

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2 | 2004

8. Jahrgang

ÄGG
APG-Forum
DPGG
IPS der APG
ÖGwG
SGGT

Herausgegeben von Ulrike Diethardt, Ulf Lukan, Gerhard Stumm

FACHBEITRÄGE

- Gérard Mercier*: **Aktualisierungstendenz und Handlungsorganisation. Zum Stellenwert der Konzeptualisierung im therapeutischen Prozess** 91
- Hermann Spielhofer*: **Psychotherapie als Prozess der Anerkennung** 102
- Barbara Volgger, Anton-Rupert Laireiter & Joachim Sauer*: **Burnout bei PsychotherapeutInnen: Eine Studie bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich** 114
- Franco Perino & Elena Polestra*: **Der Personzentrierte Ansatz in der Medizin** 125
- Edith Benkö*: **Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation – Überlegungen aus klientenzentrierter Sicht** 137
- Annette Murafi*: **Personzentrierte Therapie bei einer depressiven Klientin mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Klinik** 147
- Hans-Peter Heekerens und Maria Ohling*: **Systemisch denken und experienziell handeln: die Emotions-Fokussierte Paartherapie** 156
- Robert Waldl*: **Personzentriertes Coaching** 164

WÜRDIGUNGEN UND NACHRUFE

- Jobst Finke und Ludwig Teusch*: **Zum 80. Geburtstag von Hans Swildens** 172
- Nachrufe auf Jan Rombauts, Tony Merry, John Keith Wood** 175

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 „experienzell“ 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 experienzell“ 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, Psychologisches Institut III 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

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 1 271 71 70; Fax: +41 1 272 72 71; E-Mail: sggtpcp@smile.ch

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

Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Diether Höger, Mark Galliker, Karin Hegar-Stark, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Ulf Lukan, Christian Metz, Judith Reimitz-Filipic, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

Fachbeirat von PERSON (Stand 9. 11. 04)

Béatrice Amstutz, Clara Arbter-Rosenmayr, Anna Auckenthaler, Niklas Baer, Christiane Bahr, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Michael Behr, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ute Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, Olaf de Haas, Miriam de Vries, Martina Dienstl, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Karin Eisner-Aschauer, Ulrich Esser, Reinhold Fartacek, Margarete Fehlinger, Christian Fehringer, Andrea 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, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Robert Hutterer, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Ruth Koza, Franz Kraßnitzer, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Germain Liettaer, Hans-Jürgen Luderer, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Jörg Merz, Beatrix Mitterhuber, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Annette Murafi, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Barbara Reisel, Klaus Renn, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Eva-Maria Schindler, Sabine Schlippe-Weinberger, Stefan Schmidtchen, Christoph Schmitz, Wolfgang Schulz, Reinhold Schwab, Helmut Schwanzar, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Dora Stepanek, Norbert Stözl, 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: Ulrike Diethardt, Ulf Lukan, Gerhard Stumm

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

Inhalt

Editorial 90

Fachbeiträge

Gérard Mercier

Aktualisierungstendenz und Handlungsorganisation. Zum Stellenwert der Konzeptualisierung im therapeutischen Prozess 91

Hermann Spielhofer

Psychotherapie als Prozess der Anerkennung 102

Barbara Volgger, Anton-Rupert Laireiter & Joachim Sauer

Burnout bei PsychotherapeutInnen: Eine Studie bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich 114

Franco Perino & Elena Polestra

Der Personenzentrierte Ansatz in der Medizin 125

Edith Benkö

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation – Überlegungen aus klientenzentrierter Sicht 137

Annette Murafi

Personenzentrierte Therapie bei einer depressiven Klientin mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung
Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Klinik 147

Hans-Peter Heekerens und Maria Ohling

Systemisch denken und experienziell handeln: die Emotions-Fokussierte Paartherapie 156

Robert Waldl

Personenzentriertes Coaching 164

Würdigungen und Nachrufe

Jobst Finke und Ludwig Teusch

Zum 80. Geburtstag von Hans Swildens 172

Nachrufe auf Jan Rombauts, Tony Merry, John Keith Wood 173

Rezension

Michael Behr

Gerhard Stumm / Johannes Wiltschko / Wolfgang W. Keil: Grundbegriffe der Personenzentrierten
und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung. 175

Editorial

Mit diesem Heft wird in der Geschichte der Zeitschrift wieder ein neues Kapitel aufgeschlagen: Die Konstituierung eines Fachbeirats.

Damit werden alle zur Veröffentlichung eingereichten Beiträge (Fachartikel, aber auch Berichte) nicht mehr nur von Redaktionsmitgliedern gesichtet und redaktionell betreut, sondern ab sofort zusätzlich von mindestens zwei externen Gutachtern evaluiert. Diese werden in Hinkunft eingebrachte Beiträge in anonymisierter Form nach einem vorgegebenen Raster einschätzen. D. h. weder wissen die Gutachter, von wem die Arbeit stammt, noch die Autoren, wer ihre Arbeit evaluiert. Die externen Gutachter (siehe die aktuelle Liste auf der Innenseite des vorderen Umschlags) wurden einerseits nach ihren wissenschaftlichen und andererseits nach ihren praktischen Erfahrungen im person-/klientenzentrierten bzw. experienziellen Feld ausgewählt und zur Mitarbeit eingeladen.

Gerade angesichts dieser Maßnahme zur Qualitätssicherung und zur Hebung des Standards der Objektivierung wollen wir vorab alle potenziellen Autoren und Autorinnen ermuntern, weiterhin oder auch zum ersten Mal Beiträge bei PERSON einzureichen. Die Etablierung eines Fachbeirats sollte niemanden abschrecken, seine/ihre praktischen Erfahrungen und theoretischen Reflexionen einem größeren Rezipientenkreis zugänglich zu machen. Wie sich schon im Pilotverfahren heraus gestellt hat, wird der Fachbeirat die Annahme von Beiträgen nicht erschweren, sondern eher durch die gezielte Nutzung von speziellen fachlichen Ressourcen die Ausarbeitung von Artikeln, u. a. auch in Hinblick auf die Einbeziehung relevanter Literatur, unterstützen.

Seit längerer Zeit ist das vorliegende Heft wieder ein nicht an einen Themenschwerpunkt gebundenes. Dies bringt eine bunte Palette an inhaltlichen Inputs und unterschiedlichen Gestaltungsformen der Beiträge mit sich:

Den an den Anfang gestellten grundsätzlichen Artikeln mit theoretischen Schwerpunkten (z. B. das Verhältnis von Person-zentriertem Ansatz und Piaget bei Gerard Mercier) folgt ein empirischer Beitrag, der auf einer Erhebung unter Klientenzentrierten Psychotherapeuten/innen in Österreich beruht.

Die restlichen Beiträge haben anwendungsbezogene Perspektiven; drei davon beschäftigen sich mit dem Personzentrierten Ansatz im medizinischen bzw. klinischen Feld. Hier hat sich von selbst ein kleiner Schwerpunkt gebildet, wobei der Beitrag von Annette Murafi eine ausführliche Falldarstellung beinhaltet und die Arbeit von Franco Perino & Elena Polestra einen empirischen Abschnitt ausweist.

Schließlich werden zwei Anwendungsgebiete aufgezeigt, die bislang noch wenig ausgeschöpft und auch theoretisch noch wenig ausgeleuchtet sind: Paartherapie und Coaching, wobei in der Arbeit über Paartherapie, die in der Tradition des Process-Experiential-

Ansatzes nach Greenberg steht, auch der experienzielle Anspruch der Zeitschrift seinen Niederschlag findet.

Vielfalt wird übrigens auch durch die Herkunft bzw. den Berufssitz der Autoren/innen sichtbar: Sie kommen diesmal aus Frankreich, Italien, Deutschland und Österreich.

Leider ist auch Trauriges zu vermelden: Nachdem zuletzt Doug Land und John Shlien verstorben sind, müssen wir diesmal bedauernd das Ableben von Jan Rombauts, John Wood und Tony Merry bekannt geben (siehe die Nachrufe in diesem Heft).

Es gibt aber auch Grund zum Feiern: Hans Swildens, Protagonist der Prozessorientierten Variante der Klientenzentrierten Psychotherapie, ist im August 2004 achtzig Jahre jung geworden. Wir gratulieren! Siehe dazu auch die Würdigung in diesem Heft!

Laufend Veränderungen gibt es hinsichtlich der Zusammensetzung des Redaktionsteams:

Sylvia Gaul, die der Redaktion seit vielen Jahren angehört hat und in deren Räumlichkeiten wir so oft getagt haben, ist vor kurzem aus der Redaktion ausgeschieden. Sylvia, wir danken dir für deine ganz spezielle Kompetenz und Integrationskraft!

Neu hinzu gekommen sind seit dem letzten Heft Mark Galliker, nunmehr auch noch Karin Hegar-Stark, Christian Metz, Judith Reimitz-Filipic und Tobias Steiger. Wir freuen uns auf die zukünftige Kooperation!

Diese quantitative Aufstockung bildet u. a. auch die Entwicklung von PERSON zur führenden personzentrierten Fachzeitschrift im deutschsprachigen Raum ab. Gespräche mit weiteren Fachvereinigungen, die ihr Interesse an einer Mitherausgabe kundgetan haben, sind übrigens im Gange.

Geplant sind bereits die nächsten vier Hefte:

Heft 1/05 wird sich mit der störungsspezifischen Perspektive der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie befassen, was auch ein Schwerpunkt der Tagung deutschsprachiger klientenzentrierter Verbände im September 2004 in Salzburg war. Diese Tagung war übrigens mit über 250 Teilnehmern/innen ganz ausgezeichnet besucht und aus fachlicher Sicht und für den interpersonellen Austausch ein großer Gewinn. Das Organisationskomitee hat hier bemerkenswerte Arbeit geleistet.

Heft 2/05 wird eine Nachlese weiterer Tagungsbeiträge bieten.

Die beiden Hefte 2006 werden sich schwerpunktmäßig dem Personzentrierten Ansatz in der Medizin sowie der person-/klientenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie widmen. Autoren/innen, die dazu etwas veröffentlichen möchten, sind herzlich eingeladen, Beiträge einzureichen.

Ulrike Diethardt, Ulf Lukan & Gerhard Stumm

Gérard Mercier¹

Aktualisierungstendenz und Handlungsorganisation

Zum Stellenwert der Konzeptualisierung im therapeutischen Prozess

Zusammenfassung: *Die Aktualisierung des Lebenspotentials ist pers nlichkeitsf rdernde Aktivität. Ausgehend vom Schemabegriff nach Piaget (1936) und dessen Weiterentwicklung nach Vergnaud (1985; 2000) will ich deren strukturellen wie funktionellen Aspekte beschreiben. Meine Hauptthese lautet: Die Aktualisierungstendenz drückt sich in einer Gesamtheit von Verhaltensweisen aus, deren Teile (Ziel, Unterziel, Phasen, Begriffe, Aktionstheoreme, Inferenzen) auf der Repr sentationsebene in Begriffen, Bildern und Szenen abgebildet werden. Diese Elemente besitzen eine prozessuale und tendenzielle Logik, die sowohl der mikrogenetischen Entwicklung als auch dem durch die Beziehungserfahrung geförderten therapeutischen Prozess gemeinsam ist.*

Schlüsselwörter: *Aktivität, Konzeptualisierung, Begriff, Erfahrung, Aktualisierungstendenz, Schema*

Abstract: **Actualizing tendency and action organisation. The importance of conceptualisation in the therapeutic process.** *The actualisation of life potential is a personalizing activity. With regarding the scheme concept defined by Piaget (1936) reconsidered and developed later by Vergnaud (1985; 2000), my project is to describe its aspects be them structural and functional.*

The main argument of this paper lays the stress on the fact that the propension to actualisation is part of a number of behaviours which elements (aims, sub-aims, stages, concepts and theories-in-acts, inferences) are translated, in terms of representation, as concepts, images and scenarios describing a processing and tendentious logic that is common to micro-genetic development as well as the therapeutic process which is facilitated by the relational accompaniment.

Keywords: *Activity, conceptualisation, concept, experience, actualising tendency, scheme*

Résumé: **Tendance actualisante et organisation de l'action. La place de la conceptualisation dans le processus thérapeutique.** *L'actualisation du potentiel de vie est activité personnalisante. A partir du concept de schème défini par Piaget (1936) repris et développé par Vergnaud (1985; 2000), mon projet est d'en décrire les aspects tant structurels que fonctionnels.*

L'argument central de cet article pose que la tendance à l'actualisation relève d'un ensemble de conduites dont les composants (buts, sous-buts, étapes, concepts et théorèmes-en-actes, inférences) se traduisent sur le plan de la repr sentation en concepts, images et scénarios décrivant une logique processuelle et tendancielle commune tant au développement micro-génétique qu'au processus thérapeutique que l'accompagnement relationnel facilite.

Mots clés: *Activité, conceptualisation, concept, expérience, tendance actualisante, sch me*

1 Übersetzung aus dem Französischen: Mariafranca Tassielli; nachbearbeitet von Franz Berger und Diether Höger

I. Problemstellung

Mit diesem Beitrag beabsichtige ich, mit Hilfe der Erkenntnisse aus der Analyse menschlichen Verhaltens die Bewegung der Aktualisierung der Person zu untersuchen.

Meine Hypothese lautet: Die Aktualisierungstendenz entspringt einem breiten Fächer von organisierten Aktivitäten, deren Elemente in Verbindung mit gefühlten Bedeutungen mit Hilfe von Mitteln der Repräsentation ins Bewusstsein gelangen.²

I. 1. Im Zentrum der Entstehung von Erfahrung: die Aktivität der Person

Die Aktualisierung, so verstanden, dass sie das Lebenspotential hervorbringt, ist Aktivität.

Aktivität schon in der Begegnung, dieser Vernetzung von Pers nlichkeitsstr men, die Reisen ins Zentrum der Gegenseitigkeit fördert;

Aktivität auch in der Organisation des Austauschs, der Wahrnehmungen, die ein „Vorhandensein“ reorganisieren, das die Empathie des Blickes und der Sprache erhellt;

Aktivität, welche mit der F lle der Denkinhalte auf die reflektierende Geste aufmerksam macht;

Aktivität des Subjekts schließlich, welches seine Erfahrung entschieden an den Grenzen eines Determinismus lebt, der damit seinen Einfluss verliert.

Unter Aktivität verstehe ich also eine Gesamtheit an koordinierten Handlungen, die – der Tiefe der Exploration entsprechend – in den beweglichen Schichten der Erfahrung stattfinden. Die Repräsentation ist das Instrument der Exploration, der Einsicht, der „nächtlichen Visionen“ und der Symbolisierung, die ihr Nachdruck verleiht.

Deren Dynamik näher zu beschreiben ist ein Eckpfeiler meiner Untersuchung.

Die Aktivität der Person öffnet sich auf im Entstehen befindliche Perspektiven von Bedeutungen. Es handelt sich weder um Programme noch um Algorithmen oder andere Prozeduren, die durch schrittweise Verstärkung nach behavioristischer Lesart gesteuert würden. Es handelt sich um eine Mikrogenese von Verhaltensweisen, die im zwischenmenschlichen Austausch geformt und aktiviert werden. Zur Präzisierung meiner Fachbegriffe stütze ich mich auf die Arbeiten von Leplat (1985), sofern sie die Analyse menschlicher Aktivität betreffen.

Die Aktivität ist das, was die Person anstellt, um auf der Repr sentationsebene das in der Erfahrung Erlebte zu rekonstruieren. Dieses

ist in jedem Fall nicht unmittelbar zugänglich, es ist weitgehend implizit. Das heißt, dass es noch nicht Gegenstand eines bewussten Gewahrwerdens gewesen ist.

Piaget (1974) lehrt uns, dass es die reflektierende Aktivität ist, die das Erkennen dieses Erlebens ermöglicht. Sie ist eine eigenständige Aktivität. Sie transformiert aktuell Gef hltes auf die Ebene der Repräsentation.

Letzteres wird zu einem mentalen Ereignis, das die symbolische Funktion verdoppelt und rekonstruiert. Diese Aktivität ist organisiert. Sie ist weder eine Abfolge von Handlungen im Sinne von Verhaltenssequenzen, die durch ein Eingangssignal ausgelöst würden, noch eine Sammlung von Regeln der Informationsverarbeitung, die nach der Art von Entscheidungsbäumen abgewickelt würden. Andernfalls würde jeglicher Schritt des Bewusstseins in einen kalten Kognitivismus münden, welcher sich bloß mit der Beschreibung der Funktionen der Informationsverarbeitung befasste und jeglichen Entwicklungsansatz ausschloe.

Die Aktualisierungstendenz ist stets schon mit Intentionalität, mit Engagement und mit Entwicklung eingefärbt und bietet so Handhabe zu einer den Körper involvierenden Reflexion.

I. 2. Relevanz des Schemabegriffs

Dieses Kapitel ist aus dem Bedürfnis entstanden, mich mit einem wirkungsvollen, aber hinreichend flexiblen Instrument auszustatten, um beschreiben zu können, durch welche Aktivitäten eine Person die Erfahrung im Lebensprozess ausdrückt. Der Stützpfeiler meiner theoretischen Ausführung ist der Schemabegriff. Bevor ich diesen definiere, soll ein konkretes Beispiel in die Thematik einleiten.

In Heimen der Sonderpädagogik erfordert die Erziehung von Jugendlichen die Einrichtung einer Betreuung mit dem Ziel, die Jungen zu begleiten, zu erziehen und in die gesellschaftliche und berufliche Umwelt einzugliedern. Die Vereinbarung von Terminen bei verschiedenen Ausbildungsstätten, die Führung eines Anweisungsheftes, das unmittelbare Gespräch mit dem Jugendlichen nach Umsetzung, etc. Diese Arbeitsorganisation ist ein Gesamt von Schemata. Im Laufe von Sitzungen zur „Praxisanalyse“ enthüllt dessen klare Formulierung die Ziele und Unterziele, Phasen und Informationsaufnahmen, Kontrollverfahren und – vertiefter – die mehr oder weniger impliziten Repräsentationen, konstruiert aus Werten und Überzeugungen; sie leiten das Erziehungsverhalten. Ausgehend von diesem Beispiel fällt es mir nun leichter, das Basiskonzept zu erörtern und zu analysieren. In der Tat, wenn man Inhelder und Caprona (1985) Glauben schenkt, „besteht die faszinierende Aufgabe der Genfer Forscher in der Entschlüsselung des Schemas als der für die Aktivit tssteuerung verantwortlichen Funktionseinheit“. Die Schemata sind es, welche die Organisation der Aktivität aufdecken.

² Gemeint sind „Umwandlung in Vorstellungen von Objekten, Eigenschaften, Beziehungen, Transformationen, Umständen und Bedingungen.“

Die Entwicklungspsychologie hat den Schemabegriff in seiner „modernen“ Formulierung geprägt. Der Begriff ist von Kant entliehen und hat seit 1914³ eine psychologische Bedeutung erhalten, die sich – mit Piaget – bis heute als erfolgreich erwies.

1936 hat dieser Autor das Schema definiert als „die Struktur oder Organisation von Handlungen, so wie sie sich übertragen oder verallgemeinern anlässlich der Wiederholung dieser Handlungen in ähnlichen oder analogen Situationen“ (1936/1992, S. 24).

Die jüngste Formulierung (Vergnaud, 2000, S. 45) umschreibt es auf folgende Weise: „Das Schema ist eine invariante Form der Organisation von Aktivität und Verhalten für eine Klasse von gegebenen Situationen“. Seit 1936 ist dieser Begriff im Grunde bipolar charakterisiert:

- Da ist die assimilative Seite, welche die Bedürfnisse, die Wünsche, die Werte und Taten in einem globalen Rahmen eingliedert, und bereits vorhanden ist
- die akkommodierende Seite; sie wird aktiviert, wenn die Organisation des Verhaltens einem Hindernis begegnet, dessen Widerstand seine Differenzierung begünstigt. Ich präzisiere, dass das Schema nicht das Verhalten ist, vielmehr ist es ein konstituierendes Element der Repräsentation; ihre Funktion ist die Erzeugung von Aktivität.

Die Grundidee besagt, dass alle Erkenntnisse dem Gewährwerden jener funktionellen und begrifflichen Komponenten entstammen und sich entwickeln, die zur Aktivität geführt haben.

Bereits auf organischer Ebene finden sich Assimilations- und Akkommodationsprozesse. Sie sichern offensichtlich die Kontinuität zwischen dem Biologischen und den Strukturen der Erkenntnis. Auf diese Weise „erscheinen die kognitiven Prozesse gleichzeitig als Folge der organischen Selbstregulation, deren wesentlichen Mechanismen sie widerspiegeln, und als die differenziertesten Organe dieser Regulation innerhalb der Interaktionen mit der Außenwelt. Im Menschen greifen sie auf das ganze Universum“ (Piaget, 1992, S. 41).

Kurz: Bewusstsein wird verstanden als Konzeptualisierung der Eigenschaften der Aktivitätsorganisation einer Person. Im therapeutischen Prozess ist dies die Aktualisierung eines im Kern der Erfahrung implizit Erlebten. Darin begegnen sich Rogers und Piaget. So schließen sich die „Prozesse des selbstreferenziellen Funktionierens eines lebendigen-erkennenden Systems“ zusammen (Lerbert, 2004, S. 435). Die Konzeptualisierung der Eigenschaften der Lebensaktivitäten ist im Hinblick auf den „Aktualisierungsprozess, der das Selbst konstruiert (das „growth“)" (ebd.) einzuordnen.

Das Schema organisiert diese Selbstdetermination und eröffnet die Möglichkeit, die Wellenbewegungen, Richtung und Amplitude des entspringenden Geistes zu beschreiben.

Die Explizierung in der bedeutungsvollen Entfaltung dieses Know-how informiert uns über die Eigenschaften einer organischen Intelligenz, die mit Hilfe symbolischer Repräsentanten, über welche die Person verfügt (mentales Bild, Sprache, Kunst, Choreographie, etc.), in Bewusstsein mündet.

Die Aktualisierung ruft sowohl auf der intra- als auch auf der interpersonellen Ebene eine Gesamtheit von Verhaltensweisen hervor. Das Schema beschreibt deren Rahmen; in der Abweichung davon wird das Implizite, das Wesen der gefühlten Bedeutungen wahrgenommen und anschließend symbolisiert.

Die Aktualisierungstendenz setzt sich aus den 2 Wertigkeiten Akkommodation/Assimilation zusammen, die ihr diese Nuancen, Zusammensetzungen, Differenzierungen und Kombinationen verleihen. Diese werden – das sei hier angemerkt – durch die therapeutische Beziehung erleichtert.

Wie Vermersch (2000) anführt, „ist uns unsere subjektive Erfahrung so vertraut wie eine Landschaft, aber was ein Geologe, ein Geograph, ein Botaniker, usw. uns noch mehr erkennen lassen könnte, ist zugleich schon da vor unseren Augen und doch unsichtbar“. Die Aktualisierung wäre diese vielfältige Erfassung, wo sich Schemata privater Explorationen, Topographien und Taxonomien durch Vermittlung des Therapeuten organisieren. Ich werde nun die Grundelemente dieser Organisation beschreiben, die auf der Ebene des Bewusstseins Kenntnisse erzeugen, die kommunizierbar werden können. Diese wiederum erzeugen Möglichkeiten neuer Erfahrung. Diese Koppelung zeigt auf, in welchem Ausmaß die psychologischen Strukturen des Erkennens und Fühlens mit der organische Ebene verknüpft sind.

I. 2. 1. Die Bestandteile des Schemas

Das Schema wird als dynamische funktionelle Ganzheit verstanden, die aus Zielen, Antizipationen, Aktionsregeln, Bedeutungen und mehr oder weniger impliziten Begriffen besteht. Die konstituierenden Elemente dieser Organisation können nicht getrennt werden (nicht mehr als es bei den von Rogers (1989; 1990) beschriebenen Haltungen möglich ist)⁴.

a) Die Ziele und Unterziele

Sie repräsentieren im Schema das, was man auch „die Absicht, den Wunsch, die Motivation nennt“ (Vergnaud, 2000, S. 48). Ziele und Unterziele illustrieren die Idee der Handlungsorganisation, seine interne Logik, seine Initialisierung wie auch seine Zielsetzung.

3 Siehe Vergnaud (2000)

4 Die Sozialpsychologie beschreibt eine Einstellung als ein Gesamt dreier stark integrierter Elemente: der Emotion, der Kognition und der Handlung.

b) Die Regeln der Handlung, der Informationsaufnahme und der Kontrolle

Diese bilden den eigentlich generativen Teil des Schemas. Jenen, der den zeitlichen Ablauf der Aktivität entsprechend hervorbringt.

Die Handlungsregeln liegen dem prozeduralen Aspekt der Anpassung zugrunde, dem Focusing nach Gendlin (1964/1970).

Sie regen die Aktivität der Klärung der Vernebelungen an, die den organischen Prozess bei seinen Entsprechungen auf der psychologischen Ebene begleiten.

c) Die operativen Invarianten

Es sind Begriffe und Aktionstheoreme, Vorläufer von Gedankenobjekten, die im Laufe des „Greifens“ erscheinen (immer mit Bezugnahme auf Gendlin). Sie sind das Bedeutete, das Implizite, welches die Aktivität leitet. Sie sind die Intelligenz der Handlung. Ihre Hauptfunktion ist es, die „wesentliche Information aufzunehmen und zu selektionieren (...). Es ist eine Konzeptualisierungsfunktion“ (Vergnaud, 2000, S. 47).

Die operativen Invarianten werden untergliedert in Objekte, Eigenschaften, Beziehungen, Umwandlungen, welche der Verhaltensorganisation zugrunde liegen.

Sie weben das Hintergrundgeräusch eines Universums der Kommunikation und der Erkenntnis, die sich gedämpft und mit progressiven und strukturierenden Kontrapunkten ankündigt.

Ihre operativ-qualifizierende Funktion ist dennoch nicht eine untergeordnete, denn dank dieser Eigenschaft wird die Fülle und Angemessenheit einer Situation, die Gültigkeit eines Prozesses, die Qualität einer Beziehung ausgewählt, evaluiert, abgegrenzt, verglichen und koordiniert.

Ihr Ausdruck auf dem Umweg über Bedeutungen (sprachlich, gestisch, grafisch, bildlich, etc.) ist nicht bloß Erhellung der impliziten Ebenen. Er ist eine Rekonstruktion: Was ankommt, ist nicht identisch mit dem, wo es herkommt. Das Bewusstwerden, die Konzeptualisierung ist eine Arbeit, die mit Hilfe von Denkopoperationen (Feed-back, Selektion, Vergrößerung, Zentrierung, Deduktion, Inferenzen) dem Lebensfluss das Profil eines Plans verleiht, einer entscheidbaren Ordnung im Hier und Jetzt, einer konstanten Strömung, den der Blick der Entscheidung befragt und orientiert.

Den erkenntnistheoretischen Inhalt der Aktualisierungsaktivität werde ich im klinischen Teil des Artikels aufgreifen. Die Symbolisierung ermöglicht die Folgerung, dass es auf der organischen Ebene ein Wissen gibt, das es der nicht benennbaren Logik des Lebendigen ermöglicht, hervorzutreten. Ich werde versuchen, diese in den Verdeutlichungen und Entwicklungen wiederzuerkennen, die aus der Lebenskultur, der Sprache und dem sozialen Feld der Person hervorgehen.

Letzteres erinnert an die Möglichkeit einer unvorhersehbaren Reise in die Welt des Anderen, die sich einer geteilten Übersetzung, einer gegenseitigen Zusammenarbeit öffnet.

Die Erfahrung in diesen Faltungen ist von Wissen und lebendigen Erinnerungen bewohnt, die in der Beziehung Form annehmen – die die Form einer Beziehung annehmen.

Die Aktualisierungstendenz ist somit identisch mit der Begriffs-konstruktion, die „entscheidend ist, wenn man verstehen will, dass die Schemata der zentrale psychologische Ort der Anpassung an Neues ist“ (Vergnaud, 2000, S. 47).

d) Die Inferenzen

Diese letzte Komponente des Schemas ist unerlässlich, um dessen adaptiven und generativen Charakter zu verstehen. In der Tat ist die Organisation des Verhaltens kein Automatismus, sie wird im Gegenteil reguliert, parametrisiert und improvisiert durch Anpassungen, Phasenübergänge und konstantes Wiederlesen der Erfahrung. Die Inferenzen sind Berechnungen, analogische Notfälle, sie kombinieren, rekombinieren und dekombinieren die Intra- und Inter-Schema-Verbindungen.

II. Forschungsrichtung

Die Aktualisierungstendenz weist auf eine Gesamtheit von Verhaltensweisen hin, deren Eigenschaften und Organisation ich mit Hilfe des Schemabegriffs erklären werde; ihre Elemente sind lesbar oder besser: hörbar in den während einer therapeutischen Sitzung gesammelten Aussagen.

Wie Merleau-Ponty (1945/1977; zit. nach Varela et al., 1993) betrachte ich „den Körper gleichzeitig als physische und erlebte Struktur, als Kontext oder Ort der Mechanismen des Erkennens und der erlebten Erfahrung“.

Die Aktualisierungstendenz sollte als ein Verhalten zur Entfaltung eines organischen, psychologischen und spirituellen Potentials betrachtet werden, auf das die Reflexivität zugreifen kann. Diese wird den Fluss des Erlebens und die Funktionen in den Status der erkennbaren und kommunizierbaren Inhalte transformieren.

Das Schema bildet modellhaft diesen Kreislauf zwischen Kognition und Erfahrung ab. Die Aktivität wird zu einem Thema des Verstehens, zu einer Erkenntnismöglichkeit, zu einem Spielraum, deren anpassungsfähige Geometrie beschrieben und v. a. mit Hilfe von Regeln entworfen werden kann, sofern sie das Resultat einer fortdauernden Interpretation sind, hervorgegangen aus unserer Fähigkeit, Sinn zu konstruieren. Um Mark Johnson (1987) zu zitieren (Varela et al., 1993, S. 211): „Die Bedeutung schließt die körperlichen Erfahrungsschemata und prä-konzeptuelle Strukturen unseres Empfindungsvermögens ein (d. h. unsere Art wahrzunehmen, uns zu orientieren und mit anderen Objekten, Ereignisse oder Personen zu interagieren). Diese körperlich verankerten Schemata sind keine privaten oder besonderen: Die Gesellschaft hilft uns zu einem großen Teil beim Interpretieren und Kodieren. Diese Schemata sind kulturell geteilte Erfahrungsmodi; sie helfen uns, die Natur unserer mit Bedeutung versehenen, kohärenten Erkenntnis unserer Welt zu bestimmen.“

Verschiedene Wege tun sich nun auf:

- 1.) Die therapeutische Beziehung kann als eine „Mikro-Kultur“ betrachtet werden, die sich zwischen dem Klienten und dem Therapeuten herausbildet als ein Ort der Bewusstwerdung und gemeinsam geteilter Kodierung;
- 2.) Ausgehend von ihrer Aktivität entwirft die Person das Gebäude ihrer phänomenalen Welt, dazu dienen ihr die konstituierenden Elemente des Schemas als Werkzeug;
- 3.) Die Aktualisierungstendenz bewegt sich durch die Windungen einer elementaren Logik, die metaphorisch eine breite Palette an Themen strukturieren kann: Beziehung zu sich selbst und zu anderen, Intentionalität, Inszenierung vorweggenommener Ereignisse, etc.
- 4.) Die Haltungen des Personzentrierten Ansatzes begünstigen die sinnstiftenden Verkettungen zwischen dem Erkennenden, dem Erkannten und dem zu Erkennenden. Diese Haltungen können auch als Schemata beschrieben werden, deren operative Invarianten auf verschiedenen Komplexitätsebenen interagieren: Gestik, visuelle Schemata, Illokutionen, Syntax, Emotionen, etc. „Diese Haltungen – oft als Seinsweisen definiert – übersetzen Prozeduren, d. h. Weisen des Umgangs mit sich und dem Klienten mit dem Ziel, Veränderungsprozesse zu ermöglichen“ (Lamboy, 2003, S. 117)⁵.

An dieser Stelle des Wegs schätze ich den von Francisco Varela erfundenen Begriff „erlebte Kognition“ (1991). Dieser stellt die ganze Dichte und den Reiz einer Klinik der Erfahrung heraus, die im Kontakt mit den Windungen und Blüten der sinnlichen Erfahrungen geboren wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Aktualisierung des Lebenspotentials in organisierten Verhaltensweisen verläuft. Regeln der Handlungsproduktion, Ziele und Unterziele, Inferenzen und operative Invarianten – vorgenommene Konzeptualisierungen – bilden daraus in erlebten Situationen das funktionelle Gebäude. Der Begriff „Prozess“ erschien mir zu global für eine klinische Annäherung an das organische, formelle und begriffliche Spiel. Ich habe das Begriffsrepertoire des Schemas mit seiner feineren Körnung für den Aktualisierungsbegriff vorgezogen. Jedes Element dieses Repertoires entspricht einer Faser, die ihr mehr Präzision verleiht. Sein Widerschein gewinnt an Pixels auf dem Bildschirm des Bewusstseins.

III. Forschungsplan

III. 1. Methodologische Aspekte

Es geht im Folgenden um bedeutungsvolle sprachliche Verhaltensbestandteile in den aufgezeichneten Aussagen (transkribierte

Audioaufnahmen), welche die Manifestierung der Aktualisierungstendenz widerspiegeln. Diese Verhaltensweisen sind Zeugen einer Mikrogenese, welche durch die therapeutische Haltung erleichtert wird. Der Blick, den ich auf den Gesprächsverlauf richte, hat zwei sich ergänzende Richtungen.

III. 1. 1. Die konstruktivistische Perspektive

Sie nimmt sich vor, der Dynamik der Bewusstwerdung zu folgen: Kategorisierung im Denken von Objekten, Beziehungen, Eigenschaften, Äußern von Vorschlägen, etc.

III. 1. 2. Die funktionelle Perspektive

Sie identifiziert die Gedankenoperationen, welche das Raster des Verhaltens organisieren: Informationsaufnahmen, ausgeführte Behandlungen, Berichtigungen, Fokussierungen, Simulationen, Rhythmusbeschleunigungen ... Ich präzisiere, dass die funktionellen Aspekte durch die Konzeptualisierung abgeändert und bearbeitet werden, wenn durch reflektierende und anschließend überlegte Abstraktion eine Gedankenoperation zu einem Konzept auf der Ebene des Bewusstseins wird. Dieses verfestigt eine Bewegung, eine Anspielung, einen Fluss, eine Herleitung in einen Kristall, der sich aus Empfindungen, Gefühlen, Gedanken und symbolisierten Handlungen zusammensetzt.

III. 1. 3. Zum Therapiekontext

Clo (Name geändert) ist zum Zeitpunkt der Sitzung (23. 4. 2003) eine junge Frau von 18 Jahren. Sie besucht die Maturklasse eines großen Gymnasiums und bereitet sich für die Maturprüfungen im Juni vor (Literarischer und naturwissenschaftlicher Schwerpunkt). Zunächst bat ihre Mutter um eine Therapie für ihre Tochter, die wiederholt an Schlafstörungen, Essstörungen und gelegentlich auftretenden Lähmungen litt. Die Mutter hat sie während 3 Sitzungen zu meiner Praxis begleitet. Während der folgenden Sitzungen ist Clo allein gekommen. Die Sitzungen fanden ein Mal pro Woche statt. Zunehmend sprach sie über die enge Beziehung zur Mutter. Sie hat ihre Sitzungen bar bezahlt, während die ersten Sitzungen mit einem Scheck von den Eltern bezahlt wurden. Der vorliegenden Studie liegt die 14. Sitzung zu Grunde.

III. 1. 4. Kategorisierung der registrierten verbalen Indikatoren

Die folgende Auswahl entstammt der Aufzeichnung und der schriftlichen Niederschrift einer einstündigen Sitzung. Daher richte ich meine Aufmerksamkeit auf verbale Protokolle. Mein Anliegen wird es sein, darin der Spur der Entwicklung zu folgen, die die Aktualisierungstendenz durch die verschiedenen Schichten der Konzeptualisierung zieht, die nach und nach eine innere Instanz

⁵ Der Begriff „Prozedur“ scheint mir nicht ausreichend zu sein: Er beschreibt nur eine Komponente des Schemas, nämlich die Handlungsregeln.

der Bewertung bilden. Diese Markierungen kennzeichnen Manifestationen von:

- metakognitiven Aktivitäten der Bewertung, der Regulation und der Selbstreferentialität
- Konzeptualisierungen, die sich auf Objekte, Beziehungen und Situationen beziehen und die auf metaphorische Weise Rhythmen, Phasen und Bewegungen in Szene setzen
- Gedankenoperationen (Inferenzen, Implikationen, Bezugnahmen) oder Überlegungen

Diese drei Punkte werden zeigen, wie die Aktualisierungsaktivitt der Person ihre Bereiche mit den Noten eines Symbolismus spielt, indem deren Nuancen und Entfaltungen explizit gemacht werden. Das zweite Verständnisniveau reiht sich in einen Beziehungskontext ein, der durch Ko-Anpassungen und gemeinsame Bedeutungsschöpfungen gekennzeichnet ist. Sie beschreiben nicht nur die Beziehung, sie geben ihr auch Orientierung. Diese stützt sich auf eine Komplementarität der Ziele und der sich darauf beziehenden Vorwegnahmen.

IV. Klinische Elemente

IV. 1. Beispiele zur Illustration der metakognitiven Aktivität

a) Bewertung

1. Protokollauszug

Th. [1]: Sie scheinen sich eine richtige Frage zu stellen: Wieso mit auf-räumen Zeit verlieren, wenn Sie sich anschließend eh in dem, was Sie das „Gewühl“ nennen, wiederfinden, welches für Sie eigentlich Ihre persönliche Ordnung darstellt?

Clo [1]: Ich weiß, dass es mehr Rituale sind, kleine Gewohnheiten, denn ich sage mir, wenn ich es nicht in der gleichen Reihenfolge tue, wird mir etwas zustoßen, oder ich werde schlechter schlafen, mein Tag wird schlechter werden. Wenn ich einmal etwas gemacht habe und mir danach nichts Schlimmes zugestoßen ist, *wird es zu einer Gewohnheit, die ich schlecht erklären kann.*

b) Regulation

2. Protokollauszug

Th. [5]: Es scheint, als würden Sie sich jetzt mehr zutrauen.

Clo [5]: Ja, von Zeit zu Zeit sage ich mir: Schau mal, dazu bin ich fähig ... es ist ein Durcheinander, man versteht nichts, aber ich bin in der Lage woanders zu suchen.

c) Selbst-Beziehung (Autoreferenzierung)

3. Protokollauszug

Th. [6]: Sie sagen, dass Ihr Durcheinander Ihre ganz persönliche Ordnung ist.

Clo [6]: Ja, ein wenig schon, doch: *meine Unordnung ist meine Ordnung! Das lässt mich daran denken, dass es im Tanz genau so ist:* am Anfang achtet man auf die Tanzschritte, die man vorf hrt. Danach führt man fort und tanzt das ganze Lied, ohne sich vorzubereiten. Natürlich, wenn man sich vorbereitet ... denn ich sagte mir: deine Unordnung bereitest du schon vor. *Das ist es in der Tat: meine Unordnung vorbereiten.*

Kommentar zu den Protokollauszügen 1, 2 und 3

Die metakognitive Aktivität der Bewertung und Regulation begünstigt die Konzeptualisierung einer Bewegung, die durch Phasen beschrieben und zu Objekten selbstreferenziellen Denkens werden (Clo [6]). Ich bemerke, dass Clo (Clo [6]) sich einen Prozess zu eigen macht, der in gleicher Weise auf implizite Art in der Aktivität des Therapeuten enthalten ist. Sie drückt es über ein Bild aus, in dem eine Folge von Stufen zusammengefasst sind („am Anfang ... achtet man ... Danach führt man fort und tanzt das Lied ohne Vorbereitung weiter ...“). Die Aktivität der Bewertung (Clo [1]) verdeutlicht den etwas zwanghaften Mechanismus einer geschlossenen Kausalität („wenn ich es nicht in der gleichen Reihenfolge mache, wird mir etwas zustoßen“). Der Mechanismus wird konzeptualisiert durch „es wird eine Gewohnheit“ (ebenfalls Clo [1]).

IV. 2. Erfassung der Objekte und Operationen des Denkens

4. Protokollauszug

Th. [7]: Es scheint mir, dass Sie *eine Beziehung zwischen einem Ritual und einer Art Schutz herstellen*, etwas, was funktioniert.

Clo [7]: Wenn ich doch *eine Zauberformel* hätten, um dies aufzuhalten!

Th. [8]: Eine *magische Ordnung!* ...

Clo [8]: Ja, genau! Das ist es ... Denn die Magie interessiert mich. Das interessiert mich ziemlich. Ich habe es gern, also habe ich mehr Mühe davon loszukommen.

Kommentar zum 4. Protokollauszug

Das Konzept „Zauberformel“ synthetisiert und drückt für sich allein schon die Flut von Ritualen, Gewohnheiten und Handlungen aus (Clo [7]), deren beruhigender Charakter den etwas zwanghaften Aspekt garantiert (Clo [8]).

5. Protokollauszug

Th. [9]: Es gibt etwas wie eine etwas magische Tendenz, die Sie mögen: „das, dann löst das jenes aus“.

Clo [9]: Ja. In der gleichen Art wie zum Beispiel „nach der Mühe die Belohnung“. Und da ist es das Gleiche, *es sind immer Ursachenbeziehungen*. Ursachenbeziehungen lassen immer gleich an *Schicksal denken*. *So kann ich voraussehen, ob mir etwas gelingen wird. Wenn ich dies, das und jenes mache, wird dies und das geschehen ...*

Kommentare zum 5. Protokollauszug

Außer dem „Schicksal“-Konzept bemerke ich, dass Clo der Reihe nach ihre Überlegung durch Inferenzen explizit macht. Das Aktionstheorem nimmt die Form des Satzes „es sind immer Ursachenbeziehungen“ an.

6. Protokollauszug

Th. [10]: Nehmen Sie sich damit Zeit. Sie befinden sich am Scheideweg, wo es zwei Kräfte gibt ...

Clo [10]: Ja, aber, vielleicht funktioniert es im anderen Sinn auch. Das lässt mich denken ... Ich würde gern verstehen, *doch das macht mir Angst*, denn es

gibt ja das Unbekannte. Und weil, da ich ja selber gerne möchte und weil *ich kein gutes Mädchen bin*, es nichts Gutes sein kann. Ich habe Schwierigkeiten es zu erklären! (Lachen). Meiner Meinung nach *bin ich kein gutes Mädchen, wenn ich etwas mag, kann es folglich nichts Gutes sein*.

Th. [12]: Es ist, als würde es Sie faszinieren, in den Augen der anderen als anziehend betrachtet zu werden, aber gleichzeitig beängstigt es Sie.

Clo [12]: Genau, die *Anziehung* ist beängstigend.

7. Protokollauszug

Th. [13]: Das Meer beruhigt Sie.

Clo [13]: Ja. Als bräuchte ich ... Ich weiß nicht, ich hatte schon letztes Mal die Gegenüberstellung von Wasser, von Meer gemacht, um mich zu beruhigen... Ich weiß nicht, ob ich diese Gegenüberstellung gemacht habe. Ja, als wenn das Wasser mein Feuer ein wenig beruhigte. Zwar ist auch im Sturm Bewegung, und es ist als würde mich dies etwas beruhigen. *Durch den Sturm gehe ich aus mir heraus, und die ruhige Bewegung der Wellen, das beruhigt ein wenig*.

Kommentar zu den Protokollauszügen 6 und 7

Die obenerwähnten Aussagen (Clo [10] und Clo [11], kursiv) zeigen, wie sich die Inferenzen verwurzeln und ausgehend von einer Repräsentation des Selbst funktionieren („ich bin kein gutes Mädchen“). Clo konzeptualisiert die Bewegung, die eine sie beängstigende Eigenschaft ihres Funktionierens („die Anziehung“) besänftigt (siehe Clo [13] „Durch den Sturm ... Das beruhigt ein wenig“).

Von der Peripherie („was mich anzieht, beängstigt mich“) zum Zentrum (dem Selbstbild), webt sich diese Beziehung, die auf der Angst und der Anziehung beruht. Die Gleichwertigkeit macht für eine Weile die Beziehung von sich zur Welt und von sich zum Selbst rigide.

8. Protokollauszug

Th. [14]: Wenn Sie von einem Bedürfnis reden, reden Sie von einem tiefen Bedürfnis, vital ...

Clo [14]: Ja, wie um ein Mangel zu füllen. Aber nicht mit den Leuten, die ich kenne und gern habe. Da ist es mir möglich, im Abseits zu bleiben. Ich kenne mich: wenn es jemand ist, den ich nicht kenne, *werde ich mich öffnen, ich werde mich identifizieren, also werde ich leiden: Ich sehe es wie ein Vampir*.

Kommentar zum 8. Protokollauszug

Abgesehen davon, dass „Anziehung“ ein Leidensrisiko darstellt, klingt das Konzept „Vampir“ wie eine Drohung des Identitätsverlustes. Der Vampir ist darüber hinaus ein von Paradoxen geprägter Archetyp, denn anziehend und faszinierend repräsentiert er das, was Clo am meisten Angst einflößt: Den Verlust von sich und ihres Einflusses. Die Konzeptualisierung des Prozesses der Anziehung/Zurückweisung führt die Bewegung der Bewusstwerdung auf das Gebiet der Grundrepräsentationen, auf die Organisatoren von Fluss und Rückfluss, von Annäherung und Entfernung; wie ein Zyklus, eine Atmung der Identität auf der Suche nach einem Meridian auf gleicher Distanz zu Angst und Anziehung.

IV. 3. Beispiele der Ko-Anpassung im Beziehungsschema „Klient-Therapeut“

9. Protokollauszug

Th. [16]: Das Unvorhergesehene zieht Sie an, und zur selben Zeit schützen Sie sich durch magische Formeln, durch Rituale.

Clo [16]: Ich habe das immer in mir: Dinge, die mich faszinieren und mich gleichzeitig ängstigen.

Th. [17]: Ein bisschen wie Objekte mit Doppelgesicht (...). *In der Tat gibt es zwei Wege: einer, der anzieht und ein Weg, der Angst einflößt*.

Clo [17]: Das ist es. In der Tat, wenn mich das anzieht, ist es eben, weil es mich ängstigt. So wie ich mich kenne, funktioniert es eher auf diese Weise. Bestimmt, es ist in diesem Sinne. Wenn mir etwas Angst macht, ist es, weil es mich anzieht und ich versuche darin all das zu sehen, was mich fasziniert.

Kommentar zum 9. Protokollauszug

Die Empathie erscheint immer mehr wie ein Verhalten, welches das bei Clo vorhandene Implizite thematisiert (vgl. Clo [16], Th. [17], Clo [17]).

Die Spiegelung bedarf dieser langsam vorankommenden Arbeit der Anpassung, des Abstimmens der persönlichen Resonanzen der Klientin quer durch die Verästelungen des geteilten Schemas. Es handelt sich um ein Format, das Bedeutungen hervorbringt und klassifiziert, wie sie Jérôme Bruner im Begriff der gemeinsamen Aufmerksamkeit beschreibt (Bruner, 1975).

Das zweifache Schema begünstigt die Konzeptualisierung einer Ko-Existenz der beiden Tendenzen (in Th. [16] und Th. [17]), indem es über eine einfache statische Konfrontation hinausgeht. Clo (Clo [17]) zieht (Kommentar: „flux et reflux“ = Ebbe und Flut, Auf und Ab) eine sich in steter Bewegung befindende Schlussfolgerung, die sich in der Verknüpfung von Angst und Anziehung verankert, ohne eine der Tendenzen auszuschließen.

10. Protokollauszug

Th. [18]: Es gibt etwas in der Routine, das Sie ängstigt.

Clo [18]: Das lässt mich an die Seite von mir denken, die ich nicht mag, die alles vorherseht, wo es immer dasselbe ist, wo es keine Überraschungen gibt, nichts Unvorhergesehenes. Denn das Unvorhergesehene flößt Angst ein, aber gleichzeitig bringt es Gefühle, das beschäftigt! Und da repräsentiert es die Seite, die in mir präsent ist und die ich nicht mag.

Th. [19]: Sie reden von einer Seite ohne Gefühle.

Clo [19]: Ja, das läuft auf den Tod hinaus, eigentlich. Ich denke dabei an ... das Spital, es ist flach.

Th. [20]: ... an ein Enzephalogramm.

Clo [20]: Genau! Das ist es!

Th. [21]: *Die Routine ist ein flaches Enzephalogramm, das den Tod repräsentiert*.

Clo [21]: Wie extreme Empfindungen. Ich mache mir Angst, ich bin froh darüber, mir Angst zu machen. Wie solche, die Extremsportarten machen; die Achterbahn, ich mag das nicht, aber es ist wirklich so, außer, dass es in meinem Kopf ist.

Th. [22]: Sie führen in Ihrem Kopf Extremsportarten aus?

Clo [22]: Ja, tatsächlich habe ich Empfindungen ... ich kreierte Empfindungen, um mich nicht zu langweilen.

Th. [23]: Es gibt Leute, die sich durch z.T. sehr gefährliches Training oder Körperbewegungen starke Empfindungen verschaffen. Bei Ihnen ist es durch eine sehr akrobatische Bewegung des Geistes, mit dem Sie sich Empfindungen produzieren.

Clo [23]: Ja, ja, ja! Als wäre ich manchmal in Trance ... aber ... dass ich mich wie eine Achterbahn nicht aufhalten kann, dass ich schon nach der ersten Abfahrt anhalten könnte, wenn es schließlich zu viel wird für mich. Aber ich kann nicht. Ich bin gezwungen das Ende der Fahrt abzuwarten, obwohl ich vom Moment an, wo es mir nicht mehr gefällt, ans Aufhören denke.

Th. [24]: Sie sagen, dass es in Ihrem Kopf eine Achterbahnfahrt ist, die nicht anhält und Ihnen entgleitet.

Clo [24]: Ja, es ist lustig, weil ich immer geglaubt habe, dass ich mich aufhalten kann. Es ist immer das Bedürfnis nach den zwei Extremen, das mich in der Mitte hält. Aber was ich gerne hätte, wäre, dass ich nicht mehr gezwungen wäre, durch die Extreme zu gehen.

Th. [25]: Durch ein Gefühl großer Ruhe, das Ihnen das Gefühl gibt, nicht am Leben zu sein, und andererseits auch von Gefühlen großer Gewalttätigkeit ...

Clo [25]: ... Die mir das Gefühl geben kann, lebendig zu sein.

Th. [26]: Als gäbe es eine Art Absenz oder Grenze, und Trunkenheit, ein bisschen wie ein Surfer oder Fallschirmspringer oder ich weiß nicht welcher Extremsport.

Clo [26]: Ja, ja, das ist es. Ich fühle mich nie zufrieden. Ich muss immer noch woanders suchen, wo was abgeht. Aber es hat Momente, da ...

Th. [27]: Es ist möglich, dass eine Bewegung, die Sie in einem Moment verspüren, Ihnen in einem anderen nicht mehr genügt. Als gehe es darum, eine höhere Intensität zu erhaschen.

Clo [27]: Als gehe es immer um mehr ... Erkenntnis... Aber es hat auch Momente, wo ich anhalten muss! Ich weiß sehr wohl, dass ich niemals alles werde leben können, alles sehen, alles sagen! Aber es ist, als wäre ich an einem Rennen, dass ich soviel wie möglich davon habe.

Th. [29]: an Erfahrungen.

Clo (28): Ja, auch an Erfahrungen.

Kommentar zum 10. Protokollauszug

Diese Passagen, speziell (Clo [18] bis [25]), zeigen, bis zu welchem Punkt ein gemeinsames Explizieren stattfindet, mit Zurückweisung, Wiederaufnahme und Ergänzung eines mehr und mehr miteinander geteilten und koordinierten Erlebens.

Die Äußerungen (Th. [19] – Clo [19] – Th. [20]) – (Clo [22] – Th. [23] – Clo [23]) – (Th. [25] – Clo [25]) – (Clo [27] – Th. [28] – Clo [28]) beschreiben beispielhaft zwei fundamentale Aspekte, die im Verlauf der Beziehung auftauchen.

Der erste betont, dass Empathie ein auf Simulation beruhendes konzeptualisierendes Verhalten ist, das eine Bedeutung besitzt, die mehr oder weniger implizit in der Welt von Clo enthalten ist. Ich würde hier von einem empathischen Schema reden. Dieses geht hervor aus dem Zusammenfügen und Teilen der Resonanzen, die sich mit der zunehmend übereinstimmenden Mikrokultur zwischen Therapeut und Klientin einstellen. (siehe v. a. (Th [23] – Clo [23])).

Der zweite Aspekt: Die Konvergenz und die Schnittlinien der Bedeutungen bezwecken die Klärung des funktionellen Aspekts dieses

interpersonellen, von Grund auf altruistischen Schemas. Sie geht zurück auf die simultane Übersetzung durch Organisatoren, welche dem einen wie dem anderen eigen sind. Es handelt sich nicht, wie Sachse (2003) behauptet, um „Rekonstruktion von Sinn“ nur seitens des Therapeuten, sondern um eine gemeinsame Symbolisierung von Beziehungs- und semantischen Invarianten. Diese fließen zusammen in ein sich doppelt aktualisierendes Verstehen (siehe (Clo [19] – Th. [20]) (Th. [23] – Clo [23])). Diese dynamische Konstruktion von veränderlichen Bedeutungen findet in den oben angeführten Dialogen ihre ganze Kraft und Entfaltung. Das duale Schema ist das Gerüst einer Metapher, welche die Bewegung selber dieser Person begrifflich erfasst. Sie ist mehr ein „Leben freigeben“ als ein „Loslassen“.

IV. 4. Metaphorische Inszenierung von Situationen, Rhythmen, Phasen und intra- und interpersonellen Verbindungen

11. Protokollauszug

Th. [35]: Was ist das „Etwas“ ... können Sie es beschreiben?

Clo [35]: Es sind Erfahrungen, als würde ich ... nicht interessanter ... als hätte ich mehr ... ich habe Mühe die Wörter zu finden (...) nun, ja, es gibt ein Bild, als wäre ich voller Schubladen, zudem voller möglicher Erfahrungen, und dass es mich immer mehr auffüllt, und so wurde ich offener. Denn ich gehe vom Prinzip aus, dass man nicht von Dingen reden kann, die man nicht kennt. Je mehr Erfahrungen ich habe, desto mehr kann ich über verschiedene Dinge reden. Es ist ein Mittel, um mich mehr zu öffnen.

Th. [36]: Sie möchten alle Neigungen entwickeln, die Sie in sich lebendig spüren.

Clo [36]: Ja, um aufzublühen. Als wären es alle Blütenblätter der gleichen Blume und die sich eins nach dem anderen öffnen. Keine öffnet sich auf einen Schlag. Es ist alles ein bisschen Schritt für Schritt. Alles ... wie soll ich sagen ... braucht seine Zeit, aber wenigstens bin ich sicher, dass ich alles auf der gleichen Ebene tue, dass ich die Zeit habe, alles auf die gleiche Weise zu machen.

Th. [37]: Sie möchten eine Blume sein, die in einer einzigen Bewegung aufblüht, und jedes Blütenblatt entspricht einer Neigung, die ihr all die Kraft und Farbe gibt.

