltensweisen der primären Strategie aufgrund der Reaktionen der Bindungspersonen als vergeblich, also als unangemessen erwiesen haben. Es war dann für das reine Überleben wichtig, sich an die gegebenen Bedingungen, so wie sie sind, anzupassen und sich in einer Weise zu verhalten, die zumindest eine relative Sicherheit erreichbar machte. In solchen Fällen überlagern sekundäre Strategien die primäre und treten mehr oder weniger vollständig an deren Stelle. Zwei Varianten lassen sich dabei unterscheiden, die mit typischen Reaktionsformen der Umgebung korrespondieren:

- a) Wenn Bindungsbedürfnisse vorhersehbar frustriert werden, erweist sich die **Deaktivierung des Bindungsverhaltens** als zweckmäßig. Sie entspricht dem „**unsicher-vermeidenden**“ Bindungsmuster und besteht darin, in bindungsrelevanten Situationen das Bindungsverhalten (z. B. die Suche nach Hilfe, Nähe, Zärtlichkeit, Körperkontakt, Weinen usw.) zu minimieren oder ganz zu unterdrücken, ebenso die dazu gehörenden Gefühle (z. B. Kummer, Not, Hilflosigkeit oder Nähe, Vertrauen) und die damit verbundenen Bedürfnisse, oder sie wenigstens nach Möglichkeit nicht bewusst werden zu lassen. In der Sprache des Personenzentrierten Ansatzes: sie nicht zu symbolisieren. Die dazu gehörende **Lebenseinstellung** besteht in der betonten Demonstration von Unabhängigkeit und Tüchtigkeit, d. h. für sich selbst sorgen zu müssen und deshalb auch zu können.
- b) Werden Bindungsbedürfnisse unvorhersehbar teils frustriert, manchmal aber auch – jedoch unvorhersehbar – befriedigt, besteht die Konsequenz in einer kontinuierlichen **Hyperaktivierung des Bindungssystems** mit einer entsprechend ständigen

Bereitschaft zu Bindungsverhalten. Sie entspricht dem „**unsicher-ambivalenten**“ Bindungsmuster. Nicht nur in bindungsrelevanten Situationen, dann aber besonders, ist das Bindungsverhalten übermäßig gesteigert (z. B. Anklammern, betontes Fordern nach Zuwendung) und die Unsicherheit ist groß, ob eine Bindungsperson überhaupt erreichbar ist bzw. bleibt. Die entsprechende **Lebenseinstellung** besteht im Gefühl der Wertlosigkeit, in Verlassenheitsangst und Misstrauen zusammen mit Wut und Enttäuschung.

2 Bindungsmuster und Psychotherapie

Höger und Müller (2002) haben Möglichkeiten des therapeutischen Handelns erörtert, wenn die unterschiedlichen Strategien der Bindungssysteme ihrer Klienten berücksichtigt werden. Nicht weniger wichtig ist aber auch die Frage nach den Bindungsmustern der Psychotherapeuten: Mit welchen Strategien ihrer eigenen Bindungssysteme bringen sie sich in ihre Beziehungen mit ihren Klienten ein? Die entsprechenden internen Arbeitsmodelle werden maßgeblich beeinflussen, inwieweit Therapeuten frei sind, ihre eigenen bindungsrelevanten Gefühle und Bedürfnisse bewusst wahrzunehmen und die vielfältigen Varianten ihrer Klienten nachzuvollziehen. In der Sprache des Personenzentrierten Konzepts formuliert: Inwieweit sind sie in Bezug auf diese Gefühle und Bedürfnisse selbst kongruent und inwieweit können sie ihre Klienten darin empathisch verstehen und sich ihnen bedingungslos zuwenden?

Davon wird ihre Fähigkeit abhängen, Klienten bei ihrer Selbstexploration angemessen zu begleiten. Denn in dem Maße, in dem sie solche Gefühle und Bedürfnisse abwehren müssen, ist ihre Empathiefähigkeit für diese Gefühle und Bedürfnisse begrenzt. Außerdem geht es darum, mit den oft schwierigen, durch deren Bindungsmuster bedingten, individuellen Beziehungsangeboten der Klienten zurechtzukommen. Auch steht das Hilfeverhalten von Therapeuten, wie das aller Menschen, mit den eigenen Bindungserfahrungen in engem Zusammenhang. Und schließlich können wir fragen, inwieweit Bindungsmuster die Berufswahl von Psychotherapeuten beeinflussen.

2.1 Welche Bindungsmuster finden sich bei Psychotherapeuten?

Carlotta Nord (2000; vgl. auch Nord, Höger & Eckert, 2000) hat sich in einer empirischen Studie der Frage nach den Bindungsmustern von Psychotherapeuten im Vergleich zur Normalbevölkerung gewidmet. Dabei beschränkte sie sich auf psychodynamisch orientierte und klientenzentrierte Psychotherapeuten, denn in diesen beiden Therapierichtungen gilt der Qualität der therapeutischen Beziehung besondere Aufmerksamkeit. Nach den vorliegenden Untersuchungen

unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeit die Vertreter dieser beiden Richtungen nur wenig. Von Verhaltenstherapeuten unterscheiden sie sich hingegen deutlich (Ambühl, Orlinski, SPR Collaborative Research Network, 1997).

2.1.1 Methodik

Um die Bindungsmuster der Therapeuten zu erfassen, wählte Nord den Bielefelder Fragebogen für Partnerschaftserwartungen (BFPE; Höger & Buschkämper, 2002). Partnerschaften sind in der Regel Bindungsbeziehungen, und die Erwartungen an sie lassen Rückschlüsse auf die Bindungsmuster samt den entsprechenden Strategien der Bindungssysteme zu. Der BFPE ist eine Parallelform des Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen BFKE (Höger, 1999). Die drei Skalen des BFKE sind das Ergebnis aus Studien, in denen versucht worden war, sich empathisch in das Erleben von Klienten mit einem der drei Bindungsmuster zu versetzen, wenn sie vor dem Beginn einer Psychotherapie stehen. Für den BFPE wurden die auf diesem Wege gefundenen BFKE-Items auf die Situation der Partnerschaft umformuliert. Die Skalen beziehen sich auf:

1. Akzeptanzprobleme: Die Erwartung der Person, dass ihr Partner sie so, wie sie ihrer eigenen Ansicht nach ist, nicht akzeptieren könnte, würde er sie wirklich kennen. Beispielitem: „Manchmal kommt mir der Gedanke, dass es meinem Partner/meiner Partnerin zu viel sein könnte, mich so wie ich bin zu ertragen.“ Oder: „Ich befürchte, dass mein Partner/meine Partnerin auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er/sie wüsste, was wirklich in mir vorgeht.“

2. Öffnungsbereitschaft: Die Erwartung, sich dem Partner gegenüber öffnen und über das eigene Erleben sprechen zu können. Beispielitem: „An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner/meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht.“ Oder: „Der Gedanke, mein Partner/meine Partnerin könnte mich tiefergehend auf meine Gefühle ansprechen, ist mir eher unangenehm.“

3. Zuwendungsbedürfnis: Der (bewusste!) Wunsch, dass sich der Partner der Person zuwenden und sich um sie kümmern möge. Beispielitem: „Ehrlich gesagt: am liebsten wäre es mir, wenn sich mein Partner/meine Partnerin möglichst viel Zeit nur für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern würde.“ Oder: „Vor allem wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr darauf angewiesen, dass mein Partner/meine Partnerin sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht.“

Die individuell unterschiedlichen Werte auf diesen Skalen sind bei verschiedenen Menschen in vielerlei Kombinationen zu finden. Clusteranalysen bieten dann die Möglichkeit, Übersicht zu gewinnen, indem Menschen mit hinreichend ähnlichen Skalenkombinationen zu Gruppen zusammengefasst werden. Für den BFPE ergaben sich fünf solcher Gruppen (vgl. Abbildung 1), die als Bindungsmuster

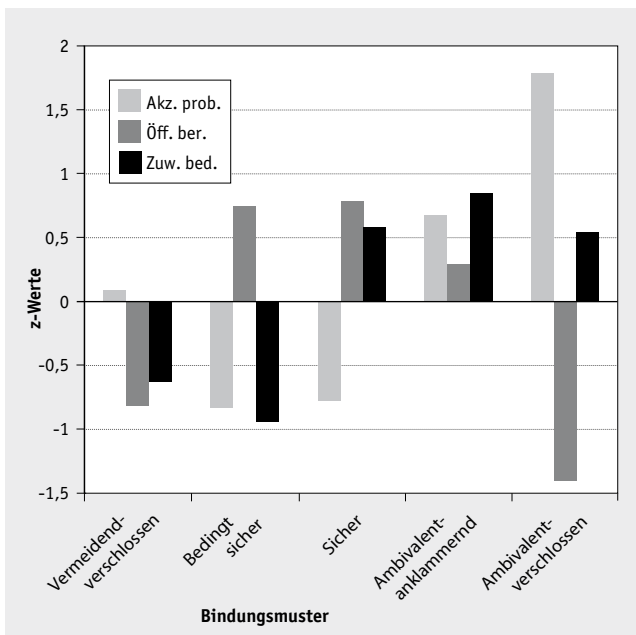


Abb. 1: Kombinationen der Skalenwerte für die fünf Bindungsmuster nach dem BFPE

aufgefasst werden können und sich nach dem Modell der Strategien des Bindungssystems (Main, 1990) interpretieren lassen.

Der Cluster in der Mitte hat hohe Werte bei den Skalen „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“, dem gegenüber niedrige bei „Akzeptanzprobleme“. Es sind also Personen, die keine Selbstwertprobleme erleben und bereit sind, sich ihrem Partner gegenüber zu öffnen und die erwarten, dass er sich ihnen, wenn sie es benötigen, auch zuwendet. Diese Konstellation spricht für eine primäre Strategie des Bindungssystems, also wird dieses Bindungsmuster als „sicher“ bezeichnet.

Der Cluster rechts daneben hat deutlich erhöhte Werte bei den Skalen „Akzeptanzprobleme“ und „Zuwendungsbedürfnis“, die in dieser Kombination ein Zeichen für Verlassenheitsangst sind (Höger & Buschkämper, 2002), die ein wesentlicher Bestandteil der hyperaktivierenden Strategie des ambivalenten Bindungssystems ist. Angesichts der leicht erhöhten „Öffnungsbereitschaft“ wird dieses Muster als „Ambivalent-Anklammernd“ bezeichnet. Die bei dem Cluster rechts außen geradezu dramatisch hohen Werte bei der Skala „Akzeptanzprobleme“ zusammen mit einem deutlich ausgeprägten „Zuwendungsbedürfnis“ sprechen ebenfalls für eine hyperaktivierende Strategie des Bindungssystems. Berücksichtigen wir dabei die deutlich verminderte „Öffnungsbereitschaft“, dann werden sich die betreffenden Personen mit der direkten Äußerung ihres Bindungsverhaltens entsprechend zurückhalten. Deshalb wird dieses Muster als „Ambivalent-Verschlossen“ bezeichnet.

Beim Cluster ganz links liegen die „Akzeptanzprobleme“ unauffällig im Durchschnittsbereich, hingegen sind die „Öffnungsbereitschaft“ und das „Zuwendungsbedürfnis“ deutlich vermindert, ein deutlicher Hinweis auf eine deaktivierende Bindungsstrategie: Diese Personen mögen in ihrer Beziehung nicht über ihr Erleben sprechen,

sie verspüren auch kein Bedürfnis nach Zuwendung anderer. Deshalb wird dieses Muster als „Vermeidend-Verschlossen“ bezeichnet. Der Cluster zwischen dem „vermeidend-verschlossenen“ und dem „sicheren“ entspricht zwar mit seinen geringen „Akzeptanzproblemen“ und der hohen „Öffnungsbereitschaft“ dem „sicheren“ Bindungsmuster. – Allerdings werden angesichts der deutlich verminderten Werte beim „Zuwendungsbedürfnis“ Menschen mit diesem Bindungsmuster die entsprechenden Erfahrungen abwehren, was gegen eine primäre und für eine deaktivierende Strategie des Bindungssystems spricht.

Der BFPE differenziert somit die von Main (1990) postulierten drei Strategien des Bindungssystems weiter, indem er die beiden sekundären Strategien jeweils in zwei deutlich unterschiedliche Varianten aufgliedert. Vor allem der Skala „Zuwendungsbedürfnis“ kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, denn je nach Kontext kommt ihr eine unterschiedliche Bedeutung zu. Allgemein gesehen, gehört das Bedürfnis nach der Zuwendung anderer, insbesondere der Bindungspersonen, zum Wesen eines aktivierten Bindungssystems. Bei Kummer und Not kann uns eine andere Person nur dann Schutz und Geborgenheit gewähren, wenn sie sich um uns kümmert, für uns da ist. Inwieweit und in welcher Weise dieses Bedürfnis (in der Sprache des Personzentrierten Ansatzes formuliert) nicht nur auf der Ebene der Erfahrung besteht, sondern auch im Bewusstsein symbolisiert und im Selbst integriert wird, hängt von dem mit der Strategie des Bindungssystems der jeweiligen Person verbundenen internen Arbeitsmodell ab.

Bei der Interpretation von Fragebögen wie dem BFPE, dessen Items auf Selbstbeschreibungen beruhen, ist stets zu bedenken, dass die Person, die einen Fragebogen ausfüllt, dabei nur auf Bestandteile ihres Selbstkonzepts zurückgreifen kann. Das Ergebnis des Fragebogens kann also nur das wiedergeben, was die betreffende Person zuvor symbolisiert und bewusst erlebt hat. Von Menschen sowohl mit primären als auch mit hyperaktivierenden Strategien ist deshalb anzunehmen, dass sie ihr Zuwendungsbedürfnis deutlich wahrnehmen, es also im Fragebogen als bei sich vorhanden beschreiben, während Personen mit einer deaktivierenden Strategie es als bei ihnen vermindert oder gar fehlend darstellen werden. Außerdem wird die Qualität des bewusst erlebten Zuwendungsbedürfnisses durch den Kontext, in dem es erlebt wird, näher bestimmt. Zusammen mit der Bereitschaft, sich zu öffnen, stellt es sich als ein sinnvoll und notwendig zur primären Strategie gehörendes Bedürfnis dar: „Ich erzähle dir etwas von mir, und dazu gehört natürlich, dass du dich mir zuwendest.“ Anders verhält es sich bei Personen, die sich als inakzeptabel und unerträglich erleben. Bei ihnen hat das Zuwendungsbedürfnis eine andere Funktion und Bedeutung: „Ich bin unmöglich, aber so lange du dich mir zuwendest, kann ich davon ausgehen, dass du mich im Moment noch nicht wirklich verlassen hast.“

An der von Nord untersuchten Stichprobe nahmen von 147 angeschriebenen ausgebildeten Psychotherapeuten N=80 teil. Davon waren 57 % weiblich, 42 % männlich, 75 % waren vom Grundberuf

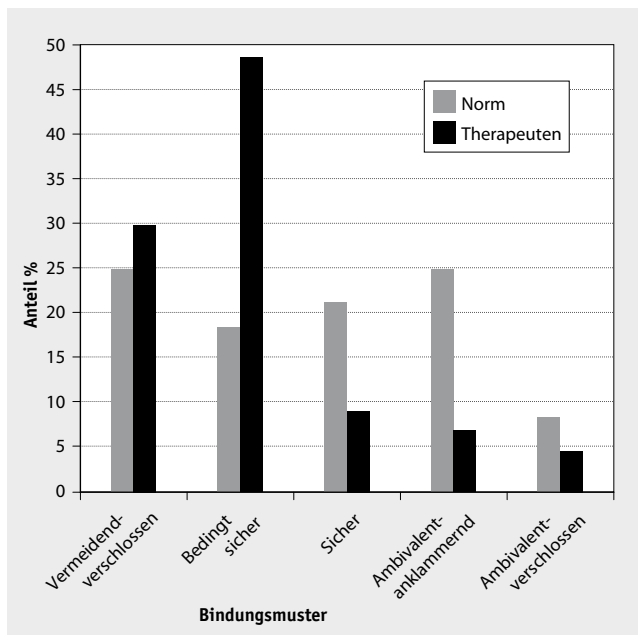


Abb. 2: Vergleich der Häufigkeiten der Bindungsmuster bei Psychotherapeuten und der Normalbevölkerung (Daten nach Nord, 2000)

her Psychologen und 25 % Ärzte, 66 % arbeiteten psychodynamisch, 44 % klientenzentriert orientiert. Als Vergleichsgruppe diente die unausgeselekte Referenzstichprobe aus der Normalpopulation, die der Entwicklung des BFPE zu Grunde lag (Höger und Buschkämper, 2002). Die Ergebnisse zeigt Abbildung 2.

2.1.2 Ergebnisse

Generell unterschieden sich die Psychotherapeuten deutlich von der Vergleichsgruppe, wobei zwischen den Angehörigen der beiden Psychotherapierichtungen keine bedeutsamen Differenzen bestanden. Im Einzelnen fanden sich unter den Therapeuten halb so viele mit einem sicheren Bindungsmuster wie unter der Vergleichsgruppe (9 % gegenüber 21 %), dafür aber mehr als doppelt so viele mit einem bedingt sicheren (49 % gegenüber 19 %), während die Anteile derjenigen mit einem vermeidend-verschlossenen Bindungsmuster etwa in der gleichen Größenordnung liegen (30 % und 25 %). Deutlich unterrepräsentiert sind unter den Psychotherapeuten (mit 7 % vs. 25 % für das ambivalent-anklammernde und 5 % vs. 9 % für das ambivalent-verschlossene Bindungsmuster) diejenigen mit sekundär-hyperaktivierenden Strategien des Bindungssystems.

2.1.3 Was bedeuten die Ergebnisse?

So weit die Befunde. Wenn wir nach ihrer Bedeutung fragen, dann müssen wir uns, wie immer bei solchen Ergebnissen, vergegenwärtigen, dass es „den Psychotherapeuten“ gar nicht gibt. Was wir erhalten, ist das Bild einer Gesamtgruppe, im Sinne der Sozialpsychologie ein Stereotyp, das nur für die Gruppe als Ganze gilt und in

keiner Weise geeignet ist, ein einzelnes ihrer Mitglieder zutreffend zu beschreiben, ebenso wie wir sagen können, dass Franzosen gutes Essen schätzen, was für einen bestimmten Franzosen noch lange nicht gelten muss. In diesem Sinne sagen diese Ergebnisse auch nichts über einen bestimmten (beziehungsorientierten) Psychotherapeuten.

Nichtsdestoweniger können sie Anlass für Fragen sein, die jeder Therapeut für sich stellen kann und wohl auch sollte. Diese Fragen können, betrachtet man das Geschehen in der Psychotherapiebindungstheoretisch, unter zwei Gesichtspunkten gesehen werden.

Zum einen kann sich ein Therapeut fragen, inwieweit sich seine Klienten bei ihm hinsichtlich ihrer Bindungsbedürfnisse und -gefühle verstanden und bedingungslos akzeptiert sehen können. Das gilt nicht nur in dem Sinne, dass er ihr Bedürfnis nach Sicherheit gebendem Schutz und Geborgenheit empathisch verstehen und es ihnen auch bedingungslos gewähren kann. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass Klienten, die zum allergrößten Teil nicht mit primären, sondern sekundären Strategien ihres Bindungssystems in die Therapie kommen, ihre an den Therapeuten gerichteten Bedürfnisse nach Schutz und Sicherheit oft nur verzerrt wahrnehmen können und sie nicht selten in Verhaltensweisen äußern, die für den Therapeuten schwierig, wenn nicht gar befremdlich sein können. In jedem Falle geht es darum, inwieweit der Therapeut für seine Klienten zur Bindungsperson werden kann, die ihnen Schutz und Sicherheit gewährt, damit sie darin ihr Erleben, das ihnen selbst bedrohlich erscheint, explorieren können. Kurz gesagt: Inwieweit kann der Therapeut für seine Klienten zur sicheren Basis und zum sicheren Hafen werden?

Zum anderen geht es um die letztlich nicht weniger wichtige Frage nach der eigenen Psychohygiene des Therapeuten. Entgeht es ihm vielleicht allzu lange, dass er sich mit seinem Fürsorge- und Hilfesystem über Gebühr beanspruchen lässt, ohne sich den dafür nötigen Rückhalt in einem eigenen Unterstützungssystem zu verschaffen. Stellt er die eigenen Wünsche nach der Zuwendung anderer hinten oder nimmt er sie erst gar nicht wahr?

Diese Fragen können sich Psychotherapeuten in Selbstreflexion allein für sich stellen und bearbeiten; ebenso in der Supervision, in einer Eigetherapie oder bei anderen Gelegenheiten. Sie können dies für die Gegenwart tun, desgleichen für die Vergangenheit wie auch für die Zukunft.

Bemerkenswert ist, dass die **hyperaktivierenden Bindungsmuster** bei Psychotherapeuten deutlich unterrepräsentiert sind, d. h. nur wenige Menschen mit übermäßigen Bedürfnissen nach Zuwendung und Schutz oder mit Verlassensängsten werden Psychotherapeut. Anders gesagt: Personen, die in besonderer Weise der Hilfe und Unterstützung in und durch Beziehungen bedürfen, werden nur selten selbst professionelle Helfer. Das ist durchaus realistisch und angemessen, denn sie würden sonst etwas suchen, was sie als Therapeuten nicht bekommen können, und zwar auf Kosten der Klienten.

Ein knappes Drittel der Therapeuten gehört der Gruppe mit einem **vermeidend-verschlossenen Bindungsmuster** an. Ihr Bindungssystem verfügt also über eine deaktivierende Strategie, ihr Bindungsverhalten ist mehr oder weniger deutlich reduziert, ebenso die Symbolisierung ihrer bindungsrelevanten Gefühle und Bedürfnisse. Auch sind sie nur wenig bereit oder in der Lage, sich über ihr eigenes Erleben zu äußern (vgl. Öffnungsbereitschaft). Aufgrund ihres Berufes erwarten sie aber genau das von ihren Klienten. Sie erleben sich selbst als keiner Zuwendung und Hilfe bedürftig, haben es aber zu ihrem Beruf gemacht, dieselbe anderen zu gewähren.

Was daraus folgt, lässt sich eher als Fragen formulieren denn in Feststellungen: Inwieweit können diese Therapeuten die bindungsrelevanten Gefühle und Bedürfnisse ihrer Klienten unmittelbar empathisch, d. h. emotional nachvollziehend verstehen? Oder gehen sie dabei eher kognitiv interpretierend vor? Was bedeutet es für sie, anderen Hilfe zu gewähren, selbst aber keiner zu bedürfen? Manifestieren sich darin möglicherweise indirekt die eigenen, nicht symbolisierten Bedürfnisse? Inwieweit können sie auf die Hilfsbedürftigkeit ihrer Klienten bedingungsfrei akzeptierend eingehen? Können sie diese Hilfsbedürftigkeit bestehen lassen und dabei auf die eigene Entwicklung ihrer Klienten vertrauen? Oder bemühen sie sich darum, dass Klienten ihre Hilflosigkeit so schnell wie möglich überwinden?

Diese Fragen zu stellen, kann hier wie im Folgenden nicht bedeuten, sie bereits zu beantworten. Erst recht nicht können sie die therapeutische Wirksamkeit dieser Therapeuten in Zweifel ziehen. Es sind vielmehr Fragen an die weitere empirische Forschung, aber auch an die Therapeuten, die sich im Interesse ihrer beruflichen Kompetenz wie auch ihrer eigenen psychischen Hygiene immer wieder mit sich selbst auseinandersetzen.

Mit etwa der Hälfte ist der Anteil der Therapeuten mit **bedingt sicherem Bindungsmuster** am größten, verglichen mit der Normalbevölkerung gut doppelt so groß. Dieses nur mit dem BFPE (oder BFKE) identifizierbare Bindungsmuster wird von anderen Bindungsfragebögen mit dem sicheren Muster zu einer einzigen Gruppe zusammengefasst (Grau, Clashhausen & Höger, 2003; Höger & Buschkämper, 2002). Aus Studien zur Validität des BFPE können wir aber entnehmen, dass die Unterscheidung dieser beiden Muster sehr wohl bedeutsam ist, denn Menschen mit bedingt sicherem Bindungsmuster unterscheiden sich in wesentlichen Merkmalen von solchen mit einem sicheren.

So beschreiben sie ihre Partnerschaften (Hahlweg, 1996) im Vergleich zu allen anderen Bindungsmustern am günstigsten, in der Tendenz sogar noch günstiger als die mit einem sicheren Muster. Sie geben an, dabei weniger Streit, dafür mehr Zärtlichkeit, Gemeinsamkeit und Glück zu erleben. Ihre Kommunikation mit sich selbst

(Tönnies, 1982) beschreiben sie in der Tendenz günstiger (z. B. „Das hast du wieder gut hingekriegt“), als dies bei den anderen Bindungsmustern der Fall ist. Vor allem aber erinnern sie sich deutlich weniger, mit sich selbst unzufrieden gewesen zu sein, Gefühle der Entmutigung und insgesamt negative Befindlichkeiten gehabt zu haben. Dies gilt auch im Vergleich mit dem sicheren Bindungsmuster, bei dem sich hier durchschnittliche, also normale Werte ergeben haben (Clashhausen, 1999). In ihren sozialen Beziehungen (Sommer & Fydrich, 1991) unterstützen sie andere auch im Vergleich mit dem sicheren Bindungsmuster mehr und beschreiben sich als zufriedener. Werden sie aber nach konkreten Personen gefragt, an die sie sich im Notfall selbst wenden könnten, fallen ihnen nur wenige ein (Kuppardt, 1999).

Demnach scheinen Menschen mit einem dem bedingt sicheren Bindungsmuster entsprechenden internalen Arbeitsmodell – anders als die mit einem sicheren – belastende Erfahrungen von der Symbolisierung im Bewusstsein (oder dem Gedächtnis) eher auszuschließen, ebenso Gefühle eigener Hilflosigkeit oder das Bedürfnis nach der Zuwendung anderer. Vielmehr sind sie mehr für andere da, als dass andere für sie da sind. Weil sie aber prinzipiell bereit sind, sich ihrem eigenen Erleben zuzuwenden, sind ihnen bindungsrelevante Bedürfnisse und Gefühle vermutlich nicht fremd – aber für sich selbst fordern sie eher nichts.

Wir können deshalb fragen: Ist für Psychotherapeuten ihr Beruf eine besondere Möglichkeit, für andere da zu sein? Was geschieht dann aber mit ihren eigenen Bedürfnissen? Wer ist für sie da, wenn sie Kummer haben oder in Not sind? Bleiben sie dann alleine? Und was tun sie dann? Verleugnen sie ihr Bedürfnis nach Zuwendung und Unterstützung, weil sie annehmen, dass dann doch niemand für sie da sein wird? Oder ist niemand für sie da, weil sie ihre sozialen Beziehungen so gewählt und gestaltet haben, dass sie die Gebenden sind und die anderen gar nicht auf die Idee kommen, dass auch sie bedürftig sein könnten? Ist die Tätigkeit als Psychotherapeut für sie eine Möglichkeit, ihre nicht im Bewusstsein symbolisierte Sehnsucht nach dem Erleben von Schutz und Zuwendung wenigstens in der Form zu erfüllen, dass sie dies anderen zukommen lassen? Inwieweit sind sie vom „burn out“ besonders gefährdet?

Was bedeutet es schließlich, dass das **sichere Bindungsmuster** unter den Psychotherapeuten so selten vertreten ist, etwa halb so oft wie in der Normalbevölkerung? Wir können vermuten, dass bei diesen Menschen Hilfe und Zuwendung zu gewähren und zu erhalten ganz selbstverständlich zum Alltag ihrer sozialen Beziehungen gehört, einfach so. Deshalb kommen sie vielleicht auch seltener auf die Idee, anderen Hilfe zu gewähren, speziell zu ihrem Beruf zu machen.

Literatur:

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Allen, J. P. & Land, D. (1999). Attachment in Adolescence. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) (1999). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp.319–335). New York: Guilford Press.
- Ambühl, H., Orlinski, D. & SPR Collaborative Research Network (1997). Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42, 290–298.
- Bischof, N. (1985). *Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie*. München: Piper.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler (Original: *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books, 1969).
- Bowlby, J. (1988). *A secure Base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Clashausen, U. (1999). *Zur Validierung des „Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen“*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- Grau, I., Clashausen, U. & Höger, D. (2003). Der Bindungsfragebogen von Grau und der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen von Höger und Buschkämper im Vergleich. *Psychology Science*, 45, Supplement III, 41–60.
- Grossmann, K. & Grossmann K. E. (2005). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten. *Psychotherapeut*, 44, 159–166.
- Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In: B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S. 94–117). Stuttgart: Schattauer.
- Höger D. & Buschkämper, S. (2002). Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 83–98.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 6, 35–44.
- Kernberg, O. F., Dulz, B. & Eckert, J. (2005). *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
- Kuppardt, A. (1999). *Bindungsmuster und soziale Unterstützung – Eine Validierungsstudie zum Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48–61.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1985). *Adult Attachment Classification System*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- 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 of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1–2, Serial No. 209), 66–106.
- Nord, C. (2000). *Bindungsmuster und Beziehungserwartungen von Psychotherapeuten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Nord, C., Höger, D. & Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*, 4, 76–86.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37, 160–178.
- Strauß, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.) (2002). *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Tönnies, S. (1982). *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene*. Weinheim: Beltz.
- Weiss R. S. (1982). Attachment in adult life. In: C. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171–184). New York: Basic Books.

Autor:

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie. Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Diether Höger
 Barlachstraße 36
 D-33613 Bielefeld
 E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

Lore Korbei

Spezifische therapeutische Reaktionen auf unterschiedlich strukturgebundenenes Erleben¹

Zusammenfassung: *In diesem Artikel werden verschiedenen Stufen psychischer Befindlichkeit mehr oder minder strukturgebundenen Erlebens aufgrund der spezifischen therapeutischen Resonanzen verschiedene Vorgehensweisen zugeordnet. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Qualität und Intensität der therapeutischen Beziehung.*

Schlüsselwörter: *Klientenzentrierte Psychotherapie, spezifische therapeutische Resonanzen, differentielle Interventionen, Strukturgebundenheit, therapeutische Beziehung.*

Abstract: *Specific therapeutic reactions to differentiated structure-bound „experience“. Five more or less structure-bound stages of the client can be related to different resonances of the therapist – with differential interventions following. The accent lies on the quality and intensity of the therapeutic relationship.*

Keywords: *Client-centered psychotherapy, specific therapeutic resonance, differential interventions, structure-bound, therapeutic relationship.*

Die Klientenzentrierte Psychotherapie wird immer wieder dahin gehend missverstanden, dass sie völlig naiv meinen würde, die unterschiedlichsten Individuen mit ihren äußerst verschiedengestaltigen Leidens-, Störungs- und Lebensformen mit immer der gleichen und „ein“fachen Methode, nämlich mit Wertschätzung und empathischem Verstehen, sinnvoll behandeln zu können. Höger (1989) hat demgegenüber schon lange klargestellt, dass das klientenzentrierte Therapiekonzept bewusst auf einem sehr hohen Abstraktionsgrad formuliert wurde und dass die konkreten therapeutischen Strategien und Vorgehensweisen demnach zwar aus diesem Konzept ableitbar sind, jedoch in jedem Fall von der jeweiligen konkreten Situation her gestaltet werden müssen. Die Klientenzentrierte Psychotherapie stellt daher ein Breitbandkonzept, aber kein Breitbandverfahren dar. Die therapeutischen Vorgehensweisen müssen grundsätzlich der jeweiligen Situation adäquat sein und sind daher von vornherein sehr verschiedengestaltig und differenziert.

Rogers hat keine Systematik von konkreten therapeutischen Verfahrensweisen entwickelt, für ihn war die therapeutische Grundeinstellung, die „operationale Philosophie des Therapeuten“ das Wichtigste. Zum Zusammenhang von therapeutischer Grundeinstellung und Methode schreibt er (1951a/1972, S. 34): „Nach unserer Erfahrung ist ein Berater, der versucht, eine *Methode* anzuwenden, zum Mißerfolg verurteilt, solange diese Methode nicht mit seinen

eigenen Grundeinstellungen übereinstimmt. Auf der anderen Seite kann der Berater, dessen Einstellungen so beschaffen sind, dass sie die Therapie fördern, nur teilweise erfolgreich sein, wenn sich seine Einstellungen nur unzulänglich in geeigneten Methoden und Techniken durchführen lassen.“ Rogers (1957a/1991, S. 183) sieht „keinen wesentlichen therapeutischen Wert in solchen Techniken (...) wie Interpretation der Persönlichkeitsdynamik, freier Assoziation, Traumanalyse, Übertragungsanalyse, Hypnose, Interpretation des Lebensstils, Suggestion und ähnlichem. Jedoch kann jede dieser Techniken ein Kanal werden, um die wesentlichen Bedingungen, die formuliert wurden, zu kommunizieren.“

Es wird im klientenzentrierten Bereich allerdings oft unterschätzt, wie wichtig *adäquate „Kanäle“* für die Kommunikation der therapeutischen Grundeinstellungen sind. Dies hängt sicherlich mit der überaus vorrangigen Gewichtung der Grundeinstellung gegenüber den konkreten Vorgehensweisen zusammen. So hat Rogers (1959a/1987) beispielsweise die letzte seiner sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie so formuliert, dass der Klient² die bedingungslose positive Beachtung der Therapeutin ihm gegenüber und das empathische Verstehen der Therapeutin zumindest in geringem Ausmaß wahr- und annehmen können muss. Die therapeutischen Grundhaltungen können nichts bewirken, wenn sie von den Klienten

1 Bei der Entstehung dieses Artikels ist W. W. Keil maßgeblich Pate gestanden: dafür möchte ich an dieser Stelle herzlich danken.

2 Der einfacheren Lesbarkeit halber verwende ich zumeist *die* Therapeutin und *der* Klient: sinngemäß sind beide Geschlechter gemeint.

nicht als solche erlebt werden. Bei dieser Formulierung kann leicht übersehen werden, dass es sich hier – ebenso wie schon bei den anderen Bedingungen – um eine „Bringschuld“ der Therapeutin handelt: Wie schaffe ich es als Therapeutin, in das Wahrnehmungsfeld des Klienten zu kommen und das Angenommen-Werden und -Sein „drüben“ spürbar zu machen? Das weist darauf hin, dass das therapeutische Vorgehen spezifisch zu gestalten ist, dass eben geeignete „Vehikel“ zu schaffen sind, um Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sichtbar und spürbar zu transportieren.

Von daher ist es meiner Meinung nach erforderlich, für bestimmte Formen und Intensitäten des psychischen Seins und Gestört-Seins von Klienten adäquate Vorgangsweisen und Interventionen zu entwickeln. Ich möchte mich dabei jedoch nicht so sehr auf unterschiedliche psychische Störungen im Sinne der üblichen Klassifikationsschemata beziehen und für sie entsprechende störungsspezifische Vorgehensweisen entwickeln. Dafür gibt es im klientenzentrierten Bereich einige Konzepte, z. B. von Finke, Teusch, Keil, Swildens, Binder, Biermann-Ratjen u. a. m.

Ich möchte vielmehr von einer anderen phänomenologischen Perspektive ausgehend, verschiedene *Qualitäten und Intensitäten strukturgebundenen Erlebens* unterscheiden, die davon bestimmt werden, in welchem Bereich auf dem Kontinuum Kongruenz – Inkongruenz der Klient sich gerade aufhält. Die jeweilige Art des strukturgebundenen Erlebens des Klienten bewirkt eine jeweils entsprechende körperlich erlebte Resonanz der Therapeutin. Je „hartnäckiger“ der Klient im strukturgebundenen (Nicht-)Erleben ist, desto stärker wird die Resonanz der Therapeutin „ausschlagen“ und damit die Beziehung zwischen beiden beeinflussen. J. Binder (pers. Mitteilung) hat vorgeschlagen, diese „Hartnäckigkeit“, diese „Inkongruenz“, dieses „Strukturgebundene“ mit dem Terminus „*fremd*“ zu beschreiben: Also je *fremder* das (Nicht-)Erleben des Klienten bei der Therapeutin „ankommt“, sich anfühlt, desto komplexer wird die Störung des Klienten sein.³

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird somit vor allem von der Art des Erlebens des Klienten und der darauf folgenden Resonanz der Therapeutin bestimmt. Ich möchte in diesem Sinne im Folgenden fünf verschiedene Formen der Qualität der von der Therapeutin erlebten Beziehung beschreiben, die auch die jeweils entsprechenden spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen einschließen sollen.

In **Stufe 1** geht es um Klienten, deren Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten offen sind, sodass die Therapeutin in ihrem eigenen inneren Prozess ohne Hemmnis und unmittelbar den Klienten begleiten kann. Wenn dies in großer Kontinuität der Fall wäre, käme man in die Nähe der von Rogers als theoretische Idealform entworfenen „fully functioning person“. Bei **Stufe 2** handelt es sich

um „leichte Verstörungen“ im Leben und Erleben der Klienten, die oft nur leiser therapeutischer Anstöße bedürfen, um wieder mit sich selbst in Übereinstimmung zu kommen. Auf **Stufe 3** befinden wir uns im Bereich der „neurotischen Störungen“. Die Lebendigkeit der Klienten ist in etlichen Bereichen deutlich eingeschränkt, es bedarf professioneller Ausdrucksformen der Resonanz der Therapeutin, um die Wiederherstellung des Experiencingprozesses zu ermöglichen. Den möglichen Umgang mit den Manifestationen und Folgen „früher Störungen“ versuche ich dann auf **Stufe 4** zu skizzieren. Bei **Stufe 5** geht es schließlich um fragile, dissoziative Prozesse von Personen mit kontaktlosem psychotischem (Nicht-)Erleben oder auch von geistig behinderten Personen, und die hier möglichen therapeutischen Reaktionen.

Die Bedeutung des Experiencing-Prozesses bei Rogers und Gendlin

Bevor die verschiedenen Stufen in der Qualität und Intensität des Erlebens im Einzelnen erläutert werden, möchte ich kurz auf das generelle Verständnis des Experiencing-Prozesses bei Rogers und bei Gendlin eingehen. Während in Rogers' Therapiekonzept der Schwerpunkt beim Erleben des Therapeuten liegt, ist für Gendlin das Erleben des Klienten das Wesentliche. Gendlin ergänzt die sechs Bedingungen von Rogers insofern, als er dem Erleben von unbedingter Wertschätzung und empathischem Verstehen auf der Seite der Therapeutin (Rogers' Bedingungen 4 und 5), das Experiencing, den Felt Sense auf der Seite des Klienten gegenüberstellt. So sagte Rogers (1961a *orig.*, p. 150): „Gendlin has called my attention to this significant quality of experiencing as a referent. He is endeavouring to build an extension of psychological theory on this basis.“ Die Basis für Gendlins Veränderungskonzept bildet das Erleben – die für Psychotherapie nötige Art und Tiefe des inneren Erlebens – des Klienten, das angestoßen werden kann – eventuell sogar mit den „*verpönten Focusing-Instruktionen*“. Focusing soll – so angewandt – die Kraft der therapeutischen Beziehung tragen, nicht verhindern. Insofern ist Gendlins Experiencing-Konzept eine unverzichtbare Ergänzung. Er postuliert eine zusätzliche, notwendige Bedingung für Veränderung (durch Psychotherapie), nämlich die Art und Weise, wie der Klient mit seinem Erleben in Beziehung ist und damit umgeht: indem er aus seinem Felt Sense heraus sein gegenwärtiges Erleben expliziert. Generell ausgedrückt kommt damit der Klient vom inkongruenten zum kongruenten Zustand.

Der Begriff der Strukturgebundenheit bei Gendlin

Laut Rogers (1961a *orig.*, p. 131) ist die Entwicklung von gestörtem/verstörtem Erleben und Verhalten zum „gesunden“ Erleben als eine Entwicklung von rigiden Strukturen zum Erlebensprozess zu sehen:

³ Deshalb sind Intervention und Supervision als Schärfung des Handwerkszeugs der Psychotherapeut/inn/en unerlässlich, sowie eine profunde (Lehr-)Therapie.

„Individuals move, I began to see not from fixity or homeostasis through change to a new fixity, though such a process is indeed possible. But much the more significant continuum is from fixity to changiness, from rigid structure to flow, from stasis to process.“

Rogers wie Gendlin verließen also den Strukturansatz zugunsten des Prozessansatzes. Das heißt, Feststellungen wie „Wien bleibt Wien“ oder Wünsche wie „Ich will so bleiben, wie ich bin“ sind als gefährliche Drohungen zu verstehen, denn sie bedeuten Erstarrung. Wie hoch und wie stabil das Integrationsniveau einer Person auch immer sei, ein möglicher Prozess ist immer vorzuziehen, als Erlösung aus der Erstarrung. Wenn mein Erleben von Strukturen bestimmt wird, ist es ohne Farben, die vom Felt Sense ausgehen, bzw. hat es immer dieselbe Farbe – ein Leben wie aus zweiter Hand. „Frozen wholes“ nennt das Gendlin – zu Eis erstarrte Ganzheiten. Strukturgebundenen Erleben ist wie eine Wiederholung eines ewigen Kreislaufes – eine Schallplatte, die hängen bleibt. „Diese Runde hatten wir schon“, pflegte Friedhelm Köhne, einer der Focusing-Initiatoren in Deutschland, bei dementsprechenden Situationen zu sagen. Das Stocken oder das Überspringen des Erlebens-Prozesses macht das Nicht-Verbundene mit der Situation aus und daher das Second-Hand-Gefühl einer endlosen Schleife der Wiederholung. Ich denke da an den Film „Und ewig grüßt das Murmeltier“. Das rigide, „ewig gleiche“ Erleben und Handeln des Protagonisten lässt ihn eben immer wieder „den gleichen Tag“ erleben, solange bis sich sein Zugang zu den gleichen Szenen und Episoden verändert hat. Nicht die Erlebnisse selbst, die Erlebens-Inhalte, sind dabei strukturgebunden, sondern der Stil des Erlebens, die Art und Weise, wie die Inhalte erlebt werden. „Aus diesem Teufelskreis komme ich nicht heraus, ich kann nicht anders“, ist dazu eine denkbare Formulierung. Dazu passt die Resonanz der Therapeutin: „Was immer mein Klient fühlt oder denkt – die Tonart, in der das zum Ausdruck gebracht wird, bleibt immer dieselbe.“ Parallel zu den vier „gesunden“ ethologischen Reaktionen bei Gefahr werden in schwierigen Situationen „die Ängstlichen“ fliehen, „die Depressiven“ sich tot stellen, „die Zwanghaften“ aggressiv werden, „die Histrionischen“ Täuschungsmanöver einsetzen.⁴ Ich möchte bei all dem darauf hinweisen, dass das „Gestörte/Verstörte“ nicht nur im Erleben des Klienten zu sehen ist, sondern auch in der Unausweichlichkeit, eben der Strukturgebundenheit der Reaktion darauf.

Die Pathologiegrenze ist dort, wo aus dem „I did it my way“ die Erstarrung eintritt, die Rigidität überhand nimmt. Diese Erstarrung, diese Rigidität sind die Indikatoren für eine „Überstrukturierung“ der Person im krankmachenden, krankhaften Sinn – ohne den Wert von Struktur an sich ganz aus dem Auge zu verlieren.

Strukturgebundenen Erleben im Sinne von Gendlin ist also das Gegenteil von authentischem, von kongruentem Erleben. Es kann sich gegebenenfalls zwar wie eigenes Erleben anfühlen, ist aber ohne Fortsetzungsordnung („carrying forward order“). Der exakte

Symbolisierungsprozess ist eben nicht möglich, er ist entweder blockiert oder er wird übersprungen. So schreiben auch Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 98): „Im Symbolisierungsprozess (vgl. Gendlin 1978; 1981) werden Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken und Worte bewusst, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Ausdruck und vor allem Sinn verleihen. Der erfolgreiche Abschluss eines Symbolisierungsprozesses, der Abschluss der Entwicklung des ‚felt sense‘ geht mit einer deutlichen, auch körperlich spürbaren Entspannung einher im Sinne eines: ‚Das ist es, was mich im Moment bewegt‘. Kann ein ‚felt sense‘ nicht zu Ende entwickelt werden, bleibt diese Entspannung aus. Erfahrung wird also bewusst in Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühlen, Gedanken und Worten, und vollständig bewusste Erfahrung ist auch ‚sinnvolle‘ Erfahrung (‚felt sense‘ heißt ‚gefühlter Sinn‘).“

In Focusing-Termini: Selbsterleben ist ausschließlich prozesshaft und wirkt immer implizit. Sobald Selbsterleben in festen Bahnen, in festen Strukturen verläuft, hört es auf Selbsterleben zu sein.

Fünf verschiedene Stufen psychischer Befindlichkeit

Im Folgenden möchte ich nun versuchen, verschiedene Formen mehr oder minder strukturgebundenen Erlebens von Klienten und die von ihnen ausgelöste Resonanz der Therapeutinnen so zu unterscheiden, dass sich dabei fünf Stufen psychischer Befindlichkeit, die in der Resonanz mehr oder weniger vertraut bzw. mehr oder weniger „fremd“ empfunden werden, ergeben können. Dabei sollen, diesen Stufen entsprechend, spezifische therapeutische Vorgehensweisen aus der jeweiligen Resonanz heraus entwickelt werden.

Stufe 1: Offener Zugang zu implizit wirksamem Experiencing

Wenn der Selbstexplorationsprozess des Klienten ungestört, d. h. selbstempathisch, selbstwertschätzend und kongruent sich entwickeln kann, dann kann die Therapeutin – in Focusing-Termini ausgedrückt – kontinuierlich mit sich selbst fokussieren und so dem Klientenprozess, der die nötige therapeutische Tiefe hat, folgen. Sie kann – angesichts des Erlebensflusses des Klienten – ohne Stocken bei ihrem Erlebensfluss bleiben, sie ist präsent im besten Sinne.⁵ Das heißt übersetzt in Interventionen, dass „Tiefes Hören“ im Sinne von Rogers⁶, bzw. Saying Back als eine der „listening qualities“ von Gendlin ausreichen. Interesse und aufmerksames Zuhören im Sinne des bedingungsfreien Akzeptierens prägen hier die therapeutische Beziehung. Ausgedrückt wird dies eben z. B. durch einführendes Wiederholen.

⁵ siehe dazu Rogers, 1980a/1981, S. 79 f.

⁶ siehe dazu Rogers, 1980a/1981, S. 19 ff.

⁴ siehe dazu Biermann-Ratjen & Swildens, 1993, S. 103f., S. 115f.

Wenn der Klient kontinuierlich kongruent sein kann angesichts der empathischen, unbedingt wertschätzenden und ebenfalls kongruenten Therapeutin, dann ist das zugleich das Ziel und das Ende der Therapie. Schmid (1994, S. 272) resümiert das Ende der therapeutischen Beziehung folgendermaßen: „Ziel des therapeutischen Prozesses bleibt die volle – also wechselseitige und symmetrische – personale Begegnung, bei der beide Personen in tiefer und freier Weise einander als Personen gegenüberreten und somit, einerseits eins werdend, sich andererseits als jeweils Andere anerkennend, einander als Personen gegenwärtig sind und vergegenwärtigen.“

Stufe 2: Der Felt Sense ist noch nicht da, er muss erst angestoßen werden⁷

Wir erleben beispielsweise in einer Stunde mit einem sonst lebendigen Klienten, dass nur mehr Interpretationen oder Schlussfolgerungen aus seinem Erleben „zugelassen“ werden. Es kann aber auch der Fall sein, dass der Klient bloß „unklare, schwammige Gefühle“ hat oder dass er zwischen verschiedenen inneren Positionen „hin- und herhüpft“. Wenn dies der Fall ist, dann sind diese Klienten wieder im strukturgebundenen Erleben gelandet.

Manchmal gelingt es, den Klienten in seiner Problematik (Inkongruenz) durch einfaches empathisches Einfühlen zu verstehen. Meist aber kann auf dieser Stufe die Therapeutin nicht selbstverständlich mitfühlen: Sie empfindet z. B. so, wie der Klient gerade nicht empfindet, oder beispielsweise auch anstelle des Klienten. Das sorgfältige Fokussieren der Therapeutin mit sich selbst rückt hier schon mehr in den Vordergrund.

