

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1 | 2006

10. Jahrgang

Thema:

Der Personzentrierte Ansatz in Medizin und klinischer Psychologie

Herausgegeben von Jobst Finke und Ludwig Teusch

FACHBEITRÄGE

- Christian Brandt & Klaus Heinerth:* **Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung** 5
- Gert-Walter Speierer:* **Das Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit** 14
- Hildegard Böhme & Ludwig Teusch:* **„Die Fakten sind freundlich“: Effektivität der Gesprächspsychotherapie unter stationären Bedingungen** 21
- Jobst Finke:* **Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Depression. Therapietheoretische Voraussetzungen und Behandlungskonzepte eines störungsbezogenen Ansatzes** 29
- Brigitte Macke-Bruck:* **Nicht-enden-wollender Schmerz. Personzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliative Care Team** 43
- Matthias Barth, Michael Schaub:* **Ressourcen der Personzentrierten Psychotherapie in der Behandlung drogenabhängiger Klienten** 55
- John Keith Wood:* **Großgruppenarbeit und der „Zustand der Mitte“. Die Auswirkungen von Gruppe, einfühlsamem Dialog und innovativem Lernen** 64

REZENSIONEN

78

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle 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-1060 Wien, Otto-Bauer-Gasse 5/14
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, Diether Höger, Mark Galliker, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Judith Reimitz-Filipic, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

Fachbeirat von PERSON (Stand 30. 6. 2006)

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 Fehring, Andrea Felnemeti, 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, Christian Metz, 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, 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 Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz

Herausgeber dieses Hefts

Jobst Finke und Ludwig Teusch

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

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

PERSON

10. Jg. 2006, Heft 1

Thema: Der Personzentrierte Ansatz in Medizin und klinischer Psychologie

Herausgegeben von Jobst Finke und Ludwig Teusch

Inhalt

Editorial 3

Fachbeiträge

Christian Brandt & Klaus Heinerth

Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung 5

Gert-Walter Speierer

Das Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit 14

Hildegard Böhme & Ludwig Teusch

„Die Fakten sind freundlich“: Effektivität der Gesprächspsychotherapie unter stationären Bedingungen 21

Jobst Finke

Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Depression. Therapietheoretische Voraussetzungen
und Behandlungskonzepte eines störungsbezogenen Ansatzes 29

Brigitte Macke-Bruck

Nicht-enden-wollender Schmerz. Personzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliative Care Team 43

Matthias Barth & Michael Schaub

Ressourcen der Personzentrierten Psychotherapie in der Behandlung drogenabhängiger Klienten 55

John Keith Wood

Großgruppenarbeit und der „Zustand der Mitte“. Die Auswirkungen von Gruppe, einfühlsamem Dialog
und innovativem Lernen 64

Rezensionen

Franz Berger

Janet Tolan: Skills in Person-Centred Counselling and Psychotherapy 78

Mark Galliker

Marlis Pörtner: Alt sein ist anders. Personzentrierte Betreuung von alten Menschen 80

Mark Galliker

Gerald Hüther: Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern 81

Editorial

Die Beiträge des vorliegenden Heftes sind zum Teil hervorgegangen aus dem Symposium „Der Personenzentrierte Ansatz in der Medizin“ auf dem von den deutschsprachigen Vereinigungen des PZA 2004 in Salzburg veranstalteten Kongress. Da inzwischen in dieses Heft noch drei andere Arbeiten aufgenommen wurden, erscheint eine thematische Begrenzung auf die Medizin nicht mehr gerechtfertigt. Will man dennoch an einen Rahmenthema für dieses Heft festhalten, so wäre eine Formulierung wie „Der Personenzentrierte Ansatz in Medizin und klinischer Psychologie“ angemessen. Denn alle Beiträge, der von Wood ist hier auszunehmen, befassen sich mit „klinischen“ Fragen, d. h. mit psychischen Störungen und dies entweder in störungstheoretischer oder in therapietheoretischer und -praktischer Hinsicht.

Die Arbeit von Brandt & Heinerth handelt von dem für die personenzentrierte Störungstheorie so zentralen Thema der Inkongruenz und der damit verbundenen Symbolisierungstheorie. Nach Rogers ist bekanntlich sowohl die verzerrte wie die ausbleibende Symbolisierung (die Autoren sprechen hier von versperonter Symbolisierung) organismischer Erfahrungen Folge der Inkongruenz. Mit luziden Überlegungen plädieren die Autoren dafür, in diesem Unterschied zwischen verzerrter und versperonter Symbolisierung ein Differentialekriterium zwischen „klassischen Neurosen“ und Persönlichkeitsstörungen zu sehen. Bei neurotischen Störungen liegt demnach eine verzerrte, bei Persönlichkeitsstörungen, vor allem vom Typ der emotional instabilen Persönlichkeit, eine versperonter Symbolisierung vor. Dabei soll die Symbolisierungsversperonter den Autoren auch als ein die Persönlichkeitsstörung erklärendes Konstrukt dienen. Selbst wenn man sich hier einem vornehmlich symbolisierungstheoretischen Ätiologiekonzept nicht vorbehaltlos anschließen mag, so stellt diese Arbeit doch eine interessante Anregung für die personenzentrierte Theoriebildung dar.

Gert Speierer fokussiert in seinem Beitrag das für die personenzentrierte Persönlichkeits- und Störungstheorie ebenfalls wichtige Konstrukt des Selbst bzw. der Selbsterfahrung und des Selbstkonzeptes. Anhand empirisch erhobener Befunde zeigt der Autor Unterschiede im Bereich von Selbsterfahrungen zwischen Normalpersonen und psychisch Gestörten, u. a. auch angesichts belastender Lebensereignisse, auf. Diese Untersuchungen bestätigen zumindest indirekt die schon öfter angestellte Vermutung, dass ein stabiles Selbstkonzept eine bedeutsame Basis dafür ist, auch unter Belastungen keine psychische Störung auszubilden.

Mit der Arbeit von Teusch & Böhme wird die therapiekonzeptionelle Thematik angesprochen. Hier ist von der stationären Gesprächspsychotherapie die Rede. Sie u. a. auch deswegen besonders erwähnenswert, da es leider im Gegensatz zur Psychoanalyse/Tiefenpsychologie und zur Verhaltenstherapie nur wenige Arbeiten zur PZT im stationären Setting gibt. Besonders hervorzuheben sind hier aber die referierten empirischen Wirksamkeitsuntersuchungen, die (in kontrollierten Studien) für die Gesprächspsychotherapie sehr gute Ergebnisse erbrachten und dies auch im Vergleich mit verhaltenstherapeutischer Expositionstherapie einerseits und mit Psychopharmaka andererseits.

Der Beitrag von Finke skizziert zum einen die wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen und Implikationen einer störungsbezogenen Gesprächspsychotherapie bei depressiven Störungen sowohl in Gegenüberstellung wie im Versuch einer Synthese mit dem „postmodernen“, gegenüber jeder Zweckrationalität und Therapieplanung kritisch eingestellten Therapiekonzept von Rogers. Vor allem aber wird die entsprechende Behandlungspraxis leitlinienartig und in ihren charakterischen Grundzügen so beschrieben, dass die im Personenzentrierten Ansatz angelegte Komplexität des therapeutischen Vorgehens deutlich wird.

Die folgenden Beiträge betonen die personenzentrierten Grundhaltungen jenseits einer funktionalen Beschreibung von Therapiekonzepten und Handlungsregeln.

Brigitte Macke-Bruck stellt die Bedeutsamkeit der therapeutischen Kernmerkmale bei Schmerzpatienten dar, und dies vor allem aus der Sicht des therapeutischen Teams. Dabei werden besonders die Schwierigkeiten geschildert, die die Mitglieder eines solchen Teams mit dem empathischen Zugang zu (krebserkrankten) Schmerzpatienten, aber auch mit sich selbst haben kann. Wege, die aus solchen Schwierigkeiten hinausführen, werden überzeugend dargestellt.

Schaub & Barth schildern den personenzentrierten Zugang zu Drogenabhängigen. Die Autoren wollen ausdrücklich nicht ein komplettes, besondere Problemlagen berücksichtigendes Behandlungskonzept für diese schwierige Klientel vorlegen. Es geht ihnen vielmehr darum zu zeigen, wie konstruktiv sich gerade bei einem nicht abstinentenorientierten Ansatz die ressourcenmobilisierende, selbstwertstärkende Verwirklichung der therapeutischen Kernmerkmale auswirken kann.

Der Beitrag von Wood handelt, wie der Autor ausdrücklich darlegt, nicht von Psychotherapie im engeren Sinne. Es geht bei dem hier erörterten Großgruppenkonzept nicht um die Behandlung von psychisch Kranken, sondern um die Möglichkeit, kreative Selbsterfahrungs- und Entwicklungsprozesse bei psychisch weitgehend stabilen Personen anzustoßen. Wood beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit besonders mit außerordentlichen, z. B. hypnagogen, auch ekstatischen, Bewusstseinszuständen, wie sie gerade in bestimmten Großgruppen auftauchen können. Da mit außerordentlichen Bewusstseinszuständen auch schon psychotherapeutisch gearbeitet wurde, z. B. im Rahmen von Imaginativverfahren, des Autogenen Trainings und der Hypnose, dürfte es vorwiegend das Kriterium der Gruppengröße sein, das zwischen „therapeutisch“ und „nicht therapeutisch“ scheidet. Denn ab einer bestimmten Gruppengröße ist dem Therapeuten ein steuerndes Begleiten des einzelnen Mitgliedes nicht mehr möglich. Gerade dies aber ist (insbesondere beim Arbeiten mit veränderten Bewusstseinszuständen)

eine Vorbedingung für verantwortliches therapeutisches Handeln gegenüber psychisch Gestörten.

Es scheint in diesem Heft etwas von der „Vielgesichtigkeit“ des Personenzentrierten Ansatzes auf. Wir begrüßen diese „vielen Gesichter“. Wir sehen darin ein Zeichen der Vitalität unseres Ansatzes und einen Grund für die Reichweite seiner Anwendungsmöglichkeiten. Bei der in diesem Heft gezeigten Vielgestaltigkeit werden neben unterschiedlichen Positionen die gemeinsamen Grundüberzeugungen deutlich.

Jobst Finke & Ludwig Teusch

Wir danken Herrn Wolfgang Keil für die freundliche Unterstützung bei der Herausgeberarbeit.

Christian Brandt & Klaus Heinerth

Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung

Zusammenfassung: Die Inkongruenz einer Person kann zwischen verschiedenen Erfahrungsbereichen variieren. Für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen wurden in klientenzentrierten Therapien charakteristische Inkongruenzkonstellationen aufgezeigt, bei denen relevante Bereiche organismischer Erfahrung weitgehend von der Selbsterfahrung ausgeschlossen erscheinen, während andere Erfahrungsbereiche ausreichend symbolisiert wirken. Teilbereiche der organismischen Erfahrung sind in diesem Fall für die Selbsterfahrung versperrt. Als Grundlage werden chronische Störungen bei der Symbolisierung von Erfahrung vermutet. In einer klinischen Pilotstudie sollten an einer Stichprobe emotional instabiler Jugendlicher die angenommenen Versperrungen der selbstbezogenen Symbolisierung aufgezeigt werden. Das Muster der empirisch gefundenen Daten unterstützt das theoretische Konstrukt und zeigt Aspekte des klientenzentrierten Verständnisses der Borderlinepathologie auf.

Stichwörter: Inkongruenz; Borderline-Persönlichkeitsstörung; versperrte Symbolisierung

Abstract: Dysfunctions in symbolization-processes and Borderline-personality-disorder. *The incongruence of a person may vary between different domains of experience. In person-centered therapies characteristic forms of incongruence were found for personality-disorders: some important domains of organismic experience seem to be nearly excluded from self-experience, while others seem to be accurately symbolized. Parts of organismic experience, in other words, seem to be "blocked". This is explained by chronic dysfunctions of symbolization-processes. In a first clinical study the assumed gaps of self-focused symbolization should be shown in a sample of adolescents with signs of Borderline-personality-disorder. The empirical results give support to the theory and help to understand BPD in a person-centered way.*

Keywords: *Incongruence; Borderline-personality-disorder; "blocked" symbolization*

I. Ableitung der Hypothesen

Die Hypothesen der hier vorgestellten Untersuchung (Brandt, 2005) wurden aus einem komplexen theoretischen Konstrukt zur Erlebnisverarbeitung abgeleitet, das im klientenzentrierten Diskurs aus der therapeutischen Praxis rekonstruiert wurde (vgl. Rogers, 1951/1983; 1959/1987; Biermann-Ratjen et al., 2003; Heinerth, 1997; 2002; 2003). In klientenzentrierten Therapieprozessen zeigen sich deutliche Unterschiede, inwieweit eine Person es vermag, ihre eigene organismische Erfahrung als Selbsterfahrung zu verstehen. Die Unterschiede tauchen dabei nicht nur zwischen verschiedenen Personen auf, sondern auch zwischen verschiedenen Bereichen organismischer Erfahrung. So kann eine Person beispielsweise eine gute Selbstexploration im Bereich expansiver Bedürfnisse, aber wenig Selbstverstehen für bindungsrelevante Erfahrungen aufweisen. Die Inkongruenz einer Person variiert in diesem Sinn über verschiedene Erfahrungsbereiche.

Ausgangspunkt der untersuchten Hypothesen ist die therapeutische Beobachtung, dass Personen in bestimmten Erfahrungsbereichen eine besonders stabile, umfassende und tiefgehende Inkongruenz aufweisen können, mit der kein intrapersonales Inkongruenzerleben der Betroffenen korrespondiert (Heinerth, 1997; 2002; Ehlers, 2002). Die Beobachtung zeigt, dass der Selbstexploration einer Person diese Bereiche nicht spontan zugänglich sind, sie erscheinen – obwohl organismisch bei dieser Person offenbar gegeben – für die Selbsterfahrung „versperrt“ (Heinerth, 2002). Es wirkt so, als sei die organismische Erfahrung dieses Bereichs von den selbstbezogenen Symbolisierungsprozessen einer Person, ihrer Selbstaktualisierung, generell ausgeschlossen.

Heinerth wählt bei der theoretischen Rekonstruktion dieses Phänomens als Basismetapher das Bild des *Erfahrungsraums*: „Das Selbstkonzept kann als ein Haus gedacht werden, das, obwohl schon vorhanden, mit seinen verschiedenen Räumen bewohnt, das heißt in zwei Schritten erst betreten und dann eingerichtet werden muss.“

Das Selbstkonzept hat viele Räume, die den Grunderfahrungen des Menschen entsprechen, nämlich seinen Bedürfnissen und ihren Befriedigungen. Die Räume haben Bezeichnungen wie Bindungserfahrung, Aggressionserfahrung, die Erfahrung richtig zu sein etc.

Manche Räume sind, obgleich sie vorhanden sind, nicht zugänglich, weil sie keinen Namen haben. Sie haben keinen Namen, weil sie bisher nicht betreten wurden.

Sie werden nicht betreten, weil sie unbekannt und bedrohlich sind, und weil es keinen Führer gibt, mit dem zusammen man einen solchen Raum explorieren könnte, der Phänomene, Begriffe und Zusammenhänge benennt. So bleiben sie unzugänglich, versperrt, obgleich ein dumpfes Bewusstsein davon besteht, dass sie existieren, allein schon deshalb, weil andere von ihren Häusern berichten, in denen es solche Räume gibt. Diese unzugänglichen Räume entsprechen den versperrten Symbolisierungen“ (Heinerth, 2002, S. 153).

Reale Inkongruenz

Als Folge fehlender Symbolisierung kann der Fall eintreten, dass mit einem interpersonal wahrnehmbaren Affektzustand einer Person keine Selbsterfahrung der organismischen Erfahrung durch diese Person korrespondiert. Rogers beschreibt einen solchen Fall als „reale Inkongruenz“ (Rogers, 1961/2002, S. 330). Die gegebene organismische Erfahrung wird in dieser Inkongruenzkonstellation nicht falsch oder verzerrt in die Selbsterfahrung übertragen, sie ist vom Selbstaktualisierungsprozess ausgeschlossen. Die Inkongruenz zwischen Erfahrung und Selbsterfahrung ist bei dieser Konstellation so vollständig, dass die Person ihrer nicht gewahr werden kann; sie manifestiert sich jedoch personal als „spezifische Reaktionsbereitschaft beziehungsweise Störanfälligkeit“ (Finke, 1994, S. 108). Psychopathologisch erscheinen solche „spezifischen Reaktionsbereitschaften“ als Symptome gestörten Erlebens. Im klientenzentrierten Verständnis handelt es sich um affektiv spezifizierte Verhaltensbereitschaften, deren Besonderheit darin liegt, dass sie „durch organische Bedürfnisse und Erfahrungen verursacht werden, die nicht symbolisiert wurden“ (Rogers, 1951/1983, S. 439). Wird eine solche Aktionsbereitschaft in tatsächliches Verhalten umgesetzt, das durch die nicht symbolisierte organismische Erfahrung organisiert ist, erscheint die entsprechende Verhaltenssequenz „vom Selbstkonzept losgelöst“ (ebd.) zu sein und außerhalb intentionaler Kontrolle zu stehen. Es ist dem Individuum „nicht zu eigen“ (ebd.). Im Selbsterleben der Person kann kein Gewahrsein der organismischen Information entstehen, auf deren Grundlage der desintegrierte und ausagierte Aktionsimpuls verständlich würde. Die organismische Aktualisierungstendenz, als deren Ausdruck die Aktionsimpulse zu verstehen sind, bleibt bezüglich der symptomatischen Impulse ohne Symbolisierung und ist so von der Selbsterfahrung abgetrennt. Eine solche Inkongruenz-Konstellation lässt sich als Dissoziation zwischen Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungsprozess verstehen

(Höger, 1993) und wird von einer „konflikthafter“ oder „sekundären“ Inkongruenz unterschieden (Biermann-Ratjen & Swildens, 1993).

Versperrte Symbolisierung

Betrachtet man die Selbstaktualisierung heuristisch vereinfacht als Übertragungsprozess von Erfahrung in Selbsterfahrung, ist dieser Prozess im Fall konflikthafter Inkongruenz verzerrt, im Fall einer Dissoziation versperrt. Im ersten Fall weicht die im Selbstkonzept repräsentierte Bedeutung einer Erfahrung von der organismischen Repräsentation dieser Erfahrung ab, die selbstbezogene Repräsentation ist in Relation zur organismischen Bewertung verzerrt (Heinerth, 2002; Biermann-Ratjen et al., 2003). Im Fall einer Versperrung korrespondiert mit einer prinzipiell symbolisierungsfähigen und relevanten organismischen Erfahrung demgegenüber weder eine korrekte, noch eine verzerrte, sondern keine Selbsterfahrung (Heinerth, 2002; 2003).

Wie lassen sich entsprechende Ausfälle der Selbsterfahrung einer Person theoretisch begründen? Rogers unterscheidet hierzu zunächst zwei Aspekte eines Widerspruchs von Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz (Rogers, 1951/1983):

- Organismische Information bleibt ohne selbstbezogenes Wissen,
- Selbstannahmen erfolgen ohne organismische Fundierung.

Hinsichtlich des Übertragungsprozesses von Erfahrung in Selbsterfahrung handelt es sich im ersten Fall um einen falsch-negativen Fehler: die „Körpererfahrung“ enthält vieles, was nicht in der „Selbststruktur“ erscheint; im zweiten Fall um einen falsch-positiven: die Selbststruktur beinhaltet eine Bewusstheit von manchem, was organismisch nicht gegeben ist (vgl. Rogers, 1951/1983, S. 455).

Rogers versucht das Phänomen falsch-negativer Symbolisierung mit dem Begriff der „Leugnung“ von Erfahrung zu fassen (ebd., S. 434ff.), die Argumentation gerät dabei aber in Widersprüche. Auf der einen Seite wird Leugnung konsistenztheoretisch als Folge semantischer Unvereinbarkeit einer organismischen Information mit dem bestehenden Selbstkonzept verstanden, auf der anderen Seite gilt der falsch-negative Fehler als Ausdruck fehlender Symbolisierung.

Rogers muss für dieses Konzept unter Anlehnung an den Begriff der Subzeption die Möglichkeit einer präsymbolischen semantischen Analyse von Erfahrung diskutieren, die von der Selbststruktur ausgeht beziehungsweise auf das Selbstkonzept bezogen ist und die in der Lage ist, die Symbolisierung von Erfahrung zu verhindern (ebd., S. 437ff.). Gegenüber spezifischen semantischen Inhalten hat ein solches Konzept der „Wahrnehmungsverleugnung“ (Rogers, 1959/1987, S. 31) Plausibilität, wobei anzunehmen ist, dass in diesem Fall nicht die Symbolisierung als solche abgewehrt wird,

sondern die akkurate Integration der symbolisierten Erfahrung in die gegebene Selbststruktur und die Gewährwerdung (Heinerth, 2002; Biermann-Ratjen et al., 2003). Die konstante Versperrung ganzer Erfahrungsbereiche oder Affektqualitäten scheint durch diesen bedeutungsbezogenen Mechanismus nicht erklärbar. Liegen generalisierte Ausfälle der Selbsterfahrung einer Person vor, lassen sie sich durch das von Heinerth entwickelte Erklärungsmodell schlüssiger begründen (Heinerth, 1997; 2002; 2003; Brandt, 2005).

Symbolisierungsfunktion

Im Zentrum des Modells stehen die klientenzentrierten Annahmen zur Symbolisierung von Erfahrung. Im Unterschied zum weiter gefassten Begriff der Repräsentation ist der im klientenzentrierten Diskurs verwendete Begriff Symbolisierung in jedem Fall an die Existenz einer Gruppe und ihres geteilten Zeichensystems gebunden. Die Symbolisierung integriert den bezeichneten Sachverhalt in ein System sozial geteilter Bedeutungen. Die im klientenzentrierten Modell vor allem interessierenden Sachverhalte sind die organismischen Erfahrungen einer Person. Als Ausgangspunkt dieser Erfahrungen werden organismische Bedürfnisse betrachtet; verschiedene Umwelten erzeugen aus diesen Bedürfnislagen affektiv verschieden ausgerichtete organismische Zustände und Aktionssimpulse. Die spezifische Relation Bedürfnis-Umwelt ist in diesem Sinn affektiv repräsentiert und liegt als organismische Erfahrung der Person vor (Heinerth, 1990). Die Übersetzung dieser Erfahrung in eine Selbsterfahrung und die Möglichkeit ihrer Gewährwerdung sind an die Symbolisierung gekoppelt (Rogers, 1959/1987).

Rogers unterscheidet theoretisch zwischen der „Fähigkeit“ und der „Tendenz“ eines Individuums, Erfahrungen exakt im Gewährsein zu symbolisieren (Rogers, 1959/1987, S. 59). Im klientenzentrierten Diskurs wurde wiederholt angemerkt, dass auf die Entwicklung dieser hochkomplexen Fähigkeit sehr verschiedene Kräfte einwirken. Zu nennen sind unter anderem konstitutionell-biologische Faktoren, verknüpft mit dem axiomatischen Begriff der „Aktualisierungstendenz“ (Rogers, 1959/1987, S. 21; vgl. auch Höger, 1993; Finke, 2004), und soziokulturelle Entwicklungsbedingungen, auf die aus klientenzentrierter Perspektive insbesondere Pfeiffer eingeht (Pfeiffer, 1989; 1994). Als dritter Faktorenkomplex steht im Zentrum des therapeutischen Ansatzes bekanntlich die erfahrene soziale Feinfühligkeit und Wertschätzung in signifikanten Beziehungen. Ungünstige Erfahrungen in diesem Bereich können im Sinne Speierers „sozialkommunikative Inkongruenzursachen“ sein (Speierer, 1995, S. 122). Das Differentielle Inkongruenzmodell grenzt diese bekanntlich von den „dispositionellen“ und den „lebensereignisbedingten“ Inkongruenzquellen ab (ebd., S. 123). Die Frage, in welchem Verhältnis diese Faktorenkomplexe auf die psychische Entwicklung einer Person und die Störungsgenese

einwirken, ist Gegenstand entwicklungspsychopathologischer Forschung (aktuelle Übersichten bei Blanz et al., 2006; Schlottke et al., 2005). Sicher ist, dass die Fähigkeit einer Person, ihre Erfahrung zu symbolisieren, sich nicht autark, ohne eine Phase „ko-konstruktiver“ sozialisatorischer Interaktion ausbilden kann (vgl. etwa Oerter & Noam, 1999; Lindesmith & Strauss, 1983). Die Beobachtungen der Bindungsforschung lassen darauf schließen, dass der Erfahrung ausreichender interaktiver Feinfühligkeit und angemessener begleitender Verbalisierung in den frühen Bindungsbeziehungen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung selbstregulativer und selbstrepräsentativer Kompetenzen zukommt (vgl. Grossmann & Grossmann, 2001).

Aus klientenzentrierter Sicht setzt die Möglichkeit selbstempathischer Symbolisierung organismischer Erfahrung Interaktionserfahrungen voraus, in denen die organismischen Signale empathisch aufgegriffen und verbal korrekt symbolisiert wurden (Heinerth, 2002, S. 152ff.). Die Symbolisierungsfunktion einer sich entwickelnden Person muss in diesem Sinn interaktiv angeleitet werden, damit im Entwicklungsverlauf selbstorganisierte Symbolisierungsprozesse möglich werden. Die grundlegenden Symbolisierungen erfolgen in der frühen Interaktion mit den Bindungspersonen (Höger, 1990; Biermann-Ratjen et al., 2003). Die selbstbezogene Symbolisierung der eigenen Erfahrung einer Person ist nur möglich, „wenn in der Ontogenese eine Empathie durch eine Bindungsperson dem Individuum geholfen hat, sich selbst zu verstehen“ (Heinerth, 2002, S. 157).

Differentielle Symbolisierungsfähigkeit

Das von Heinerth formulierte Modell postuliert, dass die Symbolisierungsfähigkeit einer Person sich, abhängig von den bedeutsamen Interaktionserfahrungen qualitativ unterschiedlich für verschiedene Erfahrungsbereiche entwickelt (Heinerth, 2002). Konstituiert werden die verschiedenen Erfahrungsräume durch wiederkehrende organismische Bedürfnislagen und die mit ihnen verknüpften Affekte. Unzureichende frühe Empathieerfahrung hinsichtlich eines bestimmten Erfahrungsraums kann dazu führen, dass dieser Erfahrungstyp später nicht selbstempathisch symbolisiert werden kann. Die entsprechenden organismischen Bedürfnis- und Affektlagen bleiben dann der Selbsterfahrung und der personalen Gewährwerdung entzogen. Für andere Bereiche organismischer Erfahrung, die in der frühen Interaktion zureichend empathisch aufgegriffen wurden, kann sich dagegen bei der gleichen Person eine elaborierte Symbolisierungsfähigkeit entwickeln. Heinerth betrachtet die Symbolisierungsfähigkeit einer Person in diesem Sinn als eine personale Kompetenz, deren individuelles Profil sich in Zusammenhang mit den frühen Empathieerfahrungen differentiell über verschiedene Typen organismischer Erfahrung ausformt.

Auswirkungen auf die Selbstregulation

Versperrungen der Symbolisierungsfunktion im hier verstandenen Sinn sind Fähigkeitsausfälle, die die betroffenen organismischen Erfahrungsbereiche der Selbstexploration und der Gewährwerdung mit hoher Zeit- und Situationsstabilität entziehen. In dieser Form verringerte Offenheit einer Person für ihre eigene Erfahrung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit ungünstige Auswirkungen auf deren Selbstregulation haben. Bereiche relevanter organismischer Erfahrung sind nicht in das personale Erleben integriert; die entsprechenden organismischen Informationen und Aktionsimpulse bleiben der Person unverständlich und sind für die intentionale Selbststeuerung nicht verfügbar. Für das Selbsterleben ist infolge dieser Konstellation unter anderem das Auftreten organismisch begründeter Spannungszustände zu erwarten, deren emotionale Bedeutung nicht entschlüsselt werden kann. Für die Selbstregulation kann ein Schwanken abgeleitet werden zwischen Kontrollverlustzuständen, in denen Impulse aus den desintegrierten Erfahrungsbereichen „durchbrechen“, und Zuständen organismisch nicht „rückgekoppelter“ intentionaler Selbststeuerung (Heinerth, 1997).

Heinerth betrachtet chronische Versperrungen des Symbolisierungsprozesses als grundlegendes Defizit persönlichkeitsgestörter Menschen, kasuistisch entwickelt und belegt wurde das Erklärungsmodell insbesondere in der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Heinerth, 1997; 2002). Es ist bekannt, dass bei der Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen auch dispositionelle Faktoren und die Lebensereignisse der Person wirksam sind (vgl. Herpertz & Herpertz-Dahlmann, 2003, Herpertz & Saß, 2003, Herpertz-Dahlmann, 2003). Als störungsspezifisch werden im hier vorgestellten Ansatz die Defizite der Symbolisierungsfähigkeit angesehen. Die charakteristischen Störungen des Selbsterlebens und der Selbstregulation persönlichkeitsgestörter Menschen werden dabei als Folge einer chronisch beeinträchtigten Symbolisierungsfunktion verstanden. Im Zentrum steht die These, dass Bereiche organismischer Erfahrung bei Persönlichkeitsstörungen nicht in ein bedeutungsvolles und bewussteinfähiges Format gebracht werden können. Diese Beeinträchtigung wird als eine besonders tiefe und umfassende Form von Inkongruenz verstanden, die sich qualitativ von neurotisch-verzerrten Inkongruenzkonstellationen unterscheidet und zu abrupten affektiven Dysregulationen und inkonsistentem Selbsterleben führt (Heinerth, 2002; 2003).

Die Symbolisierung des organismischen Erfahrungsfeldes ist neben einem Übersetzungs- auch ein Auswahlprozess. Die Qualität der Selbstregulation und des Selbsterlebens variiert unter anderem mit der Offenheit des Auswahlprozesses. Es ist zunächst davon auszugehen, dass systematische Störungen von Auswahl und Übersetzung zu größerer und stabilerer Inkongruenz zwischen Selbsterfahrung und organismischer Erfahrung führen als zufällige Störungen. Bleiben bei der Auswahl darüber hinaus ganze relevante Erfahrungstypen systematisch versperrt, wie Heinerth es für die

Persönlichkeits-Pathologien annimmt, ist eine deutlich geringere Validität des Selbsterfahrungsmusters zu erwarten, als dies bei Verzerrungen innerhalb der relevanten Erfahrungskategorien der Fall wäre. Chronisch versperrte Symbolisierungsprozesse können in diesem Sinn mit einer Stichprobenziehung verglichen werden, bei der relevante Bereiche der Grundgesamtheit systematisch ausgeschlossen bleiben, während neurotisch-verzerrte Symbolisierungsprozesse vergleichbar einer Quoten-Erhebung alle relevanten Bereiche repräsentieren, aber innerhalb der jeweiligen Kategorien Auswahlverzerrungen auftreten.

Liegen Versperrungen der Symbolisierungsfunktion hinsichtlich relevanter organismischer Erfahrungsbereiche der Person vor, sind erhebliche und chronische Störungen im Informationsverarbeitungsprozess zu erwarten. Heinerth beschreibt diese Störungen als *desorganisierte* Verarbeitung und grenzt sie in Anlehnung an Rogers von neurotisch-abwehrenden Verarbeitungsmustern ab (Heinerth, 2002, S. 152). Abwehrende Verarbeitung meint, dass das Selbst an sich intakt ist und im Bemühen, sich intakt zu halten, bestimmte Informationen abwehren muss. Desorganisation hingegen bedeutet, dass die „organisierte Ganzheit des Selbst“ (ebd., S. 152) zeitweise nicht vorhanden ist, entweder überhaupt nicht aufgebaut wurde oder unter zu großer Belastung zusammenbricht. Desorganisiertes Verhalten im Sinne der borderlinetypischen affektiven Dysregulation entsteht, „wenn das Selbstkonzept keine Kategorien bereithält, die ablaufenden organismischen Prozesse zu verstehen“ (ebd., S. 152).

Störungstypische Selbstkonzeptorganisation

Der kasuistisch belegte Zusammenhang zwischen emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und versperrter Symbolisierung wurde im Rahmen einer klinischen Pilotstudie an einer jugendpsychiatrischen Stichprobe untersucht (Brandt, 2005). Im Untersuchungsdesign werden Versperrungen der Symbolisierungsfunktion als Defizite der konzeptgesteuerten Informationsverarbeitung operationalisiert. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass chronische Ausfälle der Symbolisierungsfunktion zu einem partiellen Mangel relevanter Selbstschemata führen. Das Selbstkonzept einer Person wird klientenzentriert bekanntlich aufgefasst als eine aus Selbsterfahrungen gebildete Struktur (Rogers, 1959/1987). Der frühe und chronische Ausfall von Selbsterfahrung hinsichtlich eines bestimmten organismischen Erfahrungstyps muss dazu führen, dass das Selbstkonzept der betroffenen Person hinsichtlich dieses organismischen Erfahrungsbereichs ohne ausreichende Repräsentanz bleibt. Bezüglich dieses Bereichs der eigenen organismischen Erfahrung wird das Selbstkonzept der Person eine „Lücke“ aufweisen (Heinerth, 2002). Diese markiert einen strukturellen Mangel in der Fähigkeit, Erfahrung als Selbsterfahrung zu erfassen.

Aus dieser selbsttheoretischen Perspektive geht die Untersuchungsmethode davon aus, dass die postulierten Versperrungen der

Symbolisierungsfunktion sich in adjektivistischen Selbstbeschreibungen emotional instabiler Probanden nachweisen lassen. Es wird dabei vorausgesetzt, dass bezüglich versperrter Erfahrungsbereiche die Zuordnung von Eigenschaften erschwert ist, während nicht betroffene Bereiche bei der gleichen Person unauffällig symbolisiert werden. Das beobachtbare Selbstbeschreibungsmuster einer Person, bei der Versperrungen der Symbolisierungsfunktion auftreten, müsste demnach größere Unterschiede zwischen verschiedenen Erfahrungskategorien aufweisen als das Selbstbeschreibungsmuster einer Person, bei der keine Erfahrungsbereiche von Versperrung betroffen sind. Bei Gültigkeit der Annahmen sollte sich in einer klinischen Stichprobe dieser spezifische Unterschied zeigen. Denn während angenommen wird, dass die Selbstrepräsentation von Personen mit gestörter Persönlichkeitsentwicklung durch versperrte Symbolisierungsprozesse strukturell fragmentiert ist, werden für andere klinische Störungsbilder keine solchen Versperrungen vermutet.

II. Methode und Ergebnisse

Die Pilotuntersuchung wurde im Jahr 2003 mit freundlicher Unterstützung durch Chefarzt Dr. Joachim Jungmann durchgeführt. Untersucht wurde eine Inanspruchnahmepopulation an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof Weinsberg. Zielgruppe waren stationär oder ambulant behandelte Patienten zwischen 13 und 18 Jahren. Generell ausgeschlossen waren Behandlungen im Rahmen gerichtlicher Unterbringungen, desorientierte Patienten oder Patienten mit geistigen Behinderungen. Die Probanden wurden gemäß ihrer Hauptdiagnosen in die *Untersuchungs-* oder die *Vergleichsgruppe* eingeteilt. Die Diagnosevergabe erfolgte nach den diagnostischen Kriterien des ICD-10, unabhängig von der hier beschriebenen Untersuchung (Remschmidt et al., 2001). Die Diagnosen wurden durch verschiedene Rater gestellt, abgesichert durch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003). In die Untersuchungsgruppe aufgenommen wurden Patienten mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen *Emotional instabiler Persönlichkeitsstörung* (ICD-10 F60.30/F60.31), sowie unter bestimmten Zusatzbedingungen Patienten mit der Diagnose einer *Sonstigen kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* (ICD-10 F92.8/F92.9). Die Diagnose einer *kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* ist eine besondere Klassifikationsmöglichkeit des ICD-10 für Kinder und Jugendliche. In der Praxis wird diese Diagnose insbesondere bei jüngerem Alter der Patienten als Alternative zur Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung herangezogen. Probanden mit entsprechenden Diagnosen wurden in die Untersuchungsgruppe aufgenommen, wenn in der psychopathologischen

Befunddokumentation das gemeinsame Vorliegen von *Interaktionsstörungen*, *Störungen von Stimmung und Affekt* und *Selbstschädigung* beziehungsweise *Suizidalität* gegeben war.

Die Vergleichsgruppe hat einen größeren Umfang als die Untersuchungsgruppe, um diagnostische Heterogenität der Vergleichsprobanden zu ermöglichen. Ausgeschlossen wurden neben den beschriebenen Indexdiagnosen andere *Persönlichkeitsstörungen* und *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Der Umfang der Gesamtstichprobe wurde so gewählt, dass die Durchführung exakter Signifikanztests ohne Verteilungsannahmen möglich war. Im Erhebungszeitraum nahmen 39 Patienten an der Befragung teil. Von diesen konnten 9 Probanden nicht in die Auswertung aufgenommen werden; in zwei Fällen war zum Untersuchungszeitpunkt keine ausreichend klare Abgrenzung zwischen emotional instabiler und psychotischer Störung möglich, in zwei Fällen waren die psychopathologischen Zusatzkriterien zur Aufnahme in die Untersuchungsgruppe bei *Kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen* nicht erfüllt. In den übrigen ausgeschiedenen Fällen lagen die Ausschöpfungsraten der Itemkategorien im negativen Erlebensbereich unterhalb der kritischen statistischen Grenze von mindestens 4 gewählten Items, hiervon war keine bestimmte Diagnosegruppe besonders betroffen.

10 Probanden mit Zeichen einer emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklung und 20 Vergleichsprobanden mit Störungsbildern außerhalb des Spektrums von Persönlichkeitsstörungen/emotionaler Instabilität wurden hinsichtlich einer adjektivistischen Selbstbeschreibung verglichen, die sie mittels einer Auswahl aus der *Eigenschaftswörterliste* vorgenommen hatten (Janke & Debus, 1978). Jedes der dargebotenen 88 Adjektive war einer von sieben affektiv spezifizierten Erfahrungskategorien zugehörig, wobei diese Zugehörigkeit in der Befragung verdeckt war. In der Liste impliziert waren die Erfahrungskategorien *Leistungsbezogene Aktivität*, *Allgemeines Wohlbehagen*, *Extraversion* sowie *Allgemeine Desaktivität*, *Emotionale Gereiztheit*, *Ängstlichkeit/Deprimiertheit*, *Introversion* (vgl. Janke & Debus, 1978). Bei der Rohauswertung wurde im Sinne einer quantitativen Inhaltsanalyse für jeden Probanden ermittelt, zu welchem Prozentsatz die mögliche Itemzahl pro Kategorie bei der Selbstbeschreibung ausgeschöpft wurde. Um Stimmungskongruenzeffekte oder sozial erwünschte Auswahl Tendenzen bei der Auswertung zu neutralisieren, wurden die Ausschöpfungsraten der „positiven“ und „negativen“ Kategorien getrennt verglichen.

Die zentrale operationale Hypothese lautete, dass die Selbstbeschreibungen der emotional instabilen Probanden eine erhöhte individuelle Ausschöpfungsvarianz über die verglichenen Kategorien aufweisen würden. Anders formuliert, es wurde erwartet, dass die individuellen Selbstbeschreibungsmuster der Indexprobanden gegenüber der Vergleichsgruppe größere Unterschiede zwischen „starken“ Kategorien (als Ausdruck elaborierter Selbstkonzeptbereiche) und „schwachen“ Kategorien (als Indikator versperrter Selbstaspekte) aufweisen.

Diese Annahme konnte für die Kategorien aversiver Erfahrung mit $p < .01$ angenommen werden. Die Selbstbeschreibungsmuster der emotional instabilen Probanden weisen über die Kategorien *Allgemeine Desaktivität*, *Emotionale Gereiztheit*, *Ängstlichkeit/Deprimiertheit*, *Introversio*n signifikant größere Ausschöpfungsunterschiede auf als die Beschreibungsmuster in der Vergleichsgruppe.

Als Kontrollvariablen wurden Schulbildung, Alter und Geschlecht herangezogen. Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich mit $p < .05$ zwischen der Homogenität der Selbstbeschreibungsmuster und der Schullaufbahn der Probanden. Der Zusammenhang entsprach der Erwartung, dass höhere Schulbildung aufgrund elaborierterer verbaler Kompetenz mit homogeneren Selbstbeschreibungsmustern korreliert sein würde, war dabei allerdings mit $r(\text{bis}) = 0,46$ erwartungsgemäß schwächer als der gefundene Zusammenhang zwischen der Ausschöpfungshomogenität und der diagnostischen Gruppenzugehörigkeit ($r(\text{bis}) = 0,65$). In der Gruppe der emotional instabilen Probanden waren höhere Schullaufbahnen gegenüber der Vergleichsgruppe unterrepräsentiert, ob infolge eines störungsbedingten social drift oder anderer Faktoren muss hier offen bleiben. Der Einfluss der Schullaufbahn auf den untersuchten Zusammenhang zwischen Diagnosegruppe und Itemausschöpfung wurde bei der weiteren Auswertung statistisch neutralisiert. Die Signifikanz der zentralen Hypothese bleibt auch bei Bestimmung der Partialkorrelationen mit $p < .01$ erhalten.

Von Versperrung betroffene Selbstaspekte einer Person müssen prinzipiell in zwei Relationen identifiziert werden: im Vergleich zur Elaboration anderer Selbstkonzeptbereiche dieser Person und im Vergleich zu ihrer relevanten organismischen Erfahrung. Eine spezifische intraindividuelle „Absenkung“ der Symbolisierung eines bestimmten Erfahrungsbereichs ist als ein notwendiges, aber noch kein hinreichendes Kriterium zur Identifizierung einer Versperrung anzusehen. Hinzutreten muss prinzipiell der Nachweis, dass mit der abgesenkten Symbolisierung eine unterrepräsentierte Erfahrung korrespondiert, das heißt ein Erfahrungsraum organismisch angelegt, aber nicht ausreichend als Erfahrungskategorie im Selbstkonzept repräsentiert ist.

In der Untersuchung konnten die latenten Muster organismischer Erfahrung nicht direkt erfasst werden, so dass kein unmittelbarer Vergleich von Erfahrungs- und Selbstbeschreibungsmustern eines Probanden möglich war. Eine Untersuchungsannahme war jedoch, dass Bezugspersonen tatsächliche affektive Muster der Probanden prinzipiell wahrnehmen können und versperrte Symbolisierung zu einer erhöhten Abweichung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung führt.

Im Sinne dieser Erwartung wurde vorausgesagt, dass die Differenz zwischen den Selbstbeschreibungen der Probanden und korrespondierenden Fremdbeschreibungen durch bedeutsame Bezugspersonen in der Untersuchungsgruppe größer als in der Vergleichsgruppe ausfallen würde. Um diese Erwartung zu prüfen, wurden die Mütter der Probanden um eine Fremdbeschreibung ihres

Kindes mittels der auch den Jugendlichen dargebotenen Itemliste gebeten.

Besteht zwischen der organismischen Erfahrung und der Selbsterfahrung einer Person eine Diskrepanz, die nicht von der betroffenen Person, aber von der sozialen Umgebung wahrgenommen wird, bezeichnet Rogers diesen Zustand als, wie bereits ausgeführt, als *reale Inkongruenz* (Rogers 1961/2002, S. 330). Eine erhöhte Abweichung zwischen Selbst- und Fremdbeschreibung in der Indexgruppe kann in diesem Sinn unter bestimmten Bedingungen als Indikator realer Inkongruenz verstanden werden. Voraussetzung ist hierbei, dass die Beurteilungskompetenz der Eltern keine systematische Differenz zwischen den beiden untersuchten Gruppen zeigt. Dies konnte im Untersuchungsdesign nicht stillschweigend als erfüllt betrachtet werden. Es ist davon auszugehen, dass die Kindheit von Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Durchschnitt erhöhte Belastungen der Eltern-Kind Beziehungen aufweist. Genannt werden in der Literatur unter anderem eine hohe Rate von Mutter- oder Vatersubstituten, Vernachlässigung und Zurückweisung (Ludolph et al., 1990; Paris et al., 1988). Typischerweise werden die Eltern durch Borderline-Patienten ungünstig bewertet (Baker et al., 1992).

Die Genese von Persönlichkeitsstörungen wird, wie eingangs dargelegt, auch im hier vorgestellten, symbolisierungstheoretischen Modell in Zusammenhang mit verringerter Fähigkeit zur Empathie und Feinfühligkeit der primären Bezugspersonen gesehen (Heinerth, 1997; 2002). Allerdings schließt es sich nicht grundsätzlich aus, dass Empathiedefizite im Sinne verringerter Einfühlung in die Bedürfnisstruktur des Gegenübers vorliegen und zugleich affektive Muster im Sinne einer Fremdbeobachtung korrekt wahrgenommen werden können. Blockiert wäre in diesem Fall nicht die Wahrnehmung des Affekts, sondern des darin liegenden interaktionellen Bedürfnisses (Heinerth, 2002, S. 158ff).

Um die Beurteilungsgüte der Elternurteile abschätzen zu können, erfolgte eine zweite Durchführung unter der Bedingung einer „zirkulären“ Beschreibung. Diese Kontrollbefragung erfolgte mit der Instruktion an die Mütter, ihre Beschreibungen möglichst so vorzunehmen, wie ihre Kinder sich selbst beschreiben würden. Vorausgesetzt wurde, dass Abweichungen aufgrund von verringerter Beurteilungsgüte sich sowohl in der einfachen Fremdbeschreibung wie der Kontrollbedingung, Abweichungen infolge realer Inkongruenz sich vorrangig in der einfachen Fremdbeschreibung manifestieren würden.

Die beobachteten Profilaabweichungen zwischen Selbst- und Fremdbeschreibung fielen im Sinne der Erwartung in der Indexgruppe signifikant größer aus als in der Vergleichsgruppe ($p = .013$). Aufgrund der Ergebnisse der Kontrollbefragung kann davon ausgegangen werden, dass die gefundene Diskrepanz nicht auf systematische Empathieunterschiede zwischen den Müttern der Index- und der Vergleichsprobanden zurückgeführt werden muss. Der Effekt spricht für das Vorliegen einer spezifischen Inkongruenzkonstellation in der Indexgruppe im Sinne der theoretischen Erwartung.

III. Schlussfolgerungen

Das Muster der empirisch gefundenen Daten ist als ein Beitrag zur Validierung des symbolisierungstheoretischen Konstruktes zu verstehen. Die Studie vermag dabei auch Aspekte des klientenzentrierten Störungsverständnisses der emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklung vom Borderlinetypus zu verdeutlichen.

Gesprächspsychotherapie wurde wiederholt als geeignete Behandlungsmethode der Borderline-Pathologie aufgezeigt (vgl. Überblick bei Finke, 2004). Ein zentrales Behandlungsthema ist dabei die störungstypische affektive Dysregulation. Borderlinetypische Störungen der Affektregulation betreffen insbesondere den Bereich aversiven Erlebens. Klinische Untersuchungen haben gezeigt, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen häufiger, länger und intensiver aversive Anspannung erleben, jedoch Schwierigkeiten haben, dabei Emotionen zu differenzieren (Bohus, 2002, S. 14; Stiglmayr et al., 2001). Es ist daher klinisch plausibel, dass sich in der hier vorgestellten Pilotstudie für den „positiven“ Erfahrungsbereich keine systematischen Gruppenunterschiede zeigen, für den Bereich unerwünschter Erfahrung hingegen Auswirkungen versperrter Symbolisierung im Sinne der Untersuchungshypothese angenommen werden können. Die Ergebnisse der Studie deuten auf eine besondere Schwierigkeit der emotional instabilen Probanden hin, bestimmte Bereiche negativen Erlebens zu symbolisieren.

Die in der Untersuchungsgruppe angezeigten Symbolisierungsdefizite lassen auf ein spezifisches Überforderungsrisiko der emotional instabilen Probanden gegenüber bestimmten situativen Konstellationen schließen, deren emotionale Bedeutung nicht angemessen symbolisiert werden kann. Zwar wurde in der Untersuchung keine Voraussage getroffen, welche Bereiche organismischer Information von versperrter Symbolisierung betroffen sein würden. Es ergaben sich jedoch plausible Differenzen zwischen den Gruppenprofilen.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in der Gruppe emotional instabiler Probanden die Bereiche *Allgemeine Desaktivität* und *Introversio*n von Versperrungen betroffen sind. Die Items dieser Kategorien hatten in der Indexgruppe ein abgesenktes Zuordnungspotential, sowohl im Vergleich mit den anderen Erfahrungskategorien, wie gegenüber der Fremdbeurteilung. In der Untersuchung umfasste die Kategorie *Allgemeine Desaktivität* Erlebensweisen von Erschöpfung, Interesseverlust und Energielosigkeit („nachlässig, energielos, kraftlos, passiv, schwerfällig, langsam, geistesabwesend, lasch, abgespannt, abgeschafft, erschöpft, müde“). Die Kategorie *Introversio*n beinhaltete Erlebensweisen von Alleinsein, Einsamkeit, Isolation („einsilbig, ungesellig, schweigsam, verschlossen, abgekapselt, menschenscheu“, sowie „einsam, abgelehnt“).

Ist die Symbolisierungsfunktion einer Person in diesen Erlebensbereichen versperrt, sind als Auslöser für Krisen Situations-typen zu erwarten, mit denen normalpsychologisch das Erleben von

Erschöpfung oder von Einsamkeit korrespondiert. Beide Erlebenszustände sind normalpsychologisch aversiv, doch kann eine Person sie bei angemessener Symbolisierung in der Regel als vorübergehende Zustände verstehen und bewältigen. Borderlinepatienten weisen gegenüber beiden Situationstypen dagegen gehäuft eine maladaptive Verarbeitung auf (vgl. Trautmann-Sponsel & Zaudig, 2003).

Die Angst, verlassen zu werden und in eine sozial isolierte Situation zu geraten, gilt als ein Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung; das DSM-IV spricht explizit von einer „Unfähigkeit alleine zu sein“ (American Psychiatric Association, 1994, p. 735). Die Betroffenen erleben entsprechende Situationen häufig als existenziell bedrohlich und entwickeln typischerweise dysfunktionale Vermeidungs- und Kontrollstrategien (Trautmann-Sponsel & Zaudig, 2003; Sachse, 2001). Sowohl die spezifische Angst, in eine isolierte Situation zu geraten, wie auch das pathologische Vermeiden des Alleinseins werden als störungswertige Folgen einer verringerten Bewältigungskompetenz in diesem Erfahrungsbereich verstanden (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003; Sachse, 2000). Als entscheidendes Defizit ist im hier dargelegten Verständnis allerdings die grundlegende Beeinträchtigung anzunehmen, das Empfinden von *Alleinsein* angemessen zu symbolisieren.

Auch hinsichtlich des vermuteten Symbolisierungsdefizits im Bereich *Allgemeiner Desaktivität* lässt sich ein plausibler klinischer Zusammenhang erkennen. Klinisch zeigen Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regel eine besondere Form der Stressintoleranz mit raschen Wechseln zwischen überangepasster Aufgabenerfüllung einerseits und krisenhaften Erleben beim Eintreten bestimmter Schwellenwerte oder spezifischer situativer Konstellationen andererseits. Die Betroffenen erleben affektive Dysregulationen in entsprechenden Situationen typischerweise als plötzlich einsetzend mit einschließenden aversiven Spannungszuständen, die keiner kategorialen Emotion zugeordnet werden können (vgl. Bohus, 2002). Aus symbolisierungstheoretischer Perspektive kommt es dabei zum Umschlag zwischen einem pseudostabilen Erlebenszustand, in dem relevante organismische Belastungszeichen aufgrund fehlender Symbolisierung der Selbsterfahrung nicht zugänglich sind, und einem Zustand desorganisierten Kontrollverlusterlebens, in dem die organismische Erschöpfung sich manifestiert.

IV. Ausblick

Die Berechtigung der kategorialen Unterscheidung versperrter und verzerrter Symbolisierungsstörungen sollte empirisch weiter belegt werden. Zu klären wäre dabei nicht nur, inwieweit Bereiche nicht symbolisierter Erfahrung bei Patienten mit gestörter Persönlichkeitsentwicklung größer und umfassender sind als bei anderen klinischen Gruppen, wünschenswert sind auch weitergehende empirische Untersuchungen zu den vermuteten qualitativen

Beeinträchtigungen der Symbolisierungsfähigkeit. In der vorliegenden Studie sollten Effekte versperrter Symbolisierung auf die Selbstrepräsentation aufgezeigt werden. Die qualitative „Tiefe“ der Beeinträchtigung müsste im Rahmen eines Designs untersucht werden, das stärker auf implizite Informationsverarbeitungsprozesse abzielt.

Ein klientenzentriertes Therapieziel in der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Menschen ist die Aktivierung der Symbolisierungsfunktion der Person für nicht symbolisierte Erfahrungsbereiche. Ein solcher Prozess setzt spezifischen psychologischen Kontakt in einer als bedeutsam erlebten Beziehung voraus. Vieles deutet darauf hin, dass hilfreicher Kontakt zu den als „versperrt“ umschriebenen Erfahrungsbereichen schwerer herstellbar ist als zu anderen Bereichen gestörten Erlebens. Aus der hier vorgestellten Sicht erfordert psychisches Wachstum persönlichkeitsgestörter Menschen organismusbezogene Empathieerfahrungen in einem von

Versperrung betroffenen Erfahrungsbereich, die im zweiten Schritt akkurat verbalisiert werden (Heinerth, 2002; 2003). Vergleichbar zum kindertherapeutischen Vorgehen wird Einfühlung in die nicht symbolisierten Erfahrungsbereiche zunächst durch die therapeutische „Interaktionsresonanz“ (Behr, 2002) vermittelt. Hinsichtlich der versperrten Bereiche muss Empathie erst prozedural verwirklicht werden, durch ausreichend feinfühliges Beantworten der nicht symbolisierten organismischen Bedürfnisse, um eine anschließende Symbolisierung der versperrten Kategorien organismischer Erfahrung zu ermöglichen. Therapietheoretisch schließt hier die Diskussion an, welche Kommunikationsformen psychologischen Kontakt mit den versperrten Erfahrungsbereichen eines Klienten in der Therapiebeziehung herzustellen vermögen und therapeutisch angemessen sind (Heinerth, 1997; 2002; Keil, 1997; 2002); notwendig ist in diesem Zusammenhang auch die Indikationsklärung klientenzentrierter Körperkontakts (Heinerth, 1997; 2003; Korbei, 2002).