Clo [37]: Ja. Es ist komisch, mich wie eine Blume zu sehen. Das Bild ist sofort da. Aber doch das ist es!

Kommentar zum 11. Protokollauszug

In dieser Analogie einer Blume konzeptualisiert Clo szenisch die Wachstumsbewegung in jede der Richtungen, die sie in einem globalen und synchronen Aufblühen bevorzugt.

Bei Th. [37] bemerke ich die Übereinstimmung, charakteristisch für das empathische Schema, welches durch seine Orchestrierung den Schwung des Bewusstwerdens stützt (siehe auch den Prozess des Mikro-Focusing, der sich beim Austausch (Th. [37] und Clo [37] manifestiert). Auf einmal ist das Bild nicht mehr statisch und photographisch. Es ist gefächert durch die Schubkraft der Inferenzen (Clo 35). Diese geben ihm Form und Strömung, sie dokumentieren durch Nachbildung die Vielfalt der Erfahrungen, und diese sichern die Entfaltung eines operativen Verstehens.

12. Protokollauszug

Th. [39]: Alles in Ihnen muss sich gleich entwickeln und die gleiche Chance haben, was Sie nicht möchten... ist, ich würde sagen, rassistisch handeln.

Clo [39]: Ja, ja, das ist es.

Th. [40]: Sie reden da von einer *Demokratie*, einer echten innerlichen Demokratie, einer Demokratie Ihres Geistes, Ihrer Neigungen und der Blüten Ihres persönlichen Aufblühens.

Kommentar zum 12. Protokollauszug

Beim Therapeuten manifestieren und verdichten sich die von Clo verspürten Bedeutungen (Bsp. Th. [39]: „ich würde sagen, rassistisch“ und Th. [40]: „einer Demokratie (...) einer Demokratie Ihres Geistes“).

13. Protokollauszug

Th. [41]: Sie möchten Anderen Erfahrungen anbieten, die Sie selbst erlebt haben.

Clo [41]: Ja, und die mich bereichern haben. *Es sind alle gleichwertig, aber nicht alle gleich.* Es ist ganz und gar nicht so. *Sie sind alle unterschiedlich, aber ergänzend.* Das, was ich erlebt habe, was mir gefällt, was mir gefallen hat, werde ich jemandem nahe bringen, der mir auch etwas beibringen wird.

Kommentar zum 13. Protokollauszug

Durch das explizite Theorem (bei Clo [41]) präzisiert und verfeinert die junge Frau die Architektur, die einer kohärenten Logik zwischen dem Gefühlten und der Handlung Form und Orientierung verleiht. Sie vermeidet eine Dissonanz, indem sie die interne Reflexivität voranbringt und bestätigt, welche für die Konzeptualisierung des Wertes ihrer Erfahrungen nötig ist.

14. Protokollauszug

Th. [43]: Sie reden von verschiedenen Bereichen, einer Welt von Blütenblättern. Können wir diese zusammen besuchen?

Clo [43]: Es gibt die Grafik, die Malerei, die Musik, es gibt die Familie. Man muss sich nicht zwingen. Es ist natürlich, die Familie, die Freunde, der Traum, die Phantasie. Und schließlich auch das Manuelle. So, all das. Die Lektüre, bei der man abtauchen kann.

Th. [44]: Und Sie möchten all diese Bereiche entwickeln, all diese Blütenblätter.

Clo [44]: Alles Kreative, genau! Mit der Phantasie zu kreieren und dem danach eine konkrete Form geben. Das ist es. *Die unterschiedlichen Blütenblätter vereinigen sich, um eine Handlung zu erzeugen.* Jedes ist ein Kettenglied der gleichen Kette: *Jedes Blütenblatt bildet ein Resultat.*

Kommentar zum 14. Protokollauszug

Kreieren ist der Zielinhalt, auf den alle Aktivitäten und Affinitäten ausgerichtet sind, die zur Aktualisierung des Lebenspotentials von Clo beitragen (Clo [43]). Mir fällt der klare Ausdruck des Aktionstheorems auf, der sich in den Sätzen „die unterschiedlichen Blütenblätter vereinigen sich, um eine Handlung zu erzeugen“ und „jedes Blütenblatt bildet ein Resultat“ manifestiert (Clo [44]). Auch das Objekt „Kette“ ist ein Begriff, welcher sowohl eine Bewegung wie ein Handlungsmoment, eine Variation und eine Finalität koordiniert verdichtet.

15. Protokollauszug

Th. [46]: Sie fühlen, dass es in jedem Blütenblatt eine Neigung hat zu wachsen, die ihm eigen ist und die Sie pflegen müssen.

Clo [46]: Ja, denn ein Blütenblatt zu vernachlässigen, wäre wie ein Teil von mir zu vernachlässigen.

Th. [47]: Und ein Blütenblatt nicht zu entwickeln, bedeutet das Risiko der Langeweile einzugehen, der Routine und des Todes dieses Blütenblattes.

Clo [47]: Ja, denn je mehr Wahlmöglichkeiten und Neigungen ich habe, desto weniger werde ich mich langweilen. Also; wenn ich einen vernachlässige, werde ich mich eher langweilen (beschreibt eine kreisförmige Bewegung mit der Hand). Wenn ich – im Kreis gehend – ein bisschen von diesem und jenem mache und je mehr ich habe, desto länger ist die Runde, also wenn ich wieder zum 1. Blütenblatt zurückkomme, wird es eine lange Zeit her sein, dass ich nicht hier war, also werde ich wieder froh sein (...).

Kommentar zum 15. Protokollauszug

Diese Konzeptualisierung von Phasen mit Wiederkehr hört sich wie eine Reise an, eine Schleife, bei der jede Wegbiegung Wiederbegegnungen mit zurückgelassenen Unterzielen bringt. Deren verfremdender Aspekt gibt Clo eine Fülle von Entwicklungschancen. Die Inferenzen verwurzeln sich im Aktionstheorem, das ich folgendermaßen formulieren kann: [Reichtum und Vervielfältigung der Phasen] → [Verlängerung einer spiralartigen Rückkehr auf vorübergehende Phasen, die sich erneuern].

16. Protokollauszug

Th. [48]: Zurückkommen und von einem Blütenblatt zum anderen oder von einem Bereich zum anderen übergehen, das ist jedesmal so wie etwas Neues kreieren, denn wenn Sie zum Ausgangspunkt zurückkommen, entdecken Sie es wieder und vielleicht ist es inzwischen gewachsen.

Clo [48]: Ja, ja, ja ... !! Und jedesmal geht es darum, zu lernen, es wieder neu zu entdecken und es zu vertiefen, damit es sich etwas mehr öffnet. Es gibt da eine erste Phase, wo man das aufholt, was man verloren hat, und eine zweite Phase, wo man etwas wächst. Aber nicht zu viel, damit die anderen ebenfalls Zeit haben, größer zu werden.

Kommentar zum 16. Protokollauszug

Es sind zwei Bemerkungen: Die eine bezieht sich auf das Empathieschema, das von der Koordination der Bewegung der Klientin und dem Annäherungsrhythmus des Therapeuten in seinem Kontext ausgeht. Die andere berührt die Umwandlung der Konfigurationen der Klientin, indem sie Operationen des Vergleichens und der Gleichgewichtskräfte generiert (Clo [48]).

17. Protokollauszug

Th. [50]: Soll ich es so verstehen, dass die Routine das Verkümmern der verschiedenen anderen Blütenblätter bedeutet?

Clo [50]: Ja, genau das ist es! Und es ist nicht gerecht: denn wieso eins und dann nicht das andere! Ich habe – wie soll ich es sagen – nicht nur *meine Arbeit zu entwickeln.* Ich habe auch das, was ich in mir habe. Ich will das, was man von mir erwartet, nicht bevorzugen: die Arbeit und dann mein persönliches Aufblühen für die Arbeit im Stich lassen. Nein, da ist es ungerecht.

Kommentar zum 17. Protokollauszug

In Th. [50] erlangt die propositionelle Operation „Routine“ durch eine Nominalisierungsoperation den Status eines Objekt-Konzepts „Verkümmern“. Die Konzeptualisierung (in Clo [50]) ist der bewusste Ausdruck sowohl der internen Bewertungsinstanz als auch des Bedingungskontextes, der bis dahin bloß eine Facette des „Ich“ begünstigt hatte („Ich habe nicht nur meine Arbeit zu entwickeln“).

18. Protokollauszug

Th. [50]: Es gibt etwas wie ein neues Vertrauen: zu entdecken, dass Sie sich nicht mit bloß einem einzigen Bereich befassen, sondern dass Sie sich auch um die anderen kümmern werden, die auf jeden Fall weiter wachsen werden. Es ist ein bisschen wie den anderen Blütenblättern die Freiheit wiederzugeben, ohne dass sie unbedingt beaufsichtigt werden müssten. um weiterzuwachsen ...

Clo [50]: Ja, ja, das ist es! Es ist wie ein Elternteil, als ob, genau, als wäre ich stets hinter meinen Kindern her, um sie aufwachsen zu sehen „Schau, du wei t, dass du das nicht machen sollst!“. Man muss Vertrauen geben, man muss loslassen können, dann, gut, wenn es Dinge gibt, die nicht gehen, muss man doch darauf schauen.

Th. [51]: Von Zeit zu Zeit einen Blick darauf werfen.

Clo [51]: Ja, genau, um zu überwachen, man weiß ja nie, damit es nicht einen Weg einnimmt, der zu ...

Kommentar zum 18. Protokollauszug

Clo (siehe Clo [51]) gewährt sich für ihre inneren Bereiche die Sicherheit, die ein Elternteil bietet. Obwohl die Verinnerlichung des wohlwollenden Elternteils – (Differenzierung des Selbst in eine Konfiguration elterlichen Schutzes) – ein Beleg dafür ist, dass die Bildungsstätte der Möglichkeiten bestens gefördert wird, ist die Wertschätzung, die Clo sich selbst entgegenbringt, für mich fraglich; die elterliche Aufsicht drückt sich gar sehr durch eine Flut von Vorschriften mit Erziehungscharakter aus.

19. Protokollauszug

Th. [56]: Es gibt da etwas, das aufscheint: dadurch, dass Sie zugelassen haben, dass andere bei Ihnen Chef sind, haben Sie nur ein Blütenblatt begünstigt...

Clo [56]: Ja, ja, es stimmt. Jedes Mal wenn die Andern einen Aspekt mögen, begünstigen sie es zum Nachteil der anderen. Hingegen, wenn ich die Chefin bin, gibt es keine Bevorzugungen. Und es ist wirklich wichtig für mich, weder zu bevorzugen noch zu benachteiligen, dass ich schließlich für mich, für meine Persönlichkeit, *die beste Chefin für mich bin*.

Th. [57]: Und wie fühlen Sie sich dabei?

Clo [57]: Nun, ich fühle mich ... als ob es ein bisschen träumen lässt, als wäre ich die Chefin, aber nicht eine böse Chefin, nicht eine Chefin, die man nicht mag, eine die vor ihren Mitarbeitern auf der Lauer ist.

Kommentar zum 19. Protokollauszug

Der externe Blick pflegte bisher nur eine Facette von Clo, die diese gemäß den exzentrierten Vorlieben übernahm. Clo Konzeptualisiert hier die dynamische Unterscheidung der innerlichen Bewertungsinstanz „Chefin“ (in Clo [56] und [57]).

Die Schlussfolgerung der persönlichen Tendenz, sich selbst zu organisieren, wird ausgedrückt durch einen Satz, welcher folgendes Aktionstheorem Konzeptualisiert: „schließlich bin ich für mich die beste Herrin“ (Clo [56]), er gewinnt damit den Status einer Handlungsleitlinie.

V. Allgemeine Schlussfolgerung: die „Organisaktion“⁶ der Aktualisierungstendenz

Meine Untersuchung war v. a. auf den Ausdruck der Aktualisierungstendenz in den verschiedenen Aspekten der Konzeptualisierung gerichtet. Sie mündet in zwei komplementäre Richtungen:

- 1.) Das Studium des evolutiven und prozessualen Sequenz der Bewusstwerdung. Diese zeigt sich:
 - a) in der Manifestation meta-kognitiver (Bsp. Clo [1]), evaluativer (Bsp. Clo [5]) und selbstreferenzieller (Bsp. Clo [6]) Aktivitäten, die sich in Phasen konfigurieren und in einen Endpunkt münden: in die innere Bewertungsinstanz bei Clo [56] und [57].
 - b) in der Konzeptualisierung von Objekten, Gedankenoperationen (Clo [9] und [12]) und von Aktionstheoremen (Clo [57]).
- 2.) Das Aufzeigen einer Gesamtheit von Beziehungsschemata (duale Schemata) wird charakterisiert sich durch die Ko-Anpassung der gemeinsamen Konstruktion von Bedeutungen und Ausdrücken an den Schnittlinien. Diese führen ein Klima herbei, welches die interaktive Erfassung von Symbolisierungen, Orientierung und geteilten Echos (Bsp. Auszüge Th. [12] bis Clo [18]) fließen lässt.
- 3.) Schließlich habe ich die perspektivische Sicht der Entwicklung selber aufgezeigt, die bei Clo, wie mehrere Metaphern zeigen, in Realzeit Rhythmen, Strömungen und Phasen beschreibt. Diese sind wie Tonleitern mit Noten und Pausen, sie machen auf symbolische Weise die Nuancen und Facetten der Aktualisierungstendenz explizit (siehe Clo [30] bis (42), (51) bis (53) für die wichtigsten Auszüge). Diese entspringt mehreren Aktivit tsorganisatoren, Aufklärern, die auf der Ebene des Bewusstseins reflektieren, was in Bewegung ist, wie es ist und worauf hin es ist (die gemeinsam geteilte Evolution einer inneren Bewertungsinstanz). Man könnte einwenden, die Bemerkungen des Therapeuten (z. B. Th. [1] – [6]) beeinflussen die Organisation der Sprache bei der Klientin, weil die Verbindung zwischen der Konzeptualisierung beim Therapeuten und die Modifikationen, die durch die Verbalisierungen der Klientin auftauchen, unklar bleibe. Aber die empathische Haltung akzentuiert nicht einfach die Bedeutungen, die durch induzierende Äußerungen selegiert würden. Sie bildet sich aus den Fasern der

⁶ Wortneuschöpfung, entliehen bei Edgar Morin (1977). Die T1-Methode. Seuil: Point.

referenziellen Funktion, die dem Sprechakt eigen ist⁷. Dass sie hervortritt, scheint anzuzeigen, dass die Aktualisierungstendenz der Konzeptualisierung der Elemente des dualen Schemas im Kern der Beziehung entspringt (siehe Austausch Clo [19] – Th. [20] – Th. [25] – Clo [25] oder auch Th. [56] – Clo [56]).

Ich habe in meiner Studie versucht, mittels klinischer Beispiele die Effekte der Reflexivität auf die Bewegung des Lebens zu beschreiben, die sich am Schnittpunkt zweier aufeinander eingestimmter Bewusstseine manifestiert.

Ich gelange zu folgendem Schluss:

A – die Beziehung erleichtert die Konzeptualisierung der Bewegung selbst, sie wird gestützt durch bedeutsame Erfahrungen, die in Metaphern übersetzt werden. Die Aktualisierungsbewegung besteht sicher nicht in der einfachen Erhellung von etwas, was implizit „schon da“ wäre.

B – durch den Ausdruck der Klientin generiert die Aktualisierungstendenz je nach Umständen Schemata, die für einen zunehmenden Komplexitätsgrad repräsentativ sind, und sie führt sie zur Konzeptualisierung der Bewegung des Lebendigen, das sich lebt und sich erkennt.

Die Konzeptualisierung entspringt einer Rekonstruktion – Auflösung – Wiederanpassung auf der Ebene des Bewusstseins. Diese Flussdynamik nimmt Form und Logik an durch den Raster von Denkopoperationen, Konzepten und Sätzen und ist mit bedeutsamer Erfahrung verknüpft. Sie beschreiben eine Schleife, die genährt wird vom interpersonellen Schema mit seiner sequentiellen Bewegung und seinen symmetrischen und altruistischen Akzelerationen.

Für eine weitere Untersuchung nehme ich mir vor, die Effekte dieser Bewegung beim Therapeuten auf der Ebene der Entwicklung seiner eigenen Einstellungen zu untersuchen und zu beschreiben. Denn es gibt eine Synergie des gegenseitigen Austausches, die erhellend ist, aber hier noch kaum angeschnitten wurde.

Literatur

- Bruner, J. (1975). *Le développement de l'enfant savoir faire, savoir dire*. Paris: P.U.F.
- Gendlin, E. (1970). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 100–148). New-York: John Wiley (Orig.: 1964).
- Inhelder, B. & Caprona, D. (1985). Constructivisme et création de nouveautés: introduction. *Archives de Psychologie*, 53 (204), 7–17.

- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale: Les fondations du langage*. Paris: Editions de Minuit.
- Johnson, M. (1983). *The body in the mind: the bodily basis of meaning, imagination, and reason*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lamboy, B. (2003). *Devenir qui je suis. Une autre approche de la personne*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Leplat, J. (1985). Les représentations fonctionnelles dans le travail. *Psychologie Française*, 30 (3/4), 269–275.
- Lerbert, G. (2004). Carl Rogers et la pensée constructiviste complexe. *Carrière-ologie*, 9 (3/4), 431–440.
- Merleau-Ponty, M. (1942; 1977). *La structure du comportement* (8. ed.). Paris: P.U.F.
- Piaget, J. (1936; 1977). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (9. ed.). Paris: Delachaux et Niestlé (dt.: *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett, 1975 bzw. München: DTV, 1992).
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Paris: P.U.F.
- Piaget, J. (1967; 1992). *Biologie et connaissance*. Paris: Delachaux et Niestlé (dt.: *Biologie und Erkenntnis*. Frankfurt/M.: Fischer, 1983).
- Rogers, C. (1942a/1989). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin, 1942; frz. 1989: *Relation d'aide et psychothérapie*. Paris: ESF.
- Rogers, C. (1961a/1990). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; frz. 1990: *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Sachse, R. (2003). Changements nécessaires au concept processuel de la thérapie centrée sur le client. *Mouvance Rogerienne*, 5, 52–54.
- Varela, F., Thompson, E. & Rosche, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit. Sciences cognitives et expériences humaines*. Paris: Seuil.
- Vergnaud, G. (1985). Concepts et schèmes dans une théorie opératoire de la représentation. *Psychologie Française*, 30 (3/4), 245–251.
- Vergnaud, G. (2000). De Revault d'Allonnes à une théorie du schème aujourd'hui. *Psychologie Française*, 45 (1), 35–50.
- Vermersch, P. (2000). *L'entretien d'explicitation* (3. ed.). Issy-les-Moulineaux: ESF.

Autor

Gérard Mercier, Dr., *Diplom und Promotion in Psychologie (Sorbonne), Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie (PCAI-France); arbeitet als Psychologe in einer Institution der Sonderpädagogik sowie als Psychotherapeut in freier Praxis.*

Forschungsschwerpunkte: Möglichkeiten zur Förderung der therapeutischen Beziehung im Personenzentrierten Ansatz. Psychologie der Entwicklung und des therapeutischen Prozesses.

Korrespondenzadresse

Gérard Mercier
9a rue des courtils
F-25000 Besançon
France
E-Mail: gerardmercier@minitel.net

7 Die referenzielle Funktion nach Jakobson (1963), zitiert von Bruner (1975, S. 169), „dient der Präzisierung des Bezugspunktes einer Botschaft, indem der Kontext der Interpretation einer gegebenen Aussage geklärt wird.“

Hermann Spielhofer

Psychotherapie als Prozess der Anerkennung

Zusammenfassung: *Psychotherapie, soll sie wirksam sein, besteht in der gegenseitigen Anerkennung von Therapeut und Klient und in der Folge in der Anerkennung und Wiedererlangung des eigenen Begehrens durch den Klienten. Für Rogers waren stets die Einstellungen und Haltungen des Therapeuten, sein Beziehungsangebot wesentlich für das gedeihliche Klima in der Therapie. Daneben ist jedoch für den Autor das Beziehungsangebot des Klienten sowie dessen Rollenzuschreibungen an den Therapeuten ein wichtiger Aspekt in der Therapie. Im Rahmen des gemeinsamen Übertragungs-Gegenübertragungsprozesses wird eine Atmosphäre, ein interaktioneller Raum geschaffen, in dem das abgewehrte organismische Erleben in Form von unbewussten Inszenierungen und maskierten Botschaften, gleichsam „zwischen den Zeilen“ einfließen kann. Damit wird die Dyade aufgebrochen durch ein Drittes. Durch die Aufhebung in den gemeinsamen Sinn- und Verstehenshorizont, in die symbolische Ordnung der gemeinsamen Sprache entsteht eine triadische Struktur, die es ermöglicht, die affektive Verstrickung in der Dyade aufzulösen. Durch die Symbolisierung des abgewehrten organismischen Erlebens, durch die (Wieder-)Einführung in die gemeinsame Kommunikation erhält die Sprache eine gestaltende Kraft für die Ausformung und inhaltliche Bestimmung unseres Erlebens wie unserer Bedürfnisse und emotionalen Bewertungen. Durch die gesellschaftlich vorgegebene Semantik und Syntax unserer Sprache kann die Wahrheit des Begehrens oder des organismischen Selbst aufgedeckt oder auch verschüttet werden, und Psychotherapie hat damit die Aufgabe, die Begriffe und sprachlichen Zeichen auf ihren aufklärerischen und emanzipatorischen Gehalt hin kritisch zu überprüfen.*

Schlüsselwörter: *Abwehr, Anerkennung, Empathie, Interaktion, Konstruktion, organismisches Selbst, positive Beachtung, Selbstkonzept, Symbolisierung, therapeutische Beziehung, Übertragung*

Abstract: Psychotherapy as a process of acknowledgement. *To be effective, psychotherapy must mutually acknowledge therapist and client, and consequently acknowledge and re-establish the client's own will. For Rogers, the attitudes of the therapist and the relationship he or she offers were always essential for a positive atmosphere in therapy. For the author, however, the relationship offered by the client and the roles he or she attributes to the therapist are also important aspects of therapy. In the context of the common process of transference and counter-transference we create an atmosphere, a space of interaction in which the denied organismic experiencing can "flow in" in the shape of unconsciously staged interactions and masked messages, almost "in between the lines". In such a way the dyad is interrupted by a third element. The integration in the common level of meaning and understanding, in the symbolic order of the common language, gives rise to a triadic structure, which makes it possible to dissolve the affective entanglement in the dyad. By means of symbolization of the denied organismic experiencing, by means of the (re-)introduction of common communication, language obtains a creative power for the shaping of our experiencing and for determining its content and our needs as well as our emotional assessments. The semantics and syntax of our language, which are socially determined, can be used to uncover or bury the truth. Therefore it is the task of psychotherapy to examine critically the terms and the linguistic signs with regard to their uncovering and emancipatory potential.*

Keywords: *Denial, acknowledgement, empathy, interaction, construction, organismic self, positive regard, self-concept, symbolization, therapeutic relationship, transference*

„Und ich dachte, dass das Leben die Dinge vorsätzlich verschweigt, dass es sich nur selten in die Karten blicken lässt, weil es in Wirklichkeit unterirdisch verläuft, wie ein Fluss im Karst.“
(Antonio Tabucchi, 2002, S. 24)

1. Theorie und Anspruch der Personzentrierten Psychotherapie

„Der therapeutische Prozeß“, betont Rogers (1977, S. 27), „läßt sich im weitesten Sinne als Antwort verstehen, welche die Einstellungen des Therapeuten im Klienten hervorrufen“. Er verweist damit auf den Umstand, dass sich der Klient in der Weise und in dem Ausmaß selbst wahrnehmen und anerkennen kann, in dem der Therapeut ihn wahrzunehmen und zu akzeptieren imstande ist. Entscheidender Wirkfaktor in der Personzentrierten Psychotherapie liegt damit in dem von Rogers immer wieder dargestellten Beziehungsangebot des Therapeuten, mit den entsprechenden Beziehungsvariablen. Sie stellt eine spezifische Situation dar, die sich wesentlich von Alltagssituationen unterscheidet, auch wenn die grundlegenden Erkenntnisse aus der Therapie, wie Rogers stets betont, für alle übrigen zwischenmenschlichen Beziehungen gültig sind. Während wir in Alltagssituationen (verbale und nonverbale) Botschaften mit unserem Gegenüber austauschen, so liegt das Augenmerk in der Therapie vor allem auf diesen Austauschprozessen selbst sowie dem Erleben, das damit verbunden ist; es geht um die Störungen, Brüche und Lücken im Dialog mit dem Therapeuten, um die inkongruenten Anteile der Kommunikation.

Als mir angeboten wurde, einen Beitrag darüber zu schreiben, „was in der Therapie tatsächlich passiert“, sagte ich erst einmal etwas leichtfertig zu. Nach fast zwanzig Jahren therapeutischer Tätigkeit sollte ich eigentlich wissen, worauf es ankommt und was in der Therapie *tatsächlich passiert*. Beim Schreiben dieses Artikels ist mir allerdings wieder bewusst geworden, wie komplex und vielschichtig sich der therapeutische Prozess sowie die Beziehung zum Klienten gestaltet und wie schwierig es ist, die relevanten Aspekte zu benennen, „auf den Begriff zu bringen“. Nun hat Rogers (1973, S. 134) ebenfalls diese Einmaligkeit und Vielfalt des therapeutischen Geschehens betont, aber auch von seiner tief empfundenen Verzweiflung berichtet, „angesichts der unglaublichen Komplexität der therapeutischen Beziehung“. P. F. Schmid (1997, S. 14) schreibt, unter Bezugnahme auf den französischen Philosophen E. Levinas, „einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden“. Nun ist es gerade zu Beginn der Tätigkeit als Psychotherapeut nicht immer leicht, die Unsicherheit zu ertragen, sich dem Rätsel zu stellen, es wach zu halten und den Klienten mit seinen einzigartigen Eigenschaften, seinen Wünschen und auch Probleme-

men nicht gleich diagnostisch einzuordnen und zu klassifizieren, um daraus Sicherheit zu beziehen – wovor gerade Rogers immer wieder gewarnt hat.

Das Sich-Einlassen auf den Klienten bedeutet für den Therapeuten allerdings immer auch, sich selbst in Frage stellen zu lassen, neue Antworten zu suchen, sich mit dem Mysterium des menschlichen Daseins zu konfrontieren – wie Geburt, Person-Werdung, Leid und Tod –, das nie ganz mit unserem rationalen Verständnis und den reduktionistischen wissenschaftlichen Verfahren auflösbar ist. Basis und der Ausgangspunkt unseres Bewusstseins liegen zudem im Dunkeln, in den körperlichen Prozessen und in den vorsprachlichen, nicht symbolisierten Erlebnissen, die wir über die Selbsterfahrung nur teilweise reflexiv einholen und deuten können. Hier stoßen wir immer wieder auf Grenzen unseres Selbst-Verständnisses. Außerdem ist unsere Möglichkeit der (Selbst-)Erkenntnis durch das Selbstkonzept mit den darin repräsentierten Bewertungen verfälscht und lückenhaft; durch die Übernahme der Sichtweisen der relevanten Anderen sind wir von unserem eigenen Erleben getrennt. Rogers (1987, S. 52f) sieht darin „die grundlegende Entfremdung des Menschen“; „er ist nicht er selbst“ und „es entsteht eine neue symbolische Welt, die das Selbst bestärkt“ und „dadurch wird [...] das Erkennen der wirklichen Erfahrung völlig vermieden“. Selbsterfahrung ist daher stets ein offener und unabschließbarer Prozess. Es ist eine Annäherung an ein Original, das nicht vorgegeben ist; weder als im Menschen angelegtes Potenzial, wie das „wahre Selbst“¹ oder die „Weisheit der Natur“, noch als transzendente Instanz, wie eine „kosmische Vernunft“ oder ein „göttlicher Wille“; wir müssen uns vielmehr selbst als Leitbild entwerfen. Da wir angesichts unserer *Geworfenheit* in eine Existenz, deren Voraussetzungen wir nicht bestimmen können (Heidegger) und aufgrund unserer Vergänglichkeit keinen Absolutheitsanspruch mehr stellen können, sind wir gezwungen, auf unseren eigenen Daseinsentwurf hin zu handeln. Insofern ist es notwendig, das Menschenbild, die philosophisch-anthropologischen Grundlagen sowie die ethischen Prinzipien auszuweisen, an denen sich therapeutisches Handeln orientiert und zu legitimieren hat (Swildens, 1991; Linster/Panagiotopoulos, 1991; Spielhofer, 2001).

Aufgrund der Komplexität des Gegenstands, der epistemologischen Probleme und des ungeklärten Wissenschaftsbegriffs kann es nicht überraschen, dass es keine konsistenten geschlossenen theoretischen Systeme zur Beschreibung und Begründung der menschlichen Persönlichkeit und ihrer Störungen sowie daraus abgeleitete Handlungsanweisungen gibt. Auch im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes sind wir gezwungen, die Lücken und Brüche durch unsere persönlichen Konzepte sowie mittels Intuition (geschult

1 So weist gerade Kirkegaard (1909, S. 225), von dem Rogers den Begriff des „wahren Selbst“ übernommen hat, darauf hin, dass es sich dabei um ein soziales, um ein gesellschaftliches Selbst handelt, das sich in Auseinandersetzung mit der Umgebung und den Lebensverhältnissen konstituiert.

durch unser Wissen und unsere Erfahrung) zu ergänzen und die Widersprüche aufzuheben. Allerdings entspricht dies ja ohnehin dem Verständnis Rogers', der stets vor Dogmatismus und Einseitigkeit gewarnt hat und Theorie als etwas Vorläufiges beschrieben hat – ein „fehlerhafter, sich immer im Wandel befindender Versuch“, der „als Anreiz für weiteres kreatives Denken dienen [sollte]“ (Rogers, 1987, S. 16). Auch Maureen O'Hara (1998, S. 14) weist darauf hin, dass wir es im Rahmen gesellschaftlicher und kultureller Entwicklungen stets mit neuen Gegebenheiten, wissenschaftlichen Paradigmen und, wie sie betont, mit neuen Mythen zu tun haben und „eine neue personzentrierte Psychologie“ kann daher „keinen Anspruch auf das letzte Wort erheben. Ein Teil von jedem neu entstehenden Mythos wird Unsicherheit, Rätsel und Vielfalt akzeptieren müssen als Gegebenheiten, mit denen man eher leben muss, und nicht so sehr als Widersprüche, die aufgehoben werden müssen. Es gibt [...] zahlreiche potentiell bearbeitbare Geschichten darüber, wie die psychologische Welt funktioniert. All diese Geschichten sind Bewusstseinsprodukte, immer offen für eine Neubearbeitung“. Auch diese Arbeit basiert daher zum Teil auf persönlichen Erfahrungen und Konzepten sowie den daraus abgeleiteten therapeutischen Handlungsanleitungen. Bei der Entwicklung einer eigenen persönlichen „Theorie“ habe ich jedoch versucht, dem Anspruch des Personzentrierten Ansatzes gerecht zu werden, sie am Menschenbild Rogers' und den ethischen Grundsätzen auszurichten. Andererseits habe ich versucht, dort, wo mir die Konzepte Rogers' zu undifferenziert oder unzureichend erschienen sind, Aspekte anderer Ansätze wie insbesondere der Psychoanalyse zu integrieren, auf deren Grundkonzepten ja auch der Personzentrierte Ansatz basiert, auch wenn Rogers sich immer wieder davon abzugrenzen versucht², oder der konstruktivistischen Erkenntnislogik.

Es erscheint mir wichtig, diese Begrenzungen im Auge zu behalten, um die Gefahr einer leichtfertigen Selbstgewissheit hinten zu halten und um dadurch aber auch die gegebenen Möglichkeiten besser ausschöpfen zu können. Auch wenn wir uns nicht auf einen Ausgangspunkt oder ein Referenzsystem beziehen können, und unsere Selbsterfahrung lückenhaft und verzerrt ist, so müssen wir davon ausgehen, dass Selbsterkenntnis grundsätzlich möglich ist, und ein „Ich“ oder Subjekt ansetzen als Vermittler zwischen organismischen Strebungen und Außenwelt sowie zur Konstituierung von „Realität“, im Sinne einer gemeinsamen Konstruktion von „Lebenswelt“, entsprechend der phänomenologischen Sichtweise, um Wunsch und Realität, Wahn und Wirklichkeit unterscheiden zu

können. Denn gerade die Behandlung von psychischen Störungen und Leidenszuständen erfordert ein verantwortungsvolles und geschultes therapeutisches Handeln, das der ständigen Reflexion bedarf, und zwar auf der Basis einer Störungslehre und der daraus abgeleiteten Therapietheorie, die dem derzeitigen Stand unseres Wissens entspricht. So wird auch im österreichischen Psychotherapiegesetz gefordert, dass sich die Ausübung der Psychotherapie auf der Grundlage einer wissenschaftlich-psychotherapeutischen Theorie des menschlichen Handelns zu vollziehen hat. Nur anhand eines solchen theoretischen Rahmens ist es möglich, die Botschaften des Klienten zu erfassen und darzustellen. „Bei dem Bemühen, den Patienten zu verstehen“ schreibt Finke (1994, S. 62), „spielt nämlich die Frage eine wichtige Rolle, woraufhin der Patient verstanden werden soll, innerhalb welchen Zusammenhanges der Sinn des zunächst noch Unverstandenen gesucht werden soll. Dieser Zusammenhang wird üblicherweise durch die Persönlichkeits- und Neurosentheorie, der sich der Therapeut verpflichtet fühlt, vorgegeben. Auf dem Hintergrund dieser Theorie sind die Phänomene, also z. B. bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten einzuordnen“. Erst anhand eines theoretischen Modells, so ist hinzuzufügen, sind psychische Phänomene und Prozesse fassbar und darstellbar.

Rogers hat 1957 seine bekannten *notwendigen und hinreichenden Bedingungen* für die Psychotherapie beschrieben, bei denen es vor allem um das förderliche Beziehungsangebot für eine Veränderung beim Klienten geht, das bestimmt ist durch die Grundvariablen – Empathie, Kongruenz und positive Beachtung oder Wertschätzung. Diese Bedingungen basieren auf einem bestimmten Menschenbild und einem Konzept von Persönlichkeit, das vor allem charakterisiert wird durch die Fähigkeit des Organismus zu Wachstum und Selbstheilung: Die Klientenzentrierte Psychotherapie, so betont Rogers (1977, S. 15), „geht von folgender Grundhypothese aus: Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zu eigen, das in der Beziehung einer Einzelperson (etwa dem Therapeuten) freigesetzt werden kann“. Allerdings ist es schwierig, aus diesen allgemeinen Prinzipien Handlungsanleitungen abzuleiten und damit so etwas wie eine person-/klientenzentrierte Methode auszumachen, hat sich doch gerade in den letzten Jahren die Diskussion über die unterschiedlichen Strömungen, Varianten oder „Weiterentwicklungen“ sehr dynamisch, aber auch kontroversiell entwickelt, sowie auch darüber, was nun noch personzentriert ist und was nicht.³ Dies hat seinen Grund u. a. darin, dass sich Rogers selbst hinsichtlich der Methodik Klientenzentrierter Psychotherapie nur sehr allgemein geäußert hat und in seinen Darstellungen Hinweise auf konkrete Handlungen oder Interventionen meist fehlen. Insgesamt hat er Techniken einen geringen Stellenwert beigemessen; sie haben nur

2 Rogers übernimmt von der Psychoanalyse nicht nur die Konzepte des Unbewussten und der Abwehr, sondern auch Begriffe wie Internalisierung, Projektion, Rationalisierung usw. Er betont selbst: „Die klient-bezogene Therapie ist ein Produkt ihrer Zeit und des kulturellen Hintergrunds. Ihre Entwicklung wäre nicht möglich gewesen ohne das Verständnis für die unbewussten Bestrebungen des Menschen und seine komplizierte emotionelle Natur, das Freuds Beitrag zu unserer Kultur gewesen ist“ (Rogers 1972, S. 21f).

3 Vgl. dazu die in den letzten Jahren erschienenen Sammelbände: Frenzel, P. et al. (2001); Keil, W. W./Stumm, G. (2002); Iseli, C. et al. (2002).

insofern Bedeutung, schreibt er (1957, S. 183), als sie „ein Kanal“ werden können, „um die wesentlichen Bedingungen, die formuliert wurden, zu kommunizieren“. Sie können aber ebenso „Einstellungen und Erfahrungen zum Ausdruck bringen, die in scharfem Gegensatz zu den hier als Hypothese aufgestellten Bedingungen der Therapie stehen“. So hat Rogers immer wieder die Bedeutung und Autorität der *direkten und unmittelbaren Erfahrung* betont, ohne allerdings eine systematische Bestimmung der Möglichkeiten und Bedingungen von Erfahrung sowie deren methodische Fundierung zu entwickeln. Wir können heute nicht mehr davon ausgehen, dass es so etwas wie ein unverfälschtes, im Organismus vorgegebenes Erleben gibt, auf das wir zurückgreifen können; es ist nie voraussetzungslos, sondern stellt stets bereits eine Auslegung dar (Finke, 1999; Spielhofer, 1999, 2002). Maureen O'Hara (1999, S. 18) weist darauf hin, dass – entsprechend den neueren epistemologischen Ansätzen – die Person nicht vom Inhalt des Erkennens zu trennen ist, „Wahrnehmung und Bedeutung-geben aktive und kreative Prozesse sind“. Damit „müssen wir auch zugeben, dass Empathie, wie von Rogers [...] beschrieben, nicht möglich ist. Es ist für uns nicht möglich, unsere Subjektivität auf diese Art beiseite zu stellen. Ohne sie hätten wir keine Möglichkeit, in dem, was wir hören, einen Sinn zu finden. Außerdem macht uns jeder Anspruch darauf, mehr als es unsere Subjektivität je könnte, blind für die Art, in der unsere Vorurteile und Interessen unvermeidlich in all unserem Verstehen der Welt, in all unseren Bildern von unserer Welt und in all unseren Fragen einfließen“. Jede Wahrnehmung oder Erfahrung ist bereits eine Interpretation, oder besser Konstruktion auf der Basis unserer früheren Erfahrungen, unserer Bedürfnisse sowie unserer Intentionen. Dies betrifft auch die Erinnerungen unserer Lebensgeschichte, die ständig neu entworfen, *konstruiert* wird, „denn alle Vergangenheit ist bestimmt von meiner Gegenwart oder besser von meiner Zukunft, meinem Entwurf“ (Laplanche 1992, S. 470).⁴

Außerdem hat Rogers seine Therapiekonzepte im Laufe der Entwicklung seines Ansatzes immer wieder modifiziert, so dass es darauf ankommt, auf welche Phase oder welchen theoretischen Kontext man sich bezieht (Pfeiffer, 1995; Swildens, 1991; Finke, 1999). Auch wenn es Rogers nicht mehr gelungen ist, für die spätere Entwicklung seines Ansatzes, wie dem Konzept der „Begegnung“, eine ähnlich systematische und stringente Theorie zu formulieren, so sollten wir nicht versuchen, den *früheren* Rogers gegen den *späteren* auszuspielen, sondern wie W. M. Pfeiffer (1995, S. 27) betont, sollten uns „gerade die schwer überschaubaren Schriften der Spätzeit [...] vor die Aufgabe [stellen,] kritisch zu gewichten und zu wählen, das für uns Bedeutsame anzueignen und theoretisch zu durchdringen“.

Es erscheint mir vor allem notwendig, dem *Anspruch* dieses Ansatzes gerecht zu werden, wie er im Menschenbild und in den ethischen Anforderungen zum Ausdruck kommt. Dieser Anspruch besteht vor allem darin, das *organismische Selbst*⁵, zum Sprechen zu bringen, indem die Verzerrungen und Lücken im Erleben der Klienten aufgehoben werden, die durch die Bewertungsbedingungen, durch die Anforderungen und Botschaften der relevanten Anderen bzw. deren Repräsentation und Interpretation im Selbst entstanden sind.

Diesem abgewehrten organismischen Erleben, d. h. unseren Bedürfnissen, Gefühlen, Empfindungen, stehen Ängste gegenüber, die positive Beachtung und Zuwendung zu verlieren, abgelehnt und ausgeschlossen zu werden. Rogers weist auch darauf hin, dass durch die Abwehr des organismischen Erlebens Unsicherheit, Angst und Desorganisation entstehen. Es ist dies keine bewusste Entscheidung, wie Rogers (1987, S. 52) betont, „sondern eine natürliche, ja tragische Entwicklung während der Kindheit“. Um diese Abwehr aufrechtzuerhalten kommt es zu Verhaltensweisen wie Kompensationen, Zwängen, Phantasien, Projektionen und Rationalisierungen. „Die Person bemüht sich um ein Verhalten, das mit ihrem Selbstkonzept übereinstimmt. Aber ihr neurotisches Verhalten – in welchem das gesamte Sein der Person nach Erfüllung strebt – ist sogar für sie selbst unbegreiflich, da es im Widerspruch steht zu dem, was sie bewusst tun ‚möchte‘ – nämlich ein Selbst verwirklichen, das mit ihrem Erleben nicht mehr übereinstimmt“ (Rogers/Wood 1977, S. 122). Vor allem durch die Projektion der abgewehrten Impulse auf andere und durch die Rationalisierung, d. h. durch die Rechtfertigung des Verzichts auf das eigene Erleben, entsteht eine neue Sicht der Dinge, mit der der Klient versucht, dem Leiden einen Sinn zu geben. Dies ermöglicht es dem Individuum, die Inkongruenz im eigenen Erleben zu kaschieren und das Selbst vor bedrohlichen Erfahrungen zu schützen. Damit wird eine neue symbolische Ordnung geschaffen, d. h. das Kind *übersetzt* die Erfahrungen im Sinne seines Selbstkonzepts entsprechend der Tendenz, ein konsistentes und geschlossenes Bild von sich zu schaffen. Rogers selbst hat eine Reihe von Beispielen angeführt, wie Fehlanpassungen durch entsprechende Interpretationen kaschiert und gerechtfertigt werden, so etwa, wenn ein junger Mann, der sich als uninteressant erlebt, das Interesse anderer an seiner Person damit abwerten muss, indem er behauptet, dass ihn die betreffenden Personen ja nicht richtig kennen oder nur höflich sind; oder sexuelle Impulse werden von einer streng religiös erzogenen Frau als fremd, ichdyston wahrgenommen.

4 Die gemeinsamen Grundlagen sowie die Unterschiede zwischen dem phänomenologisch-hermeneutischen Verstehen und dem Konstruktivismus können hier nicht weiter ausgeführt werden, bedürfen m. E. allerdings auch noch einer Klärung vor allem im Hinblick auf das Empathie-Konzept im Personenzentrierten Ansatz (vgl. dazu Frenzel, 1991; Keil, 1997; Spielhofer, 1999).

5 Die Bezeichnung, „organismisches Selbst“ wird hier als Metapher verwendet und nicht – wie bei Rogers – als ein im Menschen angelegtes Potenzial, das es zu realisieren gilt. Es soll damit die Bedeutung der biologischen Konstitution oder der „menschlichen Natur“ bei der Ausbildung der Bedürfnisse und Wünsche betont werden, die sich im Austausch mit der Umwelt vollzieht; es geht hier um das grundlegende anthropologische Konzept, das auf den biologischen Anlagen gründet und den funktionalistischen Verhaltenstheorien oder den idealistischen Bewusstseinstheorien entgegengestellt wird (Spielhofer, 2002).

Das bedeutet, dass diese Rationalisierungen oder *Konstruktionen* zur Rechtfertigung des eigenen Leidens, die durch die Gesellschaft vorgegeben werden, gebrochen durch die individuellen Bewertungen in der Familie, sukzessive ersetzt werden müssen durch neue angemessenere Konstruktionen. „Der Weg der Entwicklung psychischer Reife, der Weg der Therapie, besteht in der Aufhebung dieser Entfremdung des menschlichen Handelns, der Auflösung der Bewertungsbedingungen“ (Rogers 1987, S. 52). Dabei soll der Klient in die Lage versetzt werden, die Gründe und Notwendigkeiten dieser bestehenden Konstruktionen und Lebensentwürfe mit ihren *Mythen* und *Alibis* (Swildens, 1991) zu verstehen, „als eine Biographie des Überlebens, des Bestehens, des Trotzdem-sich-Behauptens, geleistet mit Mitteln wie Vergessen, Verdrängen und dem Verfassen einer Lebensgeschichte nach dem Rezept der Schriftsteller, welche die Wirklichkeit durch die gewünschte Welt ersetzen. Sie [die neue Konstruktion] besteht darin, daß er versteht, dass es eine andere Biografie gibt, welche ihm verständlich werden läßt, warum er sich so verhalten hat, warum er diese Entstellungen nötig hatte“ (Cremerius, 1984, S. 410).

Dieses Wiedereinführen des Erlebens in die gemeinsame Kommunikation auf der Basis eines neuen Lebensentwurfs, der Abbau der dabei auftretenden Ängste ist nur in einer geschützten und vertrauensvollen Beziehung möglich, nur dadurch kann die oft schmerzhafteste Wahrheit des Begehrens, vielfach für den Klienten selbst nicht erkennbar, gleichsam „zwischen den Zeilen“ oder „unter der Hand“ zum Ausdruck kommen, im Anklingenlassen des eigentlich Unsagbaren.

Die therapeutische Beziehung

„Das Einzigartige dieses therapeutischen Ansatzes“, schreibt Rogers (1977, S. 15), „besteht darin, dass sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt“. Zentrales Moment und entscheidender Wirkfaktor in der Personzentrierten Psychotherapie liegt damit in dem von Rogers immer wieder dargestellten Beziehungsangebot des Therapeuten, das vom Klienten zumindest ansatzweise wahrgenommen werden sollte. Wie schon erwähnt, hat Rogers gerade in seiner Konzeption der therapeutischen Beziehung eine deutliche Wende vollzogen, und es erscheint mir wichtig, diese beiden Ansätze zu betrachten und in ihrer Bedeutung für den therapeutischen Prozess zu bewerten. In der früheren *klientenzentrierten Phase* ging es Rogers darum, ein wachstumsförderndes Klima zu schaffen und dem Klienten als sein „anderes Ich“ (*alter ego*) zur Verfügung zu stehen und ihn empathisch zu begleiten. Später, in der *personenzentrierten Phase* wendet er sich von dieser „Depersonalisation“ des Therapeuten zum Hilfs-Ich des Klienten ab und sieht die therapeutische Beziehung als „Begegnung“ von „Person zu Person“, wobei der Therapeut als eigenständige und reale Person dem Klienten gegenübertritt. Für

diese Wandlung sind mehrere Ereignisse verantwortlich, wie die schwierigen Erfahrungen Rogers' mit schizophrenen Patienten im Rahmen des Wisconsin-Projekts (Rogers et al., 1967), eine eigene, schwere seelische Krise, die ihn selbst in eine Psychotherapie führte, und schließlich die Begegnung mit Martin Buber und dessen Philosophie. Durch diese Begebenheiten erfuhr Rogers am eigenen Leib, wie W. M. Pfeiffer (1995, S. 27) betont, „dass es der aktiven Präsenz des Therapeuten [...] bedarf, sei es in Gestalt ermutigender und konkret hilfeleistender Zuwendung oder als entschiedenes und entscheidendes Intervenieren“. Es erscheint mir wichtig, diese beiden Konzepte vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zu sehen und sie dementsprechend zu bewerten und nicht das eine auf Kosten des anderen zu betonen. Es geht vielmehr darum, die jeweiligen Beziehungsformen den Erfordernissen und Bedürfnissen des Klienten, seinen Beziehungserwartungen anzupassen. Dabei spielt die Art und Schwere der psychischen Störung des Klienten eine Rolle, seine Fähigkeit oder Bereitschaft, eine Beziehung aufzunehmen, oder die aktuelle Entwicklung im Rahmen des therapeutischen Prozesses.

Es spielt für den Fortgang des therapeutischen Prozesses sowie für die Entwicklung der Beziehung eine wesentliche Rolle, welche Aspekte der Therapeut berücksichtigt und auf welcher Ebene er interveniert. Finke unterscheidet verschiedene Arten der Beziehung, die unterschiedliche Aspekte berücksichtigen und verschiedene Interventionstechniken erfordern. Neben der „Arbeitsbeziehung“, in der vor allem der Rahmen, d. h. die Vereinbarung über die Bedingungen und Ziele der Therapie sowie die Dauer festlegt werden, beschreibt Finke (1999) die „Alter-Ego-Beziehung“, die „Übertragungsbeziehung“ und die „Dialogbeziehung“. Bei der ersteren geht es um die einführende, identifikatorische Teilhabe am Erleben des Klienten, wobei der Therapeut versucht, den inneren Bezugsrahmen des Klienten zu erfassen und sich als das andere Ich des Klienten zur Verfügung zu stellen. In einer Art stellvertretender Introspektion erkundet der Therapeut gemeinsam mit dem Klienten dessen inneren Bezugsrahmen. Dabei geht es auch um die emotionale Teilhabe, um ein Mitschwingen mit dem Erleben des Klienten. „Ziel ist es dabei“, betont Finke (1999, S. 26), „den Erlebnisraum des Patienten auch in seinen unbewussten Anteilen zu erspüren. Hierzu ist eine partielle Regression auch auf Seiten des Therapeuten nötig, so dass dieser auf der Ebene eines sehr elementaren Erlebens mit dem Patienten in Korrespondenz treten kann“. Im Rahmen der „Übertragungsbeziehung“ werden die im „Hier und Jetzt“ auftretenden früheren konflikthaften Beziehungserfahrungen thematisiert, die meist unbewusst auf den Therapeuten *übertragen* werden. Die Art und Inhalte dieser Übertragungen sind abhängig von der Person des Therapeuten, seinem Verhalten, aber auch von seinen Wünschen und Phantasien, die in die Interaktion einfließen. Die Aufgabe der Übertragungsanalyse ist es, die auftretenden Konflikte und die verfestigten Erlebnis- und Interaktionsformen, wie sie in der Beziehung zum Ausdruck kommen, zu thematisieren. Die Dialogbeziehung entspricht am ehesten den

Alltagsbeziehungen; während in den beiden vorher besprochenen Beziehungsformen der Therapeut als Person im Hintergrund bleibt, bringt er sich hier als authentische und reale Person ein und nimmt als Gegenüber Stellung zu den Äußerungen des Klienten. Durch die reale Gegenüberstellung bekommt der Therapeut Modellcharakter hinsichtlich der Beziehungsgestaltung, er kann seine Beziehungserwartungen und die Wirkung seines Verhaltens auf den Anderen überprüfen und korrigieren; es wird, wie Finke schreibt (ebd., S. 108), nicht primär die innere Welt, die innerpsychische Realität des Patienten thematisiert, sondern die äußere Realität, genauer die Wirklichkeit zwischen Patient und Therapeut. Bei dieser Darstellung der verschiedenen Beziehungsmodelle geht es Finke um unterschiedliche Interaktionsentwürfe in der therapeutischen Beziehung, die Bedeutungen und Funktionen der verschiedenen Beziehungsangebote darzustellen, um sie entsprechend den Konfliktkonstellationen und Übertragungsangeboten flexibel einzusetzen. Vor allem zu Beginn der Therapie und bei neurotischen Störungen erscheint mir die Alter-Ego-Beziehung sinnvoll, um die Selbstexploration des Klienten zu fördern, während die Dialogbeziehung in einer fortgeschritteneren bzw. in der abschließenden Phase der Beziehung zum Tragen kommen wird.

Es ist für den Therapeuten wichtig, auf welcher Ebene der Klient sich bewegt und etwas mitteilen will, bzw. welches Anliegen auf welcher Ebene am besten anzusprechen ist. Damit wird nicht nur der Prozess strukturiert und gesteuert, sondern auch die Beziehung zum Klienten gestaltet. Verschiedene Autoren wie H. Swildens (1991), R. Sachse und C. Maus (1991) oder J. Finke (1994) haben unterschiedliche „Stufen des Einfühlenden Verstehens“ vorgeschlagen, bei denen es um eine zunehmende Vertiefung des Verständnisses für das eigene Erleben geht. Finke (1994, S. 48ff) sieht im Wiedergeben des Sinnes der Klienten-Mitteilung in Form eines „einfühlenden Wiederholens“ eine erste Stufe, bei der auch die Gefühle angesprochen werden, die der Klient selbst noch nicht benennt, die aber in dem, was er sagt, anklingen. Auf der zweiten Stufe geht es um ein Erfassen des Bedeutungszusammenhangs zwischen einer bestimmten Situation und dem Erleben des Klienten. Damit soll dem Klienten klar werden, in welchem situativen Kontext bestimmte Gefühle auftreten. In der dritten Stufe, dem „selbstkonzeptbezogenen Verstehen“ soll der Bewertungsprozess der eigenen Erlebnisse aufgrund des Selbstkonzepts bzw. des Selbstideals für den Klienten einsichtig gemacht werden, während erst in einer weiteren Stufe auf den organismischen Bewertungsprozess Bezug genommen wird, auf das ursprünglich-ganzheitliche Erleben. Da dieses Erleben für den Klienten meist nicht oder nur schwer zugänglich ist, muss der Therapeut durch sein einfühlerisches Verstehen, das organismische Erleben, das sich am „Rande der Gewährwerdung“ befindet, aufgreifen und ansprechen. In einer fünften Stufe geht es nach Finke um das Einordnen von Erlebnissen auf der Folie der lebensgeschichtlichen Erfahrungen, so etwa kann die Verachtung einer Frau gegenüber Männern aufgrund der Identifikation mit der

Mutter und ihren Bewertungen begründet und einsichtig gemacht werden.

H. Swildens (1991, S. 57f) betont ebenfalls die Notwendigkeit, auf die jeweilige Situation und die aktuellen Bedürfnisse des Klienten Rücksicht zu nehmen und phasenspezifische Unterziele anzusetzen, insbesondere bei Menschen mit schwerwiegenden psychischen Problemen. So ist es bei bestimmten Störungen wie etwa bei Suchtkranken, bei Menschen mit Depressionen oder narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen oft notwendig, die Motivation und das Vertrauen in die Therapie und die therapeutische Beziehung aufzubauen sowie bestimmte Strukturen (Setting) zu etablieren, auf deren Basis die Behandlung möglich ist. In einer zweiten Phase sollen, nach Swildens, die Symptome und deren Bedeutung für den Lebensvollzug des Klienten angesprochen werden. Dabei ist das empathische Verstehen von Bedeutung: „Erst wenn es mir glückt, mich in die schwierige Welt des Klienten zu versetzen, werde ich imstande sein, durch das Symptom hindurch oder entlang dem Symptom Zugänge zur Erlebenswelt des Klienten zu finden“ (Swildens, 1991, S. 65). In einer dritten Phase werden die Konflikte angesprochen sowie die Abwehr, die damit verbunden ist und in der Therapie als Widerstand gegen die Bewusstmachung auftritt, sowie gegen die Konsequenzen, die die Exploration und Bearbeitung der betreffenden Thematik haben kann. Hier ist es wichtig, den Ursprung und die Entwicklung der konflikthafter Übertragung zu rekonstruieren und einsichtig zu machen.