Meist wird ein einfaches Anstoßen des Felt Sense den ins Stocken geratenen Prozess wieder ins Rollen bringen. Verbale und nicht-verbale erlebensaktivierende Interventionen ermöglichen es in diesem Fall, aus einem „Nicht-Erleben“ Erleben zu entfalten. Guiding-/Leading-Schritte finden neben Pacing-Schritten jetzt Platz – das alles aus dem „listening“ bzw. aus dem „Tiefen Hören“ heraus. Wiltschko⁸ (2003, S. 206ff.) unterteilt „listening“ in Markieren, Partialisieren und Saying Back – teilweise dem Guiding/Leading, teilweise dem Pacing zugeordnet.

Mögliche Interventionen sind beispielsweise:

- Irgendetwas in Ihnen sagt ...
- Was erleben Sie jetzt in Ihrem Körper?
- Wie/wo spüren Sie das in Ihrer Körpermitte?

⁷ Diese Art von Interventionen gilt in der strengen Variante Personenzentrierter Psychotherapie als nicht person- sondern als focusing-orientiert, eben ein Anstoßen des Felt Sense, wenn dieser noch nicht da ist. Siehe Brodley, 1990, S. 87ff; aber auch van Balen, 1994, S. 80ff.

⁸ J. Wiltschko hat zusammen mit E. T. Gendlin 1999 das Buch „Focusing in der Praxis“ herausgegeben. Er ist seit 30 Jahren der Wegbereiter von Focusing im deutschen Sprachraum und hat die Focusing-Therapie mitentwickelt.

- Welche Gedanken, Bilder, Gefühle, Körpergefühle entstehen dazu und passen dazu?
- Wie spürt es sich genau an, das jetzt nicht fühlen zu können?
- Wie wäre der nächste körperlich gefühlte Schritt?
- Was sagt Ihr „Innerer Kritiker“ dazu?
- Erinnert Sie das jetzt Gefühlte an etwas aus Ihrer Kindheit/Vergangenheit, bzw. gibt es das öfters in Ihrem jetzigen Leben?
- Was wäre jetzt gut zu spüren?
- Wie würde es sich anfühlen, „anders“ als sonst zu erleben?
- Um etwas zu vertiefen, zu verdeutlichen, kann ich als Therapeutin auch Angebote machen, etwas körperlich zu verstärken, zu vermindern, zu verlangsamen, zu verdichten. Ich kann auch empathisch mitatmen, um dann einen anderen Atemrhythmus vorzuschlagen (z. B. um mehr Freiraum zu „eratmen“). Ich kann auch „das Gegenteil anbieten“ oder für den Klienten probeweise „einen Teil übernehmen“, z. B. einen Teil seiner Haltung durch ein „Von-mir-gehalten-Werden“ kurzzeitig übernehmen.
- Ich kann auch als Therapeutin „ein angesagtes Experiment“ anbieten, z. B. einen Klienten mit einer belasteten Körperstruktur einladen auszuprobieren, wie es sich anfühlen würde, „anders als üblich dazustehen.“⁹
- Auch Focusing-Instruktionen können hier Platz finden; der Versuch, die Focusing-Fertigkeiten zu lehren.¹⁰

Nach einem Guiding-/Leading-Schritt der Therapeutin ist es dennoch ratsam, rasch wieder das Erleben des Klienten zu begleiten: der Rhythmus, der Duktus der Stunden soll nicht einseitig von der Therapeutin gestaltet oder kontrolliert werden. Auch hier prägen Neugierde und Interesse die Interaktion zwischen Therapeutin und Klient. Leading-/Guiding-Schritte sind als Hilfestellung zur Verdeutlichung der inneren Welt des Klienten gedacht. Interventionen können der Konkretisierung dienen, bzw. einem organismusbezogenen Verstehen – und auch einem selbstkonzeptbezogenen Verstehen. Ebenso kann die Therapeutin in diesem Rahmen biographische Brücken anbieten.¹¹

Das Bild der Klient-Therapeutin-Beziehung, das ich auf diesen beiden ersten Stufen zeige, ist eher das eines Nebeneinanders, eines „Gemeinsam-auf-etwas-Blickens“ – wie etwa bei Daniel Stern, wenn Kind und Mutter einen gemeinsamen Fokus auf etwas legen – in diesem Fall auf das „Innenleben“ der Klienten, deren gefühlte Bedeutungen.

Stufe 3: Experienzielle therapeutische Response als notwendiger Anstoß

Klienten, die intellektualisieren und rationalisieren sind in der freiberuflichen Praxis meist unser „tägliches Brot“. Sie rationalisieren

⁹ siehe dazu Kurtz & Prester, 1979, S. 163 f.

¹⁰ siehe dazu Gendlin, 1997, S. 337

¹¹ siehe dazu Finke, 1994, S. 49

in der Art „mir geht es schlecht – weil ...“, aber das wird eben nicht wirklich erlebt – ohne entsprechendes Experiencing. Wir befinden uns im Bereich der „neurotischen“ Störungen.

Die Strukturgebundenheit ist hier massiver als bei Stufe 2, die Behinderung, zum Erleben zu kommen, größer. Ich nehme hier trotzdem eine prinzipielle Möglichkeit der Selbstexplorationsfähigkeit an, aber diese kann nicht aus sich heraus wirksam werden – und auch nicht mit „leichtem Anstoßen“ im Sinne einer erlebensaktivierenden Intervention. Der Unterschied zur Stufe 2 ist graduell, die Lebendigkeit der Klienten ist aber in weiten Bereichen eingeschränkt – die „Gestörtheit/Verstörtheit“ prägnanter und deutlicher. Es ist jedoch prinzipiell möglich, verleugnete (aber eben abrufbare) oder verzerrte organismische Erfahrungen zu erreichen.

Der Selbstwahrnehmung sind diese Strukturen meist schwieriger zugänglich. Partner/innen bemerken sie und reagieren im täglichen Leben meist so, dass die Strukturen verfestigt werden, die Schutzfunktion ausgebaut wird. Gendlin (1978, S. 41) betont: „Niemand wird besonders durch solche Antworten und Analysen verändert, die ausdrücken, wie es nicht funktioniert.“ Das gilt natürlich auch für Therapeutinnen! Die Therapeutin ist hier als Gegenüber gefragt, das gerade nicht so reagiert „wie alle“, um die Struktur des Klienten nicht noch zu verfestigen. Hier wird die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient, die Therapeutin als Gegenüber essenzieller als bei Stufe 2, wo ein „freundliches Nebeneinander“ von Therapeutin und Klient genügt.

In diesem Bereich ist zweierlei wichtig: einführendes Störungswissen und wie immer ein sorgfältiges Fokussieren der Therapeutin mit sich selbst. Das Störungswissen ist aus verschiedenen Quellen möglich: entwicklungspsychologische, klinisch-psychiatrische, körperbezogene, aus der Kunst u. v. a. m. Einführendes Störungswissen steht im Dienste der Empathie, um konstruktive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Wenn kein empathisches Verstehen möglich ist, dann sind auch Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten bedroht.¹²

Der Akzent in diesem Bereich liegt auf der Person der Therapeutin – einer Art „aufmunternder Konfrontation“. Der Klient benötigt geeignete Antworten („responses“ nennt es Gendlin), um aus den Stereotypen einen Ausweg zu finden.

„Gendlin definiert das ‚Unbewusste‘ als unterbrochene, unvollständige Prozesse des Körpers, die darauf warten, sich fortsetzen zu können. Dazu benötigen sie Selbst-Antworten oder Antworten von anderen – Antworten, die mit dem Körper interagieren und dadurch den nächsten ‚richtigen Schritt‘ (Felt Shift) hervorbringen.“, schreibt Wiltshko (2003, 268). Wir werden also in diesem Zusammenhang an Antworten wie Listening, erlebensaktivierende Interventionen usw., also an die „üblichen Verdächtigen“ denken können. Die *Response*, die Beantwortung ist dabei aber aus dem Focusing-Prozess der Therapeutin entstanden.

Es gilt die eigene Betroffenheit mehr oder weniger „massiv“ zu formulieren. Bei allem geht es darum, nach der Antwort gleich wieder zurück zum Klienten zu gehen und seinen Felt Sense zu erkunden – bis der Prozess wieder „von innen angefühlt wird“ und ins Rollen kommt. Also auch hier ist der Aktualisierungstendenz zu vertrauen. So meint Gendlin (1978, S. 39): „Werden gewisse implizit wirkende Aspekte des Selbsterlebens durch Symbole oder Ereignisse weiterentwickelt, bringt das nachfolgende Selbsterleben immer weitere, bisweilen neu wiederhergestellte Aspekte, die auf diese Art am Prozess teilzunehmen beginnen und implizit in diesem Selbsterleben zur Wirkung kommen.“ Weiters wird auch darauf zu achten sein, das Lebendige, die Bewegung wahrzunehmen – wie Gendlin sagt: „dort wo drive drinnen ist“ – also zu achten auf „das Neue, Einzigartige“, das in der Antwort des Klienten auf die Antwort der Therapeutin liegt. Die Wiederholung, das Stereotype, ist trotzdem meist aufzunehmen und anzuerkennen, gegebenenfalls auch zu betauern oder/und darüber zornig zu sein. Die Ressource, das „Neue“, dort wo „drive“ drinnen ist, ist zu feiern – aber es gilt eben auch dem Defizitären nachzuspüren.

Wie schaut also auf dieser 3. Stufe (natürlich sind die Übergänge nach beiden Seiten fließend) die Hilfe aus, um den erstarrten Klienten-Prozess zu verflüssigen?

Die Therapeutin kann beispielsweise folgende Vorgehensweisen finden:

- Aus dem eigenen Felt Sense heraus die momentane Beziehungsqualität ansprechen.
- Symbolisierungen aus dem eigenen Felt Sense heraus anbieten – Gedanken, Bilder, Gefühle, Körpergefühle etc. – vorzugsweise in der „Lieblingsmodalität des Klienten“, um dann gegebenenfalls auch einen Modalitätenwechsel anzubieten, z. B. von der Kognition zur Emotion.
- Aus einem einführenden Wissen heraus eine Antwort in Form von „Sonden“¹³ anbieten – z. B. für einen histrionischen Patienten: „Ich höre dich!“
- Es kann fallweise auch wichtig sein, mit einem Klienten als Antwort „in die Arena zu steigen“, z. B. im Sinne eines Kräftemessens. Dabei geht es nicht um Gewinnen oder Verlieren, sondern darum, einen Konflikt auch modellhaft durchzutragen, z. B. in der Ablösungsphase. Das ist gegebenenfalls selbstverständlich auch „körperlich“ auszudrücken – wobei die Kognition, die Versprachlichung, unabdingbar ist.

Sorgfältige Focusing-Prozesse der Therapeutin ergeben auf Stufe 3 meist zwei entgegengesetzte Gesichtspunkte, zwei Pole – die auch zu zwei verschiedenen Arten von Interventionen führen. Auch hier wird es auf die „Wohl-Dosiertheit“ ankommen: Bei welchem Klienten? In welcher Therapiephase? Bei welcher Beziehungsqualität? – sind entsprechende Fragen dazu. Einer speziellen Beachtung bedarf auch hier der Freiraum der Therapeutin, der erste der sechs

¹² vgl. dazu Binder, 2002, S. 299 ff.

¹³ siehe dazu Siems, 1986, S. 158 ff.

Focusing-Schritte, der während des gesamten Prozesses beachtet werden soll!

In dieser „bipolaren Beantwortung“ wird der „Opfer-Anteil“ des Klienten betrauert werden müssen, die Wut gegebenenfalls gespürt – das was nicht hätte geschehen dürfen. Es ist auch wichtig, die Sehnsucht nach einer „passenden Antwort“ ins Erleben zu rücken. Wir tragen – laut Gendlin – ein Wissen davon „wie es sein sollte“ in uns, und darauf können wir rekurren. Unser Körper trägt schon immer „Umweltwissen“ in sich. Diesen Punkt werde ich bei Stufe 4 noch genauer ausführen.

Das ist allerdings nur die eine Seite: das (Mit-)Empfinden der Not von damals und auch von jetzt! Das gehört zumeist zum „honey-moon“ von Therapeutinnen und Klienten. Die andere Seite besteht darin, den „handelnden Teil“ im Klienten nicht zu vernachlässigen, dort „wo er was tut“, wo „er es treibt“. Die Therapeutin fokussiert also auch z. B. auf das „Darstellerische“, das „Beifall-Heischende“ eines histrionischen Klienten – auf das, was/wie „der Klient ihr tut“. Wenn der Klient sich dessen gewahr wird, liegt hier seine größte Veränderungschance!

Auf dieser Stufe könnte man etwa nach Finke (2004, S. 47ff., S. 60ff.) zwischen Beziehungsklären (die thematisierte Beziehung) und dem Ausdruck aus dem Therapieprinzip Echtheit (Konfrontieren, Selbstöffnen und Selbsteinbringen) unterscheiden. Die Tiefe eines körperlich spürbaren Erlebens ist jedoch in beiden Fällen zu erreichen, wenn Veränderung stattfinden soll!

Stufe 4: Versperrter Zugang zum Experiencing; Refilling

Dies ist der Bereich der Persönlichkeitsstörungen und der Psychosomatischen Beschwerden. Es gibt selbstverständlich fließende Übergänge zu den Phasen 3 und 5. Die Klientenzentrierte Psychotherapie gilt als besonders geeignet bei „frühen“, schweren Störungen. Auch hat die Praxis des Focusing in der Psychiatrie begonnen. Heinerth (2002, S. 145ff.) spricht von versperrten Räumen, wo bestimmte Selbstaspekte durch einen Mangel an empathischem Verstandenwerden in der frühen Kindheit oder eventuell auch später gar nicht entstehen konnten. Jedenfalls bestehen meist Unzugänglichkeiten zum eigenen Erleben, z. B. bei den meisten psychosomatischen Klienten.

Aber wie schaut eine Antwort aus, wenn die Frage nicht gestellt werden kann? Wenn es „dort drüben“ leer ist und „unbebaut“? Gendlins Überzeugung ist es, dass wir – wie schon erwähnt – ein inneres Gefühl dafür mitbringen, was wir als Antwort der Umwelt erwarten können. Das gilt auch dann, wenn man sich der direkten Frage nach der Antwort gar nicht bewusst ist. In diesem Sinn will getröstet werden, wer des Trostes bedarf; in den Arm genommen werden, wer weint; gestillt werden, wer hungrig ist. Dies wurde übrigens durch die Forschungen zum „kompetenten Säugling“ erhärtet und ist auch ein „Beweis“ für die Aktualisierungstendenz. Ebenso ist uns

in dieser Weise klar, „was nicht hätte passieren sollen“. Der Körper verfügt über sehr komplexe Beziehungsmuster zwischen dem einzelnen Lebewesen und seiner Umwelt. Der kompetente Säugling will und muss folgerichtig auch liebgeliebt werden!

Die Therapeutinnen können auf dieses innere Wissen ihrer Klienten zurückgreifen: *Refilling* heißt hier das Zauberwort des Focusing – wobei Refilling keine spezielle Focusing-Technik ist, sondern etwas, das wir aus verschiedenen Therapieschulen kennen. Aber auch hier ist der Akzent auf der Genauigkeit der Therapeutin mit sich selbst in sorgsamem Focusing-Prozessen. Refilling wird mit vertiefenden Fragen eingeleitet wie etwa:

- Was wäre damals richtig/passend gewesen? Was hätten Sie damals gebraucht? Was hat gefehlt? (Arbeit mit/an dem Inneren Kind – auf die *Vergangenheit* gerichtet)
- Was brauchen Sie jetzt, was ist jetzt passend/richtig? (Arbeit *im Hier und Jetzt*)
- Wie würde es sich anfühlen, wenn das Problem schon gelöst wäre („Zauberfrage“ für die *Zukunft*)?

Das „Wieder-Auffüllen“ bzw. das erstmalige Auffüllen kann in verschiedenen Modalitäten erfolgen:

- Durch das bloße Dabei-Sein; als fühlender „Mit-Mensch“, als „Zeuge“
- Durch passende Imaginationen („Stellen Sie sich vor, Sie wären die Mutter/der Vater dieses Kindes“, „Ich appelliere an Ihren ‚weisesten‘ Teil“)
- Durch Aufträge wie etwa: einen Brief an die Mutter/den Vater zu schreiben – und ihn so zu beantworten, wie man es sich von den Eltern gewünscht hätte
- Durch tatsächliche körperliche Berührungen durch die Therapeutin.

Da ist oft eine delikate Gratwanderung notwendig. Schon die Frage nach einer körperlich gespürten Befindlichkeit kann heikel sein – auch wenn es nicht in der Art eines: „Was will ihr zuckender Fuß mir sagen?“ passiert, was „Ertappt-Werden“ oder Scham des Nicht-Kontrollieren-Könnens auslösen kann. Bedrohung kann hier schon von erlebensaktivierenden Interventionen, von Guiding-/Leading-Schritten ausgehen – ein Verstört-Sein auslösen innerhalb der Beziehung. Es kann auch generell angstausslösend sein, den eigenen Körper wahrzunehmen – z. B. bei psychosomatischen Klienten. Die Intention, die die Interventionen der Therapeutin leitet, ist es, „neu“ zu installieren, nachzuholen, was nicht war – im Sinne eines „work in process“: Hier wird erst gebaut. Es geht um diese oft als „typisch weiblich“ gesehene Qualität der Klientenzentrierten Psychotherapie: das Halten, das (Wieder-)Auffüllen, das (Re-)Filling.

Auch hier ist die Resonanz der Therapeutin eine „bipolare“: Es geht einerseits um das Refilling – auf der anderen Seite um das genaue Wahrnehmen der hartnäckigen, lebensfeindlichen Strukturen der Patienten, ihre pathologischen (Selbst-)Erlebensmuster, z. B. in Form von innerlichen rigiden elterlichen Instanzen. W. Keil (2005/B, S. 7) benennt das so: „Massiv dysfunktionale

Beziehungserfahrungen sind bei Persönlichkeitsstörungen und bei vielen Formen von Sucht zu erwarten: Beziehungspartner werden unausweichlich für die eigenen Bedürfnisse instrumentalisiert.“ Damit taucht der „pädagogische Teil“ in der angebotenen Nach-Entwicklung auf, d. h. es gilt konkret z. B. dem Psychosomatiker zuzumuten, dass „Spüren erlernbar ist“, oder dem Narzissten zuzumuten, dass er über den Selbst-Empathie-Prozess (z. B. für seinen „armen Teil“) zur Empathie für Andere kommen wird („Mitschwingen ist erlernbar!“). Es ist also in dieser Stufe besonders wichtig, sich als Person zur Verfügung zu stellen, die auch bereit ist, im Hier und Jetzt die „Nach-Entwicklung zu fördern“ – die Räume gemeinsam „aufzusperrn“, wobei das eben heißen kann, dass „Substanz“ noch nicht da ist und erst durch die Interaktion entsteht. Einführendes Störungswissen wird hier immer wichtiger.

Stufe 5: Kontakt zu sich selbst erst ermöglichen

Als Verstehensmöglichkeit für Personen auf Stufe 5 zitiere ich eine Passage von Rogers (1959a/1987, S. 54) über den Prozess des Zusammenbruchs und der Desorganisation einer Person. Dieser Prozess ist so vorstellbar: „Einmal ist es das Selbstkonzept, dann wieder die organismische Befriedigung, die die Rückmeldung liefert, durch die der Organismus sein Verhalten reguliert.“ Die Veränderung, die von einer offenen psychotischen Episode bewirkt werden kann, charakterisiert Rogers (1959a/1987, S. 55) so: „Es ist nun ein Selbstkonzept welches das wichtige Thema einschließt: ‚Ich bin eine verrückte, unangepasste, unzuverlässige Person, die Impulse und Kräfte in sich trägt, die jenseits meiner Kontrolle sind.‘ Es ist so ein Selbst, das wenig oder kein Selbstvertrauen vermittelt.“

Auch hier sind Übergänge möglich – von fragilen, dissoziativen Prozessen bis zu kontaktlosem, psychotischem oder geistig behindertem („Nicht-“)Erleben. Gendlin verweist jedoch darauf: „Es ist immer wer drinnen!“.

Als Übergang zwischen Stufe 4 und 5 sehe ich die (Selbst-)Erlebensformen, die schwer traumatisierte Klienten erleiden, wo flashbacks oder Überschwemmt-Werden im Vordergrund stehen, bzw. manche Aspekte des Erlebens sehr schwer zugänglich sind.

Warner (2000) beschreibt, wie sich labiles, fragiles Selbsterleben von traumatisierten/missbrauchten Klienten ausdrückt: nämlich im Überschwemmt-Werden oder/und Fern-Bleiben von Erleben. Für diese Patienten ist es schwierig, die Erfahrungen in einem Gewahrsein mittlerer Intensität zu halten. Auch kennzeichnet oft ein Übermaß an Scham diese Prozesse.

Coffeng (2000) erarbeitet für post-traumatische Klienten ein ganzes Spektrum von möglichen Interventionen – von allgemein selbstverständlichen Regeln wie die Klientin als Expertin oder wie Respekt vor dem Symptom und dem Rhythmus der Klientin, bis zur Arbeit mit dem Inneren Kind. Er kommt auch zu „verschärften Regeln“ wie besondere Achtsamkeit vor den körperlichen Grenzen des Klienten und zu imaginativen Interventionen wie dem Einführen

von „Zeugen“ oder dem Rückgriff auf Idealeitern. Coffeng bezieht sich dabei hauptsächlich auf Gendlin und in seinen präsymbolischen Kontaktreflexionen auf Prouty.

Prouty (1994) hat für psychotisches Erleben bzw. eben Nicht-Erleben eine Reihe von Kontaktreflexionen aufgestellt, die die Funktion haben sollen und auch haben, die Arbeit mit schizophrenen, autistischen und entwicklungsbehinderten Patienten zu ermöglichen: von der Prä-Therapie zur Therapie.

Die Resonanz der Therapeutin wird hier oft verwirrt, ängstlich, chaotisch sein. Wie bleibe ich in Beziehung – wie baue ich Beziehung auf „zu dem, der ‚da drinnen‘ ist“? Expertinnen-Wissen im Sinne eines „einfühlenden Wissens“ ist daher gefragt, ebenso wie ein hohes Maß an Beziehungs-Kompetenz – auch aus den Focusing-Prozessen der Therapeutin. Wie wir aus vielen Veröffentlichungen wissen, geht es hier in erster Linie um die Verwirklichung der ersten Bedingung in Rogers' Therapiekonzept, nämlich um das Bewahren bzw. das Herstellen von psychologischem Kontakt. Einfühlsames Dabei-Sein und -Bleiben der Therapeutin soll die Kontinuität des Erlebens des Klienten gewährleisten. Für die meisten Klienten ist ein „Sich-Spüren(-Dürfen)“ verunmöglicht (worden). Die Therapeutin wird also gegebenenfalls ihr Erleben aus ihrer Resonanz heraus anbieten. Am Anfang wird die Therapeutin gut begreifen, dass das Erleben vom Klienten eben nicht in Aufmerksamkeit gehalten werden kann – später wird es darum gehen, die Klienten vorsichtig zum Kontakt mit ihrem Erleben zu führen. Auf die Dauer gilt es, den Erlebensprozess auf einem erträglichen Niveau zu halten – eben focusing-mäßig nicht zu nah und nicht zu fern: das, was zu Beginn der Therapie noch nicht gelingt.

Ein einfaches vertiefendes Fragen wäre hier selbstverständlich kontraindiziert, aber auch „forscheres“ Intervenieren ist nicht geeignet. Die Verbindung der Teile, die dem Klienten (noch) nicht gelingt, sind von der Therapeutin im Gewahrsein zu halten. Das erfordert eine hohe Qualität von Listening, von Saying Back, um die Beziehung tragfähig zu gestalten. Manchmal wird es darum gehen, offene Fragen zu stellen, manchmal darum, „seitwärts Angesprochenes“ zu hören und aufzugreifen. Immer wieder gilt es, den Bezugsrahmen klarzustellen (z. B. „Aha, das ist so und so, und deshalb schämen Sie sich“), die Bewertung der Klienten für den Moment zu respektieren – auch wenn sie nicht die der Therapeutin ist. „Tiefes Hören“ ist auf allen anderen Stufen auch zentral und drückt sich eben in den verschiedenen Interventionen aus. Hier aber hat es die Funktion einer Boje auf hoher See, bzw. die Funktion der Mutter, der Bezugsperson beim Kleinkind: die Welt zu erklären, Verbindungen zu schaffen – solange bis der Klient diese Funktion wieder für sich selbst übernehmen kann. Ähnliches gilt für dissoziative Prozesse, wo es zentral ist, allen Teilen/Stimmen Raum zu geben.

Zusammenfassung

Ich habe versucht, fünf verschiedene Stufen psychischer Befindlichkeit mit verschiedenen klientenzentrierten bzw. Focusing-Vorgehensweisen in Korrelation zu setzen und dann auch mit konkreten Interventionen zu verbinden. Sie alle sollen dazu dienen, den Selbstexplorationsprozess der Klienten anzuregen, bzw. exakte Symbolisierungen entstehen zu lassen, um (Selbst-)Erfahrung zu ermöglichen.¹⁴

Rogers verweist in allen seinen Veröffentlichungen implizit oder explizit auf den Wert der Qualität der Beziehung für den gesamten therapeutischen Prozess: eben getragen von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz. Die verschiedenen Interventionen sind getreu der „Högerschen Pyramide“¹⁵ aus diesem Überbau abgeleitet.

Ich stelle die Hypothese auf, dass bei den zwei ersten Stufen das Selbstregulationsmodell im Vordergrund steht: Hier genügen ein „Nebeneinander“ von Therapeutin und Klient sowie „sanfte“, wenig eingreifende Interventionen wie Tiefes Hören, Saying Back, Partialisieren – Pacing-Schritte eben, oder beispielsweise erlebensaktivierende Interventionen als Guiding-/Leading-Schritte. Der Hauptakzent liegt auf der bedingungslosen Wertschätzung.

Bei den Stufen 3 und 4 wird das Gegenüber immer wichtiger, die aufmunternde Konfrontation, die Kongruenz der Therapeutin, die Zumutung einer Nach-Entwicklung als Möglichkeit. Das Guiding/Leading wird massiver, z. B. in Form von Sonden. Die Rolle der Therapeutin wird aktiver. Antworten und (Wieder-)Auffüllen verlangen nach einem präsenten Gegenüber. Das heißt nicht nur, dass die Genauigkeit der Therapeutin mit sich selbst zentraler wird, das heißt auch, dass einführendes professionelles Wissen dabei unabdingbar ist.

Auf Stufe 5 entspricht das Bemühen um das Aufrechterhalten des psychologischen Kontaktes dem intensiven Kontakt einer Mutter-Kind-Dyade bzw. einer Halt gebenden Beziehung in den ersten Lebensmonaten. Hier ist der Akzent auf empathischen Prozessen, um Kontakt zu gewährleisten. Wohltemperierte „sanfte“ Interventionen sind hier gefragt – aus ganz anderen Gründen als auf Stufe 1. Über die Therapeutin soll es für den Klienten möglich werden, vorsichtig Kontakt zum eigenen Erleben aufzunehmen.

Die Aufgaben der Therapeutin werden immer schwieriger, aber auch immer lohnender. Der genaue innere Prozess des Wahrnehmens des eigenen Felt Sense, das exakte Symbolisieren des Impliziten ermöglicht es der Therapeutin, die (inkongruenten) Abweichungen/Verstörungen der Klienten zu erfassen und entsprechend zu intervenieren: Die Qualität und Intensität der therapeutischen Beziehung ist der Wegweiser.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts. In: J. Eckert et al. (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd.1.* (S. 57–142). Köln: GWG Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. (2002). Empathie in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungen. In C. Iseli, W.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. 299–320). Köln: GwG.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie.* Eschborn bei Frankfurt/M.: Klotz Verlag.
- Brodley, B. T. (1990). Client-centered and experiential: Two different therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (eds.), *Client-centered and experiential therapy in the nineties* (pp. 87–107). Leuven: Leuven Univ. Press.
- Coffeng, T. (2000). Prä-experientieller Kontakt mit Trauma und Dissoziation. In: H.-J. Feuerstein, D. Müller & A. Weiser-Cornell (Hrsg.), *Focusing im Prozess* (S. 51–61). Köln: GWG Verlag.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion.* Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1978). Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung. In: H. Bommert & H.-D. Dahlhoff (Hrsg.) *Das Selbsterleben in der Psychotherapie* (S. 1–62). München: Urban & Schwarzenberg. (Orig. ersch. 1964: A theory of personality change.)
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme.* Reinbek: Rowohlt. (Orig. ersch. 1978: Focusing. New York: Bantam.)
- Gendlin, E. T. (1987). *Dein Körper – dein Traumdeuter.* Salzburg: O. Müller. (Orig. ersch. 1986: Let your body interpret your dreams. Wilmette IL: Chiron.)
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebens-bezogenen Methode.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1996: Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method. New York: Guilford.)
- Gendlin, E. T. & Wiltshko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Heinerth, K. (2002). Versperre und verzerrte Symbolisierungen. Zum differenziellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen. In C. Iseli, W.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* (145–180). Köln: GwG.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 197–222). Heidelberg: Asanger.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst.* München: Kindt Verlag.
- Keil, W.W. (2005). *Klientenzentrierte Therapie-Theorie. Skriptum zum Kompakt-Seminar der ÖGWG.* Unveröff. Manuskript, 5. Aufl.
- Kurtz, R. & Prester, H. (1979). *Botschaften des Körpers.* München: Kösel.
- Prouty, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy, applications to schizophrenic and retarded psychoses.* Westport (Ct.): Praeger.

14 Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 79): Mehr oder weniger bewusste Erfahrung ist mehr oder weniger vollständig symbolisierte Erfahrung, das heißt auch weniger oder mehr abgewehrte Erfahrung.

15 Höger, 1989, S. 197 ff.

- Rogers, C. R. (1951a/1972). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-centered therapy*. München: Kindler; ab 1983 Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M.: Fischer-Tb. (Orig. ersch. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implication, and theory. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünwald. (Orig. ersch. 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 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 (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) *Psychology. A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw Hill, 184–256.)
- Rogers, C. R. (1961a). On becoming a person. A therapists view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin. (Dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett.)
- Rogers, C. R. (1980a/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett. (Orig. ersch. 1980: A way of being. Boston: Houghton Mifflin.)
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch, Bd. I: Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Siems, M. (1986). *Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Eine praktische Anleitung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Van Balen, R. (1994). Klientenzentrierte Therapie und experientielle Therapie: zwei verschiedene Therapien? In W. W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.), *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 80–105). Salzburg-Bergheim: Mackinger.
- Warner, M. S. (2000). Person-centred therapy at the difficult edge: a developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne (2000). *Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. S. (2002). Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personzentrierter Theorie. *PERSON* 6,1, 59–64.

Autorin:

Lore Korbei, DSA, MSc. Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis; Supervisorin (ÖGWG, ÖBVP, ÖVS); Lehrtherapeutin und Ausbilderin in der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche Klientenzentrierte Psychotherapie und Personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG); Gesellschafterin der PCA – Austria; von Gene Gendlin autorisierte Focusing-Ausbilderin und Koordinatorin für Österreich (International Focusing Institute New York). Interessensschwerpunkte und Veröffentlichungen im Bereich Klientenzentrierte Körpertherapie, Supervision und Abgrenzung zu anderen Therapierichtungen.

Korrespondenzadresse:

Lore Korbei
 lore.korbei@vienna.at
 Dornbacher Straße 52
 A – 1170 Wien

**Karsten Schützmann, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Melanie Schacht;
Jochen Eckert (korrespondierender Autor)**

Essstörungen und ihre Psychotherapie aus Klientenzentrierter Perspektive

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklungen innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie wird eine Übersicht über die bisher veröffentlichten Arbeiten zur Ätiologie, Phänomenologie und Therapie von Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa) aus Klientenzentrierter Perspektive gegeben. Es werden sowohl Klientenzentrierte Konzepte von Essstörungen als auch Falldarstellungen und Wirksamkeitsstudien vorgestellt. Insgesamt zeigen die Publikationen, dass Anorexie und Bulimie von je her zu den Störungsbildern gehören, die von klientenzentriert arbeitenden Psychotherapeuten mit Erfolg behandelt werden. Es gibt eine Reihe von Klientenzentrierten Konzepten zur Ätiologie und Therapie dieser Störungsbilder. Anhand der Falldarstellungen wird erkennbar, wie sich Entwicklungsprozesse in Klientenzentrierten Psychotherapien etablieren können, die mit einer Minderung der Symptomatik und Heilung der jeweiligen Essstörung einhergehen. Deutlich wird jedoch auch, dass es bisher an kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bei Essstörungen mangelt.

Schlüsselwörter: Gesprächspsychotherapie, Essstörungen, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ätiologie

Abstract: Eating disorders and their psychotherapy – The client-centered perspective. Referring to recent developments within client-centered psychotherapy, the present article provides an overview of the published work on etiology, phenomenology, and therapy of eating disorders (anorexia and bulimia nervosa) from the client-centered perspective. Client-centered concepts on eating disorders as well as case- and efficacy-studies are discussed. In general, the published work indicates that anorexia and bulimia nervosa have always belonged to the group of disorders being successfully treated by client-centered therapists. There are various client-centered concepts on etiology and therapy of these disorders. The discussed cases show how personality change develops in client-centered therapy, accompanied by symptom reduction and healing in both disorders. However, it also becomes evident that there is still a lack of controlled studies on the efficacy of client-centered therapy of eating disorders.

Keywords: Client-centered psychotherapy, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, etiology

Die Klientenzentrierte Psychotherapie (auch als Personenzentrierte Psychotherapie und in Deutschland als Gesprächspsychotherapie bezeichnet) hat seit ihrer Begründung durch Carl Rogers hinsichtlich ihrer Theorie und Anwendung eine Reihe von Weiterentwicklungen erfahren. Dieser Entwicklungsprozess findet seinen Ausdruck in einer Differenzierung des Konzepts mit zum Teil unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen hinsichtlich theoretischer Auffassungen und praktischer Methoden.

Die Zugehörigkeit einer Entwicklung zum Klientenzentrierten Konzept zeigt sich in der Beibehaltung bestimmter Grundannahmen (vgl. Stumm & Keil, 2002, S. 2 und S. 8), die es eindeutig von anderen psychotherapeutischen Schulen unterscheidbar machen. Dazu gehören vor allem die Annahme einer Aktualisierungstendenz und das damit verbundene Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeiten des Klienten sowie ein Beziehungsangebot durch einen Therapeuten, das sich durch Empathie, Unbedingte Wertschätzung

und Kongruenz/Echtheit auszeichnet.

Die im Folgenden dargestellten Konzepte und Forschungsbefunde zu Essstörungen aus klientenzentrierter Perspektive sind vor dem Hintergrund dieser Differenzierungen zu verstehen. Auf die Besonderheiten und Schwerpunkte der einzelnen Ansätze wird während ihrer Darstellung eingegangen.

Zunächst werden konzeptionelle Beiträge zur Phänomenologie, Ätiologie und Therapie von Essstörungen, danach Erfahrungsberichte und Fallanalysen von Gesprächspsychotherapeuten und abschließend Befunde zum Verlauf und zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie bei Essstörungen vorgestellt wie diskutiert. Aufgrund der extremen Heterogenität der Beiträge wird auf eine weiterführende, nach inhaltlichen Kriterien ausgerichtete Anordnung der Arbeiten verzichtet. Die Beiträge werden – innerhalb der jeweiligen Abschnitte – in der Reihenfolge ihrer Veröffentlichung referiert.

Konzeptionelle Beiträge zur Phänomenologie, Ätiologie und Therapie von Essstörungen aus Klientenzentrierter Perspektive

Konzeptionelle Beiträge zu Essstörungen (allgemein)

Grimm (1989) stellt, ausgehend von einer Klientenzentrierten Betrachtung des Erlebens von Patientinnen mit Essstörungen, ein Konzept zu ihrer stationären Behandlung vor. Den spezifischen Beitrag, den die Klientenzentrierte Therapie zur Behandlung von Essstörungen einbringen könne, sieht der Autor in der „Art der Beziehung zwischen klientenzentrierten Therapeuten und essgestörten Patienten“ und in der „Betonung einer phänomenologischen Sichtweise, die sich am Erleben der essgestörten Klientin orientiert und nicht an theoretischen Vorannahmen“ (S. 427).

Der Autor beschreibt folgende Charakteristiken, die bei allen Essstörungen in der klinischen Praxis beobachtbar und für die Erlebnisstruktur der Patientinnen grundlegend seien:

(1) Störungen des „Selbstkonzepts“:

Die Patientinnen haben ein gestörtes oder verzerrtes Bild von sich selbst. Ihr Selbsterleben ist auf den Bereich Essen, Figur und Gewicht beschränkt. Sie berichten alle von Selbstwertproblemen. Sie fühlen sich minderwertig, inkompetent, langweilig und in sozialen Beziehungen hilflos. Sie leben nach den Erwartungen und Ansprüchen anderer. Gleichzeitig suchen sie Anerkennung, Beachtung und Zuwendung durch besondere Leistungen. Zum gestörten Selbstbild gehören auch Körperschemastörungen und konflikthafte Einstellungen zu Sexualität und Weiblichkeit.

(2) Störungen der Symbolisierung und Selbstexploration:

Körpereigene Signale, Empfindungen und Gefühle werden nicht oder nicht adäquat wahrgenommen bzw. verarbeitet (z. B. Hunger- und Sättigungsgefühle). Es besteht Angst, den eigenen Bedürfnissen, Impulsen und Gefühlen zu vertrauen. Die Patientinnen sind deshalb auf externale Reize und Bewertungsmaßstäbe angewiesen. Sie versuchen, sich so vor dem Erleben intensiver Gefühle, die mit dem Selbstkonzept nicht vereinbar sind, zu schützen. Insbesondere negative Gefühle wie Wut und Hass werden häufig „geschluckt“.

(3) Hunger und das Bedürfnis nach bedingungsfreier Wertschätzung:

Alle Essgestörten befinden sich in einem permanenten Hungerzustand, der durch ihr Essverhalten nicht beseitigt werden kann. Der „Hunger hinter dem Hunger“ ist Sehnsucht nach Beachtung, Anerkennung, Verständnis, Zuwendung und danach, um seiner Selbst willen geliebt zu werden.

(4) Aktualisierungstendenz und das Streben nach Autonomie:

Die wahrgenommenen Bedürfnisse sind weitgehend auf den Nahrungsbereich beschränkt. Das Bedürfnis nach Autonomie wird auf den Körper umgelenkt, der oft das einzige Feld darstellt,

auf dem selbstbestimmte und kontrollierbare Veränderungen möglich zu sein scheinen.

Grimm leitet aus diesen Phänomenen Vorschläge für ein konkretes Vorgehen des Klientenzentrierten Psychotherapeuten bei der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen im Rahmen eines Klinikaufenthaltes ab. Es sei vor allem für eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens sowie der gegenseitigen Wertschätzung – anstelle von Kontrolle und Bevormundung – zu sorgen. Ziel der Behandlung sei die Förderung der Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der Patientinnen. Zur Erreichung dieses Ziels soll die Klientin „das bekommen, was sie für ihre Entwicklung braucht“ (S. 428). Ob die Patientin das therapeutische Angebot annimmt, obliege ihrer eigenen Verantwortung. Zum Beispiel sei die Teilnahme an den Mahlzeiten und am Therapieprogramm zwar verpflichtend, das Essverhalten werde aber nicht kontrolliert und es werde kein Druck zur Mitarbeit in der Therapie ausgeübt. Bei mangelnder Mitarbeit gehe es darum, zu verstehen, warum die Patientin nicht essen mag oder sich nicht an der Therapie beteiligt.

Das Therapiekonzept basiert im Übrigen auf Grimms Verständnis der „drei Säulen der Klientenzentrierten Psychotherapie“:

(1) Einführendes Verstehen/Empathie:

Es wird kein (allgemeines) Thema vorgegeben. Vorschläge, Deutungen und Interpretationen werden vermieden. Es wird versucht, nicht zu bewerten und nicht zu urteilen. Die Patientinnen sollen sich verstanden fühlen und Vertrauen entwickeln.

(2) Wertschätzung:

Wertschätzung könne von den Patientinnen aufgrund ihres negativen Selbstkonzeptes zunächst nicht gut angenommen werden. Die Akzeptanz durch den Therapeuten mache es den Patientinnen dann aber möglich, ihre eigene Einstellung zu sich selbst zu reflektieren und in der Folge mit sich selbst empathischer und liebevoller umzugehen. Im Gegensatz zu ihren bisherigen Erfahrungen müssten sie in der therapeutischen Beziehung gar nichts tun, um Beachtung und Wertschätzung zu erfahren. Das bedeute auch, dass sie sich selbst nicht untreu werden und Dinge tun, die sie eigentlich nicht wollen. Auch ihr Bedürfnis nach Ruhe und Distanz sei zu respektieren. Dadurch werde die Angst, bedrängt oder verletzt zu werden, abgebaut und die Patientinnen könnten lernen, ihre Grenzen zu beachten.

(3) Echtheit und Kongruenz:

Der Therapeut werde dadurch zum Modell für die Patientin, dass er sich bemüht, seine eigenen Impulse und Gefühle wahr- und ernst zu nehmen. Der Therapeut versuche, seine Gefühle, seine Betroffenheit und Anteilnahme auszudrücken. Dadurch werde er als Person greifbar. Die Patientinnen seien äußerst sensibel für Fassadenhaftigkeit. Je weniger der Therapeut in den Prozess eingreife und je mehr er sich als Person in den Prozess einbringe, desto besser seien die Behandlungsaussichten.

Im Rahmen seines Konzepts der *Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie* ordnet Swildens (1991) die Essstörungen den von ihm so genannten „Drangstörungen“ (S. 144) zu. Das Gemeinsame dieser Störungen sei auch das, was die besonderen Anforderungen an ihre Behandlung stelle: Ihr „pathologischer Kern“ sei der „... Drang ..., eine mit dem ‚Selbst‘ und mit dem Organismus syntone Tendenz, welcher nach mehr oder weniger Motivkonflikt nachgegeben wird ...“ (S. 144). Aus einem zunächst bestehenden Spannungszustand entstehe ein Bedürfnis. Wenn dem Bedürfnis nachgegeben werde, stelle sich Entspannung ein und danach ein Bedauern, dem Bedürfnis nachgegeben zu haben. Dieses Bedauern beziehe sich zum einen auf die sozialen Folgen des Verhaltens, zum anderen aber vor allem auf die Unvereinbarkeit mit dem Selbstbild, insbesondere mit den Aspekten des Selbstbildes, in denen gerade die Selbstbeherrschung zentral ist. Erschwerend sei zusätzlich, dass die Betroffenen dazu neigten, alles zu verheimlichen, was mit dem Nachgeben gegenüber dem Drang zu tun hat. Trotz vorhandenen Leidensdruckes fehle den Klienten oft eine echte Motivation. Es scheine so zu sein, als würden sie um Hilfe bitten und gleichzeitig den Wunsch ausdrücken, ihnen ihr Symptom zu lassen.

Bezüglich des therapeutischen Verhaltens betont Swildens, dass die verschiedenen Settings – ambulant, tagesklinisch, stationär-medizinisch und psychotherapeutisch sehr unterschiedliche Behandlungen ermöglichten bzw. ihre Durchführbarkeit an bestimmte Bedingungen geknüpft sei: Essgestörte Patientinnen unterschieden sich in hohem Maße darin, wie sehr sie – auch im Verlauf ihrer Psychotherapie – auf medizinische Rettungsaktionen angewiesen sind.

Während des gesamten Therapieverlaufs seien Empathie und Kongruenz von zentraler Bedeutung. Das „Akzeptieren“ sollte vor allem in der Therapieeingangsphase nicht als ein bedingungsloses Hinnehmen des Verhaltens der Klienten aufgefasst werden, sondern als Respekt vor der Person.

Um den stockenden Entwicklungsprozess der Klienten wieder in Fluss zu bringen, sei es notwendig, dass das Drangverhalten ein Ende findet. Denn das für die Therapie zentrale Symptom zeige sich erst, wenn dem Drang nicht nachgegeben werde. Dann nämlich würden sich Spannungen, Depressivität und eine allgemein negative Stimmungslage zeigen. Die Therapie könne dann als eine Suche nach dem Warum dieser negativen Gestimmtheit und als eine Suche nach Lösungsmöglichkeiten angesehen werden, die eben nicht das Drangverhalten beinhalten.

Der prozessorientierte Gesprächspsychotherapeut wird dem Baby erst den Schnuller nehmen müssen; das daraufhin heulende Baby wird nunmehr erfahren müssen, wie unbequem es ohne Lutscher ist (Symptomphase), um schließlich zu entdecken, wie es mit dieser unangenehmen Situation auf andere Weise umgehen kann, so dass es sich zu einem erkundungsfrohen Kind entwickeln kann. (S. 186–187)

Speierer (1994) hat ein *Differentielles Inkongruenzmodell (DIM)* entwickelt. Es beinhaltet die Möglichkeit, umschriebene Störungsbilder auch aus klientenzentrierter Sicht so zu charakterisieren, dass sich eine differenzierte Herangehensweise an ihre Behandlung ergibt. Wie Carl Rogers gehe er davon aus, dass die Ursachen für psychische Störungen Inkongruenzen zwischen dem Selbstkonzept und den organismischen Erfahrungen sind. Die Perspektive auf die Entstehungsbedingungen solcher Inkongruenzen sei jedoch zu erweitern. Neben *sozial-kommunikativen* Quellen, die Rogers in den Mittelpunkt seiner ätiologischen Überlegungen stellt, geht Speierer auch von *dispositionellen* und *lebensereignisbedingten* Quellen der Inkongruenz aus. Aber nur sozial-kommunikativ erworbene Inkongruenz könne durch ein Beziehungsangebot, das durch die Verwirklichung der drei Basisvariablen (Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie) gekennzeichnet ist, behoben werden. Zur Behandlung von Inkongruenz, die aus anderen Quellen erwächst, müsse über das Basisangebot hinausgegangen werden.

Speierer stellt die Essstörungen in die Nähe der psychosomatischen Erkrankungen und entwickelt auf der Grundlage eigener Forschungen Hypothesen über „die spezifische Inkongruenzdynamik“ solcher Störungen (vgl. S. 356).

Vor diesem Hintergrund hat Voigt (1996) anorektische und bulimische Patientinnen mit dem Ziel untersucht, Informationen zur Inkongruenzdynamik Essgestörter zu bekommen und diese Dynamiken mit denen anderer Störungen zu vergleichen. Sie analysierte die Transskripte von ca. einstündigen Interviews mit jeweils vier Frauen mit Anorexia nervosa und mit Bulimia nervosa und ermittelte so überindividuelle Aspekte der Inkongruenzdynamik von Patientinnen mit unterschiedlichen Essstörungen, von denen an dieser Stelle nur einige beispielhaft aufgeführt werden können:

Als *sozial-kommunikative Basis der Inkongruenz* identifiziert die Autorin bei Frauen mit Essstörungen die Erfahrungen von u. a. Abwertung, Nichtbeachtung, Übergehen und Nichternstnehmen ihrer Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle durch die soziale Umwelt, insbesondere durch die Eltern. Die Betroffenen werden in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit verunsichert und entmutigt. Gleiches gilt für ihre Selbstständigkeitsbestrebungen.

Als *lebensereignisbedingte Basis* der Inkongruenz hat die Autorin bei diesen Patientinnen Versagen in Leistungssituationen und Beziehungsabbrüche (reale oder befürchtete) beobachtet.

Die *gegenwärtigen Erfahrungen* der betroffenen Frauen würden durch eine tiefe Unsicherheit gegenüber ihren eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen beherrscht.

Das *gegenwärtige Selbstkonzept* der Frauen sei dadurch gekennzeichnet, dass sie einen „objektiven“ (externen) Maßstab für die Einschätzung ihrer inneren Befindlichkeit benötigten. Als ihr Handlungsregulativ gelte die Anpassung an die Erwartungen der Umwelt. Versagen der Selbstdisziplin und der Selbstkontrolle,

Insuffizienz in der Kontrolle des Körpers sowie Leistungsversagen seien Erfahrungen, die das Selbst der betroffenen Frauen in extremer Weise bedrohten.