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Behr, M. (2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 95–122). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1 – Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes (S. 57–142). Köln: GwG-Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie*, 9., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. In D. Schulte, K. Grawe, K. Hahlweg & D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie*, Bd. 14. Göttingen: Hogrefe.
- Brandt, C. (2005). *Selbstbezogene Symbolisierungsmuster emotional instabiler Jugendlicher. Eine klinische Pilotstudie zur klientenzentrierten Theorie pathogener Symbolisierung*. München. Regensburg: Roderer (zugleich Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München).
- Ehlers, B. (2002). Störungskonzept und personenzentrierte Behandlung des elektiven Mutismus. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 317–338). Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Heinerth, K. (1990). Die emotionale Verarbeitung von aktuellen und aktualisierten Frustrationen. In M. Behr & U. Esser (Hrsg.), *„Macht Therapie glücklich?“ – Neue Wege des Erlebens in klientenzentrierter Psychotherapie* (S. 74–100). Köln: GwG-Verlag.
- Heinerth, K. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. Eckert, D. Höger & H. W. Linster (Hrsg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (S. 50–72). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 145–180). Köln: GwG-Verlag.
- Heinerth, K. (2003). Gesprächspsychotherapie (Erwachsene). In E. Behnsen, K. Bell, H. Gerlach, H.-D. Schirmer & R. Schmid (Hrsg.), *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (Loseblattsammlung)*, 13. *Ergänzungs-Lieferung* (S. 1–29). Heidelberg: R. v. Decker.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit – Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1993). Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1 – Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes (S. 17–42). Köln: GwG-Verlag.
- Janke, W., Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswörterliste EWL*. Göttingen: Hogrefe.

- Keil, W. W. (1997). *Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. *PERSON*, 1, 5–13.
- Keil, W. W. (2002). Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 181–218). Köln: GwG-Verlag.
- Korbei, L. (2002). Einige Überlegungen zu Körper und Sprache in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 445–459). Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/1987). *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 (ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York (McGraw Hill)).
- Rogers, C. R. (1961/2002). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Sachse, R. (2000). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5 (2), 282–292.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*, 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Stiglmayr, C., Shapiro, D., Stieglitz, R., Limberger, M., Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with Borderline Personality Disorder—a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35 (2), 111–118.
- Trautmann-Sponsel, R.-D., Zaudig, M. (2003). Persönlichkeitsstörungen und Neurosen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen*, 7, 151–163.

Autoren

Christian Brandt, geb. 1962; Dr., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Soziologe; Schwerpunkt: Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen.

Klaus Heinerth, geb. 1940; Dipl.-Psych., Dr. phil., Univ.-Prof. an der Universität München; Klientenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder (GwG, DPGG), Leiter des Instituts für Gesprächspsychotherapie (IGT) in München.

Korrespondenzadressen

Dr. Dipl.-Psych. Christian Brandt
Klinikum am Weissenhof
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
D-74189 Weinsberg
c.brandt@klinikum-weissenhof.de

Prof. Dr. Klaus Heinerth
Universität München, Department Psychologie
Leopoldstr. 13
D-80802 München
Klaus@Heinerth.de

Gert-Walter Speierer

Das Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit¹

Zusammenfassung: *Vielfältige Konzeptionen des Selbst und deren salutogene und pathogene Aspekte außerhalb und innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes werden thematisiert. Es wird dargestellt, wie diese im differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie repräsentiert, differenziert und operationalisiert werden. Ihre ökonomische Erfassung mit dem Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI), das die Daten der Untersuchung liefert, wird erläutert. Im empirischen Teil werden fünf theoretisch begründete Erwartungen in 8 Hypothesen überprüft. Dazu werden die Ressourcen des Selbst und kongruente Selbsterfahrung, die Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenzfolgesymptome und Leitsymptome psychischer Störungen bei 503 Patienten und 445 Nichtpatienten nach ihrem Ausprägungsgrad und in ihren Beziehungen untereinander verglichen. Die Annahmen der Gesprächspsychotherapie zum Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit werden als statistisch hochsignifikant und klinisch relevant bestätigt.*

Stichwörter: *Selbst, salutogene und pathogene Aspekte, empirische Analyse, Personenzentrierter Ansatz*

Abstract: **The self as guarantor and troublemaker of psychic health.** *Concepts of the Self and their salutogenic and pathogenic aspects from outside and within the PCA are listed. Their representations in the "Differenzielle Inkongruenz Modell der Gesprächspsychotherapie" can be economically measured by the "Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI)", a questionnaire for self assessment. It provides the empirical data of the investigation. Five expectations on salutogenic and pathogenic self-aspects are tested by eight hypotheses on the relationships between healthy resources, self-congruent experiences, disturbance by sources and symptoms of incongruence, and main symptoms of DSM-Axis-I disorders. The results of N=503 patients and N=445 non-patients are compared. Results confirm the tested assumptions on the self as a guarantor and as well a troublemaker of psychic health by statistically highly significant and clinically relevant correlations.*

Keywords: *Self, salutogenic and pathogenic aspects, empirical analysis, person-centered approach*

1. Konzeptionen des Selbst

Von der zu vernachlässigenden „blackbox“ des frühen Behaviorismus (Watson, 1924) über die Metapher des „dummen August“, der zwar agiert aber nichts bestimmt (Freud & Jung, 1974) bis zur autonomen Mitte der Persönlichkeit in der humanistischen Psychologie steht das Konzept des Selbst beispielhaft für Gegensätze und den Wandel der psychologischen Anschauungen im 20. Jahrhundert. Die Frage nach dem Selbst als Hüter und Störenfried der seelischen Gesundheit ist daher – zumindest im Bereich der Psychotherapie –

ernsthaft erst im Zusammenhang mit dem humanistischen Menschenbild zu sehen, in dem die Entwicklung des Menschen mit einer sozialverträglichen Selbstverwirklichung ihr höchstes Ziel und Richtung erhielt.

Zu dem für die humanistische Psychologie und damit auch für die Gesprächspsychotherapie zentralen Konstrukt des Selbst sind freilich in etwa gleichzeitig zahlreiche Konzeptionen und Bestimmungen des Selbst oder mit Bezug zum Selbst, bzw. der personalen Identität des Menschen und mit mehr oder weniger deutlichen Implikationen für die psychische und körperliche Gesundheit formuliert worden, beispielsweise:

Biologische und entwicklungspsychologische Ansätze: Gleichgewicht und Homöostase als Garant von Gesundheit, Ungleichgewicht als Störungsmerkmal, das Selbst als (offenes) System mit Offenheit

¹ Überarbeitete Version eines Vortrags anlässlich des Kongresses: Gestaltende und vermittelnde Prozesse, Selbstorganisation in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie Salzburg 17.–19. September 2004

und Flexibilität als salutogenen, Geschlossenheit und Rigidität als pathogenen Charakteristika, Entwicklung und Wachstum als gesunde, Stagnation und Regression als gestörte Entwicklungstendenzen, Kontinuität und Diskontinuität (Gestaltwandel) mit sowohl salutogenen wie pathogenen Potenzialen. Stufen der Identitätsbildung (Erikson, 1968) sowie Entwicklungsstufen und Krisen des Selbst (Kegan, 1982) wurden vorgestellt: Wachstum und das zeitgerechte Erreichen von bestimmten Wissensinhalten und Erfahrungen, moralischen Vorstellungen, Bedeutungen und weiterer kultureller Repräsentationen im Selbst waren Voraussetzung der Bewältigung von Aufgaben der Selbstwerdung und Weiterentwicklung, die in verschiedenen Lebensaltern gefordert wurden. Sie sicherten auch die seelische Gesundheit. Eine verzögerte, nicht zeitgerechte oder stagnierende Entwicklung, zusammen mit dem Fehlen einer einbindenden Kultur, wurden als Risiko- und Störfaktoren der seelischen Gesundheit benannt.

Psychologische Aussagen über das Selbst als Subjekt und Objekt und in seinen kommunikativen Eigenschaften: Das denkende, fühlende, handelnde Subjekt, das wahrnehmende, erfahrende, erlebende Subjekt, das kommunizierende, interagierende und bewertende Selbstsubjekt, das Objekt von (Selbst)beobachtung, (Selbst)reflexion und (Selbst)bewertung. Keine der genannten Funktionen des Selbst ist mit Bezug auf die seelische Gesundheit eindeutig bestimmbar. Aus der Analyse der menschlichen Kommunikationsformen und ihrer Störungen konnten orthodoxe Kommunikation als Garant und paradoxe Kommunikation als Störfaktor der seelischen Gesundheit postuliert werden (Watzlawick et al., 1967). Zusätzlich wurden funktionale Erfahrungsbewertung und Selbstkommunikation als Garant und dysfunktionale Erfahrungsbewertung und Selbstkommunikation als Störungsquelle seelischer Gesundheit betont (z. B. Beck, 1976).

Neuere Darstellungen zum Selbst können kognitiven, systemtheoretischen und postmodernen Ansätzen zugeordnet werden: Das Selbst-Aspekt-Modell etwa diskutiert die Sozialgenese von individuellen und kollektiven Aspekten der Selbstinterpretation. Selbstkomplexität wird als Schutzfaktor(en) der seelischen Gesundheit angesehen (Simon & Mummendey, 1997). Das systemische Selbst kann die Chancen von Autopoiese und Chaos zur gesunden Selbstorganisation nützen und muss dabei deren pathogene Risiken berücksichtigen (Kießling, 1998). Eine der postmodernistischen Perspektiven befasst sich mit dem Phänomen der Erosion des Selbst als selbstverständlicher und beständiger Mittelpunkt des Individuums. Soziale Übersättigung führe zur Auflösung einer einheitlichen Identität und des Selbst zur „pastiche personality“ vor allem bei Jugendlichen. Sie ist durch in kürzeren Zeitabständen und in verschiedenen Kontexten wechselnde Selbstimitate, Selbstplagiate oder Persiflagen von vorzugsweise durch die technologischen Medien vermittelten Selbstidolen gekennzeichnet. Sie wird sowohl als zeitgemäße Chance wie als Gefährdung der Selbstbehauptung angesehen (Gergen, 2002, Cote & Levine, 2002).

2. Das Selbst im Personzentrierten Ansatz

Rogers (1959) postulierte das erfahrungsoffene, soziale, kommunikative, autonome und kongruente Selbst als Idealtypus der „fully functioning person“. Selbstentfremdung von der organismischen Aktualisierung betrachtete er als entscheidenden Störfaktor der seelischen Gesundheit.

Gendlin (1964) definierte das Selbst als Prozess: Der adäquate kommunikative Zugang zum impliziten Erleben kann danach als zumindest *ein* Garant der seelischen Gesundheit, ein inadäquater oder fehlender Zugang zum impliziten Erleben als pathogener Störfaktor angesehen werden.

Kriz (1989) hebt aus der Sicht einer Personzentrierten Systemtheorie das Selbst und sein Erleben in der kommunikativen Vernetzung mit der Gesellschaft und zum Körper hervor. Die Unbeschränktheit der afferenten, efferenten und selbstreferenziellen Kommunikation wird dann als Garant, deren Einschränkung als Störfaktor der seelischen und körperlichen Gesundheit bedeutsam.

Speierer (1994, 2002, 2005) differenzierte im Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie das Selbst und mit ihm mehrere Varianten einer selbstverträglichen Erfahrungsbewertung als Garanten und ebenso mehrere Arten selbstunverträglicher Erfahrungsbewertung als Störfaktoren der seelischen Gesundheit. Als Grundlage des empirischen Teils werden sie nachstehend erläutert.

3. Das Selbst im Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie (DIM)

Bereiche des Selbst: Nach dem DIM ist die Bewertung von Erfahrungen die für die Psychotherapie entscheidende Funktion des Selbst. Es integriert drei Bereiche, der erste besteht rudimentär bereits vor, spätestens aber bei der Geburt eines Menschen aus organismischen angeborenen oder dispositionellen Anteilen und Erfahrungsspuren. Der zweite Bereich entsteht in der Beziehung mit den für jeden Menschen bedeutenden Personen in Form der sozialkommunikativen Anteile, darunter die Wert- und Bewertungsintroyekte sowie die Erfahrungsrepräsentanzen des Selbst. Dazu kommen als dritter Bereich alle im Lebenslauf in das Selbst aufgenommenen lebensereignisbedingten Erfahrungen mit ihren Bewertungsimplikationen und Lebensgestaltungsschemata.

Ressourcen des Selbst sind Selbstvertrauen, Kongruenzfähigkeit, Inkongruenzbewältigungsstrategien, Inkongruenztoleranz und selbstkongruente d. h. selbstverträgliche vor allem sozial kommunikative Erfahrungen.

Multiple Inkongruenzquellen belasten und stören das Selbst: Defizitäre sozialkommunikative Beziehungserfahrungen in der Gegenwart und Vergangenheit, dispositionelle angeborene und störungsspezifische Vulnerabilität und personferne Störungsursachenattribution, sozial- und nicht sozial bedingte selbstbedrohliche

Lebensereignisse, unrealistische Lebensmaximen, eine personnahe Störungsursachenattribution, schließlich eine negative Zukunftsperspektive.

Das aktuelle Selbst (Selbstkonzept) ist das lebenslang mehr oder weniger veränderliche Amalgam aus dem Gesamt der selbstbedeutsamen selbstverträglich oder selbstbedrohlich bewerteten bisherigen und vorgestellten künftigen Erfahrungen mit seinen Folgen für das Verhalten des Individuums in Form von expliziten und impliziten Dispositionen und Regularien für die Erfahrungsbewertung, das Denken, Fühlen, die Körperreaktionen sowie das Handeln im individuellen, sozialen, gesellschaftlichen und ökologischen Kontext.

Die Kongruenztheorie der Gesundheit des DIM betont die subjektive Selbstverträglichkeit von Erfahrungen. Sie garantiert ein gesundes seelisches und psychosomatisches Befinden. Bei gesunden Personen überwiegen selbstkongruent bewertete Erfahrungen die ebenfalls regelmäßig vorhandenen selbstinkongruenten Erfahrungsanteile.

Die Inkongruenztheorie der psychischen Störungen des DIM betont subjektive Selbstunverträglichkeit oder Selbstbedrohlichkeit von Erfahrungen als pathogenen Risikofaktor der seelischen und in psychosomatischer Hinsicht auch der körperlichen Gesundheit. Überwiegen selbstinkongruente Erfahrungen, resultieren vielfältige Inkongruenzsymptome in den Bereichen Kontrollverlust (Plussymptomatik), Einschränkungen (Minussymptomatik) und Insuffizienzerleben (Minderwertigkeit).

Kompatibilität des DIM: Zahlreiche Aspekte der genannten Konzepte des Selbst und deren salutogene wie pathogene Implikationen sind im DIM berücksichtigt oder mit seinen Annahmen vereinbar.

4. Die Inkongruenzanalyse und Operationalisierungen selbstrelevanter Merkmale und Bereiche im RIAI

Die theoretischen Annahmen zum Selbst, zur seelischen Gesundheit, zur Psychopathologie und zur Psychotherapie wurden zunächst in Form von Patientenaussagen und Patientenerfahrungen in einem Kategoriensystem operationalisiert und an Therapietranskripten für Nichtpatienten (Lehrtherapien) und Patienten (in der Gesprächspsychotherapie) exemplarisch dargestellt und überprüft (Speierer, 1994). Mit dem Regensburger Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI) wurde ein für die Inkongruenzanalyse geeigneter Fragebogen entwickelt und standardisiert (Speierer, 1997; 1998; Speierer et al., 1999). Er ermöglicht, das Erleben in der Gegenwart und in der Vergangenheit einschließlich der Kindheit mit 15 Merkmalskalen [R(iai)-1 bis R(iai)-15] und 9 Bereichsskalen (R(iai)B1 bis R(iai)B9 und R(iai)C4 bis R(iai)C7] in den theoretisch und für die therapeutische Praxis bedeutsamen Anteilen des Selbst ökonomisch zu erfassen. Für die salutogenen Ressourcen des Selbst stehen 3 RIAI-Skalen (R13, R14, RB1), für die gegenwärtigen gesunden

kongruenten Erfahrungen 1 Skala (R15), für gesunde Gesamterfahrung 1 Skala (RB2) zur Verfügung. Die Inkongruenzquellen werden in 6 Merkmalskalen (R1 bis R6) und 1 Bereichsskala (RB4/RC4) differenziert. Die seelischen und körperlichen Inkongruenzfolgesymptome sind in je 3 Skalen für die gegenwärtigen Erfahrungen (R7, R9, R11) und einer Bereichsskala (RB5/RC5) und parallel dazu für die Erfahrungen in Vergangenheit und Kindheit repräsentiert (Skalen R8, R10, R12 und RB6/RC6). Alle Inkongruenzsymptomerfahrungen sind zusätzlich in der Bereichsskala RB7/RC7 zusammengefasst. Leitsymptome psychiatrisch definierter seelischer Störungen werden getrennt nach Erfahrungen in der Gegenwart sowie Vergangenheit und Kindheit in den Bereichsskalen RB8 und RB9 dargestellt. Das RIAI lieferte die Daten des folgenden empirischen Teils. (Für Gütekriterien und Normen s. Speierer, 2005).

5. Empirische Untersuchung

5.1 Erwartungen und Hypothesen:

Wenn das Selbst zu Recht im Personenzentrierten Ansatz und dem DIM eine Schlüsselstellung bei der Aufrechterhaltung und Gefährdung der seelischen Gesundheit einnimmt, sollten einige Erwartungen einer empirischen Überprüfung standhalten:

5.1.1 Die Selbstaussagen und Erfahrungen von Patienten und Nichtpatienten sollten sich bedeutsam unterscheiden:

Salutogene Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruente Erfahrungen (R15) sollten bei Nichtpatienten stärker ausgeprägt sein. (Hypothese 1)

Pathogene Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC4, R1-R6) sollten bei den Patienten stärker sein. (H 2)

Inkongruenzfolgesymptome (RC7) sollten Patienten stärker belasten. (H 3)

Leitsymptome psychischer Störungen (RB8) sollten Patienten stärker belasten. (H 4)

5.1.2 Die Beziehungen zwischen den gesunden Ressourcen des Selbst (RB1) und gegenwärtigen kongruenten Erfahrungen (R15) sollten bedeutsam positiv sein:

Bei Patienten werden engere positive Beziehungen zwischen Ressourcen und gesunden Erfahrungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 5)

5.1.3 Die Beziehungen zwischen dem Gesamt der Ressourcen (RB2) und Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC4), Inkongruenzsymptomen (RC7) und Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) sollten negativ sein:

Bei Patienten werden engere negative Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 6)

5.1.4 Die Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und Inkongruenzsymptomen (RC7) sowie Leitsymptomen seelischer Störungen (RB8) sollten positiv sein:

Bei Patienten werden engere Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 7)

5.1.5 Die Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und gesunden Anteilen des Selbst (RB1) sowie kongruenten Erfahrungen in der Gegenwart (R15) sollten negativ sein:

Bei den Patienten werden engere negative Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 8)

5.2 Stichproben und Untersuchungsmethoden

Zur Prüfung der Erwartungen und Hypothesen standen 2 Stichproben zur Verfügung: Stichprobe 1: N = 503 Patienten ohne bzw. vor Beginn einer Gesprächspsychotherapie

Stichprobe 2: N = 445 Nichtpatienten

Die demografischen Merkmale und Diagnosen der Patienten sind in Tab. 1 dargestellt

Als Untersuchungsinstrument wurde das RIAI verwendet. (Speierer, 1997; Speierer et al., 1999). Die Testauswertung erfolgte mit einer für das RIAI erstellten Auswertungssyntax für das SPSS. Zur Prüfung der Hypothesen wurden die im SPSS (Bühl & Zöfel, 1998) verfügbaren Methoden der Datenverarbeitung verwendet. Die benutzten Testverfahren sind in den Abbildungen aufgeführt.

5.3 Ergebnisse

Die Methoden und Ergebnisse zur Prüfung der Hypothesen sind in den Abb. 1 bis 5 dargestellt.

5.4 Diskussion und Interpretation

Die Annahmen zum Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit, die aus der personenzentrierten Theorie und dem Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie abgeleitet werden können, haben in dieser Untersuchung einer empirischen Überprüfung in vollem Umfang Stand gehalten.

Sie dürfen als zutreffend für Patienten mit psychischen Störungen unterschiedlicher Art angesehen werden. Eingeschlossen sind vor allem Patienten mit Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, neurotischen Störungen und PTSD,

Tab. 1: 503 Patienten und 445 Nichtpatienten im Vergleich

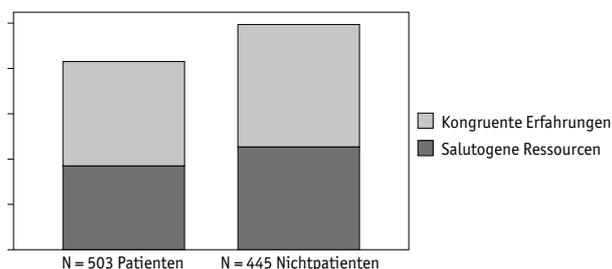
	Stichprobe 1 505 Patienten vor einer Psychotherapie = 100 %	Stichprobe 2 445 Nichtpatienten = 100 %
Geschlecht		
Frauen	44,3 %	65,4 %
Männer	55,7 %	34,6 %
Alter (MW)		
Alter (SD)	41 J.	38 J.
Altersbereich	10 J.	10 J.
Altersbereich	20–67 J.	19–61 J.
Familienstand		
ledig	39,6 %	58,9 %
verheiratet	37,8 %	32,6 %
geschieden/ getrennt	20,5 %	7,3 %
verwitwet	2 %	1,9 %
Lebenssituation:		
alleine lebend	31,1 %	26,7 %
in Familie lebend	33,1 %	33,0 %
in Ehe/Partnerschaft lebend	23,2 %	29,7 %
in Wohngemeinschaft lebend	12,6 %	10,6 %
Schulbildung:		
Hauptschule	39,3 %	6,4 %
Mittlere Reife	28,4 %	21,9 %
Gymnasium	5,2 %	2,6 %
Abitur	13,9 %	38,9 %
Studium ohne Abschluss	3,5 %	5,7 %
Studium mit Abschluss	9,7 %	24,5 %
Beruf:		
Fach(arbeiter)	39,4 %	6,9 %
Angestellte	42,9 %	52,0 %
Beamte	4,7 %	8,4 %
Selbständige	7,6 %	5,9 %
Student/in	3,7 %	26,8 %
Hausfrau/Hausmann	1,7 %	nicht erfragt
Beschäftigung:		
dzt. berufstätig einschl. Studium	44,8 %	49,7 %
ohne berufliche Tätigkeit	55,2 %	50,3 %
ICD-10-Diagnosegruppen		
Alkoholpatienten	48,7 %	entfällt
Drogenpatienten	9,7 %	
Schizophreniepat.	0,0 %	
Depressive Pat.	12,8 %	
Neurot. Patienten und PTSD Pat.	13,9 %	
Somatisierungsst. und psychosomatische Pat.	9,3 %	
Esstörungen u. Sexualstörungen	3,6 %	
Pat. mit Persönlichkeitsstörungen	16,8 %	
	davon 15,6 %	
	als Komorbidität	

depressiven Störungen, Drogenabhängigkeit, Somatisierungsstörungen und psychosomatischen Störungen, Essstörungen und Sexualstörungen.

Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen zu den Hypothesen 1 bis 4: Das Selbst der Patienten verfügt tatsächlich über weniger salutogene Ressourcen und macht weniger gesunde selbstkongruente Erfahrungen als das Selbst der seelisch Gesunden. Es kann seine Aufgaben als Hüter der Gesundheit nicht oder nur ungenügend erfüllen. (Abb.1)

Abb. 1, Ergebnisse zu Hypothese 1: Mehr salutogene Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruente Erfahrungen (R15) bei Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben. Eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothese wird nicht widerlegt.



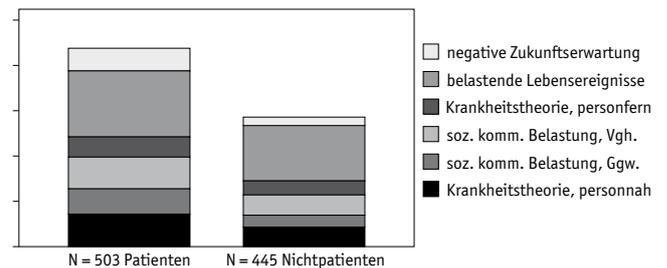
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Stattdessen ist die Selbsterfahrung der Patientinnen und Patienten wiederum im Vergleich zu Nichtpatienten erheblich stärker belastend durch das Gesamt und jede einzelne der im DIM differenzierten Inkongruenzquellen. Im Intergruppenvergleich werden die vergleichsweise größten Mehrbelastungen durch eine meist durch Lebensereignisse oder durch die Lebenserfahrung (mit)bedingte negative Zukunftsperspektive hervorgerufen. Danach rangiert eine personnahe Störungstheorie mit vorzugsweise sozialkommunikativ entstandenen, negativ generalisierenden Wert- und Bewertungsintroyekten gegenüber dem eigenen Denken, Fühlen und Handeln. Die gegenwärtigen sozialkommunikativen Erfahrungen belasten das Selbst der Patienten vergleichsweise mehr als die Erfahrungen in der Vergangenheit und Kindheit, die Nichtpatienten mehr belasten. Nach ihrer Stärke innerhalb der sechs Inkongruenzquellen belasten Lebensereignisse das Selbst von Patienten wie Nichtpatienten am meisten und „ziemlich stark“ (Nichtpatienten) bis „stark“ (Patienten). Dieses überraschende Ergebnis kann nach dem DIM und den empirischen Untersuchungsergebnissen folgendermaßen verstanden werden: Erstens, selbst die stärkste Inkongruenzquelle wird erst dann pathogen, wenn weitere Inkongruenzen aus anderen Quellen hinzukommen und diese sich gegenseitig aufschaukeln. Zweitens, Störungssymptome entstehen erst dann, wenn bei starkem Inkongruenzerleben der Einsatz der Inkongruenzbewältigungsstrategien, über die jede Person aufgrund der angeborenen Aktualisierungstendenz und ihren primären und sekundären Sozialisations- und anderen Lebenserfahrungen verfügt, nicht mehr bewirken kann, dass eine selbstverträgliche Lösung gefunden wird,

bei der die individuelle Inkongruenztoleranz(schwelle) nicht überschritten wird. Wie die Ergebnisse zeigen, erfüllen die Patienten beide Voraussetzungen. Sie haben eine Mehrbelastung durch multiple Inkongruenzquellen und geringere gesunde Gesamtressourcen (weniger Selbstvertrauen, weniger Inkongruenzbewältigungsstrategien und weniger selbstverträgliche Erfahrungen). Sie erfahren sich daher öfter im Zustand der krank machenden Inkongruenz mit Selbstüberforderung und Selbstbedrohung. (Abb. 2)

Abb. 2, Ergebnisse zu Hypothese 2: Patienten sind durch Inkongruenzquellen (RC4/R1-6) mehr belastbar als Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben. Eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothese wird für die Inkongruenzquellen-Gesamtbelastung nicht widerlegt.



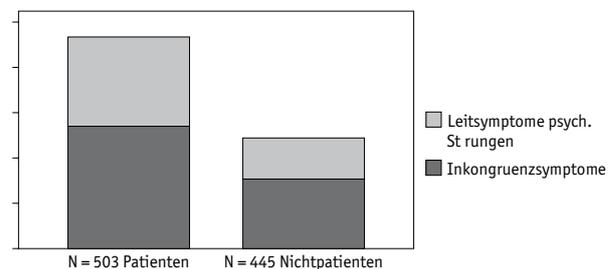
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die Folgen der nicht nur erhöhten sondern auch unbewältigten Inkongruenz sind, wie erwartet, einerseits die Inkongruenzsymptome, andererseits die Symptome der in der ICD (Dilling et al., 1991) bzw. im DSM (Saß et al., 1996) definierten psychischen Störungen. In beiden Bereichen sind die Werte der Patienten gegenüber den Nichtpatienten hoch signifikant erhöht. (Abb. 3)

Abb. 3, Ergebnisse zu den Hypothesen

H3: Patienten sind durch Inkongruenzsymptome (RC7) und H4: Pat. sind durch Leitsymptome psychischer Störungen (RB8) mehr belastet als Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben, eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



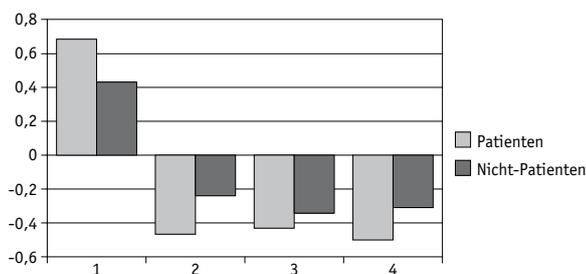
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die Ergebnisse zu den Hypothesen 5 bis 8 lassen erkennen: Hochsignifikant positive Beziehungen bestehen bei Patienten wie Nichtpatienten zwischen gegenwärtigen kongruenten sozialkommunikativen Erfahrungen (R15) und den Ressourcen Selbstvertrauen mit Inkongruenzbewältigungsstrategien (RB1). Zusammen wirkend können sie als Hüter und Garanten der psychischen Gesundheit

angesehen werden. So (RB2) können sie in etwa gleichstark den Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC7), den Inkongruenzsymptomen (RC7) und den spezifischen Symptomen psychischer Störungen (RB8) entgegenwirken, allerdings bei Patienten deutlich mehr als bei Nichtpatienten. Auch sind die Zusammenhänge zwischen den Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruenten Beziehungserfahrungen (R15) bei den Patienten deutlich stärker als bei den Nichtpatienten. Diese beiden Ergebnisse lassen eine nicht all zu seltene Erfahrung aus der Praxis verstehen. Auch ein optimales gesprächspsychotherapeutisches Beziehungsangebot wirkt aus der Sicht der Therapeutin wie des Patienten nicht oder nur wenig, wenn dieser über eher gute Ressourcen und kongruente Erfahrungen verfügt und keine oder nur eine geringe Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenzsymptome und oder spezifische Störungssymptome erlebt. Auch in der Gesprächspsychotherapie können also nur bei korrekter Indikationsstellung die bestmöglichen Ergebnisse erwartet werden. Eine andere Interpretation dieser korrelativen Beziehungen ist, dass Kongruenz und eine geringe Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenz erleben und Symptome psychischer Störungen bei Nichtpatienten einander weniger ausschließen und unabhängiger voneinander vorhanden sind. (Abb. 4)

Abb. 4, Ergebnisse zu den Hypothesen

H5: Positive Beziehungen zwischen gesundem Selbst (RB1) und gegenwärtigen Kongruenzverfahren (R15) (1) mit engeren Beziehungen bei Patienten
H6: Negative Beziehungen zwischen Gesamtressourcen (RB2) und Inkongruenzquellen (RC4) (2), Inkongruenzsymptomen (RC7) (3) und Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) (4) mit engeren Beziehungen bei Patienten.
 Methode: PM-Korrelation nach Pearson, eingetragen sind Korrelationskoeffizienten (r). Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



Daten: RIAI Individ. Erlebenswerte von 503 Patienten und Nicht-Patienten. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die engsten positiven und ebenfalls sehr enge und positive Beziehungen bestehen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und den Inkongruenzsymptomen (RC7) sowie den Leitsymptomen spezifischer seelischer Störungen (RB8). Demgegenüber deutlich weniger eng, wenn auch noch hochsignifikant sind die negativen Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) einerseits und den gesunden Selbstrepräsentanzen (RB1) und selbstkongruenten Beziehungserfahrungen (R15) andererseits. Als Störenfried der seelischen Gesundheit erscheint so das Selbst, das sich, wie oben diskutiert, durch die verschiedenen Inkongruenzquellen bedroht erlebt, das in seiner

Aktualisierung und der Mobilisierung seiner Ressourcen blockiert wird und das mangels verfügbarer Inkongruenzbewältigungsstrategien überfordert ist.

Die engeren positiven Beziehungen der Inkongruenzquellenbelastung zu Inkongruenzsymptomen und Symptomen psychischer Störungen und insbesondere deren deutlich engeren negativen Beziehungen zu den salutogenen Ressourcen und Kongruenzverfahren bei den Patienten und Patientinnen zeigen deren größere Vulnerabilität durch selbstinkongruente Erfahrungen. Sie weisen aber auch auf das positivere Ansprechen von Patienten auf die therapeutischen Bedingungen der Gesprächspsychotherapie. Diese zielen ja auf die Förderung von selbstkongruenten Erfahrungen, selbstkongruenter Erfahrungsbewertung und die Auflösung bzw. Verringerung von inkongruentem Erleben und der Belastung durch die Inkongruenzquellen.

Die weniger engen positiven Beziehungen zwischen der Inkongruenzquellenbelastung und den Inkongruenzsymptomen und psychiatrischen Störungssymptomen bei den NichtpatientInnen machen deren größere Robustheit gegenüber Inkongruenzquellen deutlich. (Abb. 4)

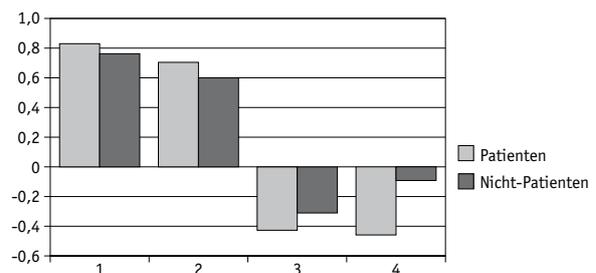
Die weniger engen negativen Beziehungen zwischen den salutogenen Ressourcen der Nichtpatienten und ihrer Belastung durch Inkongruenzquellen, durch Inkongruenzsymptome und durch psychiatrische Störungssymptome zeigen: Die seelische Gesundheit von Nichtpatienten ist durch selbstinkongruente Erfahrungen weniger gefährdet. Denn deren Inkongruenztoleranz, Inkongruenzbewältigungsstrategien und kongruente Erfahrungen sind, wie gezeigt wurde, in größerem Ausmaß vorhanden.

Die therapeutische Wirkung des Beziehungsangebots der Gesprächspsychotherapie bei seelischen Störungen ist nach den Ergebnissen also abhängig von der Stärke des Inkongruenz erlebens

Abb. 5, Ergebnisse zu den Hypothesen

H7: Positive Beziehungen zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und Inkongruenzsymptomen (RC7) (1) sowie zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und **Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) (2)** mit engeren Beziehungen bei Patienten.
H8: Negative Beziehungen zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und gesundem Selbst (RB1) (3) sowie gegenwärtiger **Kongruenzverfahren (R15) (4)** mit engeren Beziehungen bei Patienten.

Methode: PM-Korrelation nach Pearson, eingetragen sind Korrelationskoeffizienten (r). Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



Daten: RIAI Individ. Erlebenswerte von 503 Patienten und 445 Nicht-Patienten. Die Unterschiede sind mit Ausnahme von Spalte 4 bei den Nichtpatienten ($p < .05$) mit $p = .000$ hochsignifikant.

der Patienten aus den unterschiedlichen Inkongruenzquellen. In Analogie zur positiven Wirkung des „sozialen Netzes“ nur unter der Bedingung von stärkerem Stresserleben bei chronischen Erkrankungen, wie z.B. nach Herzinfarkt, ergibt sich: Es besteht Grund zur Annahme, dass auch die therapeutischen Grundhaltungen eine

spezifische Pufferwirkung vorzugsweise auf das sozialkommunikativ bedingte Inkongruenzerleben ausüben. Bei seelischen Störungen ohne Inkongruenzerleben und bei nicht sozialkommunikativ bedingtem Inkongruenzerleben wirkt die Gesprächspsychotherapie nur suboptimal oder bleibt wirkungslos. (Abb. 5)

Literatur

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (1998). *SPSS für Windows 7.5*. Bonn: Addison Wesley.
- Cote, J. & Levine, Ch. (2002). *Identity formation, agency and culture: A social psychological synthesis*. Lawrence: Erlbaum Associates.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F)*. Bern: Huber.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton. (Dtsch. 1970 Jugend und Krise. Stuttgart: Klett).
- Mc Guire, W. & Sauerländer, W. (Hrsg.). (1974). *Freud, S. und Jung, C.G. Briefwechsel*. Frankfurt: Fischer.
- Gendlin, E. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.). *Personality change* (S. 102–148). New York: Wiley.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Kegan, R. (1982). *Entwicklungsstufen des Selbst*. München: Kindt.
- Kießling, K. (1998). *Psychotherapie – ein chaotischer Prozess?* Stuttgart: Radius.
- Kriz, J. (1989). Entwurf einer systemischen Theorie klientenzentrierter Psychotherapie. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.). *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. (S. 168–196). Heidelberg: Asanger.
- Rehrl, M. (2000). *Selbstkommunikation und Selbstorganisation. Ein Vergleich von Schizophrenen und Gesunden*. Psychologische Diplom Arbeit. Universität Regensburg.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.). *Psychology, a study of a science*. Vol. 3, (S. 184–252). New York: Mac Graw Hill.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Simon, B. & Mummendy, A. (1997). *Identität und Verschiedenheit: zur Sozialpsychologie der Identität in komplexen Gesellschaften*. Bern: Huber.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1997). Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI): Erste Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 1, 13–21.
- Speierer, G.-W. (1998). Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (Stand Juli 1998) Internet: <http://www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>
- Speierer, G.-W., Helgert, N. & Rösner, S. (1999). *Aktuelle Ergebnisse zur Validierung und Normierung des Regensburger Inkongruenzanalyse Inventars (RIAI)*. www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer
- Speierer, G.-W. (2002). Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.). *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 163–185). Wien: Springer.
- Speierer, G.-W. (2005): Das Differentielle Inkongruenz Modell (DIM). Handbuch und Arbeitsbuch der Personenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) als Inkongruenzbehandlung. Mit personenzentriertem Gespräch, Kategorien und Checkliste zur Inkongruenzanalyse, Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) und Materialien zur Qualitätskontrolle: Therapiedokumentation, Prozess und Ergebnis-Evaluation 2. A. auf CD-ROM, Vertrieb: Köln: GwG-Verlag
- Watson, J. B. (1924). *Psychology: from the standpoint of a behaviorist*. Philadelphia: Lippincott.
- Watzlawick, P. et al. (1967). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.

Autor

Speierer, Gert-Walter, (1941), Univ. Prof., Dr. med. Dipl.-Psych., seit 1976 Leiter der Einheit Medizinische Psychologie der Universität Regensburg; 1973/74 Zusammenarbeit mit Carl Rogers im La Jolla Programm San Diego USA, Gastprofessor an der Karls-Universität Prag, Ausbilder (GwG), Lehrtherapeut und Supervisor (ÄGG) in Gesprächspsychotherapie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gert-W. Speierer
Medizinische Psychologie
Universität Regensburg
Postfach
D-93040 Regensburg
gert.speierer@biologie.uni-regensburg.de

Hildegard Böhme, Ludwig Teusch

„Die Fakten sind freundlich“: Effektivität der Gesprächspsychotherapie unter stationären Bedingungen

Zusammenfassung:

Fragestellung: Die konzeptionelle Weiterentwicklung und die Überprüfung der Wirksamkeit ist ein Grundanliegen der Gesprächspsychotherapie. Eine Prüfung der Effektivität der stationären Gesprächspsychotherapie ist unter dem aktuellen Kostendruck im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung. In der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurden Therapiekonzepte entwickelt und in empirischen Untersuchungen auf ihre Effektivität überprüft, um mit konkreten Fakten zu dieser Diskussion beizutragen. In prospektiven Studien wurde auch geprüft, ob die Wirksamkeit von „reiner“ Gesprächspsychotherapie zusätzliche Verhaltenstherapie oder Psychopharmakotherapie noch gesteigert werden kann.

Methode: Untersucht wurde die Wirksamkeit eines geschäftspsychotherapeutischen Behandlungskonzepts mit personenzentriertem Basiskonzept, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie. In die Untersuchung wurden 371 Patienten mit depressiven Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, somatoformen Störungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10-Diagnosen F3–F6) eingeschlossen. Standardisierte Messungen erfolgten bei Aufnahme in die Klinik, zum Entlassungszeitpunkt und bei der 1-Jahres-Katamnese. Die Behandlungsdauer lag bei 10–12 Wochen; Als Messinstrumente wurden Fremdratings verwendet wie die Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) und Persönlichkeitstests wie das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) und der Gießen-Test (GIESS). Verglichen wurde die ausschließliche Gesprächspsychotherapie mit einem zusätzlichen, in der Wirksamkeit gut belegten Behandlungselement, der verhaltenstherapeutischen Reizkonfrontation oder der antidepressiven Medikation.

Ergebnisse: Die stationäre Gesprächspsychotherapie erwies sich als hoch wirksam. Sowohl auf der Symptom- als auch auf der Persönlichkeitsebene wurden signifikante und im weiteren Katamneseverlauf stabile Verbesserungen erzielt. – Entgegen den Erwartungen hatte zusätzliche Verhaltenstherapie bei Panik und Agoraphobie auf der Symptomebene bei Therapieende und bei der Einjahreskatamnese keine zusätzlichen Effekte, führte langfristig aber zu geringeren Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene. Auch eine zusätzliche Psychopharmakotherapie führte nicht zu additiven antidepressiven Effekten; sie verzögerte eher die Auseinandersetzung mit Konflikten und war mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet.

Diskussion: Die vorliegenden Ergebnisse belegen die hohe Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären Gesprächspsychotherapie. Dies gilt unter kontrollierten Studienbedingungen ebenso wie unter naturalistischen Versorgungsbedingungen. Die Befunde sprechen dafür, dem Therapieverfahren in der vergleichenden Forschung wieder mehr Aufmerksamkeit zu widmen und bei der Abschätzung der Effizienz kurzfristige und langfristige Wirkungen auf der Symptom- und Persönlichkeitsebene und die jeweiligen Risiken und Nebenwirkungen zu beachten.

Stichwörter: Gesprächspsychotherapie, Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Prozess- und Ergebnisforschung, stationäre Psychotherapie

Abstract: „The Facts are Friendly“: The Efficacy of Inpatient Person-Centered Treatment.

Subject: In the person-centered approach the development of new concepts and its evaluation is of central interest. In the Essen Psychiatric University Hospital person-centered concepts were developed, and the efficiency and efficacy was proved empirically. Furthermore empirical investigations were made to find out, if there would be an additional benefit when person-centered treatment was combined with behavioral exposure treatment or antidepressant medication.

Methods: The efficacy of inpatient person-centered treatment was studied, integrating a person centered milieu, individual and group therapy, occupational treatment and psycho gymnastics. Included were 371 patients with depressive disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, somatoform disorders, eating disorders and personality disorders (ICD-10 diagnoses F3–F6). Standardized measurements were made at admission, at discharge and at 1-year-follow-up. The treatment period was about 10–12 weeks. The investigation was made by extern ratings e.g. the

Bech-Rafaelsen-Melancholia-Scale (BRMES) and personality inventories e.g. the Freiburger Personality Inventory (FPI-R) and the Gießen-Test (GIESS). Person-centered treatment alone was compared with a combination with behavioral exposure treatment or with antidepressant medication, which have been proved highly effective.

Results: Inpatient person-centered treatment proved to be highly effective. Significant changes could be observed in terms of symptoms as well as in terms of personality traits, which were stable in the follow-up period. Contrary to our expectations additional behavioral exposure treatment had no superior effect on panic and agoraphobia symptoms in the end of treatment or at one-year-follow-up but superior effects on personality traits on the long term. Additional antidepressant medication had no additional effect on depressive symptoms as well; however, medication slowed down the patients' critical look on conflicts and it was burdened by considerable side-effects.

Discussion: The results indicate the high efficiency and efficacy of inpatient person-centered treatment under randomized clinical conditions as well as in naturalistic study designs. Thus, person-centered treatment should get more attention in the comparative psychotherapy research. Effects in terms of pathological symptoms and personality traits on the short and on the long term as well as side effects and risks should get more attention in future research.

Keywords: *Process and disorder related person-centered therapy, process and outcome research, psychotherapy evaluation, inpatient psychotherapy*

I. Einleitung

Obwohl in vielen stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen gesprächspsychotherapeutisch behandelt wird, beschränken sich die publizierten Mitteilungen weitgehend auf Kasuistiken, Konzeptbeschreibungen oder Einzelergebnisse. Eine Ausnahme bildet das Behandlungsprogramm des Psychotherapiebereichs der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, für das systematische Untersuchungen vorliegen, über die im nachfolgenden Beitrag zusammenfassend berichtet wird.

Die Essener Arbeitsgruppe „Gesprächspsychotherapie“ arbeitete neben der theoretischen Konzeptualisierung (Finke & Teusch 1991, 1999, 2002) in dem gesprächspsychotherapeutisch geführten Psychotherapiebereich der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an einer Qualitätssicherung in Form einer Durchstrukturierung der Behandlungsorganisation, Sicherung der personenzentrierten Ausbildung des therapeutischen Mitarbeiter und der Evaluation der Behandlungsergebnisse.

II. Methode

Für die Behandlung wurden folgende Bedingungen geschaffen:

A. Das personenzentrierte Behandlungssetting

- Behandelt wurde eine breiten Spektrums psychiatrischer Erkrankungen die ambulant nicht ausreichend behandelbar waren bei Ausschluss akuter psychiatrischer Notfälle. Die Indikation wurde in einem Vorgespräch gestellt.
- Die Dauer der stationären Behandlung lag bei 10–12 Wochen, falls indiziert und erwünscht 2 Wochen tagesklinische Nachbehandlung.

- Die Gesprächspsychotherapeutische Kerntherapie umfasste Einzelpsychotherapie (50 Min./Woche) und Gruppen-Gesprächspsychotherapie (3–4 x 90 Min./Woche)
- Die Bewegungs- und Ergotherapie war durch eine personenzentrierte Haltung gekennzeichnet.
- Die Teamarbeit war an personenzentrierten Prinzipien orientiert.
- Zunehmende erfolgte die Einbeziehung von Manualen in die Behandlung.

B. Patienten

Behandelt wurden Patienten mit affektiven Störungen, Angst-, Zwangs-, Ess-, Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10-Diagnosen: F3–F6.), zum Teil mit vorangegangenem Substanzmissbrauch von Alkohol oder Medikamenten (ICD-10: F1). Die stationäre Aufnahme erfolgte auf ärztliche Einweisung, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreichte nach Prüfung der Aufnahmeindikation in einem Vorgespräch.

C. Evaluation

Wir wollen an dieser Stelle einen Überblick geben über die verschiedenen Studien, die von 1989 bis 1999 durchgeführt wurden und ihre Ergebnisse (s. Forschungsbericht: Finke et al., 1999)

Für die Überprüfung des Behandlungserfolges wurden in festgelegten Studienzeiträumen Patienten mit ausgewählte Störungen oder die vorhandene gemischte Patientenpopulation bei Aufnahme und Entlassung mit psychiatrischen Rating-Skalen und Persönlichkeitstests untersucht. Unser Ziel war nicht nur die subjektiven Änderungen zu erfassen (Selbstbewertungsinventare), sondern auch eine externe Bewertung (Fremdratings) vorzunehmen. Die mit der Durchführung betrauten Untersucher waren erfahrene Diplompsychologinnen, die selbst nicht an der Behandlung beteiligt waren.

Um Aufschluss über die Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu erzielen wurden bei allen noch erreichbaren Patienten 1-Jahres-Katamnesen durchgeführt.

Dank intensiver Bemühungen der Untersucher war die Rücklaufquote hoch. Bis 1997 waren 385 vollständige Behandlungen mit Aufnahme- und Entlassungstests dokumentiert, 371 Patienten davon waren auch katamnestisch untersucht worden (Finke et al. 1999)

Die Rücklaufquote differierte bei den Messinstrumenten: Sie lag bei den Katamnese-Interviews einschließlich Ratings bei 96 %, bei den Persönlichkeitsfragebogen, dem Gießen-Test bei 85 % und dem Freiburger Persönlichkeitsinventar bei 56 %. Die Unterschiede sind zum Teil dadurch bedingt, dass nicht in allen Studien beide Tests vorgesehen waren und dass einige Patienten das mitunter als lästig empfundene erneute Fragebogenausfüllen ablehnten.

Es wurde berechnet (Böhme, Finke & Teusch, 1998), wie sich diejenigen Patienten, die nicht in die Katamneseuntersuchung einbezogen werden konnten, von den Teilnehmenden unterscheiden: Interessanterweise waren sie ihren Anfangsbefunden zufolge leichter krank und hatten sich bei der Entlassung gut gebessert. Bei telefonischem Kontakt gaben einige an, nicht mehr an ihren Psychiatrie-Aufenthalt erinnert werden zu wollen.

Über die einzelnen Studien wurde in verschiedenen Veröffentlichungen berichtet. Ein Teil der Arbeiten beschäftigt sich mit Angststörungen (Teusch & Böhme, 1991; Teusch, Böhme & Gastpar, 1997) und depressiven Störungen (Böhme et al., 1994; Teusch et al., 2001, 2003) ein anderer Teil mit der gemischten Patientenpopulation (Böhme et al., 1998). In einigen Studien wurde der Effekt ausschließlicher Gesprächspsychotherapie verglichen mit der Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation (Teusch, Böhme & Gastpar, 1997; Teusch & Böhme, 1999); Teusch, Böhme & Finke, 2001). Andere Studien vergleichen die Ergebnisse ausschließlicher Gesprächspsychotherapie mit einer Kombination mit antidepressiver Medikation (Teusch et al., 2001, 2003).

III. Ergebnisse

A. Globalmaße

Untersuchung der Depressivität

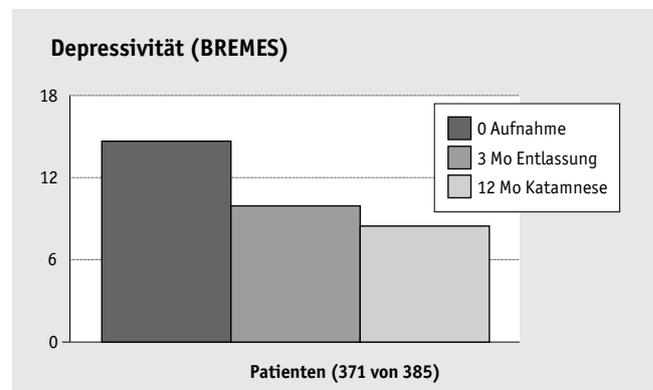
In stationäre psychotherapeutische Behandlung kommen Betroffene in der Regel dann, wenn die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten versagt haben und auch die ambulanten Hilfen versagt hatten. Entsprechend war das psychopathologische Bild fast immer gekennzeichnet durch Verzweiflung und depressive Herabgestimmtheit. Deswegen wurden auch denjenigen Patienten, die nicht primär wegen einer depressiven Störung gekommen waren, auf ihre Depressivität hin untersucht. Bei jeder der Studien waren Werte auf einer Depressions-Skala erhoben worden, am häufigsten

mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES, s. CIPS 1996). Die BRMES gilt als Globalmaß für Depressivität und wird in einem Rating skaliert. Die einzelnen Skalenpunkte erfassen auch Angst und Panik, Körperbeschwerden und Kontaktstörungen, sodass die Skala einem allgemeinen Befindlichkeitsmaß nahe kommt.

Ein Teil der Patienten war aus Gründen des jeweiligen Studiendesigns mit der Hamilton-Depressions-Skala (HAMD, s. CIPS 1996) untersucht worden. Hier wurden BRMES-Äquivalenzpunkte vergeben.

Auf der mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) gemessenen Symptomebene (s. Abb. 1) findet sich von der Aufnahme (T1) bis zur Entlassung (T2) eine Besserung von 4,75 Roh-Punkten, das entspricht einer Effektstärke von 0,93. Diese Abnahme der Depressivität war statistisch signifikant. Bei der 1-Jahres-Katamnese (T3) war eine weitere Nachbesserung festzustellen.

Abb. 1: Abnahme der Depressivität (Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala – BRMES) bei stationärer Gesprächspsychotherapie



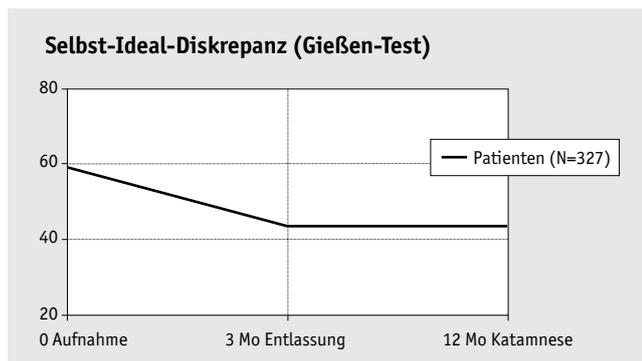
Anmerkung: Depressivität in der BRMES: 0–5 keine Depression, 6–11 leichte Depression, 12–17 mäßige Depression, 18–23 mittelschwere Depression ≥ 24 schwere Depression.

2. Gießen-Test Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID)

Eine in der Gesprächspsychotherapie-Evaluation zentrale Frage zielt auf die Abnahme der Inkongruenz. Ein Inventar, das einen wichtigen Aspekt der Inkongruenz, nämlich die Diskrepanz zwischen Selbstbild und Selbstideal erfasst, ist der Gießen-Test (GIESS – Beckmann, Brähler & Richter 1991). Fast alle Patienten wurden mit dem Gießen-Test untersucht: 381 Patienten bei Aufnahme und Entlassung, 327 bei der 1-Jahres-Katamnese. Der Gießen-Test enthält ein über alle Subskalen addiertes Global-Maß, die Selbst-Ideal-Diskrepanz. Sie erfasst, wie der Patient sich selbst sieht und wie er gern sein möchte.

Die Abnahme der Inkongruenz zwischen Selbst und Ideal ist ein besonderes Anliegen der gesprächspsychotherapeutischen Therapie (Speierer 1994). Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbst-Ideal-Differenz durch unsere Behandlung entscheidend verringert wird (s. Abbildung 2). – Die Besserung war bei der Entlassung (T1–T2) statistisch signifikant.

Abb. 2: Gießen-Test Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID) bei stationärer Gesprächspsychotherapie



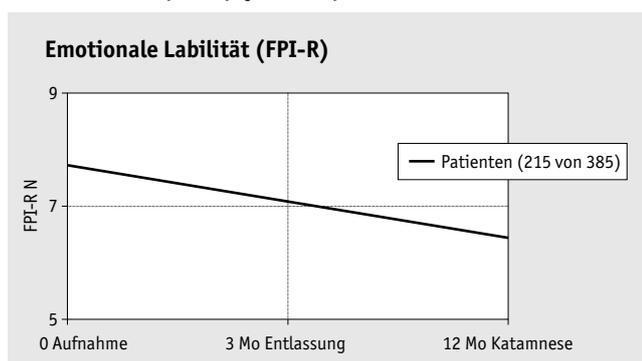
Anmerkung: 0–19 keine, 20–39 leichte, 40–59 mittelgradige, ≥60 hochgradige Selbst-Ideal-Diskrepanz.

Die Selbstwahrnehmung wird positiver und die Patienten können ihr überhöhtes Ich-Ideal heruntersetzen und ein besseres Selbstwertgefühl entwickeln.

3. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) Skala N (Emotionale Labilität)

Im Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg, Hampel & Selg 1989) ist die Neurotizitäts-Skala N „Emotionale Labilität“ das globalste und reliabelste Maß. Von 265 mit diesem Test untersuchten Patienten füllten 215 ihn bei der Katamnese noch einmal aus. Wir fanden eine signifikante Besserung bis zur Entlassung, die sich im Katamnesezeitraum noch weiter fortsetzte (S. Abb.3). Nach Abschluss der Therapie fühlen die Patienten sich emotional stabiler und besser in der Lage, sich auch angesichts von Belastungen ausgeglichen und besonnen zu verhalten.

Abb. 3: Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) Skala N bei stationärer Gesprächspsychotherapie



Anmerkung: Auf der im FPI-R zur Standardisierung verwendeten Stanine-Skala ist ein Wert von 5 normal, 7 weicht um 1 SD von der Norm ab, 9 um 2 SD.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse bei globalen Outcome-Maßen

Bei allen Maßen, der mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) gemessenen Befindlichkeit, der mit dem Gießen-Test gemessenen Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID) und der mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar gemessenen emotionalen Labilität (FPI-R N) ist zu sehen, dass der Schweregrad der Störung bei Therapiebeginn 1–2 SD über der Norm liegt, und dass der Effekt der Behandlung bis zur Entlassung aus der Klinik darin besteht, den Störungsgrad im Mittel der Behandelten an den oberen Rand der Norm zurückzuführen. In dem einjährigen Nachbeobachtungszeitraum bleibt der Behandlungserfolg erhalten oder es kommt sogar noch zu einer leichten Nachbesserung.

„Die Fakten sind freundlich“, um einen Ausspruch von Rogers (zitiert nach Cain 2001) aufzugreifen. Es konnte gezeigt werden, dass die Gesprächspsychotherapie für sich beanspruchen kann, wichtige Variablen auf der Symptomebene entscheidend zu bessern, und dass zusätzlich eine Normalisierung auf der Persönlichkeitsebene eintritt.

Etwa die Hälfte der Patienten wies eine Komorbidität in Form einer Persönlichkeitsstörung auf. Bei gesonderter Prüfung dieser Patientengruppe (Böhme et al. 1998, Teusch & Böhme 2001), ergab sich, dass gerade Patienten mit schwer behandelbaren Persönlichkeitsstörungen in ihrer Selbstwahrnehmung und in ihrer sozialen Anpassungsfähigkeit von dem gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen profitieren.

Die Fakten könnten natürlich – nach strengen methodischen Kriterien – „noch freundlicher“ sein, das muss einschränkend gesagt werden. Es gibt Behandlungsabbrecher (14 %) und es konnten nicht alle Patienten vollständig mit allen Untersuchungsinventaren erfasst werden.

In einer der Studien (Finke, Teusch & Gastpar (1995) wurden die Patienten gefragt, was sie an der Behandlung für besonders hilfreich halten. Dicht hinter der gesprächspsychotherapeutischen Kerntherapie, dem Einzel- und Gruppengespräch, die 58% der Patienten für einen Erfolg für verantwortlich hielten, rangierte hier mit 55% das „Zusammensein mit anderen Patienten“. Als hilfreich wird offensichtlich das entwicklungsfördernde empathische Klima erlebt, das auch in den therapiefreien Zeiten gefördert wird durch eine personenzentrierte Haltung aller therapeutischer Mitarbeiter.

Besonderen Aufschluss über die spezifische Wirkung der GPT haben wir durch die Gegenüberstellung von Vergleichsgruppen erfüllt. Geeignete Kontrollgruppen zu bilden ist gerade in der Psychotherapieforschung im stationären Bereich nicht leicht. Es gab kein unmittelbar vergleichbares Setting an anderen Kliniken. So wurden Vergleichsgruppen untersucht, bei denen die „reine“ Gesprächspsychotherapie durch einen zusätzlichen – in der Wirksamkeit gut belegten – Therapiebaustein ergänzt wurde im Sinne einer so genannten „add-on“-Strategie.

B. Spezielle Studienergebnisse

In vergleichenden Untersuchungen sollte nun festgestellt werden, ob die Gesprächspsychotherapie durch Kombination mit anderen Behandlungsverfahren noch wirksamer wird. Wir haben zu diesem Zweck Verfahren gewählt, die über eine in der Wissenschaft unbestrittene Wirksamkeit verfügen: die verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation (Teusch, Böhme & Gastpar 1997; Teusch & Böhme 1999; Teusch, Böhme & Finke 2001). und die antidepressive Pharmakotherapie (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar 2001; Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003).

1. Untersuchungen zum Vergleich Gesprächspsychotherapie – verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Angstpatienten

Die am besten evaluierte Methode der Verhaltenstherapie ist die „Exposition“ oder „Reizkonfrontation“ (behavioral exposure). Lange waren die Protagonisten der Verhaltenstherapie davon ausgegangen, dass die Reizkonfrontation eine *conditio sine qua non* für die Besserung der Leitsymptome Panikattacken und Agoraphobie sei.

In einer ersten naturalistischen Studie (Teusch & Böhme 1991) war gezeigt worden, dass Gesprächspsychotherapie bei Panik und Agoraphobie ebenso entscheidende Besserungen auf der Symptomebene (Panikattacken, agoraphobe Vermeidungsreaktionen) erzielt.

In einer prospektiven, randomisierten Studie (Teusch, Böhme & Gastpar 1997) wurden dann 20 stationäre Patienten, die nach dem Manual von Teusch & Finke (1995) gesprächspsychotherapeutisch behandelt wurden, mit 20 anderen, in ihren soziografischen Merkmalen und im Störungsgrad ähnlichen Patienten verglichen, die auf einer anderen Station zusätzlich verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Bei den kombiniert behandelten Patienten erfolgte einmal wöchentlich eine mehrstündige therapeutenbegleitete Exposition der angstbesetzten Situationen, sowie täglich eine manualgeleitete Exposition als „Homework-Programm“ nach dem Manual von Mathews, Gelder und Johnston (1988). Nach der Entlassung wurden Nachuntersuchungen nach 3, 6 und 12 Monaten durchgeführt.

a. Besserung auf der Symptomebene (Panikattacken, Agoraphobie und Depressivität)

Bereits die ausschließliche Gesprächspsychotherapie führt zu signifikanten Verbesserungen auf der Symptomebene (Abnahme der Panikanfälle und der Vermeidungsreaktionen sowie der Depressivität). Die Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation war weder am Ende der Behandlung noch bei der 1-Jahres-Katamnese überlegen. Dieses Ergebnis hat uns sehr überrascht, zumal die Behandler in dem kombinierten Therapieprogramm von der Überlegenheit der Kombination fest überzeugt waren; andererseits war es natürlich auch sehr befriedigend, mit unserem intensiven und aufwendigen gesprächspsychotherapeutischen Therapieprogramm

bei langjährig Angstkranken ausgezeichnete Ergebnisse zu erzielen, die auch durch weitere Verhaltenstherapie nicht mehr gesteigert werden konnten.

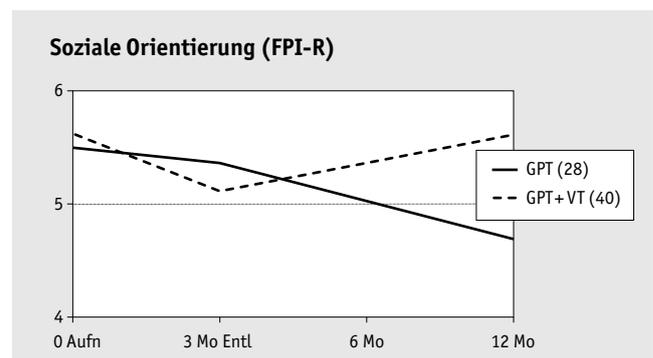
b. Differentielle Auswirkungen auf der Persönlichkeitsebene

Bei den Katamnese-Interviews fiel auf, dass gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten meist spontan von ihren Gefühlen und über ihre Lebenssituation sprachen und über Reaktionen auf Konflikte berichteten, dass sie aber erst auf Befragen Angstsymptome oder körperliche Beschwerden äußerten. Zusätzlich verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten hingegen begannen häufiger mit einer Symptomschilderung und sprachen erst auf Befragen von ihren Partnerschaften und Arbeitsverhältnissen. In den Persönlichkeitsinventaren finden sich Unterschiede (Teusch, Böhme & Finke 2001), die eine differentielle Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie und der Kombination mit zusätzlicher Verhaltenstherapie belegen.

So kommt es bei ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch Behandelten zu einer signifikant stärkeren Abnahme der Körperbeschwerden (FPI-R Skala 8). Die hypochondrische Beobachtung des eigenen Körpers wird entaktualisiert. Dabei mag eine Rolle spielen, dass sich ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf die Wahrnehmung innerpsychischer emotionaler Vorgänge richtet.

Hinsichtlich der übergroßen Hilfsbereitschaft und sozialen Abhängigkeit (FPI-R Skala 2: Soziale Orientierung) findet sich ein Gruppenunterschied bei den unterschiedlichen Therapiebedingungen: Zusätzlich verhaltenstherapeutisch Behandelte werden nur kurzfristig selbständiger und grenzen sich gegenüber den Erwartungen anderer besser ab. Nach der Entlassung steigt ihre Hilfsbereitschaft wieder an (s. Abbildung 4).

Abb. 4: Differentieller Effekt von „reiner“ GPT und zusätzlicher Verhaltenstherapie (GPT+VT) beim Gefühl sozialer Abhängigkeit



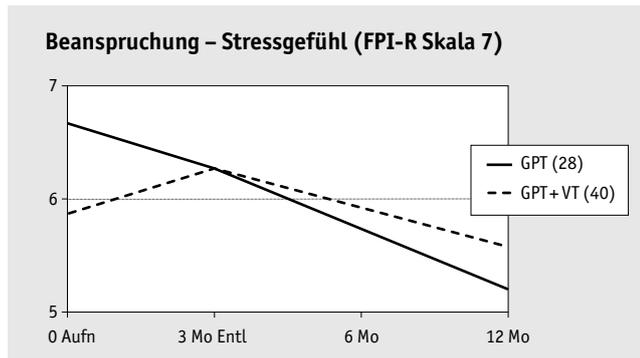
Bei ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten nimmt die Autonomie kontinuierlich zu, wahrscheinlich weil sie nun die eigenen Bedürfnisse und Gefühle besser erkennen und ihre Handlungen nicht am Urteil anderer ausrichten.

Auch hinsichtlich des Gefühls der „Beanspruchung“ (FPI-R Skala 7) ergibt sich ein signifikanter Unterschied (s. Abb. 5: Die zusätzlich verhaltenstherapeutisch Behandelten beschreiben, dass

sie – vermutlich durch die verhaltenstherapeutischen Übungen – vermehrt unter Stress geraten und bauen dieses Stressgefühl erst allmählich bis zur 1-Jahres-Katamnese ab.

Die ausschließlich geschäftspsychotherapeutisch behandelten Patienten empfinden – möglicherweise weil sie besonders auf ihre Belastungsgrenzen achten und ihre Beziehungskonflikte besonders intensiv und erfolgreich bearbeiten – ein zunehmend geringeres Stressgefühl.

Abb. 5: Differentieller Effekt von ausschließlicher Gesprächspsychotherapie und zusätzlicher Verhaltenstherapie (GPT+VT) auf die subjektive Stressbelastung

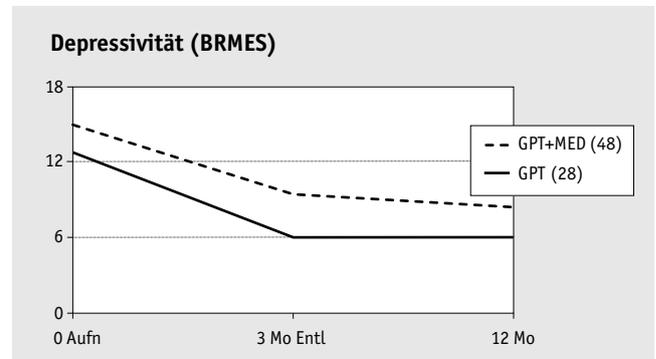


2. Untersuchungen zum Vergleich Gesprächspsychotherapie allein oder in Kombination mit antidepressiver Pharmakotherapie

Können depressive Patienten psychotherapeutische Angebote intensiver oder früher annehmen und umsetzen, wenn sie zusätzlich mit Antidepressiva behandelt werden? Erleichtert die antidepressive Medikation durch Besserung der Grundstimmung, Lösung kognitiver Blockaden und Verminderung des Leidensdrucks den psychotherapeutischen Zugang? Diese Auffassung wird von Klinikern immer wieder betont. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass bei kombinierter Behandlung die Besprechung der Medikamenteneinstellung und ihrer Nebenwirkungen, sowie der erforderlichen medizintechnischen Zusatzuntersuchungen einen beträchtlichen Raum im Gespräch mit dem Arzt einnimmt. Ein weiteres Problem der Pharmakotherapie liegt sicher darin, dass sich nicht selten störende Nebenwirkung einstellen, vor allem aber, dass Patient und Therapeut u. U. von Woche zu Woche auf den Eintritt der Medikamentenwirkung warten und eine ernsthafte Beschäftigung mit Introspektion, Gefühlswahrnehmung, Bewertung und Lösungsfertigkeiten darunter leidet. (Teusch & Gastpar 2000). Um den Einfluss der Psychopharmakotherapie auf Selbstöffnungsprozesse depressiver Patienten zu untersuchen, wurden naturalistische prospektive Studien durchgeführt (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar 2001; Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003). In einer dieser Studien (Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003) wurden alle depressiven Patienten unserer Psychotherapiestationen erfasst und zwar diejenigen, die mit

„reiner“ GPT behandelt wurden und Patienten, die zusätzlich eine antidepressive Medikation erhielten. Die Gabe von Antidepressiva ging häufig mit Zusatzverordnungen von Sedativa oder Betablockern einher (ausführliche Angaben zur Medikation in der Originalarbeit).

Abb. 6: Besserung der Depressivität bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und Kombination mit Psychopharmaka (GPT+MED)



Aus den Daten (s. Abbildung 6) ist zu erkennen dass die Depressivität durch eine antidepressive Medikation weder bei der Entlassung noch bei der Katamnese rascher oder stärker abgenommen hatte. Die zusätzliche Gabe von Antidepressiva hat sich nicht vorteilhaft ausgewirkt. Zumindest bei mittelschwerer Depressivität und einem intensiven Gesprächspsychotherapieprogramm bringt eine Kombination mit antidepressiver Medikation keinen zusätzlichen Gewinn.

In Ergänzung zu den Ergebnismessungen wurde in dieser Studie eine wichtige Therapieprozessvariable untersucht. Die Frage war, wie sich die zusätzliche antidepressive Medikation auf die Problembearbeitung in der Psychotherapie auswirkt. Dies wurde mit der Therapieprozess-Skala „Assimilation problematischer Erfahrungen (APES)“ von Stiles (1992) überprüft. Therapeut und Bezugspfleger oder -schwester schätzten anhand von 19 vorgegebenen Problem-Items ein, welche Assimilationsstufe der Patienten erreicht hat. Diese Assimilationsstufen (APES) reichen von Abwehr über gedankliches Problembewusstsein und vertieftes Erspüren der beteiligten Emotionen bis hin zum Erreichen von Einsicht und praktischem Ausprobieren neuer Lösungen. Die Ratings erfolgten in der Mitte (nach 6 Wochen) und am Ende der stationären Behandlung.

Ausschließlich geschäftspsychotherapeutisch Behandelte erreichen schon in der Mitte der Behandlung signifikant höhere Bearbeitungsstufen in den Therapiegesprächen (Einsicht und praktische Umsetzung). Zusätzlich medikamentös Behandelte bleiben häufiger bei vager Problembeschreibung, schwacher Emotionalisierung, geringer Einsicht in eigene Verhaltensmuster, geringem Bemühen neue Verhaltensweisen zu erproben stehen, bleiben also in der Prozessqualität ihrer Psychotherapie zurück (s. Abbildung 7).

Sodann kommt es bei medizierten Patienten zu einer Reihe unerwünschter Nebeneffekte. Diese wurden in der Mitte der Behandlung und noch einmal bei der Entlassung untersucht. Die Nebenwirkungen wurden anhand einer Liste von Benfield und Ward (1986) in einem strukturierten Interview erfasst.

Abb. 7: Therapieprozessqualität bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und zusätzlicher Gabe von Psychopharmaka (GPT+MED)

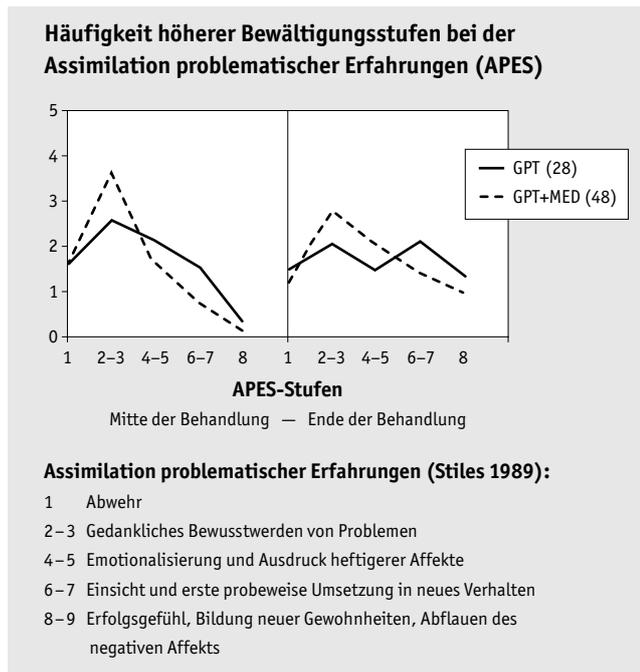
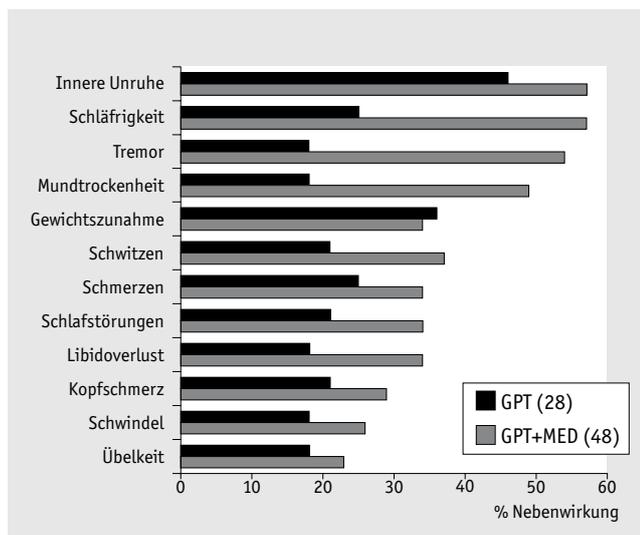


Abb. 8: Bei der Entlassung angegebene Beschwerden („Nebenwirkungen“) bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und bei zusätzlicher Gabe von Psychopharmaka (GPT+MED)



Auch bei „reiner“ Psychotherapie wird über quälende Symptome („unerwünschte Nebenwirkungen“) geklagt, vor allem über eine unerwünschte Gewichtszunahme und über ein Gefühl, unangenehm erregt zu sein – die Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen und denen der Mitpatienten ist aufregend!

Es kommt aber bei zusätzlicher Pharmakotherapie in einem viel höheren Prozentsatz zu Schläfrigkeit, Übererregung, Tremor etc. (s. Abbildung 8).

Medizierten Patienten waren ein Jahr nach Ende der stationären Behandlung doppelt so häufig in psychopharmakologischer Behandlung.

III. Diskussion

Unsere Untersuchungen zeigen, dass die stationäre Gesprächspsychotherapie unter Versorgungsbedingungen ausgezeichnete und langfristig stabile Effekte bei den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (ICD-10-Diagnosen F3 – F6) hat. Einer der Vorteile einer stationären Behandlung liegt in der hohen Frequenz psychotherapeutischer Maßnahmen und darin, dass der Patient in den verschiedenartigen verbalen und nonverbalen Therapieangeboten und im Miteinander mit anderen Patienten intensiv angeregt wird und dass er die Solidarität anderer Betroffener erfährt.

Stationäre Psychotherapie ist nachweislich hilfreich und effektiv bei Angst und Depression (Härter et al., 2004). Ein hoher Rang kann dabei der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung zukommen.

Die Gesprächspsychotherapie ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeiten durch die zusätzliche Integration von Techniken der Verhaltenstherapie auf der Symptomebene nicht wesentlich zu verbessern. Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene sind bei zusätzlicher Verhaltenstherapie weniger ausgeprägt: wenn der Blick zu sehr auf die Beobachtung von Körpersymptomen und die Willensanstrengung bei Reizkonfrontationsübungen gerichtet bleibt, werden Autonomie und soziale Kompetenzen weniger gefördert. Die Frage, ob eine nur auf die Leitsymptome abzielende Behandlungstechnik, wie die kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie, ausreicht, ob nicht auch Beziehungsarbeit geleistet werden muss, um dauerhaftere Persönlichkeitsveränderungen einzuleiten, stellt sich in der Verhaltenstherapie selbst (Grawe 1998).

Eine Kombination mit antidepressiver Pharmakotherapie steigerte hier den antidepressiven Effekt nicht, erzeugte aber erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen. Hier soll nicht in Abrede gestellt werden, dass manche Betroffene mit schweren Depressionen oder schwersten Angsterkrankungen überhaupt erst durch Psychopharmaka einer Behandlung zugänglich werden. Bei den meisten Patienten jedoch, bei denen auch eine effizientere Selbststeuerung den erwünschten Effekt bringt, müssen die Risiken einer Pharmakotherapie kritisch bedacht werden.

Die vorgestellten Ergebnisse belegen die hohe Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären Gesprächspsychotherapie. Dies gilt unter kontrollierten Studienbedingungen ebenso wie unter naturalistischen Versorgungsbedingungen. Klinische Erfahrungen und empirische Befunde sprechen dafür, dem Therapieverfahren in der vergleichenden Forschung wieder mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Bei der Abschätzung der Effizienz sollten die ausgezeichneten kurzfristigen und langfristigen Wirkungen auf der Symptom- und Persönlichkeitsebene und die geringen Risiken und Nebenwirkungen beachtet werden.

Literatur:

- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1991). *Der Gießen-Test*. Bern: Huber.
- Benfield, P. & Ward, A. (1986). Fluvoxamine: A review of pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in depressive illness. *Drugs* 32, 313–314.
- Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Staudinger, T. (1994). Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 44, 432–439.
- Böhme, H., Finke, J. & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: Ein-Jahres-Katamnese. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 48, 20–29.
- Cain, D. (2001). „Die Fakten sind freundlich“. Belege aus der Forschung für die Effizienz der Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien. *PERSON* 5, 2, 29–31.
- CIPS (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Revidierte Fassung*. Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (Hrsg.) (1991). *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*. Heidelberg: Asanger.
- Finke, J. & Teusch, L. (1996). Gesprächspsychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 195–200). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (1999). Psychotherapiemanual. Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression. *Psychotherapeut* 44, 101–107.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien: Springer.
- Finke, J., Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1999). *Forschungsbericht der Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapieforschung*. Unveröff., beim Verf. erhältlich.
- Finke, J., Teusch, L. & Gastpar, M. (1995). Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik – eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. *Psychiat. Praxis* 22, 112–116.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F. et al. (2003). Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Prozess- und Erlebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg. *Scand. J. Caring Sci.* 17, 339–46.
- Mathews, A., Gelder, M. & Johnston, D. (1988). *Agoraphobie*. (dt. Bearbeitung von C. Wilke & I. Hand) Berlin: Springer.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell, Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Stiles, W. B. (1992). Assimilation in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In R. Sachse, G. Lietaer & W. B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte in der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 39–47). Heidelberg: Asanger.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1991). Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit geschäftspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer Ein-Jahres-Katamnese. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 41, 68–76.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered “nonprescriptive” treatment on exposure. *Psychotherapy Research* 9, 115–123.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie und Panikstörung. *Nervenarzt* 72, 31–39.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. & Gastpar, M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with pharmacological treatment: an empirical follow-up study. *Psychother. Psychosom.* 70, 328–336.
- Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure. *Psychother. Psychosom.* 66, 293–301.
- Teusch, L., Böhme, H., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 13, 307–322.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Grundlagen eines Manuals für die geschäftspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut* 40, 88–95.
- Teusch, L. & Gastpar, M. (2000). Zum Verhältnis von Psychotherapie und Pharmakotherapie: Störungspotentiale und positive Interaktionsmöglichkeiten. In H. J. Möller (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (S. 62–71). Stuttgart: Enke.

Autoren:

Hildegard Böhme, Dipl.-Psych. Klinische Psychologin, Langjährig tätig an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Duisburg-Essen in Essen.

Forschungsschwerpunkt: Psychotherapieprozessforschung und Psychotherapie-Evaluation

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, apl. Professur am Universitätsklinikum Duisburg-Essen.

Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Ludwig Teusch

Abt. Psychiatrie und Psychotherapie

Grutholzallee 21

D-44577 Castrop-Rauxel, Deutschland

E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

Jobst Finke

Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Depression

Therapietheoretische Voraussetzungen und Behandlungskonzepte eines störungsbezogenen Ansatzes

Zusammenfassung: *In der vorliegenden Arbeit wird für eine Synthese von „Problemzentrierung“ und „Personzentrierung“, d. h. von funktional-analytischer und hermeneutisch-dialogischer Betrachtungsweise plädiert. Am Beispiel der Depression wird ein personenzentriertes Arbeiten gezeigt, dass sich von störungsbezogenen Konzepten leiten lässt. Dies bedeutet, jene Inhalte und Themen zu beschreiben, die für die depressive Störung charakteristisch sind. Die Bearbeitung dieser Themen erfolgt entlang jener Handlungskonzepte, die sich aus den Kernmerkmalen bzw. therapeutischen Grundhaltungen der Personzentrierten Psychotherapie ableiten.*

Schlüsselbegriffe: *Funktionalistische Pragmatik, hermeneutische Dialogik, Schlüsselthemen, Handlungskonzepte.*

Abstract: Disorder-centered psychotherapy of depression. The disorder-centered approach and its theoretical premises and concepts of treatment. *In this paper it is intended to get a synthesis of a „person-centered“ and a „problem-centered“ perspective. I try to expound a „problem-centered“ conception of Person-Centered Psychotherapy also in regarding the „person-centered perspective“. The problem-centered approach must be understood as well as disorder-centered and as person-centered. This kind of problem focusing is depicted by performing different themes. Especially in this context the key-themes of depressive disorder are pointed out. In the therapeutic process the therapist has to anticipate these themes and the psychotherapeutic treatment must be geared to them.*

Key-words: *disorder-centered, depressive disorder, key-themes, concept of treatment.*

Depressive Störungen sind vor allem für die Personzentrierte Psychotherapie (PZT) bedeutsam. Dies ist deswegen der Fall, weil die personzentrierte Therapietheorie in besonderer Weise den Bedürfnissen depressiver Klienten entspricht. Die Haltung des Akzeptierens, Anerkennens und Wertschätzens kommt dem meist negativen Selbstwelterleben dieser Klienten entgegen. Das Konzept der Empathie und die damit einhergehende Bereitschaft, den Klienten konsequent aus seinem Bezugssystem zu verstehen, lässt den Therapeuten zu einem inneren Begleiter des Klienten werden, den gerade Depressive in der Isolation ihrer depressiven Welt benötigen. Nicht von ungefähr hat die PZT auch auf dem Gebiet der depressiven Störungen die meisten Effektivitätsstudien vorzuweisen.

Wir vertreten eine störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, d. h. dass wir uns auf die mit der Störung verbundenen (und oben schon angedeuteten) Probleme und Bedürfnisse dieser Klienten

auch konzeptuell in besonderer Weise einzustellen versuchen. Da ein solches Vorgehen innerhalb der PZT noch nicht ganz selbstverständlich ist, soll hier vor der Darstellung der Therapiepraxis zunächst die für uns bedeutsame wissenschafts- und therapietheoretische Grundlage dieses Vorgehens beschrieben werden.

Die PZT zwischen funktionalistischer Pragmatik und hermeneutischer Dialogik

Das gewissermaßen Revolutionäre des Personzentrierten Ansatzes besteht in einem Widerspruch gegen die Leitbilder der modernen Wissenschaft, zumindest auf der Ebene der Therapeut-Klient-Beziehung. In der modernen Medizin (und auch in der frühen Zeit der modernen Psychotherapie) war eine Therapeuten-Zentrierung,

die den Arzt als den beobachtenden bzw. diagnostizierenden und kontrollierenden Experten sieht, allgemein üblich geworden. In der modernen Psychologie hatte diese Zentrierung ihre Entsprechung in der Beziehung zwischen Experimentator und Versuchsperson gefunden. Dieser Therapeuten-Zentrierung hatte Rogers bekanntlich eine Klienten-Zentrierung entgegengesetzt, die nur noch den Klienten als den Experten seiner selbst gelten ließ, auf Seiten des Therapeuten aber jede Möglichkeit (therapeutisch sinnvollen) Expertentums verneinte.

Es ist aber zu fragen, ob hierdurch nicht die Einseitigkeit der einen Zentrierung durch eine ebenso einseitige „Gegenzentrierung“ ausgetauscht wurde (Waldenfels 1991). Hier soll jedenfalls bezweifelt werden, dass sich die Einseitigkeit einer radikalen Klienten-Zentrierung mit den Ansprüchen vereinbaren lässt, die an eine Psychotherapie als Heilbehandlung gestellt werden. Denn nach dem heutigen Verständnis basiert eine wissenschaftlich fundierte Heilbehandlung u. a. auf der Erkenntnis (Diagnostik) dessen, was geheilt werden soll und einer klaren Definition der Instrumente (Therapietechnik), durch die die als negativ bewerteten Phänomene beeinflusst und somit das Therapieziel erreicht werden sollen. Dabei steht zur Diskussion, wieweit dieses (naturwissenschaftliche) Modell medizinischer Heilkunde auf die Psychotherapie zu übertragen ist. Würde damit nicht eine Perspektive aufgegeben werden, die an der Vision der Ursprünglichkeit einer Begegnung von Person zu Person ausgeht und an der Unmittelbarkeit eines empathischen Miterlebens festhält? Andererseits ist zu fragen, wieweit eine Psychotherapie sich von diesem Modell aller angewandten Wissenschaften entfernen kann, ohne völlig den Charakter von Therapie als ein Heilverfahren zu verlieren (siehe dazu auch die Gegenüberstellung der Ansätze bei Keil, 1998).

Es wird hier dafür plädiert, das Unternehmen Psychotherapie als polar strukturiert zu denken, wobei die beiden Pole, auf die es bezogen ist, als funktionalistische Pragmatik einerseits und als hermeneutische Dialogik andererseits zu charakterisieren wären. „Funktionalistische Pragmatik“ ist unter zweckrationalen Aspekten daran interessiert, dass der therapeutische Eingriff „gut funktioniert“, dass also die anvisierten Ziele (z. B. Reduzierung der Symptome, Vermehrung personaler Autonomie) durch die eingesetzten Mittel möglichst effizient zu erreichen sind. Dies bedeutet eine funktionale Betrachtungsweise der Zwecke bzw. Ziele einerseits und der eingesetzten Mittel bzw. „Instrumente“ andererseits. Letzteres läuft auf die Darstellung einer Therapietechnik hinaus. Diese Position impliziert u. a. das Interesse an Kontrolle und Beherrschung von z. B. psychopathologischen Phänomenen, auch insofern sich diese in der therapeutischen Interaktion zeigen.

„Hermeneutische Dialogik“ meint dagegen das Interesse an Verständigung, den Willen zum Verstehen interaktionaler Äußerungen in der personalen Begegnung, ohne es sofort auf Beeinflussung und Veränderung abgesehen zu haben. In der Interaktion von Personen wird ein Sinn realisiert, ein Sinn, der erst verständlich wird auf dem

Hintergrund eines Erlebens-Zusammenhangs. Durch die gemeinsame Verdeutlichung dieses Sinns kann die dialogische Verständigung für den Betroffenen zur Selbstverständigung werden, d. h. zur Auflösung seiner Inkongruenz und damit zur Selbsttransparenz führen (Rogers, 1959/1987), ohne dass dies von vorneherein intendiert wird. Das humane Bedürfnis nach Orientierung an Sinnkonzepten und Werten fordert den Überstieg einer rein utilitär-funktionalen Perspektive immer wieder heraus. Gerade dies wiederum macht auch eine hermeneutische Position in der Psychotherapie unverzichtbar (Keil, 1997; Finke, 1999; Spielhofer, 1999).

Die Ausschließlichkeit einer hermeneutischen Dialogik jedoch kann zu einer Verfehlung der Aufgabe von Psychotherapie als an Kriterien der Genesung orientierter Heilbehandlung führen, insofern ausdrücklich auf jede Symptom- oder auch nur Problemzentrierung (Mearns, 2004), auf eine funktionsanalytische Betrachtungsweise und auf ein konzeptgeleitetes Vorgehen verzichtet wird. Die Verabsolutierung einer funktionalistischen Pragmatik andererseits läuft auf ein sozialtechnisches Manipulieren des Klienten, auf ein „social engineering“ und auf eine instrumentalistische Verkürzung dessen hinaus, was Psychotherapie sein kann und sein soll. So muss es in der Psychotherapie darum gehen, beide Aspekte zu berücksichtigen bzw. mit einander abzugleichen. Übrigens lässt sich die hier gemeinte Polarität auch beziehungstheoretisch beschreiben. Dann wäre einer „Beobachter-Beziehung“ eine „Teilnehmer-Beziehung“ gegenüberzustellen, wobei das jeweilige Beziehungskonzept durch die Perspektive und die Rolle, die der Therapeut hier einnimmt, zu definieren ist. In der ersteren nimmt der Therapeut die Perspektive eines distanzierten Beobachters und die Rolle eines planenden Operators bzw. gezielt intervenierenden Technikers ein, in der letzteren dagegen geht es um die Rolle eines Anteil nehmenden Akteurs, eines einfühlsam um Verständigung bemühten Mitspielers. Die Balance zwischen beiden Beziehungskonzepten ist stets subtil auszubalancieren (Finke 2005).

Das Therapiekonzept:

Im Mittelpunkt der personenzentrierten Therapietheorie stehen die drei therapeutischen Kernmerkmale, die von Rogers als therapeutische Einstellungen bzw. Haltungen charakterisiert wurden. Um aber das personenzentrierte Therapiekonzept in seiner Komplexität zu beschreiben (und um die anschließenden Erörterungen des Vorgehens bei der depressiven Störung zu verstehen), ist darauf hinzuweisen, dass diese therapeutischen Einstellungen einerseits ein je spezifisches Beziehungsangebot konstellieren und dass aus ihnen andererseits bestimmte Handlungsregeln abzuleiten sind. So sieht es jedenfalls aus oben genannten Gründen die störungsbezogene Gesprächspsychotherapie.

Die Beziehungskonzepte:

Mit dem Kernmerkmal *Einführendes Verstehen* wird eine Alter-Ego-Beziehung konstellierte, da der Therapeut hier die Rolle eines „Alter-Ego“, eines „anderen Selbst“ des Klienten einnehmen und „sein eigenes Selbst beiseite stellen“ soll (Rogers, 1951/1973a, S. 53). Der Therapeut soll sich ganz in den Klienten hineinversetzen, dessen Perspektive übernehmen und den Klienten aus dessen Bezugssystem verstehen. Der Therapeut nimmt gewissermaßen die Rolle eines Katalysators des inneren Zwiegesprächs ein, das der Klient mit sich selbst zu führen hat.

Mit dem Merkmal *Kongruenz/Echtheit* und dem damit verbundenen Prinzip einer personalen „Begegnung von Person zu Person“ (Rogers, 1977, S. 26) wird eine Dialog-Beziehung konstellierte. Der Therapeut hat hier die Rolle eines Dialog-Partners, eines bedeutsamen Anderen des Klienten, der Sein eigenes Selbst, sein eigenes Bezugssystem nicht beiseite stellt, sondern einbringt (Rogers, 1976, S. 200; Schmid, 1994, 2002). Beide Konzepte ergänzen sich insofern, als der Therapeut im Laufe der Therapie zwischen beiden oszilliert. Das Merkmal *Bedingungsloses Akzeptieren* dagegen ist die alles therapeutische Tun tragende Grundhaltung. Sie ist die Basis für das Wirksamwerden der beiden spezifischen Beziehungskonzepte (Spielhofer, 2004; Finke, 2005).

Die Handlungskonzepte:

Einfühlen und Verstehen: Die Verwirklichung der therapeutischen Kernmerkmale ist natürlich an bestimmte verbale (und z. T. auch nonverbale) Handlungen des Therapeuten gebunden. Man kann hier auch von therapeutischen Interventionen sprechen. Diese Handlungen stehen in einem regelhaften Verhältnis zu den Kernmerkmalen. Das *Einführende Verstehen* wird realisiert vorwiegend durch Aufgreifen von Gefühlen aber auch von Kognitionen. Wenn im Folgenden von den Interventionen die Rede ist, die sich aus der Einstellung des *Einführenden Verstehens* ergeben, wird hier von „*Einfühlen und Verstehen*“ gesprochen. Mit dieser Formulierung soll also die Handlungsebene angezeigt werden.

Beim Verbalisieren von „Erlebnishalten“ (Tausch, 1970) sind aber nicht nur unterschiedliche Gefühle, sondern auch Gefühle und Bedürfnisse unterschiedlichen Grades ihrer Symbolisierung (Rogers, 1959/1987, S. 24) zu unterscheiden. So ergibt sich eine Stufung des therapeutischen Vorgehens vom Ansprechen weitgehend symbolisierter Gefühle bis hin zum Aufgreifen von Emotionen und Bedürfnissen, die erst im Laufe der Therapie zunehmend am „Rande der Gewährwerdung auftauchen“ (Rogers, 1977, S. 21), zu Beginn der Therapie aber noch nicht symbolisiert sind. Die folgende tabellarische Übersicht soll dies veranschaulichen.

Stufen des Einführenden Verstehens (aus Finke 2004)

Eine Patientin sagt: „Als meine Mutter dann wieder ihre vorwurfsvolle Miene aufsetzte, war es, als müsste ich ausrasten, ich bin einfach weggegangen“.

1. Umakzentuierendes Wiederholen

Einführendes Wiederholen

T1: *Diese Vorwurfshaltung hat Sie fortgetrieben.*

2. Aufgreifen des vorherrschenden Gefühls

T2: *Sie hätten überschäumen können vor Wut*

3. Verdeutlichen des situativen Kontextes

Konkretisierendes Verstehen

T3: *Was Sie so aus der Fassung brachte, war der anklagende Blick Ihrer Mutter.*

4. Aufgreifen von selbstreflexiven Gefühlen

Selbstkonzeptbezogenes Verstehen

T4: *Dass Sie so schroff reagierten, war Ihnen hinterher auch etwas peinlich.*

5. Aufgreifen von haltungsprägenden Gefühlen und Bedürfnissen

Organismusbezogenes Verstehen

T5: *Da wurde etwas in Ihnen getroffen, was Sie auch ohnmächtig machte.*

6. Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes

T6: *Sie fühlten sich plötzlich wieder als das ganz kleine Mädchen, das es auch früher der Mutter nie recht machen konnte.*

Selbstöffnen/Selbsteinbringen: Das Realisieren des Einstellungsmerkmals Kongruenz/Echtheit führt auf der Handlungsebene zur Interventionskategorie Selbsteinbringen oder Selbstöffnen („self disclosure“, Carkhuff, 1969). Diese besagt, dass der Therapeut seine vorwiegend emotionale (aber auch kognitive) Resonanz auf die therapeutische Situation bzw. auf den Klienten mitteilt. Dies können nun positive Emotionen wie Freude, Anerkennung und Stolz oder eher negative Gefühle wie Ärger, Gekränktheit oder Langeweile sein. Im ersteren Falle ergäben sich eher stützende, selbstwertstabilisierende, ressourcenaktivierende Funktionen, im letzteren eher konfrontierende und hinterfragende und damit letztlich klärende Wirkungen und Aufgaben. (Das gelegentlich als „Zusatzvariable“ benannte Konfrontieren (Tscheulin, 1992) kann dann dem Selbstöffnen zugerechnet werden, wenn es in Form einer „Ich-Botschaft“ formuliert wird.) So lassen sich beim Selbstöffnen/Selbsteinbringen schon auf den ersten Blick zwei unterschiedliche Funktionskreise

bzw. Dimensionen unterscheiden. Die folgende Aufstellung (aus Finke, 2004) macht aber deutlich, dass dies nur eine sehr grobe Unterscheidung ist.

Selbstöffnen / Selbsteinbringen

Mitteilen von Anteilnahme

- T: Ich freue mich, dass Sie das geschafft haben.
T: Ich Sorge mich, dass Sie sich so schnell entscheiden.

Mitteilen von Ähnlichkeit

- T: Das kann ich gut nachempfinden, ich habe Ähnliches erlebt.
T: Ich kenne solch quälenden Zweifel.

Mitteilen von Beurteilungen und Bewertungen

- T: Ich finde, dass Sie das gut gemeistert haben.
T: Sie waren da für mein Empfinden wirklich in einer schwierigen Situation.

Konfrontation mit Beobachtung

- T: Es erstaunt mich, dass Sie immer ...
T: Es irritiert mich, dass Sie jetzt scheinbar so ganz cool bleiben.

Anbieten einer alternativen Erlebnisweise

- T: An Ihrer Stelle würde mich das aber ärgern.
T: Ich wäre da aber stolz auf mich.

Mitteilen der (negativen) emotionalen Resonanz

- T: Es macht mich jetzt etwas unzufrieden, dass Sie ...
T: Es ärgert mich und kränkt mich irgendwie auch, dass Sie...

Die oben genannten Interventionsformen können hinsichtlich ihrer Funktion und Indikation nicht im Einzelnen erörtert werden (Näheres dazu bei Finke, 2004). Hier sei nur gesagt, dass *Selbsteinbringen* eine genaue Indikation voraussetzt. Das bedeutet, dass auch die Wahl des Zeitpunktes wie die der Formulierung und „Dosierung“ stimmen müssen. In der Regel sollte diese Interventionskategorie erst eingesetzt werden, wenn man den Klienten und seine Belastbarkeit schon einigermaßen kennt. Sehr allgemein kann gesagt werden, dass *Selbsteinbringen* vor allem indiziert ist bei Klienten, die die stellungnehmende Präsenz eines bedeutsamen Anderen brauchen, da sie das ausschließliche auf sich selbst Zurückverweisen, wie es im Rahmen des *Einfühlenden Verstehens* weitgehend geschieht, für sich selbst zu wenig zu einer konstruktiven Selbstauseinandersetzung nutzen können. Es sind dies häufig Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Aber auch bei Klienten, die sich in einer akuten Krise befinden oder deren psychische Funktionsfähigkeit durch belastende Ereignisse beeinträchtigt ist, können vor allem die stabilisierenden, ressourcenaktivierenden Interventionsformen des *Selbsteinbringens* angezeigt sein.

Das *Selbsteinbringen* und überhaupt die Dialog-Beziehung kommt in manchen Aspekten der Alltagskommunikation nahe. Gerade darin liegt auch ein Risiko. Es kann eine emotionale „Verstrickung“ des Therapeuten, aber auch die Gefahr mitsichbringen, missverstanden zu werden und den Klienten unbeabsichtigt zu kränken oder zu entmutigen.

Deshalb kommt es gerade hier auf eine angemessene Formulierung an. Die Angemessenheit der Formulierung ist natürlich, so auch bei den Interventionsbeispielen im folgenden Praxisteil, vom jeweils interaktionellen Kontext abhängig. Die gleiche Formulierung kann in einem anderen Kontext falsch (weil den Klienten zu sehr verunsichernd, kränkend, beschämend), mindestens missverständlich sein. In diesen Kontext gehen u. a. die Art der Störung und der Persönlichkeit des Klienten (seine individuellen Verletzlichkeiten, sein Verbalisierungsniveau), das Vertrauen zum Therapeuten und das jeweilige Prozessstadium (Swidens, 1991) ein.

Beziehungsklären: Sind die sich aus dem *Einfühlenden Verstehen* ergebenden Interventionsformen beziehungstheoretisch der Alter-Ego-Beziehung und das *Selbsteinbringen* der Dialog-Beziehung zuzuordnen, so muss dem *Beziehungsklären* („immediacy“, Carkhuff, 1969) eine Zwischenstellung zwischen den beiden Beziehungskonzepten zugeschrieben werden. Insofern der Therapeut die Klientenäußerungen als Anspielungen auf seine Person versteht, fühlt er sich als der bedeutsame Andere angesprochen, und er sieht sich so in der Rolle eines Dialog-Partners. Insofern er aber nicht als dieser Andere antwortet, sondern einfühlsam die Beziehungserwartungen des Patienten aus dessen Perspektive zu verstehen und zu verbalisieren sucht, nimmt er die Rolle eines Alter-Ego des Klienten ein. Der Therapeut muss sich hier gewissermaßen selber mit den Augen des Klienten sehen (Finke, 2004).

Themenzentrierung

Das Aufgreifen von Gefühlen im Sinne eines „reflecting of feelings“ (Rogers, 1951/1973) ist ein weiteres Kennzeichen der PZT, auch wenn Rogers dies nicht als schematisch anzuwendende Behandlungsanleitung verstanden wissen wollte. Die therapeutische Zentrierung auf Gefühle hat ihren Grund in dem sehr ursprünglichen Hinweischarakter von Gefühlen, sie informieren mit großer Unmittelbarkeit über wichtige Bedürfnisse und Motive einer Person. Außerdem können sie ihrerseits Motivationen und die mit ihnen korrespondierenden Sinnkonzepte auch beeinflussen. Aber angesichts der großen Bedeutung, die von personenzentrierter Seite den Gefühlen zugeschrieben wird, mag es verwundern, dass die PZT sich bisher nicht eben häufig mit spezifischen Gefühlen beschäftigt und allgemein mit Themen auseinandergesetzt hat, die für Personen wichtig sind: z. B. Liebe, Hass, Trauer, Schuld usw. Es ist hier eher ein Mangel an Versuchen festzustellen, die großen Lebensthemen

des Menschen, und das sind weitgehend zentrale Gefühle, aus einer personenzentrierten Perspektive zu behandeln. Für die therapeutische Situation behinderte zudem eine Rationalitätskritische Tabuisierung des Expertentums eine Konzeptualisierung und Ausrichtung des therapeutischen Vorgehens an der Leitlinie inhaltlich relevanter Themen. Manche, die sich den radikalen Formen des o. g. Tabus widersetzen, proklamierten die Notwendigkeit, den Therapeuten zumindest als Experten für den therapeutischen Prozess, nicht jedoch für den Inhalt, zu sehen.

Hier stellt sich jedoch die Frage, ob der „Prozessexperte“ nicht auch „Inhaltsexperte“ sein muss, da manche Prozessaspekte sich erst auf dem Hintergrund von inhaltlichen Vorgaben erkennen lassen. Hier soll die These vertreten werden, dass für das Verstehen des Klienten und des Prozesses, in dem er sich gerade befindet, Vorstellungen über mögliche Inhalte eine Rolle spielen. Das Antizipieren von Inhalten, die in der Therapie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine Rolle spielen werden, kann dem Therapeuten den verstehenden Zugang zum Klienten erleichtern. Diese Inhalte betreffen Themen, die sich einerseits aus der Störung und dem belastenden Lebensereignis des Klienten, andererseits aus seiner Persönlichkeitsstruktur und Lebensgeschichte ergeben. Indem der Therapeut sich für das mögliche Auftauchen solcher Themen sensibilisiert, kann er den Klienten zielgerichteter und vor allem auch umfassender verstehen. Wenn er z. B. antizipiert, welche Unterthemen sich um das Thema „Schuldgefühle“ gruppieren, kann er diese Gefühle in ihrer ganzen Komplexität viel sicherer erahnen und in möglichst vielen Facetten empathisch aufgreifen und verdeutlichen (was sich auch auf die Qualität unserer Therapieergebnisse ausgewirkt haben dürfte, Teusch et al., 2003).

Da hier nicht nur die etwa per ICD-10 erfassbare Störung, sondern auch jeweils typische Persönlichkeits- und Situationsmerkmale in den Blick genommen werden, ist dieser Ansatz ganzheitlich, geht jedenfalls über das Erfassen rein störungsspezifischer Merkmale hinaus. Die jeweils als zentral erachteten Themen wurden als Schlüsselthemen bezeichnet, die jeweils hinsichtlich ihrer verschiedenen Aspekte aufgegliedert werden. Dabei kommt es gelegentlich auch zu thematischen Überschneidungen (Teusch & Finke, 1995; Finke & Teusch, 2002).

Bei einer depressiven Störung sind meist folgende Inhalte bzw. Themen bedeutsam:

Die Schlüsselthemen der Depression

Depressives Erleben

Bedrücktheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Suizidalität

Schuldgefühle

Selbstbezüglichung
Minderwertigkeitsgefühle

Gewissensstrenge
Überhöhtes Selbstideal
Idealisierung des Anderen

Verlusterleben

Bindungs- und Verschmelzungswünsche
Trennungsschmerz und Ratlosigkeit
Angst vor Einsamkeit und neuer Rolle
Enttäuschungswut
Verlustbewältigung, Neuorientierung

Selbstbescheidung und Anspruch

Das Bescheidenheits-Ideal
Negative Überzeugung von Nichtbeachtung
Verdeckte Vorwurfshaltung und Feindseligkeit
Zuwendungserwartung und Schamgefühle

Diese Liste enthält nicht alle für Depressive bedeutsamen Themen. Die hier aufgeführten Themen sind jedoch für viele depressiv gestörte Klienten charakteristisch. Sie finden sich zum Teil schon im Diagnose-Inventar der ICD-10. Zum anderen Teil ergeben sie sich aus einer idealtypischen Beschreibung des Erlebens depressiver Personen.

Dies legt auch die Empfehlung nahe, eine Vorstellung darüber zu haben, auf welcher Beziehungsebene und mit welchen Interventionen die Bearbeitung eines jeweiligen Themas erfolgen könnte. Mit einer solchen gewissermaßen präskriptiven Darstellung des therapeutischen Vorgehens sollen aber nur Leitlinien entworfen werden, auf deren Hintergrund dieses Vorgehens überhaupt erst bewertbar und kritisierbar wird. Mit solchen Entwürfen therapeutischen Handelns sollen nur Raster von Möglichkeiten des Vorgehens, keinesfalls aber starre Behandlungsanweisungen vorgegeben werden (Finke 2004).

Dies soll anhand der oben genannten Themen veranschaulicht werden. Dabei ist im Sinne einer Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens 1991) darauf zu achten, dass die relevanten Themen in einer dem Erleben des Klienten angemessenen Reihenfolge bearbeitet werden. Auf keinen Fall soll dem Klienten ein Thema aufgedrängt oder ein Thema angesprochen werden, für dessen Bearbeitung er noch nicht belastbar genug ist.

Behandlungspraxis

Depressives Erleben

Besonders bei Klienten mit ausgeprägterer Depressivität ist wichtig, dass zu Beginn der Therapie der Therapeut sich dem depressiven Erleben selbst zuwendet, also der Bedrücktheit, dem

Gefühl der Verzweiflung, der Freud- und Interesselosigkeit, der Hoffnungslosigkeit. Bei schweren depressiven Zuständen kommt es aber darauf an, dieses Erleben nicht sofort auf seinen Sinn hin verstehen zu wollen, genauer, vom Klienten nicht zu erwarten, in einen Prozess eines solchen Selbstverstehens einzutreten. Hierzu wäre der schwer Depressive noch gar nicht in der Lage. Vielmehr kommt es zunächst darauf an, den Patienten zu stützen, d. h. ihm bei der Bewältigung der Depressivität zu helfen. Hier sind folgende Schritte wichtig.

Anerkennen und Zuwenden

Die hier genannten Interventionsformen lassen sich aus dem Therapieprinzip *Bedingungsfreies Akzeptieren* ableiten. Wenn der Therapeut bei solchen Interventionen aber auch seine eigene emotionale Resonanz zum Ausdruck bringt, bzw. wenn er diese im Kontext von „Ich-Botschaften“ formuliert, sind sie eher dem *Selbstöffnen* zuzurechnen. In jedem Falle kommt es zunächst darauf an, den Patienten in seinem Leiden, in der Art seiner depressiven Vorstellungen und Befürchtungen anzunehmen, und ihn nicht in seinem Bedürfnis, angehört zu werden, durch voreiliges Beschwichtigen und Bagatellisieren zurückzuweisen. Da die Welt des Depressiven meist düster und oft auch erschreckend ist, kann der Therapeut versucht sein, schon aus Gründen des Selbstschutzes sich auf diese Welt nicht empathisch einzulassen und damit den Patienten in seinem Anliegen zurückzuweisen.

Interessiertes Zuhören: Dem Depressiven hilft es schon, die Zuwendung und das Interesse seines Gegenübers zu spüren. Dabei ist es wichtig zu erleben, dass der Andere bereit ist, engagiert zuzuhören und so kundzugeben, dass das Leiden des Depressiven ihn wirklich interessiert und „angeht“.

Anerkennen der depressiven Symptomatik: Der Therapeut hat das depressive Erleben, die düsteren Vorstellungen des Klienten als für diesen gültig zunächst anzuerkennen. Obschon dieses Erleben beim Versuch der Einfühlung auch für den Therapeuten belastend sein kann, hat er der Versuchung zu widerstehen, bagatellisierend und vordergründig tröstend zu reagieren. Vielmehr muss er dem Patienten das Gefühl geben, ihn wirklich ernst zu nehmen und an seinem Leiden Anteil nehmen zu wollen. Der Ausdruck solcher Anteilnahme wirkt schon ressourcenmobilisierend.

T: *Ich versuche mir vorzustellen, wie Ihnen zumute ist, wie hoffnungslos Sie jetzt alles empfinden.*

Bestätigen: Der Therapeut wird auch das Ausmaß des Leidens und des Gequältheits anerkennen und insofern den Patienten in seiner Fähigkeit, Leid zu ertragen, bestätigen.

T: *Es ist sicher sehr schwer für Sie, diesen Zustand jetzt auszuhalten.*

Sich-Solidarisieren: Für den Klienten wirkt die Erfahrung einer Anteilnahme, die zumindest im Ansatz zu einer Art Schicksalsgemeinschaft wird, sehr ressourcen-mobilisierend. Der Therapeut sollte seine Solidarität und sein Interesse am Schicksal des Patienten auch ganz persönlich, d. h. in Form einer „Ich-Botschaft“ zum Ausdruck bringen. Damit interveniert der Therapeut aus einer Position der Dialog-Beziehung bzw. des Therapieprinzips *Echtheit*. Diese Position ist oft angemessen, wenn es darum geht, Aspekte des *Bedingungs-freien Akzeptierens* sehr unmittelbar und konkret zu realisieren.