Sobald der Klient das Zimmer des Therapeuten betritt, entsteht ein bestimmtes Klima. Ebenso wie der Therapeut beim Klienten, so löst auch der Klient beim Therapeuten durch sein Verhalten, durch seine Art zu sprechen, seine Mimik und Gestik bestimmte Gefühle, Phantasien und Erwartungen aus. Das Erleben und das Verhalten der Dialogpartner erwächst aus der gemeinsamen Kommunikation heraus und entsteht nicht autonom in den einzelnen Individuen. In diesem *interaktionellen Raum* entwickeln sich ein spezifisches emotionales Klima und Erwartungshaltungen, die bestimmt sind durch die Lebensgeschichte der beiden Dialogpartner und den dabei entwickelten Kommunikationsmustern und Bedürfnisstrukturen sowie durch den kulturellen Hintergrund und den darin enthaltenen Wertungen und Normen. „Die aktuelle und private Situation ist also in einem umfassenden sozialen Zusammenhang eingefügt“, betont W. M. Pfeiffer (1995, S. 29), „womit sich die Dyade bzw. Triade auf die Gesellschaft/auf die Welt ausweitet“. E. M. Ederer und H. Gruber (2002) sprechen von einem „kommunikativen Beziehungsfeld“, bei dem die Dialogpartner in ein dynamisches Feld der interpersonalen Beziehung eingebunden sind, dessen Qualität auf die individuellen Befindlichkeiten zurückwirkt. „Dialog“ wird damit zu einem emergenten Dritten, zu einem offenen Gespräch, das die Erzählungen des Einzelnen transzendiert und damit in einen neuen Rahmen stellt und eine neue Sicht und Bewertung ermöglicht.

Durch die für den Klienten vorerst unklare und (abgesehen von den Rahmenbedingungen) zum Teil undefinierte Situation, greift

der Klient auf frühere Erfahrungen in ähnlichen Situationen zurück, *überträgt* vertraute Szenen und Rollenzuschreibungen auf diese Situation und auf den Therapeuten. Oft sind es Erfahrungen der Abhängigkeit und Unselbständigkeit sowie der Wunsch nach Anerkennung und Wertschätzung, nach Geborgenheit und emotionaler Wärme, wie er sie als Kind gegenüber den Bezugspersonen erlebt hat; oder auch die Abwehr dieser Wünsche und Erfahrungen, Tendenzen der Rebellion und des Protests oder beides gleichzeitig. Es erscheint mir wichtig, gerade in der ersten Phase diese Erwartungen aufzugreifen und vorsichtig anzusprechen sowie die Gefühle und Bedürfnisse, die ihnen zugrunde liegen, ohne sie gleich durch Erklärungen abzustellen. „Phänomenologisch gesehen“, schreibt Swildens (1991, S. 60), „halte ich es für eine intersubjektiv gültige Feststellung, daß die aufdeckende psychotherapeutische Beziehung als solche – wenn sie nicht durch Strukturierung von seiten des Therapeuten beeinflusst wird – eine spontane Verschiebung in der zentralen Motivation (der Helferwartung bzw. dem Hilfsverlangen) erkennen lässt“. Diese Erwartungen sind vorerst meist undifferenziert und oft nur zum Teil bewusst, und Hilfsbedürftigkeit und Erwartungen an den Therapeuten liegen oft auseinander. Im Laufe der Therapie wird dieses Hilfsverlangen zunehmend konkreter und präziser symbolisiert.

Ich bin immer wieder überrascht, wie sehr durch diese Situation, die geprägt ist durch die geschützte intime Zweierbeziehung, durch das offene, verständnisvolle Zuhören und die empathische Präsenz des Therapeuten, das Erleben im Klienten aktiviert werden kann. Auch die Klienten selbst sind oft erstaunt und berührt über die starken Gefühle, die plötzlich wieder auftreten und wahrgenommen werden können. Gleichzeitig treten dadurch auch alte Ängste wieder auf, damit abgelehnt oder zurückgewiesen zu werden, sowie Schamgefühle. Es zeigt sich für mich immer wieder, wie stark die Tendenzen sind, das abgewehrte organismische Erleben wieder zum Ausdruck zu bringen, ihm Gehör zu verschaffen. Wesentlich ist hier, wie für den gesamten Verlauf der Therapie, die Fähigkeit des Therapeuten, unvoreingenommen zuhören zu können, mittels „freischwebender Aufmerksamkeit“ offen zu sein auch für die „indirekten Botschaften“, ohne das Gehörte oder Beobachtete voreilig einzuordnen und zu bewerten. Ich selbst habe in Beziehungen, aber auch in meiner eigenen Therapie öfter darunter gelitten, dass ich mit meinen Mitteilungen vorschnell festgelegt wurde, dass ich mit dem, was ich *eigentlich* mitteilen wollte, nicht erhört worden bin. Aufgrund einer empirischen Untersuchung zur Bedeutung des Faktors „Beziehung“ konnte für das konkrete Handeln in der Therapie diese grundlegende Haltung des Personenzentrierten Ansatzes bestätigt werden, dass es nämlich notwendig ist, „das Beziehungsangebot des Therapeuten adaptiv an der Ansprechbarkeit des Klienten orientiert so zu kommunizieren, dass es auf diesen und dessen Abwehr nicht bedrohlich wirkt, sondern vielmehr geeignet ist, ihm diejenige Sicherheit zu gewähren, die ihn in die Lage versetzt, sich Beängstigendem, Unbekanntem oder Unvertrautem zu nähern, Neues auszuprobieren, Risiken einzugehen ...“ (Höger & Wissenmann, 1999, S. 383). J. Finke

beschreibt die Anforderungen an den Therapeuten am Beginn seines Buchs, „Beziehung und Intervention“ (1999, S. 4) folgendermaßen: „Dem Therapeuten stellt sich [...] von Beginn an eine komplexe Aufgabe. Er ist gefordert, die manifeste Erzählung des Patienten zu hören und sich zu fragen, was der Patient meint, ohne es direkt auszudrücken. Gleichzeitig muss er sich überlegen, welches, dem Patienten selbst vielleicht noch unbewusste Thema sich in dieser Erzählung ankündigt und wie dieses mit dem vermuteten Grundkonflikt in Zusammenhang stehen könnte [...] Ebenso ist er gehalten, mögliche Beziehungsanspielungen des Patienten wahrzunehmen und außerdem das Ausdrucksverhalten des Patienten wie seine eigene Gegenübertragung zu beobachten. Schließlich hat er darauf zu achten, Widerstandsphänomene schnell genug zu erkennen“.

Um dieses abgewehrte, aus der Kommunikation ausgeschlossene, *exkommunizierte* Erleben wieder in das bewusste Erleben zurückzuholen ist es notwendig, dass sich der Therapeut auf das Beziehungsangebot des Klienten einlässt und an dessen Rollenspiel teilnimmt, dass er versucht, die ausgeschlossenen unbewussten Szenen in der gemeinsamen Interaktion aufzuspüren und zu benennen, zu *symbolisieren*. Die Botschaften des Klienten sind immer an jemanden gerichtet, d. h. in diesem Fall an den Therapeuten, mit der Absicht, wahrgenommen und anerkannt zu werden. Es ist die Wiederholung zum Zwecke der Rückgängigmachung, der Korrektur der Nicht-Anerkennung oder der Abwertung durch den Anderen, die Eltern, Lehrer usw. In der geschützten Atmosphäre der Therapie sollte der Klient die Möglichkeit bekommen, diesen zurückgewiesenen Bedürfnissen erneut Zugang zur gemeinsamen Kommunikation zu verschaffen, ihnen eine Sprache zu geben. Nach Lorenzer setzen sich die abgewehrten Impulse und Bedürfnisse immer wieder „in Szene“, um sich endlich Gehör zu verschaffen, im Sinne der *Wiederkehr des Verdrängten* (Freud): „So sehr der Patient in seinen kognitiven wie affektiven Äußerungen, seinem Selbstverständnis sich und die anderen irreführt [...] so ‚zwanghaft‘ ehrlich ist er in der ‚Inszenierung‘ zwischenmenschlicher Beziehungen. Wiederholungszwang meint ja nichts anderes als Zwang zur unablässigen Reproduktion der neurotischen Beziehungen realiter. Der unsichtbare Trieb wird greifbar, wenn er ‚in Szene gesetzt‘ verstanden wird“ (Lorenzer, 1970, S. 166). Damit wird die Beziehung und die darin zum Ausdruck kommenden, zum Teil unbewussten Inszenierungen und Wünsche zum zentralen Instrument der Therapie.

Eine weitere Frage in der neueren Diskussion um die „richtige“ Therapietheorie wird durch den „störungsspezifischen Ansatz“ eingebracht, d. h. inwieweit bei der praktischen Tätigkeit die spezifische Störung berücksichtigt werden soll sowie ihre Auswirkungen auf das Erleben. Nach den Vertretern dieses Ansatzes bedarf es für die Verwirklichung der Grundhaltungen erst des „mitfühlenden Wissens“ hinsichtlich der Ursachen und Genese der verschiedenen Störungen und ihrer Symptomatik (Finke & Teusch, 2002). Es geht um das Aufspüren der verschiedenen Formen der Inkongruenz, wobei der Therapeut durch sein Wissen, das er als Vorverständnis

in den hermeneutischen Erkenntnisprozess einbringt, dem Klienten entsprechende weiterführende Verstehensangebote machen kann, um das nicht oder nur verzerrt wahrgenommene Erleben anzusprechen und zu symbolisieren. Nun, die Vorbehalte gegen eine solche Ausrichtung erscheinen mir unangebracht, da ja jeder Therapeut sein Wissen hinsichtlich psychischer Störungen einbringen und sein Handeln nach zum Teil impliziten Konzepten entsprechend seinem Wissen und seinen Erfahrungen ausrichten wird. Es geht vor allem darum, dass diese Konzepte, die das vielfach intuitive Handeln leiten, auf den Begriff gebracht, also explizit gemacht werden. Wissenschaftliches Handeln setzt ja voraus, dass die handlungsleitenden Intentionen und Konzepte systematisch dargestellt und überprüft werden.

3. Der Prozess der Anerkennung in der Therapie

Da es im Rahmen eines Artikels nicht möglich ist, alle relevanten Punkte ausführlich zu behandeln, möchte ich mich hier auf einen mir wesentlich erscheinenden Aspekt konzentrieren, der bisher im *Klienten-zentrierten* Ansatz oftmals vernachlässigt worden ist, nämlich den der Anerkennung in der Therapie. Dieser Begriff der Anerkennung orientiert sich an dem der positiven Beachtung (*positive regard*) bei Rogers, betont aber stärker die Gegenseitigkeit dieses Prozesses. In den *notwendigen und hinreichenden Bedingungen* beschreibt Rogers vor allem die Einstellungen des Therapeuten, die für eine Veränderung der Persönlichkeit des Klienten notwendig sind; der Klient hat diese Einstellungen vor allem am Beginn zumindest in einem geringen Ausmaß wahrzunehmen. Zwar verwendet auch Rogers in seinem Artikel *Psychotherapie als Prozess* (1973, S. 135) den Begriff der *Anerkennung* und weist darauf hin, dass es sich dabei um die entscheidende Ausgangsbedingung für die Therapie handelt, indem der Klient die Erfahrung macht, ohne Abstriche anerkannt (*fully received*) zu sein, aber es bleibt ein einseitiger Prozess der Anerkennung des Klienten durch den Therapeuten. Demgegenüber benötigt nicht nur der Klient die Anerkennung des Therapeuten, sondern auch umgekehrt; um das Vertrauen des Klienten zu erhalten sowie seine Bereitschaft, ein Arbeitsbündnis einzugehen, benötigt auch der Therapeut die Anerkennung durch den Klienten. Beide müssen sich an den Wünschen und Erwartungen des Anderen orientieren und diese zumindest wahrnehmen und akzeptieren und sie auch in einem gewissen Ausmaß erfüllen.

Rogers betont diese Gegenseitigkeit der Anerkennung und der Rollenzuweisung im Hinblick auf die *positive Beachtung*, wenn er schreibt: „Die Befriedigung dieses Bedürfnisses ist notwendigerweise abhängig von Rückschlüssen, die mit dem Erfahrungsfeld eines anderen zu tun haben“, und: „Sie ist wechselseitig: Erfährt ein Individuum sich selbst als jemanden, der das Bedürfnis nach positiver Beachtung eines anderen befriedigt, dann erfährt es notwendigerweise Befriedigung seines eigenen Bedürfnisses nach

positiver Beachtung“ (Rogers, 1987, S. 49). Da diese positive Beachtung oder Anerkennung durch den Anderen für das Individuum wichtiger ist als der organismische Bewertungsprozess, wird „die positive Beachtung durch einen anderen [...] dem gesamten *Bewertungskomplex*, den das Individuum mit diesem anderen verbindet, unterlegt“ (ebd.). Hier wird ein in der philosophischen Subjekttheorie seit langem diskutiertes Konzept angesprochen, demzufolge sich unser Selbst und unsere Identität durch die gegenseitige Anerkennung konstituiert (Husserl, 1963). Um vom Anderen anerkannt zu werden, muss ich ihn selbst wieder als eigenständige Person in seiner Andersartigkeit anerkennen. Während sich das Kind mit den Eltern identifiziert, um mit ihnen eins zu sein und daraus Sicherheit zu beziehen, muss es auch lernen, die anderen Personen als andersartig und eigenständig zu akzeptieren, um von ihnen anerkannt werden zu können. Erst in dieser Dialektik von Identifikation und Negation entwickelt sich die eigenen Subjektivität. Dasselbe gilt auch in der Therapie.

J. Finke verweist bereits durch den Titel seines Buchs *Empathie und Interaktion* (1994) auf das dialektische Verhältnis von Verstehen und Interaktion; beide Aspekte stellen polare Grundpositionen dar als „identifikatorische Teil habe und dialogische Gegenüberstellung“. An anderer Stelle (1999, S. 5) schreibt Finke, dass die tatsächliche Beziehung nicht allein vom Therapeuten gestaltet wird: „Selbst wenn der Patient häufig auf das Beziehungsangebot des Therapeuten eingeht und in reziproker Weise auf dessen Interventionen antwortet, können Interferenzen bestehen. So könnte ein Patient auf die einführend-verstehenden Interventionen des Therapeuten zwar einerseits mit einer ‚Selbst-Empathie‘ und einer ‚Selbstobjekt-Übertragung‘ [...] antworten, gleichzeitig aber auch zunehmend Wut und Enttäuschung (i. S. einer objektalen Übertragung) gegenüber dem Therapeuten erleben. Die faktische Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist häufig vielschichtig“. Das, was Finke hier vorsichtig als Möglichkeit formuliert, kann man ruhig als grundsätzliche Gegebenheit annehmen, da die Klienten ständig ihre Lebensgeschichte, d. h. ihre Beziehungserfahrungen, insbesondere jene mit den frühen Bezugspersonen mit ihren ambivalenten, zum Teil uneingestanden negativen Gefühlen und ihren Wünschen in die aktuelle therapeutische Beziehungen einbringen.

Für Rogers stellt Echtheit und Kongruenz des Therapeuten den entscheidenden Punkt in seiner Therapietheorie dar, „daß er [der Therapeut] exakt ‚er selbst‘ in der Beziehung ist“ (1973, S. 41). Was bedeutet nun diese Forderung, kongruent zu sein? Tatsächlich begegnen sich in der Therapie zwei Menschen, die beide mit ihrem Selbstkonzept und den Forderungen der Außenwelt konfrontiert sind, „jeder der beiden lebt mit seinen inneren Abhängigkeiten und seinen äußeren Ängsten und pathologischen Abwehrmechanismen“, wie die Analytikerin M. Krüger-Zeul (1983, S. 74) schreibt, und jeder ist in gewisser Weise „noch ein Kind mit seinen inneren Eltern“. Es kommt vielmehr darauf an, diese inkongruenten Erfahrungen zu (er)kennen, damit sie nicht unreflektiert in die Bezie-

hung zum Klienten einfließen. Dabei kommt der Selbsterfahrung im Rahmen der Lehrtherapie eine zentrale Rolle zu, die gar nicht überschätzt werden kann. Außerdem ist es wichtig, derartige Gegenübertragungsgefühle im Rahmen der Supervision zu klären, sofern sie die Beziehung belasten und den Therapeuten in seinen Grundhaltungen beeinträchtigen, soll die therapeutische Beziehung nicht zu einer *folie à deux* werden.

Das bedeutet nun, dass die Selbstempathie des Therapeuten hinsichtlich der eigenen gefühlsmäßigen Reaktionen genauso wichtig ist wie dessen empathisches Verstehen gegenüber dem Klienten (wobei es, wie bereits erwähnt, einer epistemologischen und methodischen Klärung bedarf, inwieweit diese beiden Aspekte des Verstehens unabhängig sind). In der Psychoanalyse wird darauf hingewiesen, dass das Unbewusste des Analytikers das Unbewusste des Klienten aufnimmt. Dieser unmittelbare Kontakt auf einer basalen Ebene kommt in Form von Gefühlen an die Oberfläche, die der Therapeut als Antwort auf den Klienten in seiner *Gegenübertragung* wahrnimmt. Erst durch diese konkordante oder komplementäre Identifizierung mit dem Klienten auf einer unmittelbaren Ebene ist das Aufspüren von abgewehrten Tendenzen in der Kommunikation möglich (Racker, 1993, S. 160). *Konkordante*, also übereinstimmende Identifizierung setzt voraus, dass der Therapeut den Kontakt zu den eigenen kindlichen Erfahrungen und den oft nur teilweise gelungenen Anpassungsleistungen herstellen kann. Nur in dem Maße, wie er selbst zu diesem Kontakt fähig ist, kann er auch den Klienten bei der Exploration seines archaischen kindlichen Erlebens begleiten. *Komplementäre* Identifizierung bedeutet, dass der Therapeut die Rollenzuweisungen des Klienten annehmen und auch symbolisieren kann. Dies wiederum setzt voraus, dass der Therapeut seine Beziehungen und Abhängigkeiten zu den eigenen frühen Bezugspersonen aufgearbeitet hat oder sich dessen zumindest bewusst ist. Auch W. M. Pfeiffer (1995, S. 28) weist unter Bezugnahme auf Barret-Lennard darauf hin, dass es sich bei der Empathie nicht nur um ein einseitiges Sich-Einfühlen des Therapeuten in den Klienten handelt, sondern im Rahmen des „Empathie-Zirkels“ sind in jeder Phase des therapeutischen Dialogs beide Seiten bezüglich des Verstehensprozesses aktiv. Dasselbe gilt auch für die anderen Therapeutenvariablen.

Ein eindrucksvolles Beispiel für diesen gemeinsamen Austauschprozess ist die „projektive Identifizierung“, ein Begriff, der von der Kinderanalytikerin Melanie Klein (1946, S. 17) eingeführt worden ist. Damit wird das Phänomen einer interpersonellen Abwehr beschrieben, die darin besteht, dass besonders bei Klienten mit schweren narzisstischen Störungen oder einer Borderline-Symptomatik die für sie unerträglichen Anteile wie Vernichtungsängste, Hassgefühle usw. abgespalten und in der Interaktion unbewusst auf den Therapeuten projiziert werden. Das heißt, dass er die Hassgefühle auf den Vater oder andere frühe Bezugspersonen auf den Therapeuten projiziert und sich dadurch von ihm verfolgt fühlt. Der Klient versucht dabei in oft subtiler Weise im Therapeuten

diese projizierten Gefühle und Phantasien hervorzurufen und ihn dazu zu bringen, sich so zu verhalten, dass dies mit der projektiven Identifikation übereinstimmt. Es ist wichtig, dass der Therapeut diese Gefühle des Klienten im Sinne eines *Containing* (Bion, 1970) in sich aufnimmt und „aufbewahrt“ und in die gemeinsame Kommunikation, in den *interaktionellen Raum* einbringt, um sie hier einer gemeinsamen Affektbewältigung zuzuführen, so dass sie der Klient wieder gefahrlos re-introjizieren kann und es ihm erleichtert wird, selbst damit fertig zu werden.

Ich möchte diesen Vorgang an einem Beispiel demonstrieren:

Ein Mann im Alter von 28 Jahren, als Jurist tätig, ist vor drei Jahren zu mir in Therapie gekommen. Er ist zusammen mit einem drei Jahre jüngeren Bruder aufgewachsen, der an einem kindlichen Diabetes litt und sich später mit 21 Jahren das Leben nahm. Die Mutter war nicht in der Lage, empathisch auf die Bedürfnisse des Klienten einzugehen, sie ist zwei Monate nach der Geburt des Klienten wieder ihrem Beruf nachgegangen und hat ihn von einem Kindermädchen betreuen lassen. Der Vater wurde von meinem Klienten als streng, unzugänglich und autoritär beschrieben. Besonders nach der Geburt des jüngeren Bruders fühlte sich der Klient von den Eltern vernachlässigt und zurückgesetzt. Als er mehrere Wochen in die Therapie gekommen war merkte ich, trotz seines an sich freundlichen Wesens, starke Spannungen und Widerstände in der Therapie. Er kam oft zu spät oder sagte die Stunde ab. Er war einerseits fordernd und anspruchsvoll und vermittelte mir andererseits, dass ich ihm nicht helfen könne und stellte meine Kompetenz als Therapeut in Frage. Er reagierte öfters aggressiv und voller Hass, wenn er sich nicht verstanden fühlte. Diese Spannung durch hohe Forderungen und Ansprüche einerseits, Unzufriedenheit, eiskalte Zurückweisung und Vorwürfe andererseits erzeugten in mir Ärger und Ablehnung. Erst später konnte er allmählich zugeben, dass er Angst hatte, wieder zurückgewiesen und mit seinen Bedürfnissen nicht ernst genommen zu werden. Dieser Zwiespalt zwischen dem Wunsch nach Zuwendung und Anteilnahme und der Angst vor neuerlicher Enttäuschung und Zurücksetzung führte beim Klienten zu Spannungen und Wut. Diese Wut projizierte er auf mich und fühlte sich von mir bedroht. Gleichzeitig hatte er starke Trennungsängste mir gegenüber. Ich selbst konnte sowohl meinen eigenen Ärger über seine Zurückweisungen spüren wie auch seinen Hass und die Bedrohung, die er auf mich projizierte. Ich ertappte mich dabei, wie ich überlegte, was er mir antun könnte.

Wesentlich war auch, dass er meine Hinweise auf Gefühlsregungen zwar intellektuell akzeptierte, aber nichts damit anfangen konnte; er sagte immer wieder: „Es mag schon sein, was sie da behaupten, ich finde es interessant, aber es sagt mir nichts, es hat nichts mit mir zu tun.“ Als er von einem guten Freund im Stich gelassen wurde, zeigte er keine Anzeichen von Trauer oder Wut, er sagte, er spüre nichts, er fühle sich nur leer. Nach etwa zwei Jahren stellte

er wieder fest, dass ohnehin niemand da sei, an den er sich wenden könne, wenn er etwas brauche. Nach einer kurzen Pause fügte er hinzu: „Aber sie sind ja da für mich“. Ich wiederholte: „Ja, ich bin für sie da“. Da begann er plötzlich zu weinen und konnte erstmals seinen Wunsch nach Anteilnahme und Zuwendung annehmen. Wesentlich für diese Art der Störungen ist auch der Umstand, dass Bereiche des Erlebens nicht zugänglich sind. Es kommt von diesen Klienten oft der Hinweis, dass sie das verstehen, was ich sage, aber sie können nichts damit anfangen, es hat für sie keinen Bezug zu ihrem Erleben. K. Heinerth (2002) unterscheidet zwischen verzerrten und abgewehrten Erfahrungen bei der Entwicklung des Selbstkonzepts und veranschaulicht dies anhand der Metapher eines Hauses mit unterschiedlichen Räumen, die verschiedenen Erfahrungsbereichen, wie Bindungs- oder Aggressionserfahrungen entsprechen. Fehlt in der frühen Phase der Selbstentwicklung eine Bezugsperson, die das Erleben des Kindes empathisch begleitet und beantwortet, so kann dieses Erleben nicht in das Selbstkonzept aufgenommen werden, diese Erfahrungsbereiche sind nicht zugänglich. Wem als Kind z. B. nie vermittelt worden ist, dass es geliebt wird, oder wer unberechenbaren und in das kindliche Selbst nicht integrierbaren Bindungsgefühlen ausgesetzt war, weiß mit dem Gefühl der Verbundenheit oder Nähe nichts anzufangen. „Ohne Interpretation von Signalen entsteht keine Information, also kein Wissen und damit auch kein Selbstkonzept“ (ebd., S. 155). Damit entwickelt sich ein bruchstückhaftes Selbst und ein mangelndes Identitätsgefühl, das vor allem durch eine rigide Abwehr in Form von Spaltung, Projektion und Verleugnung insbesondere vor den heftigen affektiven Impulsen geschützt werden muss. „Hier zeigt sich der Unterschied gegenüber dem neurotischen Selbstkonzept“, betont auch Swildens (1991, S. 195). „Dem ‚Borderline‘-Selbstkonzept ermangelt Zusammenhang, Kontinuität und Sicherheit. Daher ist es stets verletzlich; neue Erfahrungen können nicht auf zielstrebige Weise dem Selbstkonzept angepasst werden, weil dieses in sich selbst widersprüchlich ist, keine Kontinuität von ausreichendem Gewicht zeigt und deshalb nicht konsequent zu verteidigen ist.“ In der Therapie muss es daher vor allem darum gehen, durch Empathie und das Ansprechen von Gefühlen – etwa im Sinne einer Prätherapie (Prouty, 1976, 1990) – die der Erfahrung versperrten Bereiche wieder zugänglich zu machen.

Dabei stellt sich das Problem, dass die versperrten und auch verzerrten Erfahrungen oft durch Rationalisierungen kaschiert werden, etwa im Sinne von, „das entspricht mir nicht“, „das ist mir zu einfach“ oder „das ist etwas für Kinder (Frauen bzw. Männer)“. Diese Rechtfertigungen oder „Begründungen“ werden vielfach durch gesellschaftliche Normen gestützt; so werden eher Leistungen und Disziplin gefordert als Selbstempathie und spontane Äußerung von Gefühlen, eher Egoismus und Selbstverwirklichung auf Kosten anderer als Solidarität; man hat „vernünftig“ und „erwachsen“ zu sein. Damit wird es dem Einzelnen erschwert, die realen Erfahrungen wieder zugänglich zu machen, die Abwehr aufzuheben, da sich das Netz der gesellschaftlich normierten Sprache darüber gelegt

hat. Es wird ein unverdächtiger Text hergestellt, um die Einheit und Geschlossenheit des Selbst zu wahren. Die Sprache dient damit der Verschleierung mit den Stilmitteln der Gesellschaft. Auch in der Therapie muss diese symbolische Welt vorerst gegenüber dem Therapeuten verteidigt werden, um das Selbstkonzept zu schützen und die Persönlichkeit vor Desintegration zu bewahren, vor allem, wenn beim Klienten der Eindruck entsteht, dass der Therapeut die Partei des abgewehrten organismischen Erlebens ergreift und zur Sprache bringen will. Es ist daher vor allem in der ersten Phase wichtig, dass diese symbolische Welt des Klienten anerkannt wird sowie die Leistungen und Bemühungen, aber auch Entbehrungen, die mit der Ausbildung und Aufrechterhaltung seines Selbstkonzepts verbunden sind.

Ich hatte einen Klienten, der seine aggressiven Impulse, insbesondere gegenüber Frauen stark unterdrücken musste und gute Argumente dafür angeben konnte, dass es rücksichtslos ist, dem „schwächeren Geschlecht“ gegenüber aggressiv zu sein. Er wurde von einer als schwach erlebten Mutter als Bündnispartner gegen einen aggressiven und strengen Vater missbraucht und glaubte, die Mutter schützen zu müssen, um sie nicht zu verlieren. Später wurde er von den von ihm bevorzugten Partnerinnen vorerst in seiner „sanften Art“ bestärkt, was ihn in seiner Beschützerrolle bestätigte, sowie als Vertreter des „neuen“, emanzipierten Mannes. Als ich ihn (offensichtlich zu früh) darauf hinweisen wollte, dass es möglich sein sollte, auch Frauen gegenüber seinen Ärger auszudrücken, übertrug er auf mich die Rolle des aggressiven und strengen Vaters, vor dem er die Frauen schützen musste. Ich verstärkte nicht nur seine Abwehr, sondern er drehte den Spieß um, indem er mich aufklären wollte, dass es machohaft ist, sich Frauen gegenüber durchsetzen zu wollen. Allerdings stellte sich in der Folge immer wieder heraus, dass die Partnerinnen – im Unterschied zur Mutter – auch etwas anderes erwarteten als beschützt zu werden, weshalb nach einer gewissen Zeit die Beziehungen regelmäßig abgebrochen wurden, da er diese Erwartungen aufgrund seines „emanzipierten“ Konzepts von Beziehung nicht erfüllen konnte. Er weigerte sich vorerst, einen Zusammenhang zwischen diesen Beziehungsproblemen, deretwegen er gekommen ist, und seiner betont nicht-aggressiven Art zu sehen. Erst als wir die Gründe für dieses Verhalten in seiner Geschichte aufzeigen konnten, war es möglich, diese Abwehr und die damit verbundene Rationalisierung aufzulösen und ein neues Konzept zu etablieren.

Auch hier erschweren es die Wertvorstellungen und Verhaltensnormen der Gesellschaft, vermittelt durch die Eltern oder eine soziale Gruppe, jene Anteile des Selbstkonzepts in Frage zu stellen, die das Erleben des Klienten blockieren und verzerren. Der Anspruch, dem organismischen Selbst zum Durchbruch zu verhelfen und jene Selbstanteile zurückzudrängen, die unsere Wahrnehmung und unser Erleben verfälschen, bedeutet auch, die bestehenden normativen und regulierenden Kategorien unserer Kultur in Frage

zu stellen, wie die Definition sozialer Rollen, die pädagogischen Grundsätze sowie die insbesondere in einer globalisierten Welt vorherrschende Zweckrationalität und angeblichen Sachzwänge. Durch den Prozess der gegenseitigen Anerkennung, insbesondere im Rahmen der therapeutischen Beziehung, gilt es, einen anderen Lebensentwurf zu entwickeln, der Wachstum sowie Spontaneität im Ausdruck der Gefühle und Wünsche beinhaltet.

Literatur:

- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.
- Cremerius, J. (1984). Die Konstruktion der biographischen Wirklichkeit im analytischen Prozess. In Ders. (Hrsg.), *Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik*, Bd. 2 (S. 398–425). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Ederer, E. M. & Gruber, H. (2002). Therapeutische Präsenz und ihre prozessuale Entfaltung im dynamischen Beziehungsfeld: Vorstellung eines Modells und seiner methodisch-didaktischen Umsetzung. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 270–285). Köln: GwG.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien, New York: Springer.
- Frenzel, P. (1991). *Selbsterfahrung als Selbsterfindung. Personzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers im Lichte von Konstruktivismus und Postmoderne*. Regensburg: Roderer.
- Frenzel, P., Keil, W. W., Schmid, P. F. & Stölzl, N. (Hrsg.). (2001). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas.
- Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierung. Zum differenziellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 145–180). Köln: GwG.
- Höger, D. & Wissemann, H. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 374–385.
- Husserl, E. (1963). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge, Gesammelte Werke, Bd. I*. Den Haag: Martinus-Nijhoff.
- Iseli, C., Keil, W. W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P. F. & Wacker, P. (Hrsg.). (2002), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1 (1), 5–13.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien-New York: Springer.
- Kirkegaard, S. (1909). *Das Eine, was not tut. Gesammelte Werke, Bd. 2*. Jena: Diderichs.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In *Gesammelte Schriften, Bd. 3* (S. 1–41). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Krüger-Zeul, M. (1983). Gegenübertragung – ein Stiefkind der Psychoanalyse. In H.-M. Lohmann (Hrsg.), *Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Eine Streitschrift* (S. 71–85). Frankfurt/M.: Qumran.
- Linster, H. W. & Panagiotopoulos, P. (1991). Zu den anthropologischen und psychotherapeutischen Implikationen des Menschenbildes des Personzentrierten Ansatzes. In M. Behr & U. Esser (Hrsg.), *Macht Therapie glücklich. Neue Wege des Erlebens in Klientenzentrierter Psychotherapie* (S. 141–167). Köln: GwG.
- Lorenzer, A. (1970). *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1974). *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1983). Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 2, 97–115.
- O'Hara, M. (1998). Personzentrierte und experientielle Psychotherapie in einem kulturellen Übergangszeitalter. *Person*, 2 (1), 5–14.
- O'Hara, M. (1999). Eine feministische Analyse des Gesprächs Rogers – Sylvia. *Brennpunkt*, 79, 7–18.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 97, 27–32.
- Prouty, G. (1976). Pre-therapy. A method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychotherapy*, 13, 290–295.
- Prouty, G. (1990). Pre-therapy. A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 645–658). Leuven: University Press.
- Racker, H. (1993). *Übertragung und Gegenübertragung*. München, Basel: Reinhardt.
- Rogers, C. R (1951a/1973). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*, Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1958b/1973). A process conception of psychotherapy. In Ders. (1961), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy* (pp. 125–159). Boston: Houghton Mifflin; dt.: Psychotherapie als Prozess. In Ders. 1973, *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (S. 130–162). Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III (pp. 158–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der*

- Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.
- Rogers C. R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy* Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1977). Klientenzentrierte Theorie. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 113–141). München: Kindler.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie*. Bd. 1: Solidarität und Autonomie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1997). „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden“ (E. Levinas). Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes. *Person*, 1 (1), 14–24.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Zum Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 3 (1), 122–130.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personzentrierten Ansatz. *Person*, 5 (1), 5–18.
- Swildens, H. (1989). Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1* (S. 80–106). Salzburg: Otto Müller.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.
- Swildens, H. (1993). Über die differentielle Behandlung der psychogenen Erkrankungen. 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 Konzepts* (S. 109–116). Köln: GwG.
- Tabucchi, A. (2002). *Es wird immer später. Roman in Briefform*. München: Hanser.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock; dt. 1985: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett.

Autor

Hermann Spielhofer, 1946, Personzentrierter Psychotherapeut, Mitglied der ÖGwG.

Korrespondenzadresse

Dr. Hermann Spielhofer
 Josefstädter Straße 35/12
 A-1080 Wien
 E-Mail: hermann.spielhofer@chello.at

Barbara Volgger, Anton-Rupert Laireiter & Joachim Sauer

Burnout bei PsychotherapeutInnen: Eine Studie bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich

Zusammenfassung: Burnout ist ein häufig beobachtetes Problem psychosozialer Helferberufe. Da bisher klientenzentrierte PsychotherapeutInnen kaum untersucht wurden, wurde eine Totalerhebung dieser Gruppe (N=535) in Österreich mittels DPCCQ (SPR-Collaborative Research Network-Common Core Questionnaire), der das Maslach-Burnout-Inventary (MBI) als Burnout-Indikator enthält, durchgeführt. 101 TherapeutInnen (=20,8%) beantworteten die postalische Befragung. Die Ausprägung von Burnout war insgesamt gering: Ca. 8% berichteten von hoher und weitere 25% von mittlerer emotionaler Erschöpfung. Bivariate Analysen zeigten signifikante Zusammenhänge zwischen Burnout und der wahrgenommenen Kontrolle über wichtige Arbeitsbedingungen, der Anzahl behandelter PatientInnen, der Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit und den zur Bewältigung von Arbeitsbelastungen eingesetzten Strategien. Keine Effekte konnten für Geschlecht, Alter, Erfahrung und institutionelle Zugehörigkeit sowie die wahrgenommene Soziale Unterstützung gefunden werden. Multivariate Auswertungen (Regressionsanalysen) erbrachten, dass Burnout offensichtlich durch eine Balance aus belastenden und protektiven Bedingungen bestimmt wird: „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ erwies sich als Burnout protektiv, „Mangel an Kontrolle über die PatientInnenauswahl“, die Anzahl behandelter PatientInnen und negatives Coping waren Burnout fördernd.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Burnout, Klientenzentrierte Psychotherapie, Selbsterfahrung, Supervision

Abstract: Burnout in psychotherapists. A study with client-centred therapists in Austria. Burn-out is a problem often experienced by professional helpers. Because until recently client-centred psychotherapists have rarely been subject to research, a group in Austria was studied using the Maslach Burnout Inventory and the German version of the “Development of Psychotherapists-Common Core Questionnaire” (DPCCQ). These were developed by Orlinsky and his coworkers from the Society of Psychotherapy Research (SPR) as a measure for the determinants of burnout. 20.8% (n=101) of the original sample (N=535) took part in the study. Client-centred therapists obviously do not suffer very intensely from burnout: Approximately 8% reported having intense feelings of emotional exhaustion and another 25% to have mild to moderate ones. Objective variables such as gender, age, family status and professional training do not influence burnout, nor do other variables such as perceived social support, personal therapy and supervision in the past and at present. However, job-satisfaction, the number of patients in therapy, having control over important working conditions and a negative coping style with work-stress, correlated highly with burnout. Linear regression analyses led to the conclusion that burnout obviously is influenced by stressful conditions as well as by protective ones. “Satisfaction with their therapeutic work” was the most important protective factor; the “number of patients”, “not having control over the selection of their patients” and “avoidant and passive coping behaviours” were the factors which induced burnout the most.

Keywords: Psychotherapy, burnout, Client-centred therapy, supervision, personal therapy

Einleitung

Da Aspekte der Person der TherapeutIn für den Erfolg einer Psychotherapie eine große Rolle spielen (vgl. Beutler, 1997; Lambert & Okiishi, 1997), und mittlerweile auch gut belegt ist, dass die therapeutische Qualität und Effektivität während Phasen emotionaler Schwierigkeiten der TherapeutIn abnimmt (Beutler et al., 2004), kommt der Erforschung von Variablen, welche in diesem Sinne auf die Befindlichkeit der TherapeutIn Einfluss nehmen, entscheidende Bedeutung zu. Eine Variable, die im Zusammenhang mit der emo-

tionalen Stabilität und der Fähigkeit, basale zwischenmenschliche Variablen zu realisieren, immer wieder genannt wird, ist das berufliche Burnout (Burisch, 1994; Edelwich & Brodsky, 1984; Enzmann & Kleiber, 1989). Interessant ist aber, dass es sowohl international wie auch besonders im deutschsprachigen Raum nicht allzu viele Studien zur Prävalenz und den Determinanten dieses Phänomens bei PsychotherapeutInnen gibt, insbesondere auch bei klientenzentrierten (Maslach, 1982). Die vorliegende Studie ist daher diesem Problem gewidmet.

Burnout bei PsychotherapeutInnen

Nachdem das Phänomen „Burnout“ bereits in den 30er und 40er Jahren bei ProfisportlerInnen, Militärs und GefängnisaufseherInnen in Ansätzen beschrieben worden war, gewann es ab den 60er Jahren im Bereich professioneller Helfer zunehmend an Bedeutung (Burisch, 1994). Als Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung in diesem Bereich wird die Veröffentlichung von Freudenberger (1974) angesehen, in der der systematische psychische und physische Abbau von ursprünglich engagierten und hoch motivierten MitarbeiterInnen von therapeutischen Wohngemeinschaften, Kriseninterventions- und Gemeindepsychiatrie-Zentren beschrieben wird. Leider hat in der Folge die vielfältige Verwendung des Begriffs zu einem Bedeutungsverfall geführt und Burnout zu einem Modewort gemacht.

Im Sinne heute diskutierter Vorstellungen (s. Enzmann & Kleiber, 1989; Maslach & Jackson, 1984; Pines, 1993) ist Burnout als Syndrom mit folgenden Komponenten zu definieren: Verlust an Energie, emotionale und geistige Erschöpfung/Frustration, reduzierte persönliche und professionelle Leistungsfähigkeit, Gefühle der Entfremdung von eigenen Zielen und Werten, Desillusionierung, Verlust der Verpflichtetheit und des Sinns in der Arbeit und Depersonalisierung/Dehumanisierung. Die Entstehung von Burnout dürfte durch unrealistische Anforderungen und Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit, zwischenmenschliche Verausgabungen in helfenden Interaktionen und durch berufliche Belastungen begründet sein. Nach Edelwich und Brodsky (1984) entsteht Burnout aber erst durch lang anhaltende und intensive, jedoch erfolglose Versuche, die genannten Anforderungen und Standards unter Aufbietung aller Kräfte zu erfüllen und die persönliche Wirksamkeit aufrecht zu erhalten (ausführlicher bei Enzmann & Kleiber, 1989; Volgger, 2002). Wenngleich der Begriff eine inhaltliche Nähe zu einer Reihe anderer Phänomene wie Stress, Depression, Entfremdung, Angst, Arbeits(un)zufriedenheit etc. besitzt, wird allgemein seine theoretische Unabhängigkeit betont: Burnout steht in Zusammenhang mit spezifischen Belastungen – emotional beanspruchende KlientInnen-Interaktionen und Misserfolgserlebnisse in sozialen Berufen – nicht mit Stress im Allgemeinen. Charakteristisch ist der intensive Versuch, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen; dementsprechend ist Arbeitsunzufriedenheit keine primäre Komponente; es ist auch keine psychische Störung, sondern ein präklinisches Phänomen (Maslach & Jackson, 1984). Empirische Studien belegen diese Annahmen (Maslach & Jackson, 1986).

Trotz verschiedener Studien ist eine exakte Festlegung der Prävalenz von Burnout bei PsychotherapeutInnen aus verschiedenen Gründen schwierig, insbesondere wegen des Fehlens groß angelegter repräsentativer Studien und entsprechend adäquater Kriterien zur Bestimmung der Häufigkeit. International wird zwar das „Maslach Burnout-Inventory“ (MBI) (Maslach & Jackson, 1986) häufig verwendet, seine Cut-off-Werte zur Bestimmung des

Ausmaßes an Burnout sind aber empirisch nicht gesichert, zudem kamen in unterschiedlichen Studien verschiedene Algorithmen zur Anwendung (Summenwerte der Erschöpfungsskala vs. Summierung aller drei Skalen). Trotz dieser methodischen Probleme kann als allgemeines Ergebnis der bisherigen Forschung festgehalten werden, dass PsychotherapeutInnen und psychotherapeutisch tätige PsychologInnen offensichtlich ein relativ niedriges Burnout-Niveau besitzen, das zwischen 2% und 10% starker Ausprägung im MBI liegt (Ambühl, 1997; Enzmann & Kleiber, 1989; Farber, 1990; Putz, 2001; Schwab & Liese, 2000; Volgger, 2002; Willutzki & Ambühl, 1993; Willutzki et al., 1997). Unter Berücksichtigung der Werte für mittlere Ausprägungen stieg die Prävalenz auf 10% bis 30% an.

Die *Determinanten des Burnout* sind einerseits Risikofaktoren, die mit erhöhten Burnout-Werten assoziiert sind, und andererseits protektive Variablen, die das Risiko reduzieren. Für das *Risiko für Burnout* ist folgender Forschungsstand zu berichten: Bei den Personalmerkmalen scheinen das Geschlecht der TherapeutInnen und deren Alter keinen konsistenten Einfluss zu besitzen (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Schwab & Liese, 2000), auch nicht der Idealismus (Enzmann & Kleiber, 1989), wohl aber emotionale Instabilität, Introvertiertheit und Defizite im Selbstwertgefühl (Schwab & Liese, 2000).

Hingegen dürften Arbeits- und Tätigkeitsmerkmale sehr bedeutsam für die Burnout-Entstehung sein, insbesondere die Dauer der beruflichen Tätigkeit (Raquepaw & Miller, 1989): BerufseinsteigerInnen und psychotherapeutisch nur kurz Tätige sind stärker Burnout-gefährdet als erfahrenere TherapeutInnen (Ackerley et al., 1988; Willutzki et al., 1997; Enzmann & Kleiber, 1989). Als ebenfalls risikoträchtig konnten berufliche Überforderung, Zeit- und Verantwortungsdruck, mangelndes Feedback, Rollen- und Anforderungsunklarheiten sowie unklare Erfolgskriterien in der Arbeit identifiziert werden (Enzmann & Kleiber, 1989; Maslach & Jackson, 1984). Die erwähnten Belastungen könnten ein Grund dafür sein, dass sich in Institutionen tätige PsychologInnen und PsychotherapeutInnen in allen diesbezüglichen Studien als bei weitem stärker Burnout-belastet erwiesen als solche, die ambulant oder in privaten Praxen tätig waren (Ackerley et al., 1988; Farber, 1990; Raquepaw & Miller, 1989). Interessant ist, dass PatientInnenvariablen als solche, wie z. B. die Schwere ihrer Störungen und das Setting der Behandlung (Einzel-, Paar- oder Familientherapie) kaum direkten Einfluss auf das Burnout haben (Ackerley et al., 1988; Enzmann & Kleiber, 1989; Putz, 2001). Bezüglich der Anzahl der behandelten PatientInnen sind die Befunde aber widersprüchlich, weil hier außerdem nicht ausreichend differenziert wird zwischen der objektiven Anzahl an PatientInnen und der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle bzw. Kontrollierbarkeit über die Anzahl der behandelten PatientInnen und die Art der behandelten Störungen. Wichtige berufliche Burnout-Determinanten sind die Unzufriedenheit mit der Arbeit (Willutzki et al., 1997) bzw. der therapeutischen Tätigkeit (Raquepaw & Miller, 1989), im Besonderen – wie oben erwähnt – der Mangel

an Kontrolle über eine Reihe wichtiger Aspekte der therapeutischen Tätigkeit, wie die Anzahl der behandelten PatientInnen, die Art der behandelten Störungen, der wahrgenommene Handlungsspielraum und die beruflichen Gestaltungsmöglichkeiten (Enzmann & Kleiber, 1989; Raquepaw & Miller, 1989).

Als *protektive Variablen* wurden bisher Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung untersucht. Aktive problemfokussierende Strategien dürften mit geringerem Burnout einhergehen (Burisch, 1994), während defensive, vermeidende und resignative die Burnout-Entwicklung offensichtlich fördern (Willutzki et al., 1997). Wahrgenommene Unterstützung von Seiten der Familie und von nahestehenden Bezugspersonen (PartnerInnen, FreundInnen) wie auch von Arbeits- und BerufskollegInnen scheint mit geringerem Burnout in Verbindung zu stehen, nicht aber der konkrete Erhalt derselben (Maslach & Jackson, 1984; Schwab & Liese, 2000).

Von den *professionellen Methoden der Burnout-Prävention* wird der Supervision und der Selbsterfahrung/Eigetherapie eine große Bedeutung zugeschrieben. Leider ist die Evidenz für die Effekte beider Variablen nicht sehr groß, am ehesten noch für die *Supervision* (Maslach & Jackson, 1984; Schwab & Liese, 2000). Für die *Selbsterfahrung/Eigetherapie* zeigte sich kein Zusammenhang mit dem Burnout bei PsychotherapeutInnen im Allgemeinen (Ackerley et al., 1988; Willutzki & Ambühl, 1993) wie auch bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Besonderen (Willutzki & Ambühl, 2000).

Bislang wurden kaum PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Orientierung untersucht (vgl. Putz, 2001), entsprechend wurden nur in wenigen Arbeiten speziell Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen berücksichtigt (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Schwab & Liese, 2000). Die Ergebnisse dieser Arbeiten legen den Schluss nahe, dass die oben skizzierten Befunde auch auf diese TherapeutInnengruppe übertragbar sind.

Fragestellungen

Trotz verschiedener Studien ist der Wissensstand zum Burnout bei PsychotherapeutInnen noch defizitär. So fehlt z. B. Wissen über die spezifische Verteilung von Burnout bei TherapeutInnen unterschiedlicher Orientierung und auch bezüglich der Determinanten herrscht bei verschiedenen Variablen noch Unklarheit, so dass weiterer Forschungsbedarf besteht. Speziell diese Mängel sind der Anlass für die vorliegende Studie an einer relativ homogenen Gruppe von PsychotherapeutInnen (Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers). Es werden zwei Fragestellungen untersucht:

1. In welchem Ausmaß tritt Burnout bei TherapeutInnen auf, die die Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers praktizieren?
2. Was sind die wichtigsten (protektiven und risikofördernden) Determinanten von Burnout in dieser Gruppe?

Die in die Untersuchung eingehenden Variablen wurden auf die drei wichtigsten in der Literatur diskutierten Gruppen begrenzt:

1. *Personmerkmale*: Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der beruflichen Tätigkeit, AkademikerIn vs. Nicht-AkademikerIn und Art der beruflichen Ausbildung.
2. *Professionelle Merkmale*: Private vs. institutionelle Tätigkeit, Behandlungssetting, Anzahl behandelter KlientInnen, wahrgenommene Kontrolle über Anzahl und Auswahl der PatientInnen, Zeitplanung, Dauer der Behandlung, Arbeitsbedingungen, Zufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit und theoretische Orientierung.
3. *Protektive Variablen*: Umgang mit Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit, – professionelles Coping, wahrgenommene Soziale Unterstützung, Selbsterfahrung/Eigetherapie und Supervision.

Methodik und Design

Die Studie ist Bestandteil eines größeren Projekts, in dem die Entwicklung von PsychotherapeutInnen international detaillierter untersucht wird. Dazu wurde in einem Teilprojekt allen zum 17. 11. 2001 in die österreichische PsychotherapeutInnenliste mit dem Zusatztitel „Klientenzentrierte Psychotherapie“ (nicht aber „Personenzentrierte Psychotherapie“) der „Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire“ („DPCCQ-Fragebogen“) der „Internationalen Studie zur Entwicklung von PsychotherapeutInnen“ (ISDP) des Collaborative Research Network (CRN) der Society of Psychotherapy Research (SPR) (Ambühl, 1997) zugeschickt ($N=535$). 49 Fragebögen waren nicht zustellbar; nach dem Versand eines Erinnerungsbriefes wurde ein Rücklauf von 103 beantworteten Exemplaren erreicht (=21,2%); zwei davon waren aufgrund fehlender Daten nicht verwertbar, sodass letztlich eine Stichprobe von 101 Klientenzentrierten TherapeutInnen in die Auswertung einging (=20,8%).

Ziel des *DPCCQ-Fragebogens*, welcher aus standardisierten wie frei zu beantwortenden Items besteht, ist es, die professionelle Entwicklung von PsychotherapeutInnen und damit in Verbindung stehende Korrelate zu untersuchen. Die Bearbeitung dieses Fragebogens erfordert etwa eine Stunde Zeit. Es werden folgende Aspekte erhoben: Angaben zur Person und Identität der TherapeutIn, berufliche Ausbildung, praktische Berufserfahrung, Entwicklung als PsychotherapeutIn insgesamt, eigene Therapieerfahrung, theoretische Orientierung, gegenwärtige Entwicklung als PsychotherapeutIn, gegenwärtige therapeutische Praxis, Aspekte der aktuellen therapeutischen Arbeit, Aspekte des gegenwärtigen privaten und beruflichen Lebens. Darüber hinaus werden noch das Selbstkonzept und der Umgang mit Belastungen erfasst.

Das von Maslach und Jackson (1986) entwickelte *Maslach Burnout Inventory (MBI)* ist in einigen nationalen Versionen Bestandteil des DPCCQ und besteht in seiner aktuellen Version aus

22 Items, die drei Skalen – emotionale Erschöpfung (9 Items), Dehumanisierung/Depersonalisation (5 Items), persönliche Leistungsfähigkeit (8 Items) – zugeordnet sind. Diese sind hinsichtlich der Häufigkeit des Erlebens der entsprechenden Sachverhalte auf einer siebenstufigen Skala einzuschätzen (0=nie; 1=einige Male/Jahr; 2=einmal/Monat; 3=einige Male/Monat; 4=einmal/Woche; 5=einige Male/Woche; 6=täglich).

Die Skala „emotionale Erschöpfung (EE)“ erfasst den emotionalen Part des Burnout (Gefühle des Ausgelaugt-Seins, der Erschöpfung, der Müdigkeit, Frustration etc.; z. B.: „Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt; meine Arbeit frustriert mich“).

Die Skala „Dehumanisierung/Depersonalisation (DP)“ misst gleichgültige bis negative Einstellungen und Haltungen gegenüber KlientInnen; z. B.: „Ich glaube, ich behandle einige Klienten als ob sie unpersönliche Objekte wären“; „Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet“.

Die Skala „persönliche Leistungsfähigkeit (PA)“ ist positiv formuliert; zur Erfassung des Burnout ist sie umzupolen; z. B.: „In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um“; „Ich fühle mich voller Tatkraft“.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skalen liegt in der Eichstichprobe ($N=11,607$) bei $\alpha=.90$ für EE, $\alpha=.71$ für PA und $\alpha=.79$ für DP. In anderen Studien lagen die Werte zum Teil höher (Überblicke bei Putz, 2001; Volgger, 2002). Die ermittelten Konsistenzwerte lagen bei $\alpha=.87$ für EE, $\alpha=.83$ für PA und $\alpha=.77$ für DP. Die Skalen besitzen somit ausreichend hohe interne Konsistenz.

Auch die Reliabilität des Verfahrens kann als gut bis sehr gut bezeichnet werden (Retest nach zwei bis vier Wochen; Maslach & Jackson, 1986: EE: $r_{tt}=.82$; PA: $r_{tt}=.80$; DP: $r_{tt}=.60$). Hinsichtlich der Validität berichten Maslach und Jackson (1986) erwartungskonforme Ergebnisse; so konnte die dreidimensionale Struktur der Skala in einer Reihe von Hauptkomponentenanalysen ebenso bestätigt werden wie ihre konvergente und diskriminante Validität. Enzmann, Schaufeli und Girault (1995) konnten an einer großen Stichprobe die Faktorenstruktur der deutschsprachigen Version mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen (LISREL) belegen, Hinweise zur Konstruktvalidität finden sich bei Enzmann und Kleiber (1989).

Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Studie umfasst 101 in die österreichische PsychotherapeutInnenliste eingetragene PsychotherapeutInnen mit dem Zusatztitel „Klientenzentrierte Psychotherapie“, bestehend aus 70 Frauen, 29 Männern und 2 Personen ohne Geschlechtsangabe. (unterschiedliche N bei einzelnen Auswertungen hängen mit fehlenden Angaben in den Fragebögen zusammen) Ihr Durchschnittsalter liegt bei 42 Jahren ($M=41,83$; $SD=7,69$; $Min=33$; $Max=67$). Davon sind 62 verheiratet, 18 leben in einer

Lebensgemeinschaft, 10 sind ledig, 11 sind geschieden, leben getrennt oder sind verwitwet. 73 besitzen eine akademische Ausbildung, davon 50 (also etwa die Hälfte der gesamten Stichprobe) ein abgeschlossenes Psychologiestudium, 12 TherapeutInnen haben ein Lehramts-, 6 ein Medizinstudium absolviert. Neben der abgeschlossenen Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie besitzen 55 noch weitere Aus- und Weiterbildungen in Psychotherapie; davon u. a. 17 in systemischer Familientherapie, jeweils 6 in Verhaltenstherapie und in Psychoanalyse, 5 in Gestalttherapie, 4 in Körpertherapie und je 3 in Bioenergetischer Analyse, Psychodrama, Kinder- und Jugendpsychotherapie, und Hypnotherapie. Die mittlere berufliche Erfahrung beträgt 14 Jahre ($M=13,9$; $SD=7,6$; $Min=0,6$; $Max=28$), das hauptsächliche Tätigkeitsfeld (definiert als mind. 75% der Wochenarbeitszeit) ist bei 57 PsychotherapeutInnen die private Praxis, bei 20 eine öffentliche Institution und bei 22 beides. Im Schnitt werden von den befragten TherapeutInnen 17 PatientInnen pro Woche ($M=17$; $SD=9,53$) überwiegend im Einzelsetting ($M=13,9$ PatientInnen) behandelt. Das Gros der PatientInnen leidet entweder an Depressionen (61,1%) oder Angststörungen (42,3%), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (24,4%), Partnerschaftsproblemen (16,9%), somatoformen und Anpassungsstörungen (je 15%) sowie an Essstörungen (12,2%) und Abhängigkeitssyndromen (10,3%).