Im Rahmen einer 2002 in Hamburg begonnenen empirischen Untersuchung von ambulanter Gesprächspsychotherapie mit bulimischen Klientinnen sind Leitlinien (siehe Abschnitt zur Bulimia nervosa in dieser Arbeit sowie in Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006) auf der Grundlage von Überlegungen zur Ätiologie von Essstörungen formuliert worden. Diese aus eigenen und fremden Beobachtungen – wie den hier referierten – abgeleiteten auch entwicklungspsychologischen Vorstellungen sollen im Folgenden kurz wiedergegeben werden:

In den ersten Lebensjahren kann es zur Entwicklung einer so genannten *primären Inkongruenz* (vgl. Biermann-Ratjen & Swildens, 1993) als Folge mangelnder Empathie, Kongruenz und nicht unbedingter Wertschätzung durch die primären Bezugspersonen kommen. Das Kind kann nur Erfahrungen in sein Selbstkonzept integrieren, die von wichtigen kongruenten Bezugspersonen empathisch verstanden und bedingungslos wertgeschätzt (an-erkannt) werden. Es kann sich also eine Diskrepanz zwischen der Gesamtheit der organismischen Erfahrungen, die das Kind gemacht hat, und denen, die in seinem Selbstkonzept repräsentiert werden, entwickeln. Es kann so ein Selbstkonzept entstehen, das verletzlich ist, denn Erfahrungen, die bei ihrem ersten Auftreten nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten, stellen, wenn sie sich wiederholen, eine Bedrohung des Selbstkonzepts dar. Diese primäre Inkongruenz – es gibt Erfahrungen, die nicht in das Selbstbild integriert werden können – kann in Selbstzweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen erlebt werden und zu Einschränkungen im Verhalten sowie in der bewussten Erfahrung führen; bis zur Stagnation der Selbstentwicklung.

Von einer *sekundären Inkongruenz* wird gesprochen, wenn sich früher nicht „anerkannte“ (auch Inkongruenz-)Erfahrungen wiederholen, nicht erfolgreich abgewehrt werden, aber auch nicht oder nicht vollständig bewusst bzw. in die Selbsterfahrung integriert werden können, sich also Symptome bilden: Die Person macht dann Selbsterfahrungen bzw. werden ihr Einschränkungen im Verhalten und in der bewussten Wahrnehmung bewusst, die sie nicht kontrollieren und nicht mit ihrem Selbstverständnis vereinbaren kann. Sie kann sich in ihnen z. B. nicht verstehen und akzeptieren.

Es ist sinnvoll (vgl. Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003; Biermann-Ratjen, 2002; Biermann-Ratjen, 2002a) zwischen mehr oder weniger „frühen“ Störungen zu unterscheiden und, dieser Differenzierung entsprechend, zwischen mehr oder weniger frühen Phasen der Selbstkonzeptentwicklung. Biermann-Ratjen (z. B. 2006, S. 88–91) unterscheidet drei Entwicklungsphasen:

Phase 1: Wenn die Bedingungen für die Selbstentwicklung (Kontakte mit Bezugspersonen, die das Kind empathisch verstehen und ohne Bedingungen annehmen und dabei kongruent bleiben) in hinreichendem Maße gegeben sind, werden in einer ersten

Phase Erfahrungen des Angenommenwerdens als erfahrendes und fühlendes Wesen in das Selbstkonzept integriert. Wenn das nicht in hinreichendem Maße der Fall ist, wird die primäre Inkongruenz darin sichtbar, dass jede affektive Erfahrung eine Bedrohung des Selbstkonzepts darstellt bzw. jede affektive Erfahrung, die nicht abgewehrt werden kann, sekundäre Inkongruenz auslösen kann.

Phase 2: In einer zweiten Phase wird der Prozess des Teilens von Erfahrung mit wichtigen Bezugspersonen wesentlich – ebenso bedeutsam wird die Überprüfung von Erfahrungen als das Selbstbild und die Selbstachtung bestätigend oder bedrohend. Das Kind kann nun auch in seiner Erfahrung der Bedrohung seines Selbstkonzepts oder in der Stagnation der Entwicklung, z. B. in der Form von Angst oder Protest oder Depression, empathisch verstanden werden. Auch diese Erfahrungen können „anerkannt“ werden, bzw. auch die Erfahrung von Inkongruenz kann in das Selbstkonzept integriert werden: „So geht es mir bei Erfahrungen, die mich in meinem Selbstverständnis erschüttern.“

Phase 3: Wenn die Phase 2 erfolgreich durchlaufen worden ist, kann sich das Kind seinen spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten zuwenden, entdecken, was es sein und werden kann, bzw. nicht sein und werden kann, z. B. und vor allem als männlicher oder weiblicher Mensch. Auch die Integration dieser Selbsterfahrungen ist abhängig davon, dass das Kind in ihnen und in den mit ihnen verbundenen Affekten verstanden und ohne Bedingungen akzeptiert wird.

Die Essstörung als eine spezifische Form der sekundären Inkongruenz, erlebt vor allem als Angst in Beziehungen und im Umgang mit sich selbst, die sich in Vorstellungen über den eigenen Körper ausdrückt, wird in ihrer Genese der dritten Entwicklungsphase zugeordnet. D. h. die *primäre Inkongruenz* entsteht in der dritten (und letzten) Entwicklungsphase, wenn die wichtigen Bezugspersonen die Erfahrungen der eigenen spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten z. B. als Junge oder Mädchen und die mit ihnen verbundenen Affekte nicht verstehen und/oder bewerten.

Die *sekundäre Inkongruenz* entwickelt sich in Beziehungen, in denen sich diese nicht anerkannten Erfahrungen bzw. die zu ihnen gehörenden Inkongruenzerfahrungen (bzw. deren Symptomatik) wiederholen, sobald sie dem Bewusstsein nicht mehr vollständig vorenthalten werden können. Das Essstörungs-Syndrom kann als spezifischer Versuch verstanden werden, das Bewusstwerden solcher Erfahrungen (und der damit verbundenen Angst) zu verhindern oder zu begrenzen.

Konzeptionelle Beiträge zur Anorexia nervosa

Zu den ersten klientenzentrierten konzeptionellen Beiträgen bezüglich Anorexia nervosa gehören die Ausführungen von Binder & Binder (1979). Am Beispiel der Anorexia nervosa verdeutlichen sie in ihrem Buch zur Klientenzentrierten Psychotherapie bei schweren

psychischen Störungen einen Begriff, der für ihre Theorie der Person und ihre Therapietheorie von besonderer Wichtigkeit ist: den Begriff der „Intensität“ und deren Störung. Sie liefern damit aber einen wichtigen Beitrag zum Verstehen der bei Anorexia nervosa zu beobachtenden Phänomene.

Die Autoren stellen ein von ihnen entwickeltes „Modell der veränderungsorientierten Person“ den „klassischen“ Personenmodellen gegenüber:

Das Modell besagt, dass jeder Mensch simultan mehr als nur eine Möglichkeit der Selbstverwirklichung besitzt, und dass die motivierende Kraft des Idealbildes der reifen Persönlichkeit [der „klassischen“ Personenmodelle, d. A.] diesen Prozess der Selbstaktualisierung behindert, erschwert oder ganz unmöglich macht. (S. 47)

Entsprechend sind bei einem entwicklungsorientierten Personenmodell nicht „Endziele“ vorzugeben (wie bei klassischen Modellen), sondern die Bedingungen für eine mehrdimensionale Selbstaktualisierung zu beschreiben und zu sichern.

Zu diesen gehört die Intensität von Erleben. Intensitätsstörungen, -verschiebungen, -mängel und -überhöhungen spielen bei psychischen Störungen eine bedeutsame Rolle. Intensives Erleben (vgl. S. 62) hat Gegenwartscharakter und ist nicht verwaschen und verwischt durch relativierende vergangenheitsbezogene oder zukunftsbezogene Qualitäten. Intensität des Erlebens bedeutet, sich nicht vom eigenen Erleben und den zu ihm gehörenden anderen Personen zu distanzieren oder sich dem eigenen Erleben zu entziehen. Es ist verbunden mit Lebendigkeit, Erregung und Bereitschaft. Und es ist vergleichsweise wenig störrisch. Intensives Erleben ist ausschließlich, nicht begleitet von gleichzeitigen Nebenerfahrungen oder -empfindungen. Intensives Erleben hat eine quasi-biologische Ablaufdynamik und ist verbunden mit einer Kompetenzerfahrung. Die Person erlebt sich selbst als die Urheberin ihrer Erfahrung.

Kompetenz-Erfahrung, die verbunden ist mit quasi-biologischer Ablaufdynamik, ist wesentlich für die durch Intensität gegebenen Veränderungsmöglichkeiten. Kompetenz schafft Distanz von externalen wie internal-normorientierten Bezugssystemen. Bio-Abläufe sind mit Motivationsstärken verbunden, die für Veränderung notwendige Personenfreiräume temporär herstellen können (S. 69).

Intensität strukturiert ferner durch die Markierung von Erlebnissen das Erleben und die Erfahrungen u. a. mit der Folge, dass sie die persönliche Vergangenheit lebendig, prozesshaft erfahrbar machen (S. 72).

Zum Verständnis der Anorexia nervosa – mit Hilfe der beobachtbaren Intensität ihres Erlebens – erscheinen den Autoren folgende Gesichtspunkte wesentlich (S. 92–98):

Extreme Selbstkontrolle:

Mit dieser reduzieren die Betroffenen ihren Erlebnisbereich. Der Kampf um Kontrolle bedeutet zwar intensives Erleben, andere

Bereiche oder Gefühlsmöglichkeiten bleiben jedoch unterdrückt, indem nicht gewagt wird, „drauflos zu fühlen oder zu erleben“. Im Hungern wird ebenfalls Intensität erlebt. Gleichzeitig verarmt das Erleben, bleibt undynamisch, einseitig und starr.

Der Ist-Zustand wird als ungültige Vorbereitungsphase erlebt:

Anorektische Personen leben auf einen Zeitpunkt hin, zu dem sie eine bestimmte Veränderungsarbeit geleistet haben werden, an dem das Leben beginnen soll, bestimmte Zielvorstellungen verwirklicht sind, ein anderes Selbstwertgefühl erreicht ist. Das alles ist mit Nahrungsaufnahme und Körpergewicht verknüpft: z. B. „Das Leben beginnt, wenn ich noch 5 kg leichter bin, wenn ich wieder normal essen kann, etc.“

Erlebniskanalisierung auf den Bereich Nahrungsaufnahme und Körpergewicht:

Dieser Bereich dient als Strukturierung, als Orientierung und als Stimmungsbarometer. Dadurch bleibt das Erleben für andere Eindrücke weitgehend blockiert. Dieses überwertige Beschäftigtsein mit Essen ist im Allgemeinen weder mitteilbar noch einfühlbar, so dass Personen mit Anorexie mit den für sie wesentlichsten Gefühlen nur schwer erreichbar sind und damit meist beziehungslos bleiben.

Selbstverwirklichung durch Verweigerung:

Ein Gefühl von Urheberschaft bei Gefühlen und Verhalten wird nur in der Verweigerung erlebt. Das Funktionieren im Leistungsbereich ermöglicht nicht die Erfahrung, Urheberin der eigenen Erfahrungen zu sein, sondern ist lediglich der Versuch, mangelndes Selbstwertgefühl zu kompensieren. Essensverweigerung kann stellvertretend für Beziehungsverweigerung stehen, wenn Beziehung überwiegend so erlebt wird, dass Erwartungen erfüllt werden müssen.

Störungen der Selbstwahrnehmung:

Personen mit Anorexie können ihre Gefühle, ihre Bedürfnisse, ihren Körper nicht adäquat wahrnehmen. Sich nicht empfinden zu können, bedeutet einen Mangel an Intensität, der sich als diffuse Angst, Leere, Entfremdung, Ruhelosigkeit äußert.

Selbstwertprobleme:

Das Selbstbewusstsein ist oberflächlich intakt (Anorektiker funktionieren, organisieren, sind immer für andere da). Sie erleben sich jedoch in hohem Maße als die Erwartungen anderer erfüllend, moralischen Forderungen entsprechend, etc. Das eigentliche Grundgefühl ist Hilflosigkeit, Schwäche und mangelnder Selbstwert.

Hungern und Dünnsein als Kompetenz-Erfahrung:

Im Hungern und Dünnsein kann eine Kompetenz-Erfahrung liegen, die mit Intensität und Hochgefühlen des Durchhaltenkönnens und der Unabhängigkeit verbunden ist. Gleichzeitig werden jedoch Einengung, Unfreiheit und Abhängigkeit vom Durchhaltenkönnen,

Scham- und Schuldgefühle, Ohnmachts- und Minderwertigkeitsgefühle erlebt.

Franke (1981) zeigt anhand theoretischer Überlegungen, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie eine zur Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa geeignete Methode sein kann. Sie überprüft zunächst die theoretischen Grundannahmen und dann deren praktische Umsetzung.

Die typischen Defizite der Patientinnen, die abgesehen vom Essverhalten beobachtet werden können, seien: eine gestörte Körperwahrnehmung; die Unfähigkeit, Körpersensationen und Emotionen adäquat wahrzunehmen und zu interpretieren; ein gestörtes Selbstkonzept. Aus Klientenzentrierter Sicht bedeute das einen Mangel an Selbstexploration: Unklarheit im Erleben und Fühlen; Mangel an neuen Erfahrungen, ein starres und eingeengtes Selbstkonzept; Angst, das starre, rigide Konzept könnte ins Wanken geraten. Damit entsprächen die Patientinnen genau der Person, wie sie von Rogers für den Beginn einer Therapie beschrieben wird, dem Gegenteil einer „fully functioning person“.

Darüber hinaus findet die Autorin eine hohe Übereinstimmung zwischen den Forschungsergebnissen zur Genese der Anorexie (das Kind erhält keine Möglichkeit, seine eigenen Gefühle kennenzulernen, sich selbst als eigenständige Person zu erfahren) und den allgemeinen Annahmen Rogers' über die Entwicklung psychischer Störungen.

Entsprechendes gelte für das Ziel der Anorexie-Behandlung: Rogers definiere das Therapieziel, dass der Patient lernen müsse, sein eigenes Fühlen, Empfinden und Erleben kennenzulernen und zu akzeptieren, und dadurch ein Selbstkonzept aufzubauen, das es ihm ermöglicht, sein Leben eigenständig zu gestalten. Wenn dieses Ziel erreicht sei, werde der Patient von sich aus die angemessenen Verhaltensweisen zeigen. Auf die Anorexie bezogen, würde das bedeuten: Wenn die Patientin gelernt hat, sich mit ihren Gefühlen als eigenständige Person anzuerkennen, ist der entscheidende Schritt getan, und sie wird ihr Essverhalten von sich aus ändern.

Schwierigkeiten in der Therapie von Patientinnen mit Anorexie ergeben sich nach Franke auch aus folgenden Besonderheiten: Sie empfinden sich nicht als krank und therapiebedürftig; weisen das Beziehungsangebot des Therapeuten zurück; perseverieren auf einem Thema; weisen konkrete therapeutische Vorschläge ab. Der Klientenzentrierte Therapeut sei in der Lage, mit diesen problematischen Verhaltensweisen umzugehen und trage gerade durch sein spezifisches Beziehungsangebot dazu bei, dass die Patientin ihre Defizite überwinden kann:

Dadurch, dass der Therapeut den Inneren Bezugsrahmen der Patientin einzunehmen versucht, könne sich die Patientin als eigene Person erleben, könne ihr deutlich werden, dass sie überhaupt eigene Einstellungen und Ansichten hat. Dadurch, dass der Therapeut auch das Erleben der Patientin akzeptiert, nicht krank zu sein, erhalte die Klientin die Möglichkeit, diese eigene Einschätzung zu

reflektieren und ihre Verteidigungshaltung aufzugeben. Das Festhalten der Patientin am Thema Essen könne vom Therapeuten reflektiert werden, sobald die Schilderungen einen Bezug zum Erleben der Patientin bekommen. Dadurch, dass der Therapeut keine konkreten Verhaltensvorschläge macht, kommt er nicht in die Gefahr, dass seine Vorschläge zurückgewiesen werden. Die Verweigerung des Kontaktes stelle kein wesentliches Hindernis dar, da die Klientenzentrierte Therapie keine offene Beziehung zwischen Patient und Therapeut voraussetze, sondern diese zum Ziel habe. Die Klientenzentrierte Therapie biete die Möglichkeit, dass ungünstige soziale Lernerfahrungen der Patientinnen revidiert werden können, da sie den bisherigen Erfahrungen der Patientinnen zuwiderläuft und damit neue, alternative Verhaltensweisen eher herausfordert, als alte aufrecht erhält. Zum Beispiel werde die Patientin in ihrer Erwartung, dass auch der Therapeut sie zum Essen bringen will, enttäuscht. Hierin sieht die Autorin die Quelle für eine neue, entscheidende Lernerfahrung. Gleiches gilt für Erwartungen bezüglich Fragen und Kontrollen über Essensgewohnheiten und Gegenmaßnahmen.

Trotz dieser optimistischen Einschätzung und offenbar eigener guter Erfahrungen bei der ambulanten Behandlung von Patientinnen mit Anorexie empfiehlt Franke dringend, Anorexia nervosa niemals „als Einzelkämpfer zu behandeln, sondern sich vor Beginn einer solchen Behandlung der Mitarbeit eines Teams oder zumindest einer Supervisionsgruppe zu versichern, die in kritischen Situationen jederzeit konsultierbar ist. Die Kooperation mit einem Arzt ist – wie bei der Behandlung aller psychosomatischen Störungen – eine Selbstverständlichkeit“ (S. 156). Es sei gerade für einen klientenzentriert arbeitenden Psychotherapeuten manchmal schwer zu entscheiden, wie lange er das Vertrauen in die positiven Kräfte der Patientin zur Selbstfindung und Heilung aufrechterhalten kann.

Im Anschluss an seinen oben bereits dargestellten Beitrag zu Essstörungen allgemein, in dem er die Nähe der Anorexie zu anderen Essstörungen, wie der Bulimia nervosa, und zu den Abhängigkeitserkrankungen betont, geht Swildens (1991) auch auf Aspekte der Therapie der Anorexia nervosa ein, die er anhand von Fallvignetten und Auszügen von Therapieprotokollen illustriert und diskutiert.

Zunächst äußert er sich zur Phänomenologie: Das Dasein von Patientinnen mit Anorexie sei auf eine ganz besondere Weise verändert und begrenzt. Er habe einerseits Patientinnen erlebt, die zurückgezogen und scheu sind, zunehmend aber auch Frauen mit Anorexie, die Beziehungen eingehen und verheiratet sind. In der bisherigen Literatur würden die Mütter der Patientinnen stereotyp angeklagt. Swildens bezweifelt ihre herausragende Rolle bei der Entstehung der Anorexie, hebt mehr den aktiven Anteil der Patientinnen an der Entwicklung und Gestaltung ihrer Beziehungen hervor.

Die Patientin manipulierte ihren Körper, „reduzierte ihn zu einem Körperding“, auf eine kaum durchbrechbare Art und Weise mit dem Ziel, sich aus ihrer depressiven Gestimmtheit zu befreien. Sie blo-

ckiere ihren existenziellen und biologischen Prozess und mache damit die Zukunft unmöglich (S. 171). Gleichzeitig mache sie sich unschuldig. Um das zu erreichen, sei ihre Mythe notwendig.

Die Mythe schließt die Symptome ein, und die Symptome fügen sich um die Mythe. Die Symptome sind als Körper ein lebendes Mahnmal für die Schuld der anderen ... Der Anklagecharakter der Magerkeit kann nur aufrecht erhalten bleiben, wenn auch ein Angeklagter da ist, und so schließt sich die Mythe um das Symptom.

... nicht die Vergangenheit bestimmt das Auftreten des Symptoms, sondern das Symptom nötigt zu einer bestimmten Interpretation der Vergangenheit, wobei einige Aspekte – Mängel in den Beziehungen – überbelichtet werden, während andere abgeschirmt sind. Das Resultat dieser zum Symptom passenden Interpretation der Vergangenheit ist die individuelle Mythe des Klienten. (S. 172)

Im Zentrum der Mythe der anorektischen Patientin stehe die Geschichte vom „Nicht-gehört-Werden“, „Überflügelt-Werden“, „keinen Raum für sich selbst erhalten“, „beherrscht werden“ durch die dominante Sorge der Mutter. Als Antwort auf das „Selbst-nicht-dasein-Dürfen“ wird mit einem Protest reagiert, der die Bezugspersonen machtlos macht und der die Patientin selbst in ihrer Autonomie bestätigt.

Für Swildens ergeben sich aus der Mythe die Anforderungen an den Therapeuten vor allem in der Prämotivationsphase der Therapie: Er dürfe nicht zur mahnenden Bezugsperson werden und den Kampf mit der Patientin um das Essen fortsetzen. Er müsse die Autonomie der Patientin respektieren, eine wirksame Beziehung schaffen, einen Kontrakt mit der Patientin schließen. In diesem werde das Körpergewicht ein wichtiger Punkt sein. Gerade das Ansprechen des Körpergewichts lasse die Motivation der Patientin wieder sinken. Dieses Problem sei nicht dadurch zu lösen, dass es an ärztliche Kollegen übergeben wird. Und es sei ein „Denkfehler“ anzunehmen, dass die Patientinnen wieder zu essen beginnen, wenn ihre Probleme gelöst sind. Die eigentliche Problematik werde erst dann wahrnehmbar und fühlbar, wenn die anorektische Patientin das Fasten und das Magersein aufgibt. Swildens empfiehlt für die ambulante Therapie: Bei mindestens 25% Untergewicht ist auf eine stationäre Behandlung zu verweisen. Gespräche werden erst möglich, wenn ein akzeptables Gewicht erreicht ist (z. B. 10% Untergewicht) und es kein Erbrechen und keinen Gebrauch von Abführmitteln mehr gibt. Unter stationären Bedingungen empfiehlt er, dass der Therapeut zwar Kontakte mit der Patientin haben sollte, aber die eigentlichen Therapiegespräche erst dann stattfinden, wenn die Minimalbedingungen erfüllt sind.

In der Symptomphase könne das therapeutische Vorgehen dann weitgehend rein klientenzentriert sein. Allerdings habe der Therapeut auch in dieser Phase immer noch die Aufgabe, den Verlauf der Therapie zu überwachen und gegebenenfalls zu lenken. In

der Symptomphase gehe es um das „Durcharbeiten des Alibis, das Aufzeigen neurotischer Mechanismen, welche Wahl und Entscheidung verhindern, und auch das Feststellen und Bearbeiten von Widerständen“ (S. 183).

In der Konflikt-/Problempphase sollte der Therapeut überwiegend klientenzentriert auch im Sinne von „nachfolgend“ vorgehen, da eine Verstärkung der Spannung oder eine Erhöhung des Widerstandes ein Wiederkehren des „Dranges“ zur Folge haben könnte.

In der existenziellen Phase kann die Patientin die Bedeutung des Alleinseins erkennen, Verantwortung tragen und Autonomie bewahren voneinander unterscheiden, die „Last der Freiheit“ anerkennen (S. 184).

In der Abschiedsphase sei mit der „Angst vor echter Selbstständigkeit“ (S. 184) zu rechnen. Die früheren Strategien der Patientin könnten wieder auftauchen. Es empfehle sich, beizeiten ein vorläufiges Datum für das Behandlungsende zu verabreden, ein „Abbauschema“ mit abnehmender Gesprächsfrequenz aufzustellen und dem Thema Abschied so ausreichend Raum zu geben.

Wie bereits bei Franke (1981) und Swildens (1991) anklingt, geht es bei der Anorexiebehandlung immer wieder um das Problem der Gewichtskontrolle. Schützler, Bischkopf und Wolff (2006) diskutieren unter der bezeichnenden Überschrift „Wenn du zunimmst, mag ich dich so, wie du bist ...“ anhand der Literatur zur Gesprächspsychotherapie der Anorexie Möglichkeiten des klientenzentrierten Umgangs mit diesem Problem. Der körperliche Zustand von Personen mit Anorexie mache symptombezogene Strategien notwendig, vornehmlich Gewichtskontrolle und Kontrolle der Nahrungsmengen wie -mittel. Kontrolle – Überprüfung des Verhaltens einer Person – stehe aber im Widerspruch zum klientenzentrierten Selbstverständnis. Die Notwendigkeit eines Behandlungsvertrages, der die Bedingung Gewichtszunahme stelle, lasse „auf den ersten Blick“ eine Klientenzentrierte Therapie als nicht indiziert erscheinen, denn so ein Vertrag widerspreche dem Prinzip der bedingungslosen Wertschätzung. Rogers gehe davon aus, dass sich Veränderungen im Verhalten fast von selbst einstellen, wenn eine Reorganisation der Wahrnehmungsstruktur erlebt wird. Angesichts der zum Teil lebensbedrohlichen Konsequenzen der Anorexia nervosa „scheint jedoch keine Zeit, darauf zu warten und zu vertrauen“ (S. 21). Das spreche eigentlich gegen die Indikation einer Klientenzentrierten Psychotherapie bei einer Anorexie, auch wenn diese die von Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (2003) formulierten Indikationskriterien erfülle. Die Autoren zeigen dann anhand der Literatur, wie unterschiedlich klientenzentriert arbeitende Psychotherapeuten mit diesem Problem umgehen. Sie stellen zwei Vorgehensweisen dar, die Gewichtskontrolle und bedingungslose Wertschätzung für miteinander vereinbar halten: Uhde (1986, siehe unten in dieser Arbeit) und Swildens (1991, siehe oben). Für die Gegenposition gehen sie auf die Arbeiten von Petersen (1997, siehe unten) und Grimm (1989, siehe oben) ein. Zusammenfassend stellen sie fest, dass es

innerhalb der Klientenzentrierten Therapie eine große Bandbreite von Argumenten und Erfahrungen sowohl für als auch gegen gewichtskontrollierendes Vorgehen gibt. Für die einen sei es Voraussetzung für eine Therapie, andere würden es als sekundär betrachten. Die Autorinnen verweisen abschließend auf das Prinzip der Kongruenz des Therapeuten. Sie beinhalte, dass der Behandelnde sich über seine Motive – für welches Vorgehen in der Therapie auch immer – im Klaren ist, und schließe die Bereitschaft ein, für das eigene Handeln Verantwortung zu übernehmen, die eigenen Motive zu reflektieren und gegebenenfalls dem Klienten gegenüber transparent zu machen. Kongruenz ist eng verbunden mit bedingungsloser Wertschätzung. Die Autorinnen fassen zusammen: „Wenn jedoch klientenzentriertes Handeln als Beziehungshandeln zu verstehen ist, dann sind auch gewichtskontrollierende Strategien und ihre Indikation – stärker als bislang – im Kontext der Therapeut-Klient-Beziehung zu diskutieren“ (S. 24).

Konzeptionelle Beiträge zur Bulimia nervosa

Hölzle (1986) betrachtet die Bulimie als eine psychische Erkrankung, in der das Erleben u. a. durch Aspekte gekennzeichnet sei, die mit denen anderer Suchterkrankungen vergleichbar sind. In ihrem Behandlungskonzept beschreibt sie drei Phasen der Therapie:

- (1) In der ersten Phase (Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und Entwicklung der Selbstexploration) gehe es darum, das Ausmaß der Essstörung und den Einfluss der „Sucht“ auf Beziehungen, Befinden, Körpererleben und Selbstkonzept mit der Patientin gemeinsam zu durchleuchten. Besondere Schwierigkeiten ergäben sich in dieser Phase daraus, dass in der Klientin zwar Einsichten erwachsen können, die jedoch nicht mit Verhaltensänderungen verbunden sind („Die Therapie bringt ja gar nichts.“).
- (2) In der zweiten Phase (Aufbau der Abstinenz) gehe es darum, das süchtige Essen nach und nach aufzugeben. Wie bei allen Süchten löse die Vorstellung, nie mehr Suchtverhalten zeigen zu dürfen, große Angst aus. Die Autorin empfiehlt eine intensive therapeutische Begleitung in dieser Phase.
- (3) In der dritten Phase (Konsolidierung) mache die Klientin die Erfahrung, dass sie durch die Abstinenz an Lebensqualität gewinnt. Lebendigkeit, Kontaktfähigkeit und Selbstbewusstsein nähmen zu. Der neu erschlossene Gefühlsreichtum solle bestärkt werden. Wichtig sei in dieser Phase, den Umgang mit Rückfällen zu thematisieren.

Die Autorin beschreibt die folgenden besonderen Schwierigkeiten in der Therapie:

Motivation und Krankheitseinsicht: Oft kämen die Betroffenen erst in einer finanziellen und sozialen Drucksituation. Viele seien der Überzeugung, dass sich „etwas“ ändern muss. Der Schritt zur eigenen Motivation und Krankheitseinsicht sei häufig sehr schwer.

Direktivität bzw. Verlassen der Sichtweise der Patientin: Mit der Strategie: „Wenn ich keine Arbeits-, Beziehungs-, Selbstwertprobleme hätte, hätte ich auch keine Essattacken mehr!“ werde die Einsicht abgewehrt, dass erst mit der Aufgabe des Suchtverhaltens gesehen werden kann und muss, welche Probleme wirklich vorhanden sind. Eine Umdeutung der Überzeugungen der Klientinnen sei nach allen Erfahrungen sehr wichtig, bedeute aber auch, dass ihre Sichtweise verlassen werden muss.

Geduld: Die Therapien seien zäh und langwierig. Es sei nicht einfach, in Rückfallphasen die länger anhaltende resignierte und lähmende Atmosphäre auszuhalten und nicht stellvertretend Motivations- und Handlungsimpulse zu geben.

Abschließend gibt die Autorin Hinweise, was sich als hilfreich für den Therapeuten erwiesen habe: Das Therapiekonzept sollte für die Klientin transparent gemacht werden, was eine Konfrontation der Patientin mit dem Suchtmodell und das Herstellen von Konsens über die einzelnen Veränderungsschritte einschließe. Die Patientinnen sollten in Gruppen behandelt werden, da die gemeinsame Betroffenheit offenes Sprechen erleichtere und gegenseitiges Unterstützen fördere. Eigene Omnipotenzwünsche der Behandelnden müssten immer wieder reflektiert werden. Die Angst davor, in den Therapien direktiv vorzugehen, was die Autorin für notwendig hält, wird als Ausdruck einer Omnipotenzphantasie angesehen, die irrtümlicherweise davon ausgehe, Menschen tatsächlich therapeutisch manipulieren zu können.

Bettermann, Finke, Gastpar und Böhme (1996) stellen ein Konzept zur stationären Gesprächspsychotherapie bei Bulimie vor. Das auf 10 bis 12 Wochen Dauer angelegte Behandlungsprogramm sieht Gesprächspsychotherapie mit einer Einzelsitzung und vier Gruppensitzungen pro Woche vor. Weitere Programme ergänzen die Behandlung: Gestaltungstherapie; Konzentrierte Bewegungstherapie; verhaltenstherapeutisch orientierte, soziotherapeutische sowie die Kreativität fördernde Programme. Primäres Ziel der Behandlung sei die affektive Stabilisierung als Voraussetzung für nachgeordnete spezifische Behandlungen der Bulimie. Anhand einer kurzen Fallvignette wird das therapeutische Vorgehen dargestellt. Die gesprächspsychotherapeutische Arbeit wird als eine „einsichtsorientierte, konflikt-aufdeckende und erlebnisaktivierende Arbeit“ (S. 87) bezeichnet.

In der Beschreibung des Therapiekonzepts werden die Bulimie kennzeichnenden Themenkomplexe benannt, und es wird ausgeführt, wie der Therapeut klientenzentriert mit diesen Themen umgehen könnte:

(1) Themenkomplex: *Symptomatik*

Zunächst habe das Symptom thematisch ganz im Mittelpunkt zu stehen. Akzeptanz, Respekt und Wertschätzung seitens des Therapeuten ermöglichten es der Patientin, über ihr maßloses Essbedürfnis, das anschließende Erbrechen und die mit beidem einhergehenden Gefühle zu sprechen.

(2) Themenkomplex: *Bedürfnis nach Geborgenheit, Abhängigkeit und Getragensein*

Der Therapeut sollte durch sein Einfühlerndes Verstehen die Patientin dazu stimulieren, „die verschiedenen Aspekte ihrer Sehnsüchte auszuphantasieren“ (S.92). Auch die in der therapeutischen Beziehung aktualisierten Bedürfnisse und Sehnsüchte der Patientin seien anzusprechen.

(3) Themenkomplex: *Autonomie*

Autonomietendenzen spielten – als die Kehrseite der Wünsche nach Geborgenheit – im Erleben der Patientinnen mit Bulimie eine besondere Rolle, meistens offen und manifest, seltener versteckt. Der Therapeut sollte die Widersprüchlichkeit dieses Erlebens zwar verdeutlichen, sie aber zunächst gelten lassen und die Patientin nicht zu einem konsequenten Handeln auffordern. Diesbezügliches Konfrontieren sollte allenfalls vor dem Hintergrund einer akzeptierenden und nicht-direktiven Haltung geschehen.

(4) Themenkomplex: *Diskrepanzen zwischen einem von der Patientin selbst formulierten Therapieziel und ihrem tatsächlichen Essverhalten*
Auf eine solche Diskrepanz sollte in einer Form hingewiesen werden, „die der Patientin auch hier eine verstehende Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Verhalten ermöglicht“ (S. 92). Widersprüchliches Verhalten sollte nicht negativ bewertet oder geahndet, sondern verstanden werden.

Abschließend betonen die Autoren, dass „die akzeptierende und gewährende Haltung in der stationären Gesprächspsychotherapie nie absolute Gültigkeit haben kann“. Dem stünden die Regeln des Zusammenlebens auf einer Station, die Notwendigkeit, Regelverstößen auch disziplinarisch zu begegnen, und die Gefahr, dass das Problemverhalten andernfalls verstärkt würde, entgegen. Im Einzelfall könne es auch erforderlich sein, bestimmte Verpflichtungen, die eine Patientin hinsichtlich ihres Essverhaltens eingegangen sei, zu kontrollieren.

Hummel und Doerr (1996) beschreiben anhand von drei Falldarstellungen ihre Erfahrungen in der ambulanten Behandlung von Klientinnen mit Essstörungen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht und ausgebeutet wurden. Für sie stehen bei der Behandlung der Essstörungen die Hintergründe des beobachtbaren gestörten Essverhaltens im Mittelpunkt. Der Sinn und die Funktion der Essstörung für die Betroffenen sei von Bedeutung. Das Verstehen dieser Hintergründe eröffne den Weg zur Auflösung der Störung, die hier als Aspekte von Überlebensstrategien bzw. als Teil eines Versuches angesehen werden, mit traumatisierenden Erfahrungen weiterleben und überleben zu können.

Die folgenden Funktionen der Essstörungen als Folge von Traumatisierungen werden beschrieben:

- *Reinszenierungsaspekte*: Ein Teil der Reinszenierung des Traumas kann auch dadurch stattfinden, dass wichtige Lebensäußerungen (z. B. Nahrungsaufnahme) mit Heimlichkeit verbunden werden. Besonders bei der Bulimia nervosa fällt diese Heimlichkeit auf.
- *Entschärfung von Hilflosigkeit* durch Schuldgefühle: Im Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten werden starke Scham- und Schuldgefühle erlebt, als habe die Patientin Schuld an diesem Problem und sei nicht sein Opfer.
- *Umgang mit Macht und Ohnmacht*: Essstörungen imponieren sehr häufig als eine Form der Machtausübung am eigenen Körper. Während früher andere Macht über ihren Körper ausübten, tut die Patientin es jetzt selbst.
- *Reinigungsritual*: Massives Erbrechen oder Abführen kann die Funktion eines Reinigungsrituals haben. Der Körper wird von etwas gereinigt, das zuvor in den Körper aufgenommen wurde.
- *Trostfunktion*: Sich mit Nahrungsmitteln voll zu stopfen kann eine betäubende und/oder tröstende Funktion haben.

In den Therapien müssen die Funktionen, welche Essstörungen im Zusammenhang mit Traumatisierungen erfüllen, mit der Lebenssituation und -geschichte in Verbindung gebracht werden. Nach Erfahrung der Autoren verschwindet nach einer Bearbeitung der Traumatisierung die Essstörung ohne weitere Maßnahmen weitestgehend. Zumindest aber kann die Essstörung von der Klientin als Reaktion auf Belastungen reflektiert werden.

Petersen (1996) verknüpft die Darstellung einer Fallgeschichte von Bulimia nervosa mit Überlegungen zur Ätiologie der Störung (vgl. auch Petersen, 1997). Sie stützt sich bei ihren Überlegungen vor allem auf Arbeiten zur Krankheitslehre des Klientenzentrierten Konzepts von Biermann-Ratjen und Swildens (1993), deren Grundannahmen zur Entstehung primärer und sekundärer Inkongruenz wir oben bereits ausgeführt haben.

Im dem von Petersen vorgestellten Fall kam es zur Entwicklung einer primären Inkongruenz, als die Reaktionen des Kindes auf das Verlassenwerden durch die wichtige Bindungsperson (Mutter) ignoriert und negativ bewertet wurden. Das hatte zur Folge, dass das Kind später, anstatt z. B. traurig oder wütend auf ein Verlassenwerden oder die Antizipation eines solchen zu reagieren, mit massiven Ängsten, verlassen oder verstoßen zu werden, reagiert, deren es sich gar nicht bewusst wird.

Die bulimische Symptomatik tritt auf, als die betroffene Frau in Zusammenhang mit einer neuen Beziehung in einen Zustand sekundärer Inkongruenz gerät. In dieser Beziehung und durch diese Beziehung wiederholen sich Erfahrungen der Gefahr des Verlassenwerdens, die die Patientin bereits mit ihrer Mutter gemacht hat. Diese Wiederholung stellt eine massive Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung dar, die mit Hilfe der Bulimie zugleich ausgedrückt und im Bewusstsein verzerrt oder diesem vorenthalten

wird. „So stellt die Bulimie ein aufsehenerregendes (wenn auch heimlich praktiziertes) Ablenkmanöver von den eigentlichen Gefühlen dar. Es ist der – unvollkommene – Versuch, bestimmter Gefühle nicht gewahr zu werden“ (S. 38).

Wie der von der Autorin vorgestellte Fall verdeutlicht, wird in der Regel die Bulimie im Laufe der Jahre zunehmend selbst zu einer Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung. Scham- und Ekelgefühle sowie das Gefühl, den Essanfällen ausgeliefert zu sein, führen wiederum zu starken Insuffizienzgefühlen.

Die Autorin beschreibt den Prozess einer fast dreijährigen Therapie (87 Stunden)¹. Abschließend bewertet die Autorin den Therapieverlauf wie folgt:

Da die Therapeutin den Wunsch und die Bereitschaft zur Veränderung habe spüren können, sei es ihr möglich gewesen, ihr Vertrauen in die „Selbstheilungskräfte“ der Patientin aufrechtzuerhalten. Das problematische Essverhalten sei niemals auf Initiative der Therapeutin thematisiert worden. Die Therapeutin vermutet, dass eine Konzentration auf das hinter der Symptomatik stehende Leid verhinderte, dass die Klientin mit ihr „kämpfte“. Die Klientin habe sich schnell ihren eigentlichen Verletzungen zuwenden können. Das Erleben der bulimischen Symptome sei (zunächst zögernd) von der Klientin selbst angesprochen worden. Die Therapeutin hätte nie den Impuls gehabt, regulierend einzugreifen. Mit Interesse und Offenheit sei die Dynamik der Bulimie durch Klientin und Therapeutin betrachtet worden. Da auch diese Erfahrungen nicht korrigiert, sondern bedingungslos wertgeschätzt worden seien, hätte sich die Klientin immer weiter für ihre tiefer liegende seelische Not öffnen können.

In seiner Darstellung der Praxis der Gesprächspsychotherapie geht Finke (2004) in einem eigenen Kapitel auf die Behandlung von Essstörungen ein, wobei er sich auf die Behandlung der Bulimia nervosa beschränkt. Nach einer kurzen Darstellung der diagnostischen Kriterien geht der Autor auf Aspekte der Indikation ein. Die Indikation für eine Gesprächspsychotherapie sei insbesondere bei den Patientinnen gegeben, die ein hohes spontanes Bedürfnis nach Selbstexploration hätten.

Finke empfiehlt ein multimodales Vorgehen, das neben der klärungsorientierten Therapie auch verhaltenstherapeutische, lösungsorientierte, auf das Essverhalten fokussierende und körpertherapeutische Maßnahmen enthalte. Es sei auch bei ambulanter Behandlung anzustreben. Zumindest sollten die Patientinnen zusätzlich zur Gesprächspsychotherapie symptomorientiert arbeitende Selbsthilfegruppen aufsuchen. Der Therapeut hätte dann die Möglichkeit, weitgehend konzeptkonform vorzugehen, sich auf die innere Welt der Patientin zu konzentrieren und müsse sich nicht

ständig um das Essverhalten der Patientin Sorgen machen. Gerade das könne bei der Patientin die Bereitschaft zur Selbstexploration erhöhen. Der Therapeut sollte allerdings nachdenklich werden, wenn trotz scheinbar guter Selbstexploration keine Symptombesserung eintritt.

Anschließend charakterisiert Finke die Inkongruenz bei Patienten mit Bulimie: Sie „besteht in dem Widerspruch zwischen einem auf das Ideal von körperlicher Schlankheit, Attraktivität und absoluter Selbstkontrolle festgelegten Selbstkonzept und dem organismischen Erleben, das von einem Bedürfnis nach rauschhafter Hingabe und Selbstauflösung bestimmt ist“ (S. 142). Die Essgier wird als verzerrte Symbolisierung dieses Bedürfnisses verstanden. Die Essanfälle hätten so auch die Funktion, Gefühle von Einsamkeit, innerer Leere oder Langeweile zu vermeiden. Aufgrund des zwangsläufigen Scheiterns am Ideal der Selbstkontrolle setzten unerträgliche Schamgefühle ein, die das Hungern motivierten, in dem sich der Organismus mit Essattacken wehre. In der Entwicklungsgeschichte dieser Patientinnen finde sich häufig eine Mutter, die in ihrer Wertschätzung und Zuwendung sehr ambivalent war, die Tochter durch Induzieren von Schuldgefühlen an sich zu binden suchte und zugleich auf der Ebene der physischen Attraktivität subtil mit der Tochter rivalisierte. Dadurch hätten das negative Selbstbild, die Neigung zur Selbstentwertung und Schuldgefühle im Selbstkonzept verankert werden können. Die Beziehungserwartungen der Patientinnen mit Bulimie seien einerseits von dem Wunsch nach Anerkennung, Zuneigung und Geborgenheit geprägt, andererseits befürchteten sie, wieder kritisiert und entwertet zu werden. In ihrem Beziehungsangebot seien sie deshalb selbst oft sehr zwiespältig.

Als Schlüsselthemen der Bulimie identifiziert der Autor dementsprechend: Scham und Schuld; Essgier; negatives Körperkonzept; Bedürfnis nach Zuneigung und Geborgenheit; Angst vor Einsamkeit und vor Nähe; „Abstinenz“-Motivation. Anhand von Beispielen für Interventionen des Therapeuten, die sich auf den Umgang mit den Schlüsselthemen in der Therapie beziehen, erläutert der Autor seine Vorschläge zur Behandlungspraxis (S. 145):

Einfühlen und Verstehen: Das Aufgreifen von selbstreflexiven Gefühlen rege zur Klärung und Korrektur des Selbstkonzeptes an, die Verdeutlichung der die Essattacken begleitenden Gefühle zur positiven Beachtung und exakten Symbolisierung des Esserlebens. Die Verdeutlichung der Selbstentwertung (Ekel und Selbsthass) leite eine Umbewertung des organismischen Erlebens ein.

Beziehungsklären: Das Aufgreifen der enttäuschten Beziehungserwartungen an den Therapeuten könne das „Unersättliche“ der Zuwendungswünsche und ggf. auch das Widersprüchliche dieser Wünsche klären.

Reales Zugegensein und Selbsteinbringen: Das Mitteilen von Anteilnahme und Sorge helfe die „Abstinenz“-Motivation zu klären und zu stärken. Durch Mitteilen von Beurteilen und Ratschlägen könne der Aufbau eines normalen Essverhaltens gefördert werden.

¹ Inzwischen ist bekannt, dass für *erfolgreiche* gesprächspsychotherapeutische Behandlungen von Essstörungen in der Praxis durchschnittlich 86,5 Therapiesitzungen aufgewendet werden (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 159).

Der Autor schlägt Gesprächsregeln vor (S. 146):

- Schamgefühle durch Verweisen auf das Übliche bzw. die Häufigkeit von Essstörungen vermindern
- Auseinandersetzung mit dem von bestimmten Idealen geprägten Selbstkonzept anregen
- Zum offenen Sprechen über die Symptomatik mit der nächsten Bezugsperson ermutigen
- Positive Beachtung und Wahrnehmung des Ess-Erlebens vermitteln und zur Auseinandersetzung mit dem Körperkonzept anregen
- Zu Einsichten in den Zusammenhang von Essgier und der Sehnsucht nach Geborgenheit und partnerschaftlicher Nähe anregen und die Näheambivalenz klären

Im Lehrbuch für die Praxis der Gesprächspsychotherapie von Eckert, Biermann-Ratjen und Höger (2006), legen Schützmann, Laleik, Biermann-Ratjen und Eckert einen Leitfaden zur Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa vor, der im Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit von ambulanter Gesprächspsychotherapie bei Bulimie entwickelt wurde und im Rahmen dieser Studie derzeit evaluiert wird. Nach diagnostischen Leitlinien, Charakteristiken, ätiologischen Modellen anderer therapeutischer Schulen werden Überlegungen zur Ätiologie von Essstörungen und speziell der Bulimia nervosa dargelegt. (Wir verweisen an dieser Stelle auf die Ausführungen im ersten Abschnitt dieser Arbeit und auf die oben dargestellte Arbeit von Petersen, 1997.)

Unter besonderer Berücksichtigung der störungsspezifischen Aspekte der Behandlung werden auf der Grundlage des klientenzentrierten ätiologischen Modells und der Literatur zur Klientenzentrierten Therapie der Bulimia nervosa Leitlinien für die Therapie formuliert und Handlungsempfehlungen gegeben. Sie sollen die aus dem allgemeinen Klientenzentrierten Therapiemodell resultierenden Therapieelemente nicht ersetzen, sondern ergänzen. Der Therapieprozess wird in drei Phasen eingeteilt, die sich aus einem erwarteten Wechsel der Bedeutsamkeit von Aufgaben und entsprechenden Zielen in der Therapie ergeben: Therapieeingangsphase, mittlere Therapiephase, Therapieausgangsphase.

Das Ziel und die Aufgabe der Therapieeingangsphase werden wie folgt formuliert: „In der Therapieeingangsphase wird es darum gehen, dass die Klientinnen zunächst in ihrer mehr oder weniger bewussten bzw. mehr oder weniger vollständig abgewehrten Angst verstanden werden“ (S. 470). Es wird ein stärker symptomzentriertes Vorgehen als allgemein im Rahmen der Klientenzentrierten Therapie üblich vorgeschlagen, bis hin zu Interventionen, die ziemlich direktiv sind. Das wird zum einen mit der Gefahr begründet, dass die für einen Heilerfolg unumgängliche Auseinandersetzung mit der Symptomatik selbst und damit, wie sie erlebt wird, zu lange vermieden werden könnte. Zum anderen wird auf die multifaktorielle Genese der Essstörung verwiesen, die eine Auseinandersetzung mit weiteren Risikofaktoren, immer auch in Bezug zum psychischen

Geschehen, erforderlich mache. Zu den störungsspezifischen Handlungsempfehlungen der Therapieeingangsphase gehören:

- Ansprechen des subjektiven Erlebens der Entstehung der Essstörung und des gegenwärtigen Erlebens der Symptomatik
- Vermittlung von Informationen über Bulimie und damit zusammenhängende Themen
- Einsatz von Tagebuchtechniken
- Vereinbaren von Therapiezielen
- Verständigung über Umfang und zeitlichen Rahmen der Therapie.