T: *Es ist mir wichtig, Sie nicht mehr so leiden sehen zu müssen.*

Ermutigen: Wenn die bisherigen Schritte vollzogen wurden, ist es gerade bei schwer Depressiven indiziert, den negativen Überzeugungen und der fatalistischen und pessimistischen Haltung eine andere Überzeugung und eine andere Haltung entgegen zu setzen. Diese Entgegensetzung dürfte aber nur auf dem Hintergrund der vorherigen Anteilnahme und Anerkennung überzeugend wirken. Der Therapeut wird sie wiederum vorwiegend in Form einer Ich-Botschaft, also des *Selbsteinbringens* vermitteln.

T: *Ich weiß, dass Sie selbst das jetzt ziemlich pessimistisch sehen, ich bin aber davon überzeugt, dass es Ihnen schon bald wieder deutlich besser gehen wird.*

Einfühlen und Verstehen

Aus der Grundhaltung des *Einfühlenden Verstehens* ergeben sich die oben dargestellten Verstehensangebote. Beim Verstehen ist das Erfassen der Bedeutung z. B. eines Gefühls intendiert, also das Klären eines Zusammenhangs dieses Gefühls z. B. mit anderen Gefühlen, Bedürfnissen und früheren prägenden Erlebnissen (emotional-motivationale Schemata). Ein solcher Klärungsprozess kann ansatzweise auch bei Klienten eingeleitet werden, die noch schwer depressiv sind. Es ist jedoch darauf zu achten, die entsprechenden Interventionen immer wieder zu „durchmischen“ mit den oben dargestellten ermutigenden und stützenden Äußerungen, um den Patienten hier nicht zu überfordern. Es kann jedoch, etwa durch *Aufgreifen des vorherrschenden Gefühls*, auch der noch kränkere Patient wenigstens ansatzweise angeregt werden, aus einer gewissen Distanz auf sich selbst und seine momentanen negativen Überzeugungen zu blicken und so eben diese Überzeugungen zu relativieren.

T: *Im Augenblick erscheint Ihnen alles so trostlos, und Sie können sich noch gar nicht vorstellen, dass Sie sich je wieder über etwas freuen können.*

Nicht selten hört man in Therapeuten-Kreisen die Befürchtung, dass durch ein einfühlsames Spiegeln der düsteren Gedanken der Patienten diese noch tiefer in ihre Depressivität hineingestoßen werden könnten. Diese Therapeuten neigen dann dazu, dem Patienten das Unbegründete der Hoffnungslosigkeit nachzuweisen oder ihm

sonstwie seine „trübe Stimmung“ auszureden. Diese Art des Trostes und des aufmunternden Zuspruches werden die Klienten aber oft als ein Bagatellisieren, ein Nicht-ernst-nehmen erleben. Sie werden sich von Ihrem Therapeuten wenig verstanden und angenommen fühlen. Dieser Eindruck der Klienten dürfte häufig auch gar nicht so unrichtig sein. Denn es sind nicht selten die inneren Ängste und die dadurch bedingte Abwehr des Therapeuten selbst, die ihn zu einem solchen Verhalten veranlassen. Der Therapeut hat seinerseits möglicherweise eine untergründige Angst, in den Sog der depressiven Welt des Patienten hineingezogen zu werden, und kommt dann in die Gefahr, diese Ängste vor einer Gefühlsansteckung durch ein aufmunterndes Schulterklopfen abzuwehren.

Durch das engagierte Bemühen, ein hohes Ausmaß an positiver Beachtung und emotionale Wärme zu realisieren, könnte sich andererseits ein Problem insofern ergeben, als gerade der depressive Patient allzu sehr abhängig wird von der Zuwendung seines Therapeuten und dass dies der gewünschten Autonomieentwicklung im Wege steht. Im ersten Stadium der Therapie muss der Therapeut allerdings eine solche Abhängigkeit und ein damit verbundenes Geborgenheitserleben des Patienten zulassen. In den späteren Therapiestadien sollte er jedoch zunehmend Autonomietendenzen ansprechen und bestärken. Behandlungstechnisch bietet sich hier vor allem die Interventionsform des *Beziehungsklärens* an. Dies soll weiter unten verdeutlicht werden.

Suizidalität

Zu suizidalen Krisen kann es bei fast allen psychischen Störungen kommen, insofern ist dies für die Psychotherapie generell ein bedeutsames Thema. Bei depressiven Klienten gilt dies aber wegen der Eigenart der Symptomatik in ganz besonderer Weise. Die meisten Klienten mit depressiven Störungen, vor allem mit schweren, haben mindestens gelegentliche Suizidgedanken. Ihre Suizidvorstellungen können hier motiviert sein durch ein phantasmatisch nur im Tod zu stillendes Bedürfnis nach grenzenloser Nähe oder auch durch das Bedürfnis, solchen quälenden Nähewünschen zu entfliehen oder auch, um den jeweiligen Partner zum Erfüllen von Nähewünschen zu bewegen. Schließlich kann die bilanzierende Resignation, solche drängenden Nähewünsche nie befriedigen zu können, den Tod als Ausweg erscheinen lassen.

Bei depressiven Klienten sollte routinemäßig nach Suizidvorstellungen gefragt werden. Dass dies oft nicht geschieht, hat nicht selten damit zu tun, dass dem Therapeuten selbst das Thema „unangenehm“ ist oder dass er befürchtet, durch solche Fragen den Klienten erst auf suizidale „Gedanken zu bringen“. Letzteres trifft natürlich nicht zu, vielmehr wird gerade der empathische Mitvollzug suizidaler Gedanken beim Patienten das Erleben von Anteilnahme, Nähe und Verstandesein und damit eine Ermutigung und Stützung bewirken.

T: *Vielleicht hatten Sie auch schon mal den Gedanken, mit dem Leben einfach Schluss zu machen?*

T: *Diese Gedanken an den Tod, die haben in solchen Augenblicken etwas Beruhigendes für Sie.*

Ziel muss es hier sein, die Motive der Todeswünsche zu klären und konstruktivere Bewältigungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Ein weiteres Anliegen sollte es sein, sich ein genaues Bild von den Suizidvorstellungen der Klienten zu machen. Wie konkret sind diese, wie drängend, wie häufig, ist es früher schon zu Suizidhandlungen gekommen? So kann der Therapeut das Suizidrisiko abschätzen und auch die Indikation einer evtl. notwendigen stationären Einweisung prüfen. Ist ein Klient häufig mit Suizidgedanken beschäftigt, empfiehlt sich ein „Suizidvertrag“, in dem der Therapeut seine auch telefonische Erreichbarkeit festlegt und der Klient sich zur Rückmeldung verpflichtet, wenn Suizidimpulse sehr drängend werden. Aus forensischen Gründen ist es wichtig, hierüber auch Protokoll zu führen.

Die weiteren Themen bei depressiven Störungen

Bisher wurde ein Vorgehen bei schwer Depressiven beschrieben, das aus der Sicht einer personenzentrierten „Standard-Therapie“ eher eine Art Prätherapie darstellt. Jetzt soll ein personenzentriertes Vorgehen im engeren Sinne erörtert werden. Dies setzt in der Regel voraus, dass die Klienten nicht sehr schwer depressiv sind, weil ein solcher Zustand meist auch mit einer Denkhemmung bzw. einer Denk-Verlangsamung, Konzentrationsstörungen und einer emotionalen Erstarrung verbunden ist.

Eine kurze Fallskizze sei der folgenden Darstellung vorangestellt.

Eine 51-jährige Lehrerin wird von einem Internisten wegen einer mittelschweren depressiven Episode zur Psychotherapie „geschickt“. Sie klagt über eine niedergedrückte Stimmung, Antriebs- und Interesselosigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen. Sie wirkt dabei anfangs etwas scheu, insichgekehrt, kontaktgehemmt und dem Psychotherapieangebot gegenüber ambivalent. Ihre Depressivität führt sie auf den plötzlichen Tod ihres Ehemannes vor drei Monaten zurück. Sie mache sich schwere Vorwürfe, nicht mehr auf ihren Mann Acht gegeben zu haben, vielleicht hätte sie durch mehr Zuwendung den Tod verhindern können.

Erst nach sieben Sitzungen kann sie sich soweit öffnen, um anzudeuten, wie belastend ihre eheliche Situation schon seit vielen Jahren für sie gewesen war. Zögernd schildert sie den Ehemann als herrisch, meist mürrisch-gereizt und regelmäßig viel Alkohol trinkend. Sie selbst hatte ihm gegenüber wohl immer ein Verhalten von vordergründiger Anpassung und Unterwerfung gezeigt.

Die Inkongruenz besteht hier zwischen einem sehr von fremden Wertintroyekten, von kollektiv anerkannten Normen einer bürger-

lichen Wohlanständigkeit geprägten Selbstkonzept einerseits und einer organismischen Erfahrung, in der Bedürfnisse nach Freiheit, Individualität und Eigenständigkeit eine Rolle spielen, aber nur sehr vage und verzerrt symbolisiert sind, andererseits. Durch den Tod des Ehemannes wurden diese Bedürfnisse aktiviert und gelangten an den Rand der Gewährwerdung (Rogers, 1959/1987). Die Patientin reagierte auf diese Gewährwerdung mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen.

Im Folgenden soll zwar diese Klientin immer wieder zur Sprache kommen, es soll aber kein nur auf diesen konkreten Fall bezogenes Behandlungsprotokoll erstellt werden, weil die individuellen Besonderheiten eines solchen Falles die allgemeingültigen Eckpunkte der Therapiepraxis zu sehr überlagern würden. Aus didaktischen Gründen soll das therapeutische Vorgehen nur in gewissermaßen schematisierter Form dargestellt werden, um so die über den individuellen Fall hinausgehenden Grundzüge dieses Vorgehens (wenn auch nur ausschnittshaft) deutlich werden zu lassen. Dadurch gewinnt die Darstellung den Charakter eines Manuals. Diese auf das Prinzipielle zentrierte Darstellungsform soll vor allem die Bearbeitung der zentralen Themen der Störung (einschließlich der jeweiligen Unterthemen) durch die verschiedenen gesprächspsychotherapeutischen Interventionskategorien zeigen.

Natürlich wird der Therapeut in der konkreten Praxis das jeweils vorherrschende Thema zuerst aufgreifen und sich nicht unbedingt an die hier vorgeschlagene Reihenfolge halten. Im Sinne einer Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens, 1991) allerdings ist ein idealtypischer Prozess- bzw. Phasenverlauf insofern zu beachten, als der Therapeut sich immer fragen muss, ob ein bestimmtes Thema auch schon wirklich „dran ist“, da durch dessen zu frühe Bearbeitung der Klient überfordert werden kann. Die unten genannten Interventionsbeispiele sind in der Regel Verstehensangebote, die sich aus der Realisierung der Grundhaltung des *Einfühlenden Verstehens* ergeben, im anderen Falle wird dies jeweils ausdrücklich angezeigt. Wie schon gesagt, sind die Interventionsbeispiele in ihrer Angemessenheit immer kontextabhängig, was besonders für das *Selbsteinbringen* gilt, da mit dieser Intervention oft auch persönliche Wertungen verbunden sind.

Schuldgefühle

Bei vielen depressiven Klienten bestimmen Schuldgefühle sehr nachdrücklich das depressive Erleben. Dieses Thema der Schuld kann oft so zentral werden, dass das Verlusterleben, das meist auslösend für die Depression war, ziemlich peripher wird. Diese eigenartigen Verkehren der Relevanz des beherrschenden Themas ist charakteristisch für die Depression, vor allem in ihrer schweren Form, und unterscheidet diese von dem nicht pathologischen Gefühl der Trauer. Bei sehr schwer Depressiven kann das Schuld erleben

zu einem Schuldwahn werden. Das Thema Schuld hat viele Aspekte, die hier in Form der folgenden Unterthemen erörtert werden.

Selbstbeziehung: Schuldgefühle sind immer mit starken Selbstvorwürfen verbunden. Ein Verlusterlebnis, z. B. der Verlust des Partners durch Tod oder Trennung, aber auch der Verlust von beruflicher Stellung, sozialem Ansehen oder von körperlicher Integrität bzw. Gesundheit, ist häufig der Auslöser einer Depression. Charakteristisch für schwerer Depressive ist jedoch die Umbildung des Verlustschmerzes und der Trauer in quälende Schuldgefühle. Der Klient wähnt dann nicht selten, am Verlust der Bezugsperson selbst schuld zu sein. Beim Tod dieser Person ist es oft die Vorstellung, durch Unachtsamkeit die Verschlimmerung der zum Tode führenden Krankheit nicht früh genug erkannt und etwa durch rechtzeitiges Herbeirufen eines Arztes den plötzlichen Tod nicht verhindert zu haben.

Dies war so auch bei der oben genannten Klientin der Fall. Bei ihr standen die Schuldgefühle gegenüber der Trauer ganz im Vordergrund. Dieses hatte hier aber seinen Grund nicht in der Eigendynamik der Depression, sondern wohl eher in dem Umstand, dass die Klientin den Tod ihres Ehemannes als Befreiung empfand und genau wegen dieser organismischen Erfahrung Schuldgefühle bekam.

Bei Verlust eines Angehörigen durch Trennung kann der quälende Gedanke eine Rolle spielen, durch das eigene Verhalten die Trennung verursacht zu haben.

T: *Mit diesem Gedanken, der Alleinschuldige zu sein, quälen Sie sich jetzt ständig.*

T: *Immer wieder überfällt Sie die Vorstellung, bei Ihrem Mann tief in der Schuld zu stehen.*

T: *Mit diesen Selbstvorwürfen wüten Sie regelrecht gegen sich selbst.*

Mit diesen Interventionen arbeitet der Therapeut auf eine exakte Symbolisierung der eigentlich gegen den Partner gerichteten Aggressionen hin. Um dabei der Klientin auch Nähe und persönliche Anteilnahme zu signalisieren und sie dadurch zu stützen, könnte der Therapeut per *Selbstöffnen* intervenieren. Dabei ist vorausgesetzt, dass aufgrund einer bereits gewachsenen Vertrauensbeziehung die Klientin die Sorge des Therapeuten als konstruktives Engagement erleben kann.

T: *Es bekümmert mich, dass Sie alle Schuld nur bei sich sehen.*

Es dürfte selbstverständlich sein, dass der Therapeut nicht versucht, der Klientin ihre Schuldgefühle „auszureden“, sondern aus einer Position des *Einfühlenden Verstehens* (und dabei vor allem durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle*) geduldig darum bemüht ist, die Klientin anzuregen, die Bedeutung dieser Gefühle zu verstehen und sie über diesen Weg einer Selbstverständigung zu ändern, was hier auch eine Änderung des Selbstkonzeptes impliziert. Eine Ausnahme bildet freilich der Schuldwahn schwerer Depressiver, hier sei auf die oben gemachten Hinweise für die Therapie dieser Patienten verwiesen.

Minderwertigkeitsgefühle: Mit Schuldgefühlen sind oft Minderwertigkeitsgefühle vermischt. Eine schuldhafte Verarbeitung z. B. von Beziehungskonflikten, ist meist auf ein negatives Selbstwertleben zurückzuführen. Ein in diesem Sinne negatives Selbstkonzept ist charakteristisch für Personen, die dazu neigen, belastende Lebensereignisse depressiv zu verarbeiten. Wegen des mangelnden Selbstvertrauens und des mangelnden Glaubens an die Selbstwirksamkeit fühlen diese Personen sich anderen gegenüber hinsichtlich fast aller Fähigkeiten schnell unterlegen und hilflos. Dabei ist dieses Unterlegenheitsgefühl auch ambivalent, ihr organismisches Erleben sagt ihnen, dass sie auch ihre Stärken haben, nur wagen sie nicht, sich dazu zu bekennen, d. h. diese voll und konsequent zu symbolisieren.

Dies war auch bei unserer Klientin so. Sie hatte einerseits ein mit Angst gepaartes Unterlegenheitsgefühl gegenüber ihrem Mann und hatte doch insgeheim das Gefühl, die Stärkere zu sein. Der Therapeut muss diese gegenläufigen, nur vage symbolisierten Erlebnisaspekte aufgreifen, damit die Klientin sie in ihr Selbstkonzept integrieren und so die Inkongruenz überwinden kann.

T: *Da gibt es Momente, wo Sie sich doch stark und unangreifbar fühlen.*

T: *Da ist immer dieses Gefühl von Wertlosigkeit, so dass Sie gar nicht glauben können, Anerkennung und Zuwendung auch verdient zu haben.*

Wenn der Patient sehr verzagt und mutlos ist, kann es auch indiziert sein, ihn per *Selbstöffnen* in seinem Selbstwertgefühl zu stabilisieren und ihn zu ermutigen.

T: *Ich war sehr beeindruckt, wieviel Mut Sie in dieser Situation bewiesen haben.*

Gewissensstrenge: Der Nährboden für Schuldgefühle ist ein strenges Gewissen. Depressive gehen nicht selten in kaum verständlicher Weise mit sich selbst hart ins Gericht. Sie verurteilen sich mit kaum nachvollziehbarer Rigorosität. Es mag dann manchmal so scheinen, als ob sie gegen die Selbstanerkennung, in der sie eine Selbstgerechtigkeit befürchten, ankämpfen müssten. Auch die genannte Klientin betonte oft, dass sie sich „Nachlässigkeiten“, auch solche gegen ihren Mann, nicht verzeihen könne. Der Therapeut muss die gewissermaßen gegenläufigen, sehr verdeckten organismischen Tendenzen erahnen und die Klientin ermutigen, sie zu symbolisieren und anzuerkennen, dadurch dass er sie stellvertretend für die Klientin anspricht (*Aufgreifen selbstreflexiver und haltungsprägender Gefühle*).

T: *Ständig quälen Sie sich mit Vorwürfen und Sie verurteilen sich erbarmungslos, fast als ob Sie befürchten, sonst zu hochmütig zu werden.*

Ein schlechtes Befinden scheinen manche Depressive auch wie eine gerechte Strafe zu erleben, ein Straferleben, mit dem sie ihre

Schuldgefühle in Schach halten können. Sie erwecken den Eindruck, als ob sie sich gegen eine Gesundheit wehren und verbissen auf ihrem schlechten Befinden insistieren würden, so dass die Interpretation nahe liegt, als würde eine Gesundheit, besonders ein behagliches Wohlergehen mit ihrem Gewissen unvereinbar sein und ihnen unerträgliche Schuldgefühle bereiten (Binder & Binder, 1991). Im Therapeuten mag dann aber spontan eher die Vorstellung entstehen, als wolle die Klientin ihn an sich scheitern lassen. Zumindest stellt sich im Therapeuten dann sehr intensiv das Gefühl ein, alles, was er sagt und unternimmt, sei vergeblich, die Klientin signalisiere ihm, dass nichts ihr bisher geholfen habe und auch in Zukunft nicht werde helfen können. Dies kann im Therapeuten ein tiefes Gefühl der Ohnmacht, der Nutzlosigkeit erzeugen, was dann ein Gefühl des Ärgers oder der Resignation mit sich bringt. So wichtig es nun ist, der Klientin zu vergegenwärtigen, was sie bei seinem Interaktionspartner bewirkt, so muss man doch sehr vorsichtig hierbei zu Werke gehen. Sehr problematisch kann es sein, wenn der Therapeut seinen Ärger direkt anspricht, weil Klienten hier mit starken Schuldgefühlen und darauf mit noch mehr Abwehr reagieren können. Sinnvoller ist es deshalb, wenn der Therapeut zunächst seine eigene Ratlosigkeit anspricht. Der Therapeut nimmt dadurch gewissermaßen eine Rollenumkehr vor. Er stellt sich nicht als der machtvolle, alles beherrschende Heiler dar, gegenüber dem die Klienten sich klein und minderwertig fühlen und gerade deswegen opponieren müssen. Indem der Therapeut per *Selbsteinbringen* seine eigene Hilflosigkeit anspricht, möglichst ohne jeden Unterton des Vorwurfes, weist er der Klientin gewissermaßen die Rolle zu, sich auf ihre positiven Möglichkeiten und Kräfte zu besinnen. Zumindest gibt der Therapeut so (per *Selbsteinbringen*) zu erkennen, dass er sich nicht länger die Rolle des allein verantwortlichen Helfers zuschreiben lassen will.

T: *Ich fühl' mich jetzt etwas ratlos, bin ziemlich konfus, weiß im Moment nicht, wie es weiter gehen soll.*

Diese Form der Intervention setzt ein fortgeschrittenes Stadium der Therapie und damit ein gewisses gegenseitiges Vertrauen voraus. Sie setzt auch voraus, dass der Therapeut die Belastbarkeit der Klienten, ihre Beziehungserwartungen und ihre Art, Beziehungen zu strukturieren, recht gut einschätzen kann.

Überhöhtes Selbstideal: Ein überhöhtes Selbstideal und hohen Forderungen an die eigene moralische Integrität sind die Kehrseite der Schuldgefühle des Depressiven. Dem negativen Selbstbild der Depressiven steht ein unerreichbar positives Selbstideal gegenüber. Die große Diskrepanz zwischen Selbstbild und Selbstideal ist hier also typisch. Die Therapie muss von beiden Seiten ansetzen, Besserung des Selbstbildes bzw. des Selbstwelterlebens (s. oben) und Minderung bzw. Korrektur des Selbstideals. Hinsichtlich des letzteren wird der Therapeut versuchen, durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* die realitätsferne Überhöhung des Selbstideals zu verdeutlichen.

T: *Wenn Sie bei sich Fehler entdecken, geraten Sie ganz aus dem Häuschen, das können Sie sich nie verzeihen.*

Idealisierung des Anderen: Der Selbstverurteilung und den Schuldgefühlen steht oft eine Verklärung des Partners gegenüber. Empörung und Entwertung des Partners würde im Erleben der Klienten die Beziehung zu ihm zerstören, durch Idealisierung des Partners können sie diese imaginär weiter aufrecht erhalten. Dies spielte zwar im Falle unserer Klientin weniger eine Rolle, aber sie hatte das diffuse Gefühl, sich zutiefst schuldig zu machen, wenn sie ihre ganze Empörung, Wut und auch Verachtung ihrem Mann gegenüber exakt symbolisieren würde. Das Ansprechen der Idealisierung soll diese natürlich auch hinterfragen, das muss aber sehr behutsam geschehen.

T: *Sie wollen ihn ganz frei von Schuld sehen und möchten es nicht zulassen, dass auch er mal in einem weniger günstigen Licht erscheint.*

Wenn der Therapeut spürt, dass auch er in die Idealisierung der Anderen einbezogen wird, sollte er dies per *Beziehungsklären* ansprechen, um die Klientin im weiteren Gespräch erleben zu lassen, dass eine eventuell ambivalente Sicht des Gegenübers, in der auch gelegentliche negative Gefühle wie Enttäuschung und Ärger ihren Platz haben, keinesfalls im Widerspruch zu einer guten Beziehung stehen muss.

T: *Sie scheinen in mir einen Menschen von absoluter Güte zu sehen.*

Verlusterleben und Trauer

Bei vielen Klienten, die wegen einer „Depression“ in die Behandlung kommen, ist diese nicht so schwer ausgeprägt, dass dadurch auch das Ausdrucks- und Kontaktverhalten deutlich beeinträchtigt ist. Bei diesen Klienten sind meist die Schuldgefühle nicht so ausgeprägt, dass sie das gesamte Erleben dominieren. Vielmehr ist das Verlusterleben, d. h. die Trauer um den Verlust eines geliebten Menschen durch Tod oder Trennung oder auch der Verlust einer beruflichen Position hier noch weitgehend das Erleben bestimmend. Ziel einer Psychotherapie muss es sein, dieses Verlusterleben aufzugreifen und in seinen verschiedenen Facetten zu verdeutlichen, um dem Patienten so eine „gesunde“ Trauerarbeit zu ermöglichen, d. h. den Verlust durch Umstrukturierung des Selbstkonzeptes zu bewältigen.

Wie schon gesagt, spielten das Thema der Trauer und die damit verbundenen Unterthemen bei der o. g. Klientin nur bedingt eine Rolle.

Bindungs- und Verschmelzungswünsche: Der akute Verlust z. B. eines Partners durch Trennung ist mit dem Selbstkonzept und auch dem Beziehungskonzept vieler Klienten oft völlig unvereinbar. Die

oft verzehrende Sehnsucht nach Nähe, Gemeinsamkeit und einem völligen Einssein mit einem anderen ist bei einem Verlusterlebnis oft das die ersten Phasen der Trauer beherrschende Thema. Wenn dieser Verlust besonders schmerzlich ist, wird er zu verleugnen gesucht, die Gemeinsamkeit wird als weiter bestehend imaginiert. Es kommt darauf an, gerade auch das hier wirksame Bedürfnis einfühlsam anzusprechen und es so auch zu verdeutlichen.

T: *Es ist ganz wichtig für Sie, das Gefühl zu haben, dass diese Beziehung doch irgendwie weiterbesteht.*

Manchmal ist es nur die durch Nebensächlichkeiten ausgelöste Befürchtung vor einem drohenden Verlust z. B. des Partners, die zum Auslöser einer depressiven Episode wird. Solche Klienten brauchen die ständige Bestätigung, dass der Partner die Unbedingtheit der Nähe aufrechterhält. Dies kann sich auch in der therapeutischen Beziehung zeigen und ist dann im Sinne des *Beziehungsklärens* anzusprechen, um im Weiteren die stereotypen negativen Beziehungserwartungen zu klären und zu korrigieren.

T: *Dass ich unseren Termin verschoben habe, hat Sie sofort befürchten lassen, ich könnte nicht mehr so an Ihnen interessiert sein.*

Trennungsschmerz und Ratlosigkeit: Sobald die Klienten beginnen, den Verlust anzuerkennen, müssen sie sich auch dem Schmerz des Verlustes stellen und sich auch mit der Ratlosigkeit und dem Gefühl, in der absoluten Unvollständigkeit als Einzelperson gar nicht existieren zu können, auseinandersetzen.

T: *Sie fühlen sich nach dieser Trennung nur wie ein halber Mensch, es ist, als sei ein Stück von Ihnen selbst herausgerissen.*

Das Ziel ist es hier natürlich nicht, die Klienten mit einem Defiziterleben zu konfrontieren, sondern durch ein empathisches Nachvollziehen soll einerseits das Erleben von Anteilnehmender Nähe und Begleitung vermittelt und andererseits das Selbstverstehen erweitert werden. Die Klienten sollen sich ihr Erleben, sich durch die Trennung wie amputiert und völlig unvollständig zu fühlen, in möglichst vielen Aspekten vergegenwärtigen. So sollen sie angeregt werden, sich mit ihrer Neigung, sich nur in der absoluten Nähe zu einem Anderen als „ganzer Mensch“ zu fühlen, auseinanderzusetzen.

Angst vor Einsamkeit und neuer Rolle: Unter den Klienten, die zur Ausbildung einer Depression neigen, haben manche die Tendenz, Partnerbeziehungen nur im Sinne eines totalen Einsseins zu erleben und nur in diesem Modus der Verschmelzung zu einem Erleben von Ganzheitlichkeit fähig zu sein. Deshalb können sie das Alleinsein nur als totales Ausgestoßensein und fürchterliche Einsamkeit erleben. Hier gilt es, durch *Aufgreifen haltungsprägender Gefühle* eben diese oft tief in der Persönlichkeit verankerten Erlebensweisen zu verstehen und eine Klärung ihrer Zusammenhänge mit Aspekten der Lebenssituation und der Lebensgeschichte einzuleiten. Über den

Weg einer solchen Selbstverständigung kann eine Änderung dieser Erlebnis- und Beziehungsmuster erreicht werden.

Die oben erwähnte Klientin hatte zwar einerseits den Tod ihres Mannes nicht als Verlust, sondern als Befreiung empfunden. Dass das volle Gewahrwerden dieses Gefühls aber nicht exakt symbolisiert wurde, hatte nicht nur mit den Schuldgefühlen zu tun, die dadurch induziert wurden, sondern auch mit der „Angst vor der Freiheit“, d. h. vor all den Herausforderungen, die gerade mit der neuen Situation verbunden waren.

T: *Sie trauen sich noch gar nicht zu, auch ganz auf sich selbst gestellt zu leben.*

T: *Es fällt Ihnen noch schwer, sich auch ohne Ihren Mann als gesellschaftlich geachteter Mensch zu erleben.*

Es ist im Laufe einer Therapie auch wichtig, gelegentlich biografische Zusammenhänge aufzugreifen, um bestimmte Reaktionsweisen der Klienten zu verstehen.

T: *Wenn Ihr Vater früher immer nur Leistung forderte, dann haben Sie schon damals schmerzvoll vermisst, nicht um Ihrer selbst willen wirklich bejaht und wertgeschätzt zu werden.*

Enttäuschungswut: Ärger und Wut als Reaktion auf das Verlassen werden bleiben beim Depressiven meist außerhalb des Gewahrseins, da eine exakte Symbolisierung (Rogers, 1987/1959) dieser Gefühle mit dem Selbstkonzept des Depressiven unvereinbar sind und Schuldgefühle auslösen würden (und nicht selten auch auslösen). Außerdem würde dadurch oft noch bestehende Phantasie einer immer noch heilen Beziehung gefährdet werden. Für die konstruktive Bewältigung des Verlusterlebens und für die Förderung der Autonomie des Depressiven ist aber die Symbolisierung dieser aggressiven Gefühle wichtig.

Bei unserer Klientin bestand weniger eine Enttäuschungswut, sondern eher die (nur verzerrt symbolisierte) Wut und Empörung einer jahrelang Gedemütigten. Auch hier ist es natürlich wichtig, dass die Klientin dieses Gefühl akzeptieren und in ihr Selbstkonzept integrieren kann.

T: *Da spüren Sie bei sich auch sehr viel Empörung und Ärger, dass man so mit Ihnen umgegangen ist.*

Der Therapeut muss sich aber fragen, ob die Klienten schon belastbar genug sind, um mit den Schuldgefühlen, die durch die Vergewärtigung von Wut in ihnen ausgelöst werden können, einigermaßen gefasst umgehen zu können. Besteht noch eine faktische Beziehung zum relevanten Partner, so könnte hier auch die Angst entstehen, durch eine allzu intensive Beschäftigung mit der Wut auf den Partner diese Beziehung zu gefährden. Deshalb kann es sinnvoll sein (natürlich nur bei entsprechender Konstellation der therapeutischen Beziehung), dass der Therapeut sich als „Projektionsfigur“ anbietet und per *Beziehungsklären* interveniert.

T: *Manchmal sind Sie vielleicht auch mit mir etwas unzufrieden oder gar regelrecht enttäuscht?*

Die Klienten können so die für Depressive wichtige Beziehungserfahrung machen, dass ein Ansprechen von negativen Gefühlen gegenüber dem jeweiligen Partner diese Beziehung keinesfalls gefährden muss, sondern vielmehr vertiefen kann.

Das Vorgehen bei dem Themenkomplex Selbstaggressivität–Fremdaggressivität lässt sich insgesamt wie folgt zusammenfassen: Es ist zunächst die selbstquälerische, selbstaggressive Komponente zu verdeutlichen. Sodann ist behutsam die fremdaggressive Seite herauszuarbeiten. Das Therapieziel müsste hierbei darin bestehen, die Selbstdestruktivität gewissermaßen ein Stück weit in Fremdaggressivität zu überführen. Hierüber könnten sich die Klienten dann von Zuspruch und Anerkennung der anderen unabhängig machen und so zu mehr Autonomie finden. Das Verfolgen dieses Therapiezieles, also im Erspüren der Fremdaggressivität gewissermaßen die zerstörte Verbindung zur organismischen Erfahrung wieder herzustellen, kann aber durchaus problematisch werden. Der Depressive könnte das Äußern von Aggressionen gegenüber einer für ihn wichtigen, vielleicht der wichtigsten Bezugsperson als Zerstörung dieser Beziehung erleben und mit erneuten Selbstvorwürfen reagieren. Die Situation würde noch komplizierter, wenn er sich hierzu auch noch vom Therapeuten angetrieben fühlt. Schon deshalb scheint es viel günstiger, wenn die Klienten Fremdaggressivität zunächst gegenüber der Person ihres Therapeuten erleben und verbalisieren können und hier die Erfahrung machen, dass das Äußern von Aggressivität nicht gleichbedeutend ist mit der Zerstörung einer Beziehung, sondern dass die Beziehung sogar hierdurch vertieft werden kann. Deshalb erscheint es angezeigt, dieser therapeutischen Aufgabe, nämlich die Umlenkung der Aggressivität von innen nach außen, vorzugsweise über die Technik des *Beziehungsklärens* zu verfolgen.

T: *Dass ich Sie neulich etwas warten ließ, das hat Sie im Grunde schon sehr geärgert.*

Verlustbewältigung, Neuorientierung: Auch hier sind wiederum mehrere Schritte zu vollziehen. Im Laufe der Besserung der Depression wird der Therapeut auf zunächst nur vereinzelte zage Hinweise auf Autonomiebedürfnisse stoßen. Diese muss er sofort aufgreifen.

T: *Manchmal ist da bei Ihnen schon das Gefühl, auch auf eigenen Füßen stehen zu wollen.*

T: *Ein bisschen ist die Vorstellung vielleicht auch schön für Sie, jetzt Ihr Leben ganz nach Ihren Bedürfnissen ausrichten zu können.*

Wenn die Klienten zunehmend ihre bisher abgewehrten Autonomiebedürfnisse symbolisieren können, wird der Therapeut sie anregen, sich mit ihrem Selbstkonzept auseinanderzusetzen, das ja bisher so strukturiert war, dass sich die Klienten nur als Teil eines Anderen

verstehen konnten. Ein weiterer Schritt besteht schließlich darin, dem neu gewonnenen Selbstständigkeitserleben auch Ziele zu geben, d. h. den Klienten zu helfen, nach Inhalten dieser neuen Selbstständigkeit zu suchen und ihr weiteres Leben an geänderten Sinnkonzepten auszurichten.

Selbstbescheidung und Anspruch

Diese Problematik steht in einer gewissen Beziehung zu dem für die Depressiven so bedeutsamen Themenkomplex „Selbstaggression versus Fremdaggression“. Die Bescheidenheit und Abtretung eigener Interessen, die der Depressive sich auferlegt, kontrastiert mit einem manchmal maßlosen Wunsch nach Anerkennung. Werden die Klienten in diesem Wunsch enttäuscht, können sie mit Kränkung und geheimer Verärgerung reagieren. Da andererseits dieser ausgeprägte Wunsch nach Beachtung mit dem Selbstkonzept des Depressiven nicht vereinbar ist, so wird er, wie auch die Verärgerung, oft nur verzerrt symbolisiert. Wo er doch an den Rand der Gewährwerdung tritt, schämen sich die Klienten deswegen und versuchen, sich zu noch mehr Bescheidenheit zu verpflichten.

Dieses Thema, einschließlich der folgenden Unterthemen, war auch für unsere Klientin bedeutsam. Sie zeigte sich in ihrem Auftreten sehr zurückgenommen und bescheiden, fast schüchtern. Sie erwähnte gelegentlich, dass es ihr eigentlich peinlich sei, so die Zeit des Therapeuten, der doch wohl wichtigere Dinge zu tun habe, zu beanspruchen. Nur sehr indirekt und versteckt konnte sie selten einmal andeuten, dass sie sich eigentlich häufigere Gespräche wünschte. Die Enttäuschung über ihre 24-jährige Tochter, an der sie sehr hing, die aber immer „wenig Zeit“ für sie hatte, kämpfte sie mit vielen Rechtfertigungen für das Verhalten der Tochter nieder.

Das Bescheidenheits-Ideal: Dieses Thema ist ein Teilaspekt des schon oben erörterten Themas „überhöhtes Selbstideal“. Der Therapeut versucht auch hier, durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* die Inadäquatheit dieser Idealbildung zu verdeutlichen und sie auf ihren Sinn hin zu verstehen. Dieser Sinn kann z. B. in Abwehr von mit dem Selbstkonzept unvereinbaren „Riesenansprüchen“ an Beachtung bestehen.

P: *Ich erwarte nicht, dass man auf mich besondere Rücksicht nimmt.*

T: *Es gehört zu Ihren Idealen, an Ihre Mitmenschen keinerlei Ansprüche zu stellen.*

P: *Ja, man sollte nicht immer im Mittelpunkt stehen wollen.*

T: *Solche Wünsche würden Sie immer bei sich entschieden bekämpfen.*

Es entspricht dem oben genannten Ideal, sich zur absoluten Anpassungsbereitschaft und Bedürfnislosigkeit verpflichtet zu fühlen. Diese Selbstverpflichtung führt die Klienten dazu, auch an ihr

Gegenüber ausdrücklich keinerlei Ansprüche zu stellen. Diese gezeigte Selbstverleugnung lässt sich gut über das *Selbsteinbringen* bearbeiten, weil hier das vordergründige Beziehungsangebot der Klienten durch die emotionale Resonanz des Therapeuten in seiner Zwiespältigkeit verdeutlicht werden kann.

T: *Es ist mir nicht ganz wohl dabei, dass Sie scheinbar immer mit mir zufrieden sind.*

Der Therapeut macht so der Klientin deutlich, dass er ihr Beziehungsangebot als nicht kongruent empfindet. Das wird die Klientin natürlich zunächst verunsichern. Aufgabe des Therapeuten dabei ist es abzuschätzen, wieviel Verunsicherung er der Klientin zumuten kann bzw. ob diese Verunsicherung konstruktiv wirken und die Klientin dazu führen wird, ihre Unzufriedenheit zu symbolisieren und zu verbalisieren. Auf jeden Fall zeigt der Therapeut, dass das Äußern von Unzufriedenheit mit dem Therapeuten oder Kritik erlaubt ist und nicht, z. B. durch Zuwendungsentzug, „bestraft“ wird.

Negative Überzeugung von Nichtbeachtung: Gemäß ihrem negativen Selbstbild sind viele Depressive davon überzeugt, gerade das, was sie sich so sehr wünschen, nicht zu bekommen, Anerkennung und Beachtung. Der Zuwendung anderer Menschen, auch der des Therapeuten, misstrauen sie, sie bezweifeln deren Ehrlichkeit. Diese meist nur sehr indirekt geäußerte Grundüberzeugung ist erlebnisnah durch das *Beziehungsklären* anzusprechen, da so die negativen Beziehungserwartungen der Klienten ganz im Hier und Jetzt zu klären sind.

T: *Vielleicht dachten Sie, als ich das letzte Mal unseren Termin verschob, dass auch ich wenig an Ihnen interessiert bin.*

Verdeckte Vorwurfshaltung: Diese Problematik berührt das schon unter „Enttäuschungswut“ behandelte Thema. Wegen der vermeintlichen Nichtbeachtung und manchmal auch wegen übergroßer Zuwendungserwartungen, die zwangsläufig enttäuscht werden müssen, sind manche Depressive von einer latenten Vorwurfshaltung gegenüber ihren bedeutsamen Kontaktpersonen erfüllt. Dieser Vorwurf wird oft aber nur indirekt geäußert und von den Klienten meist auch nur verzerrt symbolisiert, da er mit ihrem Selbstkonzept nicht vereinbar und auch nur schwerlich angemessen zu begründen wäre. So wichtig es ist, den Klienten dabei zu helfen, diese Gefühle von Empörung und Ärger exakt zu symbolisieren, um sich mit ihnen auseinandersetzen und sie gegebenenfalls korrigieren zu können, so ist doch darauf zu achten, dass den Klienten dadurch nicht erneute Schuldgefühle entstehen. In diesem Sinne kommt es u. a. darauf an, diese Problematik nicht zu früh und sehr behutsam zu thematisieren.

T: *Manchmal denken Sie vielleicht doch, dass Ihre Tochter sich Ihnen nicht ganz vorbehaltlos zuwendet, und das macht Sie schon etwas traurig.*

Zuwendungserwartung und Schamgefühle: Depressive haben oft, dies wurde schon angedeutet, „Riesenerwartungen“ bezüglich der Zuwendung anderer. Das Gewahrwerden dieser Erwartungen ist oft mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden, da sie mit dem Selbstkonzept, namentlich dem Selbstideal, des Depressiven nicht vereinbar sind. Schamgefühle empfindet der Depressive aber auch angesichts der erlebten Demütigung, die die vermeintliche Nichtbeachtung durch andere für ihn bedeutet. Solche Schamgefühle lassen sich über das *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* wie auch über das *Beziehungsklären* bearbeiten. Beim letzteren Vorgehen können auch die mit der Scham verbundenen Beziehungserwartungen geklärt werden.

T: *Fast schämen Sie sich dafür, dass Sie manchmal wünschen, ich würde viel uneingeschränkter für Sie da sein.*

Um noch einmal auf die oben genannte Klientin zurückzukommen: Die anfängliche Abwehr des therapeutischen Kontaktes hatte nach ca. 6 Wochen einer zunehmend vertrauensvolleren Beziehung zum Therapeuten Platz gemacht. Nach etwa 8 Wochen waren die depressiven Symptome fast ganz abgeklungen. Im Verlaufe der weiteren Therapie konnte sich die Klientin zunehmend offener mit ihrem Erleben während der Ehejahre auseinandersetzen und die diesbezüglichen Gefühle und Bedürfnisse symbolisieren. Sie wirkte jetzt auch im Kontaktverhalten gelöster und selbstbewusster.

Schlussbetrachtung

Hier sollte kein therapeutischer Erfahrungsbericht, sondern ein Therapiekonzept vorgestellt werden. Die Eckpunkte dieses Konzeptes sollten so beschrieben werden, das sich eine rasterartige Darstellung eines verallgemeinerungsfähigen Behandlungsplanes ergibt. Damit sollten aber keine verbindlichen Handlungsanleitungen

vorgegeben werden, die rigide zu befolgen wären. Vielmehr sollte nur eine Art Leitlinie entworfen werden, die dem therapeutischen Handeln selbst dann eine Orientierung geben kann, wenn der Therapeut im Einzelfall sich zu einem abweichenden Vorgehen entscheidet. Insofern soll der Therapeut mit seinem Wissen durchaus frei und kreativ umgehen (Schmid, 2005). Aber erst auf dem Hintergrund eines solchen Wissens und der damit verbundenen Begrifflichkeit kann der Therapeut im Nachhinein sein eigenes Vorgehen überhaupt erst beschreiben und kritisch sichten.

Freilich, die vorliegende Darstellung ähnelt in formaler Hinsicht einem Manual. Ein personenzentriertes Behandlungsmanual – das scheint manchen Vertretern unseres Ansatzes ein Widerspruch in sich selbst zu sein. Dass es sich damit nicht so verhalten muss, sollte im theoretischen Teil dieser Arbeit gezeigt werden. Außerdem müssen sich auch Kritiker einer Manualisierung der PZT mit der Gefahr einer Marginalisierung unseres Ansatzes im wissenschaftlichen Psychotherapie-Diskurs auseinandersetzen. Denn dort wird inzwischen von den Therapieverfahren eine solche Manualisierung nachdrücklich gefordert. Diese Forderung wird schon deswegen erhoben, um etwa bei Vergleichsstudien zwischen verschiedenen Verfahren zu wissen, was man eigentlich vergleicht. Denn das bloße Etikett, z. B. „PZT“, sagt zu wenig darüber aus, was die Therapeuten wirklich tun. Neben der Unschärfe bei der Kennzeichnung und Abgrenzung des personenzentrierten Verfahrens ermöglicht der Verzicht auf jede Beschreibung des therapeutischen Vorgehens auch eine behandlungspraktische Beliebigkeit. Ein Heilverfahren, das im Diskurs wissenschaftlicher Therapien anschlussfähig sein will, kann nicht darauf verzichten, die Regeln seines Handelns zu explizieren und damit dieses Handeln überhaupt erst diskutierbar zu machen. Für alle angewandten Wissenschaften ist eben charakteristisch, das Procedere der Anwendung selbst zum Gegenstand der Beschreibung und der Überprüfung zu machen.

Literatur:

- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations, a Primer for Lay and Professional Helpers* (Vol.1 Selection and Training, Vol.2 Practice and Reserch). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON 1, 1*, 5–13.
- Keil, W. W., (1998). Der Stellenwert von Methoden und Techniken. *PERSON, 2, 1*, 32–44.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. *PERSON, 9, 1*, 51–64.

- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien – New York: Springer.
- Mearns, D. (2004). Problem-Centered is not Person-Centered. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 2*, 88–101.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (Original erschienen 1951: Client-centered therapy. Ist current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1961a/1976). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1961: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)

- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In Rogers, C. R. (1977b), *Therapeut und Klient* (S. 162–179). München: Kindler. (Orig. ersch. 1962: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics)
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In Rogers, C. R. (1977b), *Therapeut und Klient* (S. 15–52). München: Kindler. (Orig. ersch. 1975: Client-centered psychotherapy)
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung*. Köln: GwG (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology, A study of a science. Vol. III Formulations of the person and the social context*. New York – Toronto – London: McGraw-Hill)
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie*, Bd. 1: Autonomie und Solidarität. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien – New York: Springer.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nichtwissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. *PERSON*, 1, 4–20.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 3, 2, 122–130.
- Spielhofer, H. (2004). Psychotherapie als Prozess der Anerkennung. *PERSON*, 8, 2, 102–113.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Tausch, R. (1970). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut*, 40, 88–95.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 13: 307–322.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Waldenfels, B. (1991). Der Kranke als Fremder – Gesprächstherapie zwischen Normalität und Fremdheit. In: Finke, J. & Teusch, L. (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen* (S. 95–123). Heidelberg: Asanger.

Zur Person:

Jobst Finke, Dr.med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Ausbilder in der GwG und ÄGG, tätig in der klinischen Weiterbildung und als Supervisor. Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie, Beziehungskonzepte der psychotherapeutischen Schulen, zahlreiche Publikationen vorwiegend zu diesen Themen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. J. Finke, Hagelkreuz 16, 45134 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*

Brigitte Macke-Bruck

Nicht-enden-wollender Schmerz

Personzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliative Care Team¹

Zusammenfassung: *In seiner alarmierenden Funktion teilt sich Schmerz auch innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen mit. Dieser Erfahrungsbericht beschäftigt sich mit der Suche nach geeigneten Betreuungsbedingungen für schwerkranke oder sterbende Menschen, deren Schmerzen keine ausreichende Linderung erfahren. Er soll einen Einblick in die Einmaligkeit konkreter Gestaltungspraxis personenzentrierter Supervision vermitteln: Wenn Helferinnen Schmerz nicht nur als Symptom, sondern auch als ein auf die intersubjektive Wirklichkeit im Schmerzerleben verweisendes, bindings-relevantes Phänomen betrachten, eröffnen sich ihnen neue Chancen der Begleitung. Die Klärung ihrer Distanzierungswünsche schafft erstens Freiraum für die Auseinandersetzung mit eigener Hilflosigkeit oder Ohnmacht und zweitens eine neue Basis zur Unterstützung existenziell bedrohter Patientinnen bei der Bearbeitung ihrer Schmerzen und Trennungsschwierigkeiten.*

Schlüsselwörter: Schmerzverarbeitung und Intersubjektivität, bindingsrelevante Situationen, Palliative Care, Praxis personenzentrierter Supervision

Abstract: **Never-ending pain. Responding personcentred and interdisciplinarity in palliative care teams.** *An alarming quality of pain also emerges within interpersonal human relationships. This report focuses on better care—giving conditions for severely ill or dying persons who suffer from unrelieved, overwhelming pain. My paper offers a view into the unique world of personcentred supervision. Helpers, who understand pain not only as a symptom but also as a phenomenon of intersubjectivity and an activated attachment-system, receive new opportunities to respond to their patients. Clearing their own wishes of keeping distance they become more aware of their own helplessness or powerlessness and, finally, give better support existentially threatened patients by experiencing pain and separation.*

Keywords: Pain and intersubjectivity, moments of an activated attachment-system, palliative care, practice of personcentred supervision

1. Schmerzen – ein Phänomen intersubjektiver Wirklichkeit?

Schmerzen warnen uns. Mich selbst *und* die Anderen. Schmerz teilt sich mit und fordert zu einem wie auch immer gearteten Umgang auf. In vielen *Behandlungskonzepten* unseres Kulturkreises spiegelt sich dennoch die Vorstellung wider, Schmerzzustände seien ein Problem der *betreffenden* Patientinnen und Patienten. Folglich bleiben Personen, die – wie Palliative-Care-Helferinnen² – in ihrer

beruflichen Praxis gegenteilige Erfahrungen machen, mit ihren Problemen letztlich auf sich alleine gestellt.

Die Beobachtung, dass ungelinderte Schmerzen praktisch nie ausschließlich als Angelegenheit schwerst kranker Menschen betrachtet werden können, legt es nahe, systematisch nach Ergänzungen bestehender Behandlungskonzepte zu suchen. Das Schmerzgeschehen, so meine Überlegung, sollte daher *sowohl* als medizinisch und psychologisch fassbares *Symptom einer Patientin* begriffen werden *als auch* als *Phänomen*, welches auf die *intersubjektive Wirklichkeit im Schmerzerleben* verweist. Dieser Gedanke führt in weiterer Folge zur Annahme, nicht zu lindernde Schmerzen und

1 Überarbeitete Fassung eines Vortrages im Rahmen des Symposiums „Gestaltende und vermittelnde Prozesse: Selbst-Organisation in Beratung und Therapie“ in Salzburg, 17.–19. September 2004.

2 Um den prozentuell höheren Frauenanteil unter den in der Palliative Care tätigen Personen abzubilden, habe ich die weibliche Form gewählt, befinde mich damit aber in einem Dilemma, weil ich finde, dass sich diejenigen Männer, die in diesem

Feld mit großem humanistischem Engagement arbeiten, auch „gesehen“ wissen sollten. Leider kann ich sie nicht explizit erwähnen – bitte sie aber, sich selbst mitzudenken.

unaussprechliche Not stellen beim Menschen *bindungs-relevante* Situationen (Höger, 1990; Höger & Müller, 2002) dar.

Wir wissen, dass für schwerkranke und sterbende Personen vor allem bei „nicht-enden-wollenden Schmerzen“ die *Zuwendungsbe-reitschaft* ihrer Mitmenschen entscheidende Bedeutung gewinnt. Sie selbst können ihrem Schmerz nichts mehr wirksam entgegen-setzen. Die palliativ-medizinische Behandlung bietet keine hin-reichende Linderung. Angehörige müssen hilflos zusehen. Solche Grenzerfahrungen sind für *alle* Beteiligten schmerzlich. Da *in dieser bindungs-relevanten Situation* subjektive Erwartungen, in Not mehr oder weniger Unterstützung zu bekommen, aktiviert sind, trägt die unbehandelbare Schmerzsymptomatik oft zu zwischenmensch-lichen Schwierigkeiten bei.

Wenn Schmerz, Kummer und Not zum beiderseitigen Problem geworden sind, stellt das große Anforderungen an Hospiz- und Pal-liative Care – Teams. Wie alle Krisen bergen diese schwierigen Kon-stellationen aber auch Chancen.

Im Hospizalltag zeichnet sich gelebte berufliche Praxis durch *Einmaligkeit im Beantworten der jeweiligen* Betreuungsaufgabe aus. Zumeist ereignet sich dies so lange in einer Art von *Selbstverständ-lichkeit* bis die Helferinnen durch das Auftauchen von Schwierig-keiten irritiert werden. Die Probleme mit ihren Schmerzpatientinnen verlangen nach einer Neuorientierung, sodass die Pflegerinnen, Therapeutinnen und Ärztinnen zum Nachdenken über sich als pro-fessionell Handelnde (vergl. Macke-Bruck, 2003) aufgefordert sind: Das bedeutet, dass alle – sogar die sehr erfahrenen Praktikerinnen unter ihnen – im Anlassfall *immer erst neu herauszufinden* haben, wie sie sich angesichts des Schmerzerlebens ihrer Patientin mit der eigenen Überforderung *zurechtfinden könnten*.

In diesem Artikel möchte ich daher zeigen, wie Betreuerinnen durch die sorgfältige Reflexion der eigenen Hilflosigkeitsproble-matik und Ohnmacht ihre Distanzierungswünsche relativieren und zur betroffenen Patientin neue Zugangsmöglichkeiten entwickeln können. Das Potenzial personenzentrierten Verstehens eröffnet dabei einen Raum reflektierbarer inter-subjektiver Wirklichkeiten und unterstützt in der Folge die Verarbeitungsmöglichkeiten der Pati-entinnen. Ich glaube, die *Komplexität* dieser krisenhaften Konstel-lationen am Besten aus einer supervisorischen Position aufzeigen zu können.

Diesem Einblick in konkrete Praxis personenzentrierter Supervi-sion (Kap. 3) möchte ich mein Verständnis über Schmerzverarbeit-ung, sowie einige einführenden Worte über die „Welt“ der Palliative Care³ und deren Aufgabengebiete voranstellen (Kap. 2).

2. Palliative Care und das Potenzial des Personenzentrierten Ansatzes

Wie wir lernen, uns mit Schmerzen auszukennen

Schmerzen zählen zu den unangenehmsten Erscheinungen mensch-licher Lebendigkeit – sie „tun weh“, sie ängstigen mich. Schmerzen alarmieren mich vor drohender oder erfahrener Verletzung der In-tegrität meines Organismus und seiner *lebendigen Gefüge*: der kör-perlichen Gewebe, meines Selbst und meiner wichtigen mitmensch-lichen Beziehungen.

Eine personenzentrierte Sicht auf das Schmerzerleben sensibi-lisiert mich dafür, dass die *Wahrnehmung* und *Verarbeitung* von Schmerzen vielfältiger Beziehungen bedarf: Einer Beziehung zu mir selbst als Person, die Schmerz empfindet. Einer Beziehung zu bedeutsamen Anderen, die es braucht, um mich mit den eigenen Schmerzerfahrungen und denen anderer „auskennen“ zu lernen. Einer Beziehung zur Umwelt, die Schmerz „zufügt“ oder einer Mit-welt/Krankheit, die Schmerz „erzeugt“. Einer Beziehung zu meinem Körper, der bestimmte „Schmerzen hat“, und nicht zuletzt einer Be-ziehung zu jemandem oder etwas, das zu Linderung führen kann.

Von klein auf lerne ich, Schmerz zu begegnen. Dabei kommt mir neben dem uralten, arterhaltenden Wissen meines Organismus auch die Fähigkeit zum sozialen Austausch zugute. Da sich diese Fä-higkeit – in personenzentrierter Sprache formuliert, als Ausdruck der sogenannten Aktualisierungs-, respektive Selbstaktualisierungstendenz (Rogers, 1951a, 1959a; Höger, 1990; Kriz, 1997) – in einem Wechsel von intrapsychischen und zwischenmenschlichen Prozes-sen entfaltet, trage ich, wie jeder Mensch, sowohl ein so persön-liches wie *kulturell gefärbtes* Wissen darüber in mir (Uexküll, 2002; Schwemmer, 1997).