Um die Ergebnisse generalisieren zu können, ist es wichtig, die *Repräsentativität der Stichprobe* zu beurteilen. Leider ist dies nur sehr eingeschränkt möglich, da es keine öffentlich zugänglichen Daten zu den Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich gibt. Eine Analyse der durch die österreichische Internet-Helpline für Psychotherapie (URL: <http://www.psyonline.at>) erfassten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen ergab eine Geschlechtsverteilung von 69,2% Frauen zu 30,8% Männern. Diese Verteilung unterscheidet sich nicht von der vorliegenden Stichprobe ($\chi^2=.00$; $df=1$; $p=.99$). Es gibt auch keine Unterschiede hinsichtlich des Tätigkeitsfeldes und der Dauer der Berufserfahrung. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist aber zu berücksichtigen, dass systematische Biases in anderen Bereichen nicht ausgeschlossen werden können.

Statistische Auswertungen

Zunächst werden deskriptive Ergebnisse zur Häufigkeit des Auftretens von Burnout in den drei Skalen des MBI präsentiert. Für die weiteren Analysen werden Korrelationsanalysen und Mittelwertvergleiche verschiedener Subgruppen durchgeführt. Abschließend werden über lineare Regressionsanalysen die zentralen Determinanten des Burnout herausgearbeitet.

Ergebnisse

Ausmaß des Burnout bei österreichischen Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen

Die Häufigkeitsangaben zum MBI sind in Tabelle 1 dargestellt; zum Vergleich sind auch Ergebnisse anderer Studien an PsychotherapeutInnen bzw. Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen angeführt.

Tabelle 1: Burnout-Ausprägung im Vergleich zu anderen Studien

Studie	N	Burnout-Skalen M (SD)					
		EE		DP		PA ^a	
		M	SD	M	SD	M	SD
Eigene Studie	101	1,40	0,89	0,76	0,79	4,96	0,56
Maslach & Jackson (1986)	11.067	2,33	1,19	1,75	1,18	4,32	0,89
Enzmann & Kleiber (1989)	124	2,17	0,98	1,36	1,07	4,28	0,87
Enzmann (1996)	1424	2,18	1,03	1,31	1,01	4,51	0,84
Putz (2001)	104	1,55	0,90	0,69	0,75	4,81	0,83
Willutzki & Ambühl (1993); ohne SE ^b	42	2,02	1,06	1,02	0,67	4,28	0,87
Willutzki & Ambühl (1993); mit SE ^c	85	1,81	0,87	0,96	0,75	4,48	0,86

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit; DP: Depersonalisierung;

^a Werte positiv gepolt: Hohe Werte entsprechen hoher Leistungsfähigkeit (Umrechnung in Belastungswerte: 6 – M)

^b Subgruppe ohne Selbsterfahrung

^c Subgruppe mit Selbsterfahrung

Wie ersichtlich, zeigen die untersuchten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in allen drei Dimensionen im Vergleich zu anderen Studien ein relativ geringes Burnout. Dies gilt für die emotionale Erschöpfung und die persönliche Leistungsfähigkeit; ganz besonders für die Depersonalisation. Im Median berichten die ProbandInnen von emotionalen Erschöpfungsgefühlen meist zwischen einmal pro Monat und einigen Malen pro Jahr ($Md=1,5$), aber nur sehr selten ($Md=0,5$) nehmen sie einen inhumanen Umgang mit ihren KlientInnen wahr. Hingegen verspüren sie aber mehrmals pro Woche ein Gefühl starker Leistungsfähigkeit ($Md=5$).

Tabelle 2: Cut-off-Werte für niedriges, mittleres und hohes Burnout (nach Maslach & Jackson, 1986; N=11.067) Häufigkeiten eigene Studie (N=101)

Ausprägung	EE			DP			PA ^a		
	Cut-off	n	%	Cut-off	n	%	Cut-off	n	%
Niedrig	<1,75	68	67,3	<1,20	82	81,2	>4,87	3	3
Mittel	1,87–2,75	25	24,8	1,40–2,40	15	14,9	4,0–4,75	30	29,7
Hoch	>2,87	8	7,9	>2,60	4	4	<3,88	67	66,3

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit; Mittlere Skalenausprägungen;

n, %: absolute und relative Häufigkeit/Probanden pro Kategorie

^a Werte positiv gepolt: Geringe Werte als Ausdruck eines hohen Burnouts

Unter Hinzuziehung der Cut-off-Kriterien von Maslach und Jackson (1986) (s. Tabelle 2) wird deutlich, dass nur etwa 8% der Stichprobe zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer starken emotionalen Erschöpfung, ca. 4% an starken Depersonalisationsgefühlen und nur 3% an eingeschränkter persönlicher Leistungsfähigkeit leiden.

Berücksichtigt man zusätzlich noch die mittlere Ausprägungskategorie, so leiden doch immerhin weitere 25% an einer mittleren Erschöpfung, 15% an mittleren Depersonalisationsgefühlen und 30% an eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Obwohl diese Werte auf eine gewisse Burnoutgefährdung schließen lassen, bleibt das Gesamtrisiko doch eher gering.

Determinanten des Burnout

1. Soziale und berufliche Merkmale der TherapeutInnen

Es konnten keinerlei Einflüsse des Geschlechts, eines abgeschlossenen Hochschulstudiums (Mann & Whitney-U-Test), der Art der absolvierten akademischen Ausbildung (Kruskal-Wallis-H-Test), des Alters und der Dauer der beruflichen Tätigkeit (jeweils Spearman's Rho) auf das Burnout gefunden werden (für detailliertere Analysen vgl. Volgger, 2002). Lediglich beim Familienstand ergab sich (Kruskal-Wallis-H-Test:

$p=,03$), dass Ledige im Vergleich zu Verheirateten und solchen, die in einer Lebensgemeinschaft leben ($p=,01$) und im Vergleich zu getrennt Lebenden/Geschiedenen/Verwitweten ($p=,02$) eine reduziertere persönliche Leistungsfähigkeit aufweisen. Zusätzlich leiden Verheiratete unter höherer Erschöpfung ($p=,03$) als jene, die in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft leben.

Vielfach wurde gezeigt (s. o.), dass das Burnout bei der Gruppe der BerufseinsteigerInnen besonders hoch ist. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde die Subgruppe derjenigen, die bis zu vier Jahre im Berufsleben standen, mit denjenigen verglichen, die acht und mehr Jahre Berufserfahrung aufwiesen. Leider war die Gruppe der bis zu vier Jahren Tätigen nicht sehr groß, so dass die gefundenen Unterschiede keine statistische Signifikanz erreichten. Es konnten aber auch bei den bis zu sechs bzw. bis zu acht Jahren psychotherapeutisch Tätigen im Vergleich zu denen, die seit über acht Jahren im Berufsleben stehen, keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Damit kann diese Hypothese in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

2. Professionelle Merkmale

Hier wurden die Tätigkeits- und Organisationsform, das primäre Behandlungssetting, die KlientInnenanzahl, die wahrgenommene Kontrolle über das Arbeitsfeld, die Arbeitszufriedenheit und die primäre theoretische Orientierung untersucht. Hinsichtlich der *Organisationsform der therapeutischen Tätigkeit* (privat, institutionell, beides) konnte kein Effekt auf die drei MBI-Skalen, weder bezogen auf alle drei Arten (Kruskal-Wallis-H-Test) noch in der Gegenüberstellung der drei Tätigkeitsformen zueinander (U-Test) gefunden werden. Es ergaben sich auch keinerlei Bezüge zu den hauptsächlichsten *therapeutischen Settings* (Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapien und deren Kombination) (Kruskal-Wallis-H-Test).

Signifikant positive Bezüge (Spearman's Rho) ergaben sich zwischen der *Anzahl der behandelten KlientInnen* und der „Emotionalen Erschöpfung“ ($r = ,35; p < ,01$). Für die „Depersonalisation“ konnte nur ein tendenzieller ($r = ,18; p = ,08$) und für die „persönliche Leistungsfähigkeit“ kein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Wie erwartet zeigte die *wahrgenommene Kontrolle über verschiedene Aspekte des beruflichen Arbeitsfeldes* einen Einfluss auf das Ausmaß wahrgenommenen Burnouts (Tabelle 3). Allerdings ist die Höhe der Zusammenhänge nicht überwältigend und bis auf eine Ausnahme nur für die „emotionale Erschöpfung“ gegeben.

Tabelle 3: Kontrolle über Arbeitsbedingungen und Burnout (Spearman's rho)

Ausmaß der Kontrolle über ...	N	EE	DP	PA ^a
Auswahl der Patienten	101	-,25*	-,15	-,01
Anzahl zu behandelnder Patienten	101	-,01	,01	-,05
Wahl der theoretischen Orientierung	100	-,10	-,01	,10
Die Zeitplanung	98	-,24*	-,14	-,01
Dauer der Behandlungen	99	-,31**	-,18	-,15
Die übrigen Arbeitsbedingungen	95	-,25*	-,26*	-,12

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung;

PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher : positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Als weitere professionelle Variable wurde die *Arbeitszufriedenheit* untersucht. Zu ihrer Operationalisierung finden sich im DPCCQ drei Fragen („Wie groß ist die Befriedigung, die Sie in Ihrer gegenwärtigen therapeutischen Tätigkeit erleben?“, „Wie groß ist die Zufriedenheit mit Ihrem aktuellen therapeutischen Arbeitsfeld?“ und „Wieviel Unzufriedenheit erleben Sie derzeit in Ihrer therapeutischen Praxis?), die jeweils auf sechsstufigen Skalen (0=keine, 5=sehr groß) zu beurteilen sind. Es fanden sich hochsignifikante Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit und den verschiedenen Kriterien für Burnout (Tabelle 4), ebenso wie zwischen der Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld und der emotionalen

Erschöpfung bzw. Depersonalisation sowie eine tendenzielle mit der persönlichen Leistungsfähigkeit (jeweils Spearman's rho).

Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout (Spearman's rho; N=101)

	EE	DP	PA ^a
Befriedigung/therapeutische Tätigkeit	-,46**	-,37**	,27**
Zufriedenheit/therapeutisches Hauptarbeitsfeld (n=97)	-,42**	-,29**	,19°
Unzufriedenheit/therapeutische Praxis	,55**	,44**	-,33**

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung;

PA: Persönliche Leistungsfähigkeit

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

° $p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Hinsichtlich des Einflusses der *theoretischen Orientierung* des Therapeuten (psycho-dynamisch, verhaltenstherapeutisch, kognitiv, humanistisch, systemisch) erwies sich eine vorwiegende psychodynamische Orientierung als Burnout-fördernd (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation), während eher lösungsorientierte Orientierungen (verhaltenstherapeutisch, kognitiv, systemisch) mit einer höheren selbstwahrgenommenen Leistungsfähigkeit assoziiert war. Eine intensive humanistische Orientierung scheint hingegen protektiv zu wirken, insofern sie mit signifikant niedrigeren Erschöpfungswerten und tendenziell niedrigeren Depersonalisationswerten ($p = ,09$) einher ging (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Orientierung an theoretischen Konzepten im aktuellen therapeutischen Handeln und Burnout (Spearman's rho)

Theoretische Orientierung	N	EE	DP	PA ^a
Analytisch/psychodynamisch	86	,33**	,23*	,01
Verhaltenstherapeutisch	82	-,05	-,05	,27*
Kognitiv	79	,02	-,02	,26*
Humanistisch	100	-,21*	-,17	,07
Systemisch/familientherapeutisch	92	-,06	-,14	,21*
Sonstige	24	-,13	-,21	,11

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung;

PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher : positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

3. Protektive Faktoren/Ressourcen

In diesem Zusammenhang wurde der Umgang mit Belastungen in der beruflichen Tätigkeit (berufsbezogenes Coping), das Ausmaß der als verfügbar wahrgenommenen sozialen Unterstützung aus dem Berufs- und Privatleben, die eigene Supervision und die Selbsterfahrung/Eigentherapie untersucht. *Berufsbezogenes Coping* wird im DPCCQ über einen Fragebogen von Davis und

Orlinsky erfasst, der mit 20 Items aktive und mit 6 Items passive oder vermeidende Strategien im Umgang mit beruflichen Schwierigkeiten erfasst. Entgegen den Befunden anderer Autoren (s. o.) korrelierten (Spearman-Rho) nur wenige aktive Strategien mit den drei Skalen des MBI, die meisten in paradoxer Weise positiv, d. h. Burnout fördernd (s. Tabelle 6): „die TherapeutInnenrolle verlassen“, „Ändern der Therapievereinbarungen“, „Kongresse und Workshops besuchen“, „Widerstand deuten“ und „Verschieben der therapeutischen Arbeit“. Burnout-puffernd (gegenüber emotionaler Erschöpfung) hingegen war nur das „Setzen von Grenzen“ und – die persönliche Leistungsfähigkeit fördernd – das „Konsultieren der Fachliteratur“.

Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen Strategien zum Umgang mit therapeutischen Problemen (nach Davis & Orlinsky) und Burnout (Spearman's rho) (signifikante Korrelationen)

Bewältigungsstrategien	N	EE	DP	PA ^a
Konsultieren von Fachliteratur	100	,04	,05	,22**
Grenzen setzen	100	-,20*	-,14	,04
Die Therapeutenrolle verlassen	99	,12	,21*	,04
Therapievereinbarungen ändern	98	,27**	,42**	,01
Kongresse, Workshops besuchen	100	,17	,20*	,06
Widerstand deuten	93	,12	,24*	-,01
Arbeit verschieben	94	,17	,35**	-,18

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* p < ,05; ** p < ,01

Im Vergleich zu den aktiven Strategien ergab die Analyse der Vermeidungsstrategien klarere Zusammenhänge, insbesondere mit der emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisation. (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen vermeidenden Umgangsformen mit therapeutischen Problemen (nach Davis & Orlinsky) und Burnout (Spearman's rho)

Vermeidungsstrategien	N	EE	DP	PA ^a
Auf günstige Wendung warten	101	,34**	,53**	-,06
Kritisieren des Patienten	101	,28**	,49**	-,12
Abbruch der Therapie	101	,29**	,31**	-,21*
Problem aufschieben	99	,25*	,33**	-,17
Dem Patienten Frustration zeigen	96	,35**	,34**	-,16
Patienten überweisen	98	,17	,19	-,08

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* p < ,05; ** p < ,01

Strategien wie „auf günstige Wendung warten“, „Kritisieren des Patienten“, „Abbruch der Therapie“, „Probleme aufschieben“ und

„dem Patienten Frustration zeigen“ scheinen demnach die emotionale Erschöpfung und eine inhumane Haltung gegenüber den KlientInnen eindeutig zu fördern.

„Soziale Unterstützung“ wird im DPCCQ durch drei Items operationalisiert, zwei davon beziehen sich auf private Unterstützung („Wie häufig erleben Sie, dass sich jemand um sie kümmert und sie unterstützt?“ „Wie oft haben Sie ein befriedigendes Gefühl von Intimität und emotionaler Nähe?“ 0=nie; 5=sehr oft), eines auf die Unterstützung im Hauptarbeitsfeld („Wie sehr fühlen sie sich im Hauptarbeitsfeld Ihrer therapeutischen Tätigkeit unterstützt?“ 0=überhaupt nicht; 5=völlig). Da die beiden Items zur privaten Unterstützung als Skala nur eine mittlere interne Konsistenz erreichten ($\alpha < ,65$), wurden beide als Einzelitems verrechnet (Tabelle 8).

Tabelle 8: Zusammenhang zwischen wahrgenommener Sozialer Unterstützung und Burnout (Spearman's rho)

Bewältigungsstile	N	EE	DP	PA
Unterstützung privat	100	-,11	-,05	-,06
Emotionale Nähe und Intimität	100	-,15	-,12	,45**
Unterstützung im Hauptarbeitsfeld	100	-,08	,03	,13

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

Wie ersichtlich, weist das Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung keine signifikanten Zusammenhänge mit geringerer emotionaler Erschöpfung, höherer persönlicher Leistungsfähigkeit und weniger inhumanen Einstellungen gegenüber KlientInnen auf. Allerdings ist eine Korrelation statistisch sehr signifikant, nämlich emotionale Nähe und Intimität hängt mit höherer persönlicher Leistungsfähigkeit zusammen ($r = ,45$). Trotzdem weist die wahrgenommene soziale Unterstützung insgesamt eher wenig Einfluss auf das Burnout auf. Einschränkend ist außerdem zu betonen, dass die Erfassung über Ein-Item-Indikatoren methodologisch problematisch ist.

Der Effekt der professionellen Ressourcen (*Selbsterfahrung/ Eigetherapie und Supervision bei beruflichen Problemen*) konnte aufgrund der Tatsache nicht überprüft werden, dass die Anzahl jener, welche weder Selbsterfahrung/Eigetherapie ($n=4$) noch Supervision ($n=7$) in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen, in Relation zu den übrigen Probanden eindeutig zu gering war.

Multivariate Analysen

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass Burnout mit verschiedenen Variablen zusammen hängt. Um festzustellen, welche davon die wichtigsten sind, wurden explorative lineare Regressionsanalysen gerechnet. Dazu wurden pro (abhängiger) Burnout-Variable jene Variablen zu einem Prädiktorblock (Modus

„enter“) verbunden, die signifikante univariate Zusammenhänge und inhaltlich keine Gemeinsamkeiten mit dem Burnout-Konstrukt besaßen.

1. Emotionale Erschöpfung

Als unabhängige Variablen wurden hier in den Prädiktorblock aufgenommen: „Kontrolle über die Auswahl der PatientInnen“, „Kontrolle über die Behandlungsdauer“, „Anzahl der behandelten PatientInnen“ (objektive Anzahl), „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ und „auf eine günstige Wendung hoffen“. Aus dieser Gleichung resultierte ein multipler Regressionskoeffizient von $R = ,687$ ($R^2 = ,472$; $F = 16,07$; $df = 5$; $p = ,000$), der auf eine gute Vorhersage durch die ausgewählten Prädiktoren schließen lässt (Tabelle 9). Die Einzelkorrelationen (vgl. Tabelle 10) weisen auf ein komplexes Gefüge hin, insofern die Variablen „Anzahl der PatientInnen“ (objektive Anzahl) und die passive Coping-

Tabelle 9: Prädiktormodell der Emotionalen Erschöpfung (AV)

Modell	R	R ²	df	F	p
UV's ^a	,687	,472	5	16,07	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Kontrolle über die Auswahl der Patienten, Kontrolle über die Behandlungsdauer, Anzahl der behandelten Patienten, Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit, auf eine günstige Wendung hoffen; Berechnungsmodus: „Enter“.

Tabelle 10: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Emotionale Erschöpfung“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	2,796	,416		6,722	,000
Patientenanzahl	0,034	,007	,367	4,766	,000
Kontrolle/Auswahl der Patienten	-0,068	,047	-,118	-1,451	,150
Kontrolle/Dauer der Behandlung	-0,094	,067	-,118	-1,410	,162
Zufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	-0,421	,100	-,355	-4,224	,000
Auf eine günstige Wendung hoffen	0,268	,060	,349	4,507	,000

strategie „auf eine günstige Wendung hoffen“ die „Emotionale Erschöpfung“ eher zu fördern scheinen (positive Korrelationen), während die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ diese eher dämpft (negative Korrelation).

Tabelle 11: Prädiktormodell der Depersonalisation (AV)

Modell	R	R ²	df	F	P
UV's ^a	,670	,449	8	14,176	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit; Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit; Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld; Patienten kritisieren; Therapievereinbarungen ändern; Berechnungsmodus: „Enter“

Tabelle 12: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Depersonalisation“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	1,026	,490		2,094	,039
Zufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	-0,333	,116	-,314	-2,873	,005
Unzufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	0,195	,091	,221	2,136	,036
Zufriedenheit mit dem Hauptarbeitsfeld	-0,140	,092	-,164	-1,529	,130
Patienten kritisieren	0,315	,082	,346	3,840	,000
Therapievereinbarungen ändern	0,161	,063	,219	2,538	,013

2. Depersonalisation

In diesen Prädiktorblock wurden die Variablen „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, „Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, „Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld“, „PatientInnen kritisieren“ und „Therapievereinbarungen ändern“ als negative bzw. positive Copingvariable eingegeben. Das so entstandene Modell erbrachte einen multiplen Regressionskoeffizient von $R = ,67$ ($R^2 = ,67$; $df = 8$; $F = 14,176$; $p = ,000$; vgl. Tabelle 11), was auf eine sehr gute Vorhersagekraft hinweist. Die Korrelationskoeffizienten in Tabelle 12 zeigen, dass

auch die Depersonalisation durch positive und negative Variablen bestimmt wird: Je häufiger Therapeuten in schwierigen Therapiesituationen „PatientInnen kritisieren“, desto mehr Depersonalisationsgefühle sind zu beobachten; je höher die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, desto weniger.

3. Persönliche Leistungsfähigkeit

Die multiple Regression wurde hier mit folgenden unabhängigen Variable gerechnet: „Angst, zu schaden“, „Angst, die Kontrolle zu verlieren“, „berührt sein über die Macht- und Einflusslosigkeit“ und „nicht fähig sein, Sympathie oder Achtung entgegenzubringen“. Aus der Regression resultierte ein multipler Korrelationskoeffizient von $R = ,46$

Tabelle 13: Prädiktormodell der Reduzierten Persönlichen Leistungsfähigkeit (AV)

Modell	R	R ²	df	F	P
UV's ^a	,460	,211	4	6,230	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Angst, zu schaden; Angst, die Kontrolle zu verlieren; berührt über die Macht- und Einflusslosigkeit sein; Sympathie oder Achtung entgegenbringen; Berechnungsmodus: „Enter“.

Tabelle 14: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Reduzierte Persönliche Leistungsfähigkeit“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	5,207	,105		49,665	,000
Angst, zu schaden	0,062	,089	,073	0,856	,394
Angst, die Kontrolle zu verlieren	-0,278	-,362	-,084	-3,317	,001
Macht- und Einflusslosigkeit	0,041	,086	,050	0,816	,416
Sympathie entgegenbringen	-0,199	-,281	-,071	-2,784	,007

($R^2 = ,211$; $df = 4$; $F = 6,32$; $p = ,000$; vgl. Tabelle 13), was auf eine mittlere Vorhersagbarkeit der erwähnten unabhängigen Variablen schließen lässt. Tabelle 14 zeigt die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Variablen. „Angst, die Kontrolle zu verlieren“ und „nicht fähig sein, Sympathie oder Achtung entgegenzubringen“ stehen mit reduzierter Leistungsfähigkeit in Verbindung; ein protektiver, die Leistungsfähigkeit fördernder Faktor konnte nicht gefunden werden.

Zusammenfassung und Diskussion

Obwohl Burnout ein weit verbreitetes Phänomen ist und mittlerweile eine Fülle von Untersuchungen dazu in den verschiedensten Berufssparten zu finden sind, gibt es bisher kaum Studien an PsychotherapeutInnen im Allgemeinen und an Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Besonderen. Trotz der teilweise sehr intensiven Beanspruchung persönlicher Kompetenzen zeigt die vorliegende Untersuchung nur relativ niedrige bis sehr niedrige Burnout-Ausprägungen bei ca. $\frac{2}{3}$ der 101 untersuchten TherapeutInnen in den Skalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Reduzierte Persönliche Leistungsfähigkeit“. In der Skala „Depersonalisierung“ resultierten sogar bei 81 % der TherapeutInnen niedrige Burnout-Werte.

Eine Begründung für diese niedrigen Werte könnte darin liegen, dass, wie Enzmann und Kleiber (1989) oder auch Raquepaw und Miller (1989) argumentieren, PsychotherapeutInnen eine hohe Arbeitszufriedenheit und eine hohe Arbeitsautonomie besitzen. Gleichzeitig sind sie aufgrund Ihrer Arbeitsstruktur schwierigen PatientInnen nicht über Stunden ausgeliefert, sondern können Termine mit solchen individuell gestalten. Es könnte aber auch sein, dass das Rollenbild des/der PsychotherapeutIn als ein emotional stabiler und kompetenter Mensch Einfluss darauf haben könnte, Symptome von Burnout zu geben.

Hinsichtlich der Determinanten von Burnout konnten insgesamt nur wenig Zusammenhänge mit objektiven Variablen nachgewiesen werden (Geschlecht, Alter, Tätigkeitsdauer, akademische Ausbildung, Art derselben, Organisationsform und Settings der Tätigkeit). Wichtiger hingegen scheinen quantitative (Anzahl an PatientInnen) und qualitative Aspekte der Berufstätigkeit (Arbeitsautonomie, Kontrolle über die Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit), sowie die theoretische Orientierung und berufliche Bewältigungsstrategien zu sein. Die wahrgenommene Unterstützung aus dem beruflichen und privaten Bereich hingegen scheint nur wenig Einfluss zu haben. Die im letzten Abschnitt präsentierten Regressionsanalysen belegen diesen Schluss, indem die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ für zwei der drei Dimensionen des Burnout eine wichtige protektive Variable war. Darüber hinaus

wurden die einzelnen Komponenten jedoch durch unterschiedliche belastende und protektive Variablen jeweils spezifisch bestimmt.

Dieses Ergebnis lässt verschiedene Schlussfolgerungen zu:

Zum Ersten ist zu erkennen, dass Burnout das Ergebnis eines multifaktoriellen Prozesses ist, an dem protektive wie auch belastende Faktoren komplex zusammenwirken.

Zum Zweiten bestimmen neben einem allgemeinen Faktor auch einige spezifische Variablen, welche Komponente des Burnout stärker ausgeprägt wird.

Folgende Zusammenhänge zeichnen sich dabei ab:

Eine hohe Behandlungsquantität, verbunden mit ungünstigen beruflichen Copingstrategien, scheint die emotionale Erschöpfung zu fördern.

Das Kritisieren von PatientInnen begünstigt anscheinend die Depersonalisierung.

Die Angst, die Kontrolle zu verlieren und nicht fähig zu sein den PatientInnen Sympathie oder Achtung entgegenzubringen, scheint sich negativ auf die persönliche Leistungsfähigkeit auszuwirken.

Diese Befunde lassen weitere interessante Interpretationen in Richtung eines differentiellen Entstehungsmodells von Burnout zu. Für ein solches sprechen auch die Ergebnisse, dass sich die signifikanten Zusammenhänge der vorliegenden Studie vor allem auf die beiden Skalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisierung“ und weniger auf die „Persönliche Leistungsfähigkeit“ beziehen. Bezugnehmend auf vergleichbare Befunde haben verschiedene Autoren (z. B. Maslach & Jackson, 1984) angenommen, dass sich Burnout zu allererst auf emotionaler Ebene in Form von Erschöpfungsgefühlen manifestiert, begleitet und gefolgt von einem wenig empathischen, die personale Begegnung einschränkenden Umgang mit den Klienten. Aufbauend darauf, so könnte man schließen, und bei Anhalten dieser Probleme kommt es dann zum Einbruch der persönlichen Leistungsfähigkeit (Volgger, 2002). Ausgangspunkt

und Risiko für solch einen Prozess scheinen Arbeitsüberlastungen durch zu hohe Klientenzahlen, mangelnde Arbeitsfreude und „Unzufriedenheit im Job“ sowie ungünstige Copingstrategien zu sein, sowohl passive und vermeidende, als auch zynische und aggressive, welche die Beziehung zu den Klienten beeinträchtigen. Kommen Versagensängste – bezogen auf eine optimale Realisation der therapeutischen Basisvariablen nach Rogers – hinzu, dann könnte es zum Vollbild des Burnout kommen. Hier ließe sich zur Erklärung des Burnout aus der Sicht des Prozessmodells der Persönlichkeit von Rogers (1959, 1977, S. 28) anführen, dass dann die fließende Veränderlichkeit für unmittelbar erlebte Erfahrungen zunehmend unflexibleren, rigideren Wahrnehmungsmustern weichen würde mit den bekannten Abwehrmodi der selektiven Wahrnehmung, der Leugnung und der Verzerrung von Erfahrungen. Zunehmende Inkongruenz in Form einer steigenden Diskrepanz zwischen Realselbst und Idealselbst (Rogers & Dymond, 1954; vgl. dazu auch Korunka, Nemeskeri & Sauer, 2001) seitens der TherapeutIn würde es immer schwieriger machen, sowohl das hinreichende therapeutische Basisverhalten als auch ein darüber hinaus gehendes spezifisch angemessenes – im wahrsten Sinne „Klientenzentriertes“ – Vorgehen aufrecht zu halten (vgl. Sauer, 1993).

Da die vorliegende Studie ein Querschnitts- und kein Längsschnittsdesign besitzt, sind diese Überlegungen hypothetischer Natur und können aus den Daten nicht belegt werden; zudem könnten die beobachteten Copingmerkmale Begleiterscheinungen des Burnout und nicht Determinanten oder Prädiktoren desselben sein. Interessant ist aber dennoch, dass das skizzierte Modell, das aus den Daten abgeleitet ist, eine sehr große Ähnlichkeit mit den eingangs erwähnten allgemeinen Ätiologiemodellen zum Burnout besitzt.

Vergleicht man die Befunde mit der Literatur, so zeigen sich einige Konvergenzen aber auch eine Reihe von Divergenzen. Die Ergebnisse zu den fehlenden Geschlechtsunterschieden stehen mit den Ergebnissen von Ackerley et al. (1988), Künzel und Schulte (1986) und Willutzki und Ambühl (1993) in Übereinstimmung. Nicht bestätigt werden konnte, dass Burnout primär in den ersten Berufsjahren auftreten soll. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die untersuchten TherapeutInnen keine Berufsanfänger im psychosozialen Feld im engeren Sinn sind. Der Zusammenhang zwischen der (objektiven) Anzahl behandelter PatientInnen und Burnout widerspricht zum Teil den Resultaten von Raquepaw und Miller (1989) und Putz (2001) und nur andeutungsweise der Kontrollierbarkeit über Auswahl der PatientInnen und der therapeutischen Arbeitsbedingungen eine dämpfende Wirkung zukommt. Vielleicht verbirgt sich dahinter ein Effekt der ausgeübten Therapiemethode. Es könnte nämlich sein, dass für verhaltenstherapeutisch orientierte PsychotherapeutInnen (Putz, 2001) eine große Klientenzahl kein Erschöpfungsgrund ist, wohl hingegen für die stark beziehungsorientierte Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie. Der Befund einer fehlenden Beziehung zur Organisationsform widerspricht den Ergebnissen von Ackerley et al. (1988) und Raquepaw

und Miller (1989), die höhere Burnout-Werte bei in Institutionen tätigen PsychotherapeutInnen fanden. Jedoch konnten gemäß den Annahmen von Aronson, Pines und Kafry (1983) signifikant positive Korrelationen zwischen dem Einsatz von Vermeidungsstrategien und hohen Burnout-Ausprägungen gefunden werden. Die u. a. von Schwab und Liese (2000) postulierte Burnout-prophylaktische Wirkung von Supervision und Selbsterfahrung konnte in der vorliegenden Studie aufgrund fehlender TherapeutInnen ohne Selbsterfahrung und Supervision nicht geprüft werden.

Einschränkend zu den Schlussfolgerungen muss festgehalten werden, dass die Ergebnisse dieser Studie natürlich, wie die jeder anderen auch, stichprobenabhängig sind. Dieses Argument wiegt insofern schwerer, als die vorliegende Stichprobe nicht allzu groß ist und ihre Repräsentativität in Bezug auf die Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich nicht belegt ist. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist daher nicht zulässig; es sind weiterführende Studien an größeren Stichproben zu empfehlen. Dies gilt besonders für eine Reihe interessanter Einzelbefunde, wie z. B. dem, dass psychodynamisch orientierte Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen höhere emotionale Erschöpfung aufweisen als systemisch und kognitiv-behavioral orientierte.

Literatur

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. & Kurdek, L. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 624–631.
- Ambühl, H. (1997). Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Ein Forschungsprojekt des „Collaborative Research Network“ (CRN). *Psychotherapeut*, 39, 336–38.
- Aronson, E., Pines, A. M. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference on the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 44–52.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, R. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 227–306). New York: Wiley.
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt – Das Burn-Out Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM-Verlag.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Enzmann, D., Schaufeli, W. & Girault, N. (1995). The validity of the Maslach Burnout Inventory in three national samples. In L. Bennett, D. Miller & M. Ross (Eds.), *Health Workers and AIDS: Research, Intervention, and Current Issues in Burnout and Response* (pp. 131–150). London: Harwood.
- Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists: Incidence, types and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 35–44.

- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Korunka, Ch., Nemeskeri, N. & Sauer, J. (2001). Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung. *Person*, 2, 63–84.
- Künzel, R. & Schulte, D. (1986). „Burn-out“ und Praxisschock klinischer Psychologen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 303–320.
- Lambert, M.J. & Okiishi, J.C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 66–75.
- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. In J.W. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrome* (pp. 30–53). Park Ridge: London House.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oscamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual* (pp. 133–153). Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Pines, A.M. (1993). An existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout. Recent developments in theory and research* (pp. 33–52). London: Taylor & Francis.
- Putz, O. (2001). *Burnout bei Psychotherapeuten: Eine empirische Untersuchung speziell bei Verhaltenstherapeuten in Österreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Raquepaw, J.W. & Miller, R.S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Research and Practice*, 20, 32–36.
- Rogers, C.R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, an interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In Koch, S. (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: Mc Graw Hill; dt. 1987: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. & Dymond, R.F. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in client-centered approach*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sauer, J. (1993). Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 2, 67–80.
- Schwab, R. & Liese, G. (2000). Burnout und Persönlichkeit bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ein Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 31, 45–51.
- Volgger, B. (2002). *Burnout bei österreichischen Klientenzentrierten Psychotherapeuten. Eine empirische Studie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Willutzki, U. & Ambühl, H. (1993). Burnout und die Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier 1992* (S. 806–813). Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. & Ambühl, H. (2000). Selbsterfahrung und die professionelle Entwicklung von VerhaltenstherapeutInnen. Eine empirische Perspektive. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 457–474). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Willutzki, U., Ambühl, H., Cierpka, M., Meyerberg, J., Orłinsky, D. & das SPR Collaborative Research Network (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In P.L. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 207–222). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Autoren

Barbara Volgger, Mag. phil., Studium der Psychologie an der Universität Salzburg; Psychologin im Ausbildungszentrum Schloss Oberrain/Unken, Dissertandin mit dem Thema: Sport- und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen mit kognitiven und Mehrfachbeeinträchtigungen im Ausbildungsverlauf.

Anton-Rupert Laireiter, Dr. phil., Ass.-Prof., Fachbereich Psychologie, Leiter Beratungsstelle Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitspsychologie, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie); Lehrtherapeut & Supervisor für Verhaltenstherapie, Wissenschaftliche Schwerpunkte: Soziale Beziehungen, Gerontopsychotherapie, Psychotherapieforschung (Ausbildung, Praxisevaluation).

Joachim Sauer, Dr. phil., Univ.-Prof., Abteilung für Sozialpsychologie im Fachbereich Psychologie der Paris-Lodron Universität Salzburg, Ausbilder für Klientenzentrierte Psychotherapie, Leiter des Universitätslehrganges für Supervision an der Universität Salzburg, Supervisor (ÖVS), Lehrsupervisor, Arbeitsschwerpunkte und zahlreiche Publikationen im Bereich der Sozialpsychologie, der Klinischen Psychologie, der Pädagogischen Psychologie und der Supervision.

Korrespondenzadresse

Anton-Rupert Laireiter, Dr. phil., Ass.Prof.
Joachim Sauer, Dr. phil., Ao. Univ.-Prof
Fachbereich Psychologie der Universität Salzburg
Hellbrunnerstr. 34; A-5020 Salzburg
E-Mail: anton.laireiter@sbg.ac.at; joachim.sauer@sbg.ac.at

Franco Perino & Elena Polestra

Der Personzentrierte Ansatz in der Medizin

Zusammenfassung: *In diesem Artikel werden mögliche Anwendungen des Personzentrierten Ansatzes im Gesundheitswesen analysiert, und es wird über einige Kommunikationskurse im Arbeitsbereich eines der Autoren berichtet.*

Schlüsselwörter: *Personzentrierter Ansatz, Medizin, Kommunikationskurse*

Abstract: The Person-centred Approach in the medical field. *This article offers a review of the possible applications of the Person-centered Approach in the medical field as well as a report about the authors' experience with Communication Training for different professional groups working in that area.*

Keywords: *Person-centred Approach, Health Care, Training*

Einleitung

In den letzten Jahren hat man im Gesundheitsbereich begonnen, der erkrankten Person mit ihrer Erlebnisdimension, ihren Bedürfnissen und ihrer Lebensqualität immer mehr Wichtigkeit beizumessen. Man tendiert dazu, den Kranken in seine eigene Gesundheitsvorsorge bzw. -wiederherstellung einzubeziehen, um eine gleichwertige Beziehung zwischen dem Patienten und den Bediensteten, die im Gesundheitsbereich arbeiten, zu erzielen.

Die Ärzte, die Krankenpfleger, die Techniker, die Verwalter usw. wurden aber durch ihre Ausbildung nicht darauf vorbereitet, sich dieser neuen Herausforderung, die obendrein gute kommunikative Kompetenzen erfordert, zu stellen.

Nach Meinung der Autoren und laut Fachliteratur könnte der Personzentrierte Ansatz aufgrund seiner spezifischen Merkmale in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens Anwendung finden, vorausgesetzt, die dort Tätigen bekommen eine entsprechende Ausbildung.

In diesem Artikel werden mögliche diesbezügliche Anwendungen des Personzentrierten Ansatzes in Betracht gezogen, wobei auch Bezug auf die „personzentrierte Medizin“ genommen wird, die versucht, der oben besprochenen Tendenz gerecht zu werden (Stewart, 1995; Gerteis, 2002; Moja, 2000). Außerdem wird über einige Erfahrungen berichtet, die einer der Autoren während der Kommunikationskurse im Gesundheitsbereich gesammelt hat.

Zur Entwicklung der Beziehung zwischen Arzt und Patient: die personzentrierte Medizin

Das alte Modell der väterlichen Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten, in dem der Arzt bestimmt und der Patient gehorcht, ist mittlerweile überholt. Infolge soziokultureller, wirtschaftlicher und politischer Veränderungen neigt der Bürger in den letzten Jahren immer mehr dazu, an der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der eigenen Gesundheit aktiv teilzunehmen. Er kommt daher oft in die Ambulanz mit medizinischen Informationen, die er aus dem Internet, aus einer der unzähligen Zeitschriften oder durch Radio- und Fernsehsendungen erhalten hat. Er stellt viele Fragen, möchte verstehen, diskutieren und über Untersuchungen und Therapien, die ihm verschrieben werden, „verhandeln“ (Meryn, 1998).

Auch seitens der Ärzte besteht das Bestreben, das Wissen der Bürger bezüglich ihrer Gesundheit zu verbessern. Kenntnis der Risikofaktoren und Einblick in die Therapien können dem Patienten nämlich helfen, bewusste Entscheidungen zu treffen, die angebotenen Dienstleistungen besser in Anspruch zu nehmen und Krankheiten, die mit einem bestimmten Lebensstil zusammenhängen, vorzubeugen (Gesundheitsförderung). Eine Folge dieser veränderten Haltung ist z. B. die „Einwilligungserklärung“. Das Gesetz verlangt, dass der Patient zur Durchführung chirurgischer Eingriffe oder Untersuchungen, welche die Verabreichung von

potenziell gefährlichen Substanzen erfordern (Kontrastmittel für Angiographien, Urographien usw.), seine Einwilligung geben muss. Der geschulte und miteinbezogene Patient trägt dazu bei, die Häufigkeit der Fehler und der unerwünschten Nebenwirkungen zu verringern, indem er eine zusätzliche Kontrolle der verschriebenen Untersuchungen und Therapien durchführt (Coulter, 2002).

Das Erscheinungsbild der Krankheiten hat sich verändert: Die meisten Krankheiten, die der Arzt behandeln muss, sind chronisch, und seine Aufgabe ist es nicht, die Person zu heilen, sondern sie zu behandeln, ihr zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen, ihr beizubringen, mit einer Krankheit wie z. B. Diabetes, HIV, Krebs oder mit dem Zustand nach einer Organtransplantation zu leben.

Die ethischen Probleme sind heute viel komplizierter als in der Vergangenheit; man denke nur an die künstliche Befruchtung, an die Euthanasie oder an die Klonierung.

Die Schulmedizin fängt an, der psychischen Komponente bei der Entstehung zahlreicher Krankheiten wie z. B. Asthma, chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, oder der rheumatoiden Arthritis usw. eine bedeutende Rolle zuzusprechen. In vielen Abteilungen (z. B. in der Onkologie, der Infektionsabteilung usw.) sind im Team Psychologen integriert, deren Gespräche mit den Patienten ein wichtiger Teil verschiedener Therapieprotokolle sind. Das Counseling ist mittlerweile eine der Leistungen, die verschiedene Abteilungen den Patienten anbieten (z. B. bei genetischen Untersuchungen, bei der künstlichen Befruchtung, bei der Begleitung von HIV-positiven Patienten).

Von daher rührt die Notwendigkeit, ein neues Modell der Arzt-Patient (oder Klient) – Beziehung zu entwickeln, das zwar auch, wie die traditionelle Medizin (zentriert auf die Pathologie oder auf den Arzt), das Ziel hat, zu diagnostizieren und zu heilen, aber darüber hinaus auch das emotionale Erleben und die subjektiven Bedeutungen der Patienten in Betracht zieht. Es ist interessant festzustellen, dass die englische und die deutsche Sprache den Begriff „disease“ – „Krankheit“ verwenden, um eine organische Krankheit zu definieren und den Begriff „illness“ – „Erkrankung“, wenn auch die persönlichen Erfahrungen integriert werden.

Die Grundphilosophie: personenzentrierter Gesundheits-/Krankheitsbegriff

Der menschliche Organismus ist laut Rogers eine psychische, geistige und somatische Einheit (Stumm, 2002, S. 12; Schmidt, 2001, S. 79), die, wie alle andere Organismen, eine „Grundtendenz zur konstruktiven Erfüllung der ihm innewohnenden Möglichkeiten“ hat (Rogers, 1980a, S. 69). Diese Selbstverwirklichungstendenz ist selektiv, zielgerichtet und konstruktiv, das heißt, dass nur „unter ungewöhnlichen oder perversen Umständen“ die negativen Potenziale (zur Selbsterstörung, Schmerzen usw.) aktiviert werden (Rogers, 1980a, S. 72). Die „gesunde“ Person, („fully functioning

person“) kann das „Erleben bewusst werden lassen, wenn es notwendig ist. Sie kann sich dem Prozess des Seins und Werdens hingeben“ (Stumm, 2002, S. 17).

Die psychische „Krankheit wird als Stagnation oder Verhinderung der Selbstaktualisierung verstanden“ (Stumm, 2002, S. 17). Das passiert, wenn die physischen und psychischen Umgebungsbedingungen ungünstig sind (Schmidt, 2001, S. 65) und eine Inkongruenz zwischen Selbst und organismischer Erfahrung entsteht.

„Der personenbezogene Ansatz beruht auf der Prämisse, daß der Mensch im Grunde ein vertrauenswürdiger Organismus sei, der fähig ist, die äußere und innere Situation abzuschätzen, und der sich auch selbst versteht, daß er konstruktive Entscheidungen in Bezug auf die nächsten Schritte im Leben treffen und nach diesen Entscheidungen handeln kann“ (Rogers, 1977a, S. 26–27).

Der Klient ist der beste Experte von seinem Leben. Die Aufgabe des Psychotherapeuten ist „ein Klima förderlicher psychologischer Einstellung zu schaffen“ (Rogers, 1977a, S. 18), in dem der Klient seine inneren Ressourcen aktivieren kann und vom Therapeut auf seinem Weg zur Besserung begleitet wird.

Diese Begriffe können, unserer Meinung nach, auch im medizinischen Bereich umgesetzt werden und der Kern der Grundphilosophie der personenzentrierten Medizin sein:

Die Menschen, als bio-psycho-sozio-spirituelle Einheit verstanden, entfalten, im Laufe des Lebens, ihr positives Potential, um das bestmögliche „körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden“ (Ottawa-Charta, 1986) zu erzielen. Dieses Potential ist genetisch bedingt und viele Faktoren (chemische, infektiöse, soziale, psychologische Faktoren usw.) können seine Verwirklichung verhindern mit Auftreten einer Krankheit. Der Arzt kann den Personen helfen, seine Ressourcen zu entfalten und die Kommunikation spielt bei dieser Hilfe eine wichtige Rolle.

In den folgenden Kapiteln werden wir einige mögliche Anwendungen dieser Konzepte vorstellen.

Aktualisierungstendenz und „innerer Heiler“

Laut der Psychoneuroimmunologie ist der menschliche Körper fähig, innerhalb gewisser Grenzen, sich zu schützen, sich zu heilen und auch zu genesen.

Diese Eigenschaft hängt großteils mit dem Immunsystem zusammen, das von manchen als „innerer Heiler“ bezeichnet wird (Locke, 1986).

Das Immunsystem schützt uns ständig vor Angriffen seitens infektiöser Agenzien, Tumorzellen oder äußerer physikalischer Faktoren. Manchmal wird es überwältigt oder funktioniert schlechter (z. B. unter Stress) und dann entsteht die Krankheit. Viele moderne Therapieansätze versuchen, dieses Überwachungssystem zu stärken

(mit Vakzinen, monoklonalen Antikörpern, Immunmodulatoren), um Neoplasien, chronische Infektionen usw. zu bekämpfen.

Das Immunsystem ist nicht autonom, sondern wird wiederum von äußeren und inneren Faktoren beeinflusst. Laut einiger Thesen der Psychoneuroimmunologie existiert eine direkte Kommunikationslinie zwischen Immunsystem und Gehirn (Locke, 1986).

Personen, die dem Stress gewachsen sind, erkranken nicht so häufig, und wenn sie erkranken, erholen sie sich schneller. Hingegen erkranken Personen, die Stresssituationen nicht so gut bewältigen können, häufiger und erholen sich langsamer. Wer eine zukunftsorientierte und optimistische Einstellung hat, sich selbst vertraut, keine plötzlichen Veränderungen fürchtet, wer seinen Gefühlen besser Ausdruck verleihen kann, wer Freunde und Verwandte hat, die er um Hilfe bitten kann, erkrankt nicht so leicht, und wenn, erholt er sich schneller (Zucconi, 2003).

Den Patienten einzubeziehen, bedeutet, ihm zu helfen und seine physischen und psychischen Ressourcen zu mobilisieren, um ihn zu heilen oder seinen Gesundheitszustand zu verbessern.

„Als ich verstanden habe, dass ich für mich selbst etwas tun musste, ist mir ein Knopf aufgegangen. Der Arzt hat mir gesagt: ‚Sie haben sich immer anderen gewidmet, haben sich oft für die anderen aufgeopfert. Jetzt ist jedoch der Moment gekommen, ein wenig an sich selbst zu denken und etwas für sich zu tun. Wenn Sie nicht gesund werden, werden Sie niemandem mehr helfen können.‘ Meine Mithilfe war unbedingt notwendig, um die Krankheit zu bewältigen. Der Arzt hat mich praktisch direkt dazu animiert. Seither hatte ich nie wieder Angst, etwas zu fragen. Ich hatte auch vor dem Arzt keine Angst mehr. Endlich traute ich mich, ihm auch Fragen zu stellen, die mir zwar dumm erschienen, für mich aber sehr wichtig waren, weil sie mir halfen, zu verstehen.

Ich versuchte zu verstehen, was mir bevorstand, um auch Kraft für eine Reaktion zu finden und mir selbst helfen zu können. Es gab einen Moment während des stationären Aufenthaltes, am Tag vor meinem Geburtstag, als ich mich vor den Spiegel stellte und sagte: ‚Jetzt hör endlich auf. Du hast den Höhepunkt deiner Depression erreicht, jetzt gib dir einen Ruck.‘ Ich habe mich gewaschen, habe den schönen Pyjama angezogen und habe zu diesem Zeitpunkt angefangen, positiv reagieren zu wollen. Mir war klar, dass ich es sonst wirklich nicht geschafft hätte.“ (Veronika, 53 Jahre)

Der Patient als Experte und als Handelnder, der bewusste Entscheidungen für die eigene Gesundheit trifft

Die Patienten sind bezüglich ihrer eigenen Gesundheit Experten, weil sie eigene Erfahrungen mit ihrer Krankheit haben und ihre sozialen Hintergründe, ihre Gewohnheiten, ihr Risikoverhalten, ihre Werte und ihre Vorlieben kennen.

All dies zeigt die so genannte „Patientenagenda“ auf (Levenstein, 1986).

Die Ärzte und anderen Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen arbeiten, sind Experten auf dem Gebiet der diagnostischen Techniken, der Krankheitsursachen, der Prognosen, der therapeutischen Optionen und der Präventionsstrategien. Das alles stellt ihre „Agenda“ dar.

Aus dem Zusammentreffen und dem Vergleich dieser zwei Agenden, dieser zwei Arten, Gesundheit und Krankheit zu betrachten, kann eine Arzt-Patient-Beziehung entstehen, in der beide Seiten zusammenarbeiten. Dies ist zweifelsohne eine Beziehung, die den heutigen Wünschen der Bürger eher entspricht und die hilft, unterschiedliche Krankheiten erfolgreicher zu behandeln (Coulter, 2002).

Während der ärztlichen Visite kommen leider viele wichtige Elemente nicht zur Sprache („unvoiced Agendas“), z. B. Sorgen wegen der Diagnose und der Folgeerscheinungen, die Meinung des Patienten bezüglich dessen, was in seinem Körper nicht funktioniert, Nebenwirkungen der Therapie, der Wunsch, nichts verschrieben zu bekommen, Informationen über sein soziales Umfeld usw. In 50% der Fälle stimmen Arzt und Patient bezüglich der Art des aufgetretenen Problems nicht überein (Barry, 2000). Um diese Schwierigkeiten zu überwinden und zu einer konstruktiven Lösung zu gelangen, ist es notwendig, dass der Arzt versucht, die Sichtweise des Patienten zu verstehen und seine Meinung zu akzeptieren (auch wenn er ihr nicht immer zustimmt). Dies ist sehr wichtig, um eine „therapeutische Allianz“ zu schließen, die auf gegenseitigem Vertrauen basiert und die es ermöglicht, diagnostisches Vorgehen, Therapieziele und Präventionsmaßnahmen usw. miteinander zu vereinbaren.

In der täglichen Praxis ist es hingegen eher so, dass der Arzt dem Patienten seine eigene Auffassung über Gesundheit und Krankheit aufzwingen will und somit die Subjektivität und die Einzigartigkeit der Erfahrung des Kranken vergisst. Die Folge ist oft eine verminderte Adhäsion des Patienten an die Therapie:

„Die ersten Tage meiner stationären Aufnahme, wenn die Ärzte zur Visite kamen, fühlte ich ein enormes Minderwertigkeitsgefühl: ich fühlte mich ganz weit weg, weil ich kein medizinisches Wissen hatte, ich hatte Angst zu sprechen, zu fragen. Jede Frage erschien mir sehr dumm und für sie unbedeutend, banal. So sagte ich nichts. Manchmal sah ich, dass die Ärzte sich untereinander unterhielten, als wenn mich das nichts angehen würde. Wenn sie nicht wollen, dass man sie versteht, sprechen sie unverständlich, und dann ist es noch schlimmer.“ (Veronika, 53 Jahre)

Derzeit spricht man nicht mehr von „Compliance“, die ein Gehorchen des Patienten impliziert, sondern von Adhäsion („Adherence“), das ein freiwilliges Bemühen seitens des Individuums, also eine aktive und verpflichtende Teilnahme voraussetzt.

Ungefähr 40–50% der Hochdruckpatienten oder der Diabetiker nehmen die Medikamente nicht ein, ändern die Dosierung oder setzen sie frühzeitig ab und nützen somit ihre Wirksamkeit nicht

voll aus. Ungefähr 6 % der stationären Aufnahmen in den USA (= 2 Millionen/Jahr) sind auf eine mangelnde Adhäsion an die Therapie zurückzuführen (Lowes, 1998).

Darüber hinaus führt das Nicht-Berücksichtigen der Agenda des Patienten, also seiner versteckten Wünsche, zu Missverständnissen und zu Verschreibungen von Untersuchungen und Medikamenten, die nicht verlangt werden. Auf diesen Prinzipien beruht auch die Gesundheitsförderung, wie das Ottawa-Charta (1986) lautet:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“

Bio-psycho-sozio-spirituelles Modell

Derzeit spricht man nicht mehr über eine „Organerkrankung,“ da man festgestellt hat, dass der Organismus wie eine Einheit funktioniert, dass die verschiedenen Organe eng zusammenarbeiten und dass, wenn eines nicht gut funktioniert, sich das auch auf die anderen Organe auswirkt.

Das *bio-psycho-soziale Modell* erweitert unsere Auffassung der generellen Systemtheorie und ermöglicht uns, die Gesundheit nicht mehr als Resultat einzelner Faktoren zu sehen, sondern als Zusammenspiel verschiedener Komponenten: der biologischen, der psychologischen Komponente, der Umwelt (Capra, 1982), des Lebensstils und der Gesundheitsorganisation.

In den letzten Jahren wurde auch die Wichtigkeit eines vierten Elements erkannt: der *spirituellen Komponente*. Somit spricht man in Bezug auf den Menschen von einer bio-psycho-sozio-spirituellen Entität. 1994 hielten in den USA nur 3 medizinische Fakultäten Kurse über religiöse oder spirituelle Themen, 2004 waren es bereits um die 84 (Fortin, 2004). Dieses zunehmende Interesse im medizinischen Bereich hängt vermutlich damit zusammen, dass die Ressourcen, um schwierige und destrukturierende Krankheiten zu bekämpfen, sich oft in der spirituellen Matrix des Patienten finden. Diese stellt für viele ein Schema dar, wie man den von der Krankheit verursachten Stress bewältigen kann (Levin, 1997).

Ein holistischer Zugang zum Patienten sieht auch vor, dass der Arzt dem Patienten aufmerksam zuhört und seine spirituellen Eigenschaften berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um geistige Aspekte, die der Patient in die Beziehung einbringt und die leider oft nicht erkannt werden.

Manchmal stellen die Patienten Fragen, die den versteckten Wunsch enthalten, über spirituelle Aspekte zu sprechen:

Was für einen Sinn hat mein Leben, jetzt, wo Sie den Tumor entdeckt haben?

Werde ich sehen, wie meine Kinder heranwachsen?

Werde ich nach diesem Infarkt wieder mein früheres Leben aufnehmen können?

Für mich hat die Gesundheit alles bedeutet. Was bleibt mir jetzt?