Ziel und Aufgabe für die mittlere Therapiephase werden so definiert: „In der mittleren Therapiephase kann und muss es darum gehen, die Klientinnen in den Erfahrungen zu verstehen, die eine Wiederholung von früheren sind“ (S. 476). Es werden die zu erwartenden Themenkomplexe dieser Therapiephase beschrieben und wiederum störungsspezifische Handlungsempfehlungen gegeben:

- Ansprechen des gegenwärtigen Erlebens und des gegenwärtigen Ausprägungsgrades der Symptomatik
- Vorbereitung des Umgangs mit Rückfällen
- Zusammenhänge zwischen thematisierten Erfahrungen und der Symptomatik herstellen.

Ziel und Aufgabe der Therapieausgangsphase werden wie folgt formuliert: „... die bisher in der Therapie frei gesetzten Selbstheilungskräfte der Klientin dazu zu nutzen, angestoßene Entwicklungsprozesse so zu stabilisieren, dass sie durch die Klientin auch nach Abschluss der Therapie selbstständig aufrecht erhalten und fortgesetzt werden können“ (S. 480). Zu den Handlungsempfehlungen dieser Therapiephase gehören:

- Den Abschluss der Therapie mit der Klientin gemeinsam vorbereiten
- Mögliche Rückfälle während der Trennungsphase und nach Abschluss der Therapie vorbereiten
- Bilanz bezüglich des in der Therapie Erreichten ziehen.

Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Essstörungen

Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Anorexia nervosa

Schmitt (1980) (vgl. auch Schmitt, Wendt & Jochmus, 1981; Schmitt & Wendt, 1982) berichtet über Erfahrungen in Klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen mit Anorexie in stationärem Setting. Sie geht den Fragen nach, wie sich die Selbstexploration im gruppentherapeutischen Setting entwickelt, wie sich das Gruppenklima gestaltet und ob sich antitherapeutische Gruppen-

prozesse zeigen. Es wurden die Tonbandprotokolle von ca. 30 Gruppensitzungen ausgewertet. Die Gruppen fanden 2 × pro Woche mit einer Dauer von 1 bis 1,5 Stunden statt. Die Gruppengröße lag bei 4 bis 5 Teilnehmerinnen. Die Ergebnisse werden unter den Aspekten: Gesprächsinhalte, Gruppeninteraktion, interpersonale Wahrnehmung des Körpers und individueller Gesundungsprozess dargestellt. Die Autorin stellt fest, dass Jugendliche mit Anorexie in der Gruppe über ihre Probleme sprechen können. Der Widerstand, über angstbesetzte Inhalte zu sprechen, war bei der Mehrzahl der beteiligten Patientinnen wenig ausgeprägt.

Einerseits kann die Gruppensituation die Gesprächsbereitschaft erheblich aktivieren. Andererseits kann das Ausweichen einzelner Gruppenmitglieder vor der Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen und den Problemen mit anderen durch die Gruppensituation aber auch begünstigt werden. Auffallend war, dass der Mut und die Kompetenz fehlten, persönliche Konflikte untereinander anzusprechen. Es wurde vermieden, Aggressionen, Ärger und Enttäuschung offen auszudrücken. Als bedeutsames Ergebnis wird hervorgehoben, dass die Jugendlichen ein starkes Vertrauen zueinander entwickeln konnten, was im Gegensatz zum übersteigerten Misstrauen gegenüber Erwachsenen und Therapeuten steht.

Einen mehrdimensionalen Behandlungsansatz für Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa in stationärem Rahmen stellt Könnig (1984) vor. Neben medizinischen Maßnahmen, Verhaltenstherapie, körperorientierten Verfahren, Familientherapie und Soziotherapie sind auch gesprächspsychotherapeutisch orientierte Einzelkontakte fester Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

Im Rahmen dieser Klientenzentrierten Einzelgespräche ist Raum für individuelle Probleme und Themen aus der Biographie der Patienten. Immer wieder geht es dabei um Ängste, Unsicherheiten, fehlende Rollenidentität, Konflikte, Abgrenzung von den Eltern und Schuldgefühle. Als ein Ergebnis der katamnestischen Befragungen der Patienten zeigt sich, dass die Essproblematik mit Hilfe der verhaltenstherapeutischen Elemente zuverlässig positiv beeinflusst werden kann, „daß aber zumindest aus der subjektiven Einschätzung der Patienten der Therapieerfolg im wesentlichen von den gesprächstherapeutischen, körpertherapeutischen, sozialtherapeutischen Therapiebausteinen abhängt“ (S. 9).

Uhde (1986) schildert Erfahrungen als Psychotherapeutin in der stationären Psychotherapie von anorektischen Patientinnen, die sie vor dem Hintergrund verschiedener Erklärungsmodelle einordnet. Dabei geht sie auf die Probleme ein, die insbesondere für die Arbeit jener Therapeuten von Bedeutung sind, die klientenzentriert mit Anorektikerinnen arbeiten. Sie zeigt ein für die Arbeit mit diesen Frauen typisches Dilemma auf: Die Behandelnden müssen immer wieder auch stellvertretend für die Patientinnen handeln, Entscheidungen für diese treffen und sie kontrollieren. Damit laufen die Behandler Gefahr, Teil der „Suchtstruktur“ der Patientinnen zu werden.

Zudem widerspreche es der klientenzentrierten Einstellung, und es sei gerade für die anorektischen Patientinnen sehr gefährlich und bedrohlich, wenn jemand anderer für sie handelt. Die Autorin benennt Voraussetzungen auf Seiten der Behandelnden, die trotz dieses Dilemmas eine gemeinsame Arbeit ermöglichen: Geduld, Erwartungslosigkeit, Ehrlichkeit, die „Bereitschaft, immer wieder zwischen der Patientin und der Sucht zu trennen und, ganz wichtig, zu bestimmten Zeiten sehr konsequent zu sein“ (S. 470–471).

Petersen (1998) stellt in einer Fallanalyse den Verlauf der Klientenzentrierten Behandlung einer anorektischen Patientin dar. Dabei werden psychologische Aspekte der Genese ihrer Essstörung rekonstruiert, als deren Ausgangspunkt ein Mangel an einfühlendem und wertschätzendem Verstehen früher Bindungspersonen benannt wird. Die Patientin erlebte bereits in den ersten Lebensmonaten, dass das Grundbedürfnis nach einer zuverlässigen Bindungsperson immer wieder unzureichend erfüllt wurde. Die damit verbundenen frühen Ängste und das Bedürfnis nach Trost und Geborgenheit wurden von der Mutter nicht anerkannt, abgewiesen und teilweise entwertet. Dadurch scheiterte die Integration sehr belastender Erfahrungen in das Selbstkonzept der Patientin. Hinzu kam, dass auch weitere Selbstgefühle wie die Freude an oder Überraschung über sich selbst von den Eltern nicht anerkannt und wertgeschätzt, sondern entwertet wurden. In Schule und Vorschule setzte sich dieser Prozess fort. In einen Zustand sekundärer Inkongruenz geriet die Patientin, als sie nach ungewollter Schwangerschaft einen Abbruch vornehmen ließ, die Eltern sich trennten, die Partnerschaft der Patientin beendet wurde und sie das Studium abbrach. Die Patientin hatte zwar ein mehr oder weniger konsolidiertes Selbstkonzept entwickelt. Ihre primäre Inkongruenz war nicht besonders groß. Nach dieser Folge von belastenden Lebensereignissen kam es aber zu einer massiven und zusätzlichen Beeinträchtigung der Übereinstimmung zwischen ihrer inneren und äußeren Erfahrung und ihrem Selbstkonzept. Von diesem Zeitpunkt an begann die Patientin anorektische Symptome zu zeigen. Die Autorin berichtet über Inhalt, Verlauf und Ergebnis der insgesamt sechs Jahre andauernden Behandlung (über 170 Stunden). Unter anderem sind folgende Aspekte hier bemerkenswert: Die Patientin war extrem untergewichtig. Trotzdem hat sich die Therapeutin dazu entschieden, eine ambulante Therapie zu versuchen. Das Kriterium „Vertrauen in die Selbstheilungskräfte der Patientin“, das Spüren ihrer „Offenheit und Bereitschaft, sich zu verändern“ (S. 48) war bedeutsamer als der allgemeine Grundsatz, bei einem Körpergewicht unter einer definierten Grenze nicht mehr ambulant zu behandeln. Die Themen Essen und Nahrungskontrolle wurden nicht von der Therapeutin angesprochen. Sie vermutet: „Gerade weil mich eine Gewichtszunahme nicht interessierte, sondern vielmehr das seelische Leid, das hinter all den Essensritualen und -vermeidungen stand, brauchte Lilian [die Patientin, d. A.] auf diesem Gebiet nie mit mir zu „kämpfen“, sondern konnte sich ihren eigentlichen Verletzungen zuwenden“ (S. 48). Und an anderer

Stelle: „Daß ich auch in diesem Bereich keine Angst um Lilian hatte, ihre anorektischen Verhaltensweisen nie korrigierte, sondern bedingungslos wertschätzend annehmen konnte, öffnete Lilian immer weiter für die tieferliegende seelische Not“ (S. 49).

Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Bulimia nervosa

Gerlinghoff und Ploog (1987) beschreiben ein mehrdimensionales stationäres Psychotherapiekonzept zur Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa, bei dem neben verhaltenstherapeutischen Methoden eine Gesprächspsychotherapie in Form von Einzel-, Gruppen- und Familiengruppentherapie zur Analyse und Aufarbeitung der zugrunde liegenden psychischen Probleme angewandt wird. Parallel zur Verhaltensanalyse, dem anschließenden verhaltenstherapeutischen Essprogramm u. a. Maßnahmen werden klientenzentrierte Einzel- und Gruppengespräche durchgeführt. Wenn es möglich und sinnvoll ist, werden Familiengruppengespräche organisiert. Im Anschluss an die stationäre Therapie wird den Frauen die Teilnahme an einer ambulanten Gruppentherapie von 1 bis 2 Jahren Dauer vorgeschlagen.

Zum Grundsatz des vorgestellten Konzeptes gehört die Annahme, dass weder die einseitige Behandlung der Essstörung (Sondenernährung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen) noch die alleinige Aufarbeitung zugrunde liegender Probleme zur Überwindung der Essstörungen führt. In dem Artikel werden die diagnostischen, verhaltenstherapeutischen, psychoedukativen u. a. Behandlungselemente vorgestellt. Auf das Vorgehen und die Erfahrungen in den klientenzentriert orientierten Einzel-, Gruppen- und Angehörigen-gesprächen wird (leider) nicht eingegangen.

Auf die ausführliche Falldarstellung einer ambulanten Psychotherapie bei Bulimia nervosa von Petersen (1996) ist oben bereits eingegangen worden.

Hassler (1996) stellt die Analyse des Prozesses einer Klientenzentrierten Psychotherapie einer bulimischen Patientin vor. Die Autorin beschreibt den Prozess anhand der sich in fünf Phasen vollziehenden Veränderungen.

Interessanter- und zunächst einmal ungewöhnlicherweise erscheint in der Therapieanfangsphase die Mutter der Patientin mit zur Therapie. Die Therapeutin entschließt sich, mit der Therapie der Tochter in Anwesenheit der Mutter zu beginnen. Für diese Entscheidung gab den Ausschlag, dass die Patientin so nicht zu einem für die Therapie zu frühen Zeitpunkt in einen Konflikt mit der Mutter eintreten musste, sich nicht zwischen Mutter und Therapeutin entscheiden musste. Nach fünf Sitzungen hatte die Patientin soviel Vertrauen gewonnen, dass die Mutter sie nicht mehr begleiten musste.

In diesem Beitrag werden die Inhalte der Therapiestunden, innere und äußere Veränderungen der Patientin und die Entwicklung der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin dargestellt. Zusammenfassend stellt die Autorin fest: Die Klientin war anfangs kaum bereit, außer ihrer Bulimie ein Problem zu erkennen. Im Zentrum der Anfangsphase stand ein starker Konflikt mit der Mutter. Das Selbstkonzept der Patientin beinhaltete: „Ich muss tüchtig sein, damit ich die Mutter erfreue und ihr nicht mit meinen Sorgen zur Last falle“ (S. 27). Erst langsam gewinnen eigene Bedürfnisse an Bedeutung. Die Patientin kann sich erst im Verlauf der Therapie gestatten, ein Mensch zu sein, der eigenen Bedürfnissen nachgeht und der Bedürfnisse wichtiger anderer Personen (zunächst der Mutter, später auch anderer Bezugspersonen) zurückweisen kann. Sie muss im Verlauf der Therapie auch immer weniger für die Therapeutin sorgen, kann durch die bedingungslose Akzeptanz und Wertschätzung der Therapeutin Kontakt mit ihren eigenen Bedürfnissen aufnehmen und sich um deren Erfüllung kümmern. Sehr wichtig für den Verlauf war, dass die Klientin früh lernte, mit Rückfällen umzugehen, diese als Signale zu nutzen. Im Verlauf der Therapie mussten alle wichtigen Lebensentscheidungen auf den Prüfstand (Beziehungen zum Partner und zu den Eltern, Studium etc.). Erst langsam konnten auch Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden, die früher nicht zum Selbstkonzept der Klientin passten. Das persönliche Therapieziel (Überwindung der Bulimie) wird erreicht. Der weitere Lebensweg wird realistischer betrachtet.

Studien zu Verlauf und Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Essstörungen

Insgesamt liegen nur wenige Studien zu Verlauf und Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Essstörungen vor, die über den Verlaufsbericht bei Einzelfallstudien, in denen durchgehend positive Veränderungen dokumentiert werden, hinausgehen.

Seifert (1988) berichtet über die Ergebnisse einer Verlaufsstudie ambulanter Therapien anorektischer Patientinnen, die am Psychologischen Institut der Universität Kiel durchgeführt wurde. Neben der Erfassung von Symptomvariablen wurden die Selbstempathie, Selbstwertschätzung und Selbstkongruenz bei der Klientin (jeweils durch Klientin und Therapeut) sowie Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten in der Therapie (jeweils von der Klientin und vom Therapeuten) eingeschätzt.

Über Verlauf und Ergebnisse lässt sich Folgendes zusammenfassend feststellen: Von neun Patientinnen beenden sechs die Therapie nach 13 bzw. 14 Sitzungen, drei Patientinnen brechen nach 3 Sitzungen die Behandlung ab. Die therapeutische Beziehung wird von den Therapeuten und den Klientinnen anfangs sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die Klientinnen nehmen die Beziehung oft nicht als empathisch und wertschätzend kongruent wahr, während die

Therapeuten ihr Verhalten jedoch als empathisch und wertschätzend beurteilen. Die Einschätzungen der Klientinnen hinsichtlich ihrer Selbstempathie, Selbstwertschätzung und Selbstkongruenz zeigen gegen Ende der Therapie höhere Werte als am Anfang. Im Verlauf der Therapie schwanken die Werte sehr stark. Der Therapieverlauf hängt nicht mit bestimmten, in den Therapiestunden besprochenen Themen zusammen. Die Gesprächsinhalte sind sehr unterschiedlich, wenn auch soziale Beziehungen als Thema dominieren. Am Ende der Therapien ist die Symptomatik nicht vollständig verschwunden, die Symptombelastung jedoch deutlich gesunken. Viele Probleme im Leben der Klientinnen werden erst nach der Therapie angegangen. Der Autor vermutet eine „Wegweiserfunktion“ der Klientenzentrierten Therapie, d. h. die Hauptarbeit der Veränderung beginne meist erst nach der Therapie. Positive Prognosefaktoren ließen sich aus den erhobenen Daten nicht ableiten (weder aus dem Leidensdruck, noch aus dem körperlichen Befinden, noch aus den angesprochenen Themen, noch aus den Gesprächstherapie-Variablen). Die Abbruchgefahr scheint besonders in den ersten Kontakten hoch zu sein. Der Autor illustriert den Verlauf anhand zweier Fallvignetten aus den Therapien.

Eine für die Klientenzentrierte Behandlung von Anorexia nervosa wichtige Untersuchung stellt Franke (1990) vor, obwohl in dieser Studie Therapieverlauf und Ergebnisse von Gesprächspsychotherapien nicht direkt Gegenstand sind. Die Autorin befragt retrospektiv Frauen mit Anorexia nervosa im Hinblick auf die von ihnen subjektiv erlebten psychotherapeutischen Wirkfaktoren. Dazu untersucht sie mittels Fragebögen 130 Frauen einer nichtklinischen Stichprobe, die an Anorexie erkrankt waren, sich aber zum Zeitpunkt der Befragung als geheilt betrachteten.

Interessant aus Sicht der Klientenzentrierten Psychotherapie sind zunächst die Angaben der Frauen mit Anorexia nervosa über die Behandlungen, die sie in Anspruch genommen haben: 21% der Frauen haben ihre Essstörung ohne die Hilfe einer Therapie überwunden. Zwei Drittel der Stichprobe wurden ambulant behandelt. 52% der befragten Frauen gaben an, dass sie eine Gesprächspsychotherapie erhalten haben.

Die Ergebnisse hinsichtlich der subjektiv erlebten Wirkfaktoren weisen den Variablen, die als Wirkfaktoren der Klientenzentrierten Psychotherapie beschrieben werden, einen hohen Stellenwert zu: Von mindestens der Hälfte der Frauen wurden jene Variablen als *bedeutsam* für die eigene Genesung gekennzeichnet, die sich darauf beziehen, dass sie in der Therapie lernen konnten, *sich in ihren Bedürfnissen und Gefühlen besser zu verstehen* (Zum Beispiel: Der/Die Therapeut/in hat mir genau zugehört. Der/Die Therapeut/in hat mich und meine Gedanken und Gefühle ernst genommen und respektiert. Ich konnte in der Therapie bestimmen, worüber ich sprechen wollte. Die Zuwendung des/der Therapeuten/in war nicht an Bedingungen geknüpft.). Fast alle Frauen (94–100%), die diese Variablen für *bedeutsam* halten, beurteilen sie auch im Nachhinein als

hilfreich. Am häufigsten (von 74% der Frauen) wurde folgendes Item als *bedeutsam* eingeschätzt: „Ich habe selbst entschieden, wann ich wieder gegessen habe.“ 99% der Frauen, die diese Variable als für sich *bedeutsam* markiert hatten, erlebten diese Entscheidungsfreiheit als *hilfreich* für ihren Genesungsprozess. Die Autorin fasst die Ergebnisse ihrer Untersuchung wie folgt zusammen:

Hinsichtlich der Wirkfaktoren zeigen die Ergebnisse überdeutlich, was Patientinnen mit der Krankheit Anorexia nervosa brauchen: Achtung, Anerkennung, Akzeptierung als eine Person, die ihre eigenen Entscheidungen fällen kann und muss. In der Terminologie der Psychotherapieforschung weisen die Ergebnisse die sog. unspezifischen Variablen als die für eine positive Veränderung entscheidenden aus. (S. 414–415)

Zwangsmaßnahmen und solche, die kontrollmindernd sind, werden von der Mehrzahl der befragten Frauen auch im Nachhinein als schädlich für den Heilungsprozess bewertet – von Frauen, die sich als heute gesund betrachten, obwohl ihnen therapeutisch Schaden zugefügt worden ist (S. 415).

Arnold (1993) stellt die bisher einzige kontrollierte Studie zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Kurzzeit-Psychotherapie bei Anorexia nervosa vor. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse der ansonsten methodisch qualitativ hochwertigen Studie wird leider durch die relativ kleine Fallzahl (jeweils 10 Patientinnen pro Behandlungsgruppe) eingeschränkt.

Insgesamt nahmen 30 Frauen mit Anorexie an der Studie teil. Jeweils zehn Frauen wurden zufällig einer Klientenzentrierten oder einer Kognitiv-Verhaltenstherapeutischen Behandlung zugewiesen. Zehn Frauen blieben unbehandelt, da sie zum Zeitpunkt der Studie eine Therapie nicht antreten konnten oder diese nicht wollten. Die Behandlung fand ambulant statt. Jede der Klientinnen in den Therapiegruppen erhielt 20 Einzelsitzungen in wöchentlichem Abstand. Mit einer umfangreichen Testbatterie wurden Essverhalten und darauf bezogene Variablen vor und nach Abschluss der Therapie, sowie zu drei weiteren Zeitpunkten während der Behandlung erhoben. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In beiden Behandlungsgruppen war im Behandlungszeitraum eine deutliche kontinuierliche Gewichtszunahme zu beobachten. Die Gruppen (Kognitive Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie) unterschieden sich im Grad der Gewichtszunahme nicht.

Die Einstellungen zum Essverhalten (gemessen mit dem EAT-26) verbesserten sich im Therapieverlauf in beiden Behandlungsgruppen, wobei sich die Gruppen im Grad der Verbesserung nicht unterschieden.

Das Diätverhalten und das Figurbewusstsein verbesserten sich in beiden Behandlungsgruppen, wobei der Grad der Verbesserung in der Gruppe mit Kognitiver Verhaltenstherapie bedeutsamer war als in der Gruppe mit Gesprächspsychotherapie.

Hinsichtlich der Variablen Angst und Depressivität verbesserten sich beide Behandlungsgruppen. Der Verlauf dieser Verbesserungen war in den beiden Gruppen unterschiedlich.

Das oben vorgestellte stationäre Behandlungskonzept für Frauen mit Bulimia nervosa von Bettermann, Finke, Gastpar und Böhme (1996) wurde durch die Autoren auch hinsichtlich seiner Wirksamkeit überprüft. In diese Untersuchung wurden 14 Frauen mit Bulimia nervosa einbezogen. Es zeigten sich zum Therapieende signifikante Verbesserungen der Depressionswerte. Diese Tendenz wurde in einer durchgeführten Untersuchung zur Ein-Jahres-Katamnese bestätigt. Die Symptome der Essstörung waren zum Zeitpunkt der Entlassung nur bei einer der Frauen ganz zurückgegangen.

Zusammenfassung

Ohne eine erneute Erwähnung der einzelnen Autoren und eine gewissenhafte Unterscheidung der Krankheitsbilder Bulimia und Anorexia nervosa können die hier referierten Konzepte und Erfahrungen der Klientenzentrierten Therapie bei Essstörungen wie folgt zusammengefasst werden.

Die vorgestellten Arbeiten zur Klientenzentrierten Psychotherapie von – in der Regel – Patientinnen mit Essstörungen imponieren nur auf den ersten Blick als heterogen. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich erhebliche Gemeinsamkeiten. Und je mehr von diesen Arbeiten man gelesen hat, umso deutlicher werden diese Gemeinsamkeiten.

Die meisten Autoren haben, meistens auf der Grundlage höchstpersönlicher Erfahrungen in der Behandlung dieser Patientinnen in den unterschiedlichsten Settings – eigentlich allen, die es gibt – und in einem Rahmen, in dem gleichzeitig Behandlungen auf der Grundlage anderer Therapiekonzepte als dem Klientenzentrierten durchgeführt werden, ein eigenes Behandlungskonzept entwickelt. Dieses stellen sie zusammen mit der Phänomenologie der Störung – so wie sie diese erlebt haben, und das ist sehr ähnlich – dar und vergleichen es mit ihrem Verständnis des Klientenzentrierten Therapiekonzepts.

Andere Autoren demonstrieren auf der Grundlage eigener Erfahrungen am Beispiel des Erscheinungsbildes der Essstörungen ihre Explikation des Klientenzentrierten Konzepts, der in ihm enthaltenen ätiologischen Vorstellungen oder einzelne Begriffe. Oder sie diskutieren das Klientenzentrierte Therapiekonzept als in ihren Augen mehr oder weniger angemessen oder hinreichend für die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen. Besonders diese

Arbeiten lesen sich wie Variationen auf ein Thema: Die Vereinbarkeit des Prinzips der Bedingungsfreien Positiven Beachtung der Klientin mit den z.T. lebensgefährlichen Ausformungen des Krankheits-symptoms Essstörung bzw. der Verantwortung für die Patientin. Es entsteht der Eindruck, dass in die Variationen auch eingeht, mit wem die Therapeuten zusammenarbeiten, aber auch für wen sie schreiben. Die Ausführungen unterscheiden sich aber vor allem nicht unwesentlich in der Berücksichtigung der Komplexität sowohl des Krankheitsbildes als auch des Klientenzentrierten Therapiekonzepts. In der neuesten theoretischen Auseinandersetzung mit diesem Thema wird – wie sich aber auch in früheren Arbeiten immer wieder finden lässt – nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der sogenannten Therapeutenvariable Unbedingte Wertschätzung nicht sinnvoll erfolgen kann, wenn ihr enger Zusammenhang mit der Kongruenz bzw. der Reflektion der eigenen Motive des Therapeuten übersehen wird. Es geht also auch in der Behandlung der Essstörungen nicht so sehr um die „Akzeptanz“ des Therapeuten, sondern um seine Fähigkeit, die *Abweichungen* seines Erlebens des Verhaltens der Klientin von seiner Unbedingten Wertschätzung gegenüber der Klientin reflektieren zu können.

Die Entwicklung des Prozesses der Therapie der Patientin mit essgestörtem Verhalten wird von den meisten Autoren, die sich dazu äußern, ähnlich dargestellt: Einer Symptomphase folgt eine Problemphase, in der durch die Abstinenz vom symptomatischen Verhalten – viele vergleichen es mit Suchtverhalten – die eigentlichen Probleme sichtbar werden, die in einer weiteren Phase auch in der Beziehung zum Therapeuten erlebt werden, von dem sich die Patientin dann möglichst reflektiert trennen muss.

Aus den wenigen empirischen Arbeiten zur Klientenzentrierten Psychotherapie mit anorektischen Patientinnen erhellt sich vor allem zweierlei:

Zum einen, warum diese so selten sind. Es scheint ungeheuer schwer zu sein, die Patientinnen überhaupt in einen therapeutischen Prozess zu bringen. Die Quote der Therapieverweigerer und der Abbrecher scheint enorm hoch zu sein.

Zum anderen: Wenn die Patientinnen zu einer Psychotherapie bewegt werden konnten und selbst gefragt werden, was ihnen an dieser gut getan hat bzw. wie sie sich deren Wirkung erklären, dann schildern sie einen gesprächspsychotherapeutischen Therapieprozess und betonen vor allem: Patientinnen mit der Krankheit Anorexia nervosa brauchen Achtung, Anerkennung, Akzeptierung als eine Person, die ihre eigenen Entscheidungen fällen kann und muss, also Bedingungsfreie Anerkennung im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts.

Literatur:

- Arnold, J. (1993). Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf in der ambulanten Behandlung. Wuppertal: Universität Gesamthochschule Fachbereich 3 – Psychologie.
- Bettermann, R., Finke, J., Gastpar, M. & Böhme, H. (1996). Stationäre Gesprächspsychotherapie bei Bulimie. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 85–93). Köln: GwG-Verlag.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2002). Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 123–145). Wien: Springer.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2002a). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Böck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 11–34). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (2003). *Gesprächspsychotherapie* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E. M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 57–142). Köln: GwG-Verlag.
- Binder, U. & Binder, H. J. (1979). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen: Neue Handlungs- und Theoriekonzepte zur Veränderung*. Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Finke, J. (2004). Essstörungen. In J. Finke, *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*, 3. Aufl. (S. 141–146). Stuttgart: Thieme.
- Franke, A. (1981). Überlegungen zur Anwendung klientenzentrierter Psychotherapie bei Anorexia nervosa. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa. Ursachen und Behandlung* (S. 150–157). Stuttgart: Enke.
- Franke, A. (1990). Hilfreiche Faktoren bei der Bewältigung von Anorexia nervosa aus der Sicht ehemals betroffener Frauen. In M. Zielke & N. Mark (Hrsg.), *Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation. Band 1.* (S. 399–416). Berlin: Springer.
- Gerlinghoff, M. & Ploog, D. (1987). Anorexia nervosa und Bulimie. Eine mehrdimensionale stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37(9–10), 312–316.
- Grimm, K. H. (1989). Klientenzentrierte, stationäre Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. *GwG Zeitschrift*, 77, 426–430.
- Hassler, B. (1996). Prozessanalyse Monika. *Brennpunkt*, 66, 24–42.
- Hölzle, C. (1986). Bulimie – und klientenzentrierte Psychotherapie? *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5(4), 457–463.
- Hummel, H. & Dörr, R. (1996). Eßstörungen bei traumatisierten Menschen. *Brennpunkt*, 66, 16–23.
- Könning, J. (1984). Pubertätsmagersucht: Ein mehrdimensionaler Behandlungsansatz im stationären Rahmen – Erfahrungsbericht. *Report-Psychologie*, 9(11–12), 6–9.
- Petersen, H. (1996). Überlegungen zur Ätiologie der Bulimia nervosa – dargestellt an einer exemplarischen Fallgeschichte und gesprächspsychotherapeutischen Behandlung einer bulimischen Patientin. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 63–83). Köln: GwG-Verlag.
- Petersen, H. (1997). Bulimia nervosa. In J. Eckert & D. Höger & H. W. Linster (Hrsg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (S. 73–90). Stuttgart: Kohlhammer.
- Petersen, H. (1998). Die Anorexia nervosa im Lichte des klientenzentrierten Krankheitskonzeptes – ein Fallbeispiel Anorexia. *Psychotherapeuten-FORUM*, 5(2), 19–20.
- Schmitt, G. M. (1980). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 29(7), 247–251.
- Schmitt, G. M., Wendt, R. & Jochmus, I. (1981). Stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher mit vorwiegend klientenzentrierter Einzel- und Gruppentherapie. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa. Ursache und Behandlung* (S. 158–169). Stuttgart: Enke.
- Schmitt, G. M. & Wendt, R. (1982). Die stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher unter dem Gesichtspunkt der sozialen Reintegration. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 10(1), 67–73
- Schützler, L., Bischof, J. & Wolff, S. (2006). „Wenn du zunimmst, mag ich dich so, wie du bist ...“: Bedingungslose Wertschätzung und Gewichtskontrolle bei der klientenzentrierten Behandlung von Anorexie-Patienten. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 20–24.
- Schützmann, K., Laleik, S., Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2006). Manual zur ambulanten Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 464–482). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Seifert, F. (1988). Klientenzentrierte ambulante Behandlung bei Anorexia nervosa. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1(3), 165–174.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM): Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien: Springer.
- Swildens, H. & de Haas, O. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Uhde, A. (1986). Anorexia nervosa und klientenzentrierte Psychotherapie? *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5(4), 465–471.
- Voigt, A. (1996). Zur Inkongruenzdynamik bei Personen mit Essstörungen. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 37–61). Köln: GwG-Verlag.

AutorInnen:

Dr. phil. Jochen Eckert, geb. 1940, ord. Univ.-Prof. für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg. Gesprächspsychotherapeut. Präsident der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG e.V.).

Eva-Maria Biermann-Ratjen, Dipl.Psych., geb. 1939, Klinische Psychologin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin in der GwG und in der DPGG, Gastausbilderin in der Sektion Forum der APG, im Ruhestand, Hamburg.

Dr. phil. Karsten Schützmann, geb. 1963, Projekt: Ambulante Gesprächspsychotherapie der Bulimia nervosa an der Universität Hamburg. Dipl.-Psych. in der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll in Hamburg.

Melanie Schacht, Dipl.-Psych., geb. 1979, Projekt: Ambulante Gesprächspsychotherapie der Bulimia nervosa an der Universität Hamburg. Dipl.-Psych. in der Asklepios Klinik Harburg in Hamburg.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jochen Eckert
Universität Hamburg
Institut für Psychotherapie
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Monika Tuczai

Dem Entsetzen begegnen. Ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention zur psychotherapeutischen Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion

Zusammenfassung: Die Ausführungen reflektieren die Tätigkeit der Autorin in einer Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen. Es wird die akute Belastungsreaktion von Frauen während und in den Tagen bzw. Wochen nach der Tat aus dem Blickwinkel betroffener Frauen und aus personenzentrierter Sicht beschrieben. Weiters wird ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention als angemessene psychotherapeutische Antwort auf diesen Ausnahmezustand dargestellt. Einer personenzentrierten Haltung, die Interventionen stets auf der Basis von Empathie, unbedingter Wertschätzung und Kongruenz gestaltet und überprüft, kommt dabei besondere Bedeutung zu.

Stichwörter: akute Belastungsreaktion, Vergewaltigung, Krisenintervention, Personenzentrierter Ansatz

Abstract: Facing dismay. A person-centered concept of crisis-intervention for psychotherapeutic treatment of raped women with acute stress reaction. The article reflects the author's practice in a counselling center for raped women. Women's acute stress reaction during the act and the days and weeks later is described from the view of afflicted women and as the person-centered approach sees it. A concept of person-centered crisis intervention as an appropriate psychotherapeutic answer to this state of emergency is shown. The importance of a person-centered attitude, with interventions based on empathy, unconditional positive regard and congruence is emphasized.

Keywords: acute stress reaction, rape, crisis intervention, Person-centered Approach

Basierend auf der langjährigen Tätigkeit in einer Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen bietet der vorliegende Artikel einen Überblick über die Ausdrucksformen des Erlebens betroffener Frauen und deren Reaktionen auf die traumatische Erfahrung sowie über notwendige und hilfreiche Interventionen, durch die der Prozess der Verarbeitung unterstützt werden kann.

Der Fokus liegt – im Gegensatz zur bestehenden Literatur über Psychotrauma (z. B. Butollo et al., 1999; Coffeng, 2002; Herman, 2003; Huber, 2004; Mörth, 1994; Reddemann, 2002; van der Kolk et al., 2000; Warner, 2001), die sich vorwiegend mit den langfristigen Folgen und deren Behandlung beschäftigt – auf der Darstellung der akuten Belastungsreaktion in den Tagen und Wochen nach der Vergewaltigung. Das Wissen darüber ist insofern von Bedeutung, als durch das Erkennen bzw. Anerkennen akuter traumatischer Erfahrungen eine Integration derselben ermöglicht und dadurch eine Manifestation des Traumas bzw. die Ausbildung von Folgestörungen verhindert werden kann (Brossi, 2006; Hermann, 2003). Langjährige und kostenintensive Psychotherapieprozesse können vermieden werden, wenn betroffene Personen bereits in ihrem Erleben der

akuten Reaktion verstanden und positiv wertschätzend begleitet werden.

Zunächst wird die akute Belastungsreaktion nach der ICD-10 definiert und aus der Sicht betroffener Frauen phänomenologisch beschrieben. Im Folgenden wird ein personenzentriertes Verständnis des akuten Erlebens und schließlich ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention für die psychotherapeutische Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion dargestellt.

Definition der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10

Die ICD-10 der WHO führt Vergewaltigung als eine überwältigende traumatische Erfahrung mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit an und beschreibt sie als auslösendes Ereignis für eine *akute Belastungsreaktion* (F43.0; Dilling et al., 1993, S. 168). Typischerweise beginnt diese mit einer „Art von ‚Betäubung‘, einer gewissen Bewußtseinseingung und

eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der aktuellen Situation folgen (bis hin zum dissoziativen Stupor) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktion oder Fugue. Meist treten vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten auf“ (ebd.). Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und klingen innerhalb von Stunden oder Tagen wieder ab.

Vergewaltigung ist jedoch eine sehr außergewöhnliche und einschneidende Lebenserfahrung, die nicht spontan innerhalb weniger Stunden oder Tage verarbeitet werden kann. Bei geeigneter Begleitung durch Personen, die die Reaktionen betroffener Frauen empathisch verstehen und unbedingt positiv wertschätzen, ist eine Integration dieser Erfahrung – abhängig von der Intensität und Un-erträglichkeit der Erfahrung, der individuellen Vulnerabilität und der zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien – zumindest bei bislang psychisch gesunden Personen innerhalb von vier bis acht Wochen möglich (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130).

Wenn die traumatische Erfahrung nicht bewältigt werden kann, kann sich die Symptomatik der akuten Belastungsreaktion innerhalb weniger Wochen bzw. Monate (selten mehr als sechs) zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1; Dilling et al., 1993, S. 169) weiterentwickeln. Diese wird in der ICD-10 als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung definiert, „die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. [...] Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. [...] Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme und übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen“ (ebd., S. 169f.).

Die akute Belastungsreaktion aus dem Blickwinkel vergewaltigter Frauen

Überwältigung und Bedrohung: Der Körper reagiert als Erstes

Angesichts des Entsetzens während einer Vergewaltigung strebt der menschliche Organismus nach bestmöglicher Anpassung an das bedrohlichste Ereignis. Die neuesten neurobiologischen Forschungen

unterscheiden zwei unterschiedliche Systeme im Körper, um auf eine bedrohliche Situation zu reagieren, das Furcht- und das Paniksystem (Sachsse, 2003). Zunächst reagiert das Furchtsystem: Auf der körperlichen Ebene kommt es zu einer reflexhaften Anspannung der Muskulatur; der Blutdruck, die Herzrate und die Atmung steigen an. Es kommt zu einer Ausschüttung der Neurotransmitter Noradrenalin und Adrenalin. Initiiert und kontrolliert durch die Amygdala, wird der Körper in maximale Reaktionsbereitschaft versetzt. Er reagiert mit Kampf oder Flucht lange bevor das Frontalhirn die Erfahrung bewusst wahrnimmt und mit Hilfe des Brocaschen Zentrums in kommunizierbare Sprache umwandelt.

Die unausweichliche Bedrohung des eigenen Lebens während der Vergewaltigung bewirkt ein Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Obwohl der Körper der betroffenen Frau voll alarmiert ist, ist es angesichts der Ausweglosigkeit nicht mehr möglich, die bereits aktivierten Reaktionen (Kampf oder Flucht) umzusetzen: die normalen Anpassungsstrategien sind überfordert (Biermann-Ratjen, 2003; Hermann, 2003). Die Person gerät in Panik.

Wenn, wie bei einer Vergewaltigung, keine Beruhigung von außen möglich ist, bewirkt die Ausschüttung von Opioiden eine Schmerzunempfindlichkeit und Erstarrung des Körpers; der Herzschlag sinkt und die Atmung verflacht, obwohl der Adrenalinspiegel steigt. Dieser Zustand ist aus dem Tierreich als Totstellreflex oder Freeze-Reaktion bekannt. Beim Menschen gibt es eine Notfall-Reaktion, die über diese Freeze-Reaktion der Panikattacken hinausgeht: die Dissoziation (Sachsse, 2003, S. 6). Der Organismus schaltet zum eigenen Schutz sowohl die Reaktionen nach außen (Kampf, Flucht) wie auch nach innen (Panik) völlig ab. Die betroffene Person versucht, „den erlebten Schrecken zu bewältigen, indem sie diese Inhalte von der bewussten Wahrnehmung abspaltet“ (Butollo et al., 1999, S. 36).

Durch die traumatische Erfahrung einer Vergewaltigung werden beide Systeme gleichermaßen aktiviert: die energieverbrauchende Übererregung im Rahmen des Furchtsystems wird plötzlich abgelöst von der energiebewahrenden Dissoziation im Rahmen des Paniksystems (Sachsse, 2003). Diese gegensätzlichen Erregungszustände bleiben über Tage und Wochen nach der Vergewaltigung erhalten und wechseln einander ab. Sie zeigen sich phänomenologisch in Form von Übererregung, Intrusion und Flashbacks einerseits sowie Konstriktion und Vermeidung andererseits (siehe wie folgt).

Das Entsetzen hält an: Übererregung und Angst

Das Gefühl von Sicherheit ist verloren: alltägliche Situationen, selbst vertraute Personen können von der betroffenen Frau als Bedrohung erlebt werden. Die spezifische Angst vor einer Wiederholung der Tat bestimmt die Tage und Wochen nach dem Übergriff.

Das Bedürfnis sich vor weiteren Angriffen zu schützen, versetzt die Frau in einen Zustand von Übererregung (Herman, 2003). Ihr

Körper ist immer in Alarmbereitschaft und auf neue Gefahren vorbereitet. Die Folgen dieser chronischen Erregung sind Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit.

Die Angst ist häufig generalisiert, sodass alle Männer als potenzielle Täter wahrgenommen werden, selbst der eigene Partner. Kleine Gesten und harmlose Worte können genügen, um die Angst wieder zu aktualisieren. Alltägliche Situationen wie der Weg zur Arbeit oder zur Freundin sind mit Angst besetzt; Angst, wieder in eine ausweglose Situation zu geraten, aus der Flucht nicht möglich ist und in der keine Hilfe von außen zu erwarten ist. Betroffene Frauen fragen sich, ob sie je wieder angstfrei leben und auf andere Menschen – insbesondere Männer – zugehen werden können.

Die Erinnerung bricht herein: Intrusion und Flashbacks

Übererregung und Angst werden auch dadurch aufrechterhalten, dass wiederholt ungewollt Gedanken und Erinnerungen an die Tat bzw. Flashbacks oder „Intrusionen“ (Herman, 2003, S. 58) auftreten, während denen das traumatische Ereignis und die damit verbundenen Gefühle der Angst und Ohnmacht – auch in einer noch so sicheren Umgebung – immer wieder unerwartet und unmittelbar erlebt und durchlitten werden, als ob sie gerade eben geschehen würden.

Der traumatische Augenblick wird nicht als verbale, lineare Erzählung, sondern in Form von intensiven Gefühlen und deutlichen, unauslöschlichen Bildern gespeichert und „gelangt dann spontan ins Bewusstsein, im Wachzustand als plötzliche Rückblende und im Schlaf als angsterfüllter Alptraum“ (ebd.). Flashbacks können auch durch so genannte Triggerreize ausgelöst werden, das sind ganz bestimmte Reize, die an die Vergewaltigung erinnern, aber auch völlig harmlose Reize aus dem Alltag.

Wie blind, wie taub, wie unantastbar: Konstriktion, Dissoziation, Vermeidung

Aufgrund der Ausweglosigkeit lösen sexuelle Übergriffe ein Gefühl absoluter Hilflosigkeit und Ohnmacht aus. Es kommt zum Zusammenbruch des eigenen Selbstverteidigungssystems; die traumatisierte Person flieht, aber häufig nicht durch eine reale Handlung, sondern durch eine Veränderung des Bewusstseinszustandes: der Organismus erstarrt. Die Erlebnisinhalte werden nicht vollständig, sondern nur verzerrt oder gar nicht wahrgenommen.

Betroffene Frauen berichten, dass sie während der Vergewaltigung den eigenen Körper verlassen und die traumatisierende Situation von außen betrachtet hätten, oder als sei der Übergriff ein böser Traum, aus dem sie bald erwachen würden. Derartige dissoziative Bewusstseinsveränderungen sind Ausdruck der „Konstriktion“ (Herman, 2003, S. 65), der Erstarrung, Emotionslosigkeit,

Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, einer Art inneren Lähmung. Sie werden nicht nur während des Übergriffs als „peritraumatische Dissoziation“ (Butollo et al., 1999, S. 36), sondern auch im Verarbeitungsprozess zu Hilfe genommen, um die überwältigenden, bedrohlichen Gefühle abzuwehren und so ihr Eindringen ins Bewusstsein zu vermeiden.

Nicht alle Frauen reagieren mit Vermeidung durch konstriktive Symptome. Viele Frauen entziehen sich bewusst den Angst machenden Gedanken und Gefühlen: Beispielsweise schlafen sie nachts nicht, um das Auftreten von quälenden Alpträumen zu vermeiden; andere versuchen durch Alkohol oder Drogen die unmittelbaren schmerzhaften Erinnerungen zu betäuben und so den Eingang des Erlebten ins Bewusstsein zu verhindern; oder sie vermeiden bewusst bestimmte Aktivitäten, Orte oder Menschen, die an das Trauma erinnern könnten.

Solange Personen das traumatische Ereignis nicht ins Selbstkonzept integrieren können, fühlen sie sich abwechselnd einem der beiden Erlebenszustände, der Konstriktion oder der Intrusion, ausgesetzt und haben den Eindruck, darüber keine Kontrolle zu haben.

„Sie sind gefangen zwischen zwei Extremen: zwischen Gedächtnisverlust oder Wiedererleben des Traumas“ (Herman, 2003, S. 72), zwischen absoluter Gefühllosigkeit und überwältigenden Gefühlen, zwischen Handlungsunfähigkeit und impulsiven Handlungen, zwischen totaler Abwehr und Zusammenbruch der Abwehr.

Personzentriertes Verstehen des Ausnahmezustandes der akuten Belastungsreaktion

Aus personenzentrierter Sicht wird die Erfahrung des sexuellen Übergriffs organismisch als Bedrohung bewertet (Biermann-Ratjen, 2003), was dazu führt, dass der Körper in Reaktionsbereitschaft versetzt wird, um entweder zu kämpfen oder zu fliehen. Aufgrund der Ausweglosigkeit innerhalb der Situation der Vergewaltigung bewertet der Organismus diese natürlichen Anpassungsstrategien als nutzlos und nicht zielführend, was in der Folge zu einem Erleben massiver Angst und absoluter Ohnmacht und Hilflosigkeit führt.

Die Autonomie der betroffenen Frau wird verletzt. Das Bedürfnis nach positiver Beachtung „als lebenswertes und liebenswertes, nicht mit anderen zu verwechselndes, mit sich selbst identisches Individuum“ (Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 83) wird vom Täter missachtet. Während der Vergewaltigung zählen die Bedürfnisse der Frau überhaupt nicht, im Gegenteil: Der Angreifer demonstriert, wie sehr er ihre Autonomie und Würde verachtet; die Frau kann ihren Standpunkt nicht bewahren. Dies beeinträchtigt die positive Selbstbeachtung. Durch die Ignoranz und Geringschätzung, die der Täter mit seinem Verhalten gegenüber dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung der Frau zum Ausdruck bringt, wird die Wahrnehmung, ein eigenständiges Selbst zu haben, erschüttert. Viele betroffene Frauen trauen sich danach kaum noch etwas zu, sind ängstlich und unsicher.

Das Selbstkonzept, autonom und unabhängig zu sein, Situationen richtig einschätzen und eigenen Gefühlen vertrauen zu können, Kontrolle über Intimität und Aggression sowie Konfliktkompetenz und Selbstachtung zu haben, wird unerwartet und massiv in Frage gestellt. Nichts ist mehr, wie es war, alles gerät durcheinander, auf nichts ist mehr Verlass. Das gesamte bisherige Leben, die bisherigen Erfahrungen und zwischenmenschlichen Beziehungen werden hinterfragt. Betroffene Frauen empfinden Verunsicherung und Zweifel gegenüber der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit. Sie fragen sich, ob sie – wie bisher angenommen – überhaupt noch in der Lage sind, Situationen richtig einschätzen zu können, ob sie Menschenkenntnis haben und ob sie je wieder vertrauen werden, wenn sie sich nicht einmal ihrer eigenen Wahrnehmung sicher sein können. Das Selbstkonzept muss Erinnerungen an Verwundbarkeit, an einen Körper, der überwältigt, von anderen kontrolliert und verletzt werden kann, an ein Selbst, das unterlegen sein kann und sich unterwerfen können musste, integrieren, ebenso wie intensive Gefühle der Angst, der (Mit-)Schuld, des Misstrauens, der Hilflosigkeit, der Ohnmacht und der Verzweiflung.