Ich lerne, Schmerz zu bewerten und ihm eine Bedeutung bzw. Sinn zu zuschreiben. Ich entdecke, dass ich einer Schmerzempfin-dung etwas entgegen setzen kann, indem ich anders atme, die Luft anhalte oder bewusst „hinatme“ oder die im Körper schmer-zende Stelle berühre: sanft, fest, grob. Ich vermag Schmerz zu er-tragen, andere um Hilfe zu bitten, mich vom Schmerz abzulenken, die schmerzliche Angelegenheit zu bagatellisieren oder aber vor Schmerz zu schreien. Ich stelle mir vor, dass ich die „Botschaft eines Schmerzes entschlüsseln“ werde, usw.

Schmerz und Empathie

Beginnend in meinen ersten Bindungsbeziehungen bzw. abhängig von den dafür notwendigen und hinreichenden Umgebungsbedin-gungen organisiert sich meine Fähigkeit zur Schmerzverarbeitung im Laufe des Lebens auf zunehmend höherem Niveau (vgl. Spangler, 2001; Rogers, 1951a, S. 442ff) in einer von Intersubjektivität getra-genen Wirklichkeit.

3 Obwohl „Hospizarbeit“, „Palliative Care“ und „Palliativmedizin“ Bezeichnungen für einander sehr ähnliche Arbeitsfelder sind und voneinander unterschieden werden sollten, erlaube ich mir in diesem Artikel der Einfachheit halber diese Begriffe synonym zu verwenden.

In meinen frühen Bindungen (Bowlby, 2001) erfahre ich sozusagen dreierlei: Erstens, wie ich mich mit dem Empfinden, Erleben und Verarbeiten bzw. Vermeiden von Schmerz zurechtfinden kann. Zweitens, welche Art von Unterstützung ich dabei in zwischenmenschlichen Beziehungen erwarten darf bzw. welche ich fürchten werde. Drittens bilde ich in mir ganz persönliche Vorstellungen davon, was es bedeutet, mich in verschiedenen schmerzlichen Verfassungen zu befinden.

Dabei ist die Art, wie meine Eltern oder Pflegepersonen auf Schmerz reagiert haben, ob sie sich mir, in der Sprache der Bindungstheorie ausgedrückt, ausreichend feinfühlig zugewandt haben, mich in Sicherheit gebracht haben oder mir – größer geworden – ermöglicht haben, auch mir selbst zu helfen, für die Bildung meines „inneren Arbeitsmodells“ (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Fremmer-Bombik, 1995) ausschlaggebend. Diese zu bestimmten Erwartungen verdichteten frühkindlichen Erfahrungen nehme ich als Repräsentationen, welche mein Erleben emotional modulieren, mit auf den Lebensweg (Zimmermann, Spangler, Schieche & Becker-Stoll, 1995).

Entsprechend selbst erfahrener, mehr oder weniger einfühlsamer Unterstützung entwickle ich auch Empathie (Fonagy, 2000; Bauer, 2004; Rogers 1959a) für den Schmerz eines Mitmenschen und werde ihm folglich, entsprechend seiner Bewältigungspotenziale bzw. Sicherheitsbedürfnisse, in seiner Not mehr oder minder angemessen beistehen können. Hier befinden sich auch meine persönlichen Grenzen, anderen Unterstützung zu gewähren. Ich weiß, wie wir alle, dass sich die eigene Bereitschaft es auszuhalten, wenn eine geliebte Person Schmerz erleidet, erschöpfen kann oder aber, dass ich am liebsten damit „gar nichts zu tun haben“ würde.

Darauf zurückgeworfen, dass Schmerz oder Not *nicht gelindert* werden können, erfordert von mir, mich in einer vielleicht sinnlos erscheinenden Situation neu orientieren müssen. Der Umgang mit *Bedrohung und dem Erleben von Verletzlichkeit, Hilflosigkeit oder Ohnmacht* stellt eine Grenzerfahrung (Rogers, 1959a, S. 29ff) dar, die ebenfalls mit den eigenen Vorerfahrungen korrelieren kann. War einst jemand da, der mir, vom Schmerz überflutet, geholfen hat und wenn wie? Wie habe ich mich dabei von diesem Anderen wahrgenommen und verstanden gefühlt (Rogers, 1951a, S. 442ff) – erlebte ich die Unterstützung als feinfühlig, passend und angemessen oder hatte sich diese Person als hilflos oder viel zu distanziert erwiesen?

Die Welt der Palliative Care

Hilflosigkeit und Schmerzen sind wie Sterben und Tod Themen, die in unserer Gesellschaft starkes Unbehagen erzeugen, vielleicht auch, weil es für letztere beinahe keine verbindlichen Umgangsformen mehr gibt. Sie sind von uns in die Randzonen gesellschaftlicher Wirklichkeit verbannt worden.

Wer aber sind jene Menschen, die sich vorgenommen haben, anderen auch dann beizustehen, wenn sich viele Personen bereits

überfordert fühlen und verständlicherweise Distanzierungswünsche entwickeln? Wie arbeiten sie und welchen Stellenwert kann der Personenzentrierte Ansatz in ihrem Erfahrungsbereich, der Palliative Care haben?

Palliative Care bietet schwerkranken oder sterbenden Menschen ambulant beziehungsweise stationär ganzheitliche pflegerische, medizinische, soziale und, wo gewünscht, auch spirituelle Begleitung an. Diese wird möglichst gut an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und ihrer Angehörigen angepasst. Die Patientin ist dabei in die Entwicklung der Behandlungspläne eingebunden, welche der Linderung ihrer erkrankungsbedingten Beschwerdesymptomatik (Doyle, Hanks & McDonald, 1999; Köhle, Simons & Kubanek, 1996; Student, 1999), so auch ihrer Schmerzen⁴ (Foley, 1999, Carr & Mann, 2002) dienen.

Das Erleben und Verarbeiten verschiedener Grenzerfahrungen charakterisiert den beruflichen Alltag der Hospizmitarbeiterinnen und wird von ihnen relativ oft als persönlich bereichernd beschrieben. Als in diesem Bereich tätige Personen müssen sie Eignungsverfahren absolvieren, gute kommunikative Fähigkeiten vorweisen, speziell geschult sein und die Bereitschaft zu berufsbegleitender Supervision sowie Fortbildung mitbringen. Insbesondere in *interdisziplinären Palliative Care Teams*⁵ gilt es als selbstverständlich, die stetige Weiterentwicklung psychosozialer Kompetenzen als *integralen Bestandteil ihrer Organisationskultur*⁶ zu betrachten.

4 Die gezielte wissenschaftliche Erforschung von ganzheitlicher Schmerzlinderung geht auf das Betreiben der Begründerin des ersten Hospizes in London, Cicely Saunders zurück (Foley, 1999, Cline, 1997) und hat im schulmedizinischen Denken erst viele Jahre später Beachtung erfahren. C. Saunders differenziert verschiedene Schmerzverfassungen voneinander: Tumor(folge)bedingte, therapiefolgebefindige Schmerzen, bereits zuvor bestehende chronische Schmerzzustände, solche im Kontext von Suchtproblemen, „total pain“ usw.

5 Wo man sich nicht primär damit begnügt im eigenen professionellen Gebiet Bestleistungen zu erbringen, sondern auch bemüht ist, *regelmäßig* die *gegenseitige* Verständigung und Aufgabenaufteilung auszuhandeln – wird im Team Interdisziplinarität gelebt. – Multidisziplinarität als Organisationsform hingegen erzeugt im *Nebeneinander* von Pflege, Sozialarbeit, Medizin, Therapie, Diätetik, Spiritualität und Ehrenamt die Gefahr, dass durch die *Art* der gegenseitigen Delegation im Team das Gewahrsein für die subjektive Befindlichkeit der Patientinnen verloren gehen kann. Eine *interdisziplinäre Zusammenarbeit* muss allerdings ständig praktiziert werden – sobald sie stagniert, entsteht wieder ein multidisziplinärer Kontext. In interdisziplinär wirkenden Teams werden Probleme eher erwartet, tendenziell aber auch früher einer gemeinsamen Auseinandersetzung und infolge dessen, eher einer Veränderung zugeführt.

6 Um die hohe Betreuungsqualität und ein förderliches Team- oder Stationsklima in der Palliative Care *langfristig* aufrecht erhalten zu können, braucht es spezielle strukturelle Gegebenheiten: regelmäßige Zusammenkünfte wie Sitzvisiten, Stations- oder Teambesprechungen und Supervision. Diese *institutionell verankerten* Strukturen organisieren die einzelnen Aufgabenbereiche *und* das Zusammenspiel der Vertreter aller beteiligten Berufsgruppen einigermaßen würdevoll und menschenfreundlich. Sie tragen darüber hinaus dazu bei, auftretende Schwierigkeiten aus einer gewissen Distanz bzw. in der Rückschau in ihrer Problematik zu *erkennen*.

„Empathie“ ist nicht immer Empathie im personzentrierten Sinn

Hospizmitarbeiterinnen kommen mit den Grundkonzepten Carl Rogers immer wieder auf unterschiedliche Weise in Berührung. Personzentrierte Einstellungen wie Empathie, Wertschätzung und Authentizität gelten in vielen Teams sogar als handlungsleitende Werte.

Letztlich bestehen aber über das eigentliche Wesen des Personzentrierten Ansatzes zumeist eher nur vage Vorstellungen. Vor allem im Kontext mit dem Begriff der „Empathie“ wird deutlich, wie spezifisch die Bedeutung von Empathie in der Personzentrierten Psychotherapie im Sinne eines sich sehr präzisen und in einer Als-ob-Modalität einfühlenden Verstehens in das phänomenale Feld der Klientin (Rogers, 1975a; Binder, 1994) definiert ist, wie anders im Vergleich dazu, dem Aufgabengebiet entsprechend fokussiert, in der Pflege (siehe Bischoff-Wanner, 2002) oder sehr unspezifisch als „Einfühlung“ in der psychosozialen Medizin. – Was kann nun der Personzentrierte Ansatz der Palliative Care bieten?

Ohne Anspruch, die Helferinnen deshalb gleich zu personzentrierten Therapeutinnen zu machen, entfaltet sich das *Potenzial des Personzentrierten Ansatzes* in den verschiedenen Kontexten der Palliative Care. In einem von Kongruenz, Empathie und Achtsamkeit getragenen Klima leistet personzentriertes Arbeiten sowohl bei Aus- und Fortbildung als auch in der Supervision gute Dienste.

Besonders die Empathie der Supervisorin bzw. deren selbstreflexive Fähigkeiten scheinen die Entwicklung *psychosozialer Kompetenzen* von Betreuerinnen zu fördern. Die Änderungen der Wahrnehmungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten vertiefen das Verständnis für sich selbst, für die eigene Rollengestaltung und verbessern die Fähigkeit, auf als „schwierig“ erlebte Beziehungswünsche von Patientinnen einzugehen oder sich mit der Veränderung problematischer Organisationsstrukturen zu befassen.

Darüber hinaus kann die *Empathieentwicklung* auch durch spezifisches Hintergrundwissen unterstützt werden: Sobald sich die Begleiterinnen eine *Vorstellung davon bilden* können, dass bei der Schmerzverarbeitung, im Trennungserleben angesichts des nahenden Todes und bei der Erfahrung von Hilflosigkeit relevante Bindungserfahrungen oder -bedürfnisse (wieder-)belebt sein können und ein Bedürfnis nach Selbst-Achtung, Selbsterhaltung und Stabilisierung (Flammer & Flammer-Tausch, 1992) besteht, kommen sie mit schwierigen Hilfsappellen ebenfalls wieder besser klar. Dies wiederum impliziert für Patientinnen mehr Spielraum, sich mit den Entwicklungsaufgaben ihres letzten Lebensabschnitts besser zurechtzufinden.

Grundsätzlich basieren all diese Veränderungen auf konstruktiven *Erfahrungen selbstgesteuerten, signifikanten Lernens* (z. B. in Rogers, 1951a), da im Mittelpunkt des Interesses die Fragestellungen und Probleme der Praktikerinnen stehen: Die Auseinandersetzung mit der eigenen Befindlichkeit im Team, angesichts von Problemen mit einer Patientin oder mit institutionellen Hindernissen. –

Aus einer *Sicht auf die Praxis* ließe sich auch sagen, die Empathiefähigkeit der Supervisorin ermöglicht ein Lernen am Modell. Es hebt die Selbstakzeptanz der Helferinnen und somit deren Empathie für Patientinnen auch unter außergewöhnlich schwierigen Bedingungen.

3. Im Palliative Care Team unterwegs zu einem personzentrierten Verstehen

Die Komplexität von Praxis: Einblicke

Supervision rückt alle beteiligten Menschen, Patientinnen, deren Angehörige und die Betreuerinnen in ihrem Geworden-Sein, also in ihrer kulturellen Existenz (Schwemmer, 1997) in den Mittelpunkt der Beachtung. Die fachlichen Verstehenszugänge aus den beteiligten Disziplinen bekommen durch die vertiefende Einbeziehung zwischenmenschlichen Verstehens eine lebendige Ergänzung, gleichsam Fleisch und Blut. Wird mitten im beruflichen Alltag der klinische Versorgungsauftrag regelmäßig kurzfristig außer Kraft gesetzt und werden gezielt umschriebene Zeiten zur Reflexion des eigenen Handelns bereitgestellt, hält man eher inne.

Wenn ich nun versuche, aus der Perspektive der konkreten beruflichen Praxis die komplexen Verstehenszugänge zum Schmerzerleben von einer *personzentrierten Position*⁷ aus darzustellen und jene Supervisionsstandards zu beschreiben, welche in meinem Erlebens- bzw. Beobachtungsbereich die vielfältigen Verstehensprozesse im Hospizbereich *unterstützt* hatten, geschieht dies auch im Wunsch, andere Praktikerinnen zu ermuntern, ihre berufliche Tätigkeit systematisch zu reflektieren und davon zu erzählen.

In der Palliative Care bewegen sich, wie ich schon sagte, die Betreuerinnen über weite Zeiträume inmitten eines in vielerlei Hinsicht emotional sehr dichten Arbeitsklimas. Sie bleiben dennoch zumeist „da“ und entwickeln gemeinsam mit ihren Patientinnen oft sehr originelle Problemlösungen, wo Helferinnen anderer Institutionen bereits aufgegeben hatten. Als Supervisorin diesen Praktikerinnen bei ihrer Arbeit „zusehen“ zu dürfen oder sie bei der Formulierung *ihrer* vielfältigen Anliegen zu begleiten, war für mich so herausfordernd wie bereichernd. Ich werde nun an Hand sehr kleiner Fallvignetten in Verknüpfung mit theoretischen Überlegungen meine Erfahrungen, wie sich das Potenzial eines personzentrierten Verstehens in Palliative Care Teams entfalten konnte, beschreiben.

Erfahrungsberichte aus der Praxis sind natürlich sehr subjektive Unternehmungen. Deshalb zielt diese Arbeit vor allem darauf ab,

7 In der Palliative Care stehen bei der Auswahl einer Supervisorin methodenspezifische Schwerpunktsetzungen weniger stark im Vordergrund, als deren persönliche Eignung und Feldkompetenz. Einen *personzentrierten Beitrag* für die Palliative Care herauszuarbeiten, bot sich insofern auch an, als bei diesem Symposium die Bereiche Beratung/Supervision und Psychotherapie ausdrücklich gleichberechtigt nebeneinander positioniert waren und mir eine Klärung des Stellenwertes von „Personzentriertem Verstehen“ innerhalb der Palliative Care fällig erschien.

anzuregen: zum Nachdenken, Ausprobieren, Erforschen. Das impliziert aber auch, dass mein Bericht nur *Einblicke* in supervisorische *Gestaltungsvielfalt* vermitteln möchte, aber nicht die Funktion eines methodisch-systematischen Supervisionsleitfadens erfüllt. Ich werde zunächst bei der Beschreibung von problematischen Situationen in Teams, deren „blinde Flecke“ bzw. Ohnmachtserfahrungen beginnen, um in der Folge aufzuzeigen, wie sich im Rahmen einer von personenzentrierten Einstellungen getragenen Atmosphäre Prozesse des gemeinsamen Suchens entwickeln können.

Menschen in ihrer „kulturellen Existenz“ unbedingt positiv beachten

Zu den wichtigsten Faktoren, die ein helfendes Team von *seinen Schwierigkeiten* mit einer Patientin ablenken können, zählen Sachzwänge, Konkurrenzprobleme (zwischen einzelnen, den Berufsgruppen untereinander oder mit Angehörigen der Patientin), hierarchische Unschärfen, Konflikte mit dem Kostenträger, die Leugnung schlechter Arbeits-/Betreuungsbedingungen (z. B. Mangel an Ressourcen), Rollenkonflikte, ein unreflektiert hoher Erwartungsdruck an sich oder andere bzw. ein zu idealistisches Helferbild, aber manchmal auch die Kumulation von drohendem Burn-out oder persönlichen Krisen einzelner Helfer innerhalb des Teams oder Tabus (Vachon, 1999).

Wird deswegen von den Behandlerinnen der *appellative Anteil* in den Äußerungen von beispielsweise „nicht-enden-wollendem“ Schmerz, ungelinderter Not, leisen Kummers oder unerklärlich starker Müdigkeit („*fatigue*“) *nicht wirklich genau* aufgenommen und verstanden, bleibt die Patientin damit allein.

Falls sich diese Dynamik zwischen ihr und ihren Betreuerinnen unbemerkt entwickelt und über einen längeren Zeitraum hinweg andauert, kann das für die Patientin besonders bedrohlich sein. Sie macht in einer *bindungsrelevanten* Situation – vielleicht erneut – eine Erfahrung des Verlassen-Seins. Die Begleiterinnen wiederum erleben sich angesichts der Vergeblichkeit ihrer Hilfestellungen von der Patientin zurückgewiesen. Wo diese *Gleichzeitigkeit* von empfangenen Hilfsappellen und von eigener Überforderung nicht erkannt wird, bleibt sie natürlich auch in ihrer *Widersprüchlichkeit unbearbeitet*.

Meistens kann die sich ausbreitende Hilflosigkeit von den Betreuerinnen alleine nicht offen gelegt werden und das Ausmaß der wirklichen Not der Patientin bleibt unbeachtet. Das Wohl der Patientin musste für die *Stabilisierung* eines ebenfalls in Not geratenen Teams geopfert werden. Es gibt ihr keinen Halt. So wird sichtbar, dass sich in der ungelinderten Not einer Patientin die Hilflosigkeit des Teams gleichsam spiegeln kann.

Gerade die Erfahrung *als Helferin* mit diesen Schwierigkeiten innerhalb einer Supervisionsgruppe anstelle von paternalistischer Kritik einer *unbedingt positiven Be-Achtung wert* zu sein (Lietaer,

2001), legt den Grundstein zur Veränderung: Das *Erleben und Reflektieren der eigenen* Hilflosigkeit wird gleichsam wie „ein Schlüssel“ zum Verstehen der Patientin – einer Person, die sich zur Zeit mit ihren „nicht-enden-wollenden Schmerzen“ *noch nicht auskennt*, die sich von diesen, egal wie offen sie das mitzuteilen vermag, überwältigt fühlt, sich damit allein gelassen erfährt oder hilflos fühlt usw.

In organisationalen Strukturen: Sich gemeinsam neue Blickwinkel eröffnen

Kraft ihres Menschenbildes zeichnet sich *gelingende* personenzentrierte Supervision⁸ dadurch aus, dass sie Personen in ihrer Individualität *und* in ihrer mitmenschlichen Bezogenheit zu beachten versteht. Die Beziehung zwischen dem Selbst und seinen sozialen Bezügen ist wichtig (Rogers, 1959a; van Kessel & Lietaer, 1998). Sie fokussiert nicht einseitig entweder auf Interaktionen oder auf intrapersonale Faktoren und widmet sich sowohl dem Erleben und der Beziehungsgestaltung der betroffenen Patientinnen als auch dem der Teammitglieder und sollte auch den organisatorischen Kontext nicht ausblenden (Auckenthaler & Kleiber, 1992; Straumann & Schrödter, 1998).

Bei der Untersuchung von Supervisionskontrakten in der Palliative Care kann man sehen⁹, dass es oftmals sehr förderlich ist, den jeweiligen Bedarf an Teamsupervision, Organisationsentwicklung, Fallsupervision, theoriegeleiteter Supervision und Führungskräfte-Coaching sehr sorgfältig und in längeren Aushandlungsprozessen zu erheben. In dieser Arbeit möchte ich an ein paar Beispielen zeigen, dass diese Differenzierung es uns ermöglicht, jene *Vielfalt an Verstehensperspektiven* zu etablieren, welche einem Team eigene blinde Flecken sichtbar machen kann (Belardi, 1998; Holloway, 1998; Schreyögg, 2002):

In thematisch-inhaltlicher Hinsicht finden in einer Teamsupervision andere Klärungsprozesse statt als in den Fallsupervisionen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Teamsupervision beispielsweise den einzelnen Betreuerinnen die Gelegenheit bietet zu erkennen, wie sich unter großem Belastungsdruck ihre Distanzierungsbedürfnisse besonders deutlich zeigten. In der Fallsupervision hingegen ließ sich, angesichts der Auseinandersetzung mit dem Schmerzerleben der Patientin, das Subjektive der Bewertungsprozesse von Betreuerinnen deutlicher erfassen und die damit verbundene gruppenspezifische Entwicklung klären.

8 Konstruktive supervisionsgestützte Veränderungen lassen sich auch als Bewegungen am Prozesskontinuum in den Dimensionen (Selbst-)Erleben, Wahrnehmung/Abwehr und Beziehungsgestaltung (zum Anderen, zu eigenen Konstrukten z. B.: Selbstideal) beschreiben (Rogers, 1959a).

9 In der Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik der Klagenfurter Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF): Die enge Verknüpfung von Lernen und Hinterfragung der eigenen Betreuungsmodelle gehört am IFF auch zu den angewandten Erforschungsinstrumenten (vergl. Heimerl & Heller, 2001).

Anders gesagt, ich erlebte den Einfluss des Settings bzw. des Rahmens, innerhalb dessen die Supervision jeweils stattfand, als eine *zusätzliche* Einflussgröße auf den Supervisionsverlauf. Um dieses Geschehen konkret zu veranschaulichen und den Zuhörerinnen und Zuhörern praktisch nachvollziehbar zu machen, lud ich 2004 in Salzburg zu einer virtuellen Reise durch drei unterschiedliche *Gestaltungsräume* von Gruppensupervision ein: Der „Welt“ der Teamsupervision, der „Welt“ der Fallsupervision und der „Welt“ der theoriegeleiteten Supervision.

Teamsupervision: Personzentriertes Verstehen als Veränderung im Wahrnehmen

Im relativ geschützten Klima einer *Teamsupervisionsgruppe* konnten sich die Beteiligten mit ihrem Erleben der Situation im Team oder auf der Station entsprechend ihrer Öffnungsbereitschaft einbringen, den Umgang miteinander betrachten, Schwierigkeiten wegen ungeklärter Zuständigkeiten bearbeiten, die zwischen den einzelnen Berufsgruppen unausgesprochenen Erwartungen im offenen Unmut über die Versäumnisse der anderen aufspüren, usw. Als in der Gruppe gegenseitiges Vertrauen wuchs, begannen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch stärker die eigenen Gefühle und die der anderen in den Blick zu nehmen. Dabei tauchten dann die heiklen oder – später – auch die tabuisierten Themen auf: Distanzierungswünsche, Resignation, Ängste. Wie überfordert, hilflos darf ich mich eigentlich zeigen/fühlen?

Idealismus hat Grenzen. Die Klärungsprozesse im Team brachten manchmal die Befürchtungen zu Tage, eine schwerkranke Person im Stich lassen zu müssen, was mit dem Selbstauftrag der Hospizbetreuerin nicht vereinbar war. Sie hatte ihren Arbeitsplatz bewusst gewählt, weil Hospizbetreuung in Europa noch immer nicht flächendeckend etabliert ist: Sie dachte, der gesellschaftlich üblichen Abspaltung dieses wichtigen Lebensabschnittes durch ihr Engagement etwas entgegenzusetzen zu können.

Andere Hospizbetreuerinnen wiederum fassten es als Bedrohung auf, sich damit konfrontieren zu müssen, dass Patientinnen trotz ihres Engagements noch immer keine ausreichende Schmerzlinderung erfuhren. Ein Spezialist für „Symptomkontrolle“ (Foley, 1999) dürfe nicht versagen. Es lasteten auf den Helferinnen nicht nur moralischer bzw. institutioneller Druck, sondern auch Erwartungen von verzweifelten Angehörigen.

Nicht nur während der Pionierphase von Hospizprojekten können lange Phasen chronischer Überbelastung erfolgreiche Teams destabilisieren (Vachon, 1999).

Naturgemäß haben nicht alle Beteiligten die gleiche Bereitschaft, sich mit der Hilflosigkeit einer anderen Person, vor allem wenn sie ein *Teammitglied* ist, auf das man sich bei der Zusammenarbeit verlassen können will, zu konfrontieren.

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass unter den Menschen, die in helfenden Berufen tätig sind, relativ viele in deren Vergangenheit selbst Traumatisierungen ausgesetzt gewesen waren. Erste Angaben dazu liegen etwa zwischen 15–25 %. Aber sogar die Tatsache, in einem helfenden Beruf tätig zu sein und dabei ständig mit den durch die Erkrankung und medizinischen Behandlungsfolgen erzeugten Traumata in Berührung zu kommen, kann bei Helferinnen zu sogenannten *sekundären* Traumatisierungen (Stamm, 2002) führen.

Weder Eignungsverfahren können sicher ausschließen, dass bei den Betreuerinnen Erinnerungen an alte traumatische Erfahrungen ungewollt wachgerufen werden, noch können Schulungen immer verhindern, dass eine Helferin durch krisenhafte Ereignisse auf der Station in Erschöpfung gerät oder retraumatisiert wird. Da ihre einstigen Verletzungen bis dato eingeschlossen und keiner Bearbeitung¹⁰ unterzogen waren, ist eine betroffene Betreuerin an ihrem Arbeitsplatz vor der Wiederbelebung alten Entsetzens relativ ungeschützt. Zugleich hat sie vermutlich für Ohnmachtserfahrungen einen „blinden Fleck“, was natürlich in der Folge mit einem *empathischen* Eingehen auf das Hilflosigkeitserleben anderer unvereinbar ist.

Um die schwierigen Klärungsprozesse des *Wahrnehmens und An-/Erkennens eigener Hilflosigkeit*, zu ermöglichen, muss die Supervisorin die Bildung eines *Klimas von Sicherheit* unterstützen. Wie in jeder guten personenzentrierten Gruppe hat sie eine „*facilitating function*“ (Rogers, 1959a), manchmal entspricht das auch einer „haltenden Funktion“ im Sinne des Bion’schen „*Containments*“. Darüber hinaus muss sie ihre bereits erworbene Kenntnis des jeweiligen Palliative Care-Projekts bzw. ihre „*Feldkompetenz*“ einbringen können, um eine angemessene Balance zwischen der Bearbeitung des Beziehungsgeschehens in der Gruppe und der Klärung des Bedarfs von Fallsupervision oder an Organisationsentwicklungselementen zu ermöglichen. So kann sie einem „überengagierten“ Team als Vorbild für die Klärung von Zuständigkeitsbereichen und für Delegationsprozesse dienen. Gelingende Teamsupervision schafft also Freiraum und fördert die Qualität der (Arbeits-)Beziehungen untereinander oder auch – die Not-Wendigkeit von Fallsupervision zu Tage.

In der Fallsupervision: Nicht hilf-reich sein.

Vorausgesetzt, eine Bestandsaufnahme war nicht bereits zuvor in Sitzvisiten erfolgt, beginnt die *Fallsupervision* im Team vielleicht mit einer berufsgruppenübergreifenden Überprüfung des bisherigen therapeutischen Angebots. Haben wir wirklich alle s für diese Patientin getan? Oft wird hier erstmals sehr deutlich, dass bei den

¹⁰ Hier kommt der Supervision neben der Bearbeitung von unrealistischen Ansprüchen an sich selbst, auch die Aufgabe der *Sensibilisierung* für die Problematik des Psychotraumas zu (Biermann-Ratjen, 2003), aber niemals eine therapeutische Aufgabe. Die Aufklärungs- und Beratungsfunktion der Supervisorin kann dabei zur Bearbeitung einer Traumafolgestörung ermuntern und hat darin auch den Stellenwert einer Burn-out Prophylaxe.

einzelnen Teammitgliedern ganz *unterschiedliche Wahrnehmungen* vom Schmerzerleben der Patientin vorhanden sind. Die Aufmerksamkeit des Teams ist auf das Problem der Patientin fokussiert, erste Hypothesen werden darüber gebildet, was man möglicherweise noch nicht richtig verstanden habe.

Später kann im Gruppenprozess sichtbar werden, dass die Unterschiede in der Wahrnehmung der Patientin auch zu Differenzen untereinander führen. Möglicherweise polarisiert sich ein Team sogar in eine verständnisvolle und sehr geduldige Gruppe und in eine, die eher Ungeduld und Ärger empfindet oder andere Distanzierungsbedürfnisse hat. Die Betreuerinnen werden dabei von der Supervisorin als Person-Gewordene mit ihrer individuellen Lebens-Lerngeschichte, innerhalb eines mitmenschlichen Gefüges Schmerz, Trennungen, Bedrohung und Angst, Ekel, Scham und Schuld zu verarbeiten, ernst genommen.

Bei meinen Recherchen zu den Erfahrungen mit fünf Frauen, Patientinnen, die an „nicht-enden-wollenden“ Schmerzen litten, war – teilweise erst in der Rückschau – zu beobachten, dass sie sich trotz vieler, besonders engagierter Hilfsangebote nicht ausreichend gut schmerzbehandelt gefühlt hatten. Das, nicht von allen, spontan geklagte Schmerzerleben war individuell sehr verschieden und wurde qualitativ ganz unterschiedlich beschrieben: dumpf, stechend, lokalisiert, überall. Die Schmerzsymptomatik selbst wurde jedoch von jeder dieser Patientinnen immer in irgendeiner Weise als quälend oder als unerträglich *empfunden*.

Ihre Situation gab den Mitgliedern der betreuenden Teams Rätsel auf. Das Wissen um Dauer bzw. Ausmaß der Erkrankung, Art des Tumorleidens, therapiebedingte körperliche Folgeschäden, Alter, Persönlichkeit, den psychischen Status oder den familiären Hintergrund dieser Frauen erlaubte den Helferinnen vorerst keine die Not wendenden Schlussfolgerungen. Auch die kritische Analyse der bereits bestehenden ganzheitsmedizinischen Schmerzbehandlung förderte keine erheblichen Mängel zutage. Manchen war zwar klar, dass ihre Patientin wahrscheinlich unter dem im englischsprachigen Raum als „total pain“ bezeichneten oder einem ähnlichen Symptom litt, aber auch dieses Wissen half nicht weiter.

Die Betreuerinnen hatten sich inkompetent gefühlt. Ihr eigenes Bedürfnis nach Selbst-Achtung wurde angesichts der statischen Unveränderbarkeit des Leidens der Patientin bedroht: „Nichts hilft – Das ist nicht mehr länger zu ertragen!“ Ein würdevolles Zugehen auf die Patientin in deren stark strukturgebundenem Erleben *und* auf sich selbst als Betreuerin schien unmöglich. Die Enttäuschung über die eigene Hilflosigkeit konnte in Ärger umschlagen oder Fluchtimpulse aufkommen lassen. Ein Team berichtete, dass bis zum Ableben der Patientin alle gemeinsam in Resignation versunken waren: Die Selbstbeauftragung des Teams, der familiär isolierten Patientin ein „gutes Sterben“ zu ermöglichen, war gescheitert.

Einige Klippen mussten also genommen werden, ehe in der Supervision Resignation, vage empfundene Hilflosigkeit oder Ohnmacht offen thematisierbar wurden: Durch Rationalisieren, Delegieren,

im Witzeln, Verleugnen, Projizieren konnte die Bedrohung des idealisierten Selbstverständnisses als Helferin vorerst wunderbar abgewendet werden – ebenfalls durch das Gegenteil, indem man sich für alles verantwortlich dachte, fühlte bzw. erklärte hatte.

In Momenten, in welchen die eigene Verletzlichkeit, Endlichkeit und Begrenztheit in einer Gruppe spürbar wird, ist es besonders wichtig, dass die Supervisorin kraft ihrer Ambiguitätstoleranz und fachlichen Kompetenz für alle Seiten *Empathie entwickeln und kommunizieren* kann. Hier meine ich, liegt ein möglicher Fallstrick für die Supervisorin verborgen, wenn es ihr nicht gelingt, innerlich folgende drei Aspekte gut auszubalancieren: Die eigene Sorge um die betroffene Patientin, die Sorge um die Teammitglieder in ihrer Überforderung und ein Wissen über etwaige strukturelle Mängel des Palliative Care Projekts. In dieser Phase der Bearbeitung wäre eine einseitige Parteinahme verfrüht, keinem der Beteiligten dienlich und würde die Klärung der Komplexität der gesamten Problematik verhindern (vergl. Straumann & Schrödter, 1998).

Den Betreuerinnen war ja in intellektueller Hinsicht klar, dass sie hilflos geworden sind. Die Fähigkeit zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme (Binder, 1994) bewahrte sie, sich persönlich zu stark zu involvieren und ermöglichte, einen „Sicherheitsabstand“ zu behaupten. Was es in diesen Augenblicken bedurfte war die Bereitschaft der Supervisorin, die *eigene* Hilflosigkeit zu fühlen und angesichts der unlösbar erscheinenden Dilemmata dennoch nicht aufzugeben. Um mit den Betreuerinnen von schwerst Kranken (*und* deren Patientinnen) wirklich feinfühlig in unbedingt positiver Beachtung *zugegen bleiben* zu können, erfordert auch von der Supervisorin Sensibilität für *eigene Anteile* von Hilflosigkeit. Gerade die Fähigkeit, *eigenes* Erleben von Hilflosigkeit akzeptieren, aushalten und angemessen symbolisieren, also reflektieren zu können, ermöglicht der Supervisorin, nicht in die Gefahr einer Identifikation mit dem „hilflosen Team“ zu geraten oder etwa einem Pseudoaktivismus zu verfallen.

Theoriegeleitete Supervision: Hilflosigkeit empathisch verstehen und würdigen

In der *theoriegeleiteten Supervision* wird den Hospizmitarbeiterinnen die Gelegenheit geboten, das eigene Erleben mit spezifischem Hintergrundwissen in Beziehung zu setzen. Durch für sie relevante Forschungsergebnisse werden die Praktikerinnen angeregt, ihre eigene Tätigkeit in neuem Lichte zu betrachten. Die Vermittlung theoretischen Wissens erweitert bzw. vertieft dabei ihre Möglichkeiten empathischen Verstehens. Eine stärker kognitiv betonte Beschäftigung mit kritischen Erfahrungen, die zu fremd sind, zu intensiv wirken bzw. die eigene Person / Rollengestaltung zu sehr hinterfragen, kann deren Bedrohungserleben reduzieren.

Wenn Helferinnen beispielsweise erfasst hatten, dass ihr Wunsch nach Selbstschutz im *Vermögen des Menschen* wurzelt, ein

für das eigene Selbst zu bedrohliches Erleben vor dem Gewährwerden zu verbergen, veränderte sich oft auch ihr Zugang zum Abwehrverhalten. Abwehr als Verarbeitungsprozess im „Dienste des Selbst“ sehen zu dürfen, erleichterte die Betreuerinnen manchmal ungemein. Es gestattete ihnen auch, sich von Vorstellungen zu lösen, „die Abwehr einer Patientin müsse überwunden“ oder „durchbrochen“ sein, damit dieser ein friedlicher Abschied zuteil werde.

Eine Betreuerin, die beginnt, eigenes Erleben von „Hilflos-(gewesen-)Sein“ in sich aufzufinden, die über die reflektierte Erfahrung, dieses verarbeitet zu haben, verfügt, *empfindet* Empathie für ihre Patientin als Person in einer Verfassung voller Hilflosigkeit. Sie weiß, wie „gelähmt, schwer, komisch, weit weg, taub, dumpf oder unempfindlich sich das Ganze“ anspüren kann. Die *gelungene* Integration vergleichbaren eigenen Erlebens befähigt die Helferin, „da“ zu *bleiben* und zu *spüren*, wie sehr es sie selbst auch schmerzt, an die eigenen Grenzen des Helfens/Begleiten Könnens/Tuns geraten zu sein.

Sie kann jetzt besser oder „wirklich hinschauen“. Das wahrgenommene Ausmaß an innerer Bedrohung lässt die äußere Bedrohung in anderem Lichte erscheinen. Es ist für sie nicht länger erforderlich in der Wahrnehmungsverzerrung ihr Bedürfnis nach unbedingter Selbst-Achtung zu erhalten.

Anders formuliert, ich finde, dass dieses Beispiel sehr schön zeigt, wie der Tendenz des Organismus, sich bei Bedrohung zuerst in Richtung auf Erhaltung zu organisieren, die Tendenz, sich in Richtung auf Differenzierung und Entfaltung zu organisieren, bereits *immanent* ist (Rogers 1951, S. 338ff). Diese Betreuerin wird folglich ihr Helferbild (wieder) erneuern und, wo innerlich noch nicht klar genug etabliert, ihre Vorstellungen würdevollen Begleitens um eine wichtige Dimension erweitern: Sie hat erfahren, dass der eigene Anspruch nicht immer optimal für ihre Patientin und daher reduzierbar ist. Manchmal ist eine Haltung feinfühlig, präsenten Nicht-tuns die besser geeignete Weise, ihre Patientin im Bearbeiten einer Trennungsthematik zu begleiten als professionelle Betriebsamkeit. Das „Helfen-können“ ist vielleicht gerade erst im unbedingt positiv beachtenden empathischen Dasein für die Ohnmacht, die heftigen Gefühle oder das Verstummt-Sein der Patientin am stimmigsten *verwirklicht*.

Diese Erfahrung fördert meistens die Bereitschaft, auch in Zukunft neuerlich auftauchende Distanzierungswünsche schwierigen Patientinnen oder Angehörigen gegenüber zu reflektieren. So kann, wie bereits gesagt, die Supervision durch Erfahrungen signifikanten Lernens auch zur Selbstfürsorge und Psychohygiene (vergl. Auckenthaler & Kleiber, 1992) in der Palliative Care konstruktiv beitragen. Das Sinnvolle an Abwehrvorgängen *empathisch* erfasst zu haben, versöhnt auch mit sich selbst und belebt die Bereitschaft, zukünftig in bindungs-relevanten Situationen ebenfalls wieder Bindungsfunktionen (Bowlby, 2001, S. 159ff) bereit zu stellen.

Schmerz und noch Unverstandenes

Können die Betreuerinnen etwas über den Umgang mit besonders schwierigen Situationen in Palliative Care Teams lernen, wenn sie die unten geschilderten Situationen wie eine bindungs-*relevante* Situation verstehen?

Ich glaube, dass Hintergrundwissen über die Entstehung von Bindungserwartungen (Bowlby, 2001; Fonagy, 2000) neue Vorstellungen kreiert, die an eigenen Erfahrungen anknüpfen, zuvor selbst Erlebtes zum Klingen bringt und vielleicht in einem neuen Kontext neue Bedeutungen stiftet. Die Betreuerinnen fragen sich, wie sie sich selbst angesichts der Mitteilungen ihrer Patientin fühlen: erschöpft, irritiert, klar, verunsichert, traurig, beschämt, entnervt oder fluchtbereit. Wie kommen sie mit Protest, Wut, Enttäuschung zurecht, mit Trauer, Verachtung, Ekel, einem „anklammernden“ Verhalten oder unveränderlich erscheinender Verschlossenheit, mit Sprachlosigkeit? Wie gehen Teammitglieder damit um, dass sich die Patientin nur einigen von ihnen gegenüber öffnen kann, sich über andere jedoch heftig beklagt?

Eine der fünf zuvor erwähnten Patientinnen hielt sich viel in ihrem Bett auf, wirkte sehr zurückgezogen, ihr Bett war ständig zerwühlt. Wenn eine Pflegerin nach ihr sah, bemühte sie sich, ein freundliches Lächeln auf ihr Gesicht zu bekommen, sie beteuerte, sie käme mit allem gut zurecht. Ihre Neigung, ganz leicht zu fiebern und eine geringfügig, aber ständig erhöhte Herzfrequenz zu haben, veränderte sich erst, als die Putzfrau bemerkte, dass – in unbeobachteten Momenten – die Patientin keine Ruhe zu finden schien und die Patientin erneut von ihren Betreuerinnen offen auf die *ungenügende* Schmerzbehandlung angesprochen wurde. Dieser Frau war Eigenständigkeit „heilig“. Sie konnte nicht „zur Last fallen“, höhere Medikamentendosierungen erschienen ihr „viel zu viel“. Sie stellte gemäß ihres „inneren Arbeitsmodells“ im „Unkompliziertsein“ und „Bedürfnislos-Wirken“ Unterstützung *sicher*.

Eine andere Patientin klagte ständig über die Unerträglichkeit ihrer Schmerzen. Sie war nach langem Leiden und frustranen Therapieversuchen andernorts auf Betreiben ihrer Angehörigen in ein Hospiz überwiesen worden. Dort zeigte sich den Betreuerinnen, dass diese Frau so arge Schmerzen hatte, dass sie das Gewicht der Decke auf ihrer Haut und das Liegen nicht aushielt. Dies machte jegliche Pflegehandlung unmöglich. Im Hospizteam wurde klar, dass diese Frau von anderen „nicht berührt/angegriffen“ werden durfte. Es galt, sich der *Unmöglichkeit im Auftrag*, endlich eine „erlösende Schmerzlinderung“ anzubieten, zu stellen und diese „Paradoxie“ zu akzeptieren. In dem Maße, wie es den Betreuerinnen gelungen war, sich der Patientin *nicht* als Helfer aufzudrängen und nur schmerzlindernde *Angebote* zu machen, deren „Dosierung“ die Patientin selbst bestimmen konnte, war der *appellative Anteil* in ihren Schmerzäußerungen verstanden. Diese Frau hatte sich der dringend erforderlichen Hilfe nicht anvertrauen können, weil sie befürchtet hatte, sich unterwerfen zu müssen. Sie war durch eine besonders rasch

voranschreitende Erkrankung mitten aus einem außergewöhnlich erfolgreichen Berufs- und erfüllten Familienleben herausgerissen worden. Ihre Familie war alarmiert und „tat alles“, um zu helfen. Von zu gut gemeinter Unterstützung beengt beinahe keine Kontrolle mehr über sich und die eigenen Körperfunktionen zu haben, war für sie unerträglich. Gleichzeitig konnte sie lange niemandem *sagen*, wie schrecklich es für sie war, in „diesem leidenden Körper“ gefangen zu sein und sich unendlich unattraktiv zu fühlen. Angesichts des Entsetzens über seine rapiden Veränderungen war ihre Not unaussprechlich.

Die Erwartungen dieser Frauen, in größter Not Unterstützung zu bekommen, waren nicht gleich. Im Gegensatz zur zuerst beschriebenen Patientin gewann die zweite Patientin Beachtung auf ganz andere Art. Wenn sich darüber hinaus die Betreuerinnen dessen gewahr werden, dass ihre Patientinnen möglicherweise einen anderen Stil, ihre Hilfsbedürftigkeit zu signalisieren, *als sie selbst* haben, können sie meist flexibler auf diese Bedürfnisse eingehen (Carr & Mann, 2002; vgl. Höger & Müller, 2002).

Während einige Helferinnen die Kenntnisse der Bindungsforschung als erhellend erlebten, half es anderen wiederum, mehr über psychobiologische Unterschiede in der Verarbeitung von Bedrohung in Furcht und Panik zu wissen (vgl. Sachsse, 2003): Sie vermochten jetzt besser nachvollziehen, dass eine Patientin, die eine lebensbedrohliche Diagnose unvorbereitet trifft, wie „gelähmt oder erstarrt“ wirken und sich diesbezüglich sprachlich nicht klar vermitteln kann.

Manchmal aber habe ich die eine oder andere Betreuerin eingeladen, sich selbst „bildlich zuzuhören“, inne zu halten bei dem, was sie uns erzählt, es sich selbst noch einmal zu erzählen und in sich Bilder dazu auftauchen zu lassen. Die Einladung zum Modalitätenwechsel ließ Isolation, Aggression (Biermann-Ratjen, 1998), Beschuldigungen, Klagsamkeit nachvollziehbar werden. Die Bereitschaft, vom Tun wieder mehr auf das „dass“ und „wie“ zu kommen, zu hören und zu blicken, „szenisch“ zu verstehen (vgl. Sommer & Sauer, 2001), und dann erst nach dem „warum“ zu fragen, ließ gelegentlich die Betreuerinnen Überraschendes entdecken: Zurückgekehrt ans Krankenbett wartete eine bereits „ganz andere“ Patientin auf sie.

Schmerzen und Trennungserleben

So wie sich meine Fähigkeit, Erfahrungen von Schmerz oder Bedrohung angemessen zu verarbeiten, im intersubjektiven Austausch entwickelt, entwickelt sich meine Fähigkeit, *mich zu trennen* und *in mir* Vorstellungen vom Erleben anderer, ihren Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen, Intentionen und Wünschen zu bilden (Fonagy, 2000) und *neue unbekannte Erfahrungen* auf mich zukommen zu lassen ebenfalls mehr oder minder „gut“ innerhalb meiner Bindungsbeziehungen.

Im Schmerz kann sich die Erfahrung des von etwas „*Ungewollt-getrennt-Seins*“ symbolisieren. Schwerkranke Personen müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie möglicherweise schon bald von vielem Abschied nehmen werden. Abschied vom eigenen Leben, von lieben Menschen, von der Welt, von Sicherheit, von Kraft und Gesundheit, Geborgenheit oder Vertrautem, Gewohntem und Verhasstem. Dem eigenen Tod entgegen zu blicken bedeutet auch, die Trennung von Wichtigem im eigenen Leben *vorwegzunehmen*: von bedeutsamen Beziehungen, einer längeren Dauer des Lebens, vom Körper selbst, von Plänen, Hoffnungen, usw. aber auch von Unfertigem, von alter Schuld oder einer schlimmen Last – und das schmerzt.

Diese Trennung bedeutet, die wichtigen Bezugspersonen zurück zu lassen, und erfordert das Vertrauen, dass ihnen dieser Abschied *zumutbar* ist. Wo primäre Inkongruenz einem von überwältigender Bedrohung erschütterten Selbst es zusätzlich schwerer macht sich zurechtzufinden, wird möglicherweise das Ausmaß von innerer und äußerer Bedrohung gar nicht mehr klar zu trennen sein (Rogers, 1951a).

Dadurch wird der Abschied von einer zuvor schon verunsicherten Person vielleicht besonders ängstlich erwartet, von einer anderen lange hinausgezögert oder ignoriert, verleugnet oder er löst viele, sehr intensive, teils widersprüchliche oder gar überflutende Gefühle von Angst, Trauer oder Zorn aus, ebenso Depression oder Resignation (Macke-Bruck & Nemeskeri, 2002). Die Vorbereitung auf das eigene Sterben, egal inwieweit die Anderen dabei miteinbezogen werden, ist ein sehr komplexer psychischer Prozess der Antizipation einer endgültigen Trennung. Trennungsschwierigkeiten können dabei erinnert werden und in der Patientin Befürchtungen auslösen, dieser letzten Entwicklungs-Aufgabe im Leben nicht so recht gewachsen zu sein.

Bei allen fünf Patientinnen war den Betreuerinnen zunächst völlig unklar, wieso deren Not nicht zu lindern war und sie keine Erleichterung finden konnten. Ich habe in dieser Arbeit gezeigt, dass die personenzentrierte Begleitung ermöglichte, sich in je einmaliger Weise neue Fragen zu stellen, eine andere Sichtweise einzunehmen und teilweise auch neue Beziehungsangebote zu machen. Diese waren eingebunden in die Palliativtherapie. In gewisser Weise wurde die pflegerische und medizinische Behandlung erst dadurch *wirksam* erfolgreich. Die inter-subjektiv erfahrene Wirklichkeit des ungelinderten Schmerzzustandes mündete im (tw. beiderseitig) empfundenen Wunsch, sich selbst und die andere besser zu verstehen. Die konstruktive Vermittlung theoretischen Hintergrundwissens verbessert ebenfalls die *Empathiefähigkeit der Helferinnen*, weil es deren Bedrohungserleben angesichts von Erfahrungen, die dem eigenen Erleben gegenüber zu intensiv wirken oder als „zu fremd“ erscheinen, reduziert.

Zur Hoffnung, als HelferIn „stronger and wiser“ zu sein

Aber es blieben auch Rätsel bestehen und die Betreuerinnen mit ihren Verstehenshypothesen allein zurück. In der Begegnung mit einer der betroffenen Patientinnen ließen sich diese nicht mehr überprüfen, weil sie nicht (mehr) darauf ansprechbar war bzw. weil eine andere mittlerweile verstorben war. Die entwickelten Vorstellungen, Bilder, Metaphern aber erschienen den Helferinnen selbst stimmig und sie wirkten tröstlich: „Unverstanden-voneinander-getrennt-Sein“ ist für uns Menschen schwierig, schmerzlich.

Da auch die Betreuerinnen trauern, sehe ich eine besonders wichtige Aufgabe darin, als Supervisorin den Helferinnen in unbedingt positiver Beachtung ihrem Ohnmachts-/Erleben gegenüber da zu sein. Aus der Sicht der Bindungsforschung könnte man auch sagen, die Helferinnen seien angesichts der existentiellen Bedrohung ihrer Patientin in zweifacher Weise beteiligt: Ihr Bindungssystem ist einmal „einer Patientin in Not“ gegenüber aktiviert, indem sie ihnen gegenüber Funktionen des „stronger and wiser“ (Bowlby, 2001) erfüllen. Zugleich aber erfahren sie in Momenten eigener Ohnmacht selbst das Bedürfnis, jemanden zu finden, der ihnen die komplementäre Funktion des Geschützt-werdens gewährt. Dies immer vor dem Hintergrund, dass es auch die Helferinnen selbst, entsprechend ihren eigenen Bindungsmustern, nicht immer ganz leicht haben werden, Hilfe und Unterstützung anzunehmen oder einzufordern.

Eugene Gendlin (1964) sagt – sinngemäß – so schön: Wir alle haben ein tiefes inneres Wissen davon, wann im Erlebensprozess etwas als „ganz, vollständig“ erfahren wird. Wo ein Verstehen auftaucht, verschafft die Empfindung des „felt shift“ Erleichterung oder gar ein „Wieder im Fluss Sein“. So haben wir, die Betreuerinnen und die Supervisorin, gelegentlich zu einem an der Person der Patientin *orientierten* Verstehen zu finden gesucht, einfach „nur“ für uns selbst *vermutet*: Das Unerlöste könnte auf ein unsagbares altes Leid, einen vielleicht noch unverarbeiteten Diagnoseschock oder eine unbearbeitete Re-/Traumatisierung (Biermann-Ratjen, 2003) durch die massiv beeinträchtigenden medizinischen Behandlungen o. ä. verweisen.

Lieber war es den Betreuerinnen und mir gewesen, uns vorzustellen, dass eine der Patientinnen sich angesichts der gestohlenen Lebenszeit aufgebäumt hatte, um diesen Diebstahl anzuklagen, gegen ihn anzukämpfen. Wir hofften gemeinsam, dass sie im sicheren Klima eines einfühlsamen und belastbaren Teams die Erfahrung machen konnte, nicht verlassen zu werden, auch nicht *mit* ihren Äußerungen von Wut, Ärger, Verzweiflung und den hartnäckigen Behauptungen, sich noch immer unverstanden zu fühlen. Ihre uns bekannte Lebensgeschichte war voller Bilder von Fürsorge für ihre Kinder unter undenkbar schwierigen Bedingungen; für das eigene unbeschwertere Glück fand sie scheinbar zu wenig Zeit und sich mit „ihren schwierigen“ Bedürfnissen anderen zuzumuten war ihr von klein auf strikt verwehrt geblieben.

Aber –

am mitunter langen Weg vom ersten Gewährwerden einer körperlichen Empfindung zur vollständigen Symbolisierung der Erfahrung, sich als Person in einer bestimmten schmerzlichen Verfassung zu befinden, findet ein komplexer Verarbeitungs- und Bewertungsprozess statt – er wird sich nicht immer vollenden.

4. Endlich leben – Ein Fazit

Das Schmerzerleben als Krisen- und Trennungserleben von Personen, die durch die Erkrankung mit ihrer Endlichkeit konfrontiert sind, ist untrennbar mit den angebotenen Betreuungsbedingungen verknüpft: Verständigungsprobleme zwischen der Patientin und deren Begleiterinnen *können* im „Noch-unverstanden-Sein“ Ausdruck von stark angstbesetzten Trennungsschwierigkeiten oder eines tiefen existentiellen Dranges zu persönlichem Wachstum der Patientin, ebenso Ausdruck eines noch unverarbeiteten Diagnoseschocks sein. Wenn die Helferinnen solche Bedürfnisse erfassen und feinfühlig beantworten können, bietet sich der Patientin die Chance, ihren gebremsten Persönlichkeits-Entwicklungsprozess auch in der Abschiedsphase ihres Lebens wieder aufzunehmen. Zusammengefasst bedeutet das für die Helferinnen in der Palliative Care folgendes:

- Schmerzen als Signal drohenden oder stattgehabten Verlustes von leibseelischer Integrität zu erkennen, eröffnet über das übliche pflegerisch-medizinische Wissen zur Schmerzverarbeitung hinaus einen empathisch-verstehenden Zugang zur komplexen Trennungsthematik schwerst kranker Personen.
- Verfeinerte Sensibilität für die Wahrnehmung bindungs-relevanter *Situationen* während der gesamten Lebensspanne, so auch im Krisenerleben Erwachsener, erlaubt den Helferinnen, die Erwartungen der Patientin und sich selbst anders in den Blick zu nehmen.
- Die unbedingte Würdigung der das Selbst erhaltenden *vor* der das Selbst entfaltenden Tendenz des menschlichen Organismus ermöglicht es, die Abwehr der die Selbst-Achtung bedrohenden Erlebnisinhalte einer (Schmerz-)Erfahrung besser zu verstehen.
- Ein basales Wissen um Verarbeitungsmöglichkeiten von als traumatisch bewerteten Erfahrungen ergänzt das Vermögen, bei sich als Betreuerin den eigenen Verarbeitungsmodus von Hilflosigkeitserleben bzw. Ohnmachtserfahrungen freier wahrzunehmen, gestattet ihr bzw. ihm wahrscheinlich eher, sich in das phänomenale Feld der betroffenen Patientin einzufühlen.
- Diese Grenzerfahrungen werden nicht mehr nur als zufällige (lästige) Einzelereignisse gewertet, sondern als *spezifisches* intersubjektives bzw. bio-psycho-soziales Phänomen erfasst. Dies entspringt der Bereitschaft, die Enge eines multidisziplinären Arbeitens zu überschreiten hin zur *Inter-Disziplinarität*, einem Konzept innerhalb dessen eher bindungs-relevante Bedürfnisse beantwortet werden können.