Einige Autoren halten in der Arzt-Patient-Beziehung die tiefe Verbundenheit, die sich manchmal einstellt, für sehr wichtig. Diese kann helfen, das Gefühl der Abgeschiedenheit, der Isolierung und der Einsamkeit, das aus der Krankheit resultiert, zu überwinden (Suchman, 1988). Auch Rogers berichtet über etwas Ähnliches, wenn er über seine Erfahrung in der Psychotherapie und in den Gruppen spricht (vgl. Perino, 2003):

„The best periods in therapy are timeless moments. I am not aware of time. Except for the fact that if I have another appointment at such and such a time, there is some background awareness of that. In an interview in front of a group, pretty soon the group disappears completely. They are not there. It is just the two of us.“ (Wood, 1997)

Viele Menschen verzichten auf die üblichen Therapien und greifen auf Alternativtherapien zurück, nicht aufgrund mangelnden Vertrauens, sondern weil letztere besser zu ihren Werten, ihrem Glauben, ihren philosophischen Orientierungen bezüglich Gesundheit und Leben passen (Astin 1998).

Arzt und Patient als „Reisegefährten“

Die meisten Patienten leiden gegenwärtig an chronischen Erkrankungen, die man behandeln, aber nicht heilen kann: Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Psoriasis, arterielle Hypertonie, verschiedene Tumoren (Bodenheimer, 2002). Die Bestrebungen der Ärzte sollten vor allem dahin gerichtet sein, diesen Krankheiten vorzubeugen, wenn möglich mittels Gesundheitsförderung.

Wenn hingegen bereits Krankheiten bestehen, sollten die Ärzte den Patienten helfen, mit ihnen zu leben, das eigene Gleichgewicht wieder zu finden und eine optimale Lebensqualität zu erzielen.

Laut Rogers kann man gegen die Aktualisierungstendenz zwar ankämpfen, sie aber nicht aufheben. Mit anderen Worten: Ein Mensch kann in einer Umgebung aufwachsen, die derart ungünstig ist, dass er sein Potenzial nicht zum Ausdruck bringen kann.

„Die Bedingungen, unter denen sich diese Menschen entwickelt haben, waren so ungünstig, daß ihr Leben oft abnormal, verkrüppelt, ja kaum menschlich erscheint. Dennoch kann man der zielgerichteten Tendenz in ihnen vertrauen. Der Schlüssel zum

Verständnis ihres Verhaltens ist ihr Bestreben, auf den einzigen Wegen, die ihnen gehbar erscheinen, sich zum Wachsen und Werden hinzutasten. Gesunden Menschen mögen die Ergebnisse bizarr und sinnlos erscheinen, aber es sind die verzweifelten Versuche des Lebens, sich selbst zu verwirklichen ...“ (Rogers, 1980, S. 70)

Auf ähnliche Weise kann ein Mensch aufgrund eines Unfalles oder einer Krankheit eine deutliche Einschränkung seiner Fähigkeiten erleben. Wenn ihm aber geholfen wird, kann er sein übriges Potenzial entwickeln. Viele dieser Menschen sind, trotz ihrer auffälligen physischen Handicaps, ausgezeichnete freiwillige Helfer, Forscher, Schriftsteller, Musiker usw. geworden. Oliver Sacks beschreibt die unglaublichen Anpassungsfähigkeiten unseres Zentralnervensystems so:

„... Defekte, Störungen und Krankheiten können in diesem Sinn einen paradoxen Effekt haben, indem sie Ressourcen, Entwicklungen und latente Lebensformen ans Licht bringen, die ohne ihr Auftreten nie beobachtet hätten werden können und die man sich nicht einmal hätte vorstellen können. Gerade das Paradoxon der Krankheit, dieses eigene kreative ‘Potential’, ist das zentrale Thema dieses Buchs ... Diese Idee der großen Plastizität des Gehirns, das zu den beeindruckendsten Anpassungen fähig ist, sogar in ganz besonderen Situationen (die oft verzweifelt sind), des neuralen und sensorischen Handicaps, dominiert meine persönliche Wahrnehmung meiner Patienten und ihres Lebens ...“ (Sacks, 1995, p. 17)

Die Rehabilitationstheorie stützt sich gerade auf diese Philosophie: Dem Menschen, der eine Verminderung seiner Fähigkeiten erlebt hat, wird geholfen, sich der neuen Situation anzupassen und sein „verbleibendes“ Potenzial zu entwickeln.

Eine extreme „Situation der Begleitung“ ist die der onkologischen Patienten und der Patienten im letzten Stadium einer Krankheit. Hier wird die Fähigkeit des Arztes auf eine harte Probe gestellt, wenn er Gefühle der Wut, der Frustration oder etwa den Wunsch, manchmal allein zu sein, akzeptieren soll (Metz, 2002).

Man kann auch eine Person im Koma begleiten, indem man über nicht-verbale Kanäle kommuniziert, wie z. B. Massage, Reden und Musik. Wenn man sich auf ihr Atmen einstellt, indem man beobachtet, wie sich ihr Brustkorb bewegt und mit ihr gemeinsam atmet, ist es z. B. möglich, sie zu beruhigen. Es ist nicht klar, welcher Mechanismus hier eine Rolle spielt, aber es scheint so, als würden Menschen im Koma irgendwie unsere Anwesenheit wahrnehmen (De Hennezel, 2002).

Die Krankheit als Wachstumsmöglichkeit

Manchmal geben die Menschen der Erfahrung „Krankheit“ eine sehr große, ihre ganze Existenz betreffende Bedeutung. Dies kann man folgenden Aussagen entnehmen:

„Ich bin vom Krankenhaus nach Hause entlassen worden und habe den Weihnachtsabend alleine und in großem Seelenfrieden verbracht. Ich fühlte mich innerlich wohl. Ich hatte Lust, mich bei den Händen der Ärzte, die mich operiert hatten und auf meiner Haut diese Zeichen hinterlassen hatten, zu bedanken. Ich fing an, die Narbe als Freundin anzusehen und dann habe ich begonnen, das Zeichen auf meinem Rücken wie ein Lebenszeichen zu betrachten: Ich dachte, dass, wenn keine Wunde da gewesen wäre, ich noch immer mein Leiden mit mir herumgetragen hätte. Aber nein, hier war eine Wunde und auch die Lust, zu leben.

Wenn meine Lebenslust abnimmt, weil ich von den Lebenssituationen erdrückt werde, findet in mir ein großer Kampf statt. Vorher ließ ich mich gehen und verfiel in eine Depression; jetzt hingegen will ich diesen Moment überwinden und leben.

Im Krankenhaus habe ich gelernt, mich zu lieben und mich mit meinen Einschränkungen mehr zu akzeptieren. Früher hingegen setzte ich mich nur herab und sagte ‚Schau, du bist wirklich dumm‘ und viele andere negative Dinge. Jetzt dagegen sage ich mir, dass ich sehr tüchtig war, da ich so viele Schwierigkeiten überwunden habe. Wenn die anderen das nicht anerkennen, ist das egal, weil ich es anerkenne.“ (Veronika, 53 Jahre)

Die Krankheit kann einen Moment des Wachstums darstellen, wenn dem Individuum geholfen wird, sie zu verarbeiten und sie in seinem Bewusstsein korrekt zu symbolisieren (LeShan, 1989).

„Anfangs war meine Antwort voll Rebellion, Wut, schlechter Laune und Depression. Eine Serie von Schuldzuweisungen und Gewissensbissen kam an die Oberfläche und zog mich weiter hinab.

Dann, nachdem ich einen Arzt getroffen hatte, der mich sehen und akzeptieren konnte, wie ich war – verwirrt, wütend, ängstlich –, habe ich begonnen, mit mir anders zu sprechen.

Ich sah diese Zeit der ‚erzwungenen Pause‘ als ein Geschenk, weil sie mir half, mich besser kennen zu lernen.

Ich fing an, mich mit meinen Grenzen zu entdecken – denn Hilfe in Anspruch zu nehmen, kann sehr schwierig sein (in der Zeit, in der man krank ist, ist man von anderen abhängig). Entweder entdeckt man in sich die Demut, Hilfe zu akzeptieren, oder man wird verbittert, böse zu sich selbst und den anderen, gerade deshalb, weil man sich sieht, wie man tatsächlich ist und man sich nicht gefällt, weil man sich schwer akzeptieren kann. Ich habe ein neues Potential entdeckt, das zu besitzen ich nicht wusste.“ (Veronika, 53 Jahre)

Was hilft bei der Behandlung?

Laut Moira Stewart (2001) sollten die Aufgaben des Arztes heutzutage folgende sein:

- 1) Erforschen der Krankheit und der Krankheitserfahrung
- 2) Verstehen der Person in ihrer Gesamtheit

- 3) Finden einer gemeinsamen Basis zwischen Arzt und Patienten
- 4) Sich bewusst machen, dass jede Visite eine Gelegenheit für Prävention und Gesundheitsförderung ist
- 5) Sich bewusst machen, dass jede Visite eine Gelegenheit ist, um das Patient-Arzt-Verhältnis zu verbessern
- 6) Gewinnen einer realistischen Einstellung bezüglich notwendiger Zeit, Ressourcen, emotionaler und physischer Energie

Um das zu ermöglichen, sind natürlich geeignete kommunikative Kompetenzen erforderlich.

Im Gesundheitswesen braucht man manchmal eine psychotherapeutische Betreuung (vor allem bei einer Krisenintervention und bei einer stützenden Beratung), die nur ein Psychotherapeut durchführen kann.

Laut Rogers (1957a; 1959a) müssen drei notwendige und hinreichende Bedingungen auf Seiten des Helfers, erfüllt werden, damit ein wachstumsförderndes Klima zwischen Therapeut und Klient entsteht: „Therapie ist nicht etwas, das man dem Individuum antut oder das es veranlaßt, etwas Bestimmtes für sich selbst zu tun. Therapie macht es vielmehr frei für normales Wachsen und Entfalten, sie beseitigt Hindernisse, damit es sich wieder vorwärts bewegen kann.“ (Rogers, 1977a, S. 17) Diese Bedingungen gelten auch für die Beziehung zwischen Eltern und Kind, Leiter und Gruppe, Lehrer und Schüler, Führungskräfte und Mitarbeiter (Rogers, 1980a, S. 67) und, laut unserer Erfahrung und der Fachliteratur (Larson, 1993), zwischen Gesundheitspersonal und Patienten.

So kann der Arzt (und die anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen) den Patienten helfen, ihre positive Potenziale, ihren „inneren Heiler“ zu fördern, mit Informationen, Untersuchungen, Medikamenten aber vor allem mit einem personenzentrierten helfenden Gespräch:

„... wenn Menschen akzeptiert und geschätzt werden, tendieren sie dazu, eine fürsorgliche Einstellung zu sich selbst zu entwickeln. Wenn Menschen einfühlsam gehört werden, wird es ihnen möglich, ihren inneren Erlebnisstrom deutlicher wahrzunehmen“ (Rogers, 1980a, S. 69).

Mit dem „Active listening“ kann man die bedingungslose positive Wertschätzung dem Anderen übermitteln:

„Es handelt sich um einen Ansatz, der sich auf dem Gebiet der Psychotherapie als höchst wirksam erwiesen hat. Es ist der effektivste uns bekannte Weg zur Veränderung der grundlegenden Persönlichkeitsstruktur eines Individuums und zur Verbesserung seiner Beziehungen und seiner Kommunikation mit anderen. Wenn ich zuhören kann, was er mir erzählt; wenn ich verstehen kann, wie ihm dabei zumute ist; wenn ich erkennen kann, was das für ihn persönlich bedeutet; wenn ich den emotionalen Beigeschmack spüren kann, den es für ihn

besitzt; dann setze ich die mächtigen Kräfte der Veränderung in ihm frei ...“ (Rogers, 1961a, S. 323)

Das ist besonders wichtig, wenn die Personen ihren Lebensstil ändern müssen um pathologische Zustände vorzubeugen (Gesundheitsförderung) oder in vielen Krankheiten, wie Diabetes mellitus, Obesitas, arterielle Hypertonie usw. die mit ungesunden Lebensgewohnheiten verbunden sind.

Das Gesundheitspersonal muss natürlich akzeptieren, was die Patienten in diesem Moment sind, ohne ihre Werte, ihren Lebensstil, ihre Entscheidungen zu kritisieren. Gemäß einiger Studien (Levinson, 1988; Suchman, 1997) erscheint es besonders wichtig, dass der Arzt sowohl die verbalen als auch die nicht-verbalen „prompts“ und die „clues“, die der Patient während der Visite äußert, erkennt. Dies ist sowohl für die Beziehung als auch für das klinische Outcome wichtig. Mit diesen Begriffen meint man gewisse nicht explizite Hinweise auf Gefühle oder wichtige Lebensumstände (private oder berufliche), die man vom anderen bekommt. Während jeder Visite taucht mindestens einer dieser Begriffe auf. Diese stellen für den Arzt die Möglichkeit dar, sich in das Erleben des anderen einzufühlen („window of opportunity“) und Empathie zu beweisen („empathic response“/„empathic opportunity continuer“). Oft werden die Hinweise leider nicht wahrgenommen („missed empathic opportunity“), oder der Arzt lenkt das Gespräch auf andere Themen, ist ironisch, negiert usw. („empathic opportunity terminator“). Der Grund dafür kann sein, dass er sich mit den auftretenden Gefühlen nicht wohl fühlt (auch aufgrund seiner mangelnden Ausbildung in dieser Hinsicht) oder weil er befürchtet, dass die Visite so länger dauern wird (gerade das Gegenteil tritt erfahrungsgemäß ein).

Die Ärzte und die anderen Gesundheitsbediensteten sollten kongruent sein, und zwar sollten sie ihrer Gefühle bewusst sein und diese, wenn es nötig ist, dem Patienten mitteilen (Transparenz): das ist notwendig, damit die Beziehung wirklich von Person zu Person ist, ohne professionelle Fassade oder Maske, für eine effektive Konfrontation oder Problemlösung und um das Burn-out vorzubeugen (Larson, 1993). Diese Grundhaltungen wirken nur, wenn sie vom Klienten als solche erlebt werden. Der Klient muss kontaktfähig sein und der Therapeut (der Arzt) muss imstande sein, sie ihm zu übermitteln, auf verbaler Ebene (offene Fragen, Fokalisierung, „Checking back skills“, einfühlsames Zuhören, Ich-Botschaft usw.) und auf nicht-verbaler Ebene (entsprechende Haltung, Mimik usw.) (Larson, 1993; Gordon, 1995; Moja, 2000; Quill, 1989). In gewissen Momenten findet sich der Arzt in seiner Helferrolle bei Patienten, die ihren Unmut ausdrücken, oder auch in der Beraterrolle.

Im Arbeitsalltag sind jedoch die Beziehungen zwischen Arzt und Patient meistens recht kurz. Vielleicht erfolgen sie wiederholt, aber meistens erfüllen sie einen praktischen Zweck, wie z. B. eine Blutabnahme, die Verabreichung eines Medikamentes, die Durchführung einer Untersuchung oder einer 10- bis 15-minütigen Visite usw. Es bleibt nicht viel Zeit übrig, um noch zuzuhören, aber es ist

auch während dieser kurzen Treffen möglich, eine Beziehung zu schaffen, die hilfreich sein kann: Man könnte z. B. eine Infusion lächelnd anhängen oder ein wenig mit dem Patienten plaudern. Man kann den Patienten mit einem Händedruck und mit freundlicher Miene in der Ambulanz empfangen usw. Mittels Anwendung einer technischen Prozedur kann man z. B. Empathie und bedingungslose positive Zuwendung vermitteln. So entsteht ein „therapeutischer Moment“.

Dasselbe gilt auch für die Beziehungen zwischen den verschiedenen Beschäftigten im Gesundheitswesen. Durch einen „personzentrierten Umgang“ könnte man ein Arbeitsklima schaffen, in dem wichtige Gefühle (Missfallen, Freude, Ärger, Zufriedenheit) zum Ausdruck gebracht werden können, in dem die Unterschiede und die Einzigartigkeit eines jeden akzeptiert werden, in dem die Gefühle des anderen verstanden und respektiert werden (Schwarz, 2001). So könnte ein „emotional intelligentes Team“ zustande kommen, in dem vermutlich größere Motivation, ein geringerer „Turnover“ und weniger Krankenstände zu registrieren wären.

Außerdem sollte der Arzt folgende Eigenschaften besitzen:

- a) Kreativität und Flexibilität: In einer so komplexen Welt wie dem Gesundheitssektor sollte man fähig sein, zu „erfinden“, den Mut zur Improvisation haben, indem man der eigenen Intuition und Sensibilität folgt. Man könnte sich zum Beispiel den Geburtstag eines stationären Patienten oder eines Kollegen merken und ihm gratulieren oder auf der Station gewisse Verbesserungen durchführen, um für den Neankömmling eine freundliche Atmosphäre, in der seine Bedürfnisse berücksichtigt werden, zu schaffen (Farbe der Wände, Beleuchtung, Art der Stühle, Spielecke für Kinder usw.) (Ripke, 1994). Patch Adams (1993) war in diesem Sinne ein Vorreiter, denn er führte die Figur des Clowns in die Krankenhäuser ein, um den Kranken durch Humor zu helfen. Das Humor ist „powerful“ aber muss immer von Einfühlbarkeit begleitet werden (Berger, 2004).
- b) Die Fähigkeit, die unvermeidlichen Konflikte mit Kollegen und Patienten auf konstruktive Art zu lösen.
- c) Die Fähigkeit zur Problemlösung.
- d) Die Fähigkeit, ein „gesundes Leben“ zu führen, indem man für Regenerierungsquellen sorgt, um Stress vorzubeugen und zu bewältigen: realistische Ziele und Erwartungen bezüglich der Arbeit, ausreichender Schlaf, gute familiäre und soziale Beziehungen, Sport, Meditation usw. (Larson, 1993).

Die Ausbildung sollte dem Arzt helfen, immer personzentrierter zu werden, sowohl ihn selbst, als auch die anderen betreffend. Er sollte sich nicht nur Techniken aneignen, weil letztere „nie ein wirkliches Vorhaben zu helfen, ersetzen können“ (Larson, 1993, p. 196). Es ist die Qualität der Anwesenheit, die beim Heilen hilft.

„Wenn ich als Gruppenleiter oder als Therapeut in meiner besten Form bin, entdecke ich ein weiteres Charakteristikum. Ich stelle fest, daß von allem, was ich tue, eine heilende Wirkung auszugehen scheint, wenn ich meinem inneren, intuitiven Selbst am nächsten bin, wenn ich gewissermaßen mit dem Unbekannten in mir in Kontakt bin, wenn ich mich vielleicht in einem etwas veränderten Bewusstseinszustand befinde. Dann ist allein schon meine Anwesenheit für den anderen befreiend und hilfreich.“ (Rogers, 1980, S. 79–80).

Dale Larson (1993, pp. 131–132) spricht von der Fähigkeit der menschlichen Anwesenheit zu heilen („The healing power of the human presence“).

Emotionale Intelligenz im Management

Es ist einfacher, ein „personzentriertes“ Team zu bilden, wenn auch die Verantwortlichen die zugrunde liegenden Werte billigen und fördern.

Die Rolle der Manager, der Verwalter und der Abteilungsleiter ist momentan nicht einfach, da sie Maßnahmen setzen (oder erleiden) müssen, die unpopulär sind, wie die Verminderung der Bettenanzahl, Aufnahmestopp von Neueinstellungen, die Abschaffung gewisser Dienste oder die Schließung von Abteilungen, die Einführung oder Abschaffung des Selbstbehaltes („Ticket“) usw.

Der alte, autoritäre, alles an sich heranziehende Stil des Managements funktioniert weniger effizient als der demokratische, emotional intelligente Stil (Ryback, 1997). Dieser stützt sich auf folgende Kriterien: Förderung der Kommunikation auf allen Ebenen des Medizinbetriebs, Respekt und Würdigung der Unterschiede der verschiedenen Berufsgruppen, Empowerment derselben (Delegieren, Autonomie der Arbeitsgruppen, Berücksichtigung der innovativen Ideen, von welcher Seite auch immer kommend), gemeinsames Treffen der Entscheidungen, Förderung der Ausbildung usw.

Diesem Modell folgend ist der Verantwortliche (z. B. der Primar einer Abteilung) jener, der, mit guten Kommunikationsfähigkeiten ausgestattet, die Gruppenarbeit fördert, seine Mitarbeiter als Partner und nicht als Untergebene betrachtet und der ihnen behilflich ist, die Ziele, die sie gemeinsam ausgearbeitet haben, zu erreichen (Ryback, 1997).

Die Vorteile einer guten Arzt(Gesundheitspersonal)-Patient-Kommunikation

Oft wird im Gesundheitsbereich die Fähigkeit, mit dem Patienten zu „sprechen“, als selbstverständlich angesehen, oder das Sprechen wird sogar als Zeitverlust betrachtet. In den letzten Jahren sind viele Arbeiten publiziert worden, die die Vorteile einer guten Arzt-Patient-Kommunikation aus klinischer Sicht bewiesen haben.

1) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation entspricht mehr dem Verlangen nach „Demokratie“ seitens der Patienten/Klienten (Coulter, 2002).

2) Sie hat eine klinisch bessere Wirkung, insbesondere wirkt sich die Fähigkeit des Arztes, empathisch zu sein, auf bessere „outcomes“ aus, wenn man als Parameter folgende Kriterien betrachtet: die emotionale Gesundheit, die Schmerzkontrolle, den arteriellen Blutdruck, die Blutzuckerwerte usw. (Simpson, 1991)

3) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation verbessert die diagnostischen Fähigkeiten des Arztes, da die meisten internistischen Diagnosen mittels Anamnese und klinischer Untersuchung gestellt werden können. Bernard Lown (1996, p. 148), der berühmte Kardiologe, meint:

„Wenn die Anamnese rasch erfolgt, verliert sich der Arzt in einer Unmenge von Möglichkeiten, die dann das Zurückgreifen auf die Technologie entschuldigen. Eine sorgfältige Anamnese hingegen, eine ausführliche Untersuchung und wenige Routineanalysen geben 85 % der Informationen, die man für die richtige Diagnose benötigt. Die teuren und invasiven Technologien sind viel weniger befriedigend und liefern nur 10 % der Daten, die zu einer sicheren Diagnose führen.“

4) Sie ist wirksamer in der Prävention und in der Gesundheitsförderung (Zucconi, 2003).

5) Sie führt zu einer größeren Adhäsion des Patienten an die Therapie (Epstein, 2004; Lowes, 1998).

6) Sie führt zu einer besseren Wahrnehmung der gewährleisteten Assistenz, des Dienstes, zu einem besseren Marketing des Sanitätsbetriebes. Die „Qualität“ kann nicht nur anhand der „Effizienzindikatoren oder anhand von Zahlen“ gemessen werden (z. B. anhand der Anzahl der Leistungen, der Geräteausstattung, Anzahl der Beschäftigten...) (Pagni, 2002). Heutzutage misst man der vom Patienten wahrgenommenen Qualität immer mehr Bedeutung zu. Damit eine Leistung wirklich valide ist, muss sie wohl technisch gesehen effizient sein, aber sie muss auch von einer guten Arzt-Patient Beziehung begleitet werden.

In Großbritannien möchte man demnächst das Feedback der Patienten in die Qualitätsindikatoren der Leistungen inkludieren (Coulter, 2002).

7) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation reduziert die Klagen für „malpractice“ (Forster et al., 2002).

Die Klagen gegen Ärzte sind beispielsweise von folgenden Faktoren abhängig: Unfähigkeit des Arztes, eine gute Kommunikationsbasis zu schaffen, erschwerten Zugang (keine Gesprächsbereitschaft), Empfehlung von Maßnahmen, die den Erwartungen des Patienten nicht entsprechen usw. (Hickson, 2002).

8) Sie verringert die Dauer der Visiten. Studien belegen, dass im Gegensatz zu dem, was viele Ärzte denken, das Ernstnehmen der Signale von Sorgen des Patienten die Dauer der ärztlichen Visite verringert (Levinson, 2000).

9) Sie bringt mehr Wohlbefinden für den Arzt. Die Inzidenz der Depression unter den Ärzten beträgt 40–50% (in der Gesamt-

bevölkerung 17%), die Suizidrate beträgt 41–48/100.000 (in der Gesamtbevölkerung 12/100.000). Eine bessere Kommunikation mit den Patienten, mit den Kollegen und den anderen dort Tätigen (Krankenpflegepersonal, Verwaltungspersonal) kann zu mehr Befriedigung, weniger Stress und Burn-out und zu einer besseren Lebensqualität führen (Graske, 2003).

Bei Berücksichtigung der vorhergehenden Punkte stellt sich heraus, dass eine effektive Arzt-Patient-Kommunikation wirtschaftlich vorteilhaft ist, weil sie bezüglich klinischer Outcomes effektiv ist, weil die Strukturen besser genutzt werden, weil das Personal weniger von der Arbeit fern bleibt und weil der „turn-over“ der Angestellten geringer ist.

Es folgt ein kurzer Bericht über die Erfahrungen, die wir während einiger Kommunikationskurse im Gesundheitsbereich gesammelt haben.

Kommunikationskurse in medizinischen Einrichtungen Bozen (Südtirol)

Vom Januar 1994 bis Mai 2004 wurden insgesamt 38 „Grundkurse“ (mit 600 Teilnehmern) abgehalten. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, nach einem Jahr einen „Vertiefungskurs“ zu besuchen (bis jetzt haben wir 31 Kurse organisiert, mit 55 Teilnehmern / pro Jahr). Einige haben in diesen 10 Jahren mehrere Vertiefungskurse besucht. Die Teilnehmer waren aus verschiedenen Berufs- und Sprachgruppen (italienisch, deutsch, ladinisch). (Tabelle 1 und 2)

Berufsgruppen		
KrankenpflegerInnen	300	50,0%
Verwaltungspersonal	118	19,7%
Physio- und ErgotherapeutInnen	50	8,4%
Technisches Personal	43	7,3%
ÄrztInnen	27	4,5%
LogopädInnen	16	2,6%
ErnährungstherapeutInnen	12	2,0%
Medizinisch technische RadiologieassistentInnen	9	1,5%
Andere	9	1,4%
PsychologInnen	8	1,3%
SozialarbeiterInnen	8	1,3%

Tabelle 1

Sprachgruppe		
Italienisch	381	63,5%
Deutsch	191	31,8%
Ladinisch	28	4,7%

Tabelle 2

An diesen Trainings nahmen mehr Frauen (83%) als Männer (17%) teil. Die Meisten waren im Alter zwischen 25 und 45 Jahren. Der Großteil der Teilnehmer arbeitete im Krankenhaus (63%), die Anderen in externen Ambulanzen/Diensten. Jeder Kurs dauerte jeweils 3 Tage (insgesamt 18 Stunden) mit je 15 Teilnehmern und wurde vor allem (aber nicht nur) in italienischer Sprache abgehalten.

Das Programm der Grundkurse beinhaltete Fehler in der Kommunikation, effektives Zuhören bei verbalen und nicht-verbalen Botschaften, das helfende Gespräch, die Bewältigung von Konflikten, die „schwierigen“ Patienten. Das Programm wurde durch Rollenspiele, schriftliche und praktische Übungen in kleinen und großen Gruppen, Encounter-Gruppen entwickelt und immer an die Bedürfnisse der Teilnehmer angepasst.

Die Vertiefungskurse wurden als Encounter-Gruppen durchgeführt. Laut meiner Erfahrung waren folgende Themen für die Teilnehmer wichtig: *persönliche und professionelle Entwicklung, Bewältigung der Krisensituationen des Gesundheitspersonals, personzentrierte Medizin, Sterbebegleitung.*

Am Ende jedes Kurses haben die TeilnehmerInnen einen Fragebogen ausgefüllt und frei und anonym über einige Themen schreiben können: Zufriedenheit mit dem Training, persönliche Eindrücke, des ihrer Meinung nach am besten Gelernten, des noch zu Lernenden, Rückmeldungen für den Gruppenleiter, Anderes/Vorschläge.

Kommentare

Die meisten Teilnehmer (97,3%) waren „sehr zufrieden/zufrieden“ (Tabelle 3).

Sehr zufrieden	56,8%
Zufrieden	40,5%
Ich weiß nicht	1,1%
Enttäuscht	0,3%
Sehr enttäuscht	0
Nicht geantwortet	1,3%

Tabelle 3

Nur 7 Teilnehmer sind in diesen 10 Jahren vor Ende des Trainings (Grund- und Vertiefungskurse) ausgeschieden.

In diesen Trainings hat man versucht, den theoretisch-didaktischen Teil auf ein Minimum zu reduzieren und den erfahrungsbezogenen Aspekt in den Vordergrund zu stellen. Das war eine große Neuigkeit für den Großteil der Teilnehmer/Innen, die bisher Frontalunterricht und Vorträge gewohnt waren.

„Ich habe mich schnell wohlfühlt. Mich haben die behandelten Themen sehr angesprochen, auch weil ich sie häufig in meinem Alltag selbst erlebe. Mir gefiel auch die Art und Weise, wie das

Praktische der Theorie vorgezogen wurde, oder besser noch, dass die Theorie von der Praxis abgeleitet wurde und damit jedem die Möglichkeit gegeben wurde, den übermittelten Inhalten eine persönliche Note zu geben. Auch die Atmosphäre war generell angenehm, der Referent nie belehrend.“

„Wenig Theorie – es gab nicht die übliche Position des Vortragenden hinter dem Rednerpult und den mitschreibenden Zuhörer-, der Kurs wurde größtenteils von den Teilnehmern gestaltet, natürlich in erster Linie mit der Hilfe des Referenten. Am Ende der 3 Tage waren die Teilnehmer Freunde geworden, offen, ehrlich untereinander und bereit, tatkräftig demjenigen zu helfen, der es am meisten benötigte. Es war ein tolles Gefühl.“

Schon nach 3 Tagen kam in diesen Gruppen trotz der Verschiedenartigkeit der Teilnehmer eine Atmosphäre der Vertrautheit auf.

„Mir gefiel es, mich in einer Situation zu befinden, wo ich frei vor ‚Fremden‘ sprechen konnte, ohne mich beurteilt zu fühlen. Ich lernte Personen kennen, die mir bleibende Eindrücke vermittelt haben.“

„Ich habe vom Kurs die besten Eindrücke erhalten, vor allem im Hinblick auf das Vertrauensverhältnis, das in der Gruppe aufgebaut wurde, und das ‚Gefühl‘, verstanden worden zu sein.“

Das ist unserer Meinung nach wichtig, denn diese Art der Gruppe kann für die verschiedenen Teilnehmer auch ein mögliches Modell für die Anwendung am Arbeitsplatz darstellen.

In diesen Gruppen ist es Personen verschiedenen Alters und Geschlechts sowie aus unterschiedlichen Sprachgruppen, Berufen und Verantwortungsebenen gelungen, zusammen zu arbeiten. Das war unserer Meinung nach möglich, weil die Teilnehmer die Möglichkeit gehabt haben, sich als „Menschen“ zu begegnen, zusammen zu arbeiten und nicht mehr versteckt hinter einer Maske, einem Kittel oder einem Schreibtisch.

Das hat den Gruppen mehr Erfahrungsreichtum gebracht und hat das Verständnis für die Probleme der anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen und der anderen Dienste begünstigt. Sehr positiv wirkte sich auch die Möglichkeit aus, sich mit Ärzten und mit anderen Bediensteten, die eine Führungsrolle innehaben, konfrontieren zu können. Viele wünschen in Zukunft eine zahlreichere Teilnahme der Führungskräfte an diesen Kursen.

„Es war sehr schön zu beobachten, dass auch Ärzte und KrankenpflegerInnen und Primare für die Kommunikation Interesse haben, dass sie ‚menschlich‘ wie alle sein möchten.“

„In diesem Kurs konnte jede/r sein, wie sie/er wirklich ist, ohne etwas beweisen zu müssen. Ich spürte sehr stark das Bedürfnis nach Echtheit und nicht nach abstrakten Gesprächen. Was mir

eine große Freude bereitet hat, war, als Mensch betrachtet zu werden und zu wissen, dass andere Personen für mich Interesse hatten und mir zuhörten.“

Die Teilnehmer haben über ihre eigenen Probleme sprechen können, sie analysieren, miteinander vergleichen, ihre Spannungen und Sorgen ausdrücken können. Sie haben hierbei nicht nur von Seiten des Referenten, sondern auch von Seiten der Gruppe Unterstützung gefunden, und für Viele war das eine Möglichkeit, neue Kraft zu schöpfen:

„Es freut mich, von den anderen viel Kraft, den eisernen Willen, mich zu verbessern und viele neue Energien zu bekommen. Ich bin erfreut, dass aus vielen negativen, leidvollen Gefühlslagen letzten Endes immer Positives erwächst.“

Für einige war das Training eine Möglichkeit, eigene Fehler zu entdecken und die Kommunikation zu verbessern, vor allem: dem anderen zuzuhören, ihn zu verstehen, mehr Selbstbewusstsein zu haben, mehr Selbstachtung zu entwickeln, mehr Fähigkeit zu entwickeln, Konflikte anzugehen und zu lösen.

Um mit den Patienten und den Kollegen kommunizieren zu lernen, genügen 3 Tage Kurs nicht. Viele haben dann an den Vertiefungskurse oder an anderen Fortbildungen teilgenommen.

„Ich bin froh, dass ich diese ‚Art zu sein‘ auf vollständige Weise verstanden habe. Ich empfinde die Theorie als einfach, habe aber Schwierigkeiten, sie in die Praxis umzusetzen. Verschiedene meiner Ansichten geraten in ‚Krise‘, aber ich fühle sie (diese Art zu sein) so ‚kongruent‘ mit dem, was ich bin, dass ich es vorziehe, sie mir zu eigen zu machen und mich an die Arbeit zu begeben. Ich weiß, dass mich eine Menge Arbeit erwartet, und ich habe Angst, mich zu verirren.“

Einige Überlegungen der Autoren

Es ist schwer zu beurteilen, inwieweit diese Trainings für das Gesundheitswesen wichtig sind. Das ist auch nicht das Ziel von diesem Bericht.

Diese Initiative besteht seit 10 Jahren, immer mit vielen Teilnehmern und vollbesetzten Kursen. Die Besucher machen gute „Publicity“ und „schicken“ ihre Kollegen, die Verwaltung ist zufrieden ... Das alles sind positive und ermutigende Zeichen, auch für den Gruppenleiter.

Andererseits ist der größte Teil unserer Arbeitszeit der Beziehung zu den anderen gewidmet: Patienten, deren Verwandten, Kollegen und anderen Berufsgruppen. In vielen Abteilungen bestehen neben dem Stress mit den Schwerkranken auch Spannungen auf Grund von Kommunikationsproblemen, im Besonderen wegen nicht gelöster Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten. In solch einem „schwierigen“ Klima wechselt das Personal häufig und ist die Qualität der erbrachten Leistung vermindert. Etwas Zeit und Energie für die Verbesserung unserer Beziehungen zu anderen zu widmen, scheint uns eine sehr wichtige Investition, nicht nur für uns selbst, sondern auch, um allen Hilfesuchenden besser helfen können.

Leider gibt es keine magischen Rezepte oder wundersame Techniken, dank derer plötzlich alles leicht wird oder dank jener wir imstande sind, mit jedem zu sprechen und jeden Konflikt zu lösen. Die Fähigkeit zur Kommunikation, die jeder von uns hat, zu entwickeln und zu verbessern, ist eine verpflichtende und anstrengende Aufgabe: es handelt sich dabei um einen langsamen und manchmal auch schmerzhaften Prozess in der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit (Finke, 2003; Speierer, 2003).

Uns scheint aber, dass immer mehr Personen diese Herausforderung annehmen, denn im Grunde genommen ist im Einklang mit sich selbst sein und eine gute Beziehung zu den anderen haben das, was unsere Lebensqualität ausmacht.

Schlussfolgerungen

Im Gesundheitswesen finden zur Zeit wichtige Änderungen statt, die eine verstärkte Zusammenarbeit und eine bessere Kommunikation zwischen Bürgern und Patienten, Bürgern und den in den Gesundheitsberufen Tätigen, Verwaltern und Politikern erfordern werden.

Dies könnte zu einer Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Gesundheit aller Bürger führen und zu einem stärkeren Bewusstsein der Probleme, die sich in Zukunft ergeben werden. Diese Probleme werden sein: eine immer älter werdende Bevölkerung, die medizinische Betreuung benötigt, eine deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen und psychosomatischer Erkrankungen, schwierige ethische Problematiken (Genforschung, Klonen, Euthanasie usw.), die notwendigen Sparmaßnahmen und so fort.

Wir denken, dass der „Personzentrierte Ansatz“, der den Menschen in seiner personalen Würde in den Mittelpunkt stellt, sehr aktuell ist, sodass er in der Ausbildung der Ärzte und der übrigen im Gesundheitswesen tätigen Berufe einen festen Platz haben sollte.

Literatur

- Adams, P. & Mylander, M. (1993). *Gesundheit!* Vermont: Healing Art Press.
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *The Journal of the American Medical Association*, 279, 1548–1553.
- Barry, C. A., Bradley, C. P., Britten, N., Stevenson F. A. & Barber, N. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative studies. *British Medical Journal*, 320, 1246–1250.
- Berger, J. T., Coulehan, J. & Belling, C. (2004). Humor in the physician-patient encounter. *Archives of Internal Medicine*, 164, 825–830.
- Bodenheimert, T., Wagner, E. H. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1775–1779.
- Capra, F. (1982). *The turning point*. New York: Simon and Schuster; dt. 2004: *Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild*. München: Knauer Taschenbücher.
- Coulter, A. (2002). After Bristol: putting patients at the centre. *British Medical Journal*, 324, 648–651.
- De Hennezel, M. (1995). *Nous ne nous sommes pas dit au revoir*. Paris: Edition Robert Laffont; ital. 1996: *La morte amica. Lezioni di vita da chi sta per morire*. Milano: Rizzoli; dt. 1996: *Den Tod erleben*. Köln: Bastei Lübbe.
- Epstein, R. M., Alper, B. S. & Quill, T. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2359–2366.
- Finke, J. (2003). Schwierigkeiten und Chancen in der Personenzentrierten Weiterbildung von Ärzten. *Person*, 2, 151–157.
- Forster, H. P., Schwartz, J. & DeRenzo, E. (2002). Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1217–1219.
- Fortin, A. H. & Gergen Barnett, K. (2004). Medical school curricula in spirituality and medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2883.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco T. L. (2002). *Through the patient's EYES. Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gordon, T. (1995). *Making the patient your partner. Communication skills for doctors and other caregivers*. Westport, Connecticut: Auburn House; dt. 1997: *Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner*. Hamburg: Hoffman and Campe.
- Graske, J. (2003). Improving the mental health of doctors. *British Medical Journal*, 327, 188.
- Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J. & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *The Journal of the American Medical Association*, 287, 2951–2957.
- Larson, D. (1993). *The helper's Journey. Working with people facing grief, loss and life-threatening illness*. Champaign, IL: Research Press.
- LeShan, L. (1989). *Cancer as a turning point*. New York: E. P. Dutton; dt. 1993: *Diagnose Krebs. Wendepunkt und Neubeginn*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A. & Brown, J. B. (1986). The patient-centred clinical method: a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3, 24–30.
- Levin, S., Larson D. B. & Puchalski C. M. (1997). Religion and spirituality in medicine: research and education. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 792–793.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R. & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 1021–1027.
- Locke, S. & Colligan, D. (1986). *The Healer within*. New York: E. P. Dutton.
- Lowes, R. (1998). Patient-centered care for better patient adherence. *Family Practice Management, March*.
- Lown, B. [1996] (1997) *L'arte perduta di guarire. I consigli di un grande medico per un ritorno a una medicina più umana*. Cernusco s/N Milano: Garzanti; Orig. 1996: *The lost art of healing*. Boston: Houghton Mifflin.
- Meryn, S. (1998). Improving doctor-patient communication. Not an option, but a necessity. *British Medical Journal*, 316, Editorial.
- Metz, C. (2002). Personenzentrierte Trauertherapie und Palliative Care. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien, New York: Springer.
- Moja, E. A. & Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ottawa-Charta (1986). (Online), <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ottawa-charta.htm>; zuletzt aufgerufen am 5.11.2004.
- Pagni, A. (2002). La sanità prigioniera di un'economia "autistica". *Professione*, 10 (8), 4–5.
- Perino, F. & Andreolli, C. (2003). Spiritualità e trascendenza nella relazione di aiuto secondo l'Approccio Centrato sulla Persona. *Da Persona a Persona, Rivista di Studi Rogersiani, ottobre*, 37–56.
- Quill, E. T. (1989). Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Annals of Internal Medicine*, 111, 51–57.
- Ripke, T. (1994). *Patient and Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung*. Stuttgart: Thieme.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1977a/1987). *On personal power. Inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte; dt. 1978: *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1980/1981). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1981: *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett.
- Ryback, D. (2000) *Emotionale Intelligenz in Management. Wege zu einer neuen Führungsqualität*. Köln: GwG; Orig. 1997: *Putting emotional intelligence to work. Successful leadership is more than IQ*. Woburn, MA: Butterworth-Heinemann.
- Sacks, O. (1995). *An anthropologist on Mars. Seven paradoxical tales*. New York: Knopf Publisher.
- Schmid, P. F. (2001). Personenzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stözl (Hrsg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Schwarz, S. B. (2001). *Person-Centered Medical Practice. The Person-Centered Journal*, 8. (Online), <http://www.centerfortheperson.org/carlrogers.html>; zuletzt aufgerufen am 5.11.2004.
- Simpson, M. J., Buckman, M. S., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, 303, 1385–1387.

- Speierer, G. W. (2003). Personenzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie. *Person, 2*, 164–167.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal, 322*, Editorial.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney I. R. & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien, New York: Springer.
- Suchman, A. L. & Matthews, D. A. (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Annals of Internal Medicine, 108*, 125–130.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B. & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *The Journal of the American Medical Association, 277*, 678–682.
- Veronika, 53 Jahre: nicht veröffentlichte Interviews, von Dr. Franco Perino im August 1995 durchgeführt.
- Wood, J. K. (1997). Carl Rogers and transpersonal psychology. Estância Jatobá Jaguariúna, Brazil, Our wine existed before what you call the grape and the vine. Ibn el-Farid, Presentation at the *VI International Holistic and Transpersonal Congress, Aquas de Lindoia, Brazil 1997*. (Online), <http://members.1012surfnet.at/pfs/indexpapersdiv.htm>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Zucconi, A. & Howell, P. (2003). *La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società*. Molfetta, BA: La Meridiana.

Autoren

Dr. med. Franco Perino, geb. 1957, Facharzt für Haut u. Geschlechtskrankheiten und Ausbildung für Psychotherapie, Oberarzt an der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Bozen (Südtirol), Lehrtherapeut in Gesprächstherapie im Gesundheitswesen in Südtirol und für das „Istituto dell’Approccio Centrato sulla Persona“ von Rom. Arbeitsschwerpunkte: Ausbildung der Berufsgruppen die im Gesundheitswesen arbeiten, Kommunikation zwischen Arzt und Patient, Spiritualität.

Dr. med. Elena Polestra, geb. 1970, Ärztin für Allgemeinmedizin, in Ausbildung für das Fach Haut u. Geschlechtskrankheiten.

Kontaktadresse

*Dr. Franco Perino
Dermatologie
Allgemeines Krankenhaus
Lorenz Böhlerstr. 5
39100 Italien
rxnpe@tin.it*

Edith Benkö

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation – Überlegungen aus klientenzentrierter Sicht

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Psychotherapie bei chronisch körperlich kranken, nämlich herzkranken Menschen. Nach einer kurzen Beschreibung des medizinischen Krankheitsbildes der Koronaren Herzkrankheit folgt ein Überblick über den Stand der Theoriebildung und Forschung aus psychosomatischer Sicht. Mögliche Ansatzpunkte für Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung des Klientenzentrierten Ansatzes werden formuliert. Eine Analyse der Behandlungsverläufe von Herzpatienten in der ambulanten Rehabilitation mit psychotherapeutischem Versorgungsauftrag soll die Besonderheiten und Schwierigkeiten des Zuganges von Herzpatienten zur Psychotherapie aufzeigen und mögliche Ursachen der häufigen Psychotherapieabbrüche dieser Patientengruppe im Beziehungsgeschehen identifizieren.

Schlüsselwörter: Ambulante Psychotherapie, Psychosomatik der Koronaren Herzkrankheit, Therapiemotivation, Leidensdruck, Beziehungsgeschehen bei Therapieabbrüchen

Abstract: **Psychotherapy in the cardiac rehabilitation setting — considerations from a client-centred perspective.** *The following paper deals with the psychotherapeutic treatment of chronically ill patients, that is of persons with a heart condition. A short description of the medical symptoms of a coronary heart condition is followed by a review of the literature on psychosomatic research as well as by possible starting points for psychotherapy (particularly Client-centred psychotherapy). An analysis of the psychotherapeutic process with these patients in an out-patient rehabilitation setting will be used to illustrate the particularities and the difficulties in gaining access to such patients, as well as to attempt to explain the high drop-out rate of these patients.*

Keywords: *Out-patient therapy, psychosomatic aspects of coronary heart condition, therapy motivation, therapeutic relationship leading to drop-out*

Koronarpatienten¹ gelten in der Fachliteratur auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur als psychotherapeutisch unzugänglich. Hohe Abbruchraten werden berichtet (50–70%) und mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und Abwehrmechanismen in Zusammenhang gebracht (Barde et al., 1999). Diese Arbeit versucht anhand einer eigenen Analyse der Behandlungsverläufe in einem ambulanten Rehabilitationszentrum² die Besonderheiten des psychotherapeutischen Zuganges von Herzpatienten zu beschreiben und geht auf die Frage ein, ob es bei Koronarpatienten spezielle Störungen der Entwicklung des Selbstkonzeptes gibt, in der Folge störungsspezifische Inkongruenzen, durch ähnliche Sozialisationsbedingungen erworben und durch die akute körperliche Erkrankung aktualisiert, die sich im therapeutischen Beziehungsgeschehen manifestieren und zu den häufigen Therapieabbrüchen führen.

Um die lebensbedrohliche Krankheit zu beschreiben und einen Einblick in das Umfeld zu geben, in welchem psychotherapeutische Prozesse mit Koronarpatienten geschehen, sei eine Definition des somatischen Krankheitsbildes vorangestellt.

Zum Krankheitsbild und seinen Ursachen

Unter Koronarer Herzkrankheit versteht man pathologische Verengungen der Herzkranzgefäße, welche in der Folge zu schmerzhaften Beschwerden, einem allmählichen Versagen des Herzens oder zum plötzlichen Tod führen können. Ein akuter Verschluss wird als Herzinfarkt bezeichnet und stellt ein dramatisches Krankheitsbild dar. Die Koronare Herzkrankheit, kurz KHK genannt, ist die häufigste Todesursache in industrialisierten Gesellschaften. Die Behandlung in der Akutphase ist rein medizinisch und hoch technisiert. Eingriffe am erkrankten Blutgefäß, Implantation eines Stents, welcher die verengte Stelle offen hält, oder die Bypassoperation, ein Eingriff am eröffneten Brustkorb, sind lebensrettende

1 Im Folgenden wird zur leichteren Lesbarkeit meist nur von „Patient“, „Klient“ usw. die Rede sein. Gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.

2 Zentrum für Ambulante Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Wien

Maßnahmen. In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin enorme Fortschritte gemacht, so dass die Sterblichkeit bei dieser Erkrankung stark zurückging. Von der Behandlung der Patienten in der Phase der Rehabilitation und dem Stellenwert der Psychotherapie soll später die Rede sein.

Die Koronare Herzkrankheit ist das Ergebnis verschiedener pathophysiologischer Vorgänge, deren Mechanismen teilweise geklärt werden konnten. Als prädisponierende Faktoren werden heute das Alter, familiäre Disposition und Geschlecht als nicht zu beeinflussende Risikofaktoren angesehen. Als modifizierbare Risikofaktoren sind das Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Hypertonie und Bewegungsmangel allgemein anerkannt.

Seit der Antike gibt es aber auch Vermutungen über Zusammenhänge zwischen Herz und Psyche. In der naturwissenschaftlich orientierten Kardiologie werden heute mögliche psychosomatische Zusammenhänge so formuliert, dass psychische Faktoren, chronische Belastungssituationen und akute lebensverändernde Ereignisse die Entstehung der KHK fördern können, indem sie, als „distress“ wahrgenommen, bestimmte Gefühle auslösen, die dann über eine Beeinflussung des Vegetativums (erhöhte Sympathikusinnervierung) und über endokrine Mechanismen (Aktivierung der Sympatho-adrenergen Achse und der Hypophysennebennierenrinndenachse, also über eine erhöhte ACTH und Katecholaminausschüttung) diese pathophysiologischen Prozesse fördern.

Man nimmt an, dass diese chronische Erkrankung in einem komplizierten Wechselspiel von somatisch bedingten Risikofaktoren und psychischen Einflüssen im Sinne komplexer bio-psychosozialer Prozesse entsteht und dass psychische Faktoren einen Einfluss auf Verlauf und Prognose dieser Erkrankung haben. Oder anders ausgedrückt, dass neben körperlicher Disposition, Vererbung, somatische Risikofaktoren wie auch Persönlichkeitsfaktoren, Stimmungslage und akute oder chronische psychosoziale Belastungen eine Rolle spielen können.

Dies sei zum besseren Verständnis der körperlichen Vorgänge vorangestellt, aber auch um das naturwissenschaftlich-medizinisch dominierte Umfeld der psychotherapeutischen Arbeit mit Herzpatienten zu charakterisieren.

Der Herzinfarkt als somato-psycho-somatische Erkrankung

Aus psychologischer und psychosomatischer Sicht interessiert vor allem, unter welchen psychischen Bedingungen Menschen an einem Herzinfarkt erkranken und wie sie dieses lebensbedrohliche Ereignis verarbeiten und bewältigen.

Im Folgenden soll als Einstimmung auf die Thematik ein kurzer Überblick über die Entwicklung der psychosomatischen Theoriebildung und Forschung hinsichtlich dieses Krankheitsbildes gegeben werden.

Die Koronarpersönlichkeit – der Beitrag der Psychoanalyse

Am Beginn der wissenschaftlichen Erforschung möglicher seelischer Hintergründe bei der KHK stehen wohl die Arbeiten von K. und W. Menninger und von F. Dunbar. Dunbar (1943) beschrieb bei Koronarpatienten ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil und Verhaltensmerkmale, wie ständig aktiv sein müssen, Arbeitswut, eine Tendenz, alle Aktivitäten an sich zu reißen und eine Neigung zur Depression, die aber verleugnet wird, und legte den Grundstein zur Hypothese, dass es eine so genannte „Koronarpersönlichkeit“ gäbe.

Seither gibt es in der Tradition F. Dunbars aus psychoanalytischer Perspektive Hypothesen über den Einfluss psychodynamischer Faktoren auf Entstehung und Verlauf der KHK.

Die Arbeiten umfassen Interpretationen der Koronarpersönlichkeit aus der Sicht der Ich-Psychologie (Arlow, 1945), narzisstheoretische Überlegungen (Chessick, 1987), Beschreibungen häufiger Objektbeziehungsmuster (Rodriguez, 1980), Versuche, charakteristische Grundkonflikte und Abwehrformen zuzuordnen (Kerz-Rühling, 1980), Überlegungen zur Psychotherapie (Goldschmidt, 1980), und sie beschäftigen sich mit der Frage, wie die psychische Struktur, Genese, Konflikte, Objektbeziehungen und Abwehrmechanismen bei Menschen aussehen, die einen Herzinfarkt erlitten haben.

Übereinstimmend wird dabei der Herzinfarkt als Antwort auf eine lebensgeschichtliche Krise gesehen. Es komme zu einer Aktualisierung von latent gewordenen und in der Kindheit erworbenen Konflikten.

Bezüglich der Beschreibung und psychoanalytischen Interpretation der Koronarpersönlichkeit gibt es zwar unterschiedliche Auffassungen. Häufig jedoch findet sich die Hypothese, dass Infarktpatienten eine Persönlichkeit mit schwerer narzisstischer Pathologie hätten. Diese entstehe dadurch, dass durch eine mangelnde Spiegelungsfunktion der elterlichen Bezugspersonen sich ein narzisstisches Defizit entwickle, mit Gefühlen von Schwäche, Kleinheit, Leblosigkeit, Minderwertigkeit und Hass bei Nichtbeachtung. Gemäß dieser infantilen Fixierung müsse das Individuum in der Folge immer wieder Beziehungen herstellen, in denen es bewundert und für großartig befunden wird, um sich geliebt und wertvoll fühlen zu können. Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit versuche nun, das Bewusstsein dieses narzisstischen Defizits durch angespannte Aktivitäten abzuwehren, indem sie durch Leistung in Arbeit und Liebe ständig Beziehungen herstellt, die ihre unbewussten kindlichen Bedürfnisse nach Spiegelung von Grandiosität, Anerkennung und Bewunderung kompensatorisch befriedigen (Chessick, 1987).

Auch andere Autoren gehen auf die Prägung von Herzpatienten durch infantile Versagung ein. Eine Kompensation dieser frühkindlichen Versagung durch Größenphantasien und die Verleugnung passiv-abhängiger Bedürfnisse sei die Folge, betont Fischer (1980). Verleugnung nicht nur der Abhängigkeit von anderen, sondern auch von Körperwahrnehmungen und, wie ich später zeigen werde, des

emotionalen Bedeutungsgehaltes ihrer Erkrankung sind bei Infarktpatienten häufig anzutreffende Abwehrmechanismen.

Bezüglich „typischer“ auslösender Konfliktkonstellationen gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Kerz-Rühling (1980) vermutet, dass Konflikte, die das narzisstische Gleichgewicht des Patienten gefährden, bedeutsam seien. Dies könnten Kränkung und Statusverlust am Arbeitsplatz sein, aber auch Enttäuschungen im Beziehungsbereich, Verlust- und Trennungserfahrungen, welche unbewusste frühkindliche Abhängigkeitsprobleme reaktivieren.

Empirisch lässt sich jedenfalls das Konstrukt der Koronarpersönlichkeit nicht bestätigen (siehe dazu die Ausführungen zum Behaviorismus), aber man könne doch „... mit einiger Sicherheit behaupten, dass in der Zeit vor dem Infarktgeschehen gehäuft emotional belastende Ereignisse auftreten.“ (Kerz-Rühling, 1980, S. 554).

Die Verleugnung passiv-abhängiger Bedürfnisse und in der Folge ein sich entwickelndes Urmisstrauen statt eines Urvertrauens seien aus psychoanalytischer Sicht Gründe für die psychotherapeutische Unzugänglichkeit von Herzpatienten (Goldschmidt, 1980). Fehlende Therapiemotivation und Psychotherapieabbruchraten von 50 bis 70% werden übereinstimmend von vielen Autoren berichtet (Barde et al., 1999).