Personenzentrierte Autorinnen und Autoren (Biermann-Ratjen, 2003; Biermann-Ratjen et al., 1997; Brossi, 2006; Fartacek, 1999; Gutberlet, 1985; Scholl-Kuhn, 1994) beschreiben die akute Belastungsreaktion als (akute) Inkongruenz zwischen der organismischen Bewertung der traumatischen Erfahrung und dem Selbstkonzept bzw. als „Stressinkongruenz“, die „entsteht, wenn die Person mit überwältigenden Erfahrungen konfrontiert wird, die für ihr Selbst unerträglich sind, es in Frage stellen, es in seiner Existenz bedrohen oder zerstören“ (Speierer, 2002, S. 168). Derartige bedeutsame Lebensereignisse stellen die stärksten „Inkongruenzquellen“ (ebd.) für Personen dar. „Wenn Inkongruenz besteht und das Individuum sich dessen nicht bewusst ist, dann ist es potentiell anfällig für Angst, Bedrohung und Desorganisation. Wenn eine bestimmte neue Erfahrung die Diskrepanz so klar hervortreten lässt, dass sie bewusst wahrgenommen werden muss, wird das Selbstkonzept des Individuums durch widersprüchliche und nicht vereinbare Erfahrungen desorganisiert“ (Rogers, 1959a/1987, S. 29f.). Die bedrohliche traumatische Erfahrung ist nicht vereinbar mit dem bestehenden Selbstkonzept bzw. würde dieses erheblich verändern. Die Person erlebt dies als erhöhte Spannung, Unruhe, Angst, Druck, Hilflosigkeit, Bedrohung etc. Sie ist verletzlich. Um das Selbstkonzept zu schützen und zu erhalten, wird ein Abwehrprozess in Gang gesetzt (Gutberlet, 1985; Scholl-Kuhn, 1994; Speierer, 1997; Brossi, 2006; Fartacek, 1999; Keil, 2002; Biermann-Ratjen, 2003). Die traumatisierte Person versucht, alle Situationen zu vermeiden, die sie in die gleiche Gefühlslage versetzen, und verhindert so ein Eindringen des bedrohlichen Erlebnisses in das Bewusstsein. Im Gegensatz zu dieser aktiven Form der Vermeidung auf der Verhaltenzebene distanzieren sich betroffene Frauen auch häufig auf der Erlebensebene von ihrer Erfahrung: Sie fühlen sich wie betäubt, haben an nichts mehr Freude, fühlen sich innerlich wie gelähmt und

erleben damit die „Generalisierung ihrer Abwehr, die Verslossenheit gegenüber der Gesamtheit der Erfahrung“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130). Durch Flashbacks bricht die Abwehr aber immer wieder zusammen.

Selbstexploration ist unter diesen Bedingungen nur schwer möglich. Das Verhalten und Erleben in der akuten Belastungsreaktion entspricht dem ungesunden, starren Pol des Prozesskontinuums (Brossi, 2006; Rogers, 1961a/1998). Es besteht nur ein geringes Ausmaß an Offenheit für Selbsterfahrung, Fähigkeit zur Selbstexploration, Kongruenz, kognitiver Flexibilität, Gefühl der Eigenverantwortlichkeit und Kontakt- bzw. Beziehungsfähigkeit. „Der Erfahrungsfluss und damit der Wachstumsprozess sind unterbrochen. Die Gewissheit der Kontinuität des Lebens ist verloren gegangen. Dadurch mangelt es ihr [der Person] auch an Vertrauen, die Krise bewältigen zu können. Deshalb braucht sie Schutz und sucht sie Hilfe“ (Brossi, 2006, S. 382).

Unter besonders günstigen Bedingungen kann die traumatische Erfahrung „in einem Wechsel aus Intrusionen, Angetriggertsein, Alpträumen und Aussprechen (im Kontakt mit Vertrauenspersonen) einerseits und Konstriktionen, Abschalten, Ablenken und Wegdenken andererseits in vier bis acht Wochen ‚integriert‘ sein“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130). Die Frau kann dann „... daran denken, ohne in einen Flashback abzurutschen ...“ (Reddemann & Sachsse, 1997; zit. nach ebd.). Die Erfahrung und deren organismische Bewertung können als angemessene Reaktion und Selbsterfahrung ins Selbstkonzept aufgenommen werden und in der Folge zu positiven Veränderungen, Wachstum und Entwicklung im Sinne der Selbstaktualisierungstendenz beitragen (Gutberlet, 1985).

Wenn im Sinne der Selbstbehauptungstendenz das Selbstkonzept die Oberhand gewinnt, muss das Erleben des sexuellen Übergriffs vom Bewusstsein ferngehalten oder verzerrt symbolisiert werden (Gutberlet, 1985). Dadurch wird im Dienste der Erhaltung des bestehenden Selbstkonzepts eine Einengung des emotionalen und sozialen Lebens bewirkt. Es kommt zum Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen und zu einer emotionalen Verarmung. Auch Hoffnungen und Zukunftspläne werden beeinträchtigt. „Damit fordern konstriktive Symptome, auch wenn sie ein Versuch sind, übermächtige Symptome abzuwehren, einen hohen Preis für den Schutz, den sie vielleicht gewähren. Sie verengen das Spektrum der Lebensmöglichkeiten, beeinträchtigen die Lebensqualität und perpetuieren letztlich die Auswirkungen des traumatischen Ereignisses“ (Herman, 2003, S. 71).

Ist es nicht möglich, die traumatische Erfahrung ins Selbstkonzept zu integrieren, kann die „Mischung aus: der nach Integration drängenden und sich in Intrusionen immer wieder zeigenden traumatischen Erfahrung, der Erfahrung der Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung durch traumatische Selbsterfahrung, der Erfahrung der Abwehr der traumatischen Erfahrung und auch der Abwehr der Erfahrung der Inkongruenz“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130) zu mittel- bzw. langfristigen Beeinträchtigungen, wie

z. B. einer posttraumatischen Belastungsstörung, Angststörung, Sozialphobie, Depression oder andauernden Persönlichkeitsveränderung, führen.

Egal, welchen Verlauf der Prozess der Verarbeitung des Traumas nimmt, die Reaktionen der betroffenen Frau werden vom Personenzentrierten Ansatz auf jeden Fall „als ein sinnvoller, letztlich nachvollziehbarer Versuch verstanden, sich inneren und äußeren Bedingungen so anzupassen, daß der Organismus erhalten wird und – wenn die Erhaltung gesichert scheint – auch wachsen kann“ (Gutberlet, 1985, S. 57). Aus der Sicht des Organismus ist die jeweilige Reaktion „die beste und sinnvollste, die er in diesem Moment treffen kann“ (ebd., S. 58). Nicht die Reaktion der Frau ist außergewöhnlich, sondern die Situation, durch die sie hervorgerufen wurde.

Ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention zur Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion

„Wer mit Krisen konfrontiert wird – mit eigenen und denjenigen von KlientInnen – wird mit dem Dunkel, dem Chaos konfrontiert“ (Brossi, 2006, S. 373). Dieses Dunkel und Chaos verdeutlicht die Grenzen des ‚üblichen‘ psychotherapeutischen Vorgehens, da aufgrund der Intensität der Notlage, aus der sich ein besonderes Schutzbedürfnis auf Seiten der traumatisierten Frau ergibt, auch konkrete Interventionen nötig sind, die auf den ersten Blick die personenzentrierte Haltung in Frage stellen. Wenn Interventionen auf dem Hintergrund der Einschätzung und des Erlebens der Gesamtsituation gesetzt und in Rogers‘ Sinne immer und ausschließlich von einem präsenten, empathischen ‚in Kontakt Sein‘ mit der Klientin und ihren augenblicklich vordergründigen Bedürfnissen geleitet werden, stellt der Personenzentrierte Ansatz in der akuten Belastungsreaktion eine hilfreiche Lichtquelle und einen optimalen Wegweiser dar, um sich sowohl als Psychotherapeutin als auch als Klientin im Dunkeln und im Chaos der Krise besser orientieren zu können. Bevor Interventionen eingeleitet werden, müssen sie zunächst vor allem daran überprüft werden, ob sie auf dem Hintergrund einer personenzentrierten Haltung gestaltet werden (Stumm & Keil, 2002; Keil, 2002; Finke, 2004), ob sie eine adäquate Antwort auf die vielschichtigen Bedürfnisse betroffener Frauen darstellen und ob sie (wahrscheinlich) von der Klientin wahrgenommen werden.

Präsenz als personenzentrierte Grundhaltung in der Begleitung vergewaltigter Frauen

„It helps if another person simply keeps the client company providing simple human contact, taking an existential and human position. The other person can offer understanding of how hard it is to feel or to describe what happened. The helper trusts that this can

happen later. [...] When one is willing to be truly present, human contact is the best that can be offered“ (Coffeng, 2002, S. 157).

Der Präsenz kommt in der Begleitung vergewaltigter Frauen besondere Bedeutung zu. Sie brauchen ein Gegenüber, das in besonders aufmerksamer Weise mit ihnen verbunden ist, das den Kontakt an ihrer Stelle aufrecht erhält und das sie in ihrem Wechselbad der Gefühle ernst nimmt, versteht und positiv beachtet.

Präsenz ist der jeweils persönliche Ausdruck von Kongruenz, unbedingter positiver Wertschätzung und einfühelndem Verstehen sowie die Voraussetzung für deren Verwirklichung (Schmid, 2002; Schmid, 2002a). Präsenz bedeutet im Hier und Jetzt mit der betroffenen Frau zu sein, sie unmittelbar zu erleben, auf ihre Ressourcen zu vertrauen, sich auf der Ebene aller Sinne ansprechen zu lassen und dabei gleichzeitig des eigenen Geworden-Seins, des eigenen Selbst-Verständnisses und der eigenen Befindlichkeit als Psychotherapeutin in Abgrenzung zur Klientin gewahr zu bleiben (Gaul & Macke-Bruck, 2002). Diese Haltung ermöglicht, sich dem Erleben und den aktuellen Bedürfnissen der vergewaltigten Frau anzunähern und empathisch nachzuvollziehen, was sie gerade in diesem Moment am dringendsten braucht.

Kontakt herstellen und Schutz bieten

Je nach Intensität des Erlebens der Frau kann sich die Kontaktaufnahme unterschiedlich schwierig gestalten. Die von Prouty beschriebenen Kontaktreflexionen (Situationsreflexionen, Reflexionen des Gesichtsausdrucks; Wiedergeben der Körperhaltung; Wort-für-Wort-Wiederholungen; Wiederaufgreifen bereits stattgefundenen Kontakte) sind hilfreich, nahe am verbalen oder nonverbalen Ausdruck der betroffenen Person zu bleiben und dadurch den Kontakt zur Wirklichkeit, zu sich selbst und zum Gegenüber wieder herzustellen (Prouty et al., 1998; Coffeng, 2002; Keil, 2002; Warner, 2001).

Das bedeutet ganz konkret, Blickkontakt mit der betroffenen Frau zu halten, ihr mitzuteilen, wo sie ist, dass sie hier sicher ist und nichts gegen ihren Willen unternommen werden wird.

Wenn sie auf der emotionalen und kognitiven Ebene nicht ansprechbar ist, kann versucht werden, über die Körperwahrnehmung der Klientin Kontakt aufzunehmen. „Spüren Sie, wie Ihre Fußsohlen auf dem Boden aufliegen und wie Ihre Oberschenkel, Ihr Gesäß, Ihr Rücken, Ihre Arme und Hände den Sessel berühren?“ – „Contact with the ground“ (Coffeng, 2002, S. 156) – stellt zunächst direkten Kontakt zum Körper her, wodurch wiederum der Kontakt ins Hier und Jetzt und zu den Gefühlen gefördert wird. Die vergewaltigte Frau kann sich selbst wieder besser spüren, sobald sie ‚sicheren Boden unter den Füßen‘ hat. Darüber hinaus helfen Rückmeldungen der Psychotherapeutin darüber, wie sie die Klientin erlebt und deren Gesichtsausdruck oder Körperhaltung wahrnimmt, der Klientin den Kontakt zu sich selbst wieder herzustellen.

Auf der verbalen Ebene ist besonders darauf zu achten, nahe an den Worten der Klientin zu bleiben, diese möglichst exakt wiederzugeben und nichts hinzuzufügen. Dies fördert das Vertrauen und das Gefühl, dass ihre Erlebnisse ein Recht haben so zu sein, wie sie sind. Das exakte Wort, die Phrase oder das Bild ermöglichen, mit dem eigenen Erleben in Verbindung zu bleiben. Die kleinste Veränderung eines Wortes kann die Frau in ihrem Erleben verletzen, verunsichern und verwirren: „It is as if the client were asking if her experience had a right to exist in the world. The therapist’s responding with words that don’t fit can feel like giving an answer of ‚no‘ to that question“ (Warner, 2001, S. 188).

Sich selbst als Psychotherapeutin und reale Beziehungspartnerin auf das Erleben der Klientin einzulassen und die eigene Betroffenheit und Anteilnahme über das Geschehene auszudrücken, ist eine weitere Möglichkeit, Kontakt herzustellen (Finke, 2004; Keil, 2002). Die Mitteilung der eigenen emotionalen Resonanz, von Finke (2004, S. 67) als „Selbstöffnen“ im Zusammenhang mit dem Therapieprinzip Kongruenz beschrieben, tritt dabei in den Vordergrund und kann im Sinne von Rogers’ Therapietheorie auch bei der betroffenen Frau Selbstexploration in Gang setzen und schrittweise ein Kongruent-Werden und somit eine Symbolisierung bewirken (Keil, 2002).

Selbst ganz ‚alltägliche‘ Interventionen sind für die Herstellung von Kontakt und einer Atmosphäre der Sicherheit, des Schutzes und der Geborgenheit förderlich: Dazu gehört beispielsweise, für die Frau eine Tasse Tee zu kochen, sie duschen zu lassen, eine Decke zur Verfügung zu stellen, in die sie sich kuscheln kann, sie eventuell schlafen zu lassen, ausreichend Taschentücher bereit zu halten und Ähnliches mehr.

Für manche Frauen schafft körperliche Nähe ein Gefühl der Geborgenheit und des Aufgehobenseins. Psychotherapeutinnen sollten nicht davor zurückschrecken, ihrem eigenen Impuls, die vergewaltigte Frau schützend zu berühren, nachzugehen. Dabei ist allerdings genau darauf zu achten, ihre Grenzen nicht erneut zu überschreiten, wie es bereits während der Vergewaltigung intensiv passierte, sondern immer genau nachzufragen und auch nachzuspüren, ob die konkrete Berührung tatsächlich gewünscht ist. Ihre Hand zu halten oder sie zwischen den Schulterblättern oder am Unterarm zu berühren, ist unverfänglich und kann sehr viel Nähe, Kontakt und Schutz herstellen. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei den eigenen Handlungsmotiven zu widmen: Mache ich etwas, das in meiner eigenen Hilflosigkeit begründet ist oder aber ist es Ausdruck empathischen Verstehens?

Zeitdruck lindern

Die Forderung nach Hilfe kann sehr vehement und dringlich sein und Krisenbegleiterinnen enorm unter Druck setzen. Dann besteht die Gefahr, sich als Psychotherapeutin von der Akutheit und vom

Zeitdruck der Situation ‚anstecken‘ zu lassen, in den Strudel der Krise hineingezogen zu werden und sich in der Folge inkompetent und nutzlos zu fühlen. Großartige Interventionen und Hilfsaktionen sind in dieser Situation ohnehin nicht indiziert. Die vergewaltigte Frau vermittelt nicht nur Dringlichkeit, sondern auch, dass sie in ihrem momentanen Zustand nichts tun kann, weil es ihr an Kraft fehlt. Dass sie ihren unerträglichen Zustand von Angst und Hoffnungslosigkeit beenden möchte, ist nachvollziehbar und verstehbar, aber nicht mit ‚Rettungsaktionen‘ realisierbar. Sofort auf die Dringlichkeit selbst einzusteigen, würde bedeuten, die ambivalenten Bedürfnisse – einerseits der Wunsch, etwas gegen die Gefühle zu tun, andererseits das Bedürfnis, mit diesen Gefühlen gut aufgehoben zu sein und nichts tun zu müssen, wofür es ohnehin an Kraft fehlt – zu ignorieren und in der Folge die Frau mit einem Hilfsangebot, das zu früh einsetzt, zu überfordern.

Die in der Psychotherapeutin ausgelösten Gefühle der Hilflosigkeit und das daraus entstandene Bedürfnis nach ‚rettenden Aktionen‘ sind Ausdruck ihrer eigenen Inkongruenz. Erst wenn diese als solche wahrgenommen und positiv beachtet sowie vielleicht auch deren Auslöser erkannt wird, ist die Wahrnehmung der Psychotherapeutin wieder offen dafür, genau hinzuschauen, was die betroffene Frau braucht (Brossi, 2006). Sie ist nicht weiter mit ihrer eigenen Hilflosigkeit beschäftigt und kann dem Krisenerleben der Frau wieder ihre ungeteilte Aufmerksamkeit bzw. unbedingte positive Beachtung schenken und als spürbares und schützendes Gegenüber erlebt werden.

Subjektives Krisenerleben relativieren durch Information und Parteilichkeit

Betroffene Frauen stehen ihren traumatischen Reaktionen häufig ablehnend gegenüber: Sie machen sich Vorwürfe, dass sie damit nicht besser umgehen können; sie schämen sich, weil sie andere mit ihren Gefühlen belasten, weil sie glauben, damit alleine fertig werden zu müssen; sie haben Angst verrückt zu sein und vieles andere mehr. In solchen Situationen wirkt es entlastend, Vergewaltigung als ein außergewöhnliches und belastendes Ereignis zu benennen und zu vermitteln, dass ihre Gefühle nachvollziehbar und -föhlbar sind und keine kranke, sondern eine völlig normale Reaktion darstellen, um das Erlebte zu verarbeiten. Informationen über die Art und den Verlauf von Belastungsreaktionen vermitteln der betroffenen Frau ein Gefühl der Kontrolle, die Symptome erscheinen nicht mehr so fremd, erschreckend und bedrohlich.

Viele Frauen fühlen sich schuldig, überhaupt in eine solche Situation geraten zu sein und werfen sich vor, sie provoziert zu haben oder sie nicht durch ausreichende Gegenwehr verhindert zu haben. Gesellschaftliche Vorstellungen über Vergewaltigung bestärken diese Einstellungen. Die klare Botschaft, dass keine Frau selbst Schuld hat an einem sexuellen Übergriff, sondern dass die

Verantwortung dafür alleine beim Täter zu suchen ist, schafft Erleichterung ebenso wie das Benennen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und des Heranwachsens als Frau „in einer Kultur, die patriarchal organisiert ist und unter Macht-/Ohnmachtsbedingungen funktioniert“ (Winkler, 2002, S. 69). Diese parteiliche und politische Haltung stellt der verinnerlichten gesellschaftlichen Werthaltung eine frauen- und traumaspezifische Bewertung gegenüber und fördert das Vertrauen der Frau zu sich selbst und das Gefühl des Verstandenseins durch die Psychotherapeutin.

Vorhandene Ressourcen (re-)aktivieren

Um ausreichend Schutz zu gewährleisten, ist es notwendig, vom ersten Gespräch an gemeinsam mit der Frau innere und äußere Ressourcen, die sich in vergangenen belastenden Situationen als hilfreich erwiesen haben, zugänglich zu machen und neue zu eröffnen.

Wie ging die betroffene Frau bisher mit Krisen um? Kann sie irgendwie daraus schöpfen, um die aktuellen Erfahrungen zu verarbeiten? Was macht sie gerne? Kann sie auch trotz ihrer Ängste, Depressionen und Hilflosigkeitsgefühle etwas Gutes für sich tun (Musik hören, Tagebuch führen bzw. Gebete, Sport, Körperpflege, Handarbeiten/Bastelarbeiten ...)? Können Imaginationsübungen helfen, sich von der intensiven Erfahrung zu distanzieren? Die Traumatherapeutin Reddemann (2002) schlägt beispielsweise vor, der Schreckenswelt eine Gegenwelt gegenüberzustellen, bewusst an etwas Anderes zu denken, sei es ein blauer Himmel mit strahlender Sonne, die Erinnerung an den letzten Urlaub oder Ähnliches. Wichtig ist dabei nur, dass dieses Bild – im Unterschied zu den traumatischen Bildern – mit positiven Emotionen besetzt ist. „Wenn ein Gegenbild da ist, gibt es eine Wahl für mich. [...] Etwas machen zu können, nicht mehr ohnmächtig zu sein, ist eine sehr wichtige Erfahrung für Menschen, die extreme Ohnmacht und Hilflosigkeit erlebt haben“ (ebd., S. 30). Die Außenwelt ist nicht veränderbar, aber innere Veränderungen sind herbeiführbar. Nicht immer gelingt es, eine Gegenwelt zu schaffen, aber vielleicht ist es möglich, sich anders von den überwältigenden Gefühlen zu distanzieren, wie z. B. mit der Tresorübung. „Bei ihr geht es darum, etwas, was einen belastet, erst einmal wegzupacken. Da man aber weiß, dass man es doch noch einmal betrachten will, gibt man es in den Tresor. Dort ist es sicher aufbewahrt und kann so lange dort bleiben, bis man sich damit beschäftigen kann und will“ (ebd., S. 51).

Die Aktivierung und Förderung der inneren Ressourcen und das Vertrauen der Psychotherapeutin ins Selbsthilfepotenzial der Klientin geben Kraft und Mut. Sie tragen dazu bei, sich zumindest für eine Weile gut und nicht belastet zu fühlen, geben ein Stück Eigenverantwortung, Kontrolle, Selbstachtung und Selbstvertrauen zurück und verringern das Gefühl des absoluten Versagens.

Die äußeren Ressourcen sind in der akuten Krise von besonderer Bedeutung. Wie sehen die aktuellen Lebensbedingungen der Frau

aus? Lebt sie alleine? Gibt es Vertrauenspersonen? Ist es möglich, diese in die Krisenintervention einzubeziehen? Wo kann sie sich hinwenden, wenn sie sich niemandem aus ihrem sozialen Umfeld anvertrauen will oder es keine hilfreichen Vertrauenspersonen gibt? Ist sie arbeitsfähig oder braucht sie einen Krankenstand? Braucht sie Medikamente? Möchte sie den Täter anzeigen und wer kann sie dabei unterstützen? Kann sie sich das alles selbst organisieren oder braucht sie Hilfe dazu? Wenn ja, welche Art von Hilfe kann sie annehmen? Welche Ressourcen kann die Psychotherapeutin zur Verfügung stellen? Beispielsweise können Telefonzeiten vereinbart werden, zu denen sie sicher erreichbar ist, oder kürzere Abstände zwischen den Therapiestunden. Wenn medikamentöse Hilfe nötig ist, kann die Klientin an eine Psychiaterin vermittelt oder, wenn sie sich gar nicht mehr selbst versorgen kann, bei einer stationären Unterbringung unterstützt werden.

Außerhalb des psychotherapeutischen Kontakts sind der Frau ihre eigenen Ressourcen nicht immer sofort zugänglich. Um dem entgegenzuwirken, kann ein „Notfallplan“ (Reddemann, 2002, S. 28) erstellt werden. Auf einem einfachen Zettel wird schriftlich festgehalten, was jemals in schweren Lebenslagen geholfen hat. Diesen Zettel kann die betroffene Frau zu Hause an einer sichtbaren Stelle anbringen. Dadurch werden die Ressourcen noch einmal konkretisiert und stehen dann im Zustand des Gefühlschaos in ihrer Klarheit zur Verfügung. Die Dinge, die von der Klientin besonders hilfreich erlebt werden, stehen dabei in der Liste ganz oben. Telefonnummern von Einrichtungen, die rund um die Uhr erreichbar sind bzw. vom psychiatrischen Krankenhaus, und die mit der Psychotherapeutin vereinbarten Telefonzeiten sollen in diese Liste aufgenommen werden.

Suizidalität

Im Falle von Suizidgefährdung auf Seiten der Klientin fühlen sich Psychotherapeutinnen zumeist sehr belastet. Dies liegt einerseits am Druck, den Institutionen auferlegen, nämlich Suizidhandlungen von Klientinnen zu verhindern, andererseits an der eigenen Angst und Unsicherheit.

Erst wenn die Psychotherapeutin mit ihrem eigenen Erleben der Panik empathisch umgeht und sich selbst darin positiv beachtet, kann sie wieder wertschätzenden Kontakt zur Klientin herstellen und sich voll und ganz deren Erleben widmen. Dann kann das suizidale Erleben der Klientin angesprochen und ihm ausreichend Raum und Zeit gegeben werden (Fartacek, 1999; Sonneck, 2000; Reimer, 2000). Der Klientin wird vermittelt, dass auch diese Gefühle – selbst wenn sie sehr in Sorge versetzen und betroffen machen – als Reaktion auf ihr traumatisches Erleben ausgehalten, empathisch verstanden und angenommen werden. Rogers (1951a/1992, S. 59) selbst schreibt dazu: „Mir scheint, daß der Therapeut nur dann die große Stärke der Fähigkeit und Kapazität des Individuums zur

konstruktiven Handlung erkennt, wenn er voll und ganz einverstanden ist, daß *jede* Möglichkeit, *jede* Richtung gewählt wird. Wenn er damit einverstanden ist, daß unter Umständen auch der Tod gewählt wird, dann wird das Leben gewählt werden“. Rogers' Haltung betont die Bedeutung, beide Seiten, nämlich den Todeswunsch, in dem sich die Frau im Moment selbst ausschließlich erfährt, wie auch den Wunsch nach Leben positiv zu beachten und zu verstehen.

Lässt sich die Beunruhigung nicht beseitigen, weil kein Kontakt zu den Anteilen, die leben wollen, hergestellt werden kann, hat die unmittelbare Bedrohung des Lebens Priorität und es muss über den Willen der Klientin hinweg eine stationäre Unterbringung veranlasst werden. „Gemäß der personenzentrierten Sichtweise kann man nie Verantwortung *für* den Klienten ergreifen. Im Krisenfall liegt die besondere therapeutische Verantwortung darin, in der Beziehung zum Klienten sowohl für sich als Person als auch für sich in der Rolle als Therapeut die Verantwortung für das eigene Erleben zu übernehmen. Das eigene Erleben der Bedrohung, der Sorge, des Bedürfnisses nach Schutz und Sicherheit kann zu konkreten Verhaltensweisen führen, welche Grenzen des Klienten überschreiten. Der Klientenzentrierte Therapeut, der mit dem Klienten ins Spital fährt, tut das genau genommen nicht *für* den Klienten, sondern *für sich*, als Konsequenz *seines* Erlebens“ (Keil, 2002, S. 367).

Die Bedeutung der ‚Abwehr‘ verstehen

Die Abwehr der traumatischen Erfahrung ist für betroffene Frauen – sowohl während als auch unmittelbar nach dem Erlebnis – überlebenswichtig. Schutz und Stabilisierung stehen daher im Vordergrund der Begleitung von Frauen in der akuten Belastungsreaktion. Dazu kann es auch nötig sein, die Abwehr zunächst bewusst zu bewahren und sogar im Sinne der positiven Selbstbeachtung konstruktiv zu stützen und sich nicht vorschnell „auf die neblige Zone am Rande der Gewährwerdung“ (Rogers, 1977b, S. 24) zu beziehen. Begleitung von Frauen, die einen Teil ihrer Erlebnisinhalte durch Verzerrung, Verleugnung, Abspaltung oder Ähnliches abwehren und vom Bewusstsein fern halten, bedeutet, dem nachzugehen, was es so schwierig macht, dass die traumatische Erfahrung ins Selbstkonzept integrierbar wird, und dies positiv zu beachten (Finke, 2004). Das sind einerseits die häufig widersprüchlichen, das Selbstkonzept bedrohenden Gefühle, andererseits die individuellen Bewertungen und Bedeutungen einer Vergewaltigung und wie es dazu kommen bzw. mit welchem Verhalten frau eine solche getreu der gesellschaftlichen Vorstellungen vermeiden kann.

Frauen in ihrem persönlichen Ausdruck der Abwehr möglichst genau zu verstehen und unbedingt positiv zu beachten, ist elementar für die Integration der traumatischen Erfahrung. Dadurch wird sichtbar, was die Symbolisierung so schwierig macht bzw. auch verhindert. Erst dann, wenn sich die vergewaltigte Frau in ihrem Abwehrverhalten verstanden fühlt und sich selbst darin versteht,

kann sie sich ihrem traumatischen Erleben zuwenden. Vor allem in der Akutphase besteht die Gefahr einer Retraumatisierung, wenn zu früh an den Inhalten des Traumas gearbeitet wird (Herman, 2003; Reddemann, 2002).

Trauer und Neuorientierung

Die Trauer um das Verlorene ist der letzte Schritt im Verarbeitungsprozess. Dabei geht es um die Trauer über den Verlust der eigenen Grenzen, der Selbstbestimmung und Autonomie, der Sicherheit in Beziehungen zu anderen, des Gefühls der körperlichen Unversehrtheit und Integrität, des individuellen Wertesystems sowie des zursichhaltigen Blicks in die eigene Zukunft.

Sich dem Schmerz über das Verlorene in ihrem eigenen Tempo anzunähern, ihn auszudrücken und über die Verluste zu trauern, ist der „Anfang einer Entwicklung, an deren Ende es wieder möglich ist, sich als Person anzunehmen und zu lieben. Verarbeitung bedeutet, die Gefühle solange durchleben und bereden zu können, bis sie als integraler Bestandteil wahrgenommen werden. [...] Die Befreiung aus der Vergangenheit bringt die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Gegenwart wieder“ (Mörth, 1994, S. 172) und ermöglicht die Wiederaufnahme von Plänen für die Zukunft.

Schlussbemerkung

Die Verarbeitung der traumatischen Erfahrung ist gekennzeichnet durch ein Hin- und Herpendeln zwischen Erleichterung und erneutem Aufflackern der quälenden Gefühle. Um die Erfahrung der Vergewaltigung verarbeiten zu können, braucht die betroffene Frau Ansprechpersonen, die ohne Schuldzuweisungen und ohne moralisierende Einstellungen zuhören können, was geschehen ist, und sie in ihrem Erleben begleiten.

Der Personenzentrierte Ansatz bietet durch die Verwirklichung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen (Rogers, 1957a/1991) ideale Voraussetzungen, dass sich die betroffene Frau mit ihren Gefühlen von Selbstzweifel, Schuld, Scham, Angst, Erniedrigung, Demütigung, Verzweiflung, Ohnmacht und Hilflosigkeit möglichst angstfrei auseinandersetzen und in der Folge ihre akute Belastungsreaktion als sinnvolle und angemessene Antwort des Organismus anerkennen und verstehen kann. Dem Erleben von Frauen wird von der personenzentrierten Psychotherapeutin nichts hinzugefügt oder weggenommen; so, wie es ist, wird ihm empathisch, unbedingt positiv wertschätzend und kongruent begegnet und emotionale Resonanz entgegengebracht – im Vertrauen auf das „Potenzial zur selbstorganisierten Entwicklung in eine positive Richtung“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 133) im Sinne der Aktualisierungstendenz.

Diese personenzentrierte Haltung ermöglicht es, die akute Belastungs- oder Krisenreaktion – unabhängig davon, wodurch sie

ausgelöst wurde – „als in sich wertvoll zu verstehen. Damit werden Krisen zu einer Quelle, aus der von Gesellschaft und Kultur verletzte Personen die individuell besten Möglichkeiten für ihr Leben in dieser Welt entwickeln können“ (Keil, 2002, S. 375).

Abschließend soll erwähnt werden, dass die Begleitung von Personen in der akuten Belastungsreaktion auch von der Psychotherapeutin ein hohes Maß an Belastbarkeit erfordert und mit den eigenen Grenzen des Aushaltbaren konfrontiert. Die Arbeit mit

traumatisierten Personen sollte daher immer mit Unterstützung im Rahmen von Inter- und Supervision erfolgen (vgl. Brossi, 2006), sodass auch für das Erleben der Krisenbegleiterin unterstützende Ansprechpersonen gesichert sind. Darüber hinaus ist ein wohlwollender Umgang mit sich selbst und „Selbstfürsorge“ (Reddemann, 2005) außerhalb der beruflichen Tätigkeit von großer Bedeutung, um einem Burnout vorzubeugen.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1997). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 8. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person, 7, 2*, 128–134.
- Brossi, R. (2006). Krisenintervention. In: J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 373–391). Heidelberg: Springer.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer.
- Coffeng, T. (2002). Contact in the Therapy of Trauma and Dissociation. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and Perception* (pp. 153–167). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)* (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fartacek, R. (1999). Aspekte Klientenzentrierter Psychotherapie in der Psychiatrie am Beispiel einer stationären Krisenintervention. *Person, 3, 1*, 25–31.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Gaul, S. & Macke-Bruck, B. (2002). Gedanken zum Anspruch „Gegenwärtig zu Sein“. Die Vielfalt der Modelle in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Sicht von zwei Praktikerinnen. 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. 257–269). Köln: GwG-Verlag.
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie/Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-info, 61*, 51–62
- Herman, J. (2003). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2004). *Wege der Trauma-Behandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2*. Paderborn: Junfermann.
- Keil, S. (2002). Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 353–376). Wien: Springer.
- Mörth, G. (1994). *Schrei nach Innen. Vergewaltigung und das Leben danach*. Wien: Picus.
- Prouty, G., Pörtner, M. & Van Werde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2002). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (6. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2005). Selbstfürsorge. In O. F. Kernberg, B. Dulz, J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 563–568). Stuttgart: Schattauer.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997). Stabilisierung. Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1. Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 3*, 113–147.
- Reimer, C. (2000). Psychotherapeutischer Umgang mit suizidalen Patienten. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke, *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 577–595). Wien: Springer.
- Rogers, C. R. (1951a/1992). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer. (Orig. ersch. 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- 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. 165–185). Mainz: Grunewald. (Orig. ersch. 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21, 2*, 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-Verlag. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Eds.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill).
- Rogers, C. R. (1961a/1998). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Sachsse, U. (2003). Distress-Systeme des Menschen. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, 7*, 4–15.
- Schmid, P. F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centered therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and Perception* (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Schmid, P. F. (2002a). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Scholl-Kuhn, C. (1994). Die Verweigerung der Wahrnehmung von Vorhersehbarem. Theoretische Überlegungen zum Thema „Krisenintervention“ in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Personzentriert*, 1, 71–79.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Speierer, G. W. (1997). Personenzentrierte Krisenintervention. *Person*, 1, 1, 62–65.
- Speierer, G. W. (2002). Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 163–185). Wien: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien: Springer.
- van der Kolk, B., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Verlag Junfermann.
- Warner, M. (2001). Empathy, Relational Depth and Difficult Client Process. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 181–191). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Winkler, M. (2002). Das Private ist politisch. Aspekte Personenzentrierter Feministischer 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. 66–78). Köln: GwG-Verlag.

Autorin:

Monika Tuczai, 1969, Mag^a, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis in Wien. Mitglied der Sektion Forum der Arbeitsgemeinschaft personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG). Leitungsteam des Lehrgangs Psychotherapeutisches Propädeutikum der APG. Langjährige Tätigkeit in der Krisenbegleitung vergewaltigter Frauen in einer Beratungsstelle der Stadt Wien sowie in der Aids Hilfe Wien.

Korrespondenzadresse:

A-1170 Wien, Hormayrgasse 5/20

E-Mail: monika.tuczai@gmx.at

Homepage: www.psychotherapie-beratung.net

Susanne Vahrenkamp & Michael Behr

Der Innere Kritiker und der Innere Facilitator – Personzentriert-experienzielle Psychotherapie mit visualisierter Selbstkommunikation

Zusammenfassung: Die Sicht der Person hat sich verändert von einem einheitlichen zu einem pluralistischen Konzept des Selbst. So wurden in verschiedenen Ansätzen Konzepte für die therapeutische Arbeit mit Partial-Egos herausgearbeitet, insbesondere für selbst-entwertende kognitiv-emotional-motivationale Schemata. Das Stuttgarter Konzept für die Arbeit mit Partial-Egos (SKOPE) integriert bekannte personenzentrierte und prozess-experienzielle Strategien mit einigen weiteren Interventions-Ideen. Es will konstruktive Selbstkommunikation fördern. Dazu erweitert es das traditionelle gesprächspsychotherapeutische Vorgehen zu einer Rollenspielarbeit mit mehr als 2 Partial-Egos und es konzeptualisiert einen Inneren Facilitator. Dessen schrittweise Aktivierung ist insbesondere für Personen mit überschwemmenden Gefühlen und extrem dominierenden inneren Stimmen hilfreich. Das Manual führt Therapeuten durch die kritischen Phasen des Klienten-Prozesses: Voraussetzungen prüfen, Selbstberuhigung, Aufmerksam werden, Vorarbeiten, Differenzieren, Herausstellen von Partial-Egos, Grenzen klären, Dialoge modifizieren, Ausgleichen, Üben.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Innerer Kritiker, Selbstbewertungsprozess, Focusing

Abstract: The Inner Critic and the Inner Facilitator — Person-centered experiential psychotherapy via visualized selfcommunication. The view of the person has shifted from a unitary to a pluralistic conceptualization of the self. Thus concepts for therapeutic work with partial egos, especially with self-devaluing cognitive-emotional schemata, have been elaborated in a variety of approaches. The Stuttgart Conception for Work with Partial Egos (SCOPE) integrates well-known process-experiential strategies with some further ideas for interventions. It aims to facilitate constructive inner dialogues and therefore extends the application of basic client-centered counseling skills to work with more than two partial egos, and it conceptualizes an inner facilitator. A manual derived from supervision and therapeutic experience guides therapists through critical stages of the client's process, including assessing pre-requisites, calming down, becoming aware, differentiating, moving out partial egos, clarifying borders, modifying the dialogue and balancing. We also discuss types of clients who will benefit most.

Keywords: client-centered psychotherapy, inner critic, self valuing process, focusing

Destruktive Selbstkritik und Selbstabwertung, irrationale und unverhältnismäßig bedrückende Schuldgefühle sind wichtige Themen in fast allen Psychotherapien. Sie werden angesehen sowohl als Symptome psychischer Störungen, als auch als blockierende Prozesse in der psychotherapeutischen Arbeit. Die Tatsache, dass Schuldgefühle und negative Selbsteinschätzung als psychotherapeutische statt religiöse Probleme bewertet werden und Psychotherapeuten statt Priester auf den Plan rufen, hängt eng zusammen mit der Entstehung und Entwicklung der Psychotherapie und ist Teil des Wandels von traditionellen zu modernen Gesellschaften.

- Sowohl kognitive wie personenzentrierte psychotherapeutische Ansätze behandeln destruktive, abwertende innere Stimmen oder Gedanken. Klassisch kognitive Ansätze zielen auf eine rationale und realistische Selbstkritik, personenzentrierte Ansätze auf eine konstruktive Selbstkommunikation zwischen der

Stimme der Selbstkritik und ihrer blockierten Gegenstimme, die häufig Inneres Kind genannt wird.

- Allerdings unterscheiden sich auch die personenzentrierten Ansätze untereinander. Man kann deren Entwicklung verstehen als eine zunehmende Integration des „Inneren Kritikers“. An deren Beginn steht die Aufforderung „Bring den Inneren Kritiker zum Schweigen“ an deren Ende „Verstehe und moderiere den Inneren Kritiker als eine wichtige Stimme in einer Gruppe von Stimmen“.
- Bei komplizierten Patienten¹ kann ein innerer Konflikt zur Dominanz einer Konfliktseite führen und damit zur Rigidität,

¹ Auch wenn wir, weil es etwas flüssiger lesbarer ist, von Klient, Kritiker, Therapeut schreiben, meinen wir natürlich ebenso Klientinnen, Therapeutinnen, Kritikerinnen.

zu überschwemmenden Gefühlen, Gefühlen der Lähmung und großer Hilflosigkeit, zu einem Zustand in dem viele psychische Funktionen nicht mehr verfügbar sind. Wir sehen die Ursachen dieses inneren Konfliktes seltener in Interessensgegensätzen wie sie Introjekte nahelegen, sondern sehr oft im Nichtverstehen lebensgeschichtlich alter „Überlebensprogramme“. Gefragt ist bei Nichtverstehen *klärende* Moderation, weniger Disziplinierung.

Der Kern unserer therapeutischen Arbeit besteht darin, eine solche moderierende Funktion als Ressource des Klienten systematisch und schrittweise zu aktivieren. Dazu helfen wir dem Klienten, diese Funktion als eine innere Figur zu symbolisieren, die wir „Inneren Facilitator“ nennen. Diese Arbeit mit destruktiven, dominierenden inneren Stimmen stellen wir anhand des Stuttgarter Konzepts für die szenische Arbeit mit Partial-Egos (SKOPE) vor. SKOPE integriert viele bekannte Techniken und erweitert sie auf einer personenzentrierten Basis. Damit ist eine Art Manual entstanden, das Vorschläge für die Überwindung kritischer Situationen dieser Rollenspiel-Arbeit macht. Wir sind allerdings davon überzeugt, dass nicht jeder Therapeut und nicht jeder Patient mit dieser Methode arbeiten muss, sie ist lediglich ein Angebot.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1 Von einem holistischen zu einem pluralistischen Konzept des Selbst

Die Suche nach einem so genannten „wahren Selbst“ hat Therapeuten und Klienten stets fasziniert. Auf dem Boden der Narzissmustheorie wird so das Modell eines konsistenten Selbst favorisiert, das möglichst zu entdecken wäre. Obwohl Rogers' Selbsttheorie gleichfalls als holistisch angesehen werden kann, betont er darüber hinausgehend bereits die Dynamik und die fortwährenden Änderungsprozesse innerhalb des Selbst (1959a, 1963c). Sie sind das Entscheidende: nicht ein verstecktes „wahres“ Selbst gilt es zu entdecken, sondern ständige Veränderungen und Entwicklungen im Selbst als „way of being“ zu leben. Viele Psychotherapiekonzepte der folgenden Dekaden bevorzugten demzufolge eine Perspektive, die auf Teile des Selbst und auf die interaktionelle Dynamik dieser Teile fokussiert. Perls, Hefferline und Goodman (1951) entwarfen eine dramatisierte Selbstkonversation in dem berühmten Dialog zwischen Topdog und Underdog, Satir beschrieb eine innere Bühne (1978). Weitere praktisch bedeutsame Theorien sind die Transaktionsanalyse mit ihrer Identifikation von Ich-Zuständen (Berne, 1961), die Systemischen Ansätze mit ihrer Idee von Quasi-Familienmitgliedern als Sub-Selbste oder Teile innerhalb der Person (Gaylin, 2001; Schwartz, 1997); auch einige Aspekte der Objekt-Beziehungs-Theorie sind hier zu nennen. Stern (1986)

verwarf die holistische Selbsttheorie aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive und mittels ganzer Kataloge von empirischer Forschung. Er entwarf ein hierarchisches Modell verschiedener Arten von Selbsterfahrung, welches das Selbst ansieht als Cluster von Schemata ähnlich dem Konzept der Arbeitsmodelle in der Bindungstheorie.

Neuere Entwicklungen der personenzentrierten und experienziellen Theorien des Selbst korrespondieren gleichfalls mit der Schematheorie und gründen auf einem elaborierten allgemeinpsychologischen Modell. Wenn Greenberg et al. mit den 2 Stühlen oder mit dem Inneren Kritiker arbeiten (Greenberg, Rice and Elliott, 1993, S. 254), gehen sie von zwei Gruppen konfligierender emotionaler Schemata aus: einerseits jenen, die „gesellschaftliche Sollensforderungen repräsentieren, und andererseits jenen, die organismische Gefühle und Bedürfnisse bewahren“. Mearns und Thorne (2000) nennen die Teile des Selbst „configurations“ und meinen damit „ein kohärentes Muster von Gefühlen, Gedanken und bevorzugten Verhaltensweisen“ (S. 102; siehe auch Mearns, 2002). Eine der Stärken ihrer Theorie ist, dass sie unmittelbare Konsequenzen für Beratungsstrategien vorzeichnet und so bedeutende Entwicklungen der personenzentrierten Selbsttheorie mit einem innovativen Modell für die therapeutische Arbeit verbindet.

1.2 Innere Stimmen oder Partial-Egos als Ausdruck von Schemata

Sowohl in den Selbst-Theorien wie in der therapeutischen Praxis wird die Konzeption von partial egos, ego-parts, inner voices, parts, self-objects, subselves, configurations in breiter Übereinstimmung als hilfreich angesehen. Gendlin beschreibt innerhalb der experienziellen und personenzentrierten Ansätze als erster den Inneren Kritiker als rigide, abwertende innere Stimme (Gendlin, 1981; 1996). Wir folgen in unserem Verständnis vom Inneren Kritiker der Auffassung von Greenberg, Rice und Elliott (Greenberg et al., 1993; 2003), die von emotionalen Schemata ausgehen (zum Begriff „Schema“ vgl. Greenberg et al., 2003, S. 86–88). Elliott (1999, S. 205) betrachtet bei emotionalen Schemata kognitive, körperliche, motivationale und verhaltensbezogene Komponenten. (Vgl. auch M. Leijssen zit. n. Elliott, 1999). Der Grad der Symbolisierung und die Gestalt dieser komplexen Schemata sind fließend und verändern sich als Konsequenz des experienziellen Prozesses. Stinckens et al. (2002c) beschreiben an Hand einer systematischen Fallanalyse die Veränderungen des Inneren Kritikers im Verlauf einer erfolgreichen Therapie.

Die Schemata werden im Verlauf der therapeutischen Arbeit durch Metaphern erweitert. Diese Metaphern sind in der Regel vom Klienten gefundene, visuell, akustisch und kinästhetisch repräsentierte Stimmen oder Figuren.

1.3 Was wir unter einem Inneren Kritiker oder einem Inneren Kind verstehen

Wir sprechen zwar der Einfachheit halber vom Inneren Kritiker. Wir meinen mit diesem Begriff das, was ein Klient selbst als innere kritische, dominierende, vehemente, drängende und selbstabwertende Stimme, Gedanken und Gefühle erlebt. Diese Stimme oder diese Gedanken fassen wir als Komponenten eines entsprechenden emotional/motivational/kognitiven Schemas auf. Dabei gehen wir von dem modalen Schema-Konzept der Neo-Piagetaner aus (Greenberg, 2003).

Im Verlauf des therapeutischen Rollenspiels erfüllt der Klient diese Stimmen mit eigenem Leben und erfährt dadurch unmittelbar, dass er selbst sie verändern kann und dass er im „Als ob“ des Spieles etwas über das Spiel hinaus verändert: immer dann, wenn die therapeutische Arbeit erfolgreich war, ist er sich sicher, dass er seine Handlungsbereitschaft, also ein wesentliches Element des Schemas, geändert hat. Wenn wir im folgenden Text z. B. schreiben, der Innere Kritiker oder das Innere Kind „macht“, „fühlt“ etc., so beziehen wir uns auf die Spielebene, dieses „Als ob“ und seine Wirkungen.

Wir gehen weiterhin davon aus, dass – wenn ein Klient eine kritische destruktive innere Stimme oder einen solchen Gedanken als Inneren Kritiker erlebt – über kurz oder lang ein oder mehrere Gegenüber zu dieser Figur auftauchen, sofern hierfür „Platz“ geschaffen wird. Diese Gegenspieler werden oft als Inneres Kind bezeichnet, sie können aber ebenso wie der Innere Kritiker als ganz andere Gestalten auftauchen. So wie der Innere Kritiker z. B. als „böse Gouvernante“, „gemeiner, besserwisserischer Diktator“, „strenger Lehrer“ erscheint, kann das so genannte Innere Kind als ängstliches oder verletztes kleines Mädchen, als trotziger, verstockter, verzweifelter kleiner Junge, als kleiner Kobold, als unbeschwertes, fröhliches Mädchen, als unersättliches Riesenbaby u. ä. erscheinen. Die „Gegenspieler“ tauchen nach denselben Gesetzmäßigkeiten auf, wie sich *komplementäre Rollen* in einer Kleingruppe, in einem Team oder in einem spontanen Theaterspiel entwickeln.

Wir reden oft von Partial-Egos, inneren Figuren oder inneren Stimmen, sind uns aber bewusst, dass zumindest zu Beginn der Arbeit diese meist nicht als Figuren oder Stimmen repräsentiert werden. Typischerweise wird der Innere Kritiker als innere Stimme erlebt, das depressive Innere Kind eher als Gefühl und Gefühlsausdruck in Mimik und Körperhaltung. Besonders wichtig ist uns, dass diese inneren Figuren aktuell erlebt werden und dabei sich ständig ändern können (Stinckens et al., 2002c). Wenn bestimmte Figuren über längere Zeit unverändert auftauchen, kann dies auf Rigidität hinweisen und ist eher beunruhigend. Deswegen ist unser therapeutisches Anliegen, auf die verbalen und nonverbalen Elemente dieser Ego-Parts aufmerksam zu achten und diesen von Augenblick zu Augenblick empathisch und differenziert zu begegnen. Patienten werden dabei aber nicht mit einem theoretischen Konzept eines Inneren Kritikers oder Inneren Kindes konfrontiert, etwa indem wir ihn

nach „seinem Inneren Kind“ oder „seinem Inneren Kritiker“ befragen. Um übersichtlich zu sein, benutzen wir hier für entsprechende Partial-Egos zwar Begriffe wie Innerer Kritiker, Inneres Kind, in der praktischen Arbeit verwenden wir nur die Bezeichnungen, mit denen die Klienten selbst ihre Ego-Parts charakterisieren.