– In den interdisziplinären Hospiz- und Palliative Care Teams kann Personenzentrierte Supervision einen wesentlichen Beitrag zur Vertiefung der bereits bestehenden psychosozialen Kompetenzen von Betreuerinnen leisten, was in der Folge auch einen Beitrag zu deren Burn-out Prophylaxe darstellt.

Literatur

- Auckenthaler, A. & Kleiber, D. (Hrsg.) (1992). *Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung*. Tübingen: DGVT.
- Bauer, J. (2004). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper.
- Belardi, N. (1998). *Supervision. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1998). Das Phänomen Aggression. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 1, 64–68.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 7, 128–134.
- Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Bischoff-Wanner, C.M. (2002). *Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells*. Bern: Hans Huber.
- Bowlby, J. (2001). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1979: The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock Publications)
- Carr, E. C. J. & Mann, E.M. (2002). *Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe*. (dtsh. Ausgabe herausgegeben von Osterbrink, J.). Bern: Hans Huber (Original erschienen 2000: Pain. Palgrave: London)
- Cline, S. (1997). *Frauen sterben anders. Wie wir im Leben den Tod bewältigen*. Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe. (Original erschienen 1995: Lifting The Taboo. Woman, Death and Dying. London: Little, Brown and Company)
- Doyle, D., Hanks, G.W.C. & MacDonald, N. (Eds.). (1999). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (2nd ed.) Oxford: University Press.
- Flammer, E. & Flammer-Tausch, D. (1992). Die personenzentrierten Einstellungen in der Begleitung Sterbender. In M. Behr et al. (Hrsg.). *Jahrbuch 1992 Personenzentrierte Psychologie & Psychotherapie*. (S. 132–143). Köln: GwG.
- Foley, K.M. (1999). Pain assessment and cancer pain syndroms. In D. Doyle, G.W.C. Hanks & N. MacDonald (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. (pp. 310–331). Oxford: University Press.
- Fonagy P. (2000). Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. (S. 241–254). Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 1999: The understanding of mental states, mother-infant interaction and the development of the self. Les Cahiers Psychiatriques, 26, 37–50).
- Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.) *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. 4. Aufl. 2002 (S. 109–119). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gendlin, E.T. (1964). A Theory of Personality Change. In Ph. Worchel & D. Byrne, (Eds.), *Personality Change*. (pp. 206–247). New York: Wiley.
- Heimerl, K. & Heller, A. (Hrsg.). (2001). *Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativebetreuung lernen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.). *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Bindungsangebot von Patienten. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 6, 35–44.
- Holloway, E. (1998). *Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz*. (dtsh. Ausgabe herausgegeben von Christoph-Lemke, C. & Lammers, W.). Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1995: Clinical Supervision – A Systems Approach. Thousand Oaks: Sage)
- Kessel van, W. & Lietaer, G. (1998). Interpersonal Processes. In L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 155–177). New York: Guilford.
- Köhle, K., Simons C. & Kubanek B. (1996). Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T.V. Uexküll & W. Wesiak (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. (S. 1224–1249). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kriz, J. (1997). *Systemtheorie: eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Lietaer, G. (2001). Unconditional Acceptance and Positive Regard. In J.D. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional Positive Regard. Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice*. Vol. 3 (pp. 88–108). PCCS: Ross-on-Wye.
- Macke-Bruck, B. (2003). Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 7, 3–14.
- Macke-Bruck, B. & Nemeskeri, N. (2002). Der Personenzentrierte Ansatz in der Psychoonkologie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 563–583). Wien: Springer.
- 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.
- Rogers, C.R. (1951a). *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin. Dtsch: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (³1981)
- Rogers, C.R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of science*. Vol III. *Formulations of the person and the social context*. (pp. 184–256), New York: Mc Graw

- Hill, Dtsch: Rogers, C.R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. 3. Aufl. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic – an unappreciated way of being. In: *The Counselling Psychologist* 5, 2, 2–10. Dtsch: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C.R. Rogers & R.L. Rosenberg (1980). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. (75–93). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (2003). Distress-Systeme des Menschen. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie. Jahrgang 7 (Persönlichkeitsstörungen und der Körper)*, 4–15.
- Schreyögg, A. (2002). *Konfliktcoaching. Anleitung für den Coach*. Frankfurt: Campus.
- Schwemmer, O. (1997). *Die kulturelle Existenz des Menschen*. Berlin: Akademie Verlag.
- Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In G.J. Suess, H. Scheuerer-Englisch & W.-K. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. (S. 157–177). Gießen: Psychosozial.
- Sommer, K. & Sauer, J. (2001). Indikation und Diagnostik in der Klientenzentrierten Therapie. In P. Frenzel, W. Keil, P.F. Schmid, N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 190–225). Wien: Facultas.
- Straumann, U. E. & Schrödter, W. (Hrsg.). (1998). *Verstehen und Gestalten. Beratung und Supervision im Gespräch*. Köln: GwG.
- Stamm, B. H. (Hrsg.). (2002). *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*. Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1995: Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators. Luthersville, Maryland: The Sidran Press).
- Student, J.-C. (*erw. 1999). *Das Hospizbuch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Uexküll, T. v. (2002). Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In T. v. Uexküll, W. Geigges & R. Plassmann. (Hrsg.), *Integrierte Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Vachon, M. L. S. (1999). The stress of the professional caregivers. In D. Doyle, G. W. C. Hanks & N. MacDonald, (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. (pp. 919–929). Oxford: University Press.
- Zimmermann, P., Spangler, G., Schieche, M. & Becker-Stoll, F. (1995). Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. 4. Aufl. 2002 (S. 311–332). Stuttgart: Klett-Cotta.

Autorin

Brigitte Macke-Bruck, 1960, Dr. med., Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis in Wien, Lehrtherapeutin und Ausbilderin der Sektion Forum der APG, a.o. Mitglied der Alpen Adria Universität Klagenfurt – IFF Wien, Abt. Palliative Care und OrganisationsEthik; bis 1993 auch aktiv als Ärztin für Allgemeinmedizin, zuletzt im Hospiz St. Raphael / Wien tätig.

Korrespondenzadresse

Brigitte Macke-Bruck
1090 Wien/Meynertgasse 8/5
brigitte.macke-bruck@aon.at

Matthias Barth, Michael Schaub

Ressourcen der Personzentrierten Psychotherapie in der Behandlung drogenabhängiger Klienten

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund sich verändernder Behandlungsparadigmen im Feld der Drogentherapie werden Argumente erörtert, weshalb der Personzentrierte Ansatz in der psychotherapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen Klienten eine stärkere Beachtung verdient. Wesentliche Gesichtspunkte sind dabei (1) die der Personzentrierten Therapie implizite starke Ausrichtung auf den einzelnen Klienten und dessen individuelles Wert- und Bezugssystem, (2) die kontinuierlich-wertschätzende Therapeutenhaltung, welche resignativen Versager-Selbstbildern beim Klienten entgegenwirkt und auch in Krisenzeiten Halt gibt, (3) der nicht-bedrängende Therapierahmen, der eine Integration verleugnend abgewehrter Inhalte begünstigt, (4) die Förderung einer autonomen Selbststeuerung, die nicht auf von aussen auferlegten Regeln, sondern auf Selbstexploration und vom Klienten ausgehenden Lösungsansätzen beruht und schliesslich (5) die sich am Prozess des Klienten orientierende Auseinandersetzung mit hier und jetzt relevanten Fragen.

Stichwörter: Drogentherapie, klientenzentriert, personzentriert, Substanzstörungen, Heroin, Kokain

Abstract: Resources of the person-centered approach for drug therapy. With reference to changing treatment paradigms in the field of drug therapy we discuss why the Person-Centered Approach deserves more attention in the psychotherapeutic treatment of substance-using individuals. Essential aspects are (1) the inherently strong orientation to the individual client and his/her frame of reference and his/her system of values (2) the therapist's enduring attitude of unconditional positive regard, which counteracts resigned failure self-image and provides support in times of crisis (3) the non-invasive therapy frame, which facilitates integration of denied contents (4) the encouragement of autonomous self dependent way of living that is not externally imposed by rules but rather is based on self-exploration and client's solutions and finally (5) the discussion about significant here-and-now questions that are driven by the client him-/herself.

Keywords: Drug therapy, person-centered, client-centered, substance use disorders, heroin, cocaine

1. Einleitung

In Publikationen personzentrierter Ausrichtung finden sich nur spärlich Beiträge zum Thema Drogenabhängigkeit, und wenn es um Beispiele für Grenzen des Anwendungsbereichs Personzentrierter Psychotherapie¹ geht, wird der Drogenbereich zuweilen gar an erster Stelle genannt.

Es ist unser Anliegen aufzuzeigen, dass die Personzentrierte Psychotherapie in der Behandlung Drogenabhängiger einiges an wertvollem Rüstzeug anzubieten hat und die Thematik seitens

Personzentrierter Therapeuten² mehr Aufmerksamkeit verdient. Insbesondere im Zuge neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Entwicklungen scheint es uns wichtig, die Positionierung des Personzentrierten Ansatzes in diesem Fachbereich neu zu überdenken.

Unser Anspruch ist keineswegs, hier ein umfassendes Behandlungskonzept vorzulegen. Vielmehr möchten wir einige auf praktischen Erfahrungen beruhende Überlegungen einbringen, von denen wir meinen, dass sie in der Arbeit mit Drogenabhängigen hilfreich sein können. Es ist uns bewusst, dass wir dabei verschiedentlich herkömmliche Konzepte und Annahmen in Frage stellen. Wenn unser Beitrag zu einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema anregt, ist unser Ziel erreicht.

1 Äquivalent zur früher gängigen Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ gebrauchen wir hier die Begriffe „Personzentrierte Psychotherapie“ oder einfach „Personzentrierte Therapie“. Wird in einem allgemeineren Sinne von der personzentrierten Arbeitsweise gesprochen, verwenden wir den Begriff „Personzentrierter Ansatz“ (PZA).

2 Mit Rücksicht auf den Textfluss verwenden wir jeweils nur die männliche Form. Selbstverständlich sind Vertreterinnen und Vertreter beider Geschlechter gemeint.

Wir beziehen uns primär auf Abhängigkeiten von Opiaten und Kokain. Wie eine systematische Literaturrecherche zeigt³, befassen sich die meisten von personenzentrierten Autoren verfassten Beiträge zu substanzbedingten Störungen⁴ mit der Alkohol-Abhängigkeit, welche sich in mancher Hinsicht (gesellschaftlicher Kontext, Konsummuster, Substanzwirkungen, Behandlungsansätze u. a.) von den hier im Fokus stehenden Drogenabhängigkeiten unterscheidet. Es fällt auch auf, dass die meisten dieser Beiträge auf abstinenzorientierten Konzepten basieren (z. B. Fiedler, 1998; Tasseit, 2001; eine Ausnahme bildet Happel, 1992).

Da abstinenzorientierte Ansätze in der heutigen Drogentherapie viel von ihrer Vorherrschaft eingebüsst haben, wollen wir uns zuerst kurz einigen allgemeinen Tendenzen im Feld der Behandlung von Drogenabhängigen zuwenden.

2. Aktuelle Entwicklungen in der Drogentherapie

Ausgeprägter als in den meisten andern europäischen Ländern entwickelte sich in der Schweiz eine starke Diversifikation der Angebote für Klienten mit substanzbedingten Störungen. Ausschlaggebend dafür war die Ballung von Heroinkonsumenten in Zentren wie dem Platzspitz in Zürich, welche Mitte der Achtziger Jahre und Anfangs der Neunziger zu schnellen Lösungen für eine grosse Zahl meist junger Drogenabhängiger drängte. Neben der Eröffnung einer ganzen Anzahl von abstinenzorientierten stationären Einrichtungen, den so genannten „Therapeutischen Gemeinschaften“, und von ambulanten „Kontakt- und Anlaufstellen“, wurde die Heroinsubstitution durch Methadonabgabe bei Hausärzten und Abgabezentren vorangetrieben, was mit einer deutlichen Relativierung abstinenzorientierter Behandlungsparadigmen einherging.

Es gilt dazu anzumerken, dass nicht-abstinenzorientierte Ansätze keineswegs abhängigkeitsfreundlich sind, sondern lediglich der Abstinenz nicht oberste Priorität im Behandlungskonzept einräumen. So stehen zum Beispiel palliative oder sozialintegrative Zielsetzungen im Vordergrund, welche eine Einschränkung des Drogenkonsums auf indirekte Weise begünstigen.

Tendenziell sind die abstinenzorientierten therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige, zumindest in der Schweiz, im

Abnehmen begriffen. Die meisten dieser Einrichtungen, die oft weit ab von städtischen Zentren geführt werden, zielen mittels pädagogischer Stufensysteme und ausgefeilter Regelwerke auf eine Art „Umerziehung“ der Klienten. Ernüchternde Untersuchungen zeigen indessen schon lange, dass die Rückfallquoten nach Rückkehr in den städtischen Alltag enorm hoch sind (Sorensen, et al., 1984). Auch liefern Studien keine erhärteten Hinweise, dass stationäre Settings stets bessere Erfolge zeitigen würden als ambulante. Erstere weisen hohe Abbruchraten auf (40–60%, z. B. Ascari et al., 2001) und sind nur für einen geringen Teil von Klienten Erfolg versprechend (Stohler & Dürsteler-MacFarland, 2003).⁵

Eine vergleichbare Tendenz zeigt sich auch bei den bis vor kurzem als Standard geltenden Entzugs- oder Entgiftungsbehandlungen. Die früher zuweilen mit ideologischem Eifer vertretenen „kalten“, wie auch die medikamentengestützten stationären „Entzüge“, weichen immer häufiger ambulanten ärztlichen Interventionen.

Die heutigen Behandlungsansätze sind eher pragmatisch als ideologisch begründet. Die Entwicklung hin zur Diversifikation führt zu den drogentherapeutisch relevanten Fragen, in welchem persönlichen und sozialen Kontext jemand Drogen benützt, welche Drogen involviert sind und welche Konsummuster die Abhängigkeit prägen. Für einen Schwerstabhängigen kann eine kontrollierte Drogenabgabe ebenso sinnvoll sein wie eine pädagogische Gemeinschaft für einen Jugendlichen mit Sozialisierungsdefiziten. Für eine sehr grosse Gruppe von Abhängigen erweisen sich ambulante Substitutionsprogramme als hilfreich⁶.

Was die ambulanten Behandlungen angeht, zeigen Erfahrungen, dass sich langjährige, schwere Störungen durch psychotrope Substanzen am ehesten in der Zusammenarbeit von Medizinerinnen, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern behandeln lassen.

3. Die Notwendigkeit personenzentrierter Interventionen

Lange haben in der psychologischen Auseinandersetzung mit Abhängigkeit eher Verallgemeinerungen als Differenzierungen vorgeherrscht. Unterschiedlichste Abhängigkeiten, wie die Spiel-, Ess-, oder Sammelsucht wurden mit den Substanzabhängigkeiten zuweilen in eine Reihe gestellt. Dabei wurde gleichsam ein ‚Suchtcharakter‘ als Persönlichkeitsattribut der Abhängigen postuliert – ein

3 Die Literaturrecherche erfasst Publikationen, welche die Begriffe „personenzentriert“, „klient(en)zentriert“ oder „Gesprächspsychotherapie“ kombiniert mit „Sucht“, „Abhängigkeit“, „Alkohol“, „Drogen“, „Kokain“, „Heroin“, „Opiate“ beinhalten (deutsch und englisch); berücksichtigt wurden die Literaturdatenbanken PUBMED, PSYCLIT, PSYINDEX und Peter F. Schmid's Website bis zum Januar 2005.

4 Grundsätzlich von ‚Sucht‘ zu reden, gilt in der heutigen Fachliteratur aufgrund der unklaren Breite des Begriffs, der sehr spezifisch wirkenden Substanzen und der unterschiedlichen Störungsbilder als unpräzise. Deshalb ist es heute zunehmend Usus, in Anlehnung an den im Englischen gängigen Begriff „substance use disorders“ von „substanzbedingten Störungen“ oder kurz „Substanzstörungen“ zu sprechen. Im ICD-10 werden unter dem Oberbegriff „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ jeweils genauere Differenzierungen vorgenommen.

5 In der Schweiz werden lediglich 2–10% aller Drogenklienten mit schweren Substanzstörungen durch Opiate und/oder Kokain stationär behandelt (act-info-FOS, 2004).

6 Bei der Evaluation des Methadonregisters des Kantons Zürich durch die Forschungsgruppe Substanzstörungen der PUK Zürich bei Klienten mit Störungen durch Opiode wurde gezeigt, dass nach sieben Jahren zwischen 70% und 85% der Klienten – unabhängig von der Art anderer Behandlungen (Entzug, stationäre Therapie oder alternative Substitutionsbehandlungen) – wieder zurück zur Methadonsubstitution kamen. Das sind abzüglich Sterberate und allfälligen Fortgezogenen nahezu 90% (Nordt et al., 2005).

Konstrukt, dass einer genaueren wissenschaftlichen Prüfung nicht standhalten kann (Görgen, 1993), denn Auffälligkeiten, wie sie im Rahmen der Behandlung vieler Klienten mit substanzbedingten Störungen beobachtet werden können, wie zum Beispiel verminderte Fähigkeit zur Selbstkontrolle, Vermeiden sozialer Kontakte, geringe Fähigkeit zur Benennung von Gefühlen, geringe Selbstwertschätzung u. a. (Fiedler, 1998), sind wohl eher das Resultat der Substanzstörung als prämorbid Persönlichkeitseigenschaften.

Der starke Fokus auf die Persönlichkeit und die dahinter vermutete Psychodynamik liess im Falle der Substanzabhängigkeiten oft eine simple Tatsache übersehen: die Bindungskraft der Drogen selber und die verheerende Eigendynamik, die daraus hervorgehen kann. Denn ein grosser Teil der Drogenabhängigen leidet nicht so sehr unter den Gründen, die zum anfänglichen Konsum geführt haben, als vielmehr unter der Abhängigkeit selber und deren Folgen. (Ganz im Sinne des Refrains eines alten französischen Chansons: „Je bois pour oublier, qu'il faudrait en finir!“⁷). Insofern greifen Therapieansätze, die bloss auf das Aufspüren von Ursachen fokussieren, zu kurz.

Die Einstiegsgründe in eine Abhängigkeit mögen in der Tat äusserst unterschiedlich sein und reichen vom unbedachten Mitmachen in der Peergruppe durch psychisch unauffällige Personen über kompensatorische Motive bis hin zur Einbindung in komplexe psychische Krankheitsprozesse (auf letztere wird in Abschnitt 5 Bezug genommen). Entsprechend variierend sind auch die Verläufe, mit den bekannten möglichen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeerscheinungen.

Was die Behandlungswege angeht, hat sich gezeigt, dass Ansätze, bei denen Strafen und Kontrollen eine wesentliche Rolle spielen, oft Gefahr laufen oder gar daran scheitern, dass sich die Kreativität der Klienten primär auf das Unterwandern der Kontrollvorgaben richtet. Erfolg versprechen Therapien aller Erfahrung nach indessen vor allem dann, wenn die Auseinandersetzung der Betroffenen weniger auf fremde Grenzsetzungen ausgerichtet ist, als auf die Stärkung der Fähigkeit, die aus eigener Einsicht als notwendig erkannten Grenzen einzuhalten.

All diese Faktoren führen mit Blick auf die therapeutische Behandlung weg von normierten Verfahren, hin zu individuellen Begleitungen, die sich an den spezifischen Gegebenheiten des Einzelfalls orientieren. Dabei liegt es auf der Hand, dass nicht nur den äusseren Tatsachen, sondern auch der Einbettung der Abhängigkeit in die individuellen inneren Wertsysteme hohe Relevanz zukommt.

Im Wesentlichen sind es – nebst hinreichenden Fachkenntnissen über Drogen – die Qualitäten des Personzentrierten Ansatzes, die nach Meinung der Autoren hier gefragt sind: ein präzises Massnehmen am Bezugssystem des Klienten und eine unvoreingenommene Bereitschaft, sich auf dessen Welt einzulassen.

4. Leitgedanken zur psychotherapeutischen Begleitung

Wenn wir die Personzentrierte Therapie als geeigneten Zugang für die Arbeit mit Drogenabhängigen postulieren, muss ausgeführt werden, in welcher Weise entsprechende Interventionen dieser Klientel zugute kommen. Dabei setzen wir voraus, dass die Leserschaft mit den allgemeinen Prinzipien und Wirkmechanismen der Personzentrierten Psychotherapie vertraut ist, und gehen hier nur auf die Besonderheiten dieser Klientengruppe ein.

Im Zentrum jeder Gesprächspsychotherapie steht die auf der personzentrierten Haltung aufbauende Beziehung. Mit der Qualität dieser Beziehung steht oder fällt der Erfolg der therapeutischen Bemühungen. Kernpunkt ist dabei eine hohe Präsenz des Therapeuten, verbunden mit einem für den Klienten spürbaren Interesse an dessen Erleben. Die personzentrierte Haltung, wie sie hier verstanden wird, setzt eine gründliche Schulung und eine präzise, situationsangemessene Umsetzung der PZA-spezifischen Arbeitsprinzipien voraus.

Nach unserem Verständnis ist die von Rogers explizierte personzentrierte Haltung stets als Gesamtheit wirksam, das heisst, es ist das Zusammenwirken von empathischem Verstehen, bedingungs-freier Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten, welches eine interaktionelle Situation schafft, die relevante persönliche Veränderungen beim Klienten begünstigt.

Im Bewusstsein, dass das Auseinanderdividieren der Wirkfaktoren des Personzentrierten Ansatzes stets zu verkürzten Aussagen führt, versuchen wir im folgenden unter anderem aufzuzeigen, welche besondere Bedeutung den einzelnen Haltungsaspekten bei der hier im Fokus stehenden Klientengruppe zukommt. Danach gehen wir kurz auf einige behandlungstechnische Gesichtspunkte und Settingsfragen ein.

Wertschätzendes Begleiten

Wer in das Fangnetz einer Substanzabhängigkeit geraten ist, braucht viel Kraft und Geschick, um sich daraus zu lösen. Jeder, der sich intensiver mit Abhängigen befasst hat, weiss, dass bei fast allen periodisch ein starker Wunsch nach Ausstieg aus den Fängen der Abhängigkeit, die oft als Sklaverei erlebt wird, vorhanden ist (wo dies nicht der Fall ist, wird es auch kein Bedürfnis nach Psychotherapie geben).

Mangelndes Umsetzungsvermögen, oft begünstigt durch unrealistische Zielsetzungen, führt zu zunehmender Resignation und negativen Versager-Selbstbildern. Gerade stark abstinenzorientierte Ansätze tragen häufig zu einer Steigerung dieser Dynamik bei (Barth, 2001), indem sie überhöhte Abstinenzideale schaffen, die in grosser Dissonanz zu dem stehen, was für den Abhängigen tatsächlich realisierbar ist. (So wie nicht für alle Übergewichtigen eine Nulldiät das Richtige ist, sind auch für Schritte in Richtung Abstinenz Mass und Mitte nötig. Niemand wird sein erstes Lauftraining mit der Olympianorm im Kopf absolvieren.)

⁷ „Ich trinke, um zu vergessen, dass ich damit aufhören sollte!“

Rigide Abstinenzideale werden oft als Selbstbewertungskriterien verinnerlicht und sind einer ausgewogenen Selbststeuerung alles andere als zuträglich. Das Selbstwertgefühl des Klienten steht und fällt dann mit dem Einhalten dieser Ideale. Insofern ist es nicht erstaunlich, dass statistisch gesehen die Suizidgefährdung von Drogenabhängigen bei Rückfällen nach Abstinenzkuren besonders hoch ist (Drake et al., 2004; Strang et al., 2003).

Eine therapeutische Begleitung, die solche Muster nicht verstärkt, sondern eine kontinuierliche, nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung gewährt, ist hier von grösstem Wert. Die therapeutische Beziehung muss den Höhen und Tiefen des Weges des Klienten standhalten. Gerade in Krisenzeiten ist eine Beziehungsstruktur hilfreich, die eine offene Kommunikation erlaubt.

Die Therapie sollte auch einen Kontrapunkt zu ungünstigen Reaktionsweisen von Umfeld und Angehörigen des Abhängigen darstellen können, welche nicht selten in konzertierter Weise bei Abstinenzphasen des Klienten entspannt aufatmen und bei Rückfällen in besorgte Aufregung und Stress verfallen, so dass ein wohlmeinendes aber wenig hilfreiches Mitagieren entsteht. Die bedingungsfreie Wertschätzung des Personenzentrierten Therapeuten zeichnet sich dagegen durch eine gewisse Gelassenheit aus. Es ist in keiner Weise wünschenswert, dass der Klient sich dem Therapeuten gegenüber schuldig oder klein fühlen muss, wenn er Drogen konsumiert. Zuckerbrot und Peitsche gehören nicht in eine Personenzentrierte Therapie. Es ist das Privileg des Therapeuten, weder erziehen noch richten zu müssen. Seine Aufgabe ist es, dem Klienten bei seinem Bemühen beizustehen, sein entgrenztes Verhalten wieder in den Griff zu bekommen.

Kongruenz und autochthone Grenzsetzungen

Zunächst soll hier von der Kongruenz des Klienten die Rede sein. Drogenabhängigen werden oft Verleugnungstendenzen und Unehrlichkeit unterstellt. Im Rahmen so genannter Konfrontationen werden nicht selten drastische Massnahmen propagiert und angewandt, um Abhängige dazu zu bringen, sich den Wirklichkeiten zu stellen und zu ihren Schwächen und Fehlern zu stehen⁸. Dabei wird übersehen, dass die Tatsachen des Lebens gerade bei schwer Abhängigen oft viel zu schmerzhaft sind (Beziehungs- und Statusverluste, Schulden, Krankheiten usw.), als dass sie ohne weiteres unbeschönigt wahrgenommen und realitätsbezogen ins Selbstbild integriert werden könnten. Manches muss abgewehrt werden, damit der Klient vor sich selber bestehen kann. Unreflektiertes Zertrümmern der Abwehr zeitigt kontraproduktive Ergebnisse – oft bleibt nur der „Schutz“ durch erneuten Drogenkonsum. (Der Drogenrausch kann als eine Art „Scheinkongruenz“ verstanden werden, worin das Erleben von Dissonanzen vorübergehend ausgeschaltet ist.)

8 Zur Zeit von Rogers waren die sog. Synanon-Drogentherapiegruppen sehr verbreitet, in denen stark mit solchen Konfrontationen gearbeitet wurde. Rogers (1970a/1974, S. 73) würdigt zwar in allgemeiner Weise deren Arbeit, distanziiert sich jedoch klar von jeglichem Dogma „unnachgiebigen Attackierens“.

Weil sich Kongruenz beim Klienten nicht erzwingen lässt, muss ein therapeutischer Rahmen so beschaffen sein, dass er dem Drogenabhängigen erlaubt, seiner Geschichte und seiner Gegenwart unbedrängt zu begegnen. Es ist die personenzentrierte Haltung, die tatsächengerechte Integrationsschritte begünstigt. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Kongruenz und Integrität des Therapeuten. Nicht Moral und Besserwisserie sind gefragt, sondern eine ernsthafte und ehrliche gemeinsame Auseinandersetzung mit den oft schwer zu bewältigenden Lebenssituationen.

Auf dem Boden therapeutischer Kongruenz (im Sinne von Echtheit und Transparenz) sind aber auch klare Grenzen zu setzen, nämlich dort, wo Vereinbarungen und Verbindlichkeiten unverträglich stark missachtet werden. Abhängigkeiten sind kein Freipass für unsoziales Verhalten, und personenzentriert zu arbeiten heisst nicht, jedes Fehlverhalten bereitwillig zu akzeptieren. In der konkreten Therapiebeziehung auftauchende Ärgernisse anzusprechen und Grenzen zu markieren hat eine andere Qualität, als sich zum Anwalt von Regeln zu machen, die durch Dritte auferlegt wurden. Grenzsetzungen erfolgen hier nicht aus kurzschlüssigen edukativen Motiven, sondern einerseits aus einem achtsamen Umgang des Therapeuten mit seinen eigenen Ressourcen und andererseits, um über dessen offen kommunizierte Gefühlsreaktionen eine authentische Auseinandersetzung mit den jeweiligen Themen zu fördern. Dies kommt letztlich auch der Empathie- und Beziehungsfähigkeit des Klienten zugute.

Die beim Therapeuten auftauchenden Gefühle sind generell – und dies gilt auch für das hier im Fokus stehende Arbeitsfeld – ein zentrales Arbeitsinstrument der Personenzentrierten Psychotherapie. Sie sind für die kontinuierliche Überprüfung der Kongruenz im Kontakt mit dem Klienten nutzbar und dienen als Indikatoren, ob die therapeutische Wahrnehmung in unbeeinträchtiger Weise durch bedingungslose Wertschätzung und Empathie geprägt ist (vgl. Biermann-Ratjen et al., 1995). Auch können vom Klienten abgewehrte Gefühle stellvertretend beim Therapeuten in Erscheinung treten. Durch deren bewusste, wertschätzende Wahrnehmung und angemessene Kommunikation wird eine Grundlage für integrative Schritte beim Klienten geschaffen.

Es muss in diesem Zusammenhang gesagt werden, dass die Arbeit mit drogenabhängigen Klienten zuweilen sehr belastend sein kann. Sich der nahen Begegnung mit diesen oft leidvollen und konfliktreichen Lebenswelten auszusetzen, kann eine Vielfalt schwer erträglicher Gefühle wie Hilflosigkeit, Wut oder auch Angst evozieren. Immer wieder mitzuerleben, wie sich Menschen sinnlos besserer Perspektiven berauben oder wie sich ihre Hoffnungen abrupt zerschlagen, kann auch ausgewogen abgegrenzten Therapeuten nahe gehen. Zur Arbeit im Drogenbereich gehört zudem die Konfrontation mit Krankheiten, Notfällen, Verlusten und Tod. Nicht selten haben solche Ereignisse ein traumatisierendes Potenzial, dem sich auch anteilnehmende Drittpersonen wie die Therapeuten nicht ohne weiteres entziehen können.

Bewusste Psychohygiene und unterstützender Austausch mit Fachkollegen sollten in diesem Arbeitsbereich nie fehlen. Es gilt für den Therapeuten, all seine Gefühlsreaktionen sorgfältig zu beachten und sie wenn nötig in Inter- oder Supervisionen zu thematisieren. Insbesondere ist dabei stets zu differenzieren, ob es sich um therapeutisch wertvolle Resonanzen auf den Klienten handelt, oder aber um durch den Therapieprozess angerührte – genau so ernst und wichtig zu nehmende – eigene Verletzlichkeiten.

Empathie

Manche, die mit Drogenklienten arbeiten, fallen hinsichtlich ihres emotionalen Engagements in eines der beiden Extreme: eine unabgegrenzte Verführbarkeit oder aber eine überabgegrenzte Unnahbarkeit. Oft korrelieren diese Haltungen mit einer Sicht des Abhängigen als Opfer, beziehungsweise als einem, der selber die Schuld trägt an seiner Situation (mitunter zeigt sich diese Teilung auch in der gesellschaftlichen Beurteilung Abhängiger).

Keine dieser Haltungen ist hilfreich. Weder ist es von therapeutischem Wert, all die emotionalen Höhen und Tiefen einer Abhängigkeitsgeschichte empathisch nachzuvollziehen, noch nützen aus kühler Distanz erteilte Ratschläge (von denen Abhängige in der Regel von allen Seiten genügend bekommen).

Empathie kann sich als kommunikativer Prozess der Personzentrierten Therapie (Auckenthaler und Bischkopf, 2004) auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren. In der Arbeit mit drogenabhängigen Klienten kommt dem empathischen Verstehen des inneren Erlebens, namentlich dem Erkennen und Differenzieren von Gefühlen, dem Klären widersprüchlicher Bedürfnisse und dem Erfassen handlungsbestimmender Sinnkonzepte, eine ebenso wichtige Rolle zu, wie einem wachen Interesse an den Bestrebungen des Klienten zur Verbesserung seiner aktuellen Lebenssituation und an seinen sozialen Bezügen (Arbeit, Familie, Umfeld)⁹.

Im Unterschied zu Behandlungen, die lediglich auf die äusseren Umstände des Klienten und seine Bewältigungskompetenz solchen Umständen gegenüber fokussieren, hat in der Personzentrierten Therapie das präzise Wahrnehmen individueller Wertsetzungen und Bedeutungsgehalte einen zentralen Stellenwert. Begünstigt und gestützt durch das empathische Verstehen des Therapeuten, kann sich beim Klienten ein innerer Suchraum eröffnen, in welchem er seine Handlungsmotive, Emotionen, Stärken und Zweifel besser kennen und verstehen lernt. Auch disfunktionale Besonderheiten des Klienten, wie etwa selbstdestruktive Tendenzen, können so erkannt und der gemeinsamen Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Ein derartiger Explorationsrahmen fördert insbesondere auch das Erkennen von impliziten Annahmen über die eigene Person, das eigene Verhalten und den eigenen Lebensentwurf. Als Beispiel

sei hier ein junger Klient erwähnt, der im Laufe der Therapie herausfand, dass er seinen exzessiven Drogenkonsum vor sich selber immer wieder damit zu rechtfertigen pflegte, dass er als Drogenkonsument ohnehin nicht älter als dreissig würde. Solch authentische Erkenntnisse bilden eine solide Grundlage für Veränderungen.

Angesichts der Variationsbreite möglicher kontextueller Einbettungen einer Drogenabhängigkeit lassen sich schwerlich allgemein gültige Aussagen darüber machen, worauf sich die therapeutische Empathie bei Drogenpatienten stets besonders auszurichten hätte. Vielmehr werden sich relevante Themenbereiche jeweils in der individuellen Arbeit herauskristallisieren. Der grösste gemeinsame Nenner liegt indessen in einem gemeinsamen (durch empathisches Verstehen geprägten) kreativen Suchen nach individuell angemessenen Möglichkeiten, die Kontrollkompetenz des Klienten gegenüber der erlebten Macht der Drogen zu erhöhen, mit widersprüchlichen kurz- und langfristigen Bedürfnissen (z. B. Rauscherlebnis versus übergeordnete Ziele) zuträglichere Umgangsformen zu finden und zu einer für den Klienten insgesamt befriedigenderen Lebensqualität zu gelangen.

Wie stets in der Personzentrierten Psychotherapie geht es letztlich darum, dass der Klient aufgrund einer verbesserten Wahrnehmung seiner selbst neue Wahlfreiheiten gewinnt. Mit den Worten von Biermann-Ratjen kann das therapeutische Angebot nicht mehr beinhalten, als den Klienten in seinen Bemühungen um sich selber zu unterstützen (Biermann-Ratjen et al., 1995).

Nicht-direktives Vorgehen

Ein wesentliches Merkmal des Personzentrierten Ansatzes ist das nicht-direktive Vorgehen. Der Therapieprozess entwickelt sich nach seiner eigenen Logik und es gibt keinen Grund, der Aktualisierungstendenz zu misstrauen und mit thematischen Vorgaben oder Einschränkungen in den Prozess einzugreifen (Rogers, 1962a/1977). Dies gilt nach unserem Erachten auch für die Arbeit mit Drogenabhängigen¹⁰. Auch wenn die Bindungskräfte der Drogen den wachstumsorientierten Kräften als starke Gegenspieler gegenüberstehen, bleibt es stets die Aufgabe der Personzentrierten Therapie, für die Entfaltung und Durchsetzung der letzteren optimale Bedingungen zu schaffen.

Im Laufe einer Therapie bedingen unterschiedliche Phasen und Zustände der Klienten unterschiedliche thematische Prioritäten. Die Brennpunkte dessen, was vom Klienten als bedeutsam und wichtig erlebt wird, sind in stetigem Fluss. Dieser Fluss strukturiert beim personzentrierten Arbeiten den therapeutischen Dialog.

⁹ Verlässliche Langzeitbegleitungen zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Drogenabhängigen sind bereits an sich von erwiesenem Wert (Amato et al., 2004; Drake & Mueser, 2000).

¹⁰ Einer vom Therapeuten initiierten, speziellen Fokussierung auf den Substanzkonsum, wie sie von einigen Autoren für Alkoholabhängige Klienten (z. B. Finke, 2004) auf Grund der alkoholspezifischen Verleugnungsstrategien empfohlen wird, stehen wir für den – wie eingangs erwähnt – sich in mancher Hinsicht unterscheidenden Drogenbereich eher skeptisch gegenüber. Die Gedanken von Heroin- und Kokainabhängigen sind ohnehin meist stark auf substanzbezogene Inhalte eingeeignet, so dass die Auseinandersetzung mit anderen Themen an sich oft schon zuträglichen Charakter hat.

Im Falle drogenabhängiger Klienten gilt es zu beachten, dass aufgrund von zuweilen stark wechselhaften Phasen besonders verschiedenartige Schwerpunkte zu erwarten sind. In Zeiten häufigeren Konsums werden für den Klienten oft alltagspraktische Themen im Vordergrund stehen. Vielfach geht es dabei um konkrete Bewältigungsstrategien (wie schafft er es, heute ohne erneuten Konsum nach Hause zu kommen? Gibt es Hilfestellungen zum Einhalten des nächsten Termins? Wie schafft er es, am Wochenende an der Familienfeier teilzunehmen?). Im therapeutischen Umgang damit ist hier weniger ein „nicht-direktives Erteilen von Ratschlägen“ gefragt, als vielmehr ein personenzentriertes Begleiten des Suchprozesses nach möglichen Lösungen. Eine Therapeutenäußerung könnte auf das erste der obigen Beispiele bezogen etwa lauten: „Ohne Drogenkonsum zu Fuss durch die Szene nach Hause zu gehen, trauen Sie sich im Moment nicht zu. Mit dem Bus hingegen, denken Sie, sollte es gehen.“

In stabileren Phasen – oft begünstigt durch angemessene Substitution – kann es demgegenüber zu vertieften Explorationen im oben umschriebenen Sinne kommen. Der Klient gewinnt an Kompetenz im Umgang mit seiner inneren und äusseren Lebenswelt, indem er seine Erlebens- und Handlungsmuster, gerade auch in Bezug auf den Konsum, besser verstehen und auch seine Ressourcen besser wahrnehmen lernt. Es entsteht ein Gewinn an Autonomie, der ihn näher dazu führt, wieder Herr im eigenen Haus zu werden.

Auch bei einer nicht-direktiven Vorgehensweise können verschiedene in den Prozess eingebundene therapeutische Inputs unseres Erachtens durchaus ihren Platz haben. In erster Linie gehört dazu das Einbringen von Fachwissen, was die Wirkungen der Substanzen betrifft. Solches Wissen erhöht die Selbstkompetenz des Klienten im Umgang mit den Suchtmitteln. Ohne Drohfinger können so die Risiken des Drogenkonsums zunehmend adäquater eingeschätzt werden.

Zu den hilfreichen Inputs von Therapeutenseite – die sich als Aspekt therapeutischer Kongruenz konzeptualisieren lassen – gehört sicher auch das aufmerksame Feststellen und Rückmelden von beim Klienten wahrnehmbaren Fähigkeiten und Ressourcen. Solche Rückmeldungen können Kräfte mobilisieren und den Klienten beim Optimieren seiner Bewältigungsstrategien unterstützen.

Eine tragfähige Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut wird sich wohl vor allem dann entwickeln, wenn sich die Nicht-Direktivität in einem natürlichen, flüssigen Dialog manifestiert. Die personenzentrierte Therapeutenhaltung schafft die Leitplanken des Gesprächsflusses. Dabei gilt es zu beachten, dass Wertschätzung, Empathie und Kongruenz nie als theoretische Konstrukte wirksam sind, sondern ausschliesslich durch eine gelebte Umsetzung und situationsgerechte Konkretisierung durch den Therapeuten.

Settingsfragen

Grundsätzlich sind personenzentrierte Interventionen sowohl im stationären als auch im ambulanten Therapierahmen möglich. Voraussetzung für eine Therapie nach den hier dargestellten Prinzipien ist in der Regel die Freiwilligkeit. Zuweilen lässt sich allerdings auch

bei unfreiwilligen Vorgaben, zum Beispiel bei einer Zuweisung durch die Justiz, konstruktiv arbeiten, wenn der Klient die Therapie als persönliche Chance wahrnimmt.

Wenn die Therapie in einem stationären oder teilstationären Rahmen stattfindet, ist darauf zu achten, dass der Therapeut nicht durch verhaltenspädagogische Institutionsregeln in Sachzwänge eingebunden ist, welche sich negativ auf das Vertrauensverhältnis zum Klienten auswirken können (wie etwa die Pflicht, im Therapiegespräch thematisierten Drogenkonsum dem gesamten Behandlungsteam zu melden). Erfreulicherweise gestehen hier manche Institutionen den Psychotherapeuten einen breiten Freiraum zu.

Immer öfter sind ambulante Settings anzutreffen. Es gibt sie in Beratungsstellen und Ambulatorien, aber auch in privaten Praxen. Es ist wichtig, sich hier auf tendenziell langzeitige Begleitungen einzustellen und von Anfang an klare Abmachungen bezüglich Absenzen, finanziellen Belangen und sonstigen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zu machen. Auch wenn Verbindlichkeiten eingefordert werden dürfen, ist das ambulante Arbeiten mit dieser Klientel ohne ein gewisses Mass an Toleranz wohl unrealistisch. In der Arbeit mit Drogenklienten gehören Therapieunterbrüche und auch -abbrüche zur Realität des Behandlungsalltags. Wichtig scheint uns indessen, dass die Türen zur Therapie offen bleiben.

Abstinenz ist keine Voraussetzung für die Therapie, aber wenn der Klient offensichtlich „benebelt“ erscheint, ist zu diesem Zeitpunkt kein sinnvolles Arbeiten möglich. Das Ansprechen des subjektiven Eindrucks ist hier sicher wichtiger als Objektivierungsversuche durch Urinproben und dergleichen.

Werden die Therapien von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, ist eine Zusammenarbeit mit Ärzten vor allem dann unabdingbar, wenn mit Substitutionen gearbeitet wird. Substitutionsmittel können als Gehhilfen verstanden werden. Ebenso wie Gehkrücken bei Beinverletzungen genügend Stabilität bieten und nicht vorzeitig weggelegt werden sollten, ist bei Substitutionsbehandlungen auf eine genügend hohe Dosierung und eine genügend langfristige Behandlungsdauer zu achten¹¹. Wo diesbezüglich nicht explizit oder implizit die Abstinenzideale der Therapeuten einwirken, können Klienten ihre Bedürfnisse oft sehr genau einschätzen.

Zur Illustration dazu die kurze Verlaufsbeschreibung einer mehrjährigen ambulanten Therapie mit einem drogenabhängigen jungen Mann:

Rolf, ältester Sohn einer auf dem Lande lebenden Kleinunternehmer-Familie, hatte in früher Jugend angefangen, Partydrogen und Cannabis zu konsumieren und geriet im Laufe seiner Verkäuferlehre

11 Dies gilt namentlich für die Substitution mit Methadon oder Buprenorphin bei Heroinabhängigen (Amato et al., 2005). Für Kokainabhängigkeiten wurden noch keine überzeugenden Substitutionsmittel gefunden, wobei erfolgreiche Wirkungen von Konsum reduzierenden und Abstinenz verlängernden Substanzen wie zum Beispiel Disulfiram und Modafinil (Wiesbeck und Dürsteler-MacFarland, 2006) bisher wissenschaftlich zumindest teilweise bestätigt wurden. In der Praxis finden sie bereits erste Anwendungen.

mit etwa neunzehn Jahren in eine starke Opiat-Abhängigkeit (Heroin-Folienrauchen und hohe Dosen auf der Gasse erworbenes Methadon). Mehrere stationäre Entzugsbehandlungen blieben ergebnislos.

Beim Einstieg in die Psychotherapie war Rolf 23-jährig und lebte, nach einigen Jahren ausser Haus, wieder bei seinen Eltern. Ganz zu Beginn fanden unsere Therapiegespräche in einem teilstationären Rahmen statt, später in ambulanter Praxis, beides unter kontinuierlicher Methadon-Substitution.

Die Psychotherapie mit Rolf wurde im oben dargestellten Sinne nach den Prinzipien des Personzentrierten Ansatzes durchgeführt. Da er keinerlei Sanktionen zu befürchten hatte, konnte Rolf seinen Drogenkonsum, den er während zeitweiliger Krisen hatte, ohne weiteres thematisieren. Er nutzte den vertrauensgeprägten Therapierahmen zur Auseinandersetzung mit Erfolgen und Misserfolgen bei seinem Bemühen, das Drogenproblem in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig explorierte Rolf in einem nicht-direktiven Prozess wichtige Themenbereiche seines Lebens, wie Familie, Arbeit, Sexualität usw. Ein zentrales Thema war die Beziehung zu seinem Vater, der ihm – so Rolfs Wahrnehmung – bloss wenig zutraute. In zunehmendem Mass wurde auch die Berufsfrage wichtig, weil sein erlernter Beruf in keiner Weise zu seinen technischen Interessen passte.

Im Laufe unserer Arbeit (Wertschätzung verleiht Flügel!) gewann Rolf an Selbstvertrauen. Er schaffte die Aufnahme für eine Computersupporter-Ausbildung, in welcher er bald zu den Klassenbesten gehörte. Zudem fand er eine Praktikantenanstellung und wurde dort als Person und Mitarbeiter sehr geschätzt. Rolfs Veränderungsprozess hatte gleichzeitig auch Auswirkungen auf seine Familie, was sich im gemeinsamen Haushalt spiegelte, der schrittweise von einer rigiden Eigenheimidylle zu einer Art Wohngemeinschaft von autonomen Erwachsenen mutierte. Zu seinem Vater entwickelte sich eine zunehmend herzliche Beziehung.

Bezüglich der Methadon-Substitution gewann Rolf viel Eigenkompetenz. Er baute im Laufe der Therapie – auf eigenen Wunsch und ohne jegliches äussere Drängen – auf eine Dosis ab, welche so gering ist, dass sie bloss noch wenig mehr als eine Placebo-Wirkung hat. Drogen sind in seinem aktuellen Leben kein Thema mehr.

Ich sehe Rolf heute, nach etwa fünf Jahren Therapiezeit, bloss noch sehr sporadisch alle paar Monate. Er hat seine Ausbildung erfolgreich abgeschlossen und konnte seine Stelle behalten. Er beabsichtigt, in eine höhere Fachschule im Informatikbereich einzutreten und ist mit einem Kollegen in eine eigene Wohnung gezogen. (M.B.)¹²

5. Klienten mit Dualdiagnosen

Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass der ehemals typische Drogenkonsument, wie er am Platzspitz zu finden war, zunehmend seltener wird. Immer häufiger finden wir aber Klienten – oft

jüngere – mit Dualdiagnosen (s. z. B. Moggi, 2004). Das bedeutet für die Behandlung, dass ein spezifisches Wissen über die Kurz- wie auch Langzeitwirkungen von oft mehreren Substanzen und deren Interaktionen mit einer oder mehreren komorbiden psychischen Störung(en) vorhanden sein muss. Da hier mitunter psychopharmakologische Interventionen angebracht sind, ist in diesen Fällen eine Zusammenarbeit mit Medizinerinnen besonders angezeigt.

Substanzbedingte Störungen können als Komplikationen mit allen psychiatrischen Diagnosen einhergehen. Oft spielt dabei das Bedürfnis nach Selbstregulierung der psychischen Befindlichkeit eine erhebliche Rolle. Der Fokus wissenschaftlicher Aufmerksamkeit fiel im Laufe der letzten Jahre auf unterschiedliche Komorbiditäten, wie Depressionen, hyperaktive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und seit kurzem auch posttraumatische Störungen (Moggi, 2004; Reynolds et al., 2005; Verheul et al., 1995), wobei zwischen den beiden letztgenannten, zusätzlich zu den hohen Komorbiditäten zu substanzbedingten Störungen, weitere Überlappungsbereiche bestehen (Yen & Shea, 2001).

Die Komplexität solch schwerer und gemischter Störungsbilder verlangt nach besonders spezifischen, stark am Individuum ausgerichteten Behandlungsansätzen. Unter anderem muss der Therapeut sehr genau zu verstehen versuchen, welche Bedeutung dem Drogenkonsum im Gesamtkontext des Krankheitsgeschehens zukommt.

Es ist eine der Stärken des Personzentrierten Ansatzes, der subjektiven Welt des Klienten mit unvoreingenommenem Interesse und Respekt zu begegnen. Gerade Klienten mit Drogen-Dualdiagnosen laufen Gefahr, in klinischen oder anderweitigen Behandlungskontexten auf sehr wenig empathische Resonanz zu stossen. Bestehende Inkongruenzen werden durch eine entwertende Umgebung oft verstärkt, was wiederum ungünstige Auswirkungen auf den Drogenkonsum haben kann. Umso wichtiger ist es, sich als Therapeut auch auf solch schwierige Klienten mit einer kongruenzfördernden, personzentrierten Haltung einzulassen.

Sven, ein Klient mit Borderline-Diagnose und langjährigem starkem Drogenkonsum, der in Krisenzeiten wegen psychotischer Episoden und Suizidalität mehrmals hospitalisiert werden musste und längere Zeiten in Drogeninstitutionen verbracht hatte, schrieb Jahre nach unserer mehrjährigen Therapie, als er sich sowohl psychisch als auch in Bezug auf den Drogenkonsum stabilisiert hatte, in einem berührenden Dankesbrief, dass das, was ihm letztlich geholfen habe („... was meine Störung soweit hingebogen hat, dass ich den Rest aus eigener Kraft schaffen kann ...“), nicht institutionelle Programme gewesen seien, sondern ein paar Menschen, von denen er sich verstanden und ernst genommen gefühlt habe, die an ihn geglaubt hätten und ihm das Gefühl vermittelten, dass sein Leben etwas Wertvolles sei. (M.B.)

12 Klientenbeispiele anonymisiert

6. Schluss

Wir sind von der Feststellung sich verändernder Behandlungsparadigmen ausgegangen – weg von primär abstinenzorientierten Ansätzen, hin zu einer breiten Diversifikation – und haben eine Reihe von Argumenten erörtert, weshalb der Personzentrierte Ansatz aus unserer Sicht im Bereich der Drogentherapie eine stärkere Beachtung verdient. Als wesentlichste Punkte wurden dabei die folgenden genannt:

- die starke Ausrichtung der Personzentrierten Therapie auf die besonderen Gegebenheiten bei jedem einzelnen Klienten und die Wahrnehmung seines individuellen Wert- und Bezugssystems
- die kontinuierlich-wertschätzende Haltung, welche resignativen Versager-Selbstbildern entgegenwirkt und auch in Krisenzeiten Halt gibt
- der nicht-bedrängende Therapierahmen, der eine Integration verleugnend abgewehrter Inhalte begünstigt
- die Förderung einer autonomen Selbststeuerung, die nicht auf von aussen auferlegten Regeln, sondern auf Selbstexploration und vom Klienten ausgehenden Lösungsansätzen beruht
- die sich am Prozess des Klienten orientierende Auseinandersetzung mit hier und jetzt relevanten Fragen

Auf Settingsfragen wurde im Rahmen dieses Artikels nur kurz eingegangen. Personzentriertes Arbeiten ist unseres Erachtens sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting möglich. Als hilfreich

wurde die Zusammenarbeit mit Mediziner*innen nahe gelegt. Dies sowohl mit Blick auf die Verordnung von Substitutionen als auch auf allfällige pharmakologische Interventionen bei der Behandlung komplexer psychischer Störungen, die unter Umständen mit Drogenabhängigkeiten einhergehen können.

Wir beanspruchen keineswegs, hier einen für alle Drogenklienten Erfolg versprechenden Zugang dargestellt zu haben. Ohne Zweifel wird es Klienten geben, die, aus welchen Gründen auch immer, auf andere therapeutische Angebote besser ansprechen. Wir haben eingangs die Wichtigkeit der Orientierung an den spezifischen Gegebenheiten des Einzelfalls betont. Normierten und manualisierten Therapieprogrammen, wie sie heute zunehmend Verbreitung finden, stehen wir skeptisch gegenüber. Gerade weil eine Drogenabhängigkeit in unterschiedlichste Kontexte eingebunden sein kann, lässt sich keine einheitliche, für alle Klienten zuträglichere Therapieformel finden.

Es sei abschliessend angemerkt, dass die therapeutische Begleitung von Drogenabhängigen eine anspruchsvolle Aufgabe ist. Abhängigkeiten gehen oft mit langen Leidensgeschichten einher und lineare Besserungsverläufe sind aufs Ganze gesehen eher die Ausnahme als die Regel. Nichtsdestoweniger sind wir als Therapeuten herausgefordert, Bedingungen fachlicher und zwischenmenschlicher Art zu schaffen, die Auswege aus dieser Form des Leidens begünstigen. Es war unsere Absicht aufzuzeigen, dass die Personzentrierte Psychotherapie hierzu über wertvolle Ressourcen verfügt.

7. Literatur

Act-info-FOS. Nationale Suchthilfestatistiken Schweiz. Jahresstatistiken 1993–2004. http://www.suchtforschung.ch/fos/neu_teilstatistiken.html [Aufgerufen am 21.08.05].

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. & Mayet, S. (2004). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 18(4).

Amato, L., Davoli, M., Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F. & Mattick, R. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321–329.

Ascari, A., Astolfo, R., Capra, N., Carletti, L., Ceron, U., Consoli, A., De Facci, R., Galeone, D., Lovato, A., Massimi, M., Mazzi, G., Nicoletti, G. & Selle, P. (2001). Evaluation of the results achieved by therapeutic communities: a description of the study and the preliminary results. *Journal for drug addiction and alcoholism*, No 4.

Auckenthaler, A. & Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 4, 388–392.

Barth, M. (2001). Totale Abstinenz – darf's ein bisschen weniger sein? *DAJ-Bulletin*, 1, 4–5.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz H.-J. (1995). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen (S. 26–33). Köln: Kohlhammer.

Darke, S., Ross, J., Lynskey, M. & Teesson, M. (2004). Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 1–10.

Drake, R. E. & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105–118.

Fiedler, D. (1998). Psychische Störungen durch Alkohol und ihre gesprächspsychotherapeutische Behandlung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 2, 108–118.

Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie* (S. 136–144). Stuttgart: Thieme.

Görgen, W. (1993). Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting. *GwG-Zeitschrift*, 68, 26–32.