Störungsspezifisches Verstehen³ – der gesprächspsychotherapeutische Ansatz

Der einzige mir derzeit bekannte Versuch, aus klientenzentrierter Sicht eine Beschreibung der Persönlichkeit von Koronarpatienten, der Entwicklung ihres Selbstkonzeptes, ihrer Grundkonflikte und Beziehungsgestaltung darzustellen und daraus allgemeine psychotherapeutische Richtlinien abzuleiten, findet sich bei Enderlein (1986). Der Autor formuliert auf der Grundlage bekannter psychoanalytischer, behavioristischer und testdiagnostischer Konzepte (auf letztere wird in dieser Arbeit nicht eingegangen) folgendes Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodell: Die Ursachen der psychischen Fehlhaltungen und der organischen Folgen im Erwachsenenalter liegen in einer missglückten Entwicklung des Selbstkonzeptes, des habituellen Wahrnehmungs-, Denk- und Bewertungsmusters. Enttäuschungen, Mangel an Sicherheit und Vertrauen lassen eine ungezwungene Selbstentfaltung mit bestätigenden eigenen Erfahrungen nicht zu. Der individuelle innere Bezugsrahmen kann sich nicht entfalten. Ein nie befriedigtes, andauerndes Zuwendungsbedürfnis führt im Laufe der Entwicklung zu einer Internalisierung fremder Verhaltensrichtlinien und Wertvorstellungen. Entsprechende Inkongruenzen sind bei Infarktpatienten in ihrer übergroßen Orientierung an ihrer Umwelt und in ihrem Leistungsstreben zu finden, diese äußern sich in einem negativen Selbstkonzept,

den ambivalenten Beziehungen, dem Gefühl ständiger Bedrohung und Angst (Enderlein, 1986). Der Autor sieht in der Verwirklichung der klientenzentrierten Therapeutenvariablen gerade für Herzpatienten äußerst günstige Bedingungen. Ich werde später noch genauer darauf eingehen. Wenngleich dieses Modell unvollständig und längst nicht ausformuliert ist, kann es doch als Ausgangspunkt genauer Überlegungen dienen.

Im Rahmen der „phasen- und störungsspezifischen Ausdifferenzierung“ (Stumm & Keil, 2002) der Personzentrierten Psychotherapie gibt es mehrere Ansätze bezüglich psychosomatischer Krankheiten im weiteren Sinn. Erwähnt seien Binder & Binder (1991) und Reisch (1994; 2002). Ihre Beiträge zur Arbeit mit alexithymen und gefühlsabwehrenden Patienten sind auch für das Verständnis von Koronarpatienten interessant. Kann doch neben allgemein psychosomatisch-somatopsychischen Zusammenhängen, wie sie in den Ausführungen zur Psychokardiologie dargestellt werden, bei Vorhandensein eines auslösenden Ereignisses, welches die seelischen Bewältigungsmechanismen überfordert, beim Herzinfarkt oft auch von einer psychosomatischen Erkrankung im engeren Sinn gesprochen werden (Ermann, 2004). Binder & Binder (1991) orten in der Beziehungsgestaltung psychosomatischer Patienten eine „spezifische psychosomatische Einsamkeit, die im asymbiotischen Handeln sich aufzuheben versucht ... Der Preis für ein Leben in der Nichterfüllung von symbiotischer Sehnsucht nach Aufhebung der Grenzen, durch Bindung in der Geborgenheit wird bezahlt durch die Zerstörung elementarer biologischer Regelmechanismen“ (Binder & Binder, 1991, S. 386). Vielleicht hilft es uns, Gefühlsabwehr, Verleugnung der Erkrankung und ihres emotionalen Bedeutungsgehaltes und Pseudounabhängigkeit als Versuch der Herstellung einer „asymbiotischen Nähe“ (Binder & Binder, 1991, S. 373) zu betrachten, um Häufigkeit und Dynamik der dargestellten Psychotherapieabbrüche aus dem eigenen Arbeitsbereich in der ambulanten kardialen Rehabilitation zu verstehen. Auch Reisch (1994; 2002) beobachtet bei psychosomatischen Patienten oft ein Nähe-Distanzproblem, versteht aber die spezielle Art der alexithymen Gefühlsabwehr als kreative Beziehungsgestaltung und entwickelt daraus ein störungsspezifisches therapeutisches Handeln, auf dessen Brauchbarkeit in der kardiologischen Rehabilitation später noch eingegangen wird.

Behaviorismus und Verhaltenstherapie

Wesentlich mehr Eingang in die Kardiologie haben behavioristische Konzepte und verhaltenstherapeutische Programme gefunden. 1964 beschrieben Rosenman und Friedman einen Komplex von Verhaltensmustern, das so genannte A-Typ Verhalten als übersteigerten Tatendrang bei schlecht definierten Zielen, Ehrgeiz, Konkurrenzstreben, Feindseligkeit, und postulierten es als psychologischen Risikofaktor für die Entwicklung einer KHK.

3 Der Begriff wurde entlehnt von Binder & Binder (1991).

In einer groß angelegten prospektiven Studie (WCGS) wurde dieses Typ-A Verhalten als eigenständiger Risikofaktor für eine KHK bewertet (Myrtek, 2000).

Neuere Metaanalysen publizierter Studien zu diesem Thema bestätigen diese Ergebnisse nicht. Nur der Faktor Hostility/ Feindseligkeit scheint einen Zusammenhang mit der KHK zu haben: „... rather, hostility may be a marker for behaviors that increase risk for mortality and morbidity“ (Myrtek, 2000, p. 5).

Psychokardiologie

In den letzten Jahren hat sich der naturwissenschaftlich ausgerichtete Forschungszweig der Psychokardiologie etabliert, welcher versucht, psychologische Erkenntnisse in die medizinischen Behandlungskonzepte mit einzubeziehen. In groß angelegten kontrollierten prospektiven Studien konnte die Bedeutung des Faktors Depression sowohl als präorbider Risikofaktor für die KHK und den Myokardinfarkt als auch als bedeutsamer Faktor für eine erhöhte Morbidität und Mortalität nach einem Infarkt nachgewiesen werden (Ariyo et al., 2000; Herrmann-Lingen, 2000; Herrmann-Lingen & Buss, 2002).

Soziale Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK sind in erster Linie der sozioökonomische Status und berufliche Stressbelastung. Zur beruflichen Stressbelastung hat vor allem die Gruppe um Siegrist geforscht und eine Kombination von hoher beruflicher Verausgabungsbereitschaft bei geringer Gegenleistung von Gehalt, Karrierechancen oder Sicherheit als pathogen befunden (Rugulies & Siegrist, 2001).

Als relevanten sozialen Risikofaktor für die Überlebenschance nach einem Infarkt weisen neuere Studien den Faktor „soziale Isolierung“ aus (Frasure-Smith et al., 2000).

Es sei auch erwähnt, dass epidemiologische und sozialpsychologische Forschungsansätze sich um die Erforschung frauenspezifischer Belastungsfaktoren und innerpsychischer Verarbeitungsmechanismen bemühen und geschlechtsspezifische Interventionsprogramme ausarbeiten (Avanzini, 2004).

In einer zusammenfassenden Einschätzung muss man sagen, dass die psychoanalytisch geprägten psychosomatischen Konzepte zur Psychodynamik und Psychotherapie in die Koronarrehabilitation kaum Eingang gefunden haben, möglicherweise weil die Bestätigung durch empirische Untersuchungen ausblieb. Behavioristische Konzepte und Behandlungsansätze, wie z. B. Stressbewältigung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Lebensstiländerung, Raucherentwöhnung, in kontrollierten Studien gut beforscht, fügen sich in das naturwissenschaftlich orientierte Umfeld besser ein und dominieren das psychologische Behandlungsangebot in der Rehabilitation. Der klientenzentrierte Beitrag zur Psychosomatik und Psychotherapie der KHK ist kaum formuliert, wengleich die Situation in der praktischen psychotherapeutischen Arbeit anders

aussieht. Nach eigener Einschätzung sind mehr als die Hälfte der in den Rehabilitationszentren der PVA⁴ beschäftigten Psychotherapeuten ausgebildet in Klientenzentrierter Psychotherapie.

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation

Der Patient mit seinem subjektiven Leiden und Erleben, mit seinen Bemühungen, die Erkrankung zu verarbeiten und mit ihr leben zu können, steht in einem Spannungsfeld zwischen lebensrettender medizinischer Behandlung mit enormem Einsatz moderner Technologien in der Diagnostik- und Akutphase einerseits und der möglichst schnellen Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der auf die gezielte Reduktion koronargefährdender Verhaltensweisen ausgerichteten Rehabilitation andererseits.

Psychotherapie im Sinne einer Verarbeitung des lebensbedrohlichen Ereignisses, der Reflexion möglicher seelischer Ursachen und ihrer lebensgeschichtlichen Zusammenhänge spielt in der Kardiologie eine geringe Rolle, psychotherapeutische Veröffentlichungen zu diesem Thema sind nicht häufig.

Zu erwähnen sind an dieser Stelle wieder vor allem Arbeiten des psychoanalytischen Ansatzes, beispielsweise von Kutter (1997), Ohlmeier (1980) und Hahn (1971), der als erster eine ambulante Psychotherapiegruppe mit Herzpatienten beschrieb. Alle Autoren kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass die psychotherapeutische Arbeit mit Koronarpatienten auf Grund der schwach ausgebildeten Therapiemotivation und des fehlenden Leidensdruckes eine sehr schwierige sei.

Der Stellenwert der Gesprächspsychotherapie in der Koronar-rehabilitation

Überlegungen zu den Auswirkungen einer gesprächspsychotherapeutischen Haltung in der Medizin finden sich bei Ripke (1993). Müller (1993, S. 257) weist auf den Nutzen „bedingungsloser positiver Zuwendung und einfühlsamen Verstehens“ in der Anamnese und Patientenführung der kardiologischen Praxis zur Verbesserung der Compliance hin. Enderlein (1986) geht explizit auf die Wechselwirkung zwischen den gesprächspsychotherapeutischen Therapeutenvariablen und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen von Herzpatienten ein. Er betont die Wichtigkeit individueller Indikationsstellung für Psychotherapie in der Rehabilitationsphase, wenn die körperlichen Heilungsvorgänge abgelaufen seien. In der Gesprächspsychotherapie sieht er eine „persönlichkeitsstruktur-

4 PVA: Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten. Zu ihren freiwilligen Leistungen gehören auch die stationäre und ambulante Rehabilitation in Österreich.

bedingte und damit kriteriumsorientierte Zuweisungsmöglichkeit von Infarktpatienten“ (Enderlein, 1986, S. 65). Als für deren Persönlichkeitsstruktur besonders bedeutsam notiert Enderlein die Grundhaltungen positive Wertschätzung/emotionale Wärme und einfühlendes verbalisierendes Verständnis emotionaler Erlebnisinhalte. Die Wirksamkeit der Therapeutenvariable positive Wertschätzung sieht er insbesondere unter dem Aspekt des Ausgleichs für die von Infarktpatienten häufig erlittenen Verluste und Enttäuschungen. Der anhaltende Einsatz von emotionaler Wärme und Wertschätzung, die sonst an die Erfüllung imponierender Leistungen gebunden ist, der Verzicht des Therapeuten auf wertende Stellungnahmen und das Vertrauen in die im Organismus innewohnende Fähigkeit, eigene Probleme selbstverantwortlich lösen zu können; dies ver helfe dem Patienten zu einer intensiven und positiven Selbsterfahrung und Selbstachtung. Er setzt sich auch mit der fehlenden Therapiemotivation dieser Patienten auseinander. Therapiemotivation müsse nicht immer aus psychischem Leidensdruck entstehen, der eben bei Koronarpatienten kaum vorhanden sei, sondern könne auch „aus dem Konstrukt des ‚need for positive regard‘, dem anhaltenden und allgemein menschlichen Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Anerkennung, Wärme und Sympathie ... abgeleitet werden“ (S. 65). Und gerade bei Herzpatienten sei ein grundlegend unbefriedigtes Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung anzunehmen (siehe dazu auch das Konzept der narzisstischen Pathologie von Chessick oben).

Für die Arbeit mit psychosomatischen Koronarpatienten bieten auch Arbeiten zum störungsspezifischen therapeutischen Handeln hilfreiche Anregungen.

Wie bereits vorgestellt, hat Reisch (1994) einen klientenzentrierten Zugang zu psychosomatischen Patienten mit fehlender Therapiemotivation, gering ausgebildeter Fähigkeit zur Selbstexploration, starker Gefühlsabwehr und fehlender Krankheitseinsicht, ein systemisches Metamodell ausgearbeitet. Ausgehend von der These, dass diese Patienten ein Nähe-Distanz Problem haben (siehe auch Binder & Binder, 1991), betrachtet sie das Merkmal der alexithymen Gefühlsabwehr, psychosomatischen Patienten zugeschrieben, „als Fähigkeit ..., Beziehungen im Gleichgewicht zu halten und auf sensible Art und Weise für eine stimmige Nähe-Distanz-Regulation zu sorgen“ (Reisch, 1994, S. 44). Nicht über Gefühle zu reden, sie zu verleugnen, bedeutet für den Patienten Stabilität und Gleichgewicht. Psychotherapie als Möglichkeit emotionaler und kognitiver Selbstexploration sei beim psychosomatischen Patienten anfänglich nicht möglich, vielmehr sei vorrangig seine Beziehung zur Symptomatik in den Vordergrund zu stellen. Dies solle zu Beginn der therapeutische Zugang sein, wertschätzende, kongruente Empathie darf sich zunächst nur auf das Symptom und nicht auf Erleben und Gefühle des Patienten beziehen. Der familiäre, berufliche und gesellschaftspolitische Kontext, so Reisch weiter, die Beziehung zum behandelnden Arzt und insbesondere die Bedeutungsgebung von Psychotherapie sei in das Vorgehen mit einzubeziehen, der gemeinsamen Suche nach einem Therapieziel sei besonders Zeit und Raum zu geben.

„Wir haben vom Patienten weder den Wunsch noch die Erlaubnis zu dieser Art von Beziehungsaufnahme. Das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte, normalerweise indiziert, ist in unserem Fall genau das Gegenteil von wertschätzender Empathie“ (Reisch, 2002, S. 554). Das Erleben und die Gefühle des Patienten seien solange unangetastet zu lassen, solange es der Patient zu seinem Schutz braucht.

So ist zusammenfassend zu sagen, dass es innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes neben allgemeinen Klientenzentrierten Ansätzen in der Allgemeinmedizin und Kardiologie einen konkreten Entwurf störungsspezifischen Verstehens der somato-psychosomatischen Problematik des Koronarpatienten älteren Datums gibt (Enderlein, 1986). Psychologische Störungsmodelle psychosomatischer Erkrankungen mit Implikationen für den therapeutischen Prozess, von verschiedenen Autoren ausführlich ausgearbeitet und veröffentlicht (siehe auch Sachse, 1995), bieten eine differenzierte Sichtweise und Hilfestellung im Verstehen therapeutischer Prozesse und deren Blockierungen zwischen Psychotherapeut und Klient in der kardiologischen Rehabilitation. Die Ausführungen von Reisch, auf den ersten Blick in Widerspruch zu den Ansichten Enderleins, werden von mir als Konkretisierung und Ergänzung verstanden. Auf die Bedeutung des neueren psychotraumatologischen Ansatzes (Biermann-Ratjen, 2003) wird bei den eigenen Überlegungen zur Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept noch eingegangen.

Psychotherapie mit Koronarpatienten im Zentrum für Ambulante Rehabilitation – Ergebnisse einer deskriptive Analyse

Im Folgenden sollen die Erfahrungen im Vorfeld und mit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Koronarpatienten in einem ambulanten Rehabilitationszentrum mit psychologischem und psychotherapeutischem Versorgungsauftrag dargestellt werden. Das Zentrum für Ambulante Rehabilitation, kurz ZAR genannt, ist eine Einrichtung der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) in Wien. Nach der 3-wöchigen stationären Rehabilitation, welche an die Akutbehandlung anschließt, können Koronarpatienten, das Akutereignis liegt dann etwa 2–3 Monate zurück, ein ambulantes einjähriges Koronartraining absolvieren. Dieses besteht aus einem überwachten Ausdauertraining, Heilgymnastik, Entspannungsgruppen, Ernährungsberatung und Stressbewältigungsgruppen. Einzel- und Gruppenpsychotherapie sind ebenfalls möglich.

Aus klientenzentrierter Sicht kann man sich mit der Fachmeinung, Koronarpatienten hätten in der Regel keine selbstständige Therapiemotivation und seien aufgrund ihrer Persönlichkeitskonstellation psychotherapeutisch nicht zugänglich (Barde et al., 1999), nicht zufrieden geben. Mit Reisch (1994) kann die unbewusste Verweigerung der Selbstreflexion und die Gefühlsvermeidung körperlich kranker Menschen in der Therapie auch als kreativer Akt

gesehen werden, der in seiner Bedeutung verstanden werden will. Es gilt jene Aspekte im Beziehungsprozess zu identifizieren, welche verhindern, dass eine förderliche zwischenmenschliche Beziehung stattfindet. Eine deskriptive Analyse der Behandlungsverläufe in unserem Zentrum beschäftigt sich daher mit den Fragen, welchen Zugang Koronarpatienten zur Psychotherapie überhaupt haben und ob es im therapeutischen Beziehungsgeschehen relevante Faktoren gibt, welche am Scheitern psychotherapeutischer Prozesse mitbeteiligt sind. Wie im Folgenden gezeigt wird, kommen die meisten dieser Patienten ohne bewussten psychischen Leidensdruck, „geschickt“ vom behandelnden Arzt. Bei jenen Patienten, die trotz dieser ungünstigen Bedingungen eine Psychotherapie beginnen, dominiert das Muster Idealisierung – Macht – Kontrolle – Abwertung auch die therapeutische Beziehung, häufige Abbrüche sind die Folge.

Insgesamt wurde der Behandlungsverlauf von allen 87, im Verlauf von 4 Jahren (2000–2003) psychologisch explorierten Herzpatienten analysiert.

Das durchschnittliche Alter dieser Patienten liegt bei 53 Jahren, in der Mehrzahl (65 %) handelt es sich um Männer, 57 % standen zum Zeitpunkt der Untersuchung im Berufsleben, die anderen waren bereits in Pension oder in Krankenstand.

Der Zugang zur Psychotherapie: fremdbestimmt – verleugnend – depressiv⁵

- Trotz ihrer einschneidenden und bedrohlichen Erkrankung kommen Koronarpatienten meist nicht aus eigenem Antrieb zum Psychologen!
78 % werden vom Arzt zugewiesen, nur 22 % entwickeln einen eigenen Wunsch nach einem psychotherapeutischen Gespräch.
- Zugewiesen werden die Patienten in der Regel, weil der Arzt Symptome der Depression und Angst entdeckt. Depressiv-ängstliche Krankheitsverarbeitung ist in 44 % der Zuweisungsgrund.
- Die Patienten selber fühlen sich psychisch nicht leidend. Oft empfinden sie sich auch nicht als körperlich krank. Häufig sprechen Patienten von einem Defekt, der repariert sei und davon, dass sie bis zum nächsten „großen Service“ so weiter leben können wie bisher. Die Erkrankung und deren emotionale Bedeutung werden verleugnet, Gefühle der Traurigkeit oder Angst in den Erstgesprächen selten verbalisiert.
- Vielmehr äußert sich die Angst und Verunsicherung indirekt in vielen Fragen an den Arzt zum Verhalten im Alltag. Antriebslosigkeit und Schlafstörungen werden als unerklärlich, der soziale Rückzug als notwendig erlebt.

- In der psychologischen Exploration stellen Depression (in erster Linie im Sinne einer Anpassungsstörung), psychodynamisch wohl in Zusammenhang mit der Verleugnung der emotionalen Betroffenheit, in 42 % der Fälle und Angst in 10 % den Hauptanteil der Diagnosen.
- Trotz dieses passiv-konsumierenden und fremdbestimmten Zugangs der Patienten zu psychologischen Behandlungsangeboten wird mit 65,5 % der Patienten eine konkrete Therapievereinbarung im Haus getroffen.
- In 31 % der Fälle, bei 20 Patienten, ist dies eine Vereinbarung zur Psychotherapie, ansonsten werden psychologische Gespräche, Entspannungsgruppen, Stressbewältigung usw. vereinbart.

So entwickeln selbst in einem medizinischen Rehabilitationszentrum mit psychosomatischer Ausrichtung und sehr guter Integration des psychotherapeutischen Angebotes in das Behandlungskonzept Herzpatienten wenig Interesse an Psychotherapie. Der Arzt diagnostiziert behandlungsbedürftige Symptome psychischen Leidens, der Patient selber spürt keinen seelischen Leidensdruck und sieht seine Krankheit als rein körperlich und reparierbar. Aus klientenzentrierter Sicht dient die Verleugnung des seelischen Bedeutungsgehaltes der Erkrankung, die Abwehr der Gefühle wohl als Schutz, gewährleistet eine Form von innerer Stabilität, verhindert aber die Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept und somit die Krankheitsbewältigung.

Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept

Herzpatienten scheinen die Erfahrung der Erkrankung, der Bedrohung der körperlichen Integrität, des Ausgeliefertseins der medizinischen Behandlung, das Gefühl der Schwäche und Hilflosigkeit, der Angst, der Todesnähe nicht vollständig symbolisieren zu können. Die Erkrankung stellt eine Art Trauma dar, eine besondere Bedrohung für ihr Selbstkonzept, und kann nicht in dieses integriert werden. Der Patient befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz.

„Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, dass sie aufgrund ihrer Symptomatik an Inkongruenz leiden, mit Erfahrungen zu tun haben, die sie als bedrohlich erleben, die sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können bzw. die ihr Selbstkonzept bedrohen.“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 134)

Vieles spricht dafür, dass Herzpatienten es aufgrund ihrer kindlichen Sozialisation besonders schwer haben, ein durch positive Selbstachtung geprägtes Selbstkonzept zu entwickeln, in den Überlegungen Enderleins (siehe oben) wurde dies bereits dargestellt. Durch die Erkrankung ausgelöste Erfahrungen wie Passivität, Schwäche und Vertrauen können nur verzerrt zugelassen werden.

⁵ Die Ergebnisse dieser Behandlungsstatistik wurden im März 2004 auf der Psychotherapietagung der Koordinationsstelle für Psychotherapie in einem Arbeitskreis präsentiert.

In einer inhaltlichen Analyse der Erstgespräche jener 23 Patienten, die sich schließlich auf eine Psychotherapie einlassen konnten, zeigt sich, dass 16 von 23 von einem äußerst autoritären Vater (bzw. ein Patient von einer sehr autoritären Mutter) berichten. Ihre Reaktion darauf beschreiben sie als Angst und Gefühl des Ausgeliefertseins, später als Wut und Hass und als Versuch, sich endlich durch Anstrengung und Leistung das Wohlwollen und die Liebe des Vaters zu „erarbeiten“. Durch sehr ähnliche Sozialisierungserfahrungen ist das Selbstkonzept von Koronarpatienten vermutlich häufig geprägt durch „Liebe durch Leistung“, von durch Größenphantasien abgewehrten Minderwertigkeitsgefühlen, Misstrauen in Beziehungen, Kontrollambition, Vermeidung von Abhängigkeit als Verhalten zur Herstellung „asymbiotischer Nähe“ (Binder & Binder, 1991).

An dieser Stelle sei als kurze Fallvignette⁶ die Kindheitserfahrungen einer Patientin dargestellt. Sie wird als älteste von 2 Kindern einer Familie in Wien geboren. Der Vater ist Alkoholiker, wenn er betrunken ist, schlägt er seine Frau und bedroht auch die Kinder. Die Mutter wird als schwache und hilflose Frau beschrieben, die sich gegen die Gewaltexzesse ihres Mannes nicht wehren kann. Die Kinder verstecken sich häufig vor dem Vater. Sie habe in ihrer ganzen Kindheit Angst vor ihrem Vater gehabt, in ständiger Spannung gelebt. Später habe sie eine enorme Wut auf ihn bekommen und Gefühle der Verachtung für die Mutter, die so schwach und abhängig gewesen sei. Sie habe sich schon als Kind geschworen, sich nie abhängig zu machen und sich nie einengen zu lassen. So sei sie ihr ganzes Leben immer auf eigenen Beinen gestanden, nie würde sie jemanden um Hilfe bitten. Tränen seien für sie ein Zeichen von Schwäche. Sie verabscheue es, wenn jemand schwach und hilflos sei. Sie fühle sich leicht eingesperrt und breche dann aus. Lieber lebe sie alleine, als sich von irgendjemand einengen zu lassen. So reagiert sie auch auf die Erkrankung mit aktiven Bewältigungsmechanismen. Die Diagnose einer Herzerkrankung habe sie gefasst aufgenommen, sie sehe das nüchtern, Gefühle habe sie eigentlich keine dazu; über ihre Erkrankung zu reden sei nicht notwendig, sie wisse, was sie tun müsse, um diese „in den Griff zu kriegen“.

Die lebensbedrohliche und häufig scheinbar aus heiterem Himmel hereinbrechende Erkrankung stellt ein psychisches Trauma dar, die dadurch ausgelösten Gefühle bedrohen dieses Selbstkonzept in besonderem Maße und müssen abgewehrt werden. Man kann also sagen, im Desinteresse oder in der Ablehnung von Psychotherapie manifestiert sich Konfliktinkongruenz innerhalb des Selbst und Stressinkongruenz durch die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erfahrung (Speierer, 2002), die Bedrohung durch die Erkrankung wird nicht oder verzerrt wahrgenommen, um das alte Selbstkonzept von Stärke, Leistungsfähigkeit und Pseudo-Unabhängigkeit aufrecht zu erhalten

Als Beispiel für die Verleugnung der Erkrankung in der Akutphase sei der Verlauf des Infarktes bei einem Patienten geschildert, der eines Morgens beim Verlassen der Wohnung einen Druck auf der Brust und einen ziehenden Schmerz im linken Arm verspürt. Atemnot und Schwindel kommen dazu, er verliert kurz das Bewusstsein, steht dann wieder auf, langsam geht es ihm besser. Er entschließt sich, trotzdem zur Arbeit zu gehen, es werde schon besser werden. Immerhin lässt er sich aber doch von einem Angehörigen begleiten. Beim Aussteigen aus der Straßenbahn überkommen ihn dieselben Symptome noch einmal. Er „reißt sich zusammen“ und schafft es bis zum Arbeitsplatz, wo Kollegen dann die Rettung rufen. Er selbst wehrt sich gegen diese „Schwäche“, bis andere die Sache in die Hand nehmen. Im Krankenhaus wird ein akuter Myokardinfarkt festgestellt, eine Aufdehnung des verengten Koronargefäßes verläuft erfolgreich. Der Patient beginnt sofort nach „Erlaubnis“ der Ärzte mit einem intensiven körperlichen Ausdauertraining, stellt sofort seine Ernährung um und hört zu rauchen auf. Sehr schnell bekommt er wieder seine alte Leistungsfähigkeit zurück, dies beruhigt ihn und gibt ihm das Gefühl, durch all diese Maßnahmen seine Erkrankung kontrollieren zu können. Um auch seine berufliche Stressbelastung unter Kontrolle zu bekommen, nimmt er den Vorschlag des Arztes, mit einem Psychologen darüber zu sprechen, an und kommt so zu mir. Die Erkrankung sieht er als vorbei und bewältigt, er erhofft sich aktive Hilfe bei seinem einzigen noch verbleibenden Problem, der Stressbewältigung im Beruf. Bald allerdings kommt der Patient in den Gesprächen in Kontakt mit seinen Gefühlen, seinem inneren Bezugsrahmen und er entwickelt ein ernsthaftes Interesse an sich selber und seinem Gefühlsleben. Es beginnt ein psychotherapeutischer Prozess. Über die Krankheit direkt, das Infarktgeschehen und seine Ängste redet er allerdings erst ein halbes Jahr später anlässlich einer Kontrolluntersuchung. Er schlafe schlecht, er habe keine Ahnung wieso, erzählt er. Erst das mühsame und genaue Hinterfragen erinnert ihn schließlich an die geplante Untersuchung, eine Koronarangiographie, ein unangenehmes und ängstigendes Verfahren, bei dem ein Katheter bis in das Koronargefäß zur betroffenen Stelle vorgeschoben wird. An sich schmerzfrei, beobachtet der Patient auf einem Monitor, wie die Sonde „in sein Herz eindringt“. In diesen Gesprächen lasse ich ihm die Möglichkeit, die Bedeutung dieses Ereignisses zu bagatellisieren und zu verleugnen, greife aber jeden körperlichen oder sprachlichen Hinweis auf Emotionen auf, so dass er sich langsam all seinen Gefühlen bezüglich dieses Ereignisses zuwenden kann. Angst und Verunsicherung werden ihm bewusster, die unangenehme (und möglicherweise auch somatisch „schädigende“) ganzkörperliche Spannung verringert sich.

Es ist nicht zu übersehen, dass sich die Verleugnung der Bedrohung durch Krankheit und Tod auch perfekt in unser medizinisches System fügt. Patienten übernehmen hier auch ein Stück die Omnipotenzphantasien der Reparaturmedizin, welche in der Tat Enormes vollbringt, andererseits aber die seelische Wahrnehmung

6 Um das Inkognito der Patienten zu wahren, wurden bestimmte Einzelheiten wie Initialen, Beruf, Alter und andere Merkmale verändert.

der Erkrankung als existenzielle Krise, die psychische Bedeutung operativer Eingriffe am Herzen und die Notwendigkeit der psychischen Verarbeitung nicht wahrhaben will. Bei näherer Betrachtung scheint es als widerspiegeln sich in den gemeinsamen Bemühungen von Patient und Behandlungsteam um die schnelle Erlangung der alten Leistungsfähigkeit und die zielgerichtete Lebensstilveränderung in der Rehabilitation auch ein Stück Abwehr und Verleugnung der gefühlsmäßigen Betroffenheit des medizinischen Systems, sozusagen ein Stück gesellschaftlicher Inkongruenz. Klasmeier (1991) spricht in diesem Zusammenhang von institutioneller Abwehr. In diesem Sinne sei nochmals auf die Empfehlung von Reisch (siehe oben) hingewiesen, gerade bei psychosomatischen Patienten das medizinische Umfeld, die Beziehung zum behandelnden Arzt und den gesellschaftlichen Kontext als die Therapiesituation mitprägende Faktoren zu verstehen.

Therapieabbrüche bei Koronarpatienten

Trotz dieser schwierigen Voraussetzungen ergab sich bei 23 der oben angeführten 87 Patienten, die zu einem psychologischen Erstgespräch „geschickt“ wurden, eine Vereinbarung zur Psychotherapie. Nur in wenigen Fällen ist ein psychischer Leidensdruck auszumachen, bei den anderen Patienten vielmehr das Interesse und die Suche nach Etwas, was von den Patienten oft nicht verbalisiert werden kann und doch in den Erstgesprächen oft als Bedürfnis nach dem Gespräch, dem Verstandenwerden und Wahrgenommenwerden spürbar ist: „need for positive regard“.

Von diesen 23 Patienten sind 4 derzeit in mittelfristig angesetzten Einzeltherapien (derzeit zwischen 15 bis 40 Therapiestunden), 4 Patienten nehmen an einer einjährigen Gruppenpsychotherapie teil, 6 Therapien wurden bereits im Einverständnis beendet (Therapiedauer zwischen 6 und 72 Stunden).

9 Therapien wurden abgebrochen. Davon wurden 7 Therapien von den Patienten (nach 1–3 Stunden), zwei von mir abgebrochen nach der 6. bzw. 9. Stunde.

Insgesamt brechen also in unserer Studie 39 % der Koronarpatienten die vereinbarte Psychotherapie schnell wieder ab bzw. beginnen sie gar nicht.

Diese Abbruchquote liegt deutlich höher als bei Patienten mit Atemwegserkrankungen (in unserer Erhebung 3 Therapieabbrüche bei 10 Patienten) und viel höher als bei den übrigen Psychotherapiepatienten (16 % Therapieabbrüche bei 36 Patienten in 3 Jahren).

Die nicht geglückte therapeutische Beziehung

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation heißt also Zugang zu finden zu Patienten, die nicht freiwillig kommen, aber doch kommen; die durchaus z. B. über Stress reden möchten, aber nicht

über sich und ihre Gefühle. Ihre Bedürfnisse nach Hingabe, Passivität, uneingeschränktem Vertrauen finden in ihrem Selbstkonzept keine ausreichende Verankerung, ebenso wenig wie Gefühle von Schwäche, Hilflosigkeit und Verzweiflung. Die traumatisierende Erkrankung können sie daher nur mangelhaft in ihr Selbstkonzept integrieren. Häufiger als andere psychosomatische Patienten brechen sie psychotherapeutische Gespräche nach ersten Kontakten ab.

Im Zentrum der Klientenzentrierten Psychotherapie steht die These von der heilsamen Beziehung zwischen Klient und Therapeut, also dass konstruktive Persönlichkeitsveränderung innerhalb einer förderlichen zwischenmenschlichen Beziehung stattfindet. Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz sind die hinreichenden und entscheidenden therapeutischen Variablen. So können Therapieabbrüche als Folge des Misslingens der förderlichen zwischenmenschlichen Beziehung interpretiert werden. Aus klientenzentrierter Sicht interessiert nun, welche Faktoren am mangelnden Gelingen der heilsamen Beziehung beteiligt sind.

Es zeigen sich bei den Therapieabbrüchen folgende Muster:

- Häufig findet sich in den Erstgesprächen eine starke Tendenz zur Idealisierung der Therapeutin, welche bei anderen Patienten nicht in der Form und Ausprägung zu spüren ist. Im therapeutischen Prozess kommt es bei der Therapeutin zu Gefühlen des Leistungsdruckes. Gelingt es, diese wahrzunehmen und zum Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Patienten zu benutzen (ist doch Liebe durch Leistung eine Erfahrung aus dem lebensgeschichtlichen Zusammenhang), kann der Prozess sich weiterentwickeln.
- Bei 4 Patienten kommt es bereits im Erstgespräch zu einer Gestaltung der Beziehung über Macht und Kontrolle, z. B. bei der Terminvereinbarung. Die Therapeutin geriet in eine Inkongruenz, es gelang nicht, die emotionalen Reaktionen auf dieses Verhalten anzusprechen. Diese Patienten kamen bereits in der ersten oder zweiten Stunde nicht mehr.
- Bei drei Patienten kam es nach einer sehr starken Idealisierung der Therapeutin im Erstgespräch ebenfalls zu starken Machtkämpfen, ausgetragen über Terminfragen, unentschuldigtes Fernbleiben und zu Abwertungen, so dass 2 Therapien von der Therapeutin abgebrochen wurden. Starke Gefühle des Ärgers und der Kränkung konnten von der Therapeutin nicht wahrgenommen, sondern mussten abgewehrt werden. Inkongruenzen in der Beziehung zum Patienten traten auf, der Aufbau einer hilfreichen therapeutischen Beziehung scheiterte an dieser Dynamik, welche anhand des Verlauf eines Erstgespräches deutlich gemacht werden soll:
- So erzählt ein Patient während eines Erstkontaktes, dass er trotz eines monatelangen Gefühls, dass etwas mit ihm nicht in Ordnung sei und trotz zunehmenden Drucks und Brennens in der Herzgegend noch eine Geschäftsreise wahrgenommen habe. Dort erleidet er einen akuten Infarkt. Den habe er nun

gut überstanden und er habe eigentlich auch kein Problem damit. Denn für und um sich selber habe er keine Angst, schwierig werde es nur, wenn er aufgrund des Infarktes früher in Pension gehen müsse als geplant, da er noch viele Personen zu versorgen habe. Bald stellt sich heraus, dass es sich um selbstauferlegte Verpflichtungen handelt, im Gespräch kommt der Patient in Kontakt mit seinen Gefühlen der Verantwortlichkeit für andere. Er spürt aber auch, dass es ihm gleichzeitig Sicherheit gibt, wenn andere von ihm abhängig sind, und dass dies wirklich ein dominierendes Muster der Beziehungsgestaltung ist. Schnell holt er sich aus seiner gefühlsmäßigen Betroffenheit, indem er aus dieser eigenen emotionalen Selbstwahrnehmung einen intellektuellen Akt „macht“, diesen mir zuschreibt und beginnt, mich zu bewundern, für meine Fähigkeit, so schell und so klar für ihn Wesentliches zu erkennen und zu erfassen. Diese Idealisierung als Gefühlsabwehr ist sehr stark und intensiv, die Bearbeitung gestaltet sich sehr schwierig und wird, ebenso wie die spürbaren Gefühle der Enttäuschung abgewehrt. Zum zweiten vereinbarten Termin kommt der Patient nicht, den dritten nimmt er wahr, mit einer lapidaren Entschuldigung des Fernbleibens aus beruflichen Gründen, dann sehe ich den Patienten nicht mehr.

- In zwei Fällen kam es zu einem Phänomen, welches ich heute als einen zu rasch einsetzenden starken regressiven Prozess einordnen würde. Beide Patienten, beide Männer, brachen im Erstgespräch buchstäblich in einer Art Gefühlsausbruch zusammen, ohne sich aber dabei auch erleichtern zu können und gingen mit dem Gefühl der Scham. Sie verbalisierten, dass etwas passiert sei, was nicht hätte passieren dürfen. In diesen Fällen erlebte sich die Therapeutin als durchaus empathisch, wertschätzend und kongruent. Es blieb das Gefühl, dass dies nicht ausreichend sein hatte können, dem äußerst rigiden und abwertenden Selbstkonzept des Patienten die Erfahrung von Wertschätzung und Mitgefühl entgegenzuhalten. Das Erleben von bedingungsloser positiver Beachtung und emotionaler Wärme in dieser Erstgesprächsstunde konnte keine ausreichende Wirkung dahingehend entfalten, dass der Patient die Beziehung zu sich selber von abwertend zu wertschätzend zu verändern vermocht hätte. Möglicherweise auch deswegen, weil sich das empathische Verstehen weniger auf das Gefühl der Scham über die Unkontrolliertheit bezog.

von Pseudounabhängigkeit, Leistungsorientiertheit, Kontrollambition schwanken sie zwischen Selbstabwertung und Größenphantasien. Die Krankheit, die körperlichen Symptome und die dadurch ausgelösten Gefühle von Schwäche, Angst und Bedrohung verleugnen sie oft und entwickeln häufig aus dieser Dynamik Symptome der Depression, die der Arzt als behandlungsbedürftig erkennt. Sie selber suchen in der Regel keine psychologische Hilfe. Als Behandlungsvorschläge nehmen sie am ehesten Stressbewältigung und Entspannungsverfahren an. Aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht sind die Bedingungen zu schaffen für die Integration dieser Erfahrungen in das Selbstkonzept. „Auch in der Erfahrung der akuten Inkongruenz, ... der Bedrohung der Selbstachtung, und in der Erfahrung der Abwehr ... muss eine Person empathisch und unbedingt und kongruent verstanden werden, wenn aus einer traumatischen Erfahrung eine in das Selbstkonzept integrierte werden soll (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130).

Psychotherapeutische Beziehungen misslingen häufiger und aus anderen Gründen als bei anderen Patienten. Dies liegt daran, so eine weitere Schlussfolgerung aus unseren Erfahrungen, dass Koronarpatienten bereits in den Erstgesprächen auch die Beziehung zum Therapeuten durch Idealisierung einerseits, Entwertung, Macht und Kontrolle andererseits gestalten. Die dadurch häufig im Therapeuten ausgelösten Gefühle von Leistungsdruck, Ärger, aber vor allem und vorrangig das Gefühl der Entwertung und der dadurch ausgelösten eigenen Kränkung stellen eine Herausforderung für die Selbstwahrnehmung des Therapeuten dar, bedrohen sie doch das eigene Selbstkonzept und können zu inkongruentem Verhalten in der Beziehung zum Klienten führen bis hin zum Bedürfnis, sich von diesen Patienten zurückzuziehen.

Eine besondere Sensibilisierung für diese, in der Beziehungsgestaltung von Koronarpatienten möglicherweise typischen Themen von Idealisierung (insbesondere unter dem Aspekt der Abwehr eigener Gefühle) Entwertung, Macht, Kontrolle, Vermeidung von Passivität und Autonomie/Abhängigkeit, deren Manifestationen im therapeutischen Prozess und die damit verbundenen Schwierigkeiten in der Verwirklichung der therapeutischen Variablen scheint mir als Ansatz zu einer „störungsspezifischen Inkongruenzbehandlung“ (Speierer, 2002) in der Psychotherapie von Koronarpatienten hilfreich zu sein.

Zusammenfassung und Diskussion

So ist Psychotherapie bei Koronarpatienten ein schwieriges Thema. Patienten nach einem Herzinfarkt haben ein seelisches Trauma durch ein lebensbedrohliches Ereignis überstanden. In Inkongruenz zwischen einem durch autoritäre Erziehung, Abwertung und Unterdrückung eigener Bedürfnisse entstandenen Selbstkonzept

Literatur

- Ariyo, A. A., Haan, M., Tangen, C. M., Cushman, M., Dobs, A. & Furberg, C. D. (2000). Depressive symptoms and risks of Coronary Heart Disease and mortality in elderly Americans. *Circulation*, 102, 1773–1799.
- Arlow, J. A. (1945). Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosomatic Medicine*, 7, 195–209.

- Avanzini, M. (2004). Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen: geschlechtsspezifische Unterschiede. *Vortrag anlässlich der Tagung: Die Frau im Blickpunkt der Kardiologie*, Wien.
- Barde, B., Jordan, J. & Zeiher, M. (1999). Psychodynamische Beiträge zur Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der Koronaren Herzkrankheit. (Online), <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das geschäftspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 2, 128–134.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Chessik, R. D. (1987). Coronary artery disease as a narcissistic psychosomatic disorder, part 1. *Dynamic Psychotherapy*, 5, 16–29.
- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic Diagnosis*. New York, London: Hoeber.
- Enderlein, H.-J. (1986). *Herzinfarkt. Ein patientenbezogener und integrativer Psychotherapieansatz zur Unterstützung von Prävention und Rehabilitation*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Ermann, M. (2004). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, R. (1980). Abwehrmechanismen. *Psyche*, 34, (6), 554–563.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101, 1919–1924.
- Goldschmidt, O. (1980). Überlegungen zur Frage der Behandelbarkeit der Herzinfarktpatienten. *Psyche*, 34 (6), 563–574.
- Hahn, P. (1971). *Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht. Analyse und Darstellung der Grundlagen mit psychosozialen Untersuchungen an 50 männlichen Herzinfarktpatienten*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Herrmann-Lingen, Ch. (2000). Biopsychosoziale Faktoren in Genese und Manifestation der koronaren Herzkrankheit. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 315–330.
- Herrmann-Lingen, Ch. & Buss, U. (2002). *Angst und Depressivität im Verlauf der Koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt/M.: VAS.
- Kerz-Rühling, I. (1980). Psychischer Konflikt. *Psyche*, 34 (6), 543–554.
- Klasmeier, P. (1991). Zum Beziehungsgeschehen mit psychosomatischen Patienten in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 16, 274–286.
- Kutter, P. (1997). Über eine zeitlich begrenzte Gruppenpsychotherapie bei Patienten nach Herzinfarkt-Erfahrungen und Ergebnisse. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 33, 179–193.
- Müller, A. (1993). Gesprächspsychotherapeutisch orientierte Psychosomatik in einer kardiologischen Praxis. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 237–259). Heidelberg: Asanger.
- Myrtek, M. (2000). *Das Typ-A-Verhaltensmuster und Hostility als eigenständige Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit*. (Online), <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Ohlmeier, D. (1980). Gruppenpsychotherapie bei Herzinfarktpatienten. In C. F. Fassbender & E. Mahler (Hrsg.), *Der Herzinfarkt als psychosomatische Erkrankung in der Rehabilitation* (S. 169–179). Mannheim: Mannheimer Morgen.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbare Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer.
- Reisch, E. (2002). Zur Arbeit mit Personen mit psychosomatischen Störungen. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 551–562). Wien, New York: Springer.
- Ripke, Th. (1993). Die Bedeutung der geschäftspsychotherapeutischen Krankheitslehre und Therapietheorie für die Allgemeinmedizin. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 223–235). Heidelberg: Asanger.
- Rodriguez, C. (1980). Objektbeziehungen. *Psyche*, 34, (6), 536–543.
- Rogers, C. R. (1951a/1986). Client-centered therapy. *Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1986: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III (pp. 158–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GWG.
- Rosenman, R. H., Friedman, M. F., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Burbank, C., Hahn, W. & Werthessen, N. T. (1964). A predictive study of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 189, 103–110.
- Rugulies, R. & Siegrist, J. (2001). *Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufs der Koronaren Herzkrankheit: Soziale Ungleichverteilung der Erkrankung und chronische Distress-Erfahrungen im Erwerbsleben*. (Online) <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Patient in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (2002). Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 163–185). Wien, New York: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 1–64). Wien, New York: Springer.

Autorin

Edith Benkö, Klinische und Gesundheitspsychologin, Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie; seit 1982 in der Rehabilitation von Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen im Zentrum für Ambulante Rehabilitation der PVA in Wien, seit 2003 auch in eigener Praxis tätig.

Korrespondenzadresse

Dr. Edith Benkö
Zentrum für Ambulante Rehabilitation der PVA
Ärztlicher Leiter: Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert Kurz
Wehlistraße 127
1020 Wien
E-Mail: edith.benkoe@aon.at

Annette Murafi

Personzentrierte Therapie bei einer depressiven Klientin mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Klinik

Zusammenfassung: *Die Arbeit soll den Prozess einer ca. 2-jährigen ambulanten Personzentrierten Therapie nachzeichnen. In den verschiedenen Therapiephasen werden sowohl das Erleben der Patientin als auch die für sie im Verlauf bedeutsamen Themen dargestellt. Die Beziehungserwartungen in der interpersonellen Begegnung und die sich daraus ergebenden Interventionen werden reflektiert. Schwierigkeiten in der Verwirklichung der im Personzentrierten Ansatz postulierten idealen Beziehung werden erörtert.*

Schlüsselwörter: *Kasuistik, störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, narzisstische Persönlichkeitsstörung, Therapieprozess, therapeutisches Beziehungsangebot*

Abstract: **Person-centred therapy of a female client with major depression and narcissistic personality disorder — a case presentation from a psychiatric hospital.** *The author describes the process of a 2-year-lasting person-centred psychotherapy. Noting to the different steps of therapy, the author emphasizes on the client's experiencing, her main conflict themes, her relationship expectations and the resulting therapeutic interventions. The author's difficulties in realization of an optimized relationship offer in order to the person-centred concept are discussed.*

Keywords: *Case-presentation, disorder specific person-centred therapy, narcissistic personality disorder, process of therapy, therapeutic relationship offer*

Problemstellung

Falldarstellungen, in denen es weniger um eine Darstellung des Therapeutenverhaltens auf der Ebene von Einzelinterventionen geht, sondern um die Erörterung von Therapiestrategien, die sich an definierten Klienten- und Situationsmerkmalen orientieren, finden sich innerhalb des Personzentrierten Ansatzes eher selten. So wichtig die Mikroanalyse von Therapieprozessen auch ist, so darf darüber die Makroanalyse, d. h. die Beschreibung von umfassenderen Handlungskonzepten, nicht vernachlässigt werden. Nur die unzutreffende Grundannahme, dass das Therapeutenverhalten von Klient zu Klient und von Therapiesituation zu Therapiesituation völlig uniform sei bzw. uniform zu sein habe (der schon von Kiesler, 1966, kritisierte „Uniformitätsmythos“), würde eine Reflektion jeweils situationsangemessener und klientenbezogener Behandlungskonzepte überflüssig machen (Finke und Teusch, 2002). Doch sind gerade die Phänomene, die in der Psychotherapie zu berücksichtigen sind, vielfältig. Es sind z. B. die vorliegende Symptomatik und die jeweilige Persönlichkeitsstruktur des Klienten, die Art

seines sozialen Eingebundenseins, das jeweilige Stadium der Psychotherapie sowie die Passung der jeweiligen Therapeut-Patient-Dyade, um nur einige zu nennen.

Es kommt also darauf an, klientenspezifische (d. h. störungswie persönlichkeitsbezogene) und prozesstypische Konzeptbildungen innerhalb des personzentrierten Gesamtkonzeptes darzustellen und damit zuallererst diskussionsfähig zu machen. Damit ist eine störungs-, persönlichkeits-, prozess- und interaktionsbezogene Gesprächspsychotherapie zu beschreiben. Die verkürzende Rede von der „störungsbezogenen GPT“ meint genau dieses Vorhaben (Teusch und Finke, 1995, Finke und Teusch, 1999). Selbst der Position, dass der entscheidende Wirkfaktor von Psychotherapie das Beziehungsangebot des Therapeuten sei, ist dann mit der Frage zu begegnen, welches Beziehungsangebot bzw. welches Beziehungskonzept bei welchem Klienten in welcher Therapiesituation besonders angemessen sei.

Besonders typisch für die Darstellung der Personzentrierten Therapie ist die Explikation des idealen bzw. optimalen therapeutischen Beziehungsangebotes. Dabei kommt die Beschreibung der

Realbeziehung allerdings oft zu kurz. Es werden zuwenig sowohl die diversen Schwierigkeiten der Klienten und deren Gründe beschrieben, das therapeutische Beziehungsangebot wahrzunehmen, als auch vor allem die Schwierigkeiten der Therapeuten, das postulierte Beziehungsangebot zu realisieren. Das ideale Beziehungsangebot des Therapeuten als konzeptinhärentes Leitbild einerseits und das reale Beziehungsangebot als die faktischen Einstellungen und Verhaltensweisen des Therapeuten andererseits werden in der Therapie indes durchaus öfters interferieren. Solche Interferenzen sind schon deshalb zu erörtern, um Muster für ihre konstruktive Bewältigung bereitzustellen. Es geht dabei auch um das Beschreiben des Austausches von gegenseitigen Erwartungen und Rollenzuschreibungen zwischen Therapeut und Klient, die sich für beide oft zunächst außerhalb der Gewährleistung vollziehen und sich erst der reflektierenden Rückschau erschließen. Auch diese Problematik möchte ich in der folgenden Falldarstellung immerhin andeuten. Vor allem aber soll die Abstimmung von Beziehungsangebot und Interventionen auf die verschiedensten Belange der Klientin bzw. der therapeutischen Situation verdeutlicht werden.

Meine Aufgabenstellung sehe ich also darin,

- den Therapieprozess so zu konzipieren, dass das Erleben der Patientin in den verschiedenen Therapiephasen anhand der hier jeweils relevanten Themen (Gefühle, Wünsche, Vorstellungen) deutlich wird;
- zu zeigen, wie die Beziehungserwartungen der Patientin und meine eigenen Beziehungserwartungen mit diesen Themen zusammenhängen;
- zu verdeutlichen, wie ich mein Beziehungsangebot und die sich daraus jeweils ergebenden Interventionen auf diese Themen ausrichte.

Beim Versuch, dieser Aufgabenstellung gerecht zu werden, kann beim Leser der Eindruck eines sehr zweckrationalen Planens und Vorgehens, das von einer erlebnishaften Teilhabe abgekoppelt ist, entstehen. Deshalb möchte ich darum bitten, meinen empathischen Mitvollzug und meine emotionale Resonanz als Basis meines therapeutischen Handelns auch dort mitzulesen, wo hiervon nicht ausdrücklich die Rede ist.

Kasuistik

Krankheitsanamnese

Die 53-jährige Patientin gab bei der Aufnahme in die Klinik an, sie leide seit einer neurochirurgischen Operation nach einer Subarachnoidalblutung vor 6 Jahren an Antriebsschwäche, Lustlosigkeit und Müdigkeit. Außerdem habe sie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Einerseits führe sie ihre „Depression“ auf einen Fehler bei

der Operation zurück; es wäre besser gewesen, die Ärzte hätten sie damals aus der Narkose nicht mehr aufwachen lassen. Andererseits mache sie ihren Ehemann und dessen vernachlässigendes Verhalten ihr gegenüber für die anhaltende depressive Verstimmung verantwortlich. Manchmal werde sie richtig wütend darüber, dass es ihr schlecht und anderen gut gehe.

Biographische Anamnese

Frau T. wurde als 3. Kind ihrer Eltern geboren und wuchs gemeinsam mit ihrem 6 J. älteren Bruder auf; eine 2 J. ältere Schwester verstarb bereits im Kleinkindalter. Die Patientin empfand die Mutter als fremde, kühle Frau; die Beschreibung gleicht eher der einer Stiefmutter und bleibt trotz der deutlich spürbaren Abneigung der Mutter gegenüber seltsam farblos. Auch vom Vater wird kein klares Bild deutlich. Nach einer frühen Phase von liebevoller Zuwendung, an die sich die Patientin jedoch kaum noch erinnern konnte, überwog eine distanzierte, von Leistungserwartung und materieller Versorgung geprägte Vaterbeziehung. Insgesamt fühlte sich die Patientin mit ihren Eltern „vom Schicksal gestraft“. Der Vater verstarb 2 Jahre vor, die Mutter während der Therapie.

Im Alter von 20 J. lernte Frau T. ihren jetzigen Ehemann, von Beruf Kaufmann, kennen. Sie fühlte sich durch seine Sportlichkeit und körperliche Attraktivität angezogen, erlebte ihn aber alsbald als „Muttersöhnchen“ und wenig durchsetzungsfähig, so dass sie sich eigentlich keine dauerhafte Beziehung vorstellen konnte. Als sie schwanger wurde, heiratete sie schließlich auf Druck ihres Vaters. Kurz vor der Hochzeit war es – während der Anprobe des Brautkleides – zu einer Fehlgeburt gekommen; die Patientin hatte die Hochzeit dann jedoch nicht mehr absagen können. Das Ehepaar zog in das Haus der Schwiegermutter, wo sich die Patientin in starker Konkurrenz zu ihrer Schwiegermutter erlebte, die nach dem Tod des Schwiegervaters ihren Sohn stark vereinnahmte.

Nach 10 eher unglücklich verlebten Ehejahren wurde der einzige Sohn geboren. Als dieser 5 Jahre alt war, entschloss sich der Ehemann, zur Gründung eines selbständigen Betriebes nach Süddeutschland zu ziehen. Den Umzug zu seiner Ursprungsfamilie, die mittlerweile dort lebte, hatte er zunächst ohne Wissen der Patientin geplant und sie erst kurz zuvor informiert. Enttäuscht und gekränkt blieb Frau T. mit ihrem Sohn im Ruhrgebiet. Der Ehemann kam alle 14 Tage zu Besuch und verbrachte die Urlaube mit Ehefrau und Sohn. Während sich die Patientin zwar in der Erziehung des Sohnes allein gelassen fühlte, genoss sie doch auch die „Freiheit“ in der Distanz zum Ehemann. In dieser Zeit hatte die Patientin mehrere außereheliche Beziehungen, in denen sie Sexualität und Erotik erleben konnte (während ihr Mann sie doch immer als „frigide“ bezeichnet hatte). Ob sie sich sexuell hingeben könne, hänge eben vom Einfühlungsvermögen des Partners ab, das sie ihrem Ehemann völlig abspreche.

Angesichts seiner bevorstehenden Berentung plante der Ehemann nun die baldige Rückkehr zu Frau und Sohn. In ihrer Verbitterung über die langjährige Trennung kann sich Frau T. darüber jedoch nicht freuen. Der einzige aktuelle Lichtblick ist ihr Sohn, auf dessen „gelungene“ Erziehung zu einem fürsorglichen und rücksichtsvollen (und vermutlich frühzeitig parentifizierten) jungen Mann sie sehr stolz ist.

Bedeutende psychische Befunde

Unter Berücksichtigung des sehr gepflegten, modebewussten Erscheinungsbildes der Patientin im späteren Verlauf der Therapie wirkte Frau T. anfangs regelrecht wie ein „begossener Pudel“; die dünnen, dauergewellten Haare an der Luft getrocknet, ungeschminkt, in überweiten Kleidungsstücken ihre Figur versteckend.

Daneben zeigte sie sich affektiv bedrückt, verzweifelt und verschämt weinend. Sie war zunächst zurückhaltend und zögerlich, dann zunehmend auch klagsam, vorwurfsvoll und fremdbeschuldigend. Sie wirkte misstrauisch, begrenzt introspektionsfähig und neigte zu gekränktem Rückzug.