Psychoanalytisch orientierte Autoren sehen diese inneren Stimmen oft an als Repräsentanten von Introjekten wichtiger Bezugspersonen, bei traumatisierten Personen können es Täterintrojekte sein. Von solchen Introjekten zu unterscheiden sind innere Stimmen, in denen der Klient *nicht die Motivation des Täters* erlebt (wie etwa sadistische Befriedigung), sondern z. B. die *Motivation des Klienten* sich zu schützen durch Gehorsam gegenüber dem übermächtigen Täter. Wir halten beides für möglich, auch innerhalb einer Person, und sogar unklare Übergänge, also Trübung zwischen beiden Phänomenen. Letzteres wäre der Fall, wenn der Klient eine der Tätermotivation ähnliche Motivation hat, wie an der Macht teilzuhaben.

Auch bei Klienten, welche nicht misshandelt wurden, erscheinen nach unseren Erfahrungen innere kritische Stimmen, welche an einen sehr aggressiven oder verächtlichen Elternteil erinnern; oft erscheint den Klienten diese Stimme archaischer, rigider, strenger und aggressiver als die eigenen Eltern in Erinnerung sind. Diese Partial-Egos wirken eher wie Kinder, die eine strenge, strafende Instanz spielen, etwa wie eine Puppenmutter, die mit ihrer Puppe schimpft. Eine mögliche Erklärung ist, dass diese Stimmen Ausdruck kindlicher „Notfallpläne“, alter Überlebensstrategien, alter Skripte, Mythen aus überfordernden Situationen sind, welche besonders in Extremstresssituationen aktiviert werden (vgl. Kap. 2.2.2.). Die Ziele dieser Pläne müssen natürlich anerkannt werden im Gegensatz zu den Zielen der Täterintrojekte.

Der Umgang mit Partial-Egos geht in der Regel von einer blockierenden, dominierenden Stimme aus, welche die anderen Stimmen sozusagen an die Wand drückt und den Klienten damit von wichtigen Ressourcen abschneidet. Diese dominierende Stimme kann auch die eines „inneren Antreibers“ oder eines „Riesenbabys“ oder einer anderen Figur sein. Wir wählen für die folgenden Ausführungen den Inneren Kritiker als Beispiel, da dieses Konzept in der personenzentrierten Literatur eine exponierte Stellung hat.

2. Der Umgang mit dem Inneren Kritiker in Kognitiv-Behavioraler und in Personenzentrierter Psychotherapie

Auch wenn derartige innere kritische Stimmen in sehr vielen therapeutischen Ansätzen „behandelt“ werden, so ist der Umgang mit ihnen sehr verschieden. Er reicht vom Korrigieren über Ausblenden bis zum tieferen Verständnis der zugrundeliegenden Motivation.

2.1 „Klassisch“ kognitiv orientierte Ansätze: „Zeige dem IC, wie er realistisch und logisch denken kann!“

Angemessene wie unangemessene Schuldgefühle werden in der Alltagssprache ebenso wie in der Psychologie als eine Art innerer Dialog verstanden: In der Alltagssprache folgt der *Stimme* des Gewissens das *Schuldgefühl*. Ähnliches wird in der kognitiven Therapie nachgebildet, wenn auf negative Kognitionen wie z. B. „Natürlich hast du dich mal wieder dämlich angestellt“ ein negatives depressives Gefühl wie Niedergeschlagenheit oder Verzagttheit folgt. In der klassischen Kognitiv-Behavioralen Therapie wird eine destruktive Selbstkritik als irrationaler, dysfunktionaler, automatischer Gedanke aufgefasst, z. B. in der Spalten-Technik (Beck et al., 1999, S. 206f).

In vielen humanistischen Therapien entsprechen die negativen Gedanken der Stimme des Inneren Kritikers, und die depressiven Gefühle entsprechen einem verletzten kindlichen Ich.

Dies wird in Tabelle 1 demonstriert.

Tab. 1: Grundmodell der Kognitiv-Behavioralen Therapie:

<i>negative Kognitionen</i>	<i>sind verbunden mit negativen Emotionen</i>
wie irrationale, selbstabwertende, automatische Gedanken, z. B.: „Natürlich hast du dich wieder dämlich angestellt.“	wie Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, sich über- mäßig schuldig fühlen
<i>Alltagssprache:</i>	
„Stimme des Gewissens“	„Schuldgefühl“
<i>Selbst-Konfigurationen:</i>	
Innerer Kritiker	Inneres Kind

2.2 Der Personzentrierte Ansatz als Erweiterung des kognitiven Modells um implizites emotionales, motivationales und kognitives Erleben.

Wenn wir den Patienten, der zu sich selbst sagt „Natürlich hast du dich wieder dämlich angestellt“, genau beobachten, können wir wahrscheinlich feststellen, dass die dysfunktionalen Kognitionen von einer Reihe weiterer Reaktionen begleitet werden, z. B. von einem genervten, gereizten Tonfall, von einem Gesichtsausdruck, den wir als angespannt und vielleicht etwas verächtlich interpretieren, einer angedeuteten Geste, die wie ein erhobener Zeigefinger aussieht oder wie ein angedeutetes sich selbst Schlagen. Es kann allerdings auch sein, dass der Patient eher zusammen gesunken sitzt, nach unten guckt, eher einen schuldbewussten als einen ungeduldig, genervten Ausdruck vermittelt.

Im ersten Fall erscheint der Patient eher wie eine *kritisierende* Person, im zweiten Fall wie eine *kritisierte* Person. Oft wechselt der

Ausdruck des Patienten im Verlauf eines Gespräches von einem zum anderen emotionalen Ausdruck.

Tabelle 2 zeigt, wie man das Schema der kognitiven Therapie dementsprechend erweitern kann. Man gelangt dadurch zum Modell der personzentrierten Arbeit mit dem Kritiker:

Tab. 2: Arbeit mit Partial-Egos in Erweiterung des kognitiven Modells um implizites emotionales und kognitives Erleben.

Ebene des Erlebens	Kritisierendes Partial-Ego <i>(Innerer Kritiker)</i>	Wechselwirkungen	Kritisiertes Partial-Ego <i>(Inneres Kind)</i>
kognitiv	irrationale, selbstabwertende, automatische Gedanken, z. B.: „Natürlich hast du dich wieder dämlich angestellt.“ *	↔	Verwirrung, Unklarheit unklare Gedanken oder bedrückte, eher leise Gedanken wie: „Ich bin auch doof.“
emotional	Gefühl der Verachtung und Ungeduld	←	Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Bedrücktheit
körperl. Ausdruck	Geste: erhobener Zeigefinger; Mimik: Verachtung; Tonfall: laut, genervt, ungeduldig; Körperhaltung: aufrecht, gespannt;		Mimik: bedrückt; Tonfall: leise, monoton, verzagt; zusammengesunkene Körperhaltung; verstört

*) eher bewusste Erlebensanteile sind fett gedruckt.

Neben dem expliziten Erleben, mit dem die kognitive Therapie arbeitet (auf sich selbst kritisieren folgt sich selbst kritisiert fühlen), werden weitere, weniger explizite Erlebensweisen deutlich. Wenn der Patient ärgerlich, ungeduldig, verächtlich redet, so sind ihm diese Emotionen in der Regel wenig bewusst. Er ist blind für die Art und Weise, in der er mit sich spricht, d. h. er ist blind für den Beziehungsaspekt seiner Selbstkommunikation: was er zu sich selbst sagt, ist ihm zugänglich, aber wie er es zu sich sagt, merkt er nicht. So erkennt er auch nicht, dass seine Art der Selbstkommunikation destruktiv ist und dass er so einen dysfunktionalen Kreislauf aufrechterhält.

Das depressive Erleben, das auf diese Selbstabwertung folgt oder mit ihr einhergeht, hat ebenfalls neben den im Bewusstseinsvordergrund stehenden depressiven Gefühlen eine weniger beachtete Seite – diese ist eher *kognitiv*, z. B. „na klar, ich bin halt doof“ oder Gedanken wie „ich weiß einfach nicht weiter“. Diese diffusen, hilflos-verwirrten Gedanken sind undeutlich.

2.3 Die motivationale Seite des Inneren Kritikers

Neben diesen emotionalen und kognitiven Komponenten sind es aber vor allem die gleichfalls wenig beachteten motivationalen Aspekte die aus personenzentrierter Sicht interessieren. Die Stimme des

Inneren Kritikers wird von Personzentrierten Therapeuten nicht nur als selbstabwertend sondern außerdem als vehement und rigide beschrieben (Vgl. Stinckens et al., 2002b, p. 43; Vahrenkamp & Behr, 2004, p. 231f). Diese Vehemenz, diese drängende, aufgebrauchte, aufgeregte Art weist auf für die Person wichtige Motive hin, zeigt, dass dieser kritisierende Ego-Part durch wesentliche Motive bestimmt ist. Die personzentriert-experienzielle Vorgehensweise fokussiert gerade auf diesen inneren Bezugsrahmen des Klienten und ihr Zugang ist der emotionale Ausdruck. Wenn diese Motive verstanden und gewürdigt werden, wird der Klient ruhiger, weniger defensiv und Änderungen gegenüber zugänglicher. So kann er, statt sich wegen Faulheit zu beschimpfen, seine Lernmethoden verbessern. Ein von Akzeptanz geprägtes Verständnis auch für diese mit dem Inneren Kritiker verbundenen Motive ist also meistens (aber nicht immer, s. u.) die Grundlage der personzentrierten Ansätze. Die dadurch geförderte Selbstexploration ist hilfreich, weil diese impliziten, mit „alten“ dysfunktionalen Überzeugungen verbundenen Motive nicht ohne weiteres abfragbar sind. Kompliziertere Klienten der Alltagspraxis haben oft wenig Zugang zu ihren Leitmotiven (Adler, 1920), Lebensskripten (Berne, 1961), irrational beliefs (Ellis, 1962; Beck, 1967), Mythen (Swildens, 1991, S. 19) oder early maladaptive schemas (Young, 1994). Vgl. dazu Kap. 3.2. dieses Beitrags.

Wenn in der kognitiven bzw. inhaltlich orientierten Therapie die Selbstkommunikation des Inneren Kritikers zunächst ohne Berücksichtigung der wenig bewussten, impliziten Motivation grundlegend korrigiert wird, kann es zu defensiven Reaktionen kommen: der Patient entwickelt „Widerstand“, es mangelt an compliance, in derartigen Fällen fühlt sich der Patient trotz erster Erfolge diffus unwohl, geht in eine „ja aber“ Position oder er versteht selbst nicht, warum er so „negativ“ denkt (KL: „Ich bin zu blöd, um positiv zu denken!“). Im inneren Dialog wird dann oft deutlich, dass der Innere Kritiker „befürchtet“, dass die logischen, realistischen, funktionalen Kognitionen nicht zu seinen impliziten Zielen führen. Auch kognitive Therapeuten führen diese Klärung der Ziele/Motive durch (vgl. Beck & Freeman, S. 268), wenn sie z. B. vorschlagen, mit dem Patienten „die Nachteile der Zielerreichung eingehend zu untersuchen“ (ebd., S. 267) oder wenn sie direkt einen Wechsel zu humanistischen Methoden vorschlagen: „Bei vielen Achse-I-Patienten reichen die bisher vorgestellten ‚rationalen‘ oder ‚intellektuellen‘ Techniken zur Veränderung von Grundannahmen aus. Andere brauchen auch spezielle ‚emotionale‘ oder Erlebnis-Methoden, die ihre Affekte ansprechen.“ (Beck, 1999, S. 188).

In diese Richtung bewegt sich auch die Schematherapie von Young (1994, S. 84). Sie enthält viele humanistische Ansätze, Grawe weist jedoch darauf hin, dass Young in seinem *therapeutischen Vorgehen* an seinem ursprünglich kognitiv-behavioralen therapeutischen Ansatz orientiert bleibt. „Wir haben eine kognitiv-behaviorale Konsequenz aus dem schematheoretischen Ansatz (Goldfried & Robins,

1983; Safran & Safran 1990; Young, 1994), eine humanistische Konsequenz (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Sachse, 1996) und eine psychodynamische Konsequenz (M. Horowitz, 1988a; L. Horowitz 1994).“ (Grawe, 1997, S.113). Dem entspricht zumindest, dass Young sehr an der Veränderung der Inhalte der inneren Dialoge orientiert ist und in vielen Beispielen inhaltlich-direktiv und weniger prozess-direktiv ist. Greenberg et al. (1998) und Kellog (2004) charakterisieren das therapeutische Vorgehen im Personzentrierten/Experienziellen Ansatz als „*facilitating*“, in dem Kognitiv-Behavioralen Ansatz als „*modifying*“.

Young ist überzeugt davon, dass besonders beschädigte Personen zu wenig gesunde Schemata haben und deswegen facilitating nicht ausreicht und inhaltliches Eingreifen des Therapeuten durch modifying in einer korrigierenden und konfrontierenden Weise notwendig ist. Man kann jedoch die prozess-direktive Vorgehensweise auch als eher ressourcenorientiert verstehen und sie gerade für Klienten mit stark selbstabwertenden, destruktiven Schemata auswählen. Die personzentrierten Ansätze könnten also besonders bei vehementer, rigider destruktiver Selbstkritik, bei der implizite Motive die inhaltliche Therapie blockieren, eine interessante Alternative zu den sicherlich sehr erfolgreichen kognitiv-behavioralen Ansätzen sein.

3. Verschiedene Möglichkeiten der personzentriert-experienziellen Arbeit mit Partial-Egos

Neben diesen Unterschieden zu kognitiven therapeutischen Ansätzen wurden auch innerhalb der personzentrierten und experienziellen Welt sehr gegensätzliche Standpunkte zum Verständnis und Umgang mit rigider Selbstkritik formuliert. Die Standpunkte reichen von: „Bring den IC (inner critic) zum Schweigen“ bis zu „Verstehe und integriere den IC“ (Stinckens, Lietaer and Leissen, 2002a; 2002b).

3.1 Bring den IC zum Schweigen und achte auf das, was er unterdrückt

Rogers sah rigide Selbstkritik, wie sie in der Stimme des Inneren Kritikers erscheint, als Symbolisierung des Selbstkonzeptes an, das nicht begründet ist im organismischen Erleben. Der Innere Kritiker entspricht dem Teil des Selbstkonzeptes, der durch *conditions of worth* entsteht (Stinckens et al., 2002b, p. 43). So fassen Stinckens et al. (ebd.) das rigide Selbstkonzept „als Wiege“ des Inneren Kritikers auf. In früheren personzentrierten und experienziellen Arbeiten wurde dementsprechend versucht, diesen als schädlich angesehenen inkongruenten Teil des Selbstkonzeptes direkt oder indirekt zu überwinden.

3.1.1 Bringe den IC direkt zum Schweigen, indem du ihn offen bekämpfst

Gendlin ist vielleicht der Autor, der uns am deutlichsten gezeigt hat, dass man mit dem IC nicht nach einem Schema, sondern sehr flexibel, entsprechend den jeweiligen therapeutischen Erfordernissen, umgehen kann. So sah Gendlin bereits früh sozial vermittelte Werte nicht als grundsätzlich dysfunktional für die persönliche Entwicklung an. Im negativsten Fall jedoch besteht – seiner Meinung nach – Selbstkritik in introjierten und unreflektierten Werten, die von Verwirrung, Leugnung und Konflikten begleitet werden, und er betont, dass diese den therapeutischen Prozess massiv stören. Um den Patienten von solcher Blockierung zu befreien, besteht eine seiner Vorgehensweisen darin, den Inneren Kritiker wegzuschicken, z. B. indem er ihn lächerlich macht: „Ich sag dann zu meinem Kritiker, o. k. ich weiß schon, was du sagen willst, ich kenn das schon!“ (Situation in einem Workshop, als der IC die therapeutische Arbeit attackierte.)

3.1.2 Bring den IC indirekt zum Verblassen: akzeptiere ihn zunächst, aber lenke die Aufmerksamkeit dann von ihm ab

Im Gegensatz zum Wegschicken besteht die grundlegende personzentrierte Haltung darin, alle Aspekte des Selbst zu akzeptieren, einschließlich der destruktiven inneren Stimmen. Diese werden bei dieser Vorgehensweise zwar zunächst akzeptiert, aber erstaunlicherweise so, dass der Klient selbst sie zum Verschwinden bringt und so die Blockierung aufgehoben wird. Wie geschieht dies? Wie des öfteren in der Klientenzentrierten Psychotherapie zwar indirekt, aber durchaus direktiv: der Therapeut akzeptiert zunächst die Stimme des Inneren Kritikers, um dann die Aufmerksamkeit ganz auf das organismische Erleben zu lenken. Gundrum, Lietaer & Heesmatthijssen (1999) beschreiben eine bestimmte Vorgehensweise von Rogers in einem frühen Video und nannten diese „protective reflection“. In dem Video spiegelt Rogers zunächst die destruktive Selbstkritik, um dann unmittelbar darauf sich auf das abgespaltene Erleben zu konzentrieren, das anscheinend durch die kritische Stimme unterdrückt wurde. In diesen Sequenzen wird durch die Auswahl und Betonung des Therapeuten das ‚experiencing self‘ auf Kosten des Inneren Kritikers unterstützt.

Cl.: I don't like that I feel so impatient about women.

Rogers: And I guess your first reaction is „And I really shouldn't dislike women“, but (...) *you feel* * ...“ugh“!‘.

An einer anderen Stelle sagt Rogers:

„But even though it's factually impossible, *the feeling** was ...“

* Von den Autoren gesperrt gedruckt (Gundrum et al., 1999).

Auch in Gendlins Arbeiten findet sich oft diese Methode, den Kritiker zu umgehen, indem die Aufmerksamkeit von ihm abgezogen

wird und das entgegengesetzte Empfinden betont wird (Gendlin, 1996, p 247):

Cl: I feel ... (a few words about feeling) ... But that's just stupid (or lazy, selfish etc.) because ...

Th: Something attacks you there and says it's stupid, *but you were feeling** ... (I reflect what was said about the feeling.)

* Vom Autor gesperrt gedruckt.

Greenberg and Paivio (1997) haben dasselbe Ziel, wenn sie die gesünderen Selbst-Schemata aktivieren und die schlecht angepassten Schemata neutralisieren – auch wenn sie andere Techniken verwenden.

3.2 Verstehe, was der IC erreichen will und erkenne seine Aufgaben an (Integration sozialer Normen)

Eine Erweiterung des rogerianischen Konzeptes besteht in der positiven Bewertung sozial vermittelter Normen (Gendlin, 1996; Greenberg et al., 1993; Mearns & Thorne, 2000; Stinckens et al., 2002b). Für die Arbeit mit dem Kritiker bedeutet dies eine radikale Wendung. Auch wenn man annimmt, dass der Innere Kritiker rigide und schlecht angepasste Normen enthält, so können diese doch verbunden sein mit wertvollen Motiven zur Übernahme sozialer Normen. Zum Beispiel, wenn der Kritiker fordert „sei hart, ignoriere Schmerz!“ kann diese Forderung aus dem Wunsch des Klienten entstanden sein, zu einer Peergruppe zu gehören. Es ist oft sehr hilfreich, wenn dieser Wunsch, der ja weiterhin wichtig für den Klienten ist, zunächst identifiziert und akzeptiert wird, bevor er mit widersprechenden Stimmen konfrontiert wird. Diese Akzeptanz für wichtige Aspekte der destruktiven Ego-Parts führt zu frappierenden Wendungen im therapeutischen Spiel: der zunächst um Vorherrschaft kämpfende Kritiker zeigt dadurch oft völlig andere Seiten, er zeigt sich weniger bedroht, er wird nachdenklicher, offener, versöhnlicher. Greenberg et al. (1993, S. 263) stellen fest, dass „die Position der Kritik ... abgemildert wird“, wenn ein Teil des Selbst „die Angst vor Vernichtung eines kontrollierenden Teilaspekts anerkennt und der diesen Teil auf irgendeine Weise zu beruhigen versucht“. Dann beginnt durch diese Erweiterung der Klient seine eigenen Normen auch vom Standpunkt des Kritikers aus zu klären (S. 262).

3.3 Verstehe den IC als eine dominierende Stimme in einer Gruppe von Stimmen (Pluralistisches Selbst)

Eine zweite wesentliche Erweiterung des Personzentrierten Ansatzes, die Auffassung des Selbst als pluralistisch (self pluralism), hat ebenfalls bedeutende Konsequenzen für die Auffassung des Kritikers: er wird gesehen als eine von vielen verschiedenen Stimmen innerhalb einer Familie von Stimmen (Mearns & Thorne, 2000). Mit dieser Entwicklung wird vor allem die dysfunktionale Interaktion

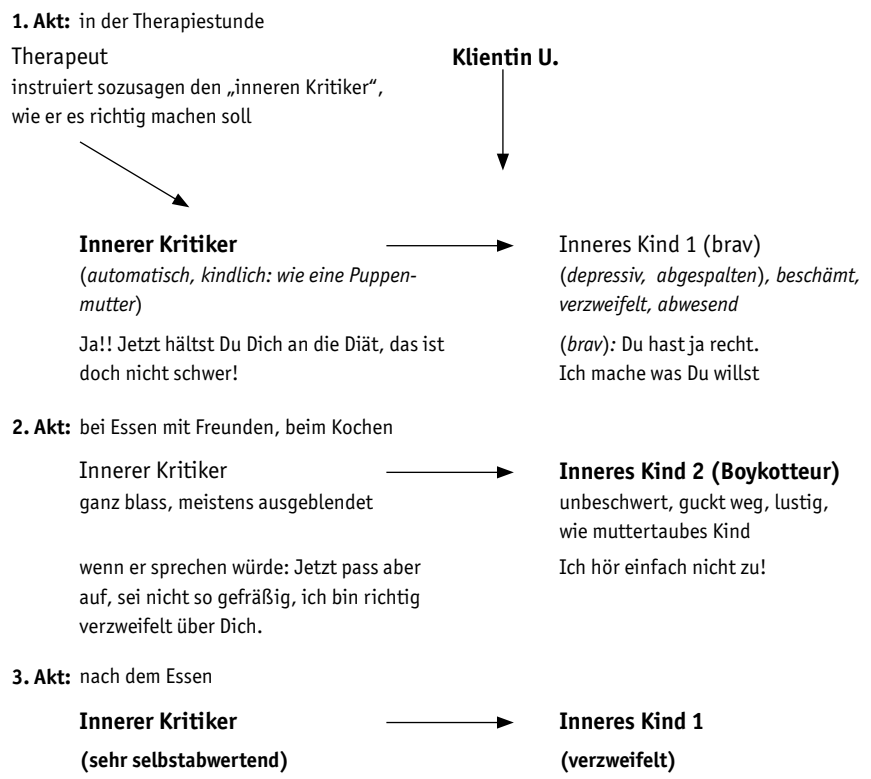
zwischen den unterschiedlichen Ego-Parts als Störung identifiziert und in der Therapie geht es jetzt vor allem darum, diese Interaktion zu verbessern.

Viele, aber nicht alle Autoren dieser Richtung (vgl. Mearns & Thorne, p. 107) glauben, dass die Optimierung dieser Integration durch einen integrierenden Ego-Part z. B. einem so genannten „binding agent“ besonders gefördert wird. Wir werden diese Funktion „**Innerer Facilitator**“ nennen.

4. Der Innere Facilitator

Eine Reihe von Autoren weisen darauf hin, dass ein sehr dominanter Kritiker die Struktur des Selbst mehr oder weniger beschädigt, wenn er die integrierenden Funktionen des „binding-agent“ oder vermittelnder Ego-Parts übernimmt. Andere beschreiben, dass der Innere Kritiker mit der integrierenden Funktion verschmelzen kann. Durch diese Dominanz oder Verschmelzung können im Extrem viele Einzelfunktionen des integrierenden Ichs verlorengehen, sie werden ersetzt durch einen rigiden, autoritären Kritiker. In einem solchen Fall reicht es auch nicht aus, diesen zu bekämpfen oder ihn zu verändern. Es muss die Funktion des integrierenden Ichs rekonstruiert werden (Greenberg & Van Balen, 1998). Nach Stinckens et al. (2002b) durchdringt der Innere Kritiker mehr oder weniger die anderen Aspekte des Selbst, und je mehr er darin fortschreitet, umso stärker wird der Bewertungs- und Anpassungsprozess gestört. Entsprechend seiner fortschreitenden Ausbreitung im Selbstkonzept beschreiben Stinckens et al. (2002b) unterschiedliche Wege, um den Inneren Kritiker in ein pluralistisches Selbst zu integrieren: „Finally, if the inner critic dominates the entire self-system, it is necessary to develop an active and integrating ego that, out of a meta-position, coordinates the dialectically constructivistic process.“ (Stinckens et al., 2002, p. 52). Vahrenkamp und Behr (2004) folgen den zuvor genannten Autoren darin, die Rekonstruktion des integrierenden Ego-Part als wesentlich anzusehen – vor allem bei Patienten mit sehr dominierender und rigider Selbstkritik.

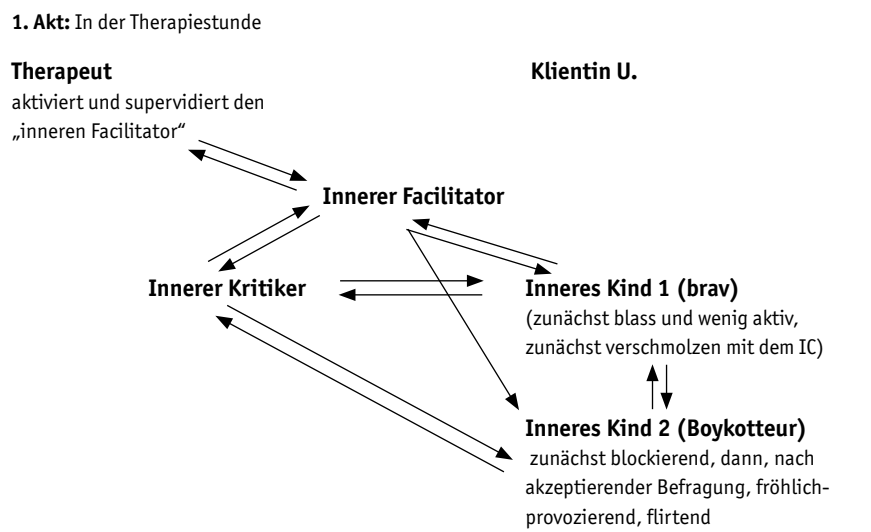
Tab. 3: Beispiel für einen ungünstigen therapeutischen Verlauf



Wir sehen den Grund für blockierende innere Konflikte weniger in einer Interessenkollision, sondern häufiger im Nicht-Verstehen. Dementsprechend bestehen die integrierenden Funktionen weniger in lenkenden Aufgaben wie z. B. die eines „inneren Chefs“, sondern es sind eher Moderationen, Differenzierungen und Begrenzungen im Dienst eines besseren Selbst-Verständnisses gefragt.

Tabelle 4: Beispiel für einen günstigen therapeutischen Verlauf bei derselben Patientin

Die verschiedenen Partial-Egos gelangen in einen konstruktiven Dialog unter Moderation des Inneren Facilitators.



Die Vorteile einer so auf Verständnis und innere Dialoge ausgerichteten Therapie sind in den Tabellen 3 und 4 schematisch dargestellt. Sie zeigen den Fall einer 45-jährigen Patientin mit depressiven Episoden und Übergewicht (ohne Essanfälle, aber mit Phasen von Diät und Phasen von zu viel Essen). Nach mehreren erfolglosen Therapien ist die Patientin immer noch in dysfunktionalen Prozessen, wie in Tabelle 3 dargestellt, verstrickt.

Typisch an diesem Fallbeispiel ist *die Ungleichzeitigkeit der einzelnen Figuren und die gegenseitige Abwertung*. Es fehlte der Patientin die Fähigkeit, das Selbstgespräch zu moderieren, eine Instanz, die vor allem merkt, wenn jemand fehlt, und die fähig ist, gute Kommunikationsregeln einzufordern.

In Tabelle 4 wird gezeigt, wie dann der Therapieverlauf aussehen kann.

In der Arbeit mit dieser Patientin spielte besonders das „Kind 2“, das sie zunächst als trotzig inneren Boykotteur bekämpfte, eine wichtige Rolle. Diese Figur, die zunächst zu allem, was vom Kritiker kam, „nein“ sagte, entwickelte sich im späteren Verlauf der Sitzung nach und nach zu einem lebenslustigen jungen Mädchen, das Spaß an provozierender Kleidung hatte, gerne flirtete und tanzte. Die Patientin hat seit dieser Arbeit ihr Essverhalten bis jetzt andauernd geändert.

4.1 Die schrittweise Aktivierung eines Inneren Facilitators (IF) noch bevor er als Stimme oder Figur symbolisiert wird

Es ist allerdings oft schwierig, den Inneren Facilitator so zu aktivieren, dass der personenzentrierte therapeutische Prozess dadurch nicht gestört wird, u. a. weil dieser „binding agent“ eine andere Qualität hat als die anderen Figuren. Seine Funktionen werden, anders als der Kritiker oder ein Inneres Kind, vom Klienten nicht spontan als eine innere Stimme erlebt, und er kann deswegen auch nicht ohne weiteres als eine Figur visualisiert werden. Er ist in der Regel anders als die anderen Stimmen eine eingeführte Kunstfigur.

Ein weiteres praktisches Problem sehen wir darin, dass oft viele seiner integrierenden Funktionen in schwierigen therapeutischen Situationen nur rudimentär auftauchen. Etwa, wenn in Stresssituationen ein sehr dominierender Kritiker versucht, die Arbeit des IF mit zu übernehmen. Er wirkt dann z. B. wie ein inkompetenter, aufgeregter despotischer Lehrer oder wie eine aufgelöste, verzweifelte, unfähige Mutter. Deswegen werden erst die genannten Funktionen des IF schrittweise aktiviert, bevor wir den Klienten zu seiner Symbolisierung auffordern. Auch der Therapeut selbst übernimmt vorsichtig einige dieser Funktionen, nicht um sie zu ersetzen, sondern um entsprechende Aktivitäten im Klienten hervorzurufen.

Der Charakter der breit gefächerten Aufgaben des IF wird bestimmt von dem Stand, in dem sich die Arbeit mit dem Inneren

Kritiker befindet und von der Art des inneren Konfliktes. Wir sollten also schon etwas über diesen Konflikt wissen, bevor der IF als Figur visualisiert wird. Denn möglicherweise erscheint ein dominierender Teil als ein Tyrann, ein tobender Gorilla oder eine ängstliche, durchdringend piepsende Maus. In diesen Fällen ist der Job des IF eher der eines weisen Priesters oder eines Dompteurs als der eines Mediators oder Chefs.

4.2 Die verschiedenen Aufgaben des Inneren Facilitators

Die therapeutische Aufgabe heißt also: Aktiviere einen präsenten, zuverlässigen, all-parteilichen und kompetenten Facilitator, der Chaos und Willkür verhindert und dafür sorgt, dass jede relevante Stimme zu Wort kommt.

Einige der vielfältigen Aufgaben des IF sind :

1. Beruhigen aller Figuren

Ein dominierender Kritiker kann, wie bereits erwähnt, auch verstanden werden als der Ausdruck einer Stressreaktion bzw. als ein kindliches Notfallprogramm. Unter extrem belastenden Umständen kann das Individuum nicht klar unterscheiden und vermitteln zwischen konfligierenden Schemata, sondern reagiert schnell, dramatisierend, entsprechend dem „Alles oder Nichts“-Denken und es greift zurück auf bestehende Notfallpläne. In solchen Situationen mag ein innerer machtkampftartiger Konflikt selbst wiederum zu zunehmendem Stress führen und existentielle Selbstwertängste auslösen.

2. Identifizieren, Differenzieren und Akzeptieren jeder Figur

Die Beziehungen zwischen den Figuren können beschrieben werden als:

- Trübung (bzw. Kontamination, ungenügende Abgrenzung)
- Abspaltung (bzw. Exklusion oder Undurchlässigkeit, u. U. Ungleichzeitigkeit).
- Durchlässigkeit (bei aufrechterhaltenen Grenzen)

(vgl. dazu Schlegel, 1998, S. 49)

Bei einer extremen Trübung kann es sich um die oben beschriebene Verschmelzung zwischen Innerem Kritiker und dem Selbst handeln. Bei Abspaltung oder Undurchlässigkeit gibt es einen besonders häufigen und wichtigen Fall: der Klient nimmt jeweils nur eine der gegensätzlichen Stimmen zu bestimmten Zeiten wahr.

3. Die richtigen Distanzen zwischen den Figuren suchen und Grenzen klären

Diese Funktion setzt vor allem Ressourcen frei: Aus einem inneren Dialog entwickeln sich oft im Verlauf der Therapie mehr als

ein oder zwei Stimmen. Zum Beispiel hörte eine Klientin neben der verletzten kindlichen Figur eine wilde, rebellische, verstockte kindliche Figur. Diese Empfindungen und Figuren tauchen wie von selbst auf, ohne Intervention des Therapeuten; sie sind wie komplementäre Rollen in realen sozialen Situationen. Sie helfen, die Tendenz zur Rigidität aufzulösen; aktivieren also Ressourcen.

4. Ausgleichen: auffordern zuzuhören, die anderen zu verstehen, Ausgleich suchen

Es sind die Aufgaben, die auch ein Familientherapeut oder der Moderator eines zerstrittenen Teams übernehmen würde.

Gerade durch die vorsichtige, schrittweise Aktivierung des IF unterscheidet sich die Arbeit mit wenig selbstexplorativen, sehr gestressten, von Gefühlen überwältigten Patienten von den wesentlich robusteren Vorgehensweisen im nicht-therapeutischen Kontext. Wenn die Funktionen des integrierenden Egos bereits weitgehend bestehen, ist es unkomplizierter, ein „Oberhaupt“ oder „Chef“ für ein inneres Team als Metapher einzuführen, als wenn ein aufgeregter Kritiker diese Position bereits besetzt hat.

4.3. Der Innere Facilitator im Kontext der klassischen Gesprächspsychotherapie

Rogers bezieht sich in therapeutischen Gesprächen häufiger auf Kognitionen als direkt auf Gefühle (Tausch, 1987). In der therapeutischen Begegnung wirkt Rogers nicht übermäßig fürsorglich und schon gar nicht betulich, sondern vor allem neugierig zugewandt, es erscheint uns, als ob er mit seiner neugierigen, sehr präsenten Art das Denken und Reflektieren, das „Sich seiner selbst gewahr Werden“ anspricht. Er scheint – trotz aller Wärme, Akzeptanz - mit einer gewissen Nüchternheit und forciierend diese Fähigkeit, sich des eigenen Erlebens gewahr zu werden, zu fördern und damit auch die Fähigkeit, Gefühle und Gedanken selbstreflektiv auszudrücken. Indem er den Klienten anregt, sich selbst zu explorieren, verursacht er, dass der Klient eine gewisse Distanz zu seinen Gefühlen erlebt. In diesem Sinne fördert der Klientenzentrierte Ansatz bekanntlich keine Katharsis, es geht nicht darum, Gefühle „rauszulassen“, es geht auch nicht nur darum, sich zu öffnen, sondern Ziel ist es, in eine neue Beziehung zu den eigenen Erfahrungen zu treten (vgl. Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 104–140). Dies sind die Funktionen, die wir dem „Inneren Facilitator“ zuschreiben. Insofern aktiviert die klassische Personzentrierte Psychotherapie schon immer wichtige Funktionen des Inneren Facilitators.

5. SKOPE: Das Stuttgarter Konzept zur personzentrierten Arbeit mit Partial-Egos.

Um in der vielfältigen Therapiepraxis ein alltagstaugliches Konzept für Therapeuten anbieten zu können, haben wir ein Manual entwickelt, welches die verschiedenen Schritte für die Rollenspiel-Arbeit mit Partial-Egos beschreibt. Dabei gehen wir davon aus, dass alle in Kapitel 3 beschriebenen Konzepte im Umgang mit dominierenden Ego-Parts je nach therapeutischer Situationen hilfreich sein können. Wir haben sie hier zusammengefasst und um einige weitere Komponenten ergänzt. Tabelle 5 gibt einen Überblick hierüber. Die darin angeführten Komponenten können je nach aktueller Situation übersprungen oder wiederholt werden. Die Komponenten dienen eher zur Beschreibung häufiger Stolpersteine und der Möglichkeiten ihrer Überwindung, als dass sie „abgearbeitet“ werden sollten.

Wie bereits erwähnt, uns ist wichtig, dass wir als Therapeuten Konzepte wie den Inneren Kritiker, das Innere Kind oder den Inneren Facilitator *nicht explizit einführen*, sondern gegebenenfalls aus dem Gespräch wie selbstverständlich entwickeln. Wir selbst fangen grundsätzlich kein Therapiegespräch mit dem Vorsatz an, eine derartige Technik anzuwenden, nur dann, wenn der Klient selbst entsprechende Hinweise gibt, schlagen wir sie vorsichtig vor. In der Ausbildung empfehlen wir unseren Kollegen, frühestens nach etwa 15 bis 20 Minuten klassischer Gesprächspsychotherapie damit zu beginnen.

Tab. 5: Manual SKOPE – Das Stuttgarter Konzept zur personzentrierten Arbeit mit Partial-Egos.

1. Vorbedingungen, Vorbereitungen und Beruhigen
2. Gewähr werden und differenzieren
 - 2.1. Innere Gegensätze werden deutlich
 - 2.2. Günstige Distanz zu dem Erleben herstellen
 - 2.3. Die verschiedenen Ego-Parts werden charakterisiert
 - 2.4. Namen finden
3. Figuren visualisieren und herausstellen und die stimmige räumliche Anordnung finden
4. Grenzen klären
 - 4.1. Trübung, falsche Identifikation und mangelnde Strukturierung
 - 4.2. Überflutung, Dominanz
 - 4.3. Undurchlässigkeit, Abspaltung, Ungleichzeitigkeit
 - 4.3. Ein Teil gehört nicht länger zur Person
 - 4.4. Notwendiger Schutz
5. Modifizierung des Dialogs
 - 5.1. Aktivierung und Symbolisierung des Inneren Facilitators
 - 5.2. Verbindungen zu allen relevanten Teilen herstellen
 - 5.3. Abschluss
6. Wiederholen

Insgesamt haben wir die Erfahrung gemacht: Je sorgfältiger die ersten beiden Komponenten beachtet werden, umso weniger Vorschläge brauchen Klienten. Wir werden manchmal gefragt, warum unsere Klienten oft wie von selbst und ohne Anweisung die nächsten Schritte machen. Wir führen das u. a. auf zwei Komponenten zurück:

- a) auf die Vorbereitungen oder „**Vorübungen**“
- b) auf das **spontane Auftauchen komplementärer Rollen**, wenn der Therapeut und der Klient hierfür genügend Zeit und Raum lassen.

ad 1. Vorbedingungen und Vorbereitungen

Personenzentrierte Arbeit mit Ego-Parts ist nur sinnvoll, wenn verschiedene Bedingungen erfüllt sind. Eine Checkliste umfasst Fragen wie „Sind die gemeinsamen Ziele klar?“, „Gibt es Spannungen zwischen Patient und Therapeut?“, „Besteht eine klare Arbeitsbeziehung?“. Haben sich also Patient und Therapeut auf gemeinsames Vorgehen in der Therapie abgestimmt, ist der Patient fähig, die Vorschläge des Therapeuten zu überprüfen und, falls sie nicht passen, zurückzuweisen. Das Manual ist auch nur dann hilfreich, wenn die Vorschläge den Patienten nicht aus dem Prozess der inneren Aufmerksamkeit reißen. Zurückweisung eines therapeutischen Vorschlages, Ausdruck von Irritation oder Besorgnis werden vom Therapeuten begrüßt und sind nicht Gegenstand von Interpretationen oder Spiegelung. Wenn der Klient irritiert auf einen therapeutischen Vorschlag reagiert, sollte er ermutigt werden, seine Vorbehalte zu untersuchen. Möglicherweise verwirft der Therapeut selbst seinen eigenen Vorschlag und nimmt den Faden des vorherigen Gespräches wieder auf.

Sich Beruhigen

Der Patient sollte nicht in Panik oder ganz in einem „Notfall-Programm“ gefangen sein. Wenn er zu aufgeregt ist, beruhigt ihn der Therapeut mit klassischer Gesprächspsychotherapie und vermittelt zusätzliche Methoden wie Progressive Muskelentspannung und Atemtherapie (Tausch, 1996).

Macht ein sehr dominierender Ego-Part, wie z. B. ein extrem höhnischer Kritiker, die aktuelle therapeutische Arbeit unmöglich, kann er ausnahmsweise gleich isoliert und durch Herausstellen auf eine ausreichende Distanz gebracht werden.

ad 2. Gewahr werden und differenzieren

Innere Gegensätze werden deutlich

Durch die meistens lange Phase empathischen Spiegelns des Erlebens des Klienten, einschließlich seines körperlichen emotionalen Ausdruckes, werden innere Konflikte deutlicher. Oft erscheint zunächst nur ein Teil des Gegensatzes, z. B. der Kritiker oder ein kindlicher blockierender Teil.

P.: „Ich weiß ja, es sollte mir wirklich egal sein, wenn meine Schwester so blöd rumtönt, es ist ja wirklich lächerlich, was sie mit ihrem Kind für ein Theater macht.“

Th.: „Obwohl du es weißt, ich sollte sie nicht so wichtig nehmen, sind da noch ganz andere Gefühle – irgendwas in dir nimmt sie wichtig.“

Wenn die Ego-Parts aus dem klientenzentrierten Gespräch heraus entwickelt werden, folgen die therapeutischen Interventionen häufig der Struktur „Obwohl du denkst ..., spürst du“ oder „Obwohl du weißt ..., machst du ...“.

Ein häufiges Problem in diesem Stadium der Arbeit ist, dass der Klient nur einen Angriff von außen sieht und nicht erkennt, dass dieser so beunruhigend für ihn ist, weil er dem äußeren Angreifer irgendwie doch glaubt oder zumindest Angst hat, er könnte Recht haben.

Beispiel:

P.: Also die Nachbarn gucken schon so komisch, als ob ich meine Mutter vernachlässige (äußere Kritiker), dabei ruf ich sie jeden Morgen an, mehr schaffe ich einfach nicht (Inneres Kind, das sich verteidigt).

Th.: Obwohl Sie wissen, dass der Vorwurf unberechtigt ist – irgendwie beunruhigt er Sie.

P.: Ja, das ist doch bescheuert, eigentlich könnte es mir egal sein.

Th.: Sie wissen, es könnte Ihnen egal sein und es ist Ihnen irgendwo doch nicht egal.

P.: (ängstlich, zaghaft) So, als ob ich irgendwie Angst habe, Sie könnten ja Recht haben.

Th.: Da ist so eine ängstliche Stimme, die sagt „Sie könnten Recht haben“ und eine laute Stimme die sagt, „das stimmt nicht“.

Günstige Distanz zwischen dem Klienten und seinem Erleben

Diese Komponente ist vor allem wichtig, wenn der Klient von Gefühlen überwältigt wird oder keine Gefühle empfindet. Der Klient wird als jemand angesprochen, der denkt, spürt, fühlt und der dieses Erleben reflektieren kann, der alles auch von einem Beobachterstandpunkt aus ansieht (Innerer Bezugsrahmen, Funktion des Inneren Facilitators). Wenn der Therapeut in dieser Weise empathisch spiegelt, kann das Erleben des Klienten wechseln von „Ich bin“ zu „Ich fühle es“ (Gendlin, 1981; 1996). Um Distanz zu schaffen, kann man außerdem Metaphern und Bilder benutzen wie „Das ist wie ein Ozean voll Tränen und man kann am Strand entlang gehen“ oder „Wie muss der Schutz aussehen, den du brauchst?“

Wenn der Klient zuviel Distanz zu seinen Empfindungen hat, sehr distanziert über sich redet, hilft natürlich die klassische Gesprächspsychotherapie und dabei besonders die Beachtung des nonverbalen emotionalen Ausdruckes.

Die verschiedenen Ego-Parts werden charakterisiert

Die therapeutische Arbeit stockt oft, wenn die Gegensätze oder einzelne Ich-Teile blass und unkonturiert bleiben.

Beispiel:

P.: (*sachlich*): Der Kopf sagt schon – „jetzt rei dich mal zusammen und lass die doch reden“ .. ich weiß auch nicht, warum ich davon nicht loskomme.

Th.: Wenn der Kopf sagt „ rei dich zusammen“ – wie redet der eher energisch oder eher antreibend, ... oder wie kann man das genauer sagen?

P.: (*wirkt ungeduldig, genervt, schlgt dabei mit der Hand auf den Oberschenkel*): So verärgert.

Patienten achten oft nicht auf das „Wie“ sondern nur auf das „Was“ der inneren Kommunikation. Dadurch, dass der Therapeut beim Spiegeln den nonverbalen emotionalen Elementen der Kommunikation ebenfalls Beachtung schenkt, und auch den nonverbalen Ausdruck „als Zitat“ spiegelt, lenkt er die Aufmerksamkeit des Klienten auf den Beziehungsaspekt der Selbstkommunikation .

Beispiel:

Th.: Diese Stimme die sagt „Du hast es mal wieder nicht geschafft“ (*Th. spiegelt auch den Tonfall*), klingt die eher genervt und wütend?

P.: So ungeduldig und gereizt, „jetzt mach doch endlich mal“.

Th.: Wenn Sie so ungeduldig sagen „jetzt mach doch endlich mal“ – wie fühlen Sie sich dann?

P.: (*kauert sich zusammen*)

Th : (*spiegelt die Haltung*) So?

P.: Ja, als ob man einen Schlag erwartet.

Namen finden

Wir übernehmen die Charakterisierungen der Patienten und versuchen diese Techniken wie selbstverständlich und ohne Erklärungen in das Gespräch einzufügen.

Beispiel:

Pl.: So als wenn man gleich geschlagen wird. ...

Th: Man schtzt sich vor dem Schlagen.

P.: (*langsam, suchend*): Ja, da ist so eine dunkle Person... die macht so (*P. hebt den Arm wie zum Schlag*). Ja sehr bedrohlich und dunkel und groß, aber er droht nur, er schlgt nicht ... ein schwarzer Mann, der droht und irgendwie überlegen ist.

Th.: Er ist überlegen.

P.: (*kauert sich wieder zusammen*)

Th.: So dass der andere so macht (*spiegelt das Kauern*) und sich ausgeliefert fühlt?

P.: Ja, er ist so viel kleiner

Th.: Wie klein?

P.: (*zeigt die Größe mit der Hand*) so groß ...?

Th.: Da ist jemand so klein und versucht sich zu schtzen.

P.: Ja ... wie ein kleiner Junge, der keine Kraft hat.

Th. (*zeigt auf den Platz, auf den der Kl. geguckt hat*): Da ist der kleine Junge, der keine Kraft hat und sich so zusammenkauert und versucht, sich zu schtzen.

P.: Ja ... und da ist der dunkle Mann (*zeigt auf einen anderen Platz*).

Der Klient fasst die Arbeit als einen Prozess auf, der sich im Hier und Jetzt entwickelt, und versteht, dass dementsprechend die symbolisierten Teile sich immer wieder ändern können. Klienten verstehen dann auch, dass es nicht *den* „Inneren Kritiker“ gibt, sondern dass diese Figuren sich mit ihnen im Verlauf der Therapie verändern.