Happel, H.-U. (1992). Krisenintervention im Sucht- und Drogenbereich. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention. Materialien zum theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug* (S. 192–206). Köln: GwG.

Moggi, F. (2002). *Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern: Verlag Hans Huber.

Nordt, C., Stohler, R. & Rössler, W. (2005). Planung von Anschlussbehandlungen mindern Behandlungsunterbrüche. Resultate aus der Begleit-evaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 12. <http://www.ssam.ch/MethiInfo12.pdf> [aufgerufen am 21.08.05].

- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C. & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 251–258.
- Rogers, C. R. (1970a/1974). *Encounter Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung*. München: Kindler Verlag. (Original erschienen 1970: On encounter groups. New York: Harper and Row.)
- Rogers, C. R. (1962a/1977). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Kindler: München. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship. The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens, *Person to Person: The problem of being human* (pp. 89–104). Moab: Real People.)
- Sorensen, J. L., Deitch, D. A. & Acampora, A. (1984). Treatment collaboration of methadone maintenance programs and therapeutic communities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 347–359.
- Stohler, R. & Dürsteler-MacFarland, K. M. (2003). Störungen durch Kokain und Opioide. *Therapeutische Umschau*, 60, 329–333.
- Strang, J., McCambridge, J., Best, D., Beswick, T., Bearn, J., Rees, S. & Gosop, M. (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *British Medical Journal*, 32, 959–960.
- Tasseit, S. (2001). Was Psychologen in der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken machen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 3, 3–4.
- Verheul, R., van den Brink, W. & Hartgers, C. (2001). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1, 166–177.
- Wiesbeck, G. A. & Dürsteler-MacFarland K. (2006). Neue Entwicklungen in der Pharmakotherapie der Kokainabhängigkeit. *Nervenarzt*. http://www.springerlink.com/media/49te8d58qk5rxkc1wvtp/contributions/7/7/n/0/77n07x2366845575_html/fulltext.html [aufgerufen am 10.05.06].
- Yen, S. & Shea, M. T. (2001). Recent developments in research of trauma and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 52–58.

Autoren:

Matthias Barth (Jg. 1954), Psychologe und Personzentrierter Psychotherapeut (SGGT), hat während mehr als zehn Jahren in drogen-therapeutischen Einrichtungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und in ambulanter Praxis mit drogenabhängigen Klienten gearbeitet. Heute ist er in einem Ambulatorium für traumatisierte Flüchtlinge tätig und führt eine psychotherapeutische Praxis in Bern.

Michael Schaub, Dr. phil. (Jg. 1974), war bis vor kurzem als psychotherapeutischer Mitarbeiter in einer stationären Einrichtung für Drogentherapie tätig und arbeitet heute in ambulanter Praxis mit Klienten, die unter Substanzstörungen und schweren komorbiden psychischen Störungen leiden. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Korrespondenzadressen:

Matthias Barth
Brückenstrasse 8
CH-3005 Bern
E-Mail: mbarth@swissonline.ch

Michael Schaub
Itenhardstrasse 1a
CH-5620 Bremgarten
E-Mail: mschaub@psychology.ch

John Keith Wood

Großgruppenarbeit und der „Zustand der Mitte“

Die Auswirkungen von Gruppe, einfühlsamem Dialog und innovativem Lernen

Zusammenfassung: In diesem Aufsatz stellt John Wood, einer der Pioniere personenzentrierter Großgruppenarbeit, die Erfahrungen in großen Encounter-Gruppen in einen breiten kulturellen Zusammenhang, vor allem hinsichtlich außergewöhnlicher Bewusstseinszustände („Zustand der Mitte“). Er beschreibt deren Bedingungen und Wirkungen, die Notwendigkeit sorgfältiger Vorbereitung und Organisation von Großgruppen-Workshops, die möglichen außergewöhnlichen Lernerfahrungen und deren Bedeutsamkeit für die Psychotherapie. (Redaktion)¹

Schlüsselwörter: Personenzentrierte Großgruppen, außergewöhnliche Bewusstseinszustände, transpersonale Bewusstheit, Zustand der Mitte, bedeutungsvoller Dialog, innovatives Lernen.

Abstract: Large group work and the “middle state”. The effect of group, sensible dialogue, and innovative learning. In this paper John Wood, one of the pioneers of person-centred work in large groups, discusses the experiences in large group encounters within a broad cultural framework, particularly regarding exceptional mental states (“the middle state”). He describes its conditions and outcomes, the necessity of careful preparation and organization of large group workshops, their possible extraordinary learning experiences and the significance for psychotherapy.

Keywords: Person-centred large group encounters, exceptional mental states, transpersonal awareness, middle state, significant dialogue, innovative learning.

*Sobriety doth rob me of delight,
And drunkenness doth drown my sense outright;
There is a middle state, it is my life,
Not altogether drunk, nor sober quite.*

Omar-i-Khayyam²

Während der letzten zwanzig Jahre habe ich viel über den Personenzentrierten Ansatz und über Encounter in Großgruppen geschrieben. Ich habe versucht, die Implikationen des Ansatzes und seine Anwendungen klarzustellen, die weit über die Einzelpsychotherapie hinausreichen (Wood, 1995). Obwohl die Erfahrung in Großgruppen bei *einigen* Teilnehmern psychotherapeutisch wirkt, ist es nicht ganz richtig, diese Form der Arbeit mit Menschen als Therapie zu betrachten, wenn man sie genau verstehen und anwenden will. Tatsächlich würden die meisten personenzentrierten Großgruppen-Treffen die Voraussetzungen einer wirksamen und erfolgreichen klinischen Psychotherapie nicht erfüllen. Immer wieder schaden diese Gruppenbegegnungen nämlich genauso, wie sie nützen. Nichtsdestotrotz können sie ein wichtiger Kontext sowohl für echtes Lernen und persönliche Entwicklung, als auch für das Lernen als Gruppe sein (Wood, 1984).

Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass der Personenzentrierte Ansatz ein gewaltiges Potenzial hat. Dieses Potenzial konnte jedoch

1 Die Redaktion dankt **Silvia Zanotta** für die Übersetzung. – John K. Wood hat diesen Artikel (Originaltitel des englischsprachigen Manuskripts „The effect of group, sensible dialogue, and innovative learning“) vor seinem Tod verfasst und nicht mehr endredigieren können (deshalb fehlen leider einzelne Belege bzw. sind sie unvollständig). Er hat den Abdruck einer Übersetzung in der PERSON noch ausdrücklich autorisiert. (Mail an P. F. Schmid vom 2. 3. 2003). Die Übersetzung wurde von Peter F. Schmid redaktionell bearbeitet.

2 Nüchternheit raubt mir alle Freude,
Und Trunkenheit ertränkt meine Sinne;
Es gibt einen Zustand der Mitte, nämlich mein Leben,
Weder ganz betrunken, noch wirklich nüchtern.

nicht immer realisiert werden, vielleicht weil es von denen, die es praktizieren, so viel verlangt (Wood, 1994a). Außerdem habe ich auch die vielen möglichen Entwicklungen in Großgruppen aufgezeigt und wie diese studiert werden können (Wood, 1994b, 1997). Schließlich habe ich in einer kurzen Übersicht vieles von dem, was ich selber gelernt habe, zusammengefasst (Wood, 1999). Diese Literaturangaben dienen dazu, den vorliegenden Artikel in einen größeren Zusammenhang zu stellen und Wiederholungen auf ein Minimum zu reduzieren.

Die Ziele dieses Artikels sind folgende:

1. Er soll einige Fallen aufzeigen, in die man bei „einem außergewöhnlichen Bewusstseinszustand“ tappen könnte, wie der amerikanische Psychologe und Philosoph William James (1896) dieses Phänomen nannte.
2. Er soll zeigen, dass dieser Bewusstseinsbereich eine bedeutende Rolle bei Begegnungen in Großgruppen spielt – zum Guten oder zum Schlechten.
3. Er soll auch darauf hinweisen, dass das Gute durchaus erreichbar ist. Das heißt, dass in der manchmal chaotischen Atmosphäre dieser Erfahrungen ein ausgewogener, kreativer Bewusstseinszustand (der mit dem Kern des psychotherapeutischen Prozesses übereinstimmt) erlangt werden kann.
4. Schließlich soll er die Bedingungen aufführen, die einen sinnvollen Dialog und innovatives Lernen in Großgruppen fördern.

Der Kern des psychotherapeutischen Prozesses

Eugene Gendlin wurde vor allem durch die Erfindung seiner psychotherapeutischen Technik („Experienzielle Psychotherapie“) bekannt. Trotzdem betrachte ich seine Konzeptualisierung des Schlüsselphänomens eines wirksamen therapeutischen Prozesses als sein größtes Verdienst. Ihm ist es gelungen, in einem philosophischen Diskurs die konstruktive Beziehung zwischen der Vorstellungskraft und dem Verständnis des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin einerseits und der inneren Welt des Klienten bzw. der Klientin³ andererseits zu beschreiben.

Der springende Punkt in diesem Prozess ist „felt sense“, das Bauch-Erleben des Klienten, welches die Suche nach der Bedeutung leitet. Der entscheidende Moment, wo man mit dem Gefühlten in Verbindung bleibt und daraus Bedeutung gewinnt, stellt ein sehr heikles Gleichgewicht dar, wo kreatives Lernen und Integration von Erfahrung stattfinden und wo es möglich (und auch wahrscheinlich) ist, dass man in Verwirrung gerät. Beidseitig drohen Abgründe: in einer Richtung exzessives Rationalisieren oder Intellektualisieren,

wobei der Kontakt mit der Emotion verloren geht; auf der andern Seite trübe Gefühlsduselei, wo es immer schwieriger wird, Bedeutung zu gewinnen.

Im besten Fall unterstützt in der Einzeltherapie der Psychotherapeut den Klienten dabei, den Fokus auf den wichtigen Moment des Erlebens zu richten. Obwohl es versucht wurde, ist es nicht gelungen, Einzelpsychotherapie in befriedigender Weise auf Gruppen zu übertragen – es kam lediglich zu lausigen Einzeltherapien vor Publikum. Auch theoretisch konnte der Gruppenprozess nicht zufriedenstellend erklärt werden.

Trotzdem gibt es da einen Zusammenhang. Obwohl es auf ziemlich andere Art erreicht wird, kommen der Augenblick des kreativen Verstehens und die Anleitung zu konstruktivem Handeln auch bei Gruppenteilnehmern vor. Dieser Moment markiert die Mitte auf dem Kontinuum verschiedener Bewusstseinszustände. Die eine, die rationale Seite reicht vom einfachen Benennen von Gefühlen, so präzise wie möglich formuliert, damit die Wörter die Gefühle beseelen, bis zur kompletten intellektuellen Dominanz, kaltem Reduktionismus, bar jeder tiefen Empfindung. Die andere, die emotionale Seite reicht von sanften Gefühlen, welche die bestimmenden Emotionen und Ausdrucksweisen begleiten, die von abgeleiteten Bedeutungen gewonnen werden, bis zum Verlust jeglicher vernünftiger Kontrolle, einem Verlorensein in hysterischer Trance.

Der Vorteil dieser Sichtweise ist nicht nur, dass sie Einzel- und Gruppentherapie-Prozesse verbindet, sondern dass sie dank ihrer langen Geschichte auch umfassende Beispiele zur Verfügung stellt, welche die Möglichkeiten konstruktiver und destruktiver Verhaltensweisen illustrieren. So ist es möglich, Einblick in diesen kreativen Zustand zu gewinnen und durch das Verstehen desselben die eigene Fähigkeit im Umgang mit den vielen bizarren Verhaltensweisen zu verbessern, die in Gruppierungen von Menschen vorkommen.

Am Grat der Kreativität: das wirkliche Leben

Der Mystiker Omar Khayyam aus dem 12. Jahrhundert betrachtete den Punkt, wo man das „wirkliche Leben“ im spirituellen Sinn erfährt, als „Zustand der Mitte“, als Kompromiss zwischen der „Nüchternheit“ der übertriebenen Vernunft einerseits und der „Trunkenheit“ der rücksichtslosen Gefühle andererseits. Es ist ein überaus heikler Zustand, welcher das richtige Maß an Hingabe und Selbstbehauptung erfordert.

Im 2. Jahrtausend v. Chr. traf eine Ziegenherde auf der Futersuche im felsigen Parnass-Gebirge in Griechenland auf einen Höhleneingang. Unter dem mysteriösen Einfluss dieses Ortes begannen sich die Tiere äußerst merkwürdig zu verhalten, „gar nicht wie Ziegen“. Der Ziegenhirt, durch die Aufregung angelockt, geriet ebenfalls in den Bann der geheimnisvollen Umgebung. Auch die von seinen pathetischen Reden und Prophezeiungen angelockten Neugierigen verfielen dem Wahn. Sie zitterten, schwitzten und

3 Anmerkung zur Übersetzung: Im Original wird genau auf die geschlechtergerechte Formulierung geachtet. In der Übersetzung wird wegen der Lesbarkeit zumeist jeweils der Gattungsbegriff verwendet.

schauderten im Delirium, waren in Panik und jauchzten gleichzeitig vor Freude, und viele stürzten sich in den Abgrund und wurden nie mehr gesehen.

Dieses Beispiel demonstriert die zerstörerische Macht, die eine starke, unbekanntere Erfahrung auf Teilnehmer haben kann. Es gibt jedoch viele Wege, um die Wogen dieser turbulenten Gefühle, Vorstellungen und Gedanken sicher zu durchschiffen.

Es steht geschrieben, dass jene Göttin, die gleichzeitig Erde war und das Universum erschaffen hatte, die Kräfte dieser tiefen Höhle über dem Golf von Korinth nutzte. Geachtete Prophezeiungen wurden erstellt. Schließlich wurde ein Heiligtum für Apoll über der heiligen Grotte errichtet. Im 6. Jahrhundert v. Chr. war „die Übersetzerin zwischen Göttern und Menschen“, wie Plato sie nannte, schon seit tausend Jahren eine feste Institution. Gemäß den meisten Berichten setzte sich die Priesterin *Pythia* als *Orakel* auf ein Dreibein in das *adyton*, das Allerheiligste des Tempels, an den Rand des Abgrundes. Sie kaute ein Lorbeerblatt. Dann beugte sie sich über den Spalt und atmete die vom „Nabel der Erde“ aufsteigenden Dämpfe ein. Im „Kampf mit Apollo“ wurde sie „unterworfen“ und formulierte ihre berühmten *double entendres*, ihre zweideutigen Weissagungen. Die Übersetzungen dieser Prophezeiungen leiteten die Bittsteller bei anstehenden Entscheidungen und führten das Volk durch Voraussagen über zukünftige Kolonien, sichere und produktive Handelsrouten, zuverlässige Bündnisse oder Warnungen vor Epidemien und Krisen.

Heute ist das *Orakel* von Delphi still. Vielleicht entdecken jedoch Touristen in den sonnendurchfluteten Ruinen doch noch die Weisheit, gewonnen von den „sieben Weisen“, nach tausend Jahren von Ausflügen im Zustand der Mitte. Am Eingang des Tempels der Weisheit steht folgender Rat geschrieben:

Erkenne dich selbst (*Gnothi seauton*) – Um den deutschen Gelehrten Johann Wolfgang Goethe zu paraphrasieren: Man findet das Universelle im Einzelnen, die Einzigartigkeit im Millionenfachen. Lerne dieses Einzelne kennen, dieses wahre Selbst, wisse wo du in die Ganzheit des Lebens passt! Werde dir deiner Einzigartigkeit bewusst und werde gewahr, dass du deine Zeit und deinen Ort repräsentierst!

Mäßige dich! (*Meden agan*) – Respektiere das geziemende Maß und Ausmaß, indem du den Zustand der Mitte kultivierst – weder „Trunkenheit“ (zügellostes Sich-Hingeben an die eigenen Emotionen) noch „Nüchternheit“ (mutiges, aber bloß intellektuelles Beurteilen): Nimm mit ganzem Herzen teil, halte dich nicht zurück! Kämpfe für deine Meinung! Gib sie zugunsten einer besseren auf! Pflege die Aufrichtigkeit! Tu, was nötig ist, nicht, was bloß gewünscht wird!

Die Umsetzung dieser zwei Ratschläge ist meiner Ansicht nach eine wünschenswerte Haltung für Teilnehmer einer personenzentrierten Großgruppen-Erfahrung. Außerdem sollte man sich mit der Hoch-

schaubahn chaotischer Gefühle und Imaginationen, die in Encounter-Gruppen auftreten können, vertraut machen.

Außergewöhnliche Bewusstseinszustände

William James (1929) hat beobachtet, dass „unser normales Wachbewusstsein nur ein bestimmter Bewusstseinstyp ist, während rundum, abgetrennt durch dünnste Wände, davon ganz verschiedene potenzielle Bewusstseinsformen liegen. [...] Man muss nur den erforderlichen Reiz setzen und sofort sind sie in ihrer Ganzheit da.“

Wenn sich eine Gruppe bloß versammelt, wird schon ein solcher Reiz gesetzt.

Phantasien, Abwehr, Verwirrung, all das kann dann in einer Gruppe erlebt werden. Teil des Lernens, in solchen Zuständen zu leben, ist es zu akzeptieren, dass man davon betroffen ist. Ähnlich einer Person in betrunkenem Zustand fühlt man sich ganz normal, nichts scheint außergewöhnlich. Andere sehen das möglicherweise ganz anders. Indem wir glauben, dass wir in solchen Situationen ganz „rational“ bleiben, verschließen wir unsere Augen für die andern.

Für James (1896) beinhalteten außergewöhnliche Bewusstseinszustände Phänomene wie Träume, Hypnose, Automatismus, Hysterie, multiple Persönlichkeit, dämonische Besessenheit, Zauberei, Degeneration und Genialität. Er vertrat die Ansicht, dass der Geist nicht von einem Zustand zum andern hüpfte, sondern dass die Zustände ein Kontinuum bilden. „Die Besessenheit eines Mediums in allen Schattierungen“, schrieb er, „scheint ein ganz natürlicher spezieller Typus einer anderen Persönlichkeit zu sein und die Gabe für diese Empfänglichkeit in irgendeiner Art und Weise ist keineswegs eine ungewöhnliche bei vielen geistig offenbar völlig gesunden Personen.“

Am relevantesten für diesen Artikel sind die so genannten „niedrigeren Phasen“ des Besessenseins, weil diese bei konstruktiven Erfahrungen in Großgruppen-Workshops zum Tragen kommen. Denn in diesen Phasen können kreative, konstruktive, (immer außergewöhnliche, aber auch) wirklich konstruktive Verhaltensweisen vorkommen. „Das Sprechen auf Grund einer Eingebung, das Spielen auf Musikinstrumenten usw.“, beobachtete James, „gehört zu den relativ niedrigen Phasen des Besessenseins, bei denen *das normale Selbst nicht von der bewussten Teilnahme am Geschehen ausgeschlossen ist, obwohl die Initiative von anderswoher zu kommen scheint*. (James, 1890; Hervorh. J. W.).

Hier sind wir also wieder beim vorher erwähnten *Zustand der Mitte*. Dieser beinhaltet weder die kalte unbeteiligte Logik, noch das psychotische Über-involviert-Sein. Es ist ein anderer Bewusstseinszustand, nicht ein bloßer Jongliertrick, der zwischen den Funktionen der rechten und linken Hirnhälfte gespielt wird. Es ist durchaus möglich, dass in diesem *Zustand der Mitte* das wirkliche (das heißt das ewige) Leben des Individuums stattfindet.

Die Spannweite des grenzenlosen Geistes

Ein solcher Zustand muss nicht unbedingt dramatisch anmuten oder in exotisches Verhalten münden. Er kann sogar so vertraut sein, dass man ihn gar nicht für außergewöhnlich hält. Wie James (1896) bemerkte, „wäre sogar der Schlaf eine schreckliche Krankheit, wenn er uns nicht so vertraut wäre“. So induziert das bloße Sich-Hinlegen, Entspannen oder Einschlafen schon einen Trance-Zustand. Beim Träumen erleben wir diesen Zustand ganz lebendig. Auch Tagträumen ist ein Beispiel. In diesem stärker empfänglichen Zustand werden die Gedanken fließender, manchmal entstehen dann neue Ideen und Einsichten (Singer, 1976). Auch *Schlafentzug* kann zu psychotischen Symptomen führen (Tyler, 1955).

Starke Emotionen wie Staunen, Angst oder Trauer sind mit Trance-Induktion in Verbindung gebracht worden. Der britische Psychiater William Sargant (1957), der Traumatisierte aus dem 2. Weltkrieg behandelte, kam zum Schluss, dass „man den Menschen beliebige Glaubensvorstellungen indoktrinieren kann, wenn ihre Hirnfunktionen vorher genügend irritiert worden sind – und zwar durch absichtlich oder zufällig induzierte intensive Gefühle wie Angst, Wut oder Erregung. Phänomene in Gruppen, die auch unter dem Begriff ‚Herdeninstinkt‘ laufen, treten am spektakulärsten in Kriegszeiten, bei stark wütenden Epidemien oder in ähnlichen Perioden kollektiver Gefahr auf, weil dann die Ängstlichkeit und damit auch die Suggestibilität des Einzelnen und der Masse erhöht sind.“

Irgendwie beeinflusst die Umgebung die Wahrnehmung, das Vorgehen und die Handlungsweise einer Gruppe. Das älteste Heiligtum Europas ist das Dodona-Tal in Griechenland. Es wird überliefert, dass schon im 8. Jahrhundert v. Chr. durch Trance Visionen hervorgerufen wurden: Die Trance wurde induziert, indem man sich auf das Rascheln der Blätter der heiligen Eiche im Wind konzentrierte.

In einer großen Kathedrale, einer Moschee, einem Tempel oder an einem Heiligengrab kann man erleben, dass sich plötzlich die Schultern und damit auch das Bewusstsein entspannen, dass sich dieses von den dunklen, schimmlichen Ecken des feuchten Gebäudes löst und in andere Sphären gleitet, Sphären zeitloser Reflexion über den Sinn des Lebens, über den Zweck des Daseins in einem mysteriösen und unerklärlichen Universum, über Demut, über Würde.

Andererseits kann ein hässlicher, überfüllter Ort, auch wenn man den Grund nicht erkennt (oder diesen nicht glauben mag, selbst wenn er nachgewiesen wird), „Monotonie, Überdruß, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Unzufriedenheit, Reizbarkeit, Feindseligkeit oder Vermeidung provozieren“ (Mintz, 1956). Es wurde gezeigt, dass ein Drugstore, ein Basketball-Spiel oder irgendeine andere Umgebung, je nach ihren strukturellen *Erfordernissen*, das menschliche Bewusstsein und Verhalten beeinflussen (Barker, 1968). Wie viel wahrscheinlicher ist es dann, dass ein Gruppenraum mit gedämpftem Licht in einem Erholungsgebiet Auswirkungen hat!

Sogar die Luft, die wir atmen, kann unsere Laune beeinflussen. Reizbares und impulsives Verhalten kann durch gewisse Frontlagen

des Wetters provoziert werden, denen heiße und trockene Winde mit der berüchtigten Druckluft folgen, welche hohe Konzentrationen von positiven Ionen aufweist. Das Einatmen von Luft mit einer hohen Konzentration kleiner *negativer* Ionen induziert andererseits gute Laune. Das Spektrum reicht von konfuser Reizbarkeit bis zur entspannten Introspektion. Negative Ionen sind reichlich in der sauberen Luft an Stränden, Wasserfällen und an Gletschern im Hochgebirge vorhanden. Vielleicht ist es kein Zufall, dass an diesen Orten häufig Inspirationserfahrungen vorkommen. Auch Großgruppen-Workshops finden oft in solchen Umgebungen statt (Kreuger & Reed, 1976).

Auch die Kultur hat einen großen Einfluss auf das Bewusstsein, wie Julian Jaynes (1976), Psychologe aus Princeton, betont. Er spricht von einem „kollektiven kognitiven Imperativ“, einem Glaubenssystem von „kulturell vereinbarter Erwartung oder Vorschrift, welche eine bestimmte Erscheinungsweise eines Phänomen formt und die innerhalb dieser zu spielenden Rollen bestimmt.“

William James (1896) fand heraus, dass „das Bewusstsein eine Konföderation psychischer Einheiten zu umfassen scheint“. Daher können auch Gruppenteilnehmer entsprechende Rollen und Verhaltensweisen (Opfer, Sündenböcke, Spaßvögel, Beschützer, Führer) innerhalb der Gruppe annehmen, welche ihr Verhalten bestimmen. Gruppenrollen können vom Alltagsleben deutlich abweichen. Trotzdem scheinen sich Gruppenteilnehmer außergewöhnlich schnell den Bedingungen des kulturellen Kontextes anzupassen. Sie können, ohne dies bewusst wahrzunehmen, beeinflusst werden, sich so zu verhalten, wie es die Gruppe gutheißt. Man studiere zum Beispiel das berühmte Experiment an der Stanford University mit Gefängnisinsassen und Wärtern (Haney, Banks & Zimbardo, 1973).

Anlässlich seiner Untersuchungen medialer Phänomene in den Vereinigten Staaten fand James (1890) dieses Verhalten ebenfalls bei Personen, „die mit Geistwesen in Kontakt sind“. Er schreibt, dass „es so aussieht, als hätte ein einziger Autor etwa die Hälfte aller Trance-Botschaften verfasst, egal, von wem diese geäußert werden“. Außerdem „ist es seltsam, dass auch Personen ohne spiritistische Tradition sich in Trance oft genau gleich verhalten und z. B. im Namen Verstorbener sprechen, mehrfach Todesängste durchleben, Botschaften von einem glücklichen Zuhause im Paradies senden oder Leiden Anwesender beschreiben“.

Wenn eine Person sich konträr zu ihrem Selbstbild verhält, kann sie „kognitive Dissonanz“ erleben. Häufig interpretiert die Person ihr Verhalten dann so um, dass es mit dem Selbstbild übereinstimmt (Festinger, 1957).

Ein Beispiel: Ein junger Mann meldet sich freiwillig in einer großen Gruppe. Er drückt seine Meinung aus, seine persönlichen Gefühle und persönlichen Gedanken. Einige Teilnehmer nicken zustimmend. Andere zeigen wenig Interesse. Im allgemeinen behandelt ihn die Gruppe gleich wie andere Sprecher vor ihm. – Nach der Wortmeldung scheint er zufrieden. Beim nächsten Gruppentreffen gibt er jedoch bekannt, dass er sich „von der Gruppe betrogen“

fühle. Er habe den Eindruck, „von der Gruppe ausgenützt“ und „so unter Druck gesetzt worden zu sein“, dass er „zu weit gegangen sei“. Er fühle sich „zur Schau gestellt“ und beschämt. Er wirft der Gruppe vor, ihn dazu verführt zu haben, eine Charakterisierung von sich zu geben, die nicht mit seinem Selbstbild übereinstimmt.

Alles, was ich bis jetzt erwähnt habe – gestörte Schlafmuster und Essgewohnheiten, das Erleben intensiver und unterschiedlicher Emotionen, einer andern Atmosphäre oder kulturellen Einflüssen ausgesetzt zu sein, Erfahrungen, die das Selbstgefühl einer Person verwirren – und mehr noch, kann in Großgruppen-Workshops auftreten. Sicher ist, dass das Verhalten der Teilnehmer ausnahmslos beeinflusst wird.

Weiter reichende Dimensionen

Es gibt eine weitere Erfahrungspalette, die bei Großgruppen-Workshops nur selten und viel weniger dramatisch auftritt, jedoch möglich ist und deshalb erwähnt werden sollte. Im 14. Jahrhundert tauchte im unteren Rheinland plötzlich ekstatisches Tanzen auf. Die Betroffenen hüpfen, schreien und schäumten vor Wahnsinn. Man nannte das Phänomen Veitstanz, was vielerorts eine Metapher für Wahnsinnsanfälle geblieben ist. Die Betroffenen tanzten stundenlang, „als wollten sie sich die Seele aus dem Leib tanzen“. Heilungsversuche hatten bloß zur Folge, dass sich die Seuche ausbreitete.

1787 stopfte eine Frau in einer Baumwollfabrik in Lancashire einer Kollegin eine Maus in den Kragen. Das Opfer, das panische Angst vor Mäusen hatte, erlitt einen Anfall mit heftigen Krämpfen. Am folgenden Tag waren drei weitere Frauen angesteckt. Am vierten Tag waren vierundzwanzig Personen betroffen, darunter ein Mann, der sich dabei verausgabte, die anderen zu bändigen. Auch er verfiel den Anfällen. Begleitet vom Gerücht, der Grund dieser Anfälle sei eine „Baumwoll-Vergiftung“, breitete sich das Übel auf die Fabriken in der Nähe aus (Sargant, 1957).

Opfer dieser oder anderer „Begeisterungen“ krochen auf allen Vieren, hüpfen wie Frösche, knurrten, schnappten oder bellten wie Hunde. „Die Betroffenen waren besonders begabt für Prophezeiungen, Trance, Träume, Ekstase, Visionen von Engeln, dem Himmel oder der heiligen Stadt.“ (Sargant, 1957)

Religiöse Rituale können ähnliches Verhalten verursachen. Man braucht dabei nicht an die Religion zu glauben und wird trotzdem beeinflusst. Ein Medium in einem afro-brasilianischen Kult sagte beispielsweise über ihre erste Erfahrung: „Ich dachte, die Medien täten nur so, als ob. [...] Als ich an der Reihe war, mit dem Geist des Kultführers zu sprechen, stand ich etwa einen halben Meter von ihm entfernt. Er legte seine Hand auf meine Stirn und es wurde mir schwindlig, wie wenn ich Alkohol getrunken hätte. Es fühlte sich komisch an, wie wenn ich untergehen würde. Plötzlich sah ich nichts mehr. Ich wusste nicht mehr, wo ich war. Als ich wieder zu mir kam, war ich schweißnass vom Tanzen mit den anderen Geistern.“ (Goodman et al., 1974)

Der Versuch, sich der Induktion zur Wehr zu setzen, kann ihr Vorschub leisten, wie die amerikanische Anthropologin Maya Deren (1970) herausfand. Sie war konsterniert und peinlich berührt, als sie trotz ihrer Versuche bei einer *Voodoo*-Zeremonie, welche sie in Haiti beobachtete, dem Zauber nicht zu verfallen, selbst in Besessenheit geriet.

Insofern Gruppen-Encounter oft Erschöpfung, Vergeltung, Bestrafung, Entfremdung, Misstrauen, Informationskontrolle, Realitätsveränderung, Angriff auf Glaubensvorstellungen, erzwungene Teilnahme an Gruppendiskussionen, Wiederholung, Selbstkritik und öffentliche Beichten beinhalten, gleichen sie religiösen Ritualen und Programmen zur vorsätzlichen Gedankenkontrolle. Wenn Angst, echte oder eingebildete Schuldgefühle oder Loyalitätskonflikte wiederholt erlebt werden, ist es ein Leichtes, die erwünschten Bekehrungen oder Beichten hervorzurufen.

Sich das Wilde zunutze machen

Wilde und verschwommene Bewusstseinszustände kann man auch für konstruktive Zwecke nutzen. Im Nahen Osten gibt es viele Beispiele, wie man den konstruktiven *Zustand der Mitte* erreicht. Die hebräische Bibel beispielsweise berichtet, dass der Prophet mit Gott gegangen sei, gesteuert von einem Willen, der nicht sein eigener war.

Außergewöhnliche Bewusstseinszustände wurden auf verschiedene Arten hervorgerufen. Wenn der hebräische Prophet Mose zum Beispiel die Anliegen seines Volkes Gott vorbrachte, hüllte er sich in Rauch, bevor er anfang zu sprechen.

„Sobald Mose das Zelt betrat, ließ sich die Wolkensäule herab und blieb am Zelteingang stehen. [...] Der Herr und Mose redeten miteinander Auge in Auge, wie wenn Freunde miteinander reden.“ (Ex 33, 9.11a)

Auch bei den protestantischen Erneuerungsbewegungen in Europa und den Vereinigten Staaten im 18. Jahrhundert gibt es Berichte von schöpferischen Erfahrungen. In Northampton, Massachusetts, versammelte zum Beispiel Jonathan Edwards riesige Mengen von Menschen, die Lust auf die Gesellschaft anderer Leute und auf Unterhaltung hatten. Die Predigten bekehrten viele. In warmen Sommer- und Herbstnächten gingen Begeisterte nicht mehr nach Hause. So entstanden die „Residential Group Meetings“ (die personenzentrierten Großgruppen in vielen Belangen ähnlich sind).

William McGreedy, Pastor der Muddy River Kirche in Logan County, Kentucky, beschrieb, wie diese Treffen die Teilnehmer in ihren Bann schlugen. „Eine große Anzahl von Leuten aller Altersstufen [...] ist förmlich niedergestreckt worden, [...] sie fielen in den Camps, auf dem Heimweg oder zu Hause um.“ Bleich und zitternd seien sie zu Boden gestürzt, wie von einer Kugel getroffen. Sie hätten gezuckt und getanzt. All das seien verbreitete Verhaltensweisen gewesen. Als sie wieder zu sich gekommen seien, hätten sie sich an nichts erinnert. In der Begeisterung hätten einige machtvolle

Predigten gehalten, welche viele beeinflussten. Einem Beobachter zufolge hätten sie lange und so laut gesprochen, dass man sie „eine Meile weit hören konnte“ (Cleveland, 1916).

Wenn die gewohnten Denkmuster nicht die Kontrolle innehaben, kann „Realität“ auf ganz andere Weisen erlebt werden. Was vorher noch als „unmöglich“ galt, kann möglich werden und sogar übermenschliche Leistungen können erbracht werden. Der amerikanische Hypnose-Forscher Arnold Ludwig (1967) berichtet von solchen Erfahrungen: „Das Individuum scheint nicht mehr an die Notwendigkeit der logischen Schlussfolgerung gebunden zu sein.“ In diesem Zustand „kann die Unterscheidung zwischen Ursache und Wirkung verschwinden, die Zeitwahrnehmung kann relativ werden, Gegensätze können nebeneinander existieren, ohne einander zu widersprechen. [...] Eine Art ‚kognitive Restrukturierung von Wahrnehmung‘ pflegt stattzufinden, bei der dem Individuum neue Wege zu Erfahrung und Ausdruck zugänglich werden.“

Eine konstruktive Erfahrung hängt davon ab, das „normale Selbst“ mit dem „Auslöser, der anderswoher kommt“ zu verbinden. In andern Worten geht es darum zu lernen, wie man im Zustand der Mitte effektiv funktioniert. Erfahrene in solchen Dingen leiten den Eingeweihten so an, dass gewaltsame oder brutale Besessenheit vermieden und progressive und konstruktive Erlebnisse gefördert werden. Maria José, eine Mãe do Santo im afro-brasilianischen Macumba, erzählt: „Wie auch immer die Natur der Trance sein mag, die Persönlichkeit des Mediums hat nichts damit zu tun. Im einen Moment ist das Medium es selbst und im nächsten existiert es nicht mehr: Der Gott hat den Körper in Besitz genommen. [...] Manchmal währt die kindlich anmutende Anfangsphase etwas zu lange, wird turbulent und stört die ganze Zeremonie. [...] Wenn das passiert, muss ich intervenieren.“ (Bramly, 1977) Der Kultführer und die herrschenden Prinzipien des Systems bieten Rahmenbedingungen, innerhalb derer das Erlebnis in eine konstruktive Richtung zu leiten ist.

Jeder, der schon an intensiven Encounter-Großgruppen teilgenommen hat, wird herausfinden, dass Teilnehmer in der Gruppe anders denken und handeln (manchmal sogar gegenteilig), als sie dies alleine tun. Obwohl ihr Verhalten vielleicht überrascht, vor den Kopf stößt, enttäuscht oder sogar ihnen selbst und andern peinlich ist, sind sie normale Leute, die oft aus Helferberufen in Europa, Nord- und Südamerika stammen und bloß im Kreise sitzen und sich unterhalten. Offensichtlich können sie, ohne dass ein bestimmtes Schema miteinander zu reden vorgegeben ist und ohne besondere Anstrengung, sich so verhalten, als wären sie nicht „sie selbst“, wenn sie über persönliche Angelegenheiten, über Politik, Inflation oder jedes andere beliebige Thema sprechen (aber insbesondere, wenn sie einfach ehrlich sagen, was sie gerade fühlen). Einige haben vielleicht auch Momente von außergewöhnlicher Klarheit und Lernerfahrung erlebt. Das ist es natürlich, was die Quälerei wertvoll macht. Anders als in traditionellen Systemen gibt es keine führende Hand. Gruppenmitglieder müssen sich gegenseitig führen,

nur mit ihrem Wissen und ihrer Empfindsamkeit. Das ist einer der Hauptgründe, warum ich diesen Artikel schreibe.

Das Wertvolle an außergewöhnlichen Bewusstseinszuständen

Es ist unwahrscheinlich, dass solche Zustände ein Fehler der Evolution sind. Wie Ludwig (1966) sarkastisch bemerkte, ist es schwierig zu glauben, dass Menschen die Fähigkeit in Trance zu gehen und darin zu funktionieren nur zum Zwecke der Show-Hypnose in Nachtclubs entwickelt haben. Sargant (1957) äußert gar den Verdacht: „Wäre das menschliche Hirn nicht fähig gewesen, sich an eine sich ständig verändernde Umwelt anzupassen – indem es immer wieder neu konditionierte Reflexe und Antwortmuster aufbaute und sich vorübergehend anpasste, wenn Widerstand sinnlos erschien –, die Menschheit hätte nie überlebt.“ Außerdem sollte der potenzielle Wert außergewöhnlicher Bewusstseinszustände nicht wegen der Assoziation mit verrückten religiösen Praktiken gering geschätzt werden. James riet zur Vorsicht: „Wir können nicht ohne Weiteres nur schon den Anspruch jeder Religion, inklusive jener von Spiritisten und Geistesheilern, ablehnen, wenn sie durch ihre Überzeugungen dazu beitragen, dass die Welt ein besserer Ort zum Leben wird.“ (Taylor, 1999).

Deshalb können außergewöhnliche Bewusstseinszustände wichtig für das Aktivieren menschlichen Potenzials und für das bessere Funktionieren menschlicher Gemeinschaften sein. Traditionelle Gesellschaften und Gemeinschaften, welche erfolgreich durch Trancezustände zu Weisheit gelangten, teilen sicher diese Ansicht. Und wir können einiges von ihnen lernen, wie man zu einem solchen Ergebnis kommt.

Traditionelle Praktiken, die Persönlichkeitsveränderung begünstigen, reichen von der ruhigen Einzel-Meditation auf der einen bis zu gewaltigen und eindrucksvollen Ritualen auf der anderen Seite (Jilek, 1974). Das Äußern persönlicher Gefühle vor freundlichen Zuhörern in einem persönlichen Rahmen würde wohl irgendwo zwischen diesen beiden Extremen liegen. Was zweifelhaft Besessenheit von konstruktiver Erfahrung unterscheidet, ist der Kontext, in dem das Ganze stattfindet. In traditionellen Systemen (wie auch in der modernen Psychotherapie) wird der Rahmen durch ein Ritual geschaffen.

Die Gemeinschaft und ihre Rituale sind, in gewissem Sinne, „realer“, weil sie den Einzelnen überdauern. Das Ritual verkörpert das kollektive Gedächtnis, die Werte und die Weisheit der Gemeinschaft. Zusätzlich zur Erhaltung des Wissens des Systems provoziert das Ritual einen außergewöhnlichen Bewusstseinszustand bei den Mitgliedern, welcher diese empfänglich macht für die herrschenden Regeln des Systems. Diese Zustände ermöglichen also auch einen der Zugänge zu fortwährendem Wissen.

Das Ritual vermittelt die Grundsätze des Systems aufgrund der Vorzüge eines speziell ausgewählten Ortes, dekorativer Sym-

bole, durch Singen, Tanzen, Trommeln und die auf bestimmte Götter gerichteten Zeremonien, welche allesamt die Realität neu definieren. „Individuelle Gedanken und Gefühle werden durch kollektive Handlung und Empfindung überschritten. Individuelle Aufmerksamkeit wird in kollektive Sorge verwandelt.“ (Ravencroft, 1965) Das könnte ebenso gut die Beschreibung eines Großgruppen-Workshops sein.

In traditionellen Systemen stellt der Kultführer die kritische Fähigkeit bereit, die ein Medium anleitet, bis es wirkungsvoll in Trance funktionieren kann. Darüber hinaus geschieht dies unter wertschätzenden kulturellen Rahmenbedingungen, welche ihrerseits dadurch gestärkt werden. Deren (1970) beschreibt *Voodoo* als eine „Religion großen Formats, seltener poetischer Vision und künstlerischen Ausdrucks, [wo] das Kollektiv auf einer höheren Ebene funktioniert als die kreativen Fähigkeiten der Einzelnen, die es ausmachen. Es verdankt sich nicht ihrer Gunst, ihrer Macht oder ihrem Wissen, sondern verleiht ihnen diese vielmehr. [...] Das Individuum nimmt am gesammelten Genie des Kollektivs teil und wird durch diese Teilhabe selbst Teil des Genialen – in gewisser Weise mehr als es selbst. *Seine Begeisterung geschieht aufgrund seiner Teilnahme, sie setzt sie weder voraus noch erzwingt sie sie.*“ (Deren, 1970; Kursivsetzung J. W.)

Heilung

Eine der Funktionen traditioneller Gruppen scheint die Förderung von Heilung zu sein. Das Zar-Heilritual soll Symptome von leichter Depression, Angst, somatoformen Störungen und chronischer Schizophrenie „als letzte Behandlungsmöglichkeit“ mildern und heilen. Die amerikanischen Psychiatrieprofessoren Armando Favazza und Ahmed Faheem (1983) stellten fest: „Die Zar-Zeremonie funktioniert weder durch Einsicht, noch durch Verbalisieren sozialpsychologischer Probleme, noch, indem Konflikte bearbeitet werden. Vielmehr werden durch die Dramatisierung einer gefährlichen Konfrontation mit bösen Geistern Emotionen geweckt und intensiviert. Die spezielle Atmosphäre der Zeremonie, die Rituale und das Tragen neuer Kleider erhöhen die Dramatik.“

Aktivierung menschlichen Potenzials

Wird die Trance nicht angeleitet, könnte sie für den Einzelnen oder die Gemeinschaft destruktiv (oder im besten Falle nutzlos) werden. Als Beispiel mögen die Songhay, Migranten in Westafrika, dienen, die von einem Besuch an der Goldküste, wo rituelle Bessessenheit praktiziert wurde, an die Elfenbeinküste zurückkehrten. Sie wurden von den Trommeln erregt und wurden besessen, nicht von den Geistern der uralten Tradition oder archetypischer Gottheiten, sondern von kulturellen Ikonen, denen sie begegnet waren: nämlich

dem Generalgouverneur der Goldküste, den höheren Offizieren des westafrikanischen Schützenkorps, ja sogar der Lokomotive, welche sie hin und hergefahren hatte. In Trance benahmen sie sich so, wie sie glaubten, sich verhalten zu „sollen“, indem sie wirklichkeitsgetreu die Gesten jener „Geister“ nachahmten, von denen sie besessen waren. (Sargant, 1957)

Einige Kulturen des Industriezeitalters haben sich mit traditionellen Systemen vermischt, so dass neue Praktiken entstanden. Die Cree-Indianer in Northern Manitoba, Kanada, „lesen“ statt in Tiereingeweiden, Teeblättern am Grund einer Tasse oder in über den Küchentisch geworfenen Muscheln in Soap Operas wie „The Edge of Night“, um Voraussagen über und Entscheidungen für die Zukunft zu machen (Gransberg, Steinbring & Hamer, 1977).

Wenn Trance diszipliniert abläuft, verkörpern ihre außergewöhnlichen Kräfte die gesammelte Weisheit der Tradition, indem sie die Gruppe anleiten: zu heilen, Stress zu bewältigen, das Bewusstsein des Einzelnen zu fördern und die soziale Ordnung der Gemeinschaft weiterzuentwickeln.

Auch transpersonales Bewusstsein kann realisiert werden. In Haiti lernen die Teilnehmer der *Voodoo*-Zeremonien „Liebe und Schönheit in der Präsenz und Person von *Erzulie* kennen, erfahren die Wege der Macht in den verschiedenen Aspekten von *Ogoun*, werden durch die Haltungen von *Ghede* mit den Implikationen des Todes vertraut. Wer teilnimmt, singt im Chor und fühlt an seiner eigenen Person diese Welle der Sicherheit, die harmonische kollektive Handlung ist. Er ist Zeuge des weisen Rates von Ahnen und Göttern mit dessen Geschichte und Erfahrung und wird dadurch in seinen Handlungen gelenkt. In Wirklichkeit versteht er die Prinzipien, weil er sie funktionieren sieht.

Deren (1970) beobachtete außerdem: „Das Ritual bestärkt die wichtigsten Grundsätze – Schicksal, Stärke, Liebe, Leben, Tod; es rekapituliert die Beziehung des Menschen zu seinen Vorfahren, seine Geschichte sowie seine Beziehung zur Gemeinschaft, in der er gegenwärtig lebt; es fordert seine Integrität und Persönlichkeit heraus und bekräftigt sie formell, es festigt seine Disziplin, stärkt seine Moral. Alles in allem geht er mit einem gestärkten und erfrischten Gefühl für seine Beziehung zu kosmischen, sozialen und persönlichen Elementen hervor. [...] *Das Wunder geschieht in gewissem Sinne im Innern. Es ist der Handelnde, der durch das Ritual verändert wird und deshalb ändert sich für ihn die Welt entsprechend.*“

Deren schließt daraus: „In der finalen Analyse ist nämlich nicht nur wichtig, was der, der dem Ritual dient, tut (was möglicherweise das Richtige aus falschen Gründen sein kann) oder was er bewusst versteht (was je nach seiner intellektuellen Fähigkeit unterschiedlich ausfällt), sondern *was er* aufgrund seiner Teilnahme an diesen Zeremonien *geworden ist.*“

Organisation von Werten, Richtung und Entscheidungen der Gemeinschaft

Die afro-brasilianischen Kulte wie *Macumba* bilden ein System, welches das gesammelte Wissen der Gemeinschaft im Ritual bewahrt. Maria José erklärt: „Mein Sohn, unsere Götter und Geister sind alles, was wir haben. Wir haben sonst nichts, keine heiligen Texte, keine Denkmäler, keine dauerhaften Zeugnisse. Das ist gleichzeitig unsere Schwäche und unsere Stärke.“ Wie das Medium persönlich fühlt, ist für Maria José nicht von Bedeutung. Die Trance nützt der Gemeinschaft. Das Medium wird „Pferd“ genannt und stellt freiwillig Körper und Selbst zur Verfügung, um vom Geist „geritten“ zu werden (Bramly, 1977). Ebenso ist es vom Konzept des Mediums als „Kessel“, der vom Geist gefüllt wird, her klar, dass das Medium und der Prozess des „Füllens“, also das Ritual, welches die Trance hervorruft, und auch die Trance selbst Mittel zum Zweck sind. Zentral ist die „Botschaft des Geistes“. Maria José zufolge bringt die Zeremonie die Person, die in einer unwirklichen und täuschenden Welt lebt, gefangen in der Welt ihrer eigenen Ideen, zurück zur wahren Natur. Deren fügt hinzu: „Die ganze Struktur des *Voodoo* ist darauf ausgerichtet, – auf das erzwungene Öffnen des Tors der Quelle. Wer dem dient, muss dazu angeleitet werden, sein Ego aufzugeben, damit der Archetyp manifest werden kann.“

Wenn in Ghana ein Geist eine Person „nimmt“, wird sie zum Orakel für *Obusum*. Durch strenges Training lernt sie, in Trance zusammenhängend zu sprechen und der Gemeinschaft Botschaften zu übermitteln. Die Äußerungen des Mediums scheinen sich „durch eine seltsame Mischung aus gezielter Hysterie und geduldiger Selbstdisziplin“ zu entwickeln (Field, 1960). Das ist eine exakte Beschreibung des *Zustandes der Mitte*.

Transpersonale Bewusstheit

Traditionelle Ritualtänze scheinen nicht so sehr Ausdruck des Individuums zu sein als vielmehr Ausdruck einer Reihe von Wertvorstellungen (Williams, 1971). Das Ritual dient Zwecken, die die Individualität übersteigen. Deren (1970) schreibt: „Es geht darum, das Prinzip zu zelebrieren, nicht die Materie, in der das Prinzip momentan oder dauernd manifest sein mag. [...] Funktion und Zweck einer solchen göttlichen Manifestation ist die Bestätigung und Unterweisung der Gemeinschaft.“

Eine harmonische Gruppe kann der Anfang, nicht das Ende transpersonaler Bewusstheit sein. Der spezielle Bewusstseinszustand dient höheren Zielen. „In all dieser kosmischen Vielfalt ist der menschliche Geist die Konstante. [...] Es ist, als ob der menschliche Geist, indem er die besonderen Umstände, die Grenzen und die Ungenauigkeiten der Sinne übergeht, auf Pfaden metaphysischer Vernunft zu einer allgemein gültigen Wahrheit gelangt.“ (Deren, 1970)

Innovatives Lernen

James' Beschreibung eines Zustands, wo „das normale Selbst nicht von der bewussten Teilnahme an der Handlung ausgeschlossen wird, obwohl die Initiative von anderswo zu kommen scheint“ oder Khayyams „nicht betrunken, nicht nüchtern“ ist ein Zustand, der einfacher zu erreichen als zu erklären ist. Deren (1970) beobachtete, dass dieses „System mentaler und emotionaler Überzeugungen, von dem das bloße Überleben der Gemeinschaft abhängt, nicht vom Einzelnen verlangt – und auch nicht verlangen kann –, dass er dessen Prinzipien auf einer abstrakten, metaphysischen Ebene erfasst und versteht, um angeregt zu werden, daran teilzunehmen. Im Gegenteil, jede mögliche physische Technik – vor allem Trommeln und Tanzen – wird angewendet, um die Einzelnen in Aktivitäten zu involvieren, zu denen diese metaphysischen und moralischen Grundsätze strukturell implizit dazugehören, sodass diese den Teilnehmer in gewissem Sinne unbewusst gefangen nehmen. Dies ist nichts anderes, aber sicher auch nicht weniger als eine hoch entwickelte Form der Erziehungsmethode des ‚Learning by doing‘. [...] Tatsächlich sind sich die Individuen genau deswegen dieser Konzepte am wenigsten explizit bewusst, weil sie unbewusst von ihnen in Anspruch genommen worden sind und die Konzepte genau die Prämissen für die nachfolgenden Denkmuster geworden sind.“

Großgruppen-Encounter können dieselbe Palette an Phänomenen generieren: Heilung, Organisation der Wertvorstellungen der Gemeinschaft, weise Selbst-Führung und Entscheidungen, Provozieren transpersonaler Achtsamkeit und innovatives Lernen, um menschliches Potenzial freizusetzen.

Förderliche Bedingungen für bedeutungsvollen Dialog und innovatives Lernen bei Großgruppentreffen

Großgruppentreffen nach dem Personenzentrierten Ansatz sind Stammesrituale – eine Untergruppe der oben erwähnten Sammlung von Aktivitäten. Schon die Kleidung ist Ausdruck davon: Typischerweise ist man bequem und zwanglos angezogen, trägt oft T-Shirts mit Slogans auf der Brust. Dieser Stamm ist kopflos, insofern als es keinen einzelnen Leiter gibt, die Teilnehmer an Entscheidungen mitbeteiligt und alle angeblich gleichrangig sind. Obwohl viele Gruppenmitglieder Atheisten sind, werden unwissentlich exakte Glaubensvorstellungen praktiziert. Die Gruppe kämpft zum Beispiel entschlossen für die heilige Autonomie des Individuums – innerhalb und außerhalb der eigenen Reihen. Es ist Teil des Rituals, das erhöhte Empfindsamkeit hervorruft, das Alltagsleben zu unterbrechen, öffentlich Gefühle zu bekennen, verschiedene Wertvorstellungen einander gegenüberzustellen – und zwar in langwierigen Sitzungen, welche oft nicht eindeutig enden –, weiters Verwirrung zu erleben, Ambivalenzgefühle, starke Emotionen, langes Schweigen im Plenum, mit

wenig Schlaf auszukommen, die Mahlzeiten unregelmäßig einzunehmen, zu feiern und auf andere Weise die Emotionen zu stimulieren. Man könnte sagen, dass das „Einander-Gefühle-Mitteilen“ das Trommeln und Tanzen ersetzt. Nachdem der Einzelne beeinflussbar gemacht worden ist, wird er von der Gruppe dabei unterstützt, sein „erweitertes Bewusstsein“ zu erforschen, was eine größere Identität mit der Gruppe ergibt. Dem modernen Stamm fehlt es nicht an Legenden, Mythen, Traditionen, Initiationsriten, Beratungen der Stammesältesten, welche die Feinheiten der Gesetze debattieren („Therapeutenbedingungen“) und so weiter. Obwohl nicht immer jene ausgefallenen Verhaltenweisen erreicht werden wie bei Meetings in solchen Traditionen, weisen Großgruppen-Workshops ähnliche Muster auf. Die Aufgabe der Teilnehmer ist dieselbe: den Zustand der Mitte zu erreichen, wo Kreativität und Integration die Wirksamkeit der Gruppe steigern können.

Prioritäten setzen

Gruppen beherrschen am besten, sich mit dem zu beschäftigen, was im Augenblick am wichtigsten ist. Bei der Vorbereitung zur Bildung einer Gruppe oder zu einem Gruppentreffen ist die allererste Frage, die in Betracht zu ziehen ist, „Ist dieses Gruppentreffen wirklich *notig?*“ „Team-bildende“ Treffen für die Mitarbeiter einer Institution, Projektgruppen ohne spezifische Aufgaben oder Treffen des Lehrkörpers sind Beispiele von Zusammenkünften, die wenig wahrscheinlich Anlass zu sinnvollem Dialog geben. Sie mögen andere Zwecke erfüllen. Andererseits werden durch eine dringende Angelegenheit, eine Krise oder durch ein klares Ziel, praktisch in jeder Gruppe kreative Ressourcen geweckt.

Ort und Zeit organisieren

Es ist eine organisatorische Entscheidung, den Ort und die Zeit zu bestimmen. Wenn man sich der Umgebungsfaktoren bewusst ist, die die „Wirkung der Gruppe“ beeinflussen, können ein geeigneter Ort und eine geeignete Zeit gewählt werden, sodass die Umstände die Erreichung der Gruppenziele eher fördern als behindern.