Diagnose

In Anlehnung an die ICD-10 stellten wir bei Frau T. die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell mittelgradiger depressiver Symptomatik. Außerdem zeigten sich im Verlauf der Behandlung Züge einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur.

Hypothetisches Bedingungsmodell der Erkrankung

Es besteht eine Inkongruenz zwischen dem im Selbstkonzept weitgehend repräsentierten Autonomiebedürfnis einerseits und dem zunächst kaum symbolisierten Wunsch nach Nähe, Unterstützung und Solidarität andererseits (Rogers, 1987g). Darüber hinaus ist noch eine Inkongruenz auf einer anderen Ebene zu beschreiben: Dem Selbstideal von altruistischem Engagement und „idealer Liebe“ stehen (nicht symbolisierte) starke Neid- und Rivalitätsgefühle gegenüber. Diese Inkongruenz hat eine geringe Selbst- und Fremdempathie zur Folge, da die eigene Ideal-Perspektive ständig gegen mögliche andere Sichtweisen behauptet werden muss.

Die Entwicklung dieser Inkongruenzkonstellationen (Speierer, 1994) ist zurückzuführen auf starke Defizite von Anerkennung und Nähe-Erleben in der Kindheit. Von ihrer Mutter hatte die Patientin kaum je Akzeptanz und Anerkennung erfahren. Der Vater, den sie anfangs als zugewandt erlebte, enttäuschte sie in ihrer frühen Jugendzeit durch scheinbar unerklärliche Abwendung.

Dieses Defizit von Nähe und Anerkennung führte bei der Patientin zu einer starken Bindungsambivalenz; dem Wunsch nach Nähe, Zärtlichkeit und Geliebtwerden standen Gefühle trotziger Autonomiebehauptung und Enttäuschungswut gegenüber.

Vom später auf Druck des Vaters geheirateten Mann erhoffte sie sich einen „sportlichen Mitstreiter“ im Kampf um Autonomie und Abgrenzung von den Eltern sowie einen einfühlsamen, fürsorglichen, ihr alle Wünsche von den Augen ablesenden „Ersatzvater“; sie fand jedoch einen gutmütigen, etwas indifferenten und unselbstständigen Ehemann, der selbst noch stark an seiner Mutter hing.

Der Wunsch des Ehemannes, zu seiner Familie nach Süddeutschland zu ziehen, löste bei der Patientin Enttäuschung, Kränkung und Wut aus, die sie nur inadäquat in Depressivität und Projektion ihrer aggressiven Impulse auf den Ehemann symbolisieren konnte. Über außereheliche Beziehungen mit der damit verbundenen narzisstischen Zufuhr und der „heimlichen“ Rache am Ehemann konnte die Patientin eine vorübergehende Selbstwertstabilisierung erfahren.

Aktuelle Auslöser der Symptomatik:

Hier ist zum einen die narzisstische Selbstwerterschütterung durch die schwerwiegende körperliche Erkrankung (Subarachnoidalblutung) sowie durch wiederholte Zurückweisungen in außerehelichen Beziehungen zu nennen. Zudem hat vermutlich die bevorstehende Rückkehr des Ehemannes die Bindungsambivalenz der Patientin angeheizt.

Behandlungsverlauf

Behandlungssetting

Die Behandlung erfolgte zunächst als stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Neben der antidepressiven Psychopharmakotherapie und den vorwiegend aktivitätsfördernden und tagesstrukturierenden Therapien einer Depressionsstation (Ergo- und Bewegungstherapie, Musiktherapie, Entspannungstraining, Kochgruppe, Psychoedukation in der Gruppe) fanden wöchentliche personzentrierte Einzelgespräche statt. Nach der 10-wöchigen stationären Behandlung wurde die personzentrierte Einzeltherapie im ambulanten Setting (zunächst wöchentliche, später 14-tägige Abstände) über 2 Jahre fortgesetzt.

Verlaufsbeschreibung und Therapiekonzept

Die Beschreibung des Therapieverlaufes soll anhand von Kriterien der Gliederung erfolgen, die bis zu einem gewissen Grade auch Kriterien der Therapieplanung waren. Damit soll nicht gesagt sein, dass ich die gesamte Therapie einschließlich der Reihenfolge des Interventions nach einem vorher festgelegten Plan durchführte. Aber auf der Grundlage von Störungs- und Änderungswissen

erwartete ich, dass etwa zu Beginn der Therapie für die Klientin andere Themen relevant sein würden, als etwa in der Mitte oder am Ende der ursprünglich auf 40 bis 50 Stunden festgelegten Behandlung. Ich ließ mich also vom Konzept verschiedener Therapiephasen leiten (Swildens, 1991). Ein weiteres Vorverständnis bestand neben dieser Prozessorientierung in einer „Inhaltsorientierung“, nämlich insofern ich überhaupt erwartete, dass bei eben dieser Patientin bestimmte Themen in der Therapie relevant werden könnten. Diese Themen (z. B. Selbstwertgefühl, Konkurrenzleben, Identitätssuche) würden sich, so die Grundannahme, auf Inhalte beziehen, die die Klientin selbst zur Sprache bringen würde. Diese Inhalte würden sich zum einen auf das außertherapeutische Verhalten und Erleben der Klientin beziehen. Sie könnten aber auch in verbalisierten Erwartungen der Klientin an mich, also in Aspekten der therapeutischen Beziehung bestehen. Des Weiteren wäre natürlich auch auf nicht ausdrücklich verbalisierte, also nonverbal zum Ausdruck gebrachte Inhalte zu achten.

Angesichts dieser verschiedenen Inhalte und Themen hatte ich mich zu fragen, welches Beziehungsangebot jeweils für die konstruktive Bearbeitung eines Themas angemessen ist. Es ist davon auszugehen, dass unterschiedliche Klassen von Interventionen unterschiedliche Beziehungskonzepte zur Grundlage haben (Finke, 1999). Daraus folgt, dass ich unterschiedliche Muster von Interventionen zu konzipieren hatte, um je nach Situation und Thema das jeweils angemessenste wählen zu können. Dabei folgte ich nicht einer starren Vorab-Festlegung. Das therapeutische Vorgehen ist aber auch nicht ausschließlich intuitionsgeleitet und schon gar nicht von unterschiedsloser Uniformität. Es ist vielmehr an einem insgesamt komplexen Konzept alternierender Beziehungsangebote und den sich daraus ergebenden verschiedenen Interventionsformen orientiert.

Eine schematisierende Schilderung des Behandlungsverlaufes bildet zwar kaum die realen Gegebenheiten einer Psychotherapie in allen Details ab; sie erscheint mir aber trotzdem sinnvoll, um das konkrete therapeutische Vorgehen in unterschiedlichen Therapiesituationen nachvollziehbar zu machen. So wird über den Behandlungsverlauf deutlich, dass in den ersten beiden Therapiephasen ein Beziehungsangebot im Sinne der Alter-Ego-Beziehung die Art meiner Interventionen bestimmt (Rogers, 1973), während in den letzten beiden Therapiephasen die Dialogbeziehung und die daraus abzuleitenden Interventionen wie Konfrontieren und Selbstöffnen (Carkhuff, 1969; Finke, 1999) immer mehr Raum einnimmt. Um die praktische Umsetzung des klientenzentrierten Therapieansatzes durchsichtig zu machen, möchte ich im folgenden nur den Verlauf der Einzeltherapie, die im stationären Setting begonnen und dann ambulant fortgeführt wurde, darstellen.

Symptomphase

Depressive Symptomatik

Auf die anfangs immer wieder vorgebrachten Klagen über depressive Verstimmung, Lustlosigkeit, Antriebsschwäche, Konzentrationsstörungen und Todeswünsche intervenierte ich im Sinne des Einfühlenden Verstehens, was zu einer spürbaren Entlastung der Patientin beitrug, da sie in ihrem sozialen Umfeld kaum jemanden erlebte, der mit ihr in das depressive Erleben „eintauchte“. Recht rasch wurden dann die erst unterschwellige, dann offene Vorwurfshaltung und Schuldzuweisungen gegenüber dem Ehemann deutlich. Die sehr misstrauische Patientin schien einerseits zu erwarten, dass ich den verteufelten Ehemann in Schutz nahm, andererseits versuchte sie, mich auf „ihre Seite zu ziehen“. Ich fühlte mich bereits in dieser frühen Therapiephase von Frau T. stark gedrängt, ihre Meinung zu übernehmen. Durch konkretisierendes Verstehen (Finke, 1994) im situativen Kontext („Wenn Ihr Ehemann Sie nicht im Stich gelassen hätte, wären Sie gar nicht an einer Depression erkrankt“) und einfühlendes Aufgreifen von Enttäuschung und Verbitterung konnte eine Therapiesituation entstehen, in der anfängliche Anspannung und Misstrauen allmählich abnahmen. In dieser Phase erschien mir das Angebot der Alter-Ego-Beziehung zur Verdeutlichung und Klärung der vorherrschenden Emotionen und zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung vordringlich.

Anspruchshaltung, Erwartung bevorzugter Behandlung

Anfangs zeigte sich Frau T. sehr ambivalent bzgl. der stationären Behandlung. Sie äußerte sich enttäuscht über zu seltene Gesprächskontakte, erwartete, dass ich ihr ihre Bedürfnisse von den Augen ablas und für sie sorgte. Sie schien davon auszugehen, eine besondere Patientin zu sein und erwartete wie selbstverständlich eine bevorzugte Behandlung. Auf die Nicht-Erfüllung dieser Erwartungen reagierte sie mit gekränktem Rückzug, Misstrauen und Entwertung. Ich hatte Sorge, dass die Patientin aufgrund des Gefühls von Ablehnung und ungenügender Beachtung die Therapie vorzeitig abbrechen könne. Daher folgte ich teilweise meinem Impuls, ihr doch etwas mehr Zeit als üblich einzuräumen, auch aufgrund meiner Betroffenheit über ihre wirklich tiefe Verzweiflung. Entscheidender für den Fortgang der Therapie war aber sicherlich mein wiederholtes Aufgreifen des Gefühls des Nicht-Wahrgenommen-Werdens und der Enttäuschung (v. a. im Sinne des Einfühlenden Verstehens mit angedeutetem Beziehungsklären). Dies vermittelte der Patientin, dass sie trotz ihrer Entwertungen und des Misstrauens mir gegenüber (ich sei zu jung, könne mich in sie nicht hineinversetzen) ganz akzeptiert und nicht zurückgewiesen wurde. Tiefer liegende Gefühle im Zusammenhang mit ihrer Enttäuschung wie Ärger und Wut auf mich konnte Frau T. zu diesem Zeitpunkt noch nicht symbolisieren, sie lagen noch zu weit außerhalb einer möglichen Gewährleistung.

Auf ein vorsichtiges Ansprechen dieser Gefühle reagierte die Patientin mit Verleugnung oder zog sich gekränkt zurück.

Neidgefühle, Konkurrenzerleben

Zum Ende der stationären Phase ergab sich parallel zur Rückbildung der Depressivität eine erotisch getönte Beziehungserwartung gegenüber dem Oberarzt der Station. Subjektiv berichtete Frau T. über mehr Lebensfreude und Antrieb, objektiv erschien sie mimisch aufgeheitelt, bemüht um ein anziehendes, gepflegtes Äußeres (Make-up, Frisur, Kleidung) und im Verhalten auf der Station lebendig bis flirtend. In den Einzelgesprächen vermied sie das Ansprechen ihrer erotischen Wünsche und beklagte mit eher geringer affektiver Beteiligung ihre eheliche Situation. Auf das vorsichtige Ansprechen ihrer Beziehungserwartung an den Oberarzt reagierte die Patientin zunächst beschämt und peinlich berührt; während Schamgefühle durchaus im Selbstkonzept der Patientin repräsentiert waren und das verstehende Aufgreifen dieser Gefühle zu einer Entlastung führte, konnte die Patientin ihre zunehmenden Neidgefühle auf mich (als potentielle, zudem noch jüngere „Rivalin um die Gunst des Oberarztes“) zunächst noch nicht symbolisieren. Deutlich wurde aber, dass sie mir ihre eigenen erotischen Wünsche im Sinne einer Projektion unterstellte und mir mehr Chancen auf potentiellen Erfolg zuschrieb. Das akzeptierend-verstehende Aufgreifen führte im weiteren Verlauf dazu, dass die Patientin Gefühle der Benachteiligung, Zurücksetzung und Kränkung in ihr Selbstkonzept integrieren konnte. Da negative Selbstaspekte wie Neid und Rivalität noch völlig außerhalb der Gewährwerdung (Rogers 1987g) der Patientin lagen, scheute ich, das Konkurrenzerleben in der therapeutischen Beziehung durch vermehrtes Beziehungsklären stärker zu betonen. Aus der Rückschau betrachtet fürchtete ich wohl auch, dass eine deutlicher spürbare Rivalität in der therapeutischen Beziehung die gerade entstandene Vertrauensbasis erschüttern könnte.

Ängste vor Verlassenheit, Einsamkeit

Die Abschiedsphase aus der stationären Behandlung gestaltete sich aufgrund großer Ängste vor Einsamkeit sowie Gefühlen des Verlassenwerdens, der Abstoßung und Zurückweisung als äußerst schwierig. Vermutlich auch aufgrund meiner Befürchtung, die Patientin könne den bisherigen Therapieerfolg in ihrer Kränkungswut zerstören, fühlte ich mich ermuntert, die Behandlung ambulant fortzusetzen. Frau T. fühlte sich durch mein Angebot der Fortsetzung der Einzeltherapie aufgewertet und in ihrer Hilflosigkeit und Einsamkeit gesehen. Noch viele Monate später betonte sie, dass sie ohne mein Angebot vermutlich wieder in eine depressive Verstimmung gerutscht wäre und sich niemals selbst um eine ambulante Therapie gekümmert hätte. Obwohl ich im Nachhinein mein Therapieangebot durch eigene Bedürfnisse mitgeprägt und die damit

verbundene narzisstische Aufwertung der Patientin auch kritisch sehe, glaube ich doch, dass gerade letztere der Patientin über eine entscheidende Misstrauenshürde hinweggeholfen und den Eintritt in eine therapeutische Beziehung erst ermöglicht hat.

Konfliktphase

Mangelnde Empathiefähigkeit, Groll und Rachefantasien

Der bisherige depressive Rückzug wandelte sich allmählich in Unternehmungslust und Aktivitäten. Automatisch geriet Frau T. durch die Wiederaufnahme sozialer Kontakte in zunehmende Konflikte mit Mitmenschen, insbesondere mit dem Ehemann, der nun die baldige Rückkehr zu seiner Frau vorbereitete. In der Auseinandersetzung mit dem Ehemann forderte die Patientin weiterhin meine bedingungslose Unterstützung; Interventionen, in denen ich vorsichtig die Sichtweise des Ehemannes beleuchtete, führten zu gekränktem Rückzug und dem unterschweligen Vorwurf, ich könne die Position der Patientin nicht ausreichend verstehen. Durch Aufgreifen von überdauernden, haltungsprägenden Emotionen der Patientin („Sie hassen ihren Mann, weil er sie durch seinen Wegzug damals im Stich gelassen hat“) und selbstreflexiven Gefühlen („Sie hätten gern eine gute Ehe geführt, dass Ihnen das nicht gelungen ist, erleben Sie fast als Makel“) konnte Frau T. ihre Sorge, ich könne mich „auf die Seite des Ehemannes schlagen“, reduzieren.

Auf die nun zunehmenden Rache- und Aggressionsfantasien der Patientin gegen ihren Ehemann und andere näher stehende Bezugspersonen reagierte ich innerlich zunächst mit Sorge und der Befürchtung, die Patientin könne ihre außertherapeutischen Beziehungen verlieren (und damit vielleicht abhängiger von der therapeutischen Beziehung werden). In der Rückschau neigte ich, wie offenbar viele Gesprächspsychotherapeuten (Gutberlet, 1990) dazu, aggressive Impulse der Patientin sofort mit dahinter vermuteten Schuldgefühlen zu verbinden, was wohl eher meinen persönlichen Einstellungen entsprach und bei der Patientin zu Irritation und dem Gefühl des Nicht-Verstandenwerdens führte. Auch schienen die Rachewünsche immer mehr Raum einzunehmen, was meine Sorge wiederum verstärkte. Erst nach meiner Gewährwerdung dieses Prozesses in der Supervision gelang es mir, auch die aggressiven Anteile der Patientin zu akzeptieren, so dass ich dann die organismischen Gefühle von Wut und Rachewünschen angemessen und wertschätzend aufgreifen konnte. Während Frau T. nun in der Therapie deutlich mehr Aggressivität äußerte, kam es in den außertherapeutischen Beziehungen zu einer langsamen Abnahme des feindseligen und beziehungsschädigenden Verhaltens. Die Patientin kam nun selbst (und nicht mehr von mir „auferlegt“) zu der Auffassung, dass sie sich mit der Umsetzung ihrer Rachefantasien langfristig selbst schade. In Konflikten neigte sie weniger zu gekränktem Rückzug, wog Konsequenzen ab und konnte sich in die Motive Anderer besser einfühlen.

Wünsche nach idealer Liebe und Beziehung

In Bezug auf die Verliebtheit in den Oberarzt der Station fiel auf, wie lange Frau T. an diesem real nicht erreichbaren „Traumpartner“ festhielt. Während mein Aufgreifen der damit verbundenen angenehmen Gefühle (des Verliebtseins, der erwachenden sexuellen Bedürfnisse, der Sehnsucht nach Zärtlichkeit) zu einer Festigung des Vertrauensverhältnisses zwischen der Patientin und mir führte, wurden mir im Verlauf die ausgeprägten Näheängste der Patientin immer deutlicher. Frau T. schien alle negativen Eigenschaften ihrem Ehemann zuzuschreiben, von dem sie sich aggressiv abgrenzte, während sie alle positiven Eigenschaften auf einen unerreichbaren Traumpartner projizierte. Ich intervenierte anfangs vorsichtig, im Verlauf dann immer häufiger im Sinne des Aufgreifens von überdauernden, nur sehr verzerrt symbolisierten Gefühlen (Finke 1994), wie den Ängsten vor Zurückweisung und den damit verbundenen Autonomiebedürfnissen. Als ich nach einer langen Zeit schon gar nicht mehr mit einer Änderung rechnete (und dann wohl die Haltung der Patientin ganz akzeptierte), konnte sie sich eingestehen, dass sie dem betreffenden Oberarzt Eigenschaften ihrer Wunschvorstellungen zuschob, die vermutlich gar nicht der Realität entsprachen. In Ansätzen nahm sie Abschied von ihren Vorstellungen von idealer Liebe („Tiefe Lieben bleiben immer unerfüllt“, Zitat der Patientin), deren Kennzeichen die Unerreichbarkeit war.

Beziehungsphase

Wünsche nach bedingungsloser Unterstützung und Nähe sowie Autonomie

Während Frau T. mich zuvor geradezu zur Übernahme ihres Bezugssystems gedrängt hatte, provozierte sie nun immer häufiger Bewertungen und Stellungnahmen meinerseits zu ihrem Denken, Fühlen und Handeln. In der Vorstellung, dass sich die Patientin meiner stabilen positiven Wertschätzung versichern wollte, intervenierte ich zunehmend mit Beziehungsklären (Carkhuff 1969, von Kessel/von der Linden 1993) („Wenn ich Ihr Verhalten nicht guthieße, würde Sie das total verunsichern“). Dies erbrachte jedoch nicht die erwartete „Entspannung“, sondern es entstanden im Verlauf geradezu Machtkämpfe darum, ob ich nun meine persönliche Meinung kundtun werde oder nicht. Eine Zeitlang fühlte ich mich dem Drängen der Patientin fast hilflos ausgesetzt, später ärgerte ich mich, was ich im Sinne des Selbstöffnens einbrachte („Ich bin verunsichert, ob ich Ihrem Drängen nachgeben soll oder nicht“; „Es irritiert mich, dass Sie mich so in einen Machtkampf drängen“). Hierdurch konnte eine weitere Auseinandersetzung der Patientin mit ihren Bedürfnissen zwar gefördert werden; erst im Verlauf wurde mir jedoch das Ausmaß der Wünsche nach Nähe, Ähnlichkeit und Beziehung zu mir deutlich, so dass durch das fehlende explizite Aussprechen dieser Bedürfnisse deren vermeintliche

„Unangemessenheit“ im Raume stehen blieb und aus meiner jetzigen Sicht zu der zunehmenden Gereiztheit der Patientin beitrug. Obwohl mir der narzisstische Konflikt der Patientin (genauso jung, sozial situiert und vermeintlich begehrenswert sein zu wollen wie ihre Therapeutin) einerseits deutlich vor Augen stand, schien ich diesen in Bezug auf meine Person nicht ausreichend zu gewichten und verstand daher auch nicht die sich schon hier andeutenden Versuche der Patientin, sich aggressiv von mir abzugrenzen.

Da ich selbst die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in ihrer tiefen Ambivalenz für die Patientin unterschätzte, ist es nicht verwunderlich, dass sich auch Frau T. diese nicht eingestehen konnte. Meine Abwehr verstärkte hier also vorübergehend auch die der Patientin. Auf Zeiten meiner Abwesenheit reagierte sie vordergründig gelassen und versicherte sich im Nachhinein ihrer Autonomie durch Terminabsagen ihrerseits, was mir jedoch erst später deutlich wurde. Ihre Wünsche nach uneingeschränkter Zuwendung und ihre Verlassenheitsgefühle konnte sie nur inadäquat durch somatische Beschwerden oder depressive Einbrüche ausdrücken. Hierbei verbalisierte die Patientin selbst Zusammenhänge mit Kränkungen und Zurückweisungen in der Umgebung, die ich – verführt durch die Freude über die überraschende Selbsterkenntnis – aufgriff, ohne jedoch die Krisen der Patientin auf mich zu beziehen. Zwar erlebte die Patientin durch Einfühlerndes Verstehen und Akzeptanz kurzfristiger depressiver Einbrüche weiterhin Halt in der therapeutischen Beziehung. Im Rückblick hätte hier aber ein intensiveres Beziehungsklären („Sie wünschen sich, dass ich immer für Sie da wäre“) und Selbsteinbringen („An Ihrer Stelle würde ich mich von meiner Therapeutin auch im Stich gelassen fühlen“) in dieser Phase schon eine Erweiterung des Selbstkonzeptes mit Akzeptanz kindlicher Bedürfnisse ermöglicht.

Nähe-Distanz-Konflikt, Abgrenzung

Die Ambivalenz der Patientin in Beziehung zu mir äußerte sich im weiteren Verlauf durch vorsichtige, versteckte Entwertungen (z. B. meines Urlaubszieles oder der Einrichtung meines Arbeitszimmers) im Wechsel mit freundschaftlichen Beziehungswünschen (Gespräche über Sexualität, die vorher extrem schambehaftet waren). Da ich nach Gewährleistung der Beziehungsanspielungen diese nun stärker aufgriff („Es tut Ihnen gut, auch mal etwas Hässliches an mir zu finden“, „Sie wünschen sich, dass wir auch außerhalb der Therapie Freundinnen sein könnten“) und auch die widersprüchlichen Bedürfnisse der Patientin akzeptierte, entwickelte sich die therapeutische Beziehung langsam zu einer Dialogbeziehung. Mit der Zunahme meiner beziehungsklärenden und selbsteinbringenden Interventionen wuchs die Sicherheit der Patientin (und auch meine) in der therapeutischen Beziehung. Nun wurde ich mutiger, konfrontativer, z. B. durch Mitteilen einer alternativen Erlebnisweise, zu intervenieren („An Stelle Ihres Mannes wäre ich auch verletzt gewesen“). Frau T. reagierte auf solche Interventionen

zunächst mit dem Vorwurf, ich stünde nun doch – wie zu Beginn der Therapie argwöhnisch von ihr vermutet – auf Seiten ihres Ehemannes (oder anderer relevanter Bezugspersonen). So wurde ein ständiges Pendeln zwischen Einfühelndem Verstehen, Beziehungsklären („Sie haben Angst, ich könnte mich von Ihnen abwenden“) und Anbieten alternativer Sichtweisen notwendig. Allmählich konnte Frau T. meine angebotene Sichtweise als eine andere, nicht gegen sie gerichtete Wahrnehmung akzeptieren. Im Verlauf gelang es ihr zunehmend, alternative Einstellungen in ihr Selbstkonzept aufzunehmen (z. B. indem sie erstmalig positive Eigenschaften ihres Ehemannes erwähnte) und wurde flexibler und kompromissfähiger im Umgang mit ihrem Ehemann (indem sie ihm z. B. die Einrichtung eines eigenen Zimmers in ihrer Wohnung überließ und diese später „sogar“ positiv bewertete). Immer wieder wurden jedoch im Zusammenhang mit der Rückkehr des Ehemannes aus Süddeutschland die ausgeprägten Näheängste der Patientin deutlich, die sie aufgrund der fehlenden räumlichen Distanzierungsmöglichkeit nur sehr verzerrt durch aggressive Abgrenzung, Entwertung und Verletzung ihres Mannes symbolisieren konnte. Ähnliches wiederholte sich auch in den außerehelichen Beziehungen, die sie während der Therapie eingegangen war; bei zu starker Annäherung der Partner reagierte Frau T. kränkend und entwertend; der darauf folgende Rückzug der Partner löste bei ihr wiederum Depressivität aus, in der sie sich meine Tröstung und Zuwendung wünschte. Durch geduldiges Einfühelndes und Selbstkonzeptbezogenes Verstehen mit zunehmendem Aufgreifen der tief liegenden Ängste vor Zurückweisung und Kränkung sowie Wünschen nach Unabhängigkeit konnte sich Frau T. am Ende dieser Therapiephase ihre eigenen Distanzierungswünsche und Autonomiebedürfnisse besser eingestehen. Während sie vorher ihre eigenen Näheängste nur auf den Ehemann projizierte und ihm die Verantwortung für die räumliche Trennung zuschob, plante sie nun angesichts der ständigen Konflikte mit dem Ehemann ihrerseits ein Leben in getrennten Wohnungen.

Abschiedsphase

Abschied von der Therapeutin, Trennungsängste

Als ich ca. 6 Monate vor dem vereinbarten Therapieende den bevorstehenden Abschied thematisierte, machte Frau T. deutlich, dass sie aufgrund von Trennungsängsten am liebsten nicht daran denken oder darüber sprechen wolle. Sie schien von einer „lebenslangen Therapiewilligkeit“ meinerseits, die nur durch äußere Umstände gestört wird, auszugehen und die Verantwortung für den Abschied mir überlassen zu wollen. Durch vermehrte Interventionen im Sinne des Selbstöffnens („Mir fällt es auch schwer, mich von Ihnen zu verabschieden“, „Ich werde traurig bei dem Gedanken, dass wir uns nicht mehr regelmäßig sehen“) und des Beziehungsklärens („Eigentlich erwarten Sie, dass ich Sie für immer weiterbehandle“; „Sie fühlen sich trotz unserer Vereinbarung über das Therapieende

von mir weggestoßen und verlassen“) konnte sich die Patientin erlauben, offen über ihre Trennungsängste und Symbiosewünsche zu sprechen („Hier ist mein zweites Zuhause, ich möchte bis an mein Lebensende zu Ihnen kommen“). Zwischenzeitlich musste sie sich auch wieder ihrer Autonomie versichern, indem sie kurzfristig Termine absagte, oder ihre Bedeutung für mich überprüfen, indem sie eine bevorzugte Behandlung erwartete (indem sie die therapeutische Beziehung dazu auszunutzen hoffte, in einer internistischen Behandlung gesonderte Termine zu erlangen, für die ich mich einsetzen sollte). Die beziehungsklärenden („Wenn ich mich jetzt für Sie einsetzte, wären Sie sich sicherer, dass ich immer zu Ihnen stünde“) und selbstöffnenden Interventionen („Ich fühle mich von Ihnen bedrängt und auch etwas ausgenutzt“) führten dazu, dass die Patientin ihre Enttäuschung und ihren Ärger über mich offen ansprechen und die Nicht-Erfüllung ihrer Erwartungen zwar als ungestilltes Bedürfnis, aber nicht als Beziehungsverlust erleben musste.

Bilanz, Trauer, Wiederaufflackern der Symptome

In der Bilanz der Therapie erlebte Frau T. insbesondere die Förderung der Selbstexploration („Ich habe erzählt, was mir einfiel, und Sie haben eigentlich nur zugehört“) und die bedingungslose Akzeptanz „jeglicher Themen“ als hilfreich. Sie empfand eine Selbstwertstabilisierung, eine verbesserte Fähigkeit zur offenen Durchsetzung eigener Bedürfnisse und auch eine stärkere Kompromissbereitschaft.

Während ich in den letzten Behandlungswochen einen depressiven Einbruch erwartet hatte und diese Möglichkeit auch immer wieder mittels Organismusbezogenen Verstehens thematisierte, neigte die Patientin zur Abwehr von Trennungsängsten und Depressivität, indem sie Strategien zur Gegenregulation entwickelte (Ablenkung durch Urlaubsplanung und Freizeitaktivitäten). Ihre Hilflosigkeitsgefühle symbolisierte sie verzerrt in körperlichen Symptomen (Kreislaufbeschwerden, Ohnmacht, Rückenschmerzen). Trotz des offensichtlichen Bemühens der Patientin um eine gute Fassade war es ihr doch in der Therapie immer wieder möglich, sich durch geduldiges Konkretisierendes und Organismusbezogenes Verstehen ihrer tief liegenden Bedrohungs- und Verlassenheitsgefühle gewahr zu werden. Ich wiegte mich also in scheinbarer Sicherheit und Erleichterung über den so gut verlaufenden Abschiedsprozess – bis Frau T. in der letzten Stunde (also zu dem Zeitpunkt, an dem ich nicht mehr sehr viel tun konnte) schwer depressiv, gestützt von einer Freundin und „wie ein begossener Pudel“ bei mir erschien (das Äußere der Patientin erinnerte mich sofort an unsere erste Begegnung zu Beginn der Behandlung). Ich spürte Enttäuschung und Ärger in mir aufsteigen über diese vermeintliche Inszenierung einer Situation, in der ich die Verantwortung für die Abstoßung und Abweisung einer hilflosen Person übernehmen sollte. Im Gespräch erinnerte ich mich dann daran, wie häufig die Patientin im Verlauf der Therapie geäußert hatte, sie könne mein Zimmer nicht weinend

verlassen – und das wäre ja angesichts der Abschiedssituation der Fall gewesen. So akzeptierte ich schließlich, dass sich die Patientin nur mit dem in Depressivität verzerrt symbolisierten Ausdruck von Schmerz und Trauer von mir ablösen konnte.

Diskussion

Ergebnisse der Behandlung

Gut erreicht:

- Selbstwertstabilisierung
- Verbesserung der Selbstwahrnehmungs- und Empathiefähigkeit
- Verbesserung der Kompromissbereitschaft
- Verminderung der Neigung, Bedürfnisse Anderer als gegen sich gerichtet zu empfinden
- Verbesserung des Erlebens von Selbstwirksamkeit

Nicht oder nur unzureichend erreicht:

- Symbolisierung von Neid- und Hassgefühlen
- Symbolisierung von Nähe- und Autonomiebedürfnissen
- Verminderung von Anspruchshaltung und Erwartung bevorzogter Behandlung

Beziehungsdynamik – Wirkfaktoren – alternative Vorgehensweisen

Das Beziehungsangebot einer Alter-Ego-Beziehung, also ein Intervenieren aus einer konsequenten Haltung des Einfühlenden Verstehens, stand zu Beginn im Vordergrund der Behandlung. Insbesondere im Hinblick auf das starke Misstrauen und die erhöhte Kränkbarkeit der Patientin schien mir dies zunächst auch ein angemessenes Vorgehen, da ich befürchtete, dass die Patientin mit ihrer narzisstischen Struktur bei zu früh eingesetzten, konfrontierenden Interventionen zum Therapieabbruch neigen und über einen längeren Zeitraum meine positive Wertschätzung zur Selbstwertstabilisierung benötigen würde.

Ich intervenierte also im Sinne des Einfühlenden Verstehens und griff schon bald selbstreflexive (vor allem Schamgefühle) sowie wenig symbolisierte, z. T. überdauernde Gefühle bzw. Grundstimungen auf (das waren v.a. Gefühle der Zurücksetzung, Benachteiligung, Kränkung, Verbitterung und Enttäuschung). Die Patientin profitierte spürbar von diesen Interventionen und reagierte mit einer guten Selbstexploration.

Als Neid, Konkurrenz erleben, aggressive Fantasien und hiervon geprägte Beziehungsanspielungen mehr Raum einnahmen, wäre ein rascheres Eintreten in das Beziehungsklären in der Rückschau vermutlich angemessener gewesen. Ein Grund für mein Zögern lag in der Sorge, dass verstärktes Beziehungsklären zu Irritation der stark kränkbar Patientin und damit vielleicht zum Therapieabbruch geführt hätte. Ein zweiter Grund ist aber auch in meiner anfangs

noch ausgeprägteren Unsicherheit im therapeutischen Vorgehen zu sehen; mit zunehmender „Therapieerfahrung“ fiel mir das Wahrnehmen von Beziehungsanspielungen, meiner eigenen emotionalen Resonanz und deren Umwandlung in patientenbezogene Interventionen des Selbsteinbringens und Beziehungsklärns wesentlich leichter. In der eher „späten“ Phase hatte mein Beziehungsangebot nun häufiger die Form einer Dialogbeziehung und ich intervenierte eher konfrontierend im Sinne des Mitteilens einer alternativen Erlebnisweise („An Ihrer Stelle wäre ich ...“) sowie des Mitteilens von Ärger oder Irritation meinerseits. Aufgrund der ausgeprägten Selbst- und Beziehungsunsicherheit der Patientin war jedoch auch hier immer ein Oszillieren zwischen konfrontierendem Selbstöffnen einerseits und stützendem Selbsteinbringen andererseits (etwa als Mitteilen von tröstender Ähnlichkeit: „Mir ist es auch schon einmal ähnlich ergangen ...“) notwendig. Hierbei wechselte ich auch immer wieder in eine Position des Einfühlenden Verstehens. Daneben intervenierte ich nun zunehmend beziehungsklärend durch Aufgreifen von Beziehungsanspielungen und -ansprachen der Patientin (dies waren v. a. Wünsche nach Nähe und bedingungsloser Unterstützung sowie Neidgefühle und Abgrenzungstendenzen). Die Erweiterung meines eigenen Interventionsspielraumes verbesserte dann auch den Aktualisierungsspielraum der Patientin. Im Hinblick auf die eingeschränkte Symbolisierungsfähigkeit von Autonomie- und Abhängigkeitswünschen sowie von Hass- und Neidgefühlen war die Phase der Dialogbeziehung in der bilanzierenden Rückschau zu kurz – dies erklärt auch die Abschiedsreaktion der Patientin und mein Gefühl, dass die Therapie noch nicht ganz abgeschlossen war.

Ich möchte daher die personenzentriert-psychotherapeutisch tätigen Leser und Leserinnen ermutigen, in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere mit narzisstischer Struktur, frühzeitig im Sinne des Beziehungsklärns und des Selbstöffnens zu intervenieren. Gerade narzisstisch-strukturierte Patienten sind aufgrund ihrer Selbstwertproblematik und ihrer Beziehungsunsicherheit häufig irritiert, wenn sie durch ein sehr konsequentes Intervenieren im Sinne des Einfühlenden Verstehens zu stark auf sich selbst zurückverwiesen werden. Sie benötigen im besonderen Maße die Vergewisserung, auch in ihren Beziehungserwartungen an den Therapeuten verstanden zu werden, und ein Gegenüber, das sich als Beziehungspartner stärker transparent macht und ihnen so immer eine klare Rückmeldung hinsichtlich der jeweiligen interaktionellen Situation gibt.

Abschließend möchte ich noch einige Bemerkungen zu meiner eigenen emotionalen Resonanz auf die Patientin machen.

Anfänglich empfand ich Mitgefühl und ehrliche Betroffenheit über die tiefe Verbitterung der Patientin und ihr Erleben von Zurücksetzung, Benachteiligung und Kränkung. Daraus entwickelte sich wohl mein Wunsch, dieses Mangel erleben zu kompensieren und Frau T. in der Therapie nun endlich eine verlässliche und wertschätzende Beziehung anzubieten. Im Verlauf spürte ich dann Angst vor

der nun immer deutlicher werdenden Aggressivität und Destruktivität der Patientin, deren möglichen Konsequenzen ich ambivalent gegenüber stand – einerseits fürchtete ich eine Destruktion der therapeutischen Beziehung, andererseits war mir der Gedanke an eine stärkere Abhängigkeit der Patientin von meiner Person durch Zerstörung ihrer außertherapeutischen Beziehungen unangenehm. Erst nach einer Zeit des mir selbst kaum bewußten Abwehrens des Beziehungsangebotes der Patientin (durch immer stärkeres Zurücknehmen meiner Person) wurde ich mir in der Supervision dieser Prozesse gewahr. Durch das Wahrnehmen und Akzeptieren meiner eigenen Ambivalenz konnte ich der Patientin nun transparenter und kongruenter gegenüber treten.

Später spürte ich dann jedoch noch gelegentlich Ärger über die Erwartungs- und Anspruchshaltung der Patientin sowie ihre drängelnden Fragen nach meinen persönlichen Einstellungen. Es war hier wohl eine gewisse Neidhaltung mir gegenüber, die ich bei diesen Fragen zu spüren glaubte, die mich irritierte und so meine Möglichkeit zum Verstehen und angemessenen Intervenieren anfangs blockierte. Durch diese Beziehungsabwehr war ich natürlich in der Gefahr, die oben genannten negativen Beziehungserfahrungen der Patientin erneut zu bestätigen und damit mein eigenes Ziel zu sabotieren. Für mich war es dann ein weiterer Entwicklungsschritt in der Therapie, diesen Neid und das hiermit verbundene narzisstische Rivalisieren als für das Selbstwerterleben der Patientin bedeutsam auch anzuerkennen. So gelang es mir, zunehmend gelassener im Sinne des Beziehungsklärens und Selbstöffnens angemessen zu intervenieren.

Man könnte bestimmte Aspekte des Verhaltens der Patientin auch als einen unausdrücklichen Beziehungstest interpretieren, den ich nur über die Mühen der eigenen Selbstexploration und der Symbolisierung meiner vielschichtigen emotionalen Resonanz auf die Patientin einigermassen bestanden habe. Für das Bestehen dieses Testes war aber auch ein zunehmend sich vertiefendes Störungswissen bedeutsam, womit ich nicht nur ein rein theoretisches Wissen, sondern auch eine reflektierte „Störungserfahrung“ meine.

Literatur

- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations. Vol. I.* New York, Chicago: Holt, Rinehart and Winston.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart, New York: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie.* Stuttgart, New York: 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 Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162) Wien, New York: Springer.
- Gutberlet, M. (1990). Wut, Haß, Aggression in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschr.*, 78, 26–30.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths on psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110–136.
- Rogers, C. R. (1987g). The underlying theory. Drawn from experience with individuals and groups. *Counseling and Values [Special issue on Carl R. Rogers and the person-centered approach to peace]*, 32, 1, 38–46.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differenzielle Inkongruenzmodell.* Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.* Köln: GwG-Verlag.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 30, 4, 241–254.
- Von Kessel, W. & von der Linden, P. (1993). Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt. *GwG-Zeitschr.*, 90, 19–32.

Autorin:

Annette Murafi, Dr. med., Ärztin in Weiterbildung für den Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, arbeitet in den Rheinischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Essen / Universitätsklinikum Essen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Annette Murafi
Schönebeckerstraße 112
D-45359 Essen
E-Mail: dr_murafi@psychofreunde.de
Internet: www.psychofreunde.de*

Hans-Peter Heekerens und Maria Ohling

Systemisch denken und experienziell handeln: die Emotions-Fokussierte Paartherapie

Zusammenfassung: *Auf Basis der bis 2003 vorliegenden Literatur wird die Emotions-Fokussierte Paartherapie (EFT) hinsichtlich ihres praktischen und theoretischen Ansatzes sowie ihrer Prozess- und Ergebnisforschung vorgestellt. Die Darstellung des Ansatzes wird in den Kontext der Frage gestellt, wie sich der experienzielle, der systemisch-konstruktivistische und der bindungstheoretische Ansatz verbinden lassen. Die Präsentation der Prozess- und Ergebnisforschung, nach der sich die EFT als wirksames, effektives und effizientes Verfahren zeigt, wird eingebettet in die Diskussion um evidenzbasierte Psychotherapie.*

Schlüsselwörter: *Klinische Psychologie, Psychotherapie, Paartherapie, Psychotherapieforschung*

Abstract: Systemic thinking and acting experientially: the Emotion-Focused Couple Therapy. *The purpose of this paper is to present the practical and theoretical concepts of Emotion Focused Couple Therapy (EFT) as well as the research done within this approach around process and outcome. The article is based on literature on this topic published until 2003. The approach is looked at asking how experiential therapy, the systemic-constructivist approach and attachment theory can be combined. The presentation of the outcome and process research which shows EFT as an efficacious, effective and efficient intervention is embedded in the discussion about evidence based psychotherapy.*

Keywords: *Clinical psychology, psychotherapy, couple therapy, psychotherapy research*

Einleitung

Die deutsche Bezeichnung „Emotions-Fokussierte Paartherapie“ (EFT) ist eine freie Übersetzung der wechselnden englischsprachigen Bezeichnungen für eine Paartherapie aus der Tradition der experienziellen oder Prozess-Erlebnis-orientierten Therapie („Process-Experiential Therapy“) (deutschsprachige Darstellung: Elliott, 1999a; 1999b). Die Prozess-Erlebnis-orientierte Therapie firmiert seit einiger Zeit unter dem Begriff „Emotions-Fokussierte Therapie“ (Greenberg, 2002; Elliott et al., 2004). Dass die beiden Begriffe heute gleichsam synonym behandelt werden und der zweite den ersten überlagert, hat Vor- und Nachteile: Der Vorteil besteht darin, dass die sachliche Verbindung zwischen der Emotions-Fokussierten Therapie und ihrem prominentesten Einzelansatz, der EFT, nun auch sprachlich zum Ausdruck kommt; der Nachteil rührt daher, dass es zu Missverständnissen kommen kann, weil es therapeutische Ansätze gibt, die als emotions-fokussiert zu bewerten sind, ohne dass sie experienzielle Ansätze in der humanistischen Tradition wären (Elliott, 1999a).

Die recht kurze Geschichte der EFT ist eine nordamerikanische Erfolgsstory. Die geographische Begrenzung meint, dass sie außerhalb Nordamerikas noch weitgehend unbekannt ist; im deutschsprachigen Raum dürfte sie nur vereinzelt praktiziert werden, an monographischen Darstellungen liegt nur eine einzige (Heekerens, 2000a) vor, und in verbreiteten Lehrbüchern der Klinischen Psychologie/Psychotherapie wie dem *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (Baumann & Perrez, 1998) oder *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (Reimer et al., 2000) wird die EFT noch nicht einmal erwähnt. Sie ist eine nordamerikanische Geschichte, weil sie in Kanada begann, um sich dann auch in den USA fortzusetzen. An der Universität von British Columbia in Vancouver legte Johnson im Jahre 1984 unter dem Titel *A comparative treatment study of experiential and behavioral approaches to marital therapy* (Johnson, 1984) ihre Dissertation vor, die als Gründungsurkunde der EFT anzusehen ist. Betreut hatte die Dissertation Greenberg, der damals assoziierter Professor an der British Columbia war.

In Greenberg, dem graduierten Ingenieurwissenschaftler (Master of Engineering 1970), gelernten Gestalttherapeuten (Gestaltinstitut

Toronto 1972–1975) und „Gastarbeiter“ am Palo Alto-Institut 1981–1982 (<http://www.psych.yorku.ca/greenberg/cv.html>) hatte Johnson einen Lehrer und später einen Partner, der Johnson und der EFT, die heute zu Recht vornehmlich mit ihrem Namen verknüpft ist, drei Dinge mitgeben konnte, die das „Erfolgsgeheimnis“ der EFT mit ausmachen:

- einen realistischen Sinn für die Bedeutung solider Outcomeforschung, zu der Greenberg vor und nach 1984 Beiträge geliefert hat (Bretz, Heekerens & Schmitz, 1994; Elliott, 2002),
- einen theoretisch fundierten praktischen Handlungsansatz namens „experientiell“, der mit einem reflektierten Begriff von „Integration“ einher geht und qualitativ etwas anderes ist als bloßer Eklektizismus (Brownell, 1996) sowie
- eine Ahnung davon, dass eine systemische Sichtweise für den experientiellen Ansatz dann fruchtbar gemacht werden könnte und müsste, wenn sich der experientielle Ansatz auf soziale Systeme wie Paare oder Familien bezieht.

Im letzten Punkt hat Johnson in den letzten Jahren den größten originären Beitrag zur EFT geliefert, indem sie die Bindungstheorie Bowlbys systemisch dekonstruierte und sie als Systemtheorie für intime Beziehungen konzeptualisierte, womit sie der EFT einen theoretischen Überbau gab.

Ganz ohne Vorbild in der Sache ist die EFT im Übrigen nicht. Greenberg und Johnson verkennen nicht, dass es auch früher schon Versuche gegeben hat, einen experientiellen und einen systemischen Ansatz zusammenzuführen; genannt wird unter anderem Satir, Mitglied des Palo-Alto-Teams und prominenteste Vertreterin eines humanistischen Ansatzes in der Arbeit mit Paaren und Familien. Aber man sollte in diesem Zusammenhang auch Guerney erwähnen, hat er doch schon früh strukturierte Vorstellungen zu einem emotions-fokussierten Vorgehen in der Paartherapie gemacht. Was die EFT aber einzigartig macht ist zweierlei: Zum Einen gibt es weder aus dem humanistischen noch aus dem systemischen Lager einen anderen konturierten paartherapeutischen Ansatz, der angemessen evaluiert worden wäre, und zum Anderen ist die EFT das einzige nicht-behaviorale paartherapeutische Verfahren, welches der behavioralen Paartherapie in Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz Paroli bieten kann.

Wir sprachen oben von „Erfolgsstory“. Um das etwas zu illustrieren, ein paar Schlaglichter (<http://www.eft.ca>). Johnson ist heute Professorin für Psychologie und Psychiatrie an der Ottawa Universität, die von ihr (mit) verfassten Bücher über Paartherapie erscheinen in hoher Auflage bei renommierten Verlagen, die EFT ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das dem Ausbildungsinstitut gutes Geld bringt, die *American Psychological Association* (APA) machte die Kanadierin 2003 zum Fellow in der Sektion Familie(npsychologie) und der bedeutendste Verband für Paar- und Familientherapie, die *American Association of Marriage and Family Therapy* (AMMFT) ehrte sie gleich auf doppelte Weise: Johnson erhielt 2000 die Jahresauszeichnung der AMMFT für ihren außergewöhnlichen Beitrag zum

Feld der Paar- und Familientherapie und anlässlich der jüngsten Bilanz zur Wirksamkeit und Effektivität der Paar- und Familientherapie, die die AMMFT ziehen und 2003 in ihrem Organ, dem *Journal of Marital and Family Therapy*, veröffentlichten ließ, kam kein Vertreter der behavioralen Paartherapie, sondern Johnson (2003) zu Wort.

Humanistische Psychotherapie, Systemtheorie, Konstruktivismus und Bindungstheorie

Auch wenn man von keinem der vier in der Abschnittsüberschrift genannten „Elemente“ vertiefte Kenntnis hat, so ahnt man doch, dass jeder systematische Versuch, auch nur zwei von ihnen in Beziehung zu setzen, gut und gerne ein ganzes Buch füllen könnte. Der Anspruch einer Systematik wird denn auch in diesem Artikel gar nicht erhoben; mehr als eine knappe Skizze kann hier gar nicht zu Papier gebracht werden. Aber ohne das geht es nicht, weil sonst die EFT hinsichtlich ihres theoretischen Ansatzes unverständlich bliebe. Aber, wie gesagt: Es sind hier keine erschöpfenden Ausführungen zu erwarten. Derartiges wäre ohnehin kein kongruentes Ziel für einen experientiellen Ansatz – Anregung wäre eines, und das soll versucht werden.

Eine der von Johnson in jüngerer Zeit gegebenen Kurzdefinitionen, was die EFT ihrem theoretischen Ansatz nach sei, lautet: EFT „integrates a systemic focus on interactional pattern with a constructivistic focus on how partners organize their emotional experience and communication“ (Johnson, 2003, p. 368). Wer als humanistischer Psychotherapeut die Wörter „systemisch“ und „konstruktivistisch“ liest und sie dann auch noch im Kopf zu „systemisch-konstruktivistisch“ zusammenfasst, mag gedankliche (und affektive) Assoziationen haben, die ihn den Kopf schütteln und fragen lassen, was das alles denn (noch) mit „humanistisch“ zu tun habe. Das führt auf ein weites Feld, das wir hier nur am Rande betreten können, indem wir zeigen, dass sich Johnson mit ihrer obigen Definition auf dem Boden eines in Nordamerika bestehenden Konsenses unter Humanistischen Psychologen bewegt.

In einem neueren Positionspapier der Sektion Humanistische Psychologie der APA (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2003), in dem sie in relativer Breite und großer Prägnanz darlegt, was sie unter Humanistischer Psychologie verstanden wissen will, finden sich zwei Passagen, die hier unkommentiert im Original wieder gegeben sein sollen. In der ersten Passage geht es um eine systemische Sichtweise: „Humanists, in agreement with many feminists, family-systems theorists, and ethno-cultural therapists, believe that relational phenomena are fundamental and not reducible to the sum of individualities. Humanists recognize both the particular and integral aspects of consciousness, and that human beings are both unique and yet live in larger relational contexts which have their own emergent properties and integrity.“

(Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2003, pp. 2-3). Und der Abschnitt des Positionspapiers, in dem die epistemologische Position der Humanistischen Psychologie dar gelegt wird, beginnt mit den Sätzen: „The humanistic world view is not a mechanistic one, but rather relies on a nonlinear metaphysics and postmodern constructivistic epistemology. We hold that the realities people live in are always constructed to some extent, out of their cultural experiences, and out of their personal histories, values, and perspectives.“ (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2003, p. 7).

In einem anderen Zusammenhang hat Johnson zum theoretischen Rahmen der EFT unlängst angemerkt, „EFT views close relationships from the perspective of attachment theory“ (Johnson & Best, 2003, p. 165) und wenig später ausgeführt: „Systems theory offers basic principles for understanding any system. Attachment theory tells us more about the specific system that is an intimate relationship between family members and spouses.“ (Johnson & Best, 2003, p. 168). Wie der Vergleich mit noch vor nur fünf Jahren (Heekerens, 2000a) zeigt, fand die größte Veränderung im theoretischen Überbau der EFT dadurch statt, dass die Bindungstheorie Bowlbys systemisch dekonstruiert, als Systemtheorie für intime Beziehungen konzeptualisiert und das Ergebnis in die Begründung von Theorie und Praxis der EFT eingebaut wurde.

Damit hat Johnson etwas auf den ersten Blick Ungewöhnliches, der Sache nach aber keineswegs Außergewöhnliches, getan. Denn jenseits wie diesseits des Atlantiks ist die Bindungstheorie zunehmend mehr in drei Kontexte gestellt worden, die im vorliegenden Zusammenhang von Relevanz sind (mit Literaturhinweisen beschränkt auf deutsche Autoren): den der Systemtheorie, den der Beziehung zwischen Erwachsenen/Partnerbeziehung und den der Klinischen Psychologie/Psychotherapie (Brisch, 1999; Gloger-Tippelt, 2001; Höger & Müller, 2002; Strauß, Buchheim & Kächele, 2002; Sydow, 2002; Sydow & Ullmeyer, 2001). Was der neue theoretische Überbau der EFT konkret bedeutet, wird in den beiden nächsten Abschnitten deutlich werden.

Die 7 Gebote einer bindungstheoretisch orientierten Paartherapie

Eine Paartherapie, die Systeme intimer Beziehung in der Begrifflichkeit der Bindungstheorie konzeptualisiert, hat damit eine bestimmte Landkarte, mit der sie sich im Gelände orientiert. In die Sprache traditioneller Religiosität übersetzt, kann man die so gewonnenen Orientierungspunkte Gebote nennen. Und diese sehen nach Johnson und Best (2003) inhaltlich so aus:

1. Richte das Augenmerk auf den Interaktionsprozess, wo Bindungsbedürfnisse und -schwierigkeiten zu Tage treten.

2. Fasse besonders die emotionale Kommunikation ins Auge und verdeutliche, wie solche Kommunikation die einzelnen Schritte im Tanz der Partner hervor ruft.
3. Forme neue Bindungszyklen und schaffe bedeutsame Bindungsereignisse wie etwa die Auflösung von Bindungsverletzungen (*attachment injuries*; Johnson, Makinen & Millikin, 2001).
4. Sorge dafür, dass jede Therapiesitzung einen festen Boden bietet und einen sicheren Hafen darstellt.
5. Würdige den mächtigen Prozess der Selbst-Definition, der in jeder Bindungsinteraktion implizit auftritt, und Sorge aktiv für neue Interaktionsmöglichkeiten, die geeignet sind, negative Selbst-Modelle, die das emotionale Engagement mit dem Partner verhindern, zu revidieren.
6. Richte Deine Aufmerksamkeit auf Dreh- und Angelpunkte in der Interaktion, die die Beziehung als unsicher definieren – insbesondere auf Bindungsverletzungen, die eine Heilung der Beziehung blockieren.
7. Betrachte Schlüsselaspekte von Beziehungen unter Erwachsenen wie etwa die sexuelle Beziehung konsequent durch die Brille der Bindungstheorie.

3 Stufen, 9 Schritte: Das Praxismodell der EFT

Die EFT ist ein strukturiertes Kurzzeitverfahren, für die eine gezielte – von der AAMFT anerkannte – Ausbildung zum lizenzierten EFT-Therapeuten angeboten wird und für die ein Treatment-Manual, das die Ausbildung nicht ersetzt, die Praxis von lizenzierten EFT-Therapeuten aber unterstützt, vorhanden ist. Kernstück von Ausbildung und Manual ist das hier vorzustellende Praxismodell der EFT mit seinen neun Schritten, die drei unterscheidbaren Stufen zuzuordnen sind. Dazu eine Anmerkung. Sprache macht uns immer wieder zu Gefangenen der ihr inne wohnenden Linearität; jeder, der schon einmal versucht hat, Prozesse der Reziprozität, der Selbst-Rekursivität oder Zirkularität zu beschreiben, weiß um diese Schwierigkeit. Die Vorstellung von Linearität wird im vorliegenden Zusammenhang zusätzlich verstärkt durch die Bilder von „Schritten“ und „Stufen“. Linearität ist ein Teil der Wahrheit des EFT-Praxismodells, aber nicht die ganze. Ein anderer Teil ist, dass man sich die Vorwärtsbewegung im Bilde einer Spirale vorzustellen hat: Bei jeder Bewegung nach vorne ist jede frühere mit enthalten und bereitet zugleich jede weitere vor.