Allerdings, wenn Klienten sehr abwertende Namen vergeben, schlagen wir neutralere Namen vor und arbeiten daran, dass dieser Teil ebenfalls akzeptiert wird.

ad 3. Figuren visualisieren und herausstellen Herausstellen

Wenn ein Klient ein Symbol oder eine Metapher für einen Ego-Part gefunden hat, kann der Therapeut ihm vorschlagen, diesen vor sich hinzustellen wie auf eine imaginäre Bühne. Wir verwenden als Hilfe oft kleine Bauklötze (oder Kissen, Steine, Puppenschuhe). Die Klienten wählen die passenden Gegenstände und beginnen, für jede Figur einen Platz zu suchen. Dabei ermutigen wir sie, sich für diesen Prozess Zeit zu nehmen, um zu spüren, ob der Platz passend ist, besonders wenn die Empfindungen und Gefühle zu einer Figur schwach sind oder verlorengehen. Wenn eine Person sich eine Figur in einer räumlichen Anordnung vorstellt – ihr also einen Platz zuweist – entsteht bei vielen Personen eine körperlich spürbare Empfindung zu dieser Figur, bei dominierenden Figuren oft ein körperlich spürbares Gefühl der Bedrohung. Erst wenn durch veränderte räumliche Anordnungen der Figuren eine deutlich spürbare Erleichterung auftritt, ein Felt Shift, wissen der Klient und der Therapeut, dass der gefundene Platz „stimmt“. Dann fühlt sich der Klient deutlich ruhiger und klarer. Wenn eine Figur zu nah am Klienten steht, kann er sich bedroht fühlen, wenn sie zu weit weg ist, können wichtige Gefühle nicht mehr empfunden werden. Fast immer verändern die Klienten im Laufe der Arbeit die Abstände zwischen den Figuren mehrmals.

Symbole und Figuren suchen und herausstellen ist für manche Patienten sehr ungewohnt, unangenehm oder peinlich. Deshalb ist es wichtig, Konsens hierüber mit dem Klienten zu finden. Aufwrm-Versuche in vorhergehenden Gesprächen sind oft hilfreich, in denen zunächst nur Stimmen charakterisiert wurden oder nur für den

dominierenden Teil die richtige Distanz gesucht wurde. Dennoch: es gibt Personen, für die diese Arbeit fremd und unangenehm bleibt – sie brauchen andere Techniken. Möglicherweise sind es Personen, die nicht zu räumlichen oder bildlichen Vorstellungen neigen.

Wenn Klienten sich nicht in der Lage fühlen, eine abwertende oder antreibende Stimme herauszustellen, überprüfen wir, ob alle wichtigen Ego-Parts benannt wurden. Häufig können Klienten z. B. einen Kritiker nicht von anderen Teilen trennen und dadurch nicht identifizieren.

Beispiel:

P.: Der sitzt mir im Nacken, der kommt nicht hervor.

Th.: Wo sitzt er da?

P.: Da (*zeigt nach hinten, rechts oben*), hinter mir, er sagt so „nicht sehr toll“.
(P. krächzt den letzten Satz etwas.)

Th.: Hört sich so krächzend an?

P.: Wie eine alte Eule hockt er da? (*Duckt sich und streckt den Kopf vor.*)

Th.: (*Spiegelt die Haltung*) So?

P.: Ja eher wie ein Geier, ja so krallt er sich fest.

Th.: Was für einen Platz braucht dieser krächzende Geier?

P.: So eine Stange, an der er sich festkrallen kann und von der er alles beobachten kann ... aber auch geschützt ist.

Es ist günstig, den Patienten für jeden Teil einen Platz aussuchen zu lassen, nach Möglichkeit vor dem Patienten oder seitlich, so dass Blickkontakt möglich ist. Wenn ein Teil hinter dem Patienten ist, möglichst bald hervorholen lassen. Wenn das nicht geht, genauer charakterisieren lassen, fragen, was der Teil braucht, vielleicht kann der Patient auch zurücktreten.

ad 4. Grenzen klären

Während der Arbeit mit Ego-Parts sind die Grenzen zwischen den Teilen oft unklar. Im Allgemeinen treten eines oder mehrere der folgenden vier Probleme auf:

Trübung, falsche Identifikation und mangelnde Strukturierung, Überflutung

Wenn es unklar ist, welche Figur im Moment spricht, kann es sehr hilfreich sein, wenn der Klient sich jeweils auf unterschiedliche Stühle setzt, oder sich hinter den jeweiligen Bauklötz stellt. Diese Differenzierung ist für viele Klienten eine körperlich anstrengende Arbeit.

Wenn eine Figur wie ein Kritiker oder ein innerer Antreiber extrem dominant ist und sein Gegenspieler sozusagen nur noch aus überflutenden Gefühlen von Angst, Scham und Verzweiflung besteht, ist die wichtigste Maßnahme, die dominierende Figur auf die richtige Distanz zu bringen – siehe Punkt 3.

Erst dann, wenn die richtige räumliche Distanz gefunden wurde, können komplementäre Rollen entwickelt werden.

Undurchlässigkeit, Abspaltung und Ungleichzeitigkeit

Oft ist nur ein Antagonist zur Zeit anwesend. In diesem Fall ist es sinnvoll, beide Ego-Parts gleichzeitig als Figuren im Blick zu haben. Typisch ist dann, dass ein Teil nicht hört, was der andere sagt. Der Therapeut verlangsamt und fragt z. B. „Hat der ‚Kleine‘ das gehört, was dieser ‚Teddy-Daddy‘ gesagt hat“ oder „Wie ist das für den ‚Kleinen‘, wenn der ‚Teddy-Daddy‘ das sagt?“ Allerdings kritisiert der Therapeut dabei den Klienten nie, sondern weist nur vorsichtig auf weitere Möglichkeiten hin.

Ein Teil gehört nicht länger zur Person

Es kann passieren, dass der Klient nicht durch rigide Selbstkritik, sondern nach sorgfältigem Abwägen entscheidet, dass ein Teil nicht mehr zu ihm gehört.

Beispiel:

P.: „Oh, das ist das sorgenvolle Gesicht meiner Mutter, das sende ich ihr zurück, es ist überflüssig, wenn ich aufmerksam bin.“

Starke Abwertungen einer Figur und notwendiger Schutz

Wenn der Klient sehr abwertend ist, arbeiten wir daran, dass dieser Teil ebenfalls akzeptiert wird.

KL. (*angeekelt*): Das ewig verrotzte, heulende Kind.

Th.: Das Kind, das Sie sehen, ist vernachlässigt und es weint?

KL.: Wie es schon so da steht, ich kann es nicht leiden.

Th.: Der Teil, der das Kind nicht leiden kann, der klingt so aufgebracht.

KL.: Ja, der könnte es zusammenschlagen, weil es immer so heult, peinlich!

Th.: Dieser Teil, der so wütend ist auf das weinende Kind, wo könnte man den hinstellen?

KL.: Dahin, er will am liebsten auf das verrotzte Kind losgehen.

Th.: Hm ... damit es nicht mehr weint?

KL.: (Lacht) Nee ..., ich pass mal auf, dass er weiter weg kommt und das Kind kommt jetzt etwas zu mir. (*Probiert längere Zeit mit Bauklötzen aus, ordnet zum Schluss drei Bauklötze in einem Dreieck an.*) So, ich muß irgendwie beide sehen, dann wird es besser.

Wenn es notwendig ist, schützt der Therapeut den Klienten vor einem sehr aggressiven Teil. Dabei ist das Ziel, dass der Klient diesen Schutz sobald wie möglich selbst übernimmt.

Hier folgen Beispiele aus Workshops von Gendlin:

Th. (*in klarer anweisender Art*): Kinder müssen geschützt werden. Ich glaube nicht an viel – aber das ist sicher, Kinder müssen geschützt werden.

Oder

Th.: Wir beide schützen die Kleine, wir machen einen Kreis um sie.

Oder

Th.: Du bist freundlich mit dem kleinen Mädchen!

Dieser Schutz ist besonders wichtig bei Klienten, die als Kinder misshandelt wurden (Reddemann, 2001).

ad 5. Modifizierung des Dialogs

Aktivierung und Symbolisierung des Inneren Facilitators

Wie bereits ausgeführt, sollten viele Funktionen des IF bereits bis zu einem gewissen Ausmaß aktiviert sein, bevor der IF als Figur eingeführt wird. Viele Klienten aktivieren diese Funktionen von selbst. Wenn sich die Ego-Parts allerdings stark blockieren und bekämpfen, ist es hilfreich, einen IF vorzuschlagen. Der Therapeut kann z. B. fragen „Was brauchen die beiden?“ oder „Wie kann man ihnen helfen?“ Der IF führt Regeln für eine konstruktive Selbstkommunikation ein.

Beispiel:

Kl. (*hinter dem Inneren Kritiker zu einem kleinen weinenden Jungen*): Der soll weg, der macht sich so breit, ich mag den nicht leiden.

Th.: Was ist jetzt der Job des Moderators, wenn ein Teilnehmer so etwas sagt?

Kl. (*stellt sich hinter den IF zum IC gewandt*): Du musst ihn nicht mögen, aber behandle ihn mit Respekt.

Verbindungen zu allen relevanten Teilen herstellen

Wird der Klient rationalisierend und verliert den emotionalen Kontakt zu Ego-Parts oder spielt nicht mehr aus dem Erleben heraus, kann der Therapeut vorschlagen, dass der Klient sich hinter die Symbole der Figuren stellt und auf die körperlichen Empfindungen, Gesten und Gefühle sorgsam achtet. Der Therapeut selbst bleibt aktiv, neugierig, in einer spielerischen Haltung beteiligt – nicht distanziert beobachtend.

Abschluss

Manchmal bleiben unklare Gefühle, dann ist es wichtig, genug Zeit zu haben, um zu einem vorläufigen Ende zu kommen und rechtzeitig den Abschluss einzuleiten: „Nicken alle?“ oder „Ist jemand unzufrieden, unglücklich?“, „Was braucht der Unzufriedene, um zu einem guten Abschluss zu kommen?“ z. B. „einen Termin für eine weitere Arbeit?“, „Hausaufgaben?“.

ad 6. Wiederholen

Üben und Wiederholungen in verschiedenen Variationen sind sinnvoll, da es um Veränderungen automatisierter Reaktionen geht. Wiederholung bedeutet keinesfalls, dass dasselbe Rollenspiel wiederholt wird, denn wenn der Klient im Kontakt mit seinem Erleben ist und sich entwickelt, erscheinen neue Figuren, auch wenn ähnliche Probleme wiederholt auftauchen. Es kann hilfreich sein, dem Patienten zu erklären, dass die Reaktionen automatisiert sind, deshalb oft noch unwillkürlich auftreten können und einer erhöhten Wachsamkeit bedürfen – so, wie man besonders aufmerksam ist, wenn man beginnt, in England Auto zu fahren. Dann dauert es seine Zeit, bis man wieder ohne besondere Aufmerksamkeit im Linksverkehr auf der richtigen Seite fahren kann.

6. Diskussion

Wie bereits erwähnt, geht es in der personenzentrierten Arbeit immer schon um die Bewertung der eigenen Erfahrung (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003) und um das „Selbstkonzeptbezogene Verstehen“ (Finke, 2004), insofern bewirkt erfolgreiche personenzentrierte Arbeit schon immer eine Veränderung von rigider, vehemente Selbstkritik.

Die von uns vorgestellte Technik der Arbeit mit destruktiven, dominierenden, vehementen inneren Stimmen verstehen wir als eine unter mehreren Möglichkeiten. Wir haben im vorliegenden Beitrag diese Technik so ausführlich dargestellt, wie es für einen Lernprozess sinnvoll sein kann. In der Praxis werden die Komponenten oft nur mitgedacht, es genügen oft sehr verkürzte Formen wie ein lediglich angedeuteter Dialog. Die von uns vorgestellte ausgearbeitete Form ist nach unseren Erfahrungen umso eher angesagt, je mehr ein Ego-Part dominiert und je mehr die klar differenzierenden, akzeptierenden und vermittelnden Funktionen des Inneren Facilitators fehlen.

Das SKOPE versucht so, innerhalb des personenzentrierten Paradigmas unterschiedliche Techniken dramatisierter Selbstkommunikation zu integrieren. Das Konzept stellt eine Technik der personenzentrierten Ansätze dar und zugleich überschreitet es die Standards des kognitiven Modells für emotionale Veränderung. Ein Vorgehen auf der Basis dieses Konzeptes unterstützt den Prozess der Selbstexploration nachhaltig, weil Cluster von Kognitionen und Emotionen auf einer metaphorischen Ebene verankert werden. Sie werden manifest, sie können umfassend in neue Prozesse einbezogen und symbolisiert werden. Das SKOPE integriert prozess-direktive Elemente und gibt zugleich den Möglichkeiten des Klienten, seine Ressourcen zu aktivieren, absolute Priorität. Dieses Prinzip manifestiert sich in erster Linie durch empathische Reflexionen, Spiegeln auch auf einer physischen Ebene, Rollenspiel-Arbeiten mit einer größeren Zahl von Partial-Egos und der Konzeptualisierung eines Inneren Facilitators.

Nach unserer Erfahrung spricht das Konzept vor allem Klienten an,

- die – falls nur Kognitionen betrachtet werden – die motivational-ebene ihrer Selbst-Aggression nicht wahrnehmen können;
- die beschützenden Faktoren des Inneren Kritikers erleben, die sie nicht aufgeben können;
- die eine stimmige Distanz zu ihren Partial-Egos und Differenzierung zwischen ihnen benötigen, aufgrund von überwältigenden Gefühlen oder von zu viel Abwehr,
- die nicht psychotherapieerfahren sind und dadurch einen sehr langsamen und natürlichen Weg zu dieser Methode über lange Phasen empathischer Reflexionen benötigen;

- die so blind gegenüber ihren Ressourcen sind, dass das Triggern der Idee eines Inneren Facilitators einen metaphorischen Anker bereitstellt, mit dem sie tatsächlich umgehen können.

Wenn die Technik so realisiert wird, kann dies nach unseren Erfahrungen zu einer besonders nachhaltigen Modifikation destruktiver innerer Dialoge führen. Indem die Partial-Egos dazu gebracht werden, miteinander zu reden, kann sich etwas substantiell Neues vollziehen und andere Prozesse können beginnen. Klienten erleben ihr gesamtes Selbst oft in einer qualitativ anderen Art. „Das werde ich niemals vergessen.“

Literatur:

- Beck, J. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz PsychologieVerlagsUnion.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., Schwartz, H. (2003). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Elliott, R. (1999). Process-experientialpsychotherapy—An overview. *Psychotherapeut* 4–99, S. 204–213 und *Psychotherapeut* 6–99, S. 341–349.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Gaylin, N. L. (2001). *Family, Self and Psychotherapy: A person-centred perspective*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*, Second Edition. New York: Bantam Books.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Grawe, K. (1997). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (1979). *Resolving splits: The two-chair technique*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 310–18.
- Greenberg, L. S. (2004). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. S. (2005). *Emotionszentrierte Therapie: Ein Überblick*. *Psychotherapeutenjournal*, 4/2005, S. 324–337.
- Greenberg, L. S. (1993). Emotion and change processes in psychotherapy. In M. Lewis, and J. M. Haviland (Eds). *Handbook of Emotions*. New York: Guilford Press, pp. 499–508.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., and Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., and Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern*. Paderborn: Junfermann.
- Greenberg, L. S. and Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. and Van Balen, R. (1998). The theory of experience-centered therapies. In L. S. Greenberg, J. C. Watson and G. Lietaer (Eds). *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press, pp 28–57.
- Gundrum, M., Lietaer, G., and Van Hees-Matthijssen, C. (1999). Carl Rogers' responses in the 17th session with Miss Mun: comments from a process-experiential and psychoanalytic perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27 (4), 461–83.
- Kellogg, S. (2004). Dialogical Encounters: Contemporary Perspectives on "Chairwork". *Psychotherapy: Theory, Practice, Training* 2004, Vol. 41. No. 3, 310–320.
- Mearns, D. (2002). Further Theoretical Propositions in Regard to Self Theory within Person-centered Therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1 (1 & 2), 14–27.
- Mearns, D., and Thorne, B. (2000). *Person-centred Therapy Today. New frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Perls, F., Hefferline, R., and Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. New York: Dell.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The Study of a Science, Vol. 3 Formulations of the Person and the Social Context*. New York: McGraw-Hill, pp. 184–256.
- Rogers, C. R. (1963c). The Concept of the Fully Functioning Person. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 17–26.
- Satir, V. (1978). *Meine vielen Gesichter. Wer bin ich wirklich?* München: Kösel.
- Schlegel, L. (1988). *Die Transaktionale Analyse*. Tübingen: A. Franke.
- Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander reden Bd. III. Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: rororo Tb.
- Schwartz, R. (1997). *Internal Family Systems Therapy*. New York: Guilford Press.
- Stern, D. (1986). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stinckens, N; Lietaer, G. and Leijssen, M. (2002a). The valuing process and the inner critic in the classic and current client-centered/experiential literature. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1, 41–54.

- Stinckens, N., Lietaer, G. and Leijssen, M. (2002b). Working with the inner critic: fighting 'the enemy' or keeping it company. In J. C. Watson, R. Goldman & M. Warner (Eds). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century. Advances in theory, research and practice*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 415–26.
- Stinckens, N., Lietaer, G. and Leijssen, M. (2002c). The inner critic on move: analysis of the change process in a case of short-term client-centred/experiential therapy. *Counselling and Psychotherapy Research 2 (1) 2002*, 40–54.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Tausch, R. (1996). *Hilfen bei Stress und Belastung*. Reinbek: Rowohlt.
- Tausch, R. (1987). Der Zusammenhang von Emotionen und Kognitionen, Konsequenzen für die personzentrierte Psychotherapie. *Zeitschrift der Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 67*, 28–34.
- Vahrenkamp, S. & Behr, M. (2004). The Dialogue with the Inner Critic. – From a Pluralistic Self to a Client-Centered and Experiential Work with Partial Egos. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies 3, (4)*, 228–244.
- Weiser, C. A. (1997). *Focusing. – Der Stimme des Körpers folgen*. Reinbek: Rowohlt.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar M. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Autoren:

Susanne Vahrenkamp, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierter Beratung in der GwG.

Michael Behr ist Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd. Daneben ist er seit 1984 praktisch tätig als Gesprächspsychotherapeut und als Personzentrierter Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche sowie als Ausbilder der GwG für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in Stuttgart.

Korrespondenzadresse:

Susanne Vahrenkamp
 Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung
 Stuttgart
 Johannesstraße 51, D-70176 Stuttgart,
 E-Mail: susanne.vahrenkamp@gmx.de

Johannes Wiltschko

Was ist Focusing-Therapie?

Zusammenfassung: *Focusing-Therapie wird als komplettes, wenngleich offenes psychotherapeutisches Verfahren innerhalb des Personzentrierten Ansatzes dargestellt und es wird auf ihre Funktion als Metamodell und Metapraxis mit methodenintegrierender Kraft hingewiesen. Einige ihrer essentiellen Aspekte werden ausführlicher beschrieben: die Bedeutung des „Ichs“, der inter- und intrapersonalen Beziehungen sowie der strukturgebundenen Prozesse. Damit wird versucht, den Einseitigkeiten in der Praxis Focusing-orientierter Psychotherapeuten wie auch den traditionellen Vorurteilen unter Klientenzentrierten Psychotherapeuten zu begegnen.*

Schlüsselwörter: *Experienzielle Therapie, Focusing, Focusing-Therapie, Gendlin, Klientenzentrierte Psychotherapie, Personorientierter Ansatz*

Abstract: What is Focusing Therapy? *Focusing Therapy is described as a complete psychotherapeutic procedure within the person-centered approach and as a method which is also open to further extension. Its function as a meta-model and a meta-practice with integrating force is pointed out. Some of its essential aspects are described in more detail: the significance of the “I”, but also of inter- and intrapersonal relationships and of structure-bound processes. It is an attempt to deal with the one-sidedness in the practice of focusing-oriented psychotherapists on the one hand and traditional prejudices among client-centered psychotherapists on the other.*

Keywords: *client-centered therapy, experiential therapy, focusing, Focusing Therapy, Gendlin, person oriented approach*

Entstehung der Bezeichnung „Focusing-Therapie“

Wie alle Bezeichnungen von psychotherapeutischen Richtungen ist auch „Focusing-Therapie“ bloß ein Etikett, das fast nichts über das aussagt, was es bezeichnet. Es weist nur darauf hin, dass Focusing-Therapie etwas mit Focusing zu tun hat und daher auch mit Eugene Gendlin.

Als junger Philosoph suchte Gendlin 1953 im *Counseling Center* der Universität Chicago Carl Rogers auf und brachte seinen ziemlich fertigen Entwurf über eine philosophische und psychologische Theorie des Erlebens mit. Er hatte vor, diesen in der Praxis der Psychotherapie zu überprüfen.

Aus dem „Kreuzen“ seiner philosophischen Konzepte mit der Praxis Klientenzentrierter Psychotherapie ergab sich eine ganze Reihe neuer Aspekte – sowohl in der empirischen Forschung als auch im konkreten therapeutischen Handeln und in der Theoriebildung.

Auch wenn sich die fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Gendlin und Rogers nach dessen Übersiedlung nach La Jolla im Jahr 1964 nicht fortsetzte, sieht sich Gendlin selbst nicht in einer Gegenposition zu Carl Rogers. Im Gegenteil: Die *konstitutiven Prinzipien* der Klientenzentrierten Psychotherapie (nicht die Konzepte, in denen diese Prinzipien in verschiedenartiger Weise formuliert wurden) wollte er immer *alle* beibehalten; er nahm sie mit und ging mit ihnen,

mit ihrer Hilfe, auf die Suche – natürlich über Carl Rogers hinaus. Was auch immer er dabei an Neuem fand: bis heute versteht er sich als Klientenzentrierter Psychotherapeut (Gendlin & Wiltschko, 1997, S. 17f; 1999, S. 139f). Gendlin (1966) hat seine Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie ursprünglich „experiential psychotherapy“ genannt, diesen Namen aber später aufgegeben, weil er zu unspezifisch ist: Welcher zumindest humanistische Psychotherapeut würde sich nicht als „erlebensbezogen“ bezeichnen? Seit 1996 nennt er deshalb die von ihm begründete Therapieform „focusing-oriented psychotherapy“.

Ich habe 1988 – nach bereits zehnjährigem fachlichem und persönlichem Austausch mit Gene Gendlin – zusammen mit Klaus Renn und unseren Kolleginnen und Kollegen im *Deutschen Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie* für das von uns weiter entwickelte Therapiekonzept Gendlins die Bezeichnung „Focusing-Therapie“ gewählt. Diese Bezeichnung ist kurz und einfach, und wir drücken mit ihr unser eigenes Verständnis davon aus, wie die theoretischen und methodischen Arbeiten Gendlins in der Psychotherapie umgesetzt werden können.¹

¹ Neil Friedman (1993) und Kathy McGuire (1995, 1996) haben diesen Begriff ebenfalls vorgeschlagen und bezeichnen damit auch ihre eigenen Versionen der Adaptation von Gendlins Arbeit auf die Psychotherapie.

Unterscheidet sich Focusing-Therapie von anderen Versuchen, Focusing in der Psychotherapie anzuwenden?

Bei den Psychotherapeuten, die Focusing in ihrer Arbeit verwenden, trifft man bisweilen auf ein vereinfachtes und verkürztes Verständnis von Focusing (und manchmal auch von Psychotherapie). Dazu kommt es vermutlich auch deshalb, weil die weiterführenden und komplexen Arbeiten Gendlins nicht oder zu wenig rezipiert worden sind.

Focusing-Therapie ist weder ein „erlebnisaktivierender“ Appendix der Klientenzentrierten Psychotherapie, noch ein Anwenden des Sechs-Schritte-Schemas, das Gendlin aus didaktischen Gründen formuliert hat, und schon gar nicht ein Anbieten von Focusing-Übungen oder ein therapeutisches Gespräch, in dem man ab und zu danach fragt, wie sich etwas im Klienten körperlich anfühlt.

Focusing-Therapie ist ein umfassendes, komplettes psychotherapeutisches Verfahren, verwurzelt im Personorientierten Ansatz und in der Klientenzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers und aufgewachsen in der Schule Gene Gendlins mit ihrer methodischen Genauigkeit im phänomenologischen Denken und im therapeutischen Handeln. Sowohl Rogers als auch Gendlin haben uns alle immer wieder aufgefordert, das von ihnen Gefundene nicht einfach nachzubeten, sondern ausgehend von der eigenen persönlichen Erfahrung weiterzuentwickeln – und nicht nur weiterzuentwickeln, sondern frisch und neu zu entdecken und eigenständig zu formulieren. Diese Ermutigung und Herausforderung nehmen wir ernst: Nur „Anfängergeist“ hält Ideen lebendig.

Focusingtherapeutische Spezifika

So haben wir etwa mit Hilfe des *Modells der Erlebens- und Handlungsmodalitäten* die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten sehr erweitert: Wir arbeiten nicht nur verbal und sitzend, auch nonverbale körperliche Prozesse, Bewegen und Malen, Ausdruck und Handeln bis hin zu Aufstellungen sind Bestandteile der Focusing-Therapie. Damit haben wir Gendlins Idee der „therapeutic avenues“ (Gendlin, 1996a, S. 170f), der unterschiedlichen Wege in die Person hinein und aus ihr heraus, weiter ausgearbeitet und in der Praxis konkretisiert.

Darüber hinaus ermöglicht uns die Weiterentwicklung von Gendlins Begriff der *Strukturgebundenheit*, mit Erlebens- und Verhaltensweisen zu arbeiten, die über Jahre und Jahrzehnte veränderungsresistent geblieben sind – und die ja eigentlich die Hauptsache jeder Psychotherapie darstellen. Ferner geben wir dem, was wir „Ich“ nennen, theoretisch wie in der Praxis einen zentralen Stellenwert und wir legen großen Wert auf die *Beziehungsaspekte* des therapeutischen Geschehens und darauf, unser *phänomenologisches Verständnis* dessen, was in der therapeutischen Situation vor sich

geht, zu vertiefen. Schließlich ist uns die *Ausbildung* von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein großes Anliegen.²

Focusing-Therapie ist ein Beziehungsgeschehen

Focusing-Therapie findet statt in und mit der Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten, in und mit der Beziehung, die der Klient und – ebenso wichtig – der Therapeut zu sich selbst haben. In dieser komplexen Situation steht die Person des Klienten im Mittelpunkt und ebenso die Art und Weise, *wie* er sich auf das, *was* er erlebt, bezieht. Dieses *Wie*, dieses *Verhältnis von Subjekt und Erlebensinhalt*, ist für uns der entscheidende Faktor im therapeutischen Prozess. Und in Bezug auf das *Was* laden wir den Klienten ein, besonders auf das zu achten, was noch nicht konzeptualisiert ist, noch nicht gedacht, noch nicht gesagt, noch nicht getan. Es ist das, was schon gespürt, aber noch nicht gewusst wird. Diese Art des Erlebens ist selbstredend nicht „unbewusst“; Gendlin hat sie „implizit“ genannt.

Wenn man sich auf etwas im impliziten Erlebensstrom unmittelbar bezieht, entsteht ein sehr interessantes und potentes Erlebensphänomen – bislang unbeachtet und unbenannt. Gendlin hat ihm einen Namen gegeben: Felt Sense. Dieser Begriff bezeichnet etwas, das jeder irgendwie kennt, etwas Selbstverständliches, aber erst dessen Benennung ermöglicht es, das Selbstverständliche an einem Prozess teilnehmen zu lassen, der Erleben erweitert und Erkenntnis vertieft. Etwas noch wortlos Selbstverständliches zu bemerken und es in Sprache zu bringen, das wäre schon eine mögliche Variante zu beschreiben, was mit Focusing gemeint ist.

Ein umfassendes Verständnis von Felt Sense

Gewöhnlich wird unter Felt Sense ein körperliches Empfinden verstanden, das durch „etwas“ ausgelöst wird. In der Psychotherapie ist dieses „Etwas“ in der Regel ein Problem, ein Konflikt, ein Unvermögen. Dieses Verständnis greift allerdings zu kurz.

Der Felt Sense ist ein Beziehungsphänomen

Ein Felt Sense ist sozusagen die „Innenansicht“ einer Situation. Unter *Situation* verstehen wir das (innerliche und äußerliche) komplexe Ganze, in dem eine Person im jeweiligen konkreten Moment existiert. Wenn wir uns unmittelbar darauf beziehen, wie wir diese Situation empfinden, wie wir sie von innen fühlen, wenn wir also

² Mehr über das Modell der Erlebens- und Handlungsmodalitäten siehe Wiltshko, 1996a, 2002; über unser Ausbildungskonzept und weitere Veröffentlichungen des DAF siehe www.focusing-daf.de.

unsere Aufmerksamkeit richten auf das noch wortlose Gespür, wie es uns in dieser konkreten Situation geht, dann können wir das erleben, was wir Felt Sense nennen.

Wenn sich der Klient ein bestimmtes *Thema* vornimmt, wird dieses Thema zu einem bedeutsamen Faktor seiner Situation und es wird wesentlich zu seinem Felt Sense beitragen. Aber selbstverständlich sind auch alle anderen Faktoren der Situation im Felt Sense des Klienten implizit vorhanden. Im Fall der psychotherapeutischen Situation ist das in erster Linie das Erleben der Beziehung zur Person des Psychotherapeuten. Jeder Felt Sense ist naturgemäß ein *Beziehungsphänomen*.

Ein Felt Sense ist mehr als körperlich

Einen Felt Sense als „körperlich“ (im Alltagssprachlichen Sinn) zu bezeichnen, ist eine theoretische Verkürzung und bedeutet für die Praxis eine Einschränkung. Nicht jeder Mensch (z. B. Klienten mit körperlichen Gewalterfahrungen oder solche mit Essstörungen) mag in seinen Körper hineinspüren und fast keiner versteht unter dem Begriff „Körper“ das, was Gendlin damit meint. Das essentielle Merkmal eines Felt Sense ist nicht, dass er sich im Körper manifestiert, sondern dass er über das hinausgeht, was wir schon wissen, denken und sagen können. Dieses *Mehr-als-schon-Gewusste* nehmen wir als eine Stimmung wahr oder als eine Ahnung, als Richtung, in die etwas in uns vorwärts will. Dass wir diese Wahrnehmungen „körperlich“ nennen, liegt daran, dass wir sie unterscheiden wollen vom „Kopfigen“, vom Denken in *schon formierten* Worten und Sätzen. Sich von innen achtsam wahrzunehmen, muss nicht immer bedeuten, etwas körperlich zu spüren. Auch im kreativen Denken, auch im Imaginieren können wir an den Rand dessen gelangen, was uns explizit bewusst ist und dort einen Felt Sense entstehen lassen. Dass all diese Wahrnehmungen zugleich „leiblich“ sind – im Sinn von Gendlins Neudefinition des Begriffs „Körper“ – ist schon richtig, aber das körperliche Spüren muss nicht für alle Menschen der geeignetste Zugang zum impliziten Erleben sein.

Der Felt Sense ist kein „Ding“

Ferner ist es Ausdruck unseres zur Verdinglichung neigenden Denkens, zu meinen, „der“ Felt Sense sei in unserem Körper vorhanden oder entstände in ihm wie ein Gegenstand, der dann da drin irgendwo herumliegt. Das ist eine unzutreffende Vorstellung. Ein Felt Sense wird von uns *geschaffen*, indem wir unsere Aufmerksamkeit auf etwas richten, das wir schon fühlen, aber noch nicht sagen können. Jeder Erlebensinhalt hat etwas, das wir schon benennen und ausdrücken können, aber er hat noch viel mehr, was wir spüren, fühlen, ahnen, aber noch nicht ausdrücken können. Jeder Erlebensmoment ist also sozusagen bipolar, er hat explizite und implizite

Aspekte. Durch die unmittelbare Bezugnahme auf die impliziten Aspekte erschaffen wir eine erlebte Ganzheit, die uns dann als wortloses „...“ gegenübersteht. Für dieses „...“ hat Gendlin das Kunstwort „Felt Sense“ geprägt.

Felt Senses ohne Subjekt existieren nicht

Gewöhnlich wird gesagt: Wenn ein Felt Sense mit so genannten „Symbolen“, also mit Worten oder inneren Bildern interagiert, dann komme es zu einem „Felt Shift“, einer positiv gefühlten Veränderung der Befindlichkeit, verbunden mit tieferer Einsicht und weiterführendem Erkennen. Ein Felt Sense kann aber auch mit körperlichen „Symbolen“ interagieren, etwa mit Berührungen, Gesten, Bewegungen und Handlungen, und durch sie fortgesetzt werden. Wenn man diese Möglichkeiten berücksichtigt, eröffnet sich der Praxis des Focusing sogleich ein weiteres großes (Er-)Lebensfeld.

Aber all diesen Interaktionen des „Felt Sense mit ... (etwas) ...“ geht voraus und liegt zugrunde – und das wird oft nicht bedacht: die Interaktion des Felt Sense mit dem Subjekt. Die allererste Interaktion findet doch zwischen *mir* und dem Felt Sense statt! *Diese* Interaktion ist die Basis für alles weitere. Geschieht sie, stellt sich ein tiefes Gefühl von Zu-sich-Kommen, von „Nach-Hause“-Kommen ein: ein Bei-mir-Sein, In-mir-Sein, Mit-mir-Sein. Das allein schon ist ein „big shift“ – noch bevor all das, was mit „Symbolisieren“ bezeichnet wird, stattgefunden hat.

Das Wechselverhältnis zwischen – und jetzt muss ich einen neuen Begriff einführen – dem „Ich“, das wahrnimmt, und dem Felt Sense, der vom „Ich“ wahrgenommen wird, ist sehr interessant: Das „Ich“ kann dem Felt Sense gegenüberstehen, ihn aus der Ferne betrachten oder um ihn herumgehen und ihn antasten. Der Felt Sense kann sich dem „Ich“ öffnen, es kann in ihn hineingehen, zu seinem Mittelpunkt werden, sich in ihm treiben lassen und vieles mehr.

Das „Ich“ kann dem Felt Sense auch Vorschläge machen, ihn befragen. Das (zunächst) Erstaunliche (aber Selbstverständliche) ist, dass der Felt Sense zurückspricht. Er antwortet auf wohlgeordnete Weise. Es ist eine wortlose Antwort, die einen Schritt impliziert, einen Schritt des „richtigen“ Weiterlebens. Diese dem Wechselverhältnis zwischen „Ich“ und Felt Sense innewohnende Ordnung hat Gendlin *Fortsetzungsordnung* genannt und sie als Ordnungsprinzip des Lebendigen phänomenologisch genau beschrieben (Gendlin, 1996b, 1997; Gendlin & Wiltshko, 1999, S. 178f).

Ein Felt Sense ist also niemals allein für sich da, er ist nicht nur ein *interpersonales*, sondern auch ein *intrapersonales* Beziehungsphänomen, etwas, das aus der Interaktion zwischen „Ich“ und implizitem Erleben hervorgeht.

Exkurs über die Funktion von Begriffen

Es wird oft kritisiert, dass die Verwendung von Begriffen bei Gendlin unscharf und inkonsistent sei. Diese scheinbare Inkonsistenz hängt mit der Funktion von Worten und Begriffen zusammen, mit ihrer Rolle, die sie in Erleben und Sprache spielen. Wenn man das, was wirklich konkret vor sich geht, genau untersucht, beginnen die Begriffe zu verschwimmen und ineinanderzufließen. Das mag zunächst verwirren. Jedoch: Das, was ist, ist natürlich mehr als Sprache, mehr als Worte, Begriffe und Konzepte. Unser Erleben geht über unsere Begriffe und Konzepte hinaus, selbst wenn natürlich unsere Sprach- und Denkformen im Erleben immer wirksam sind. Gendlin hat uns darauf aufmerksam gemacht, dass wir mehr wahrnehmen als unsere Begriffe sagen, dass wir uns auf das, was die Begriffe umgibt und über sie hinausweist, beziehen können und dass dieses Mehr kein wirres Chaos ist, sondern „mehr als geordnet“ (Gendlin, 1986). Es gibt Leute, die dafür gleich wieder einen Begriff aus der Tasche ziehen und das „spirituell“ nennen möchten. Aber es ist doch gar nichts Besonderes. Es ist das Alltägliche, das Gewöhnliche, das Selbstverständliche und hat gar nichts mit Esoterik zu tun.

Begriffe sind Prozessfunktionen

Begriffe sind keine konstanten, lexikalisch definierten Einheiten, sie haben eine Funktion im Fortschreiten des Erlebens- und Erkenntnisprozesses. Sie tragen diesen voran und werden zugleich durch ihn verändert. Letztlich wird genau das mit Focusing beschrieben und durch Focusing erfahrbar: die Wechselwirkung zwischen Erleben und Begriffen/Konzepten schafft Sprache, schafft Konzepte und die verändern das Erleben, was zu weiteren neuen Konzepten führen kann. Deshalb kann und will Gendlin kein feststehendes Begriffsgebäude bauen. Er formuliert „komische“ Konzepte, die sich nur durch und mit Erleben verifizieren lassen und zugleich den Erlebensprozess fortsetzen. Gendlin zu lesen und zu verstehen gelingt nur, wenn man das eigene Erleben „mitarbeiten“ lässt. Das ist für die meisten Menschen ungewohnt.

Worte allein verkünden keine Wahrheiten

Focusing, sagt Gendlin sinngemäß immer wieder, ist ein Sein mit dem, was man als bedeutungsvoll spürt und ahnt, ohne noch zu wissen, ohne noch sagen zu können, was es ist, was es bedeutet; aus diesem Sein mit dem „...“ ergeben sich Schritte, die Denkschritte und Heilungsschritte zugleich sind. Es ist gut, sich an diesen einfachen Satz immer wieder zu erinnern, wenn man im Gestrüpp der Worte und Begriffe verlorenzugehen droht. Denn aus diesem praktizierten Sein mit „...“ folgt schon allmählich alles andere, was man

über Focusing-Therapie sagen kann. Es folgt aber nur, wenn man es sagt (oder schreibt), wenn man also Worte und Begriffe gebraucht. Diese bilden Erleben nicht nur ab, sie verändern es, sie führen es weiter. Und deshalb „halten“ sie oft nur für die nächsten paar Schritte: Wenn man durch sie tiefer in das, was man erlebt und untersucht, eindringt, passen sie nicht mehr und man muss neue finden. Auf diese Weise erkennt man mehr und mehr und hinterlässt dabei eine Spur von Worten. Diese Spur verkündet keine immergültige Wahrheit; sie hilft aber, den Ort wiederzufinden, an dem man weiterarbeiten muss. Wenn man Wortspuren (z. B. die von Carl Rogers oder Gene Gendlin oder auch diese hier) als Verkündung von Wahrheiten missversteht oder sie zur eigenen Profilierung missbraucht, verliert man sich in diesen sinnlosen, exegetischen Debatten, von denen die Bibliotheken voll sind.

Das Ich und sein Erleben

Von manchen Klientenzentrierten Psychotherapeuten wird der Focusing-Therapie vorgeworfen, sie würde nicht die Person, sondern das Erleben in den Mittelpunkt stellen. Das ist ein großes Missverständnis, zu dem allerdings manche Focusing-Leute beigetragen haben. Sie sind zu sehr fixiert auf das, was der Klient erlebt und zu sehr fasziniert von den Veränderungen des Erlebens während eines Focusing-Prozesses. Dadurch geht die Person, das Subjekt dieses Geschehens, häufig verloren.

„Ich“, das Subjekt

Der „Partner“ des Focusing-Therapeuten ist, und das möchte ich deutlich hervorheben, die Person „Klient“. An dieser Stelle macht es wiederum theoretisch wie praktisch Sinn, den Begriff „Ich“ einzuführen. Zur Person gehört alles Mögliche: ihre Rollen, ihre Funktionen, ihr Selbstbild etc. In einer Person, wie man metaphorisch und missverständlich sagen könnte, „wohnt“ das „Ich“. Dieses Ich ist nicht, wie der Begriff leider zwangsläufig impliziert, ein Etwas, ein Objekt, es ist das *Subjekt* schlechthin. Es ist der oder die, die wahrnimmt, die wählt, die handelt, die denkt und fühlt, die erlebt. Hinter dieses Ich kann man nicht zurücktreten und es als Objekt betrachten, denn es wäre doch wieder *jemand*, der zurücktritt und betrachtet. Und diesen „Jemand“, den wollen wir mit „Ich“ bezeichnen.

Das blanke „Ich“

In seiner frühen Fassung der Experiencing-Theorie sagt Gendlin (1964), die Person sei ihr Erleben, sie „bestünde“ aus ihm. Die Vorstellung einer Person als einem in sich abgeschlossenen Ding wird

damit verflüssigt im Strom permanenter Erlebensvorgänge, das Ego wird verabschiedet und löst sich auf in der Vielheit von Interaktionsprozessen. Darin drückt sich ein Paradigmenwechsel aus, der damals in der Luft lag – man denke nur an Gregory Bateson und die so genannte „Palo Alto Gruppe“ – und der große Möglichkeiten eröffnete, in der Theorie wie in der Praxis. In der Experiencing-Theorie kommt kein Begriff für das Subjekt vor, aber natürlich lässt es sich nicht abschaffen, und das hat Gendlin auch niemals vorgehabt – denn er sagt zum Beispiel (Gendlin & Wiltschko, 1999, S. 147f): „Wenn niemand da ist, bin ich nicht interessiert“ oder „In der Therapie muss *jemand* auf dem Therapeutenstuhl sitzen; wer das ist, ist nicht so wichtig“ oder „In jedem Menschen ist *jemand* drin, der versucht sein Leben zu führen“ oder „Es schaut immer *jemand* aus den Augen heraus und schaut dich an; der Vorhang oder die Lampe schaut dich nicht an“. „Jemand“ ist dieser oder jener konkrete Mensch, nicht als ein Rollen-, Funktions- oder Eigenschaftsträger, sondern als lebendiges Subjekt, als „blankes Ich“ (Wiltschko, 1992; 1996a).

Das „Ich“ als Subjekt des Erlebens

Mag die Person ihr Erleben sein, das „Ich“ jedenfalls ist Subjekt des Erlebens und daher von ihm unterschieden: Es *hat* Erleben. Es hat eine immer ganz spezifische Beziehung zu dem, was es erlebt. Oder anders ausgedrückt: dem Ich „*geht es*“ mit dem, was es gerade erlebt, auf bestimmte Weise. Diese Art und Weise bestimmt mit, was erlebt wird. Das ist ein Gesetz der Erlebenswelt: *dass die Qualität der Beziehung zum Erlebensinhalt diesen konstellierte*. Auf diesem Gesetz beruht die Möglichkeit der Erlebensveränderung und damit jeder Psychotherapie.

In der Focusing-Therapie laden wir den Klienten ein, diese Beziehung zu seinem augenblicklichen Erleben zu *bemerk*n: „Wie geht es Ihnen mit diesem ... (Erlebensinhalt)?“ „Wie fühlen Sie sich, wenn Sie ... (Erlebensinhalt) ... wahrnehmen?“ „Wie würden Sie am liebsten mit diesem ... (Erlebensinhalt) ... umgehen?“ – Nicht so sehr dem Erleben an sich, sondern wie es dem Klienten (der Person, dem Ich, dem Subjekt) mit seinem jeweils konkreten Erleben geht, wie er sich zu diesem verhält bzw. verhalten möchte, gilt unsere Aufmerksamkeit.

Focusing-Therapie ist Ich-zentriert

Wenn der Klient bemerkt, wie sein Verhältnis zu seinem Erlebensinhalt beschaffen ist, kommt meist *ganz von selbst* die Tendenz auf, dieses Verhältnis in eine *bestimmte Richtung* zu verändern. Dieses „ganz von selbst“ und diese „bestimmte Richtung“ sind ein Geheimnis, ein selbstverständliches Wunder des Lebens; im weiten Sinn vermutlich nicht nur des menschlichen. Aus diesem „Geheimnis“ entspringt der gesamte Personorientierte Ansatz und daher auch

die Focusing-Therapie: Wenn man bemerkt und akzeptiert, wie es ist, verändert sich das Bemerkte in eine *lebensfördernde* Richtung. Es verändert sich die Beziehung und es verändert sich der Bezugspunkt, also das Erlebte. Die Beziehung verändert sich in die Richtung, die Carl Rogers beschrieben hat: Das „Ich“ will annehmen, wertschätzen und verstehen, was ist; es will sich mit dem, was ist, verbinden, es als „meines“ fühlen. In dem Maß, wie das gelingt, verändert sich auch der Inhalt des Erlebten oder genauer: die *Bedeutung*, die das Erlebte für die Person hat (wobei Inhalt und Bedeutung bloß begrifflich getrennte Aspekte ein und desselben Phänomens sind).

Focusing-Therapie ist also nicht in erster Linie erlebenszentriert, sondern Ich-zentriert. Das ist übrigens auch ein Grund dafür, dass wir den Namen *experiential psychotherapy* nicht übernommen haben.

Strukturgebundenes Erleben

Offensichtlich gibt es Erlebens- und Verhaltensweisen, die sich nicht oder nur sehr schwer ändern – sie sind letztlich der Knackpunkt jeder Psychotherapie. Zu diesem Phänomen der Hartnäckigkeit, der Resistenz gegen Veränderung haben fast alle Therapieformen Konzepte gebildet und Methoden entwickelt – nur die Klientenzentrierte und auch die Focusing-orientierte Psychotherapie sind in dieser Hinsicht ziemlich enthalten geblieben. Aus gutem Grund, denn hier öffnet sich das Tor für deterministische, kausale Erklärungen, für Typisierung, Pathologisierung und diagnostische Zuschreibungen – und Carl Rogers hat ja seinen Ansatz im Kontrapunkt dazu entwickelt.

In der Focusing-Therapie haben wir zu diesem wichtigen Thema einen Begriff Gendlins (1964) aufgegriffen, den er selbst nicht weiterentwickelt hat: Die Art und Weise des Erlebens kann *in seiner Struktur gebunden* sein. Das bedeutet, dass die Beziehung zwischen Ich und Erlebensinhalt starr, gleichförmig, stereotyp ist und daher auch die Erlebensinhalte unveränderlich sind. Im besten Fall handelt es sich dabei um Routinen, die den Alltag vereinfachen, im schlechteren Fall um Gewohnheiten, die nicht lebensfördernd sind, und im schlechtesten Fall sind diese Gleichförmigkeiten im Erleben und Verhalten als solche der Person wahrnehmungsmäßig gar nicht zugänglich.

In der Focusing-Therapie ist uns wichtig, dass wir strukturgebundenes Erleben als Phänomen anerkennen und nicht aus falsch verstandenem Optimismus ignorieren, ferner dass wir Kriterien kennen, um es bemerken zu können und drittens, dass wir uns methodische Fähigkeiten aneignen, es der inneren Aufmerksamkeit zugänglich zu machen – als Voraussetzung dafür, dem Ich in Bezug auf das, was strukturgebunden ist, Freiraum zu verschaffen. Freiraum ist der Antagonist der Strukturgebundenheit.

Das „Ego“

Wenn bestimmte Erlebensvorgänge strukturgebunden sind, also „Ich“ und Erleben sozusagen aneinander gefesselt sind, ist kein Freiraum da, aus dem heraus das Ich verschiedene Perspektiven zum Erleben einnehmen kann. Dem Ich „geht es“ dann mit diesem Erleben immer gleich und manchmal geht es ihm gar nicht mehr: Es ist mit dem Erleben identifiziert (oder dissoziiert), in ihm quasi untergegangen (oder abgespalten). Es verliert seine Ichhaftigkeit, seinen Status als Subjekt, und deshalb nenne ich das identifizierte Ich „Ego“ (Wiltchko, 1992). Das Ego verhält sich unreflektiert, automatenhaft. Es gibt immer die gleichen Antworten. Es überspringt die impliziten Aspekte der Situation und kann daher von ihnen nicht modifiziert werden.

Ein alter Streitpunkt zwischen psychotherapeutisch und spirituell Denkenden und Praktizierenden kann so aufgelöst werden: Ja, das Ego wollen wir loswerden, das Ich aber nicht, denn selbst wenn es vorübergehend in einem „Mehr als Ich“, in einem wie immer benannten „Größeren“ aufgeht, ist noch immer jemand da, der lebt, der Subjekt des Aufgehens ist in dem, was unter, über, hinter oder in dem „Ich“ sein mag.