Gruppenzusammensetzung organisieren

Die Organisatoren bestimmen die Zusammensetzung der Gruppenmitglieder (sogar wenn sie beschlossen haben, keine diesbezüglichen Entscheidungen zu treffen). Unterschiede der Kulturen, Lebenserfahrungen, Wertvorstellungen und ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis fördern das Kreativitätspotenzial der Gruppe zweifellos. Natürlich wird jedes Mitglied mehrere Absichten haben. Und die Umstände werden einige Vorhaben verändern. Sogar bei

kirchlichen Camps gab es Abenteuer, die wenig mit Religion zu tun haben. „Der freie Umgang aller Alterstufen und Geschlechter im Schutz der Nacht und des Waldes barg manche Versuchung. Man muss auch fürchten, dass falsche Vorstellungen von Religion entstehen, wenn die körperliche Ertüchtigung zu stark betont und an Stelle von Tugend und innere Frömmigkeit gesetzt wird. – Dies wurde allzu oft als Beweis für Gesinnungs- und Gefühlswandel missverstanden, obwohl es diesbezüglich weder etwas bewies noch widerlegte.“

Trotzdem sollten Gruppenmitglieder eine gemeinsame formale Absicht haben. Mit der Annahme der Einladung, an der Gruppe teilzunehmen, sollten sie damit einverstanden sein, etwas gemeinsam zu unternehmen.

Gruppenmitglieder müssen nicht höflich zueinander sein. Sie brauchen nicht nett zu sein. Sie brauchen negative Gefühle nicht zurückzuhalten. Sie sollten danach streben, ihre besten Ideen mit der Gruppe zu teilen. Und sie sollten so flexibel sein, diese für eine bessere Idee, welche die Gruppe in eine konstruktive Richtung lenkt, wieder aufzugeben.

Was es für Konsequenzen haben kann, wenn der gute Wille fehlt, schilderte ein Teilnehmer einer Konferenz über Grenzverhandlungen zwischen drei afrikanischen Staaten. Er stellte fest: „Ich habe beobachtet, dass es keinen direkten Zusammenhang gibt zwischen der Entwicklung von Empathie und dem Ausmaß, in dem sich die Delegierten von der Politik ihrer jeweiligen Regierungen befreien konnten.“ (John Okumu von Kenya in Doob et al., 1970).

„In anderen Worten: All die Anstrengungen in der Kleingruppe – das anfängliche Sich-Öffnen, die angesichts der Problematik frei und offen geführte Diskussion, die Wichtigkeit und Kostspieligkeit des Problems, zusammen mit den Anstrengungen, die in den (Klein-) Gruppen aufgewendet wurden, um mögliche Wege und Mittel zu einem dauerhaften Frieden vorzuschlagen – haben nichts gebracht.“

Im Gegensatz zur Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens und Entgegenkommens in den kleineren Treffen war die Vollversammlung „der negative Höhepunkt: Viele Wortmeldungen waren hauptsächlich Selbstdarstellungen, was für öffentliche Verhandlungen und parlamentarische Prozeduren charakteristisch ist. Vielleicht aus diesem und weiteren versteckten Gründen hat der in den Kleingruppen vorhandene grundsätzliche Konsens gänzlich gefehlt. Deshalb hat die Vollversammlung die Erwartung enttäuscht, sie würde ein integraler Teil eines Prozesses sein, der zu besserer Kommunikation und mehr Verständnis in vitalen Fragen führt.“

Lernhaltung unterstützen

Der Gruppendialog kann durch eine Lernhaltung verbessert werden. Selbst wenn es keine diesbezügliche Absicht gibt, ist es möglich, dass die Gruppe gedanken- oder verhaltensmanipulierend wirkt. Wenn die Gruppenmitglieder darüber informiert sind, ist es wahrscheinlicher, dass sie die turbulente See des Bewusstseins durchschiffen

und im ruhigen Hafen des Zustands der Mitte ankommen. Um das eigene Verständnis zu verbessern und bedeutungsvollen Dialog und innovatives Lernen in Gruppen zu unterstützen, sollte man damit anfangen, sich in Gruppen sorgfältig selbst zu beobachten. So ist es möglich, bereits bei sich selbst außergewöhnliche Bewusstseinszustände festzustellen.

Das heißt jedoch nicht, dass man sich einfach in der Gruppe umschaut, sondern es handelt sich um ein diszipliniertes Erhöhen der Achtsamkeit bei gleichzeitigem hundertprozentigem Teilnehmen am beobachteten Phänomen. Dazu gehören Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Berühren. Mit Erfahrung und Imagination oder Intuition kann man „sehen“, „hören“ oder „herausspüren“, was die Gruppe gerade ausdrückt.

Goethe hat es treffend gesagt. „Jeder Akt des Sehens wird zur Beobachtung, jeder Akt der Beobachtung zur Reflexion, jeder Akt der Reflexion zur Bildung von Assoziationen. Es ist also klar, dass wir Theorien entwickeln, wann immer wir die Welt sorgfältig betrachten. Die Fähigkeit, dies mit klarem Bewusstsein, mit Selbsterkenntnis, frei und [...] mit einer Portion Ironie zu tun, ist eine Fertigkeit, die wir benötigen werden, um die Fallen des Abstrahierens zu vermeiden und Ergebnisse zu erzielen [...], die sich in Alltag und Praxis umsetzen lassen.“ (Naydler, 1996)

Ambivalenz und Verwirrung

Widersprüchliche Befehle wie „Sei du selbst!“ oder „Sei spontan!“, explizit angeordnet oder bloß implizit, können bei Teilnehmern ambivalente Gefühle auslösen. Wie auch Frank (1961) festhielt, „schafft der konsequente Verzicht auf aktive Führung eine ambivalente Situation [für einige Teilnehmer, die nur] eine vage Idee haben, was von ihnen erwartet wird, wie lange sie es tun sollen und [wie sie merken können, wann] es zu Ende ist. [...] In dem Ausmaß, in dem eine Person ohne fremde Hilfe in einer bestimmten Situation nicht klare Erwartungen ausmachen kann, wird sie dazu neigen, Orientierung bei anderen zu suchen. Das kann die Tatsache erklären, dass Verwirrtsein die Beeinflussbarkeit verstärkt.“

Bedingungen, die dazu verwendet wurden, Gedanken und Verhalten anderer zu manipulieren, kommen auch bei Großgruppentreffen vor. Wenn man diese jedoch wahrnimmt, kann man sie offen benennen. Sensorische Deprivation, Drogen, Neuinterpretation des eigenen Lebens oder Beichten sind *nicht nötig und sollten nicht gefördert werden*.

Konformität

In einem Großgruppen-Workshop beobachtete ein Teilnehmer, wie sich die Gruppe gegen ein anderes Mitglied wandte. Er sagte später, er fühle sich „unzweifelhaft verletzt und wütend“ und „Ich kann mir

einfach selbst nicht verzeihen, dass ich zuließ, dass man mit ihm so umging“ (Doob & Foltz, 1973).

Eine Erklärung für dieses angepasste Verhalten hat mit „pluralistischer Ignoranz“ zu tun: Jeder schaut die andern an und denkt: „Wenn niemand sonst besorgt ist, geht hier wohl alles mit rechten Dingen zu.“ (Latané & Darley, 1968) Dieses Beispiel illustriert auch, wie eine in der Gruppe vorherrschende Sensibilität nach Befriedigung der Gruppenbedürfnisse und für das Verfolgen der Gruppenziele den Einzelnen beeinträchtigen kann.

Der österreichische Psychoanalytiker Heinz Kohut (1985) liefert in einem Überblick über Verhalten in der Gruppe eine andere Erklärung. Er schlägt vor anzunehmen, dass die ganze Gruppe einem Teil der Mitglieder jeder großen Gruppe erlaubt, ein Mitglied zu unterbrechen, lächerlich zu machen, zu unterdrücken oder sogar zu beleidigen – Handlungen, die sich von der Ethik her die ganze Gruppe nicht erlauben würde. So kann manchmal ein Einzelner oder eine Teilgruppe die Führung übernehmen, um etwas Unangenehmes zu erledigen, das die ganze Gruppe *wünscht*, womit sie aber gleichzeitig *nichts zu tun haben will*. Im Nachhinein werden sich natürlich bei denen, deren Bedürfnisse mit ihrer Ethik in Konflikte geraten sind, Schuldgefühle einstellen, obwohl sie nicht direkt etwas Unrechtes getan haben.

In einer gut funktionierenden Gruppe verteidigen deren Mitglieder das Recht jedes Einzelnen, auf seine ihm eigene Art mitzumachen, in seinem eigenen Tempo, auch wenn seine Beteiligung darin besteht, still zu bleiben oder sich zurückzuziehen. Teilnehmer werden in keiner Weise entmutigt, irgendeinen Aspekt des Ganzen zu kritisieren. Eine weitere Vorkehrung gegen implizite Suggestion wie gegen Gehirnwäsche ist, dass die Organisatoren nicht außerhalb des Prozesses stehen dürfen oder eine andere Rolle einnehmen als jeder andere Teilnehmer. Was für Gruppenmitglieder gilt, gilt auch für die Organisatoren. Von jedem Mitglied wird bestmögliche und vollständige Teilnahme erwartet.

Gehirnwäsche

Wird absichtlich versucht, anderen Glaubenssätze zu indoktrinieren, steckt üblicherweise ein klares Ziel dahinter. Am Anfang des chinesischen Kommunismus war dies z. B. die Absicht, einen „neuen Menschen“ zu erschaffen. In Reformprogrammen in Gefängnissen mag das Ziel sein, aus den Insassen „aufrechte Mitglieder der Gesellschaft“ zu machen. In der Religion ist es die „Rettung der Seele“. In der Psychotherapie strebt man nach dem „ausgeglichene Individuum“.

Hat eine Gruppe das Ziel „all das zu werden, was man werden kann“ oder „als Person zu wachsen“, so heißt das nicht, dass sie immun gegen die Wirkungen der Konditionierung ist. Wenn jedoch solche Absichten angesprochen werden und die zugrunde liegenden Motive des Einzelnen und der Gruppe, solche Überzeugungen zu übernehmen, diskutiert werden, ist Gehirnwäsche weniger wahrscheinlich.

Öffentliche Beichten

Öffentliches Bekennen von Gefühlen kann Teil eines Großgruppentreffens sein. Dies sollte jedoch nicht gefordert werden. Üblicherweise wird die Person, die ihre Gefühle mitteilt, von einem inneren Bedürfnis getrieben – danach, sich integriert zu fühlen oder etwas bei sich selbst besser zu verstehen – und hat nicht das Ziel, zur allgemeinen Meinung oder zum allgemeinen Gewissen beizutragen. Solches Handeln sollte nicht als gut, hilfreich oder wünschenswert begrüßt werden. Bei anderen Teilnehmern kann sich ein Gefühl der Übereinstimmung einstellen, was aber üblicherweise nicht das Resultat fortgesetzter Beichten ist.

Wenn ein Geschehen so lange dauert, dass es die Aufnahmebereitschaft der Gruppe strapaziert oder beginnt, mechanisch abzufließen, wird dies normalerweise jemand stoppen. Eine Fortsetzung geschieht dann nur, falls sie echt nötig ist und als ehrlich empfunden wird. Die Teilnehmer können in zunehmendem Maß Echtheit, Ehrlichkeit und Anstrengungen zur Verbesserung der Integrität unterscheiden. Schuld darf Schuld sein, Enttäuschung Enttäuschung, Freude darf Freude sein. Der Einzelne muss nicht gemocht werden, aber er sollte akzeptiert werden.

Der amerikanische Psychologe Carl Rogers und viele andere haben eine Menge über die „hilfreichen Bedingungen“ für eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung und für wirksame Gruppenbegegnungen geschrieben. Dies möchte ich hier nicht wiederholen. Trotzdem muss gesagt werden, dass sich in einem wirksamen Großgruppen-Dialog einige aktive Mitglieder von den anderen akzeptiert und empathisch verstanden fühlen werden und diese anderen in ihrem Tun als echt wahrnehmen werden – ohne dass diese etwas in petto haben. Dies ist ein bedeutender Aspekt eines wirksamen Dialogs in Großgruppen. Obwohl schon sein kann, dass nicht jeder ein spezielles Training braucht, um solche Haltungen und Verhaltensweisen anzunehmen, lohnt es sich, die Originalartikel von Rogers über dieses Thema im Kontext seines Werkes zu lesen (Rogers, 1946c; 1947c; 1955a; 1957a; 1961b; 1963c).

Jargon und Klischee

Jargon und Klischee sind mehr als bloße Stilverletzung. Robert Lifton (1961) schreibt, totalitäre Sprache „zielt immer wieder auf einen alles umfassenden Jargon, abstrahiert zu früh, kategorisiert in hohem Maße, urteilt rücksichtslos und ist für alle außer ihren ergebenen Vertretern todlangweilig.“

Schon im 19. Jahrhundert hatte der französische Soziologe Gustave LeBon (1895) bemerkt, dass „Vernunft und Argumente unfähig sind, gewisse Wörter und Formeln zu bekämpfen. Sie werden feierlich vor Massen geäußert und, sobald sie ausgesprochen sind, liest man Respekt in den Gesichtern, und die Köpfe neigen sich ehrfürchtig.“

Bei jedem Gruppentreffen wird Jargon in die Gruppe hineingebracht und er wird auch beim Treffen selbst kreiert. Parodie ist wahrscheinlich die beste Medizin dagegen. Wenn Teilnehmer über sich selber und ihre geschätzten Interventionen lachen können, dann ist die Chance für einen bedeutsamen Dialog vorhanden.

Aufrichtiges Feedback

Transparenz von Organisation, Zielen, Gefühlen, Meinungen und Wertvorstellungen zusammen mit ehrlichen Äußerungen fördern bedeutsamen Dialog. In Gruppen mit autoritärer Führung gibt es die zu erwartenden Gefahren des Zwangs. Aber auch bei gruppenzentrierten Aktivitäten können sich totalitäre Züge entwickeln. Das Korrektiv dazu ist, totalitäre Sprache infrage zu stellen, sobald sie gebraucht wird. Man hat nämlich beobachtet, dass „korrektes Feedback die Unabhängigkeit signifikanter erhöht, als nicht korrektes Feedback die Anpassung verstärkt“.

Zusammenfassung

Trotz des konstanten Eindrucks, den wir vom menschlichen Bewusstsein haben, ist es ungemein flexibel. Zu den Variationen des Bewusstseins – das heißt zu den *außergewöhnlichen Bewusstseinszuständen* –, die bei Teilnehmern einer Gruppe hervorgerufen werden können, zählen:

- Bloßes Sich-Versammeln unter den sozialen und kulturellen Geboten der Gruppe (Jaynes, 1976)
- Struktur und Komponenten von Ort und Zeit (Barker, 1968)
- Isoliertsein von der Alltagsroutine
- Leben in fremder Umgebung
- Sprechen vor einer großen Zahl fremder Menschen
- Öffentliches Kundtun eigener Gefühle und dabei Zuhören (Lifton, 1961)
- Zuhören bei charismatischen Darlegungen (Ludwig, 1967)
- Konfrontation mit gegensätzlichen Wertvorstellungen, Meinungen und Gewohnheiten
- Emotionale Erregung (inklusive Wut, Angst, Frustration) (Sargant, 1957; Goodman et al., 1974)
- Musik, Singen und Tanzen (Deren, 1970)
- Intensive Konzentration beim Versuch, interpersonale und intrapersonale Krisen zu überwinden
- Nachlassen der Kritikfähigkeit (Ludwig, 1966)
- Durchstehen von Sitzungen zur Problemlösung, welche sehr lange, langweilig und frustrierend sein können und oft unentschieden, verwirrt oder ambivalent enden (Frank, 1961)
- Langeweile: Sitzen in ermüdenden Treffen, bei denen wenig erreicht wird (Heron, 1957)

- Standhalten bei Erschöpfung, Schlafmangel und diffuser emotionaler Spannung (Tyler, 1955)
- Durchstehen langer Nachtwachen mit einem Freund in der Krise
- Fasten (Field, 1960)
- Konsumation von Alkohol oder anderen leichten Drogen
- Koffein
- Konzentration der Aufmerksamkeit, oft bei gedämpftem Licht, auf eine einzige Stimme, ein unlösbares Problem, eine universelle Frage, eine Lebensentscheidung
- Zusammensitzen in langer meditativer Stille.

Eine Haltung für innovatives Lernen

Diese Manifestationen sollte man nicht als isolierte Phänomene betrachten, sondern als Vielfalt in der Einheit: als Effekt des Sich-Versammelns. Dieses Phänomen ist für konstruktives Gruppenverhalten höchst relevant, wenn, wie es James beschrieb, „das normale Selbst nicht von der bewussten Teilnahme am Vorgang ausgeschlossen wird, obwohl das von anderswoher ausgelöst zu werden scheint“. Das heißt, wenn die Teilnehmer in einem Zustand der Mitte wirksam fungieren können – weder völlig kritisch, noch völlig der Trance ausgesetzt.

Indem man akzeptiert, dass die Gruppe eine Wirkung hat, kann man sich entspannen und gleichzeitig das Kritikvermögen eingeschaltet lassen. Eine gänzliche Entspannung des Ich-Bewusstseins kann destruktives Verhalten fördern. Sind das Ich-Bewusstsein und das Wir-Bewusstsein ausgewogen, können Wahrnehmung und geistige Kräfte erweitert werden. Das „Unmögliche“ kann möglich werden. Gegensätzliche Wertvorstellungen können gleichzeitig vorhanden sein, ohne einander zu widersprechen.

So wird man fähig zur Selbst-Steuerung, zu unabhängigem Denken und Handeln und kann seine einzigartigen Gedanken, Meinungen, Glaubensvorstellungen und Wahrnehmungen als Reaktion auf die Gruppe ausdrücken. Man kann auch seine eigene Identität aufrecht erhalten und die persönlichen Wertvorstellungen, Gefühle und Gedanken in einem weiteren Kontext erleben als nur im Hier und Jetzt. Der Einzelne mag sich vielleicht gegen eine ungerechte Regung in Richtung Einmütigkeit in der Gruppe sträuben und sagen: „Wartet mal. Das stimmt für mich nicht. Ich werde daran jetzt nicht teilnehmen und möchte die Gruppe dringend bitten, eine alternative Möglichkeit zu finden.“

Gleichzeitig ist man fähig, voll im Hier und Jetzt zu leben, Stolz, das Gefühl persönlicher Bedeutung, loszulassen, sich einer Sache, die größere Bedeutung hat und das Persönliche übersteigt, unterzuordnen. Man kann fest seine beste Idee vorbringen zur Lösung eines ernststen Problems, vor dem die Gruppe steht, um dann in der nächsten Minute die Idee, die Überzeugung, die Wahrnehmung für etwas Besseres aufzugeben. Diese scheinbar paradoxen

Gesichtspunkte sind komplementäre Manifestationen des *Zustands der Mitte*. Man gibt sein Bestes und gibt es dann für etwas noch Besseres auf.

Außerdem ist der Teilnehmer auch fähig, losgelöst von bestimmten Formen zu leben: einmal, ohne bestimmte strukturierte Aktivitäten zu favorisieren, ein andermal hoch strukturiert. Weil Lösungen, die früher zu Resultaten führten oder in anderen Gruppen Erfolg hatten, nicht unbedingt in einer neuen Situation wirksam sind, kann man vielleicht sogar auch das aus früheren Erfahrungen gewonnene Verständnis aufgeben und Zweifel aushalten oder Angst, jedoch ohne von diesen beherrscht zu werden.

In diesem Zustand kann man neue Wahrnehmungen gewinnen, spezielle Einsichten, die helfen, weise Entscheidungen zu treffen, Probleme zu lösen und allgemein dem Einzelnen und der Gruppe zu gute kommen. Es ist auch möglich, dass einem bewusst wird, dass jedes Individuum einzigartig ist und gleichzeitig vom Ganzen nicht verschieden. „Durch das Außerachtlassen der Besonderheit der Umstände, der Grenzen und Ungenauigkeiten der Sinne [gelangt der Geist] über den Weg metaphysischer Vernunft zu einer allgemeinen prinzipiellen Wahrheit in der Sache.“ (Deren, 1970).

Die Organisation

Vor der Begegnung in der Gruppe von Angesicht zu Angesicht können die Organisatoren die Bedingungen für effektives Lernen in Großgruppen optimieren. Das ist in der Tat wahrscheinlich bei weitem ihre wichtigste Aufgabe und wirklich das einzige, was sie tun können, um eine Erfahrung des learning by doing zu fördern. Deshalb ist diese Aufgabe auch hoch spezialisiert und darf nicht an unerfahrene Freiwillige abgegeben werden. Sie sollte nur von Leuten in Angriff genommen werden, die besonders vorbereitet sind – wenn nicht durch frühere Gruppenerfahrungen dann durch das Leben selbst. Die Organisatoren müssen entscheiden:

- Notwendigkeit

Besteht ein *wirkliches* Bedürfnis? Die Motive zur Veranstaltung der Gruppe sollten nicht bloß wirtschaftlicher Natur sein oder der Pflege sozialer Beziehungen dienen, sondern es sollte ein echtes Bedürfnis sein, etwas, hinter dem man voll dahinter steht.

- Zeit und Ort

Bei der Festlegung von Zeit und Ort sollte der Ort sorgfältig aus- gesucht und die Organisationsstruktur gut überlegt werden, um es wahrscheinlicher zu machen, dass bedeutsamer Dialog und kreatives Denken gefördert werden.

- Teilnehmer

Bei der Einladung der Teilnehmer sollte einerseits auf Vielfältigkeit, andererseits auf eine gemeinsame Absicht geschaut werden.

- Aktives Involviert-Sein in die Gruppentreffen

Hat das Gruppentreffen begonnen, ist niemand verantwortlich bzw. jede und jeder verantwortlich. Die Organisatoren nehmen wie alle anderen teil, unterstützen und behindern den Prozess wie alle anderen.

Die Beobachtung und Erfahrung in Gruppen hilft, die Wahrnehmung für Gefahren zu schärfen und besser damit umzugehen. Zu lernen, wie man im *Zustand der Mitte* handelt, ist eine Kunst. Das schließt ein, den Zustand zu kultivieren, bei dem man „gleichzeitig selbst beteiligt und heldenhaft selbstlos ist“ (Konner, 1985). Oder, anders ausgedrückt, man entwickelt eine „eigenartige Mischung zielgerichteter Hysterie und geduldiger Selbstdisziplin“ (Field, 1960). Sicher ist, dass, mehr zu wissen über die menschliche Natur, über Gruppenverhalten und den Zustand der Mitte aus einem einen besseren Psychotherapeuten machen würde.

Konstruktive Ergebnisse in der Gruppe

Zu den wünschenswerten Ergebnissen der Encounter-Gruppe gehören:

- Eine positive Veränderung der Selbst-Wahrnehmung der Teilnehmer und ein besseres Verständnis von Sinn und Bedeutung ihres Lebens (Heilung).
- Die Möglichkeit, subjektiv zu erleben, dass das Individuum der Ort ist, in dem das Ganze vergegenwärtigt wird (Bortoft, 1996) (Transpersonalität).
- Verbesserte zwischenmenschliche Beziehungen.
- Einfühlsamer Dialog.
- Lösung von Konflikten und Krisen, indem gegensätzliche Wertvorstellungen integriert werden (Wood, 1999).
- Beherrschung innovativen Lernens (Botkin, Elmandjra & Malitza, 1979).
- Kreatives Problemlösen (Wood, 1984).
- Hinauswachsen über die Demokratie zur Selbststeuerung, wozu gehört, dass die Intuition der Teilnehmer genutzt wird, um Aktivitäten intelligent zu koordinieren – ohne Gesetzgebung oder explizite parlamentarische Prozesse (Wood, 1984).
- Bewusstheit über Kultur – wie sie entsteht und verändert wird in einem miteinander fühlenden und effizienten Prozess, der die Beteiligten involviert und respektiert und ihnen und der Kultur nützt (Wood, 1984).
- Freisetzung menschlichen Potenzials.
- Bewusstwerdung der Wertvorstellungen der Gemeinschaft.
- Transpersonale Bewusstheit (Wood, 1994b).

Literatur

- Barker, R. G. (1968). *Ecological psychology*. Stanford University Press.
- Bortoft, H. (1996). *The wholeness of nature: Goethe's way of science*. New York: Floris Books.
- Botkin, J. W., Elmandjra, M. & Malitza, M. (1979). *No limits to learning: Bridging the human gap*. Oxford: Pergamon Press.
- Bramly, S. (1977). *Macumba*. New York: Avon Books.
- Cleveland, C. C. (1916). *The great revival in the west*. University of Chicago Press.
- Deren, M. (1970). *The divine horsemen*. New York: Chelsea House.
- Doob, L. W. & Foltz, W. J. (1973). The Belfast workshop. *Journal of Conflict Resolution*, 17, 489–512.
- Doob, L. W., Foltz, W. J. & Stevens, R. B. (1970). Appraisal by three Americans. In L. W. Doob (ed.) *Resolving conflict in Africa: The Fermeda workshop*. New Haven: The Yale University Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Field, M. J. (1960). *Search for security*. Northwestern University Press.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Goodman, F. D., Henney, J. H. & Pressel, E. (1974). *Trance, healing and hallucination*. New York: John Wiley & Sons.
- Gransberg, G., Steinbring, J. & Hamer, J. (1977). New magic for old: TV in Cree culture. *Journal of Communication* Autumn.
- Haney, C., Banks, C. & Zimbardo, P. G. (1973). Interpersonal dynamics in a simulated prison. *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 69–97.
- Heron, W. (1957). The pathology of boredom. *Scientific American*, 196, 52–56.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Henry Holt.
- James, W. (1896). *Exceptional mental states – The Lowell Lectures*. Edited by Eugene Taylor. University of Massachusetts Press.
- James, W. (1929). *The varieties of religious experience*. New York: Modern Library.
- Jaynes, J. (1976). *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. New York: Houghton Mifflin Co.
- Jilek, W. G. (1974). *Salish Indian mental health and culture change*. Toronto: Holt, Rinehart & Winston.
- Kohut, H. (1985). *Self psychology and the humanities*. New York: W. W. Norton.
- Konner, M. (1985). Transcendental medication. *The Sciences*, May/June.
- Kreuger, A. P. & Reed, E. J. (1976). Biological impact of small air ions. *Science*, 193, 1209–1213.
- Latané, B. & Darley, J. M. (1968). *The unresponsive bystander: Why doesn't he help?* New York: Appleton-Crofts.
- LeBon, G. (1895). *The crowd; orig.: Psychologie des foules*. Paris 1895.
- Lifton, R. J. (1961). *Thought reform and the psychology of totalism*. New York: W. W. Norton & Co.
- Ludwig, A. (1966). The formal characteristics of therapeutic insight. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 305–318.
- Ludwig, A. (1967). The trance. *Comprehensive Psychiatry*, 8(1), 13.
- Mintz, N. L. (1956). Effects of esthetic surroundings: II. Prolonged and repeated experiences of a 'beautiful' and an 'ugly' room. *The Journal of Psychology*, 41, 459–466.
- Naydler, J. (1996). *Goethe on science*. Edinburgh: Floris Books.
- Ravencroft, K. (1965). Voodoo possession: A natural experiment in hypnosis. *The Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13(3), 157–182.

- Rogers, C. R. (1946c). Significant aspects of client-centered therapy. *The American Psychologist*, 1(10), 415–422.
- Rogers, C. R. (1947c). Some observations on the organization of personality. *The American Psychologist*, 2(9), 358–368.
- Rogers, C. R. (1955a). Persons or science? A philosophical question. *The American Psychologist*, 10(7), 267–278.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of psychotherapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1961b). The process equation of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 15(1), 27–45.
- Rogers, C. R. (1963c). The concept of the fully functioning person. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 1, 17–26.
- Sargant, W. (1957). *Battle for the mind*. New York: Doubleday.
- Singer, J. L. (1976). *The inner world of daydreaming*. New York: Harper & Row.
- Taylor, E. (1999). *Shadow culture: Psychology and spirituality in America*. Washington DC: Counterpoint.
- Tyler, D. B. (1955). Psychological changes during experimental sleep deprivation. *Diseases of the Nervous System*, 16(10), 293.
- Williams, D. (1971). The Sokodae: A West African dance. *Institute for Cultural Research* monograph. Kent, England.
- Wood, J. K. (1984). Communities for learning: A person-centered approach to large groups. In R. Levant & J. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice*. New York: Praeger.
- Wood, J. K. (1994a). The person-centered approach's greatest weakness: Not using its strength. *The Person-Centered Journal*, 1(3), 96–105.
- Wood, J. K. (1994b). A rehearsal for understanding the phenomenon of group. *The Person-Centered Journal*, 1 (3), 18–32.
- Wood, J. K. (1995). The person-centered approach: Toward an understanding of its implications. *The Person-Centered Journal*, 2(2), 18–35.
- Wood, J. K. (1997). Notes on studying large group workshops. *The Person-Centered Journal*, 4 (Fall), 65–77.
- Wood, J. K. (1999). Toward an understanding of large group dialogue and its implications. In C. Lago & M. MacMillan (Eds.), *Experiences in relatedness: Groupwork and the person-centred approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Autor

John Keith Wood, 1934–2004, langjähriger Mitarbeiter von Carl Rogers in den USA, besonders auch in der Arbeit mit Großgruppen, Verfasser zahlreicher Werke zum Personzentrierten Ansatz in verschiedenen Bereichen. Zuletzt lebte Wood in Brasilien, wo er sich für ökologische Projekte engagierte. [Nachruf von Charles O'Leary in PERSON 2 (2004), 174; Bibliografie von Peter F. Schmid in Person-centered and Experiential Psychotherapies 4,2 (2005), 141–144]

Rezensionen*

Franz Berger

Janet Tolan: Skills in Person-Centred Counselling and Psychotherapy.

London /Thousand Oaks /New Delhi: Sage, 2003. 180 Seiten. ISBN 0-7619-6118-6 (pbk), € 28.10 /SFr. 48.60

In der SAGE-Publikationsreihe über „Skills“ in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen hat Janet Tolan (in Teilen unterstützt von Alan Brice und Rose Cameron) eine praxisnahe Anleitung zum Erlernen des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) veröffentlicht. Die Autorin lehrt Counseling an der John Moore Universität in Liverpool, ihre Erfahrung mit Ausbildung und Supervision ist offensichtlich. Tolan spricht von den Ängsten, Bedenken und Unsicherheiten, die PsychotherapeutInnen und BeraterInnen in Ausbildung, aber auch jene mit langer Erfahrung bewegt, wenn sie sich kongruent, empathisch und positiv beachtend auf die Beziehung mit ihren Klientinnen und Klienten einlassen. Sie nimmt die innerhalb und außerhalb der eigenen Reihen anzutreffende Skepsis an der Realisierbarkeit und Wirksamkeit der personenzentrierten Bedingungen auf, stellt Fragen und geht ausführlich auf sie ein. Übungen verweisen konsequent auf die Selbsterfahrung der BeraterInnen und TherapeutInnen.

Der Titel macht neugierig: Was sollen „skills“, also ‚(kunst-) handwerkliches Geschick‘ im Kontext des PZA, erklärt doch die Autorin programmatisch: „We are not using equipment or techniques to do our job, but our selves and the relationships we form“ (p. 170)? Tolan meint mit „skills“ aber nicht Techniken, die wie von selbst wirken, sondern solche Interaktionen unter der Vielfalt zwischenmenschlicher Ausdrucksmöglichkeiten, die geeignet sind, den Prozess der Psychotherapie und Beratung zu fördern und zu unterstützen, ohne dabei die Richtung des Prozesses inhaltlich vorzugeben. Sie sind ausnahmslos am Beratungs- und Therapieziel orientiert, nämlich an der Förderung von Selbstkompetenz und zwischenmenschlich eingebetteter Autonomie. Hinsichtlich dieses Ziels und der professionellen Einstellungen und Fertigkeiten sind für Tolan Psychotherapie und Beratung (Counseling) identisch. Das – allerdings nur knappe – Kapitel über die „Arbeit in Organisationen“

lässt aber erahnen, dass sich diese beiden Interventionsformen in der Praxis deutlich unterscheiden, in erster Linie wegen der unterschiedlichen Rahmenbedingungen, aber auch in der konkreten Beziehungsgestaltung und den fachlichen Herausforderungen.

Das Buch mit seinen 12 Kapiteln lässt zwei Themenschwerpunkte erkennen:

1. die Theorie des Personenzentrierten Ansatzes, die therapeutischen Grundbedingungen und die konkreten interaktiven Fertigkeiten für deren Umsetzung sowie
2. die Strukturierung des Therapie- und Beratungsprozesses sowie einige Klarstellungen zu Missverständnissen und Stolpersteinen des PZA.

Tolan stellt bewusst die Theorie an den Anfang. „A thorough understanding of how and why psychological pain arises, of how we can help and why our means of helping works, enables us to continue to stay in psychological contact with our clients. Without such clarity, there is a great temptation to ‘try something else’ in order to bring relief to our clients (and, of course, ourselves)“ (p. 16).

Das erste Kapitel bietet einen kurzen, prägnanten Abriss der Persönlichkeits-, Entwicklungs-, Gesundheits- resp. Störungstheorie, einer Theorie der therapeutischen Veränderung und der therapeutischen Hilfe nach dem Personenzentrierten Ansatz von Carl Rogers.

Danach werden ausführlich die einzelnen Grundbedingungen des personenzentrierten Beziehungsangebots und ihr Zusammenhang untereinander beschrieben. Zu jeder Grundbedingung führt Tolan spezifische kommunikative Fertigkeiten auf und demonstriert so die Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes in einer Bandbreite von Interaktionen:

- Empathisches Verstehen mit seiner perzeptiven und expressiven Komponente verlangt Fertigkeiten, um den Wahrnehmungen

* 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 (U 3)

und dem Gewährsein Ausdruck zu verleihen, ihnen eine Stimme zu geben („voicing“, p. 26). Kreative Weisen der Vermittlung von Empathischem Verstehen – etwa Metaphern, Symbolisierungen von Selbstaspekten („configurations of self“ nach Mearns) oder Selbstmitteilungen – werden angeregt. Tolan macht auf Unausgesprochenes und Unausprechliches aufmerksam („The words themselves, although expressive, give only part of the meaning“, p. 24). Sie zeigt anschaulich, wie mit der für das personenzentrierte Paradigma zentralen Dialektik von Selbsterfahrung und Selbststruktur praktisch umgegangen werden kann („We listen to the self-experiencing ‘voices’, but we also listen to the voice of the self-structure“, p. 9).

- Auch Kongruenz – als „the capacity to admit organismic experiencing fully into awareness, without the need for distortion or denial“ (p. 13) – kann geschult werden. Therapeuten und Berater entwickeln Vertrauen in die eigene Wahrnehmung, werden sich der eigenen Werte bewusst und lernen, sich als Person-in-Beziehung anzunehmen.
- Um dem Klienten mit Bedingungsfreier Positiver Beachtung zu begegnen, lernen Berater und Therapeuten, sich der Tendenz, nur partiell zuzuhören und ständig Urteile zu fällen, bewusst zu werden und die Person mit vorurteilslosem Interesse wahrzunehmen. Auch hier geht es nicht um einen Sprachjargon („Acceptance lies in you, not in any form of words“, p. 71). Andersartigkeit zu akzeptieren und sich der damit einhergehenden Bedrohung der eigenen Selbststruktur zu stellen ist nicht selbstverständlich. Alan Brice steuert hierzu unter dem Titel *„Wenn Klienten lügen“* einen illustrativen Bericht bei. Sein Beitrag belegt eindrücklich, was es bedeutet, in belastenden Momenten mit dem Klienten in Kontakt zu sein und dadurch dessen Vertrauen zu festigen.
- Zwei Beiträge von Rose Cameron befassen sich mit dem psychologischen Kontakt, den Rogers unter den Bedingungen für psychotherapeutische Hilfe an erster Stelle nannte. Sie differenziert dazu einerseits nach basaler und kognitiver und andererseits nach emotionaler und subtiler Kontaktqualität und geht auf die meist nur implizit ablaufenden Kontakterfahrungen ein, welche die Qualität von Begegnungen ausmachen, auf Bedingungen der Verfügbarkeit für Kontakt, auf Kontaktaufnahme und Kontaktkontinuität. Übungen, welche die Aufmerksamkeit auf die sozial und kulturell geprägten,

kontaktregulierenden Sprachcodes lenken, unterstützen die Sensibilisierung für diese Prozesse.

Tolan macht unmissverständlich klar: Es ist nicht Aufgabe des Psychotherapeuten und Beraters, Aktivitäten zu entfalten oder Veränderungen für einen Klienten zu suggerieren („We are not in the business of changing or jettisoning someone else’s self-structure“, p. 9). Berater und Therapeuten schaffen ein Klima, das den Klienten in die Lage versetzt, sich selber kennen und akzeptieren zu lernen. Das Ziel des Personenzentrierten Therapeuten und Beraters ist die Schaffung einer „verzerrungsfreie Zone“ (p. 43) für Persönlichkeitsveränderungen. Diese erfolgen in kleinen Anpassungsbewegungen, nicht in großen Momenten der Erleuchtung.

Im zweiten Schwerpunktabschnitt schreibt Tolan von den Regeln der professionellen Praxis – diese müssen klar und explizit gehandhabt werden – und von der Verantwortung von Therapeuten und Beratern bei der Strukturierung des Therapie- oder Beratungsprozesses. Erläutert werden etwa die Aufgaben zu Beginn und am Ende und der Entwicklungsverlauf in Phasen, wie ihn Carl Rogers beschrieben hat. Tolan führt den Leser und die Leserin durch die Weiten und Engpässe, die Verlockungen und Verstrickungen in diesem Prozess. Sie schreibt über die Versuchung, „den Fluss zu schieben“, über brüchige Verläufe, Highlights und Tiefpunkte, über Schwankungen des Vertrauens und über Abhängigkeiten. Konkret äußert sich Tolan zu Themen, die sich oft mit Missverständnissen verbinden: Wie grenzen sich im PZA Berater und Therapeuten von ihren Klienten ab? Gibt es konfrontierende Interventionen? Was ist mit körperlichen Berührungen? Und muss der Berater seine Expertise verbergen?

Alles in allem ist dies mit seinen knapp 180 Seiten ein „handliches“ Buch: überblickbar, gut gegliedert und mit grafisch abgehobenen didaktischen Einschüben versehen, unterfüttert mit einer Fülle von originellen, facettenreichen Gesprächsbeispielen. Die Sprache der Autorin ist flüssig, anschaulich, reich an Metaphern. Am Ende der Kapitel werden Hinweise auf weiterführende, überwiegend aus England stammende Literatur gegeben. Tolan legt auf knappem Raum die kommunikativen Ausdrucksformen des Personenzentrierten Ansatzes dar und lädt zu wachen, lebhaften und unverkrampften Gesprächen mit unseren Klienten und Ratsuchenden ein.

Mark Galliker

Marlis Pörtner: **Alt sein ist anders. Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen.**

Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften), 2005. 146 Seiten, ISBN 3-608-94156-8, € 18,50 / SFr. 32,70

Kurze Zeit nachdem das im Klett-Cotta Verlag publizierte Werk „Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege“ des Altersforschers, Psychiaters und Kontrollanalytikers Hartmut Radebold Aufsehen erregte, erschien im gleichen Verlag zur gleichen Problematik, allerdings ohne Psychotherapie und Beratung zu berühren, eine personenzentrierte Arbeit von Marlis Pörtner, die im Klett-Cotta-Verlag schon verschiedene Bücher veröffentlicht hat, darunter auch eine Arbeit, in der die Betreuung behinderter Personen thematisiert wird. Während Pörtner in „Brücken bauen“ auf ihre Berufserfahrung mit Behinderten zurückgreifen konnte, beruft sich die Autorin in ihrer neuesten Arbeit auf die – wie sie es nennt – „seltsame Erfahrung“ des eigenen Älterwerdens.

Nach Pörtner wird der letzte Lebensabschnitt von jeder Person anders erlebt. Es gibt keine allgemeinen Rezepte für den Umgang mit betagten Menschen, außer dass jeder Mensch in seiner persönlichen Eigenart zu verstehen und ernst zu nehmen ist. Die momentane Befindlichkeit ist maßgebend und insbesondere bei Handlungsbedarf differenziert zu erfassen. Die betagte Person wird nicht allein gelassen und „immer wieder neu angenommen“ im doppelten Sinne des Wortes von „beständiger Akzeptanz“ und „keiner Festlegung“. Die Autorin nennt das Vorgehen *psychische Begleitung* im Unterschied zur biographischen Begleitung, die mehr auf die Vergangenheit ausgerichtet ist und mit Erinnerungen arbeitet.

Die psychische Begleitung ist in die alltäglichen Verrichtungen eingebunden. Es werden keine besonderen Gespräche geführt. Manche Menschen sind in Alltagssituationen viel aufgeschlossener und mitteilbarer als in arrangierten Gesprächen. Beim Waschen, beim Kämmen, beim Nägelschneiden lernen sich betreuende und betreute Personen persönlich kennen – nonverbal und verbal. Es wird weniger als Ressource gesehen, „was *noch* da ist“, sondern vielmehr „was *jetzt* da ist“, auch wenn dies vielleicht nur unscheinbar da ist und auf den ersten Blick gar nicht als Ressource erkennbar ist.

Nach der Autorin benötigen Menschen in ihrer letzten Lebensphase meistens andere Ressourcen als die gewöhnlich unterstellten. Das Phänomen des häufigen Vergessens, das generell als Defizit gilt, kann sich als Ressource herausstellen auf einer Wegstrecke, auf der es auch darum geht, Ballast abzuwerfen. So ist „Alt sein“ nicht nur der Verlust von früher selbstverständlichen Fähigkeiten, sondern auch eine Befreiung von eigenen und fremden Anforderungen:

„Herr L., 92 wollte bisher jeden Morgen beim Frühstück die Nachrichten im Radio hören. Auf einmal (...) will er das nicht mehr,

und bittet die Betreuenden das Radio nicht anzustellen. Die Betreuenden verstehen das nicht. ‚Warum denn, Herr L. Sie wollten doch immer wissen, was in der Welt los ist. Möchten Sie nicht doch, dass wir Ihnen das Radio anstellen?‘ wird er gefragt. Herr L. schüttelt den Kopf. In der Teambesprechung äußern sich die Betreuenden besorgt darüber, dass ‚Herr L. wieder ein Stück abgebaut hat‘“ (S. 50).

Die Autorin fragt sich, ob das unerwartete „Desinteresse“ für die Tagesaktualität in der letzten Entwicklungsphase auch wirklich als negativ zu bewerten ist. Die Pflegenden hätten es sicherlich gut gemeint und wollten, dass Herr L. nichts verpasse, aber „es gut meinen“, rechtfertigte nicht, sich über seine Wünsche und Eigenverantwortlichkeit hinwegzusetzen. „Herr L. hat mit etwas abschließen können, was ihm bisher wichtig gewesen ist“ (S. 50).

In der Literatur sowie in den Leitlinien vieler Institutionen finden sich schöne Sätze zur Förderung der Selbstständigkeit alter Menschen. Nach Pörtner zeigt sich jedoch häufig in der Praxis, dass „Förderung der Selbstständigkeit“ vorgegebene Vorstellungen darüber beinhaltet, was alte Menschen „selbstständig“ tun sollten – beispielsweise ganz bestimmte Verrichtungen zu bestimmten Zeitpunkten an bestimmten Orten zu erledigen. Ob das auch dem entspricht, was die alten Menschen selbst wollen, bleibe dahingestellt. Deshalb verwendet die Autorin bewusst den Begriff der *Eigenständigkeit* anstelle des Begriffs Selbstständigkeit.

Nach Pörtner kann Eigenständigkeit gerade auch heißen, den ganzen Tag im Bett liegen zu bleiben oder am gemeinsamen Ausflug *nicht* teilzunehmen. Eigenständig handeln bedeute immer auch eigene Verantwortung zu übernehmen, um sich als selbst Handelnder und nicht als Objekt zu fühlen. Deshalb müsse alten Menschen, wo immer es irgendwie möglich sei, Eigenständigkeit zugestanden werden, selbstverständlich auch auf die Gefahr hin, dass sie sich nicht gemäß den Erwartungen verhalten:

„Frau A. ist 96. Sie lebt im Pflegeheim, kann noch sehr klar denken und freut sich, dass sie noch gehen kann. Trotzdem äußert sie manchmal den Wunsch, bald zu sterben. Oft lehnt sie das Essen ab, weil sie einfach nicht mag. Regelmäßig wird sie von den Pflegenden ermahnt: ‚Wenn Sie nicht essen, können Sie bald nicht mehr gehen.‘ Sie wissen, wie wichtig es für Frau A. ist, dass sie noch gehen kann, und hoffen, sie auf diese Weise zum Essen zu bewegen“ (S. 67).

Nach der Autorin ist dieses Vorgehen des Pflegepersonals nicht zu rechtfertigen, denn an manchen Tagen isst Frau A. mit Appetit und Genuss. Die Autorin weist darauf hin, dass keinerlei Grund bestehe, sie zu bevormunden oder gar einzuschüchtern.

Die Eigenständigkeit eines alten Menschen zu respektieren bedeutet nicht zuletzt auch, dessen persönlichen Rhythmus zu berücksichtigen. Im Alter verlangt der Organismus genauso wie in jungen Jahren quasi sein Naturrecht und mag sich nicht in starre Zeitpläne einbinden lassen. Der mangelnde Respekt vor der Eigenständigkeit der Person sowie ihrem Verhalten im Alltag ist weit verbreitet. Man denke etwa an die in vielen Heimen routinemäßige Ruhigstellung im Ineinandergreifen von Verwaltung, Pflege, Ärzteschaft und Pharmaindustrie. Arbeitsabläufe und Kommunikationsformen der Institutionen wären aber an deren Anspruch zu messen. *„Strukturen sind nicht um ihrer selbst willen da, sie müssen dem Sinn und Zweck der Einrichtung dienen, die Verwirklichung der im Leitbild verankerten Grundsätze unterstützen und ein gutes Arbeitsklima ermöglichen“* (S. 126).

Die Autorin betrachtet sehr genau, wie die Pflegenden und andere Betreuungspersonen auf die momentanen Wünsche und Bedürfnisse alter Menschen eingehen und eingehen könnten. Sie macht nicht den Fehler, auch in der Gegenwart institutionell reproduziertes Leiden in den Schatten der Vergangenheit zu stellen, wie

dies bei dem eingangs erwähnten Buch von Radebold der Fall ist.

Sind nur vergangene Vorkommnisse problematisch und unerträglich und damit schwer zu erinnern oder ist nicht gerade auch die gegenwärtige Behandlung fragwürdig? Pörtner konzentriert sich auf die Gegenwart und wird deshalb den momentanen Problemen älterer Personen vielleicht eher gerecht als Radebold, der die Zustände in manchen Heimen und das Vorgehen bei der Pflege mit keinem Wort problematisiert. Pörtner glaubt, dass sich menschenwürdige Pflege und Versorgung mit einer personenzentrierten Haltung ohne Wiederbelebung der Vergangenheit auch im Rahmen großer Einrichtungen und ihrer Sachzwänge verwirklichen lässt. Sie sieht allmählich eine Generation von Betreuenden heranwachsen, die sich einer humanistischen Sichtweise von Pflege und Betreuung verpflichtet fühlt und dies *„wird nicht ohne Einfluss auf die Institutionen bleiben“* (S. 121).

Alles in allem: Ein gutes Buch, ein schönes Buch, das Pflegenden, Ärzten, Angehörigen und allen Menschen, die sich auf ihre eigene Zukunft einstellen, empfohlen werden kann.

Mark Galliker

Gerald Hüther: Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004. 137 Seiten, ISBN 3-525-46213-1, € 14.90 /SFr. 27.20

Am Salzburger Symposium „Selbstorganisation“ der deutschsprachigen personenzentrierten Verbände im Herbst 2004 gehörte Gerald Hüther zu jenen Referenten, die am meisten Aufsehen erregten. Hüther, Professor für Neurobiologie an der Psychiatrischen Klinik der Universität Göttingen, wurde in den letzten Jahren durch seine Veröffentlichungen im Schnittbereich von Neurobiologie und Psychologie auch einem größeren Publikum bekannt. Ein besonderes Anliegen des Neurowissenschaftlers ist die Wiedervereinigung natur- und geisteswissenschaftlicher Ansätze. 2004 wurde er in der GwG-Zeitschrift von Ursula Reinsch zum Zusammenhang von Psychotherapie und Plastizität des Gehirns interviewt (Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 4/2004, S. 243-245).

Für den an praktisch-psychologischen Fragen interessierten Naturwissenschaftler, der seine experimentelle Hirnforschung evolutionstheoretisch einbettet, werden die Weichen für die Nutzung und die spätere Strukturierung des Gehirns sehr früh in der Ontogenese gestellt. Die Art und Weise, wie ein Mensch denkt, fühlt und handelt, ist ausschlaggebend dafür, welche Verschaltungen von

Nervenzellen in seinem Gehirn etabliert und stabilisiert und durch unzureichende Nutzung gelockert und schließlich aufgelöst werden. Das Gehirn bleibt also bis ins hohe Alter veränderbar. Bereits in seiner „Bedienungsanleitung für das menschliche Gehirn“ hat Hüther (2001) festgestellt, dass das Gehirn sich durch seine Benutzung selbst programmiert; ein Sachverhalt, der sich sicherlich auch innerhalb der neuropsychologischen Forschung als weiterführend erweisen könnte.

Nach Hüthers Aussagen im Interview verändern sich die neuronalen Verschaltungen und synaptischen Verbindungen insbesondere bei Erfahrungen, die emotional bedeutsam sind. Demnach sind bei Problemen Psychotherapien umso effektiver und nachhaltiger, je besser es den Therapeuten oder Therapeutinnen gelingt, die Klienten oder Klientinnen emotional zu erreichen. Er betrachtet die therapeutische Beziehung als eine „Begegnung in Augenhöhe“, bei der die Interaktion und das gegenseitige Aufeinander-einlassen wesentlich sind: *„Immer dann, wenn Menschen nicht nur miteinander oder aneinander vorbeireden, sondern miteinander in Beziehung treten, also sich wirklich auf den anderen einlassen – sich*

„beeindrucken“! lassen –, verändern sich beide und damit verändert sich auch ihr Hirn“ (Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 4/2004, S. 245).

Sein hier rezensiertes, mittlerweile (2006) in dritter Auflage erschienenes Buch behandelt ein Thema, das in den letzten Jahren bei Fachleuten immer größere Bedeutung erlangte. Der Autor beschreibt Vorstellungen, die sich auf unsere Erfahrungen beziehen und verweist auch auf Visionen betreffend Veränderungen der eigenen Lebensgestaltung. Im Hirn eines Menschen, der immer wieder mit emotionaler Erregung an das Gleiche denkt oder der immer wieder auf die gleiche Weise emotional erregt reagiert und handelt, entstehen starke innere Bilder in Form der dabei gebahnten Verschaltungsmuster. *„Diese sind dann besonders leicht wachrufbar und können unter Umständen bestimmend für das gesamte Denken, Fühlen und Handeln der Person werden“ (S. 87).*

Vorstellungen und Visionen korrespondieren mit neuronalen Mustern, welche aktiviert werden, wenn wir versuchen, uns in der Welt zurechtzufinden und neue Möglichkeiten auszuprobieren. Innere Bilder können uns verunsichern und das Leben schwer machen; unter günstigen Bedingungen sind sie aber auch veränderbar und können uns in Zukunft vieles erleichtern. Hierzu ein Illustrationsbeispiel aus dem generell sehr anschaulich geschriebenen Buch:

„Als ich etwa zehn Jahre alt war, traf ich in einem dieser Heime auf einen Lehrer: Der war ganz anders als all die anderen. Er war der erste Mensch, dem ich bis dahin begegnet war, der mich wirklich angeschaut und mich so, wie ich war, einfach angenommen hat. In welchen Fächern er mich damals unterrichtete, weiß ich nicht mehr: Es war nur so, dass mir die Schule (...) auf einmal richtig Spass zu machen begann. Irgendwie hat es dieser Lehrer geschafft, in mir das Gefühl zu wecken, wirklich wichtig zu sein. Er hat mir zum ersten Mal gezeigt, dass ich etwas konnte und dass es irrsinnig viel Freude macht, neugierig zu sein und die Welt zu entdecken. Auch in Büchern. Ich begann viel zu lesen und fand auf einmal alles, was in diesen Büchern stand, unglaublich spannend, so wurde ich auch in der Schule immer besser: Nach einem halben Jahr kam ich allerdings schon wieder in ein anderes Heim. Dort hatte ich wieder andere Lehrer; aber meine Lust am Lernen habe ich nicht wieder verloren. Irgendwie habe ich das Bild

von diesem einen, entscheidenden Lehrer seither immer in mir getragen. Es ist, als hätte er mich damals auf ein anderes Gleis gesetzt, meinem Leben eine neue Richtung oder erstmals überhaupt eine Richtung gegeben“ (S. 106–107)

In dem mit einer gewissen Leichtigkeit geschriebenen Buch, das kaum je an die oft mühsam zu lesenden Bücher anderer Neurobiologen erinnert, schafft der Autor eine Verbindung zwischen materiellen und geistigen Prozessen. Neurophysiologische Prozesse begründen zwar psychische Prozesse, doch letztere haben eine starke Rückwirkung auf erstere; ein Kreislauf auf den seit den russischen Reflexologen des 19. Jahrhunderts in der einen oder anderen theoretischen Ausgestaltung (u. a. Kulturhistorische Schule und Berliner Schule) immer wieder hingewiesen wurde, der aber in den letzten Jahren aus dem Blickfeld geriet, obgleich es an entsprechenden Impulsen – zumal auch von Vertretern der Nachbardisziplinen – nie gefehlt hat (vgl. z. B. den Festvortrag des Biologen Hubert Markl in Göttingen anlässlich des 100-jährigen Jubiläums der Deutschen Gesellschaft für Psychologie vom 26. 9. 2004).

In klinischer Hinsicht entscheidend ist, dass sich psychische Prozesse – durch Gespräche nahe gelegte und ausgelöste Prozesse, mithin psychotherapeutische Prozesse – unter bestimmten Bedingungen, zu denen maßgeblich emotionale gehören, in das menschliche Gehirn eingraben. Hüther weist in seinem theoretisch sowie praktisch relevanten Buch mehrmals auf Sachverhalte hin, die für Ohren von Gesprächspsychotherapeutinnen wohlklingend sind; ja manche seiner Ausführungen könnten geradezu als neurobiologische Rechtfertigung der personenzentrierten Auffassung figurieren. Allerdings würde der Autor mit einigen seiner Erkenntnisse bei verhaltenstherapeutisch und systemisch orientierten Kollegen und Kolleginnen auf ebenso große Zustimmung stoßen. Als Beispiel seien die tief gebahnten Verschaltungsmuster des Suchtverhaltens angeführt, bei dem nur unter der Voraussetzung eines externen Kontextwechsels bei erneuter Bedrängnis und wiederholter Stressreaktion ein automatisches Zurückgreifen auf die ursprünglichen Bahnen vermieden werden kann (vgl. auch Hüthers Artikel *„Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten“* in Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 4/2004, S. 246–252).

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

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