Focusing-Therapie befreit das „Ich“

Therapeutisch geht es also darum, das Ich aus seiner Strukturgebundenheit zu befreien. Diese Befreiung ist wie ein innerer Sonnenaufgang: Das Ich steigt aus dem Ego auf, aus ihm heraus. Auf einmal ist Licht da und Welt und Raum und frische Luft. Das Ich wird beweglich, wahrnehmungs- und handlungsfähig, kann entscheiden und wollen. Dieser Vorgang kann plötzlich geschehen, ist aber niemals „erledigt“. Er muss lebenslang immer wieder vollzogen werden. Dass sich das Ich immer wieder von neuem identifiziert, ist nämlich keine Krankheit, sondern ein notwendiger Lebens- und Lernvorgang: auf diese Weise lernen wir die Welt kennen, die innere und die äußere. Erst aus dem unbemerkten Verhaftetsein (bzw. chronischem Unverbundensein) mit Erlebens- und Verhaltensweisen entstehen Einseitigkeiten, Vorurteile, Illusionen und die so genannten „Störungen“. Focusing – und das ist wiederum eine andere Art, es zu beschreiben – ist der Prozess der Befreiung des Ichs aus dem Ego.

Hoffnungsvolle „Plätze“

Strukturgebundene Phänomene, also etwa Symptome oder so genannte „Widerstände“, „Übertragungen“, im weiteren Sinn auch „Charakterstrukturen“ oder „Persönlichkeitsstörungen“, sind Plätze im Erleben, die zwar besonders störend und unzugänglich sind, zugleich aber äußerst entwicklungssträftig: hoffnungsvolle Plätze, in denen der Lebensprozess steckengeblieben ist und darauf wartet,

sich endlich fortsetzen zu dürfen. Dazu braucht er geeignete Antworten. Der Therapeut hat die Aufgabe, Bedingungen zu schaffen, die dem Klienten erlauben, diese Antworten selbst zu finden, und manchmal muss sie der Therapeut auch stellvertretend und auf Zeit zur Verfügung stellen, indem er sein eigenes Erleben in Bezug auf den Klienten ausdrückt.

Nicht der Geschichte, sondern dem Geschichtenerzähler, dem „Ich“ des Klienten zuzuhören, es wertzuschätzen, es anzufragen und herauszufordern, ist unser – in wahrsten Sinn des Wortes *personzentriertes* – Hauptanliegen. Focusing-Therapie ist ein emanzipatorisches Unternehmen, das die Person des Klienten unterstützt, zum *Subjekt* ihrer Welt zu werden. In unserem Konzept „Freiraum“ und in unserer Praxis, Freiraum zu schaffen und zu erhalten, kommt das konkret und vielfältig zum Ausdruck.

Unsere Konzepte in Bezug auf so genannte Störungen sind also keine inhaltlichen, sondern prozesshafte Konzepte. Deshalb müssen wir auch keine inhaltlich formulierten diagnostischen und pathologischen Kategorien aufstellen. Das wäre nämlich ein Rückfall ins vorrogerianische Zeitalter.

Werden in der Praxis der Focusing-Therapie Techniken angewandt?

Die Focusing-Therapie kennt Techniken, aber „Technik“ ist vielleicht nicht der richtige Ausdruck dafür. Wir beschreiben therapeutische Verhaltensweisen. Wenn man das sagt, wird man von manchen Klientenzentrierten Therapeuten gleich auf die Abschlusliste gesetzt – denn angeblich dürfen nur therapeutische Haltungen gefordert und beschrieben werden. Zumindest meinen das einige.

Haltungen sind sozusagen in der Person versteckt, nicht direkt von anderen wahrnehmbar. Aber, Gott sei Dank, drücken sich Haltungen immer in Verhalten aus. Nur an diesem und an seiner Wirkung können Haltungen überprüft werden. Deshalb beschreiben wir therapeutische Verhaltensweisen. Es ist ein traditionsreicher Unsinn in der Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Richtungen des Personzentrierten Ansatzes, Haltung und Verhalten voneinander zu separieren und dann gegen einander auszuspielen.

In der Focusing-Therapie haben wir die hauptsächlichsten therapeutischen Verhaltensweisen in drei Gruppen eingeteilt:

- (1) *Listening* (versuchen zu verstehen, was der Klient meint und ausdrücken möchte, also Bezugnehmen auf sein implizites Erleben),
- (2) *Guiding* (dem Klienten Vorschläge machen in Bezug auf den Prozess, nicht in Bezug auf die Inhalte),
- (3) *Responding* (eigenes Erleben in Bezug auf die Person des Klienten oder auf dessen Erleben ausdrücken).

Innerhalb jeder dieser Gruppen haben wir eine ganze Reihe von therapeutischen Verhaltensweisen beschrieben. Sie lassen sich in allen Erlebens- und Handlungsmodalitäten auf jeweils spezifische Weise

umsetzen. Dadurch entsteht ein sehr umfangreiches Verhaltensrepertoire (Stumm, Wiltschko & Keil, 2003; Wiltschko, 1996a; 1996b; 1998; 2002; 2003).

Die einzelnen Verhaltensweisen haben wir allerdings wohlweislich nicht explizit festgelegt. Sie sind also keine „Techniken“ im üblichen Sinn. In ihnen drücken sich unsere Konzepte über Haltung, Beziehung und Prozess aus, und wir beschreiben sie als allgemeine, formale Muster, die dann jeweils situationsspezifisch angewandt werden müssen. Sie entheben den Focusing-Therapeuten nicht, im konkreten Augenblick präsent, spontan und kreativ zu sein.

Die Beschreibung von Verhaltensweisen hilft Ausbildungsteilnehmern zu lernen und zu üben und dadurch die personenzentrierten Haltungen überhaupt erst konkret zu erfahren und auszubilden. Und sie hilft Psychotherapeuten, sich in der praktischen Arbeit zu orientieren und diese zu reflektieren. Es reicht nicht zu behaupten, man realisiere schon die richtige Haltung, ohne sich selbst auf die Finger zu schauen (und auch schauen zu lassen), was man konkret sagt und tut.

Das Ziel der Focusing-Therapie

Focusing-Therapie hat keine inhaltlichen Ziele. Sie ist offen für einen Prozess, der sich in kleinen Schritten im Klienten sowie zwischen dem Klienten und dem Therapeuten entwickelt. Wir schaffen die Bedingungen dafür, dass diese Schritte *im und aus dem Klienten* kommen. Wir führen den Klienten nicht einen vorbestimmten Weg entlang zu einem schon fixierten Ziel. Gendlin hat detailliert beschrieben, welche Beziehungsbedingungen und welche inneren Handlungen erforderlich sind, dass solche Schritte geschehen können und er hat entdeckt, dass sie einer bestimmten Ordnung, der Fortsetzungsordnung, folgen: Sie nehmen z. B. alles mit, was schon da ist und bringen darüber hinaus etwas wirklich Neues.

Dass etwas Neues kommt, darauf ist jede Psychotherapie angewiesen, denn der Klient hat doch schon – oft jahrelang – probiert, mit den vorhandenen Gedanken, Gefühlen und Handlungen sein Problem zu lösen – ohne Erfolg. In der Focusing-Therapie kommt das Neue nicht durch gute Ideen und Vorschläge des Therapeuten, es kommt aus dem Klienten, aus seinem Körper. Aus dem Körper, den Gendlin als den von innen gefühlten Körper versteht, der immer und immer schon in Wechselwirkung ist mit seiner Umwelt, der diese Wechselwirkung, diese Interaktion *ist*. Deshalb „weiß“ der Körper mehr, als uns begrifflich bewusst ist. Er weiß es vorsprachlich, präkonzeptionell, als ganzheitliches Gespür, als Felt Sense. Dieser ist sowohl die Quelle der neuen Schritte, als auch die Prüfinstanz für Impulse und Ideen – beim Klienten *und* beim Therapeuten. Weil der so verstandene Körper in jeder Situation, und sei sie auch noch so verfahren, immer die beste Möglichkeit des Weiterlebens sucht, sind die Schritte, die Antworten, die der Felt Sense impliziert, lebensfördernd, wohltuend und „lösungsorientiert“ – und überraschend, denn sie entsprechen oft nicht unseren Erwartungen, die

ja nichts sind als das, was wir ohnehin schon gewusst haben. Die Felt-Sense-Antworten zwingen uns manchmal, vorgefasste Ziele zu revidieren. Deshalb kann Therapie nicht darin bestehen, bloß Mittel zur Erreichung schon fixierter Ziele zu sein. Nicht einmal Manager gehen heutzutage so vor, jedenfalls nicht die guten.

Focusing-Therapie als „Experenzialisieren“ von Psychotherapie

Ist Focusing-Therapie ein weiteres psychotherapeutisches Verfahren oder gar eine neue Therapie-Schule? Antworten auf diese Frage hängen von der Perspektive ab. Wenigstens drei sind nützlich zu unterscheiden:

(1) Focusing-Therapie gehört ganz sicher zur Familie der unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen im Personenzentrierten Ansatz. Sie weist genügend Eigenständigkeiten auf, um als selbständiges Mitglied dieser Familie gelten zu können.

(2) Focusing kann aber auch als methodisches „Stückchen“ in jeder Spielart der Psychotherapie „benutzt“ werden. Auch ein Verhaltenstherapeut oder ein Psychoanalytiker kann bestimmte methodische Aspekte (wie z. B. Freiraum schaffen oder Bezugnahme auf einen Felt Sense) mit Gewinn in seine Arbeit integrieren. Das würde ich dann aber nicht als Focusing-Therapie bezeichnen. Wenn er dies allerdings erfolgreich tut, wird es vielleicht nicht ausbleiben, dass sich seine ganze Praxis mit der Zeit auf subtile Weise ändern wird.

(3) Umgekehrt verwenden wir in der Focusing-Therapie alle möglichen uns persönlich zugänglichen therapeutischen Methoden. Wenn wir Methoden aus anderen „Schulen“ anwenden, geschieht dies aber immer im Dienst des *einen* Prozesses, der durch Focusing erfahrbar und mit Focusing beschrieben wird: dass der interaktionale und situationale Körper die „richtigen“ Schritte des bestmöglichen Weiterlebens impliziert. Dieser Prozess ist vermutlich universal, die Formen jedoch, ihn zu unterstützen und zu begleiten, sind historisch und kulturell bedingt.

Durch die Methoden, die wir anwenden, lässt sich Focusing-Therapie daher nicht beschreiben oder gar definieren. Nicht was wir tun, sondern *wie* wir es tun, bestimmt, ob es sich um Focusing-Therapie handelt oder nicht. In diesem Sinn ist Focusing-Therapie kein neues psychotherapeutisches Verfahren, sondern ein *Metamodell* und eine *Metapraxis*, die eine große integrative Kraft haben. Focusing-Therapie beschreibt und praktiziert, wie das „Integrieren“ vor sich geht: nicht als Addition von therapeutischen Methoden, sondern durch ihr „Experenzialisieren“. Das bedeutet, kurz gesagt, sie ihres schulenspezifischen konzeptualen Kontexts zu entkleiden und sie auf das Erleben zu beziehen, das hier und jetzt in dieser konkreten

therapeutischen Situation geschieht. Kriterium bleibt immer der Klient, sein „Ich“ und dessen Erleben! *Will* er einen Vorschlag des Therapeuten aufnehmen und *kann* dieser Vorschlag den Erlebensprozess weiterführen?

Fast alles, was wir in der Focusing-Therapie entwickelt haben, hat Gendlin schon auf vielerlei Weise gesagt oder zumindest angedeutet: in den Seminaren, die er etwa auf unseren Focusing-Som-

merschulen gehalten hat (Gendlin, 1996b; Gendlin & Wiltschko, 1999) und in zahlreichen, oft nicht leicht zugänglichen Veröffentlichungen. Hier liegt ein reicher Schatz vor uns, und wir tun nichts anderes, als ihn langsam zu heben: Wir versuchen die Details zu verstehen, uns zu Eigen zu machen und in der Praxis umzusetzen. Und wie das eben bei echten Schätzen so ist: wer sie ausgräbt, wird verändert und verändert gleichzeitig das Ausgegrabene.

Literatur:

- Friedman, N. (1993). Focusing Therapy. *The Focusing Connection*, Vol. X, No. 1, 3–4.
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel, D. Byrne (eds.), *Personality change*. New York: John Wiley, pp. 100–148. Deutsch: (2003²). Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Gekürzt und bearbeitet von Johannes Wiltschko. *Focusing Bibliothek, Studentexte 1*. Würzburg: DAF.
- Gendlin, E.T. (1966). Existentialism and experiential psychotherapy. In C. Moustakas (ed.), *Existential child therapy* (pp. 206–246). New York: Basis Books.
- Gendlin, E. T. (1986). *Let your body interpret your dreams*. Wilmette, Ill.: Chiron. Deutsch: (1987). *Dein Körper – dein Traumdeuter*. Salzburg: Otto Müller.
- Gendlin, E. T. (1996a). *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. New York/London: Guilford. Deutsch: (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Gendlin, E. T. (1996b). *Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen*. Focusing Bibliothek, Band 5. Würzburg: DAF.
- Gendlin, E. T. (1997). The Responsive order: A new empiricism. *Man and World*, 30, 383–411.
- Gendlin, E. T. (2003). Beyond postmodernism: From concepts through experiencing. In R. Frie (ed.), *Understanding experience: Psychotherapy and postmodernism* (pp.100–115). Independence: Routledge.
- Gendlin, E. T. Wiltschko, J. (1997). *Brauchen wir eine Focusing-Therapie?* Focusing Bibliothek, Studentexte 3. Würzburg: DAF.
- Gendlin, E. T. Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- McGuire, K. (1995). *Focusing therapy: theory, research, practice, and training*. Eugene OR: Focusing Northwest.
- McGuire, K. (1996). *Focusing therapy: brief therapy humanistically*. Boston: International Conference Gloucester.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W.W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Wiltschko, J. (1992). Haben Sie schon einmal ein „Selbst“ gesehen? Zur Phänomenologie des Ich. In W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.) *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 13–27). Bergheim: Mackinger.
- Wiltschko, J. (1995). Focusing Therapy. Some basic statements. *The Folio* 14(3), 1–11.
- Wiltschko, J. (1996a). Focusing Therapy. Some fragments in which the whole can become visible. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid, R. Stipsits

- (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 145–162). Frankfurt: Peter Lang. Deutsch: (1995). Focusing-Therapie. *Focusing Bibliothek, Studentexte 4*. Würzburg: DAF.
- Wiltschko, J. (1996b). Wandel beginnt im Körper – auch in der Gesprächs-Therapie. *Personzentriert* 1/96, 7–33.
- Wiltschko, J. (1998). „Körper“ – was ist das eigentlich? Einführung in einen essentiellen Aspekt der Focusing-Therapie. *Psychotherapeuten-Forum* 5(1), 4–9.
- Wiltschko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W. W. Keil, G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 231–264). Wien/New York: Springer.
- Wiltschko, J. (2003). Focusing-orientierte Aufstellungen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 34(1), 29–33.
- Wiltschko, J., Renn, K. (2005). Alle dienen der Königin! Focusing-orientierte, kollegiale Supervision. *Focusing-Journal* 14. Würzburg: DAF, 23–27.
- Wiltschko, J. (2006). Das Einbeziehen des Körpers ins Focusing und in die Focusing-Therapie. *Psychotherapie im Dialog* 2/06, 9–13.

Einige dieser Artikel sind über www.focusing-daf.de und www.focusing.org zugänglich.

Autor:

Johannes Wiltschko, Dr. phil., geb. 1950 in Wien, ist Klientenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder. 1979 wurde er von Eugene Gendlin zum Koordinator des International Focusing Network berufen. Seither arbeitet er daran, Gendlins philosophische und methodische Konzepte in die Psychotherapie und in das Alltagsleben zu übertragen. 1981 gründete er die Internationale Focusing Sommerschule, 1988 das DAF, 1992 die Schriftenreihe „Focusing Bibliothek“ und 1998 die Zeitschrift „Focusing Journal“. Er veröffentlichte über 60 Artikel in Fachzeitschriften und Fachbüchern.

Korrespondenzadresse:

Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie (DAF)
Ludwigstraße 8a, D-97070 Würzburg
info@focusing-daf.de
www.focusing-daf.de

Ladislav Nykl

X. International Forum on the Person-Centered Approach, 7. 5.–12. 5. 2007 – Mallorca

Das zehnte „International Forum on the Person-Centered Approach“ fand diesmal in Mallorca mit über 200 TeilnehmerInnen aus 27 Ländern (Spanien, Rumänien, England, Mexiko, Argentinien, Norwegen, USA, Niederlande, Deutschland, Frankreich, Japan, Italien, Brasilien und andere) statt.

Neben dem Community Meeting, das meist bis zu drei Stunden dauerte, waren jeden Tag etwa sieben parallele Vorträge und Workshops anberaumt. Unter den Vortragenden waren etwa John Amodeo (USA) mit „Using focusing in couples therapy“, Paul Wilkins (UK) mit seinem Workshop „What does it mean to be Person-Centered“, Kazuo Yamashita, Professorin an der Mimasaka University (Japan), mit ihrem Vortrag „My experience on the Person-Centered Approach“, Jaime Roy Doxsey (Brasilien) zum Thema „Person-Centered Learning: old and new challenges“, Gert W. Speierer aus Deutschland, der den Workshop „Facilitation and evaluation of Person-Centred Self-Experiencing Groups“ hielt, und viele andere mehr. Die von Rogers' Theorien abweichenden Ansichten von Ernest E. Meadows (USA) wurden in seinem Workshop „Differences“, den er gemeinsam mit seiner Tochter leitete, von den meisten Teilnehmern nicht geteilt.

Ein Höhepunkt der Konferenz war der Workshop von Natalie Rogers und ihre Anwesenheit überhaupt. Es war beeindruckend, wie intensiv sie sich einzelnen Teilnehmern, wenn diese sie persönlich ansprachen, zuwenden konnte.

In unserem Workshop, geleitet von Renate Motschnig-Pitrik (Österreich), Antonio Santos (Kalifornien) und Ladislav Nykl (Öster-

reich) ernteten wir viel Aufmerksamkeit und Anerkennung für unsere Bemühungen, einen personzentrierten Unterricht an den Universitäten mittels Encountergruppen und „person-centered blended learning“ zu verankern.

Ein wunderschönes Rahmenprogramm in Palma de Mallorca (Empfang der Kulturministerin und der Bürgermeisterin, Folkloreabend, Tanz) stiftete viel Freude. Ein großes Problem der Konferenz bildete jedoch die Sprache: Die Mehrheit der spanisch sprechenden Teilnehmer konnte nicht Englisch; für die englisch sprechende Minderheit war es aber nicht akzeptabel, dass bei vielen Vorträgen und Workshops keine Übersetzung gewährleistet war. Der Konflikt wurde durch die Initiative mancher Teilnehmer gelöst, die beide Sprachen und auch Portugiesisch beherrschten und fließend übersetzen konnten. In anderen Belangen war die Konferenz jedoch sorgfältig vorbereitet und die Organisatoren haben zum Schluss die verdiente Anerkennung bekommen.

Veniamin Kolpachnikov, Professor an der Universität Moskau, der über „The modern development of the Person-Centered Approach“ sprach, bot an, die Konferenz in drei Jahren in Moskau oder St. Petersburg zu organisieren, sein Angebot wurde angenommen. Nach dem hervorragenden Eindruck, den diese Konferenz uns bot, können alle Interessenten davon ausgehen, dass sie in Moskau oder St. Petersburg eine außergewöhnliche Erfahrung zu erwarten haben.

Rezensionen*

Sibylle Neidhart

Mark Galliker & Daniel Weimer: Psychologie der Verständigung. Eine Einführung in die kommunikative Praxis.

Stuttgart: Kohlhammer, 2006. 184 Seiten, ISBN 3-17-018848-8, € 25,00/SFr 43,80

Die Einleitung macht neugierig, verspricht viel. Es wird vom Dreischritt der Verständigung, von Ganzheitlichkeit und Kreismodell gesprochen und ich werde im Vorherein beruhigt: Meist gelinge die Kommunikation; Menschen können sich verständigen und verstehen.

Grundlage jeder menschlichen Kommunikation ist das Miteinander. Kommunikationsfähigkeit setzt von Beginn des menschlichen Lebens an eine Ko-Existenz mit bedeutungsvollen Personen voraus. Es geht um intersubjektive und öffentliche Vermittlung von Bedeutung. Zuhören und die Fähigkeit, sich aufeinander zu beziehen, sind die wichtigsten Voraussetzungen für Kommunikation. Wir nehmen uns im Spiegel der anderen Menschen wahr und geben uns selbst und einander so Bedeutung.

Das erste Kapitel nimmt mich mit an die Ausgangspunkte der menschlichen Verständigung aus phylogenetischer, ontogenetischer und historischer Sicht. Hier fasziniert mich im historischen Teil vor allem der Exkurs zu Knigge, dem mir als Lehrer anständigen Verhaltens bekannten Autor vom Ende des 17. Jahrhunderts. Ich erfahre, dass er mit den Begriffen Aufmerksamkeit, Beachtung, Achtung und Achtsamkeit operierte. Er habe ausgeführt, dass Zuhören, Anteilnahme und Mitempfinden ebenso relevant seien wie Wertschätzung und Übereinstimmung mit sich selbst. Damit habe er in gewisser Weise die wichtigsten Haltungen der personenzentrierten Gesprächsführung, Empathie, positive Beachtung und Kongruenz, vorweg genommen.

Das zweite Kapitel erklärt anhand vieler Beispiele aus verschiedensten Lebenssituationen den dialogischen Dreischritt als Grundeinheit des kommunikativen Austausches: Eine Sprecherin äußert das Interpretandum. Eine zweite Sprecherin gibt ihre Interpretation des Interpretandum wieder, d. h. sie paraphrasiert,

was sie verstanden hat. In der darauf folgenden Qualifikation teilt wiederum die erste Sprecherin mit, ob die zweite sie tatsächlich verstanden hat oder nicht. Die Qualifikation dient somit der Verständnissicherung. Da im Alltag diese Qualifikation oft nicht stattfindet, wird nicht immer sofort festgestellt, ob etwas richtig oder falsch verstanden bzw. interpretiert worden ist. Eine Hörerin kann die Mitteilung in einem anderen Sinne aufnehmen. Kommunikative Kompetenz der Senderin besteht demnach darin zu berücksichtigen, was eine Empfängerin aufgrund ihres mutmaßlichen Erfahrungshintergrundes mit der Mitteilung macht. Ideal ist, wenn es ihr gelingt, jene Erfahrung bei der Zuhörerinnen abzurufen, die der gewünschten Interpretation entspricht. Werden Dreischritte nicht abgeschlossen, entstehen Missverständnisse.

Habe ich den verbalen Dreischritt verstanden, bin ich bereit, im dritten Kapitel zu lernen, dass zu der verbalen Form der Verständigung, die schon sehr viele Hürden und unbewusste oder beabsichtigte Kommunikationsverletzungen birgt, auch paralinguale Formen wie Artikulation, Phonation, Intonation etc. und nonverbale Formen kommen. Der Dreischritt enthält demnach verbale, paralinguale und nonverbale Anteile: Schon eine kleine Veränderung der Stimme kann beispielsweise dazu führen, dass sich die Sprecherin verstanden, eine kurze Unterbrechung des Blickkontakts, dass sie sich nicht verstanden fühlt.

Das vierte Kapitel erörtert Abweichungen vom Dreischritt. Durch Manipulation, Kränkung und Diskriminierung wird der Weg der Verständigung verlassen. Manipulation meint eine versteckte Beeinflussung der Gesprächspartnerin. Die Autoren beschreiben verschiedene Arten der Manipulation und deren Grauzonen. Fehl- und Überinterpretationen führen zu persönlichen Kränkungen; der Gesprächspartner wird oder fühlt sich abgewertet. Diskriminierung

* 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)

meint Abwertungen ganzer Gruppen, die Unterscheidung zwischen In-group und Out-group und die damit verbundene Wertdifferenz.

Spannend kündigt sich das fünfte Kapitel an, das verspricht, die Theorie der interpersonellen Verständigung auf die intrapsychische zu transferieren und die Wechselwirkung zwischen Verständigung und den psychischen Funktionen Emotionen, Denken und Gedächtnis aufzuzeigen. Ich verstehe die Auslösung und Einwirkung von Emotionen durch und auf das Gespräch, die Beschreibung des Dialogs als ein Miteinander-Denken und die Wirkung von Gedächtnisinhalten auf die Verständigung. Der angekündigte Transfer interpersoneller Verständigung auf die intrapsychische erschließt sich mir leider nicht.

Das sechste Kapitel ‚Verständigung und Therapie‘ beschreibt die verändernde Kraft des Zuhörens und schildert Kommunikationsbeispiele aus verschiedenen Betreuungs-, Beratungs- und Therapie-situationen, wobei hier keine grundlegenden Unterscheidungen gemacht werden. Die Haltungen des Personzentrierten Ansatzes werden referiert. Empathie beispielsweise wird als sich auf das Vorgegebene einstellen bezeichnet. Eine möglichst genaue Bezugnahme auf das Interpretandum wird Zurückspiegeln oder verbales Reflektieren genannt. Für eine erfolgreiche Gesprächsführung wird ein impliziter Dreischritt mit möglichst genauer Wiedergabe des Interpretandums gefordert. Schon allein die Paraphrasierung entspreche durch kleinste unwillkürliche semantische Verschiebungen einer Interpretation. Die Kommunikation in der Therapie sei ein wirklichkeitsnahes „Übungsfeld“. Durch den möglichst oft vollzogenen Dreischritt der Verständigung werde das Befinden des Klienten verbessert. Es handle sich dabei um ein befriedigendes neuronales Erregungsmuster, das frühere weniger befriedigende und mit der Zeit auch frühkindliche unbefriedigende Muster zu hemmen vermöge.

Grundlegende Erkenntnisse zur Dialogforschung werden im siebten und letzten Kapitel beschrieben: Der Versuchsleiter beeinflusst in jedem Fall die Untersuchung. Erforschung der Kommunikation

wird selbst zu einer Art Kommunikation. Minimale Botschaften, die unwillkürlich erfolgen und oft unterschwellig sind, beeinflussen die Untersuchungen. Beim Arbeiten mit Texten ist Kontextwissen notwendig. Eigentlich braucht es eine nachträgliche Qualifikation der Interpretation durch die beteiligten Personen. Die Validierung ist letztlich ein kommunikativer Prozess.

Das Buch stellt viele Erkenntnisse der Kommunikationspsychologie anschaulich dar. Teilaspekte und interessante Facetten der Verständigung werden beschrieben und an Beispielen aus verschiedensten Bereichen aufgezeigt. Bei aller Genauigkeit der Beschreibung zeugt der Text von großer Humanität. Der häufige Gebrauch weiblicher Formen hat mir das Angesprochenfühlen erleichtert.

Überblicke ich meine Zusammenfassung dieses Buches stelle ich fest, dass es eine große Gedankenarbeit war, diese Essenzen herauszuschälen. Es sind so viele Themen der Verständigung, mit Ausführungen von Poesie über Mobbing bis zur Altenpflege, aber auch der Kommunikationspsychologie, Neurologie und Philosophie eingepackt, dass es schwer fällt, zentrale Aussagen zu bezeichnen. Ich fühle mich etwas ratlos, unzufrieden, verstimmt: Zusammenhänge und Integration bleiben mir ein Rätsel. Was wollten mir die Autoren nun Zentrales mitteilen? Was verstehe ich nicht, dass ich kein Mehrwerts-Aha-Erlebnis habe? Die einzelnen Erörterungen des Buches haben in mir nicht die versprochene Ganzheitlichkeit erreicht.

Ich wäre gerne in den Dreischritt der Kommunikation mit den Autoren eingestiegen. Zur Verständnissicherung hätte ich ihre Aussagen paraphrasiert, aber auch gefragt, was sie mir mit diesem und jenem haben mitteilen wollen und wie sie nun alle diese Teile zusammensetzen.

Vielleicht könnte ein didaktischer Aufbau mit klarer Zielsetzung und ein roter Faden mit Zusammenfassungen den Lesenden die Rezeption und Verarbeitung der vielen sicherlich grundlegenden und interessanten Informationen erleichtern.

Robert Hutterer

Stephen Joseph & Richard Worsley (Eds.): Person-Centred Psychopathology: A Positive Psychology of Mental Health.

Ross-on-Wye: PCCS Books, 2005. 375 Seiten, ISBN 1-898059-69-1, € 29,90/SFr 55,00/£ 19,00

Dieser von PCCS Books unter der Herausgeberschaft von Stephen Joseph und Richard Worsley im Jahr 2005 veröffentlichte Sammelband trägt einen Titel, der auf die zentralen Zielrichtungen dieses Werkes verweist, darüber hinaus aber auch erläuterungsbedürftig ist.

Mit dem Ausdruck „Person-Centred Psychopathology“ wird eine Thematik aufgegriffen, auf die die Herausgeber die Aufmerksamkeit von zumindest zwei relevanten professionellen Subkulturen

lenken wollten: Die Gruppe der Psychologen und Psychiater, welche die „client-centered therapy“ in der Tradition von Rogers immer als einen Ansatz (CCT, PCA) gesehen haben, der für die Arbeit mit schweren und chronischen Störungen nichts Relevantes hergibt. In der Folge wurde dieser Ansatz in Arbeitsbereichen marginalisiert, die speziell in der Diskussion um eine effektive und ökonomische psychosoziale Versorgung eine wesentliche Rolle spielen. „Person-

Centred Psychopathology“ provoziert aber auch jene Gruppen der Klientenzentrierten und Personenzentrierten Psychotherapeuten, die sich gegen die Sprache der Psychiatrie gewehrt haben und damit die ständig drohende Gefahr der Anlehnung an ein medizinisches Modell abwenden oder wenigstens kontrollieren wollten. Mit der Bemerkung „For too long ... the person-centred community has isolated itself and allowed itself to become marginalised“ stellen Joseph und Worsley die langfristigen Konsequenzen dieser tapferen Wehrhaftigkeit fest.

Eine zentrale Zielrichtung dieses Bandes ist also der Versuch, die theoretischen und praktischen Leistungen und Erfolge unseres Ansatzes im Bereich der schweren Störungen jenen schmackhaft zu machen, die in der Logik des medizinischen Modells denken oder dieser nahe stehen, ohne gleichzeitig den Verdacht zu erwecken, sich selber mit diesem medizinischen Modell in einer oberflächlichen Weise zu arrangieren – eine Gratwanderung, die bis jetzt immer auch in Konfliktfelder geführt hat.

Der Untertitel „A Positive Psychology of Mental Health“ bezieht sich auf eine Entwicklung innerhalb der Mainstream-Psychologie der letzten Jahre, die an die Intentionen der Gründer der Humanistischen Psychologie anschließt. Im Jahr 2000 haben Seligman und Csikszentmihalyi in einem programmatischen Artikel im „American Psychologist“ die Jahrhundertaufgabe definiert, eine Wissenschaft der positiven subjektiven Erfahrung, der positiven individuellen Eigenschaften und der positiven Institutionen zu entwickeln. Diese neue Ausrichtung sollte helfen, die psychische Lebensqualität zu verbessern und vor Pathologien zu schützen. Sie kritisierten die exklusive Konzentration der amerikanischen Psychologie auf das Pathologische und forderten dazu auf, die Aufmerksamkeit auf positive Charakteristika des Lebens wie Hoffnung, Kreativität, Mut, Verantwortung etc. zu richten. Die beinahe wortidenten Formulierungen, die sich bereits in den programmatischen Aussagen der Gründerphase der amerikanischen Humanistischen Psychologie um die Mitte des letzten Jahrhunderts finden, haben einen Aufschrei bei jenen Vertretern der amerikanischen Humanistischen Psychologie ausgelöst, die darin nichts anderes als eine epigonale Trivialisierung bei gleichzeitiger Ignoranz bezüglich der ideengeschichtlichen Wurzeln feststellen konnten. Joseph und Worsley sehen in dieser Wiederbelebung vertrauter Ideen im Gewand der Positiven Psychologie die Chance, metatheoretische Annahmen unseres Ansatzes anschlussfähig zu machen. Sie betreten damit aber auch ein weiteres Spannungsfeld. Denn die Einladung der Positiven Psychologie an humanistische Therapieformen bezieht sich auf Phänomene, die vom Pathologischen abgegrenzt werden, während die Herausgeber gerade die Logik des Pathologischen in personenzentriertes Denken sinnvoll integrieren wollen.

Auf dem Hintergrund dieser beiden theoretischen Spannungsfelder lassen sich die Beiträge des Buches gewinnbringend lesen.

Insgesamt 23 Beiträge – 5 Abschnitten zugeordnet (Introductions, Theory, Contexts, Research, Conclusion) – finden sich auf fast 400 Seiten. Sie wurden überwiegend von prominenten Autoren verfasst, deren Hauptthemen hier beispielhaft genannt werden:

Im einführenden Abschnitt sind jene Beiträge versammelt, die die Problematik dieses Sammelbandes differenziert beleuchten: die Brückenbildung zwischen Personenzentriertem Ansatz und Psychopathologie (Joseph & Worsley) und die Implikationen oppositioneller Einstellungsformen gegenüber medizinischer Behandlung (Sanders).

Im Theorie-Abschnitt wird die Relevanz der personenzentrierten Theorie für das Verständnis von Psychopathologie thematisiert (Wilkins), das Verhältnis von Authentizität und Entfremdung von einer anthropologischen Perspektive (Schmid), der Begriff des Bösen als Bezugspunkt für eine Logik des Pathologischen (Worsley). Eine Verbindung von Psychiatrie und Klientenzentrierter Psychotherapie auf der Basis eines neuen Verständnisses von Komplementarität (Sommerbeck) und das Problem der Diagnose in der Personenzentrierten Therapie (Wilkins) sind weitere theorielastrige Beiträge.

Der Abschnitt „Sections“ behandelt vor allem therapeutische Anwendungen auf schwere und chronische psychische Störungen: Die Herstellung eines therapeutischen Kontakts mit psychotischen Klienten als Gegenmittel zur psychotischen Entfremdung (Van Werde), die Behandlung von antisozialen Persönlichkeitsstörungen (McCulloch), von post-traumatischen Störungen (Joseph), der Umgang mit langfristigen Leidenszuständen nach Kindesmissbrauch (Hawkins), die Arbeit mit Behinderten (Pörtner) und mit autistischen Kindern (Knibbs & Moran).

Forschung ist ebenfalls ein zentrales Thema dieses Sammelbandes. Ein wichtiger Beitrag ist eine Übersicht und Zusammenfassung jener Forschungsarbeiten, die die kritische Bedeutung von Beziehungsfaktoren für den therapeutischen Erfolg beleuchten. Speziell die Relevanz von Empathie, positiver Wertschätzung und Kongruenz finden sich in der einschlägigen Forschung (Bozarth & Motomasa). Ein weiterer Beitrag versucht jene Missverständnisse zu identifizieren und aufzuklären, die in der Anwendung der CCT auf psychotische Klienten häufig bestehen (Sommerbeck) und kommt zu der Schlussfolgerung, dass CCT besonders passend und angemessen für diese Klientengruppe ist, speziell in Verbindung mit therapeutischen Praktiken der „Pre-Therapy“.

Insgesamt: Die Autoren dieses Sammelbandes sind in der Lage, die intendierten Brücken zu bilden. Sie geben Einblick in ihre Arbeit und zeigen auf, wie sich der PCA mit Psychopathologie befasst, und stellen eine Bandbreite von unterschiedlichen Perspektiven zur Verfügung. Die am Beginn angesprochenen theoretischen Spannungsfelder werden zwar nicht vollständig aufgelöst, aber die Beiträge des Buches enthalten reichhaltige Ressourcen für ein differenziertes Problembewusstsein und für weitere Fragestellungen. Sie sind hervorragend geeignet, das Forschungsinteresse in Bezug auf die Thematik Psychopathologie voran zu treiben.

Jobst Finke

Dave Mearns & Mick Cooper: Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy.

London: Sage, 2005. 200 Seiten, ISBN 0-7619-4458-3, € 28,00/SFr 49,80/£ 18,99

In den ersten Kapiteln dieses Buches stellen die Autoren, D. Mearns als Personenzentrierter und M. Cooper als existentieller und Personenzentrierter Psychotherapeut, ihr Konzept einer betont beziehungs-zentrierten Psychotherapie vor. Die „relational depth“, also die „Beziehungstiefe“, sehen sie als ein besonders durch Unmittelbarkeit und Echtheit gekennzeichnetes Merkmal von Beziehung an, durch das die innersten und eigentlichsten Möglichkeiten und Wirklichkeiten der an dieser Beziehung beteiligten Personen angesprochen werden. Die Autoren berufen sich dabei auf die Dialog- und Begegnungsphilosophie und auch auf die interpersonelle Wende in der Psychoanalyse. Hinsichtlich der Personenzentrierten Psychotherapie stehen sie natürlich vor allem dem späteren Rogers mit seinem dialogischen Prinzip des „person to person“ nahe und sie grenzen sich hier gerade in Bezug auf eine konsequent dialogische Position z. B. von der „Process-experiential therapy“ bzw. „Emotion-focused therapy“ ab.

Als Voraussetzungen für das Entstehen von „Beziehungstiefe“ bzw. für ein „deep encounter“ beschreiben Mearns und Cooper ein besonders intensives Verwirklichen der sechs Kernmerkmale. In durchaus bewegenden Worten schildern sie die Präsenz des Therapeuten als ein unmittelbares, authentisches Zugegensein, in dem der Psychotherapeut mit dem ganzen existentiellen Kern seiner Person dem Klienten zur Verfügung steht und sich diesem mit einer ebenso engagierten wie zutiefst bejahenden Grundhaltung zuwendet. Neben dieser grundsätzlich affirmativen Einstellung bewirkt auch das Bemühen um Empathie, dass der Psychotherapeut den Klienten im Kern seines Wesens berührt und sich in einem permanenten Vollzug von Gegenseitigkeit auch von diesem berühren lässt. So kommt es zu einem wechselseitigen Mitfühlen und Sich-Abstimmen, zu einem unmittelbaren Austausch von existenziellen Erfahrungen und Erwartungen. Dieses Ineinanderschwingen, dieses jeweils in den Anderen Hineingezogensein scheint manchmal fast zu einer Auflösung der Ich-Grenzen zu führen. Jedenfalls berichten die Autoren, dass die Teilnehmer eines solchen „deep encounter“ quasi in einen anderen Bewusstseinszustand geraten, einem Zustand einerseits der Trance, andererseits der erhöhten Wahrnehmungs- und Aufnahmefähigkeit. Der jeweils Andere würde wie ein faszinierendes Rätsel, wie ein Wunder empfunden, und er soll auch so erlebt werden. Die wahrgenommenen Phänomene sollen nicht auf bereits Bekanntes hin interpretiert und reduziert werden, sollen nicht nach vorgegebenen Kategorien, z. B. diagnostischer Art, verortet werden, sollen nicht als „Probleme“ isoliert betrachtet werden.

Diese Beschreibungen wirken auf den Leser als beeindruckender Appell an einen existentiellen Aufschwung, als eindringlicher Aufruf zur kommunikativen Daseinssteigerung und dialogischer „Eigentlichkeit“. Und gleichzeitig fragt er sich betroffen, wie solche existentiell-kommunikative Außerordentlichkeit im Praxisalltag zu verwirklichen sei. Werden Therapeuten hier nicht überfordert? Ist es angemessen, von Therapeuten (gegenüber anderen „Dienstleistern“) ein solches Sondersoll an Moralität und dialogischer „Existentialität“ zu fordern und müssen solche Forderungen, da kaum erfüllbar, auf die Dauer nicht zur Heuchelei führen? Und werden nicht vielleicht auch manche Klienten überfordert, die soviel „Beziehungstiefe“ als beängstigend oder bedrängend erleben könnten? Müsste das Ausmaß dieses vertieften Beziehungsangebotes nicht also diagnosebezogen (störungs-, persönlichkeits- oder prozessdiagnostisch) gehandhabt werden?

Auch ergibt sich die Frage, wie die oben angedeutete Forderung nach Reflexionsverzicht zu bewerten ist. Wenn sich der Therapeut so nachdrücklich und, wie von den Autoren gefordert, ohne die Möglichkeit einer kritisch reflektierenden Distanznahme in die Beziehung „involvieren“ lässt, könnte es dann nicht zu „neurotischen“ Verstrickungen und zu einem undurchschauten „Mitagieren“ des Therapeuten kommen und quasi zu einer „folie à deux“, durch die unangemessene Beziehungserwartungen und dysfunktionale Interaktionsmuster bestätigt und verstärkt werden? Die Autoren versichern zwar, dass bei einem Arbeiten in wirklicher „relational depth“ keine Übertragungen und keine Abhängigkeitsreaktionen, also keine „neurotischen“ Prozesse, entstehen würden, aber darf man dem bei Klienten jedweder Form von Gestörtheit vertrauen? In dem Buch findet sich öfter der Hinweis, dass Therapeuten in ihren Klienten nicht so sehr das Krankhafte sehen, sondern dass sie die ihnen begegnenden Phänomene als im Grunde etwas Gesundes verstehen sollten. So berechtigt die Kritik an einem primär defizitorientierten Wahrnehmen und Denken in der Psychotherapie auch ist (schon weil durch solches Denken die Klienten entmutigt und ihre Ressourcen gerade nicht aktiviert würden), so gibt es doch auch eine problematische Angst vor jeder Form einer „Pathologisierung“, die erkennt, dass die Möglichkeit von Krankheit und Störung gerade auch zur existentiell verstandenen *conditio humana* gehört, und die sich ungewollt identifiziert mit einer Diskriminierung alles Krankhaften.

Die durchaus bewegende Schilderung des innigen Ineinanderschwingens von Therapeut und Klient in der „relational depth“, lässt auch die Frage aufkommen, ob es sich hier wirklich noch um

den Vollzug eines *einfühlenden Verstehens* handelt. Max Scheler hatte strikt zwischen Einfühlung und *Einsfühlung* unterschieden. Beim ersteren bleibt eine innere Distanz bestehen und der Sich-Einfühlende ist sich seines Andersseins stets bewusst. Bei der *Einsfühlung* aber kommt es zu einer identifikatorischen Verschmelzung und zu einer Gefühlsansteckung und insofern kann hier nur noch miterlebt und miterlitten, aber nicht mehr *verstanden* werden. Im vorliegenden Buch ist der Empathie ein längeres Unterkapitel gewidmet, in dem jedoch vom Verstehen des Klienten als einem Erfassen seiner Gefühle, Motive und Erfahrungen kaum die Rede ist. Das Ziel, das Selbstverstehen und die Selbstaufklärung des Klienten zu vertiefen durch Korrektur verzerrter Symbolisierungen, also das emanzipatorische Durchschauen von Selbsttäuschungen, scheint in diesen Schilderungen nicht bedeutsam zu sein.

Dieser Eindruck des Propagierens eines durch Reflexion unbeschädigten und störungsfernen Beziehungserlebens um seiner selbst willen ändert sich jedoch sehr, wenn man sich dem eher behandlungspraktisch ausgerichteten Teil des Buches zuwendet. Die Autoren erweisen sich hier als erfahrene, umsichtige, die Schwierigkeiten und Belastbarkeit ihrer Klienten besonnen einschätzende und durchaus auch „funktional“ denkende Praktiker, die sich aber gerade hierdurch in einen Widerspruch zu ihrer beziehungstheoretischen Rhetorik bringen. Sie erwähnen zunächst die Möglichkeit, dass die Fähigkeit der Klienten, es zu einer wirklich tiefen Begegnung kommen zu lassen, begrenzt sein kann und sie räumen, zumindest implizit, insofern ein, dass man in der Psychotherapie sehr wohl mit so etwas wie Gestörtheit rechnen und (im weitesten Sinne des Wortes) diagnoseorientiert vorgehen muss. Störungstheoretisch erörtern sie Ursachen und Folgen bzw. Äußerungsformen von Störungen tiefer Beziehungsfähigkeit. Zu den Ursachen zählen sie negative Beziehungserfahrungen in der Kindheit, z. B. sehr an Bedingungen geknüpfte und auch sehr ambivalente Zuwendung seitens der Eltern, emotionale Über- und Unterstimulation. Die Folgen dieser Störungen sehen sie in Ängsten und Depressionen, Gefühlen quälender Einsamkeit und Kontaktstörungen, also Symptomen und „Problemen“, die sie in ihrem Verhältnis zur Persönlichkeit vorwiegend aus der Sicht einer personenzentrierten Störungstheorie untersuchen. Auch im weiteren Praxisteil des Buches zeigen die Autoren die Fähigkeit und Bereitschaft erfahrener Therapeuten zur nüchternen Beobachtung und Interpretation des Klientenverhaltens sowie kritischer Bewertung ihres eigenen Tuns.

Es werden zwei Behandlungsfälle von Mearns ausführlich vorgestellt. Im ersten geht es um die Therapie eines Klienten mit einer Alkoholabhängigkeit. Durch das Transkript von Tonbandaufzeichnungen ist es hier möglich, das konkrete Vorgehen, bei dem der Autor/Therapeut sehr geschickt die beiden Seiten der Inkongruenz

des Klienten miteinander ins Gespräch bringt, genau zu verfolgen. Der Autor unterzieht sodann, ganz im Sinne moderner Wissenschaftlichkeit, sein eigenes Vorgehen einer kritischen Analyse, indem er es aus der Perspektive des distanzierten Beobachters auf das Erreichen bestimmter Ziele hin (z. B. Vertiefung des Selbstverstehens des Klienten) beurteilt. Der zweite Fall handelt von einer traumabedingten Störung bei einem schwerstkontaktgestörten Klienten (dieser ist fast mutistisch). Der Autor/Therapeut reflektiert die Abwehr- bzw. Selbstschutzsysteme des Klienten und richtet danach sein Vorgehen aus. Um überhaupt mit dem Klienten in Kontakt zu kommen und langsam eine Beziehung zu etablieren, setzt er, wie er ausdrücklich formuliert, „Strategien“ ein. Eine davon besteht darin, in bestimmten Situationen die Beziehungstiefe nicht zu forcieren, sondern mit dem Beziehungsangebot eher einen Schritt zurückzugehen, um den Klienten nicht zu bedrängen und ihn seinerseits zur Beziehungsaufnahme herauszufordern. Auch in den weiteren Kapiteln geben die Autoren wertvolle behandlungstechnische Ratschläge und Hinweise.

In den Schlussbetrachtungen des Buches rücken sich die Autoren dann aber leider doch wieder in einen absoluten Gegensatz zu sogenannten ziel- und outcome-orientierten Ansätzen, die beklagenswerter Weise sich an Diagnosen orientieren, Strategien und Techniken einsetzen und denen unterschiedslos eine partikularistische, nur problem-isolierende, mechanistische und vor allem nicht prozess- und nicht eigentlich personorientierte Sichtweise unterstellt wird. Der objektivistischen Attitüde moderner Wissenschaftlichkeit stellen sie kategorisch ihre, wie sie schreiben, „postmoderne“, d. h. ganzheitliche, prozessorientierte sowie beziehungs- und erlebens- (anstatt reflexions-)zentrierte Position entgegen. Da ist es tröstlich, durch einen Blick auf das Vorhergesagte zu wissen, dass die konkreten Anforderungen der therapeutischen Praxis die verschiedenen Richtungen (gerade auch innerhalb des personenzentrierten Spektrums) doch viel näher zueinander bringen, als ihr theoretisches Selbstverständnis es jeweils wahrhaben will.

Es wäre schön gewesen, wenn die Autoren die Synthese von „moderner“ und „postmoderner“ Position, die sie faktisch praktizieren, auch ausdrücklich konzeptualisiert hätten. Da aber dieses Buch, wenn auch ganz unausgesprochen, von dieser für die Personenzentrierte Psychotherapie so bedeutsamen und zukunftsweisenden Synthese handelt, ist es schon deswegen lesens- und empfehlenswert. Lesenswert ist es auch wegen der Gründlichkeit der Fallbeschreibungen, die hier auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen therapeutischen Vorgehen einschließt. Aus dem Letzteren ergibt sich ein weiterer Gewinn, nämlich die direkten und indirekten behandlungspraktischen Hinweise im Umgang mit schwierigen Klienten.

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“ gestaltet auf Diskette 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@aon.at

oder

c/o Univ.-Prof. Christian Korunka, Institut 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)
- Stichwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text, 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.