Ein noch anderer Teil der ganzen Wahrheit besteht darin, dass der Therapeut in jedem Einzelschritt Gleiches, wenn auch in unterschiedlicher Gestalt und verschiedener Intensität, zu tun hat. Er vollzieht eine Pendelbewegung zwischen zwei unterschiedlichen Polen, die aber erst in ihrem Zusammenhang das Ganze ausmachen: Einerseits hilft er jedem einzelnen Partner, sich seiner emotionalen Erfahrung im Hier und Jetzt gewahr zu werden, und andererseits regt der Therapeut das Paar an, neue Elemente zu ihrem

Interaktionszirkel hinzufügen. Grob skizziert kann man sagen, dass für den ersten Teil auf Interventionen aus der experienziellen Therapie und für den zweiten auf Restrukturierungstechniken (einschließlich Umdeuten) aus der Tradition der Strukturellen Familientherapie zurück gegriffen wird. Auf der EFT-Homepage wird das plakativ auf die Kurzformel „Rogers and Perls meet Minuchin“ (<http://www.eft.ca/Events/events.htm>) gebracht.

Das Praxismodell der EFT lässt sich nach Johnson und Best (2003) folgendermaßen darstellen:

Stufe 1: De-Eskalation des Teufelskreises

- Schritt 1 Therapeutische Allianz herstellen sowie Kernkonflikte und Bindungsangelegenheiten herausarbeiten:
- Schritt 2 Teufelskreis (typisch etwa „Anklage – Rückzug“), der Bindungsunsicherheit und Beziehungsstress aufrecht erhält, identifizieren.
- Schritt 3 Verborgene Emotionen, die die Interaktionspositionen organisieren, zugänglich machen und sie in den Rahmen von Bindung stellen.
- Schritt 4 Einen neuen kognitiven und affektiven Rahmen für das Problem schaffen dergestalt, dass das Problem nicht mehr dem einen oder anderen Partner zugeschrieben wird, sondern als Moment des systemischen Zirkels und der ihm zu Grunde liegenden Bindungsemotionen und –bedürfnisse erscheint.

Stufe 2: Änderung der interaktionellen Positionen

- Schritt 5 Die Identifikation jedes einzelnen Partners mit seinen ihm entfremdeten und enteigneten Bindungsbedürfnissen und Selbst-Aspekten fördern und diese in die Beziehungsmuster integrieren.
- Schritt 6 Die Akzeptanz dafür beim jeweils anderen Partner fördern.
- Schritt 7 Bei jedem einzelnen Partner das Ausdrücken von spezifischen Bedürfnissen und Wünschen fördern und emotionales Engagement der Partner befördern.

In Stufe 2 vollziehen sich die zentralen Veränderungsprozesse. Der Teufelskreis von „Anklage – Rückzug“ verliert seine Dynamik, weil aus der Anklage ein Wunsch wird, und der Rückzug einem neuen emotionalen Engagement weicht.

Stufe 3: Konsolidierung und Integration

- Schritt 8 Das Hervortreten neuer Lösungsmöglichkeiten für alte Beziehungsprobleme in einer Atmosphäre von partnerschaftlicher Zusammenarbeit und emotionaler Sicherheit erleichtern.

Schritt 9 Neue interaktionelle Positionen, die durch emotionale Zugänglichkeit und partnerschaftliche Verantwortlichkeit gekennzeichnet sind, und neue Zyklen von Bindungsverhalten konsolidieren.

Ergebnisstudien zur EFT

Die Evaluation der EFT entspricht auf Grund ihrer Methodik (ausf. Heekerens, 2000a) den Anforderungen, wie sie für Verfahren mit einer hohen Evidenz-Basierung international und national, in Deutschland vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2003), gefordert werden (vgl. ausf. Heekerens & Ohling, im Druck). Als Kurzzeitverfahren ist sie zudem als effizient anzusehen. Um einen Einblick in die Evaluationsmethodik zu gewähren, sei beispielhaft in Tabelle 1 eine typische Evaluationsstudie zur EFT mit ihren Ergebnissen sowie ihren methodischen Stärken und Schwächen (letztere kursiv hervor gehoben) dargestellt. Auf eine methodische Schwäche sei besonders hin gewiesen: die „schulische Bindung“ der Untersucher (*researcher allegiance*). Dies deshalb, weil die Mehrzahl der Evaluationsstudien zur EFT „aus dem Hause Johnson & Greenberg“ kommt, was die gut begründete These (Luborsky et al., 1999) der Überschätzung der EFT-Effekte nahe legt.

Die in Tabelle 1 dargestellte Evaluationsstudie prüfte, wie sechs weitere auch, den EFT-Effekt bei einer bestimmten Problemlage: bei leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen (*relationship distress*). Operationalisiert wird diese Einstufung über Werte auf der (als Standardmessinstrument geltenden) *Dyadic Adjustment Scale* (DAS). Bei der Klientel der EFT-Evaluationsstudien fanden sich in der Regel Werte, die vom Mittelwert bis zu einer Standardabweichung unterhalb des Mittelwertes reichen. Alles, was bisher über die Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz der EFT gesagt wurde und gleich noch vertiefend angemerkt wird, ist mit dem Zusatz zu versehen, dass dies bei leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen und nur dafür gilt. Wie es bei anderen Problemen oder Störungen aussieht, wird später noch erörtert werden.

Zuvor aber noch ein paar Worte zu den Effekten der EFT als Treatment von leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen. Statistische Signifikanz meint ja (noch) nicht klinische Relevanz. „Wirksam“ und „effektiv“ sind zunächst einmal bloße Begriffe, die auf signifikanten Gruppenunterschieden beruhen, sie sagen (noch) nichts darüber aus, wie vielen Klienten in welchem Maße denn geholfen wurde. Dazu muss man auf andere Effektgrößen blicken, und das soll hier geschehen. Die klinische Relevanz sieht man einmal dann, wenn man die Effekte der EFT in Prozentsätzen von „Besserung“ und „Heilung“ dar stellt: Beurteilt nach dem bei der Paartherapie als Standardschätzung eingesetzten Verfahren mit Hilfe der DAS, kann die EFT – darin so erfolgreich wie die behaviorale Paartherapie – mit einer Besserungsrate von gut 75 Prozent und einer Heilungsrate von etwas mehr als 50 Prozent aufwarten;

Tabelle 1: Methodische Gütekriterien und Resultate einer Evaluationsstudie zur EFT (Goldman, 1988)

Methodische Gütekriterien	
Vergleichsgruppen	A: unbehandelte Warteliste (<i>keine Placebogruppe</i>) B: Systemisch-interaktioneller Ansatz (<i>kein Benchmark-Ansatz</i>)
Studiendesign	Experiment Gruppengleichheit vorher stichprobenweise gesichert
Ausfallquote	0 bei Posttest, je 3 bei Follow-up
Therapiemanuale	vorhanden
Treatmenttreue	mit Positivresultat geprüft
Therapeuten	14 erfahrene Therapeuten; 12 Std. gezieltes Training
Behandlung	10 Sitzungen, 1 Std. wöchentlich
Setting	1 Paar – 1 Therapeut (Vergleichsgruppe B: + 3 Therapeuten hinter Einwegspiegel)
Klienten	42 Paare (3 x 14) Beeinträchtigungen: mittel (DAS-Mittel = 84)
Ergebniskriterien-	nur <i>Selbstberichte</i> : CRS, DAS, GAS, TC
Messzeitpunkte	Posttest und <i>Follow-up nach nur 4 Monaten</i>
Statistische Validität	p = .01; durch Bonferroni-Korrektur abgesichert
Alternativhypothesen	Gruppenunterschiede in Therapeutenvariablen: ausgeschlossen Gruppenunterschiede in Ttherapeutischer Allianz: ausgeschlossen <i>„schulische Bindung“ des Forschungsteams: nicht kontrolliert</i>
Resultate	
Vergleich mit Nicht-Behandlung	Posttest: EFT überlegen in allen Ergebniskriterien
	Follow-up: nicht geprüft
Vergleich mit Alternativ-Behandlung	Posttest: kein Unterschied
	Follow-up: kein Unterschied

Legende für eingesetzte Messinstrumente:

- CRS Conflict Resolution Scale
- DAS Dyadic Adjustment Scale
- GAS Goal Attainment Scaling
- TC Target Complaints

Verschlechterungen sind die Ausnahme (Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999). Und wenn man die Effekte der EFT als Effektstärke, also in der „frei konvertiblen Währung“ der Evaluationsforschung, darstellt, dann kommt man auf einen Wert von 1.3, womit die bekannten Effektstärken sowohl von Erwachsenenpsychotherapie und Paartherapie im Allgemeinen, aber auch der – als Benchmark fungierenden – behavioralen Paartherapie übertroffen werden (Heekerens, 2000b; Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999). Eine Effektstärke von 1.3 lässt sich so veranschaulichen: Der Klient steht nach der Behandlung im Mittel besser da als 90 Prozent derer, die nicht in Behandlung waren.

Und wie sieht es mit der Wirksamkeit und Effektivität der EFT jenseits der leichten bis mittleren Partnerschaftsstörungen aus? Es gibt paartherapeutische Ansätze, meist behaviorale, die einigen Erfolg in Fällen von anhaltender Misshandlung durch den Partner haben (Stith, Rosen & McCollum, 2003). Nach Johnson (Johnson & Best, 2003) ist die EFT in solchen Fällen nicht angezeigt, weil hier das emotionale Band in der Regel so zerstört ist, dass die Erfahrung und der Ausdruck von Verletzbarkeit nicht mehr adaptiert oder respektiert werden kann; der EFT ist im Falle von Misshandlung der Boden entzogen. Aber das gilt prinzipiell auch für aus anderen Gründen schwer gestörte Paarbeziehungen; eine Annahme, die von

Seiten der EFT denn auch gelegentlich eingeräumt (James, 1991) und bisher durch keine diesbezügliche Evaluationsstudie widerlegt wurde. Eine verkürzte Form der EFT hält Johnson (Johnson & Best, 2003) für angezeigt, wenn es um Trennungshilfe geht; verständlich, weil es hier um ein gelingendes (Sich-)Los-Lassen und nicht um ein glückendes (Sich-)Zusammen-Finden geht; Evaluationsstudien hierzu fehlen.

Während es hinsichtlich einiger weiterer Problemlagen und Störungen – zum Beispiel bei rezidivierenden psychischen Störungen (Dessalles, Johnson & Denton, 2003) – nur vorläufige und noch nicht spruchreife Ergebnisse zu den Effekten der EFT gibt, zeigen zwei Studien die Grenzen der EFT. In der einen Studie (MacPhee, Johnson & v. d. Veer, 1995), in der Paare behandelt wurden, deren weiblicher Part geringe sexuelle Appetenz zeigte, erbrachte die EFT mit einem Ansatz von 10 Sitzungen in diesem Punkte keine Besserung. Viele dieser Frauen waren in früheren engen Beziehungen traumatisiert worden. Offen bleiben muss, ob der Misserfolg bloß der Kürze des Verfahrens, dem praktisch-therapeutischen Ansatz der EFT oder beidem geschuldet ist. Als Misserfolg

ohne genaue Ursachenklärung ist auch der Versuch zu werten, die EFT als Therapie zur Linderung oder Behebung einer somatoformen Störung bei einem Partner eines Paares (ohne Partnerschaftsprobleme) einzusetzen (Burwell Walsh, 2002). Diese für Dissertationszwecke durchgeführte Untersuchung, das sei angemerkt, hat ausgerechnet bei somatoformen Störungen mit acht Sitzungen den geringsten bei der EFT bekannten Zeitansatz, was die Vermutung aufdrängt, hier sei weniger ein seriöses klinisches Unternehmen durch-, als ein Schauspiel in methodischer Kunstfertigkeit aufgeführt worden.

Prozessstudien zur EFT

Die zentralen Resultate der Prozessstudien zur EFT als Intervention bei leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen, die insgesamt beurteilt von hoher methodischer Qualität sind und einen bedeutenden Beitrag zur Prozessforschung auf dem Gebiet der Paartherapie leisten (Heekerens, 2000a; Jacobson & Addis, 1993), lassen sich zusammenfassend (ausführlich Heekerens, 2000a) so darstellen, wie das in Tabelle 2 zu sehen ist. Von den Resultaten sei eines, nämlich das aus der jüngsten Studie (Johnson & Talitman, 1997), hervor gehoben: Die anfängliche – nach der dritten Sitzung fest

gestellte – Qualität der therapeutischen Allianz klärt bald ein Viertel der Varianz der Zufriedenheit mit der Therapie am Ende auf.

Mit diesem Ergebnis wird der enge Rahmen gesprengt, in den die Psychotherapieevaluation derzeit jenseits und diesseits des Atlantiks gesteckt wird. Dieser Rahmen wird im Wesentlichen abgesteckt durch die so genannten *Empirically Supported Treatments* (ESTs), die erstmals von einer speziellen Task Force der stark kognitiv-behavioral geprägten Sektion Klinische Psychologie der APA (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) vorgelegt wurde. Dem EST-Ansatz hat die in der nicht-behavioralen Tradition stehende Sektion Psychotherapie der APA programmatisch jenen der ESR (*Empirically Supported Relations*) gegenüber gestellt (Norcross, 2002). Und als eine sehr gut untersuchte und in ihrer Bedeutung für das Therapieergebnis hoch bedeutsame ESR zeigt sich meist die therapeutische Allianz (Horvath & Bedi, 2002).

Tabelle 2: Zentrale Ergebnisse der Prozessstudien zur EFT nach Perspektive und Thema

	Prozess-Ergebnis-Beziehung	Therapiefortschritt	Veränderungsprozess
Klienten-Perspektive	Johnson & Talitman (1997): Die anfängliche Qualität der therapeutischen Allianz klärt bald ein Viertel der Varianz der Zufriedenheit mit der Therapie am Ende auf.		James (1985): Das Ausdrücken zu Grunde liegender Gefühle durch Partner A führt zu einer doppelten Veränderung: Partner A ändert seine Wahrnehmung von Partner B und B die von A.
Beobachter-Perspektive	Johnson & Greenberg (1988): Paare mit erfolgreicher Therapie zeigen im Therapieverlauf mehr „Tiefung“ und mehr Anzeichen „Bezogene Autonomie“ als Paare ohne Therapieerfolg.	Vaughan (1986): Verhaltensweisen, die „Bezogene Autonomie“ anzeigen, sind am Ende der Therapie häufiger als anfangs.	Ford (1989): Selbstoffenbarung von Partner A erhöht die Bezogenheit von Partner B.

Klientenvariablen als Faktoren des Therapieerfolgs

Zu den Thesen des ESR-Ansatzes gehört auch, dass Charakteristika der Klientel jenseits jeweiliger Problemlagen oder Störungen das Therapieergebnis beeinflussen. Mit einigem Recht lässt sich das oben vorgetragene Ergebnis zur therapeutischen Allianz auch als Hinweis auf den Einfluss von Klientenvariablen lesen, denn im vorliegenden Fall wurde „therapeutische Allianz“ nicht vom Therapeuten oder von einem Beobachter, sondern von den Klienten selbst beurteilt. Das Ergebnis zur „therapeutischen Allianz“ dürfte daher wohl eine – durch die vorangegangenen drei Sitzungen wohl beeinflusste, aber im Wesentlichen doch „mitgebrachte“ – Klienteneigenschaft, nämlich die Bereitschaft, sich auf das therapeutische Angebot ein zu lassen, reflektieren.

In der angesprochenen Studie (Johnson & Talitman, 1997) wurden aber auch noch andere Einflussfaktoren überprüft, die ganz eindeutig als Klientenvariablen anzusehen sind. Von den zahlreichen Ergebnissen seien die genannt, die von besonderer Relevanz für die EFT als Hilfeangebot bei leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen sind. Wer die Vorstellung hat, die EFT sei wegen ihres starken

experientiellen Elementes ausschließlich oder vorzugsweise etwas für (1) unkonventionelle (2) junge Menschen, denen (3) das Herz auf der Zunge liegt, sieht sich durch die Befundlage widerlegt. Und nach der therapeutischen Allianz ist es folgender Faktor, der den zweitgrößten Einfluss auf das Ergebnis hat: der Glaube der Frauen daran, dass ihre Partner Sorge um sie tragen. Das ist mit Blick auf das Praxismodell der EFT ein gut verständliches Ergebnis.

Die EFT als „wissenschaftlich geprüftes“ Psychotherapieverfahren

In der derzeitigen Diskussion (ausf. Heekerens & Ohling, im Druck) darüber, welche psychotherapeutischen Verfahren (nach Laborstudien) als wirksam (efficacious) oder (auf der Basis von Felduntersuchungen) als effektiv (effective) und unter Ökonomiesichtspunkten als effizient (efficient) anzusehen sind, stellt die EFT ein starkes Argument für die Humanistische Therapie dar – und sei es auch nur ein Rechtfertigungsargument (vgl. Kriz, 2003). Gemessen an den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2003) hat es die „wissenschaftliche Prüfung“ mit Erfolg bestanden. In der neusten Meta-Analyse zur Wirksamkeit und Effektivität der humanistischen Ansätze (Elliott,

2002) leistet die EFT mit 10 von insgesamt 86 Evaluationsstudien den zweithöchsten Beitrag nach der Klienten-zentrierten Therapie, sie repräsentiert den einzigen evaluierten Paar-Ansatz und sie zeigt sich, beurteilt nach verschiedenen Dimensionen, als das therapeutische Verfahren mit der höchsten Effektstärke. Und die EFT erzielt ihre volle Wirkung schon bei einem Einsatz von 8 – 12 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils einer bis anderthalb Zeitstunden, weshalb die EFT als sehr effizient an zu sehen ist.

Elliott (2002) hat auf Basis seiner Meta-Analyse gefordert, man solle die humanistischen Verfahren zur EST-Liste unter der 2. Güteklasse („wahrscheinlich wirksames Treatment“) hinzufügen. Dem werden die methodischen Hardliner nicht nachkommen. Einem Verfahren aus der humanistischen Tradition, aber auch nur einem, wurde von dort der Status eines EST der 2. Güteklasse zuerkannt: der EFT (Chambless & Ollendick, 2001). Unter den Paartherapien erhält nur die behaviorale Paartherapie die Einschätzung der 1. Güteklasse („Treatment mit gutem Wirkungs-Nachweis“) und damit eine höhere Einstufung. Das aber darf man keineswegs so lesen, als zeichne sich das behaviorale Verfahren durch erwiesene Überlegenheit aus; eher ist das Gegenteil zutreffend (Heekerens, 2000b; Johnson, 2003).

Literatur

- Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). (1998). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Bretz, H. J., Heekerens, H.-P. & Schmitz, B. (1994). Eine Metaanalyse der Wirksamkeit von Gestalttherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 241–260.
- Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brownell, P. (1996). *Validating Gestalt: An interview with the researcher, writer, and psychotherapist, Leslie Greenberg*. (Online) <http://www.shef.ac.uk/~psyc/Gestalt/integration/greenberg/html;pp.1-10>; zuletzt aufgerufen am 27.01.2004.
- Burwell Walsh, S. R. (2002). *Emotion Focused Couples Therapy as a treatment of somatoform disorders: An outcome study*. Unveröff. Diss., Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksberg.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Dessaules, A., Johnson, S. M. & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 345–353.
- Elliott, R. (1999a). Prozeß-Erlebnisorientierte Psychotherapie – Ein Überblick: Teil 1. *Psychotherapeut*, 44, 203–213.
- Elliott, R. (1999b). Prozeß-Erlebnisorientierte Psychotherapie – Ein Überblick: Teil 2. *Psychotherapeut*, 44, 340–349.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 57–81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ford, C. L. (1989). *Effects of intimate self-disclosure in marital therapy*. Unveröff. Master-Arbeit, York University, Toronto.
- Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.). (2001). *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Goldman, A. A. (1988). *Systematically and emotionally-focused marital therapy: A comparative outcome study*. Unveröff. Diss., The University of British Columbia, Vancouver.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Heekerens, H.-P. (2000a). Die Emotions-Fokussierte Paartherapie: Ansatz, Ergebnis- und Prozessevaluation. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 323–337). Göttingen: Hogrefe.
- Heekerens, H.-P. (2000b). Wirksamkeit therapeutischer Hilfen für Paare. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 405–421). Göttingen: Hogrefe.
- Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (im Druck). Vom Labor ins Feld: Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 2, 35–44.
- Jacobson, N. S. & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going to? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85–93.
- James, P. S. (1985). *Couples perception of change in therapy*. Unveröff. Master-Arbeit, The University of British Columbia, Vancouver.
- Johnson, S. M. (1984). *A comparative treatment study of experiential and behavioral approaches to marital therapy*. Unveröff. Diss., The University of British Columbia, Vancouver.
- Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 365–384.
- Johnson, S. M. & Best, M. (2003). A systemic approach to restructuring adult attachment: The EFT model of couples therapy. In P. Erdman & T. Cafery (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness* (pp. 165–189). New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175–183.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. S. & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couple therapy: Status and challenges. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67–79.
- Johnson, S. M., Makinen, J. A. & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 145–155.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135–152.
- Kriz, J. (2003). 50 Jahre empirische Psychotherapieforschung: Rückblicke – Einblicke – Ausblicke. *Person*, 2, 1–14.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–32). New York: Oxford University Press.
- Luborsky, L., Digue, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106.
- MacPhee, D. C., Johnson, S. M. & v.d. Veer, M. M. C. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 159–182.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.). (2000). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Stith, S. M., Rosen, K. H. & McCollum, E. E. (2003). Effectiveness of couples treatment for spouse abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 407–426.
- Strauß, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.). (2002). *Klinische Bindungsforschung: Theorien, Methoden, Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Sydow, K. V. (2002). Systemic attachment theory and therapeutic practice: A proposal. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 77–90.
- Sydow, K. V. & Ullmeyer, M. (2001). Paarbeziehung und Bindung. Eine Meta-Inhaltsangabe von 63 Studien, publiziert zwischen 1987 und 1997. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 51, 186–188.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist*, 48, 3–23.

Vaughan, P. (1986). *The impact of emotional focused couples therapy on marital interaction*. Unveröff. Master-Arbeit, The University of British Columbia, Vancouver.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2003). *Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.9.2003)*. (Online), <http://www.wbpsychotherapie.de/Homepage/Wir/Mindestanforderungen.html>; S. 1–3; zuletzt aufgerufen am 11.01.2004.

Maria Ohling, 1961, Dr. phil., Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.Päd., Weiterbildung in Familientherapie/Systemischer Therapie sowie in Management im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens, Klinische Sozialarbeiterin in der Psychiatrischen Abteilung des Klinikums Landsberg a. L., Dozentin an der FH München, FB Sozialwesen, am Centrum für Integrative Therapie in München und in anderen Bereichen der Erwachsenenbildung. Schwerpunkte: Familien(therapie) und Klinische Sozialarbeit.

Autor/Autorin

Hans-Peter Heekerens, 1947, Dr. theol., Dr. phil., Dipl.-Psych., Professor für Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Pädagogik an der FH München, FB Sozialwesen, Weiterbildung in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren. Schwerpunkte: Familien(therapie) und Psychotherapieforschung.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Heekerens, Dr. Maria Ohling
Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen
Am Stadtpark 20
D-81243 München
E-Mail: heekerens@fhm.edu

Robert Waldl

Personzentriertes Coaching

Zusammenfassung: *Im vorliegenden Artikel wird gezeigt, dass der Personzentrierte Ansatz nicht nur für Psychotherapie, sondern auch für Coaching ein konsistentes Theoriemodell zur Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung sowie zu Prozess und Beziehung bereitstellt. Coaching wird im Folgenden als eine besondere Ausformung der von Carl R. Rogers beschriebenen hilfreichen Beziehung analysiert. Es werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Psychotherapie dargestellt. Anhand der Prozessskalen von Rogers werden die Besonderheiten von Coaching gezeigt und die Abgrenzung zur Psychotherapie verdeutlicht.*

Schlüsselwörter: *Coaching, Beratung, Prozessskala, Zielorientierung*

Abstract: Person-centred Coaching. *The following article shows that the Person-centred Approach provides a reliable theoretical model with regard to personality theory, theory of personal development as well as of process and relationship: not only for psychotherapy, but also for coaching processes. In the following article coaching will be analysed as a special mode of the helping relationship described by Carl R. Rogers. Similarities and differences of coaching and psychotherapy are presented. By means of Rogers' process scale the characteristics of coaching are highlighted and the differences with regard to psychotherapy are outlined.*

Keywords: *Coaching, counselling, process scale, goal orientation*

*Seit langem bin ich felsenfest davon überzeugt
– manche werden sagen, es sei eine fixe Idee –,
daß die therapeutische Beziehung nur ein spezieller Fall
allgemeiner zwischenmenschlicher Beziehungen ist,
und daß die gleiche Gesetzmäßigkeit
alle interpersonalen Beziehungen regelt.
Carl R. Rogers (1961a/1973, S. 53)*

Die Darlegungen des vorliegenden Artikels sind theoretische Reflexionen aus meiner personzentrierten Praxis. Ich leite Coachings in Einzel- und Gruppensettings für Auftraggeber¹ aus verschiedenen Bereichen der Wirtschaft und aus dem arbeitsmarktpolitischen Bereich. Seit dem Jahr 2000 arbeite ich regelmäßig im Team mit Martina Dienstl. Wir verfügen beide über eine person-/klientenzentrierte Psychotherapieausbildung sowie über eine systemische Coaching-Ausbildung. Einzel- und Gruppencoachings, die wir in den Jahren

2000 und 2001 im Bereich Jobsuche und Berufsorientierung durchgeführt haben, waren aufgrund von schwierigen Rahmenbedingungen eine besondere Herausforderung für uns. Die Brauchbarkeit des Personzentrierten Ansatzes für Coaching-Prozesse zeigte sich uns besonders unter problematischen Arbeitsbedingungen deutlich. Durch die Umsetzung der personzentrierten Grundhaltungen gelang es uns, nicht nur unsere eigene Arbeitssituation positiv zu gestalten, sondern, zu unserem anfänglichen Erstaunen, auch durchgehend gute Resultate zu erzielen. Dies war die Zeit, in der wir einerseits eine ausformulierte personzentrierte Theorie jenseits der Psychotherapie zu vermissen begannen, andererseits jedoch daran gingen, unsere personzentrierte Arbeit auch theoretisch zu reflektieren.

Unsere einjährige Coaching-Tätigkeit wurde von einem unabhängigen Institut evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation belegen in Zahlen die, meiner Meinung nach, unterschätzte Bedeutung des Personzentrierten Ansatzes für das Coaching.

Im vorliegenden Artikel wird aus Gründen der Schwerpunktsetzung auf die Präsentation von quantitativen und qualitativen Arbeitsergebnissen verzichtet. Den Artikel verstehe ich nicht als Gesamtdarstellung einer Theorie des personzentrierten Coachings, sondern als einen Beitrag auf dem Weg dorthin.

¹ Wenn im Text nur die männliche Sprachform verwendet wird, so geschieht dies aus Gründen der leichteren Lesbarkeit. Es sind immer Frauen und Männer gemeint.

Coaching

Auch wenn keine verbindliche Definition für Coaching existiert, gibt es bei einigen anerkannten Coaching-Richtungen eine begriffliche Übereinstimmung (Rauen, 1999; Schreyögg, 1998). Coaching ist demnach ein auf eine Einzelperson oder eine Gruppe bezogener, unterstützender interaktiver Beratungsprozess, der berufliche und private Inhalte umfassen kann. Coaching ist auf ein definiertes Ziel hin ausgerichtet, findet meist in mehreren Sitzungen statt und ist zeitlich begrenzt. Die Basis eines Coaching-Prozesses bildet eine auf gegenseitige Akzeptanz und Vertrauen beruhende Beratungsbeziehung. Der Coach ist Spezialist für Prozess und Beziehung, jedoch kein Spezialist für Fachinhalte und greift niemals aktiv in die Rahmenbedingungen, welche Anlass für das Coaching waren, ein. Ziel ist eine Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstverantwortung, indem beim Klienten Selbstwahrnehmung und -reflexion durch entsprechende Interventionen gefördert und damit die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Klienten erhöht werden.

Coaching hat seit den späten 80er Jahren als Instrument der Personalentwicklung in vielen Bereichen der Wirtschaft und Verwaltung eine weite Verbreitung gefunden. Coaching wird heute von Organisationen und neuerlich auch verstärkt von Einzelpersonen mit großer Selbstverständlichkeit angefragt. Die Professionalisierung ist von der Coaching-Ausbildung bis hin zur Evaluation von Coaching-Prozessen weit voran geschritten. Im Fahrwasser dieser Entwicklungen hat sich allerdings auch ein inflationärer Wortgebrauch des Begriffs Coaching breit gemacht. Der Begriff Coaching ist nicht geschützt, wie dies seit vielen Jahren bei Psychotherapie und zumindest ansatzweise bei Supervision der Fall ist, und so wird z. B. oft versucht, meist verschiedene Fachberatungen mit dem Suffix Coaching aufzuwerten, anderswo wird wieder jedwede Form der Personalentwicklung unter dem Begriff Coaching subsumiert. Neben der wirtschaftlichen Rezession der letzten Jahre ist es vor allem diese Unübersichtlichkeit auf der Angebotsseite, die den Markt für Coaching schwieriger werden ließ. Um dem entgegenzuwirken, gibt es im deutschsprachigen Raum bereits vielfältige Bestrebungen von Dachverbänden und Ausbildungseinrichtungen für die Schaffung von verbindlichen Qualitätsstandards im Bereich der Coaching-Ausbildung und der Coaching-Angebote. Jedenfalls befriedigt Coaching heute einen steigenden Beratungsbedarf, der von anderen Verfahren wie Psychotherapie, Supervision oder Unternehmensberatung nicht erfüllt wird.

Personenzentrierte Arbeit in Organisationen

Berater, die mit personenzentrierter Kompetenz in Wirtschaftsunternehmen, in Organisationen der Verwaltung und im Sozialbereich arbeiten, finden im Personenzentrierten Ansatz eine wertvolle Ressource für die Konzeption ihrer Arbeit und für die tägliche Praxis.

Wenn es auch bisher keine Zusammenschau und gesammelte Reflexion der vielfältigen Anwender gibt, so existiert doch eine große Zahl von ermutigenden Erfahrungsberichten und Plädoyers für die personenzentrierte Arbeit in Organisationen. Rogers (1951a) selber hat bereits überzeugend dargelegt, dass die Prinzipien seiner Therapieform auch in nicht-therapeutischen Kontexten erfolgreich angewendet werden können. Gemeinsam mit Co-Autoren hat er in dem genannten Buch die klientenzentrierte Methode anhand der Themenbereiche Gruppenarbeit, Führung, Verwaltung und Unterricht dargestellt. Einer der Co-Autoren, Thomas Gordon, publizierte später mit „*Group-Centered Leadership*“ und „*Leader Effectiveness Training*“ Bestseller, trennte sich von Rogers und baute ein bedeutendes Trainingszentrum für Führungskräfte aus der Wirtschaft auf. So wie bei Thomas Gordon lassen sich in unterschiedlichen Schulen und Richtungen von Organisationsentwicklung, Führungskräfteentwicklung, Kommunikationstrainings, Mediations-, Beratungs- und Coaching-Ansätzen der letzten Jahrzehnte Einflüsse von Rogers' grundlegenden Konzepten aufspüren. Oft wird auf diese Einflüsse hingewiesen, z. B. von E. H. Schein (Mitbegründer der Organisationsentwicklung und Prozessberatung), Peter M. Senge (Leiter des Center for Organizational Learning am MIT) und David Ryback (Managementberater). Manchmal springen diese Einflüsse einem ohne einen Hinweis auf ihre Herkunft ins Auge (teilweise mit den zentralen Begriffen wie Wertschätzung, Einfühlung, Echtheit), manchmal kann man sie aber auch nur aus Versatzstücken erahnen.

So effizient die Anwendung des Personenzentrierten Ansatzes in der praktischen Arbeit in Organisationen auch ist, so ist diese Anwendbarkeit doch nach zwei Seiten hin eingeschränkt. Die Erfahrung zeigt, dass der Personenzentrierte Ansatz in Einzel- sowie in Gruppensettings in fast allen Bereichen der Personalentwicklung (Beratung, Training, Supervision, Coaching etc.) effizient angewendet werden kann. Eine Grenze des Ansatzes, so wie er bisher formuliert ist, zeigt sich nicht bei der Arbeit *in* Organisationen, sondern erst bei der Arbeit *an* Organisationen, also bei klassischen Aufgabenstellungen der Organisationsentwicklung (OE). Im Rahmen von OE-Prozessen kommt es zu Interdependenzen von personalen und strukturalen Aspekten, eine Orientierung an der Person würde hier zu kurz greifen (vgl. Frenzel, 2001, S. 378). Die Dualität der Anforderung in OE-Prozessen in Form von strukturzentrierten und personenzentrierten Rollenaufträgen führte zur Weiterentwicklung des Ansatzes zur Personenzentrierten Organisationsentwicklung (PCOD – Person-Centered-Organisation-Development) durch Beatrix Terjung und Thomas Kempf. Ein personenzentrierter und ein strukturzentrierter Berater teilen sich hier ergänzend die Arbeitsfelder und erweitern so gegenseitig das Interventionsrepertoire, wenn einer von beiden an seine Grenzen stößt (Terjung & Kempf, 2001).

Lassen sich konzeptionelle Grenzen des Personenzentrierten Ansatzes durch Weiterentwicklungen überwinden, so ist die zweite angesprochene Grenze scheinbar hartnäckiger. Gemeint ist die begriffliche Grenze, die sich aus dem Wort *personenzentriert* ergibt.

Immer wieder stößt man als Praktiker auf die Verwechslung von personenzentriert mit der Bedeutung von „rein am Individuum“ und „am vereinzelt Menschen ausgerichtet“. Die soziale Dimension des Ansatzes spiegelt sich in seinem Namen nun mal nicht wider. Tatsächlich wird jedoch in der personenzentrierten Arbeit nach dem Menschen mit all seinen relevanten sozialen Beziehungen und strukturellen Bezogenheiten gefragt. „Mit dem Begriff Person ist immer der Mensch auch in seinen sozialen Bezügen gemeint, also die Person im jeweiligen System. Die individuelle und relationale Dimension des Personseins und Personwerdens, Selbständigkeit und Beziehungsangewiesenheit sind für die personale Sicht gleichermaßen bedeutsam.“ (Schmid, 1997, S. 175). Der Entwicklungsprozess einer Person kann in keiner Phase ohne die interaktionellen Aspekte dieser Person gesehen bzw. gefördert werden. Für die Anforderungen, die z. B. aus strukturellen Veränderungsprozessen an die Flexibilität des Selbstkonzeptes einer Person gestellt werden, gibt es Beschreibungen aus personenzentrierter Sicht (Mitterhuber, 2000). Der Personenzentrierte Ansatz stellt eine hinreichende Basis für die Arbeit in Organisationen zur Verfügung.

Das Vorurteil, personenzentrierte Arbeit beziehe sich nur auf das einzelne Individuum ist nicht nur falsch, sondern auch unverständlich. Ich habe auch beispielsweise in systemischen Seminaren noch nie etwas anderes als Personen sitzen gesehen. Eine Organisation ist jedenfalls noch nie *unmittelbar* in einem Seminar gesessen. In der Beratungsarbeit sind eine Organisation und alle ihre Teilbereiche nur über ihre Repräsentanten erreichbar, und das sind Personen. Daher kann, wenn auf Veränderungen im personalen und strukturellen Bereich abgezielt wird, immer nur an der Person angesetzt werden. Unabhängig davon, nach welchem theoretischen Modell in Organisationen gearbeitet wird, die Schnittstelle Person ist der unumgehbare Dreh- und Angelpunkt für das Gelingen oder das Verfehlen von Entwicklungsprozessen in Organisationen.

In einem Weiterbildungsseminar, an dem ich teilgenommen habe, wurde ein Coaching-Gespräch live nach dem systemischen Ansatz demonstriert. Als ich dem Coach, der das Gespräch wirklich wunderbar geleitet hat, rückgemeldet habe, dass ich glaube, dass seine systemischen Interventionen vor allem deshalb so zielführend waren, weil er während des gesamten Gespräches sehr wertschätzend, äußerst einfühlsam und als Person völlig kongruent gewesen sei, meinte er nach kurzem Nachdenken, dass diese Art einfach seine persönliche Haltung zu seinem Job und zu den Menschen sei, denen er darin begegne. Mein Standpunkt dazu ist, dass ein Coaching-Gespräch nicht wirksam sein kann und kein Prozess der positiven Veränderung in Gang gesetzt wird, wenn die personenzentrierten Bedingungen nicht weitgehend realisiert sind. Wenn jedoch umgekehrt die Beziehung zwischen Coach und Klient bestimmte Elemente enthält, die wir personenzentrierte Bedingungen nennen, dann kann hier mit sehr unterschiedlichen, kreativen, der jeweiligen Situation angepassten Techniken gearbeitet werden, und diese werden zielführend sein.

Für die praktische Arbeit in Organisationen heißt das, Coaching-Prozesse sind auf bestimmte Personen oder Gruppen zugeschnitten. Beim Coaching in Organisationen arbeiten wir jedoch an der Interaktion zwischen der einzelnen Person und einem System von interagierenden Personen – der Organisation. Selbstverständlich ist der Personenzentrierte Ansatz geeignet, das interaktionelle Umfeld zu klären, das auf die einzelne Person bzw. auf die Gruppe wirkt. Der personenzentrierte Coach sieht sich auch nicht außerhalb dieser sozialen Systeme stehend, die den Prozess von Anfang an mit beeinflussen, sondern sieht sich als Teil des strukturellen Gefüges. Während des Coachingverlaufes zeigt sich nicht nur eine Entwicklung des Klienten im Umgang mit einem bestimmten Thema, sondern auch die Auswirkung dieses Prozesses auf das strukturelle Umfeld. Es entsteht eine Wechselwirkung, die unabhängig davon, ob sie vorwiegend positiv oder negativ ist, im Coaching eine Rolle spielt und regelmäßig thematisiert wird.

Grundprinzipien des Personenzentrierten Coachings

In ein Coaching kommen, aus Eigeninitiative oder auf eine Initiative des Vorgesetzten (oder AMS-Beraters), in der Regel Personen, die einem gewissen äußeren Druck ausgesetzt sind. Meistens werden Veränderungen verlangt, die eine große Herausforderung für diese Menschen darstellen – oft geht es darum, sich unter Zeitdruck neuen Bedingungen zu stellen. Die Bereitschaft und die Fähigkeit einer Person, auf äußere Veränderungen und Entwicklungen flexibel zu reagieren, hängt nicht nur von den äußeren Rahmenbedingungen ab, sondern in einem hohen Ausmaß vom Selbstkonzept der Person. Eine Person mit einem starren Selbstkonzept kann nur schwer neue Erfahrungen zulassen, mit ängstlicher Abwehr werden Erfahrungen, die das Selbstbild gefährden könnten, vermieden. Durch Unterstützung der Selbstreflexionsfähigkeit wird im Coaching die Flexibilität der Selbststruktur erhöht, der Klient findet so in sich leichter Lösungen für die Anforderungen, die er sich selbst gestellt hat oder die von außen an ihn herangetragen wurden. Eine Person mit einem flexiblen Selbst kann neue Erfahrungen zulassen; dies ermöglicht gleichzeitig Kontinuität und Flexibilität.

Manchmal wird Unveränderlichkeit mit Sich-selbst-treu-Bleiben gleichgesetzt. „Nichts könnte der Wahrheit ferner liegen. Das sein, was man ist, heißt voll in das Prozeß-Sein eintreten. Veränderung wird erleichtert, tritt häufiger auf, wenn man bereit ist, sein wahres Selbst zu sein.“ (Rogers 1961a/1973, S. 177). Dies schrieb der Begründer des Personenzentrierten Ansatzes, als er die Bedingungen formulierte, unter welchen Menschen eine solche Entwicklung erleichtert wird: weg von Starrheit; weg von Fassaden; weg vom „eigentlich sollte ich“; weg davon, anderen zu gefallen; Entwicklung hin zu Selbstbestimmung; Entwicklung hin zu Erfahrungsoffenheit; Entwicklung in Richtung Selbstvertrauen. Coaching nach

dem Personzentrierten Ansatz ist eine Sonderform der Umsetzung hilfreicher Haltungen, wie Rogers sie beschrieben hat. Demgemäß gelten als Bedingungen für einen erfolgreichen Coaching-Prozess die drei Grundmerkmale: *Bedingungsfreies Akzeptieren, Einfühlendes Verstehen und Echtheit*.

Bedingungsfreies Akzeptieren – eine neutrale Ausgangsposition

Bedingungsfreies Akzeptieren bedeutet zuerst eine Haltung des Respekts und der Achtung für die Person des Klienten. Diese Haltung einzunehmen ist dem Coach möglich, weil er von der positiven Entwicklungsmöglichkeit seines Klienten ausgeht. *Bedingungsfreies Akzeptieren* bedeutet auch eine Bereitschaft zur engagierten Anteilnahme und ein sich sorgendes Interesse an der Situation des Klienten. Finke (1994) weist darauf hin, dass solch eine Haltung von einem Fachmann zu fordern vielleicht seltsam moralisierend, ja sogar ein wenig sentimental erscheinen könnte. Genau genommen handelt es sich aber „um nichts anderes als eine Haltung besonderer Sachlichkeit.“ Es geht um die entschiedene Hinwendung zur Sache, hier der Person des Klienten. „Solche ‚Sachlichkeit‘ erfordert das Absehen von sich selber, von eigenen Vorlieben, Enttäuschungen und Kränkungen. Diese Sachlichkeit bedeutet auch eine besondere Art des Interesses und der ‚Liebe zur Sache‘.“ (ebd., S. 32)

Bedingungsfreies Akzeptieren lässt sich auch in seiner Funktion darstellen: Entsprechend seiner Problemstellung beschreibt der Klient die Situation, in der er sich befindet, und oft sind hier schon Tendenzen von Veränderungswillen und positiven Zielsetzungen zu sehen. Dabei gibt es immer Aspekte, die gerne, vielleicht sogar stolz, geschildert werden. Andere Bereiche sind mit Ängsten, vielleicht mit Scham und Selbstverurteilung bis hin zu Wahrnehmungs-Verleugnung behaftet. Der Coach übernimmt das Akzeptieren und Wertschätzen zunächst stellvertretend für den Klienten. „Das Einnehmen der akzeptierenden, bejahenden Grundhaltung ist eine Vorentscheidung, die rein formal der Entscheidung entspricht, etwa eine ‚objektive‘, emotional-neutrale Haltung einnehmen zu wollen“ (ebd., S. 34). Die positive Haltung einzunehmen bedeutet, dem Klienten in der Offenheit seiner Möglichkeiten zu begegnen. *Bedingungsfreies Akzeptieren* hat die Funktion eines Appells an die kreativen und konstruktiven Potenziale des Klienten. Die Haltung von Wohlwollen und die positive Wertschätzung, die der Coach dem Klienten gegenüber einnimmt, führt dazu, dass jener die zunächst abgelehnten Aspekte seiner tatsächlichen Erfahrungen, nach und nach ebenfalls mit einer gewissen freundlichen Gelassenheit akzeptieren kann. Eine solche Entwicklung bedeutet beim Klienten meist eine Tendenz in Richtung Entspannung. Er muss nicht mehr so viele Kräfte in die Aufrechterhaltung einer Fassade investieren; es zeigt sich meist eine adäquatere Selbstwahrnehmung und damit eine erweiterte Handlungs- und Problemlösungskompetenz des Klienten.

Die Dualität des Einfühlenden Verstehens im Coaching

Der Coaching-Klient spricht von Personen und Situationen, die er besser verstehen möchte, von Problemen, die er lösen will, von neuen, selbst gewählten oder auferlegten Herausforderungen, die er bewältigen möchte. Dies sind Darlegungen von externalen Ereignissen, die vom Klienten mit einer bestimmten Emotionalität eingebracht werden. Fehlt in der Schilderung der innere Bezug, der emotionale und persönliche Bedeutungszusammenhang, versucht der Coach über seine Einfühlung in den Klienten etwas zur Klärung beizutragen. In seltenen Fällen wird der emotionale Teil, eine innere Betroffenheit, Verletztheit oder Angst, zuerst gezeigt und die zugehörigen Fakten der Geschichte werden erst nachgeliefert. Für ein erfolgreiches Coaching braucht es jedenfalls beide Anteile, den persönlich betreffenden, emotionalen „inneren“, und den kognitiven, faktenbezogenen „äußeren“ Teil. Der Coach beobachtet, hört zu, konkretisiert, bietet vorsichtig einfühlerisches Verstehen an, das manchmal nahe an Interpretationen herankommt, und regt den Klienten im ziel- und lösungsorientiert geführten Gespräch an, *beide* Ebenen zu klären: äußere Welt *und* affektive Konnotation! *Einfühlerisches Verstehen* heißt, über entsprechende Interventionen emotionale und kognitive Ressourcen des Klienten anzustoßen, anzusprechen, anzufühlen, sie zu wecken und sie damit für ihn spürbar, bewusst und nutzbar werden zu lassen. Der Klient gewinnt an Stärke, an Handlungs- und Lösungskompetenz, weil er in diesem Verstehensprozess seine Wahrnehmungen und Gefühle neu ordnen und zuordnen kann. Der Klient findet die Verbindung von „äußeren“ und „inneren“ Ressourcen; er kann dadurch seine Möglichkeiten deutlicher und differenzierter wahrnehmen, daher auch klarer entscheiden und seine Probleme besser lösen. Coaching zentriert nicht wie Psychotherapie auf die innere Welt des Klienten, sondern pendelt beständig zwischen innerer und äußerer Welt.

Durch das Prinzip *Einfühlerisches Verstehen* werden kognitive und emotionale Bestandteile des Erlebens zu einem Ganzen zusammengeführt. Das heißt, es kann nicht nur eine dieser beiden Ebenen alleine behandelt werden. Diese Dualität im Coaching zu wenig zu beachten, führt meist zu einem Stillstand des Coaching-Prozesses. Bleibt das Gespräch im Externalen, wird eine Fachberatung oder eine wirkungslose Scheinberatung durchgeführt, da die Lösung nicht zur emotionalen Befindlichkeit des Klienten passt. Häufig geschieht dies, wenn mit vordergründig sehr effizient erscheinenden Techniken zu Themen wie Entscheidungsfindung, Zeitmanagement, Konfliktlösung, Berufsorientierung o. Ä. gearbeitet wird. Das Problem scheint sich plötzlich wie von alleine zu lösen, in Wirklichkeit zeigt es sich jedoch nur nicht, weil der innere Anteil des Problems ausgeblendet wird. Der Klient verlässt die Sitzung mit einer nicht umsetzbaren Scheinlösung und läuft Gefahr, von seinem Coach in der Folge als schwieriger oder nicht handlungsmotivierter Klient gesehen zu werden.

Wird dagegen nicht das innere Erleben, sondern der äußere Bezug zu wenig geklärt, kann der Coaching-Prozess ebenfalls zum Stillstand kommen. Der Coach kann nicht jede Klientenäußerung auf ihren emotionalen Gehalt hin überprüfen und dem Klienten rückmelden, da es sich hier nicht um einen psychotherapeutischen Prozess handelt und die als belastend empfundenen äußeren Gegebenheiten damit ausgeklammert würden. Die Aufgabe des Coaches ist es, mit dem Klienten die vielleicht anfangs schmalen Übergänge zur äußeren Welt und zu seiner Handlungskompetenz zu finden, die immer vorhanden sind und die der Klient dann nach und nach zu einer tragfähigen Verbindung ausbauen kann. Damit wird der Klient in seiner Kreativität und Entwicklungsfähigkeit unterstützt und es zeigt sich eine Erweiterung seines Handlungsspielraums.

Echtheit

Rogers nennt die *Echtheit* die grundlegendste Einstellung des Beraters, die für einen positiven Verlauf des Prozesses notwendig ist (Rogers, 1977b, S. 30). Gleich zu Beginn des Coachings interveniert der Coach häufig in jenen Kategorien, die sich vom Grundprinzip Echtheit ableiten. Bevor es zu einem Arbeitskontrakt zwischen Klienten und Coach kommen kann, geht es darum, den Arbeitskontext auszuleuchten (Kontextklärung). Der Coach sitzt niemals mit dem Klienten alleine im Boot, vielmehr kommt er als weiterer Beteiligter in ein bereits laufendes, vielfältiges Beziehungsgeschehen, welches durch den Coaching-Prozess beeinflusst wird, welches auf diesen jedoch von Anfang an wirkt. Zu klären ist: Wer ist der Auftraggeber des Coachings, wer bezahlt das Coaching, welche Beratungen finden parallel statt, welche Interessen und Erwartungshaltungen der Beteiligten gibt es, wer erwartet schließlich welche Form von Bericht aus dem Coaching? In der Auftragsklärung werden die Erwartungshaltungen des Klienten an den Coaching-Prozess sowie an die Rolle und Person des Coaches besprochen. Oft werden in diesem Zusammenhang Bedeutungszuschreibungen und Vorerfahrungen, auch mit anderen Beratungsformen, thematisiert. In der Zielklärung wird das Ziel des Coachings explizit benannt. Es werden die Zeitdimension und die Umsetzungschancen besprochen.

Zur Aufgabe des Coaches gehört es, im ersten Gespräch Erwartungen und Klientenannahmen zu Zielsetzung und Verlauf des Coachings und zur Rolle des Klienten und Coaches explizit zum Thema zu machen, Fragen aufzuwerfen, solche zu beantworten und Divergenzen zu klären. Ungenügende Klärungen zu Beginn des Coachings können eine versteckte Diskrepanz zwischen den Annahmen des Klienten und des (Selbst-)Verständnisses des Coaches bestehen lassen. So wichtig es ist, die Situation des Klienten von Beginn an einfühlsam zu verstehen, der Klient wird sich keine Vorstellung vom Coaching machen können und das Coaching-Angebot nicht wahrnehmen können, wenn der Coach nicht *seine* Perspektive des Problems in der entsprechenden Form kommuniziert. Das heißt,

der Coach ist im Unterschied zum Psychotherapeuten viel früher als Dialogpartner angefragt, sich mit seinem Bezugssystem offen mit dem Bezugssystem des Klienten auszutauschen, wobei er dem Klienten natürlich jede Freiheit lässt, sich von seinen Sichtweisen abzugrenzen.

Coaching und Psychotherapie – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Coaching und Psychotherapie haben ein gewisses methodisches Naheverhältnis. In den 80er Jahren, als Coaching sich im Bereich Personalentwicklung verstärkt etablierte, haben hier verschiedene Methoden und Interventionsverfahren aus der Humanistischen Psychologie (Gesprächstechniken, Rollenspiele etc.) und der Gruppendynamik Eingang gefunden. Die Psychotherapie gilt neben Sport, Consulting, Supervision und Mentoring als eine der Wurzeln des heutigen Coaching-Begriffes (vgl. Rauen, 1999, S. 21). Trotz vorhandener Gemeinsamkeiten lassen sich die Verfahren jedoch relativ klar voneinander abgrenzen. Als Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Formen helfender Beziehungen kann jedoch nicht das Thema an sich dienen, obwohl dies in der gängigen Coaching-Literatur oft so dargestellt wird. Als Kriterium, ob für den Klienten Coaching oder Psychotherapie angebracht ist, kann nur die Art und die Schwere der Betroffenheit des Klienten herangezogen werden. So ist für den einen ein berufliches Problem, wie z. B. ein drohender Jobverlust, ein Anlass, um in Gelassenheit über seine Situation zu reflektieren, das Karrieretal eventuell für eine kurze Auszeit zu nützen, während für den anderen beim gleichen Anlass die Welt zusammenstürzt und er in seinem subjektiven Empfinden am Rande eines tiefen schwarzen Loches steht.

Obwohl im Coaching mit Problemstellungen von geringerer emotionaler Tiefe gearbeitet wird, ist Coaching keine Leichtversion von Psychotherapie, sondern unterscheidet sich von dieser durch stärker strukturierendes Vorgehen und einer Orientierung an einem explizit formulierten Ziel. In der Psychotherapie nimmt der Therapeut die personenzentrierte Grundhaltung ein, sucht den Bezugsrahmen des Klienten auf und begleitet diesen bei der Klärung seiner Anliegen. Mit einer großen Zuverlässigkeit kann er auf die Aktualisierungstendenz bauen und sich von diesem Kompass im Klienten im Prozessverlauf leiten lassen. Die Aktualisierungstendenz wird beim personenzentrierten Coaching ebenso für die Steuerung des Prozessverlaufes genützt – und doch gibt es hier zusätzlich zu diesem Kompass das explizit formulierte Ziel, welches wie ein Fixstern als vereinbarter externer Orientierungspunkt genützt wird. Es ist nicht die Aufgabe des Coaches, auf die Einhaltung des Zieles zu pochen, sondern auf eventuelle Abweichungen in einer produktiven Weise hinzuweisen. In den Abweichungen vom vereinbarten Ziel, vor allem wenn sie regelmäßig und mit sehr eindeutigen inhaltlichen Tendenzen vorkommen, sind meist wichtige Botschaften enthalten.

Gemeinsamkeiten von Coaching und Psychotherapie:

- Anwendung reflektierender Verfahren, von psychologisch wirksamen, aber keinesfalls manipulierenden Methoden
- Basis der Beratung ist eine von gegenseitigem Vertrauen und Akzeptanz gekennzeichnete Arbeitsbeziehung; der Berater fungiert für den Klienten als Alter-Ego und als Dialogpartner
- Der Berater ist Spezialist für Prozess und Beziehung, jedoch kein Spezialist für (Fach-)Inhalte
- Beschäftigung mit dem Erleben des Klienten
- Eine bedingungsfrei wertschätzende, empathische und kongruente Haltung des Beraters ist Voraussetzung für das Gelingen; Methoden und Interventionsformen können nur auf Basis dieser Grundhaltung wirksam werden
- Angestrebtes Ergebnis ist eine erhöhte Kompetenz zur Problembewältigung durch Erweiterung von (Selbst-)Wahrnehmung und Flexibilisierung der Selbststruktur des Klienten

Unterschiede zwischen Coaching und Psychotherapie

<i>Coaching</i>	<i>Psychotherapie</i>
Im Vordergrund stehen aktuelle, benennbare, überschaubare Themen von „geringer bis mittlerer“ emotionaler Tiefe; Coaching wird für Themen aus dem beruflichen Kontext in Anspruch genommen, ist jedoch auch für private Themen geeignet.	Besonders für Probleme mit krankheitswertiger Gewichtung geeignet; Psychotherapie bewirkt Linderung von psychischen Leiden, ist jedoch aus personzentrierter Perspektive vor allem ein Modell der Persönlichkeitsentwicklung, was Krankheitsprävention einschließt.
Der Prozess pendelt beständig zwischen dem inneren Erleben des Klienten und der von außen an ihn herangetragenen Anforderung.	Im Prozess wird auf das innere Erleben des Klienten fokussiert.
Ressourcen- und lösungsorientierte kurz- bis mittelfristige Prozesse.	Auch langfristige Prozesse mit ursachenorientierter Analyse möglich.
Es wird überwiegend ziel- und handlungsorientiert gearbeitet; Ziele sind oft reine Leistungsziele; Coach und Klient bewegen sich vorwiegend (aber nicht nur) in der Welt des Tuns.	Hier wird überwiegend erlebnisorientiert gearbeitet, Therapeut und Klient bewegen sich vorwiegend (aber nicht nur) in der Welt des Seins, letztlich geht es hier um das In-der-Welt-Sein.
Bei Coaching in Organisationen ist die Arbeitsbeziehung oft ein Dreiecksverhältnis: Auftraggeber – Klient – Coach. Die Klärung des strukturellen Kontextes, in dem der Klient sich befindet und in dem das Coaching stattfindet, muss zu Beginn des Prozesses erfolgen.	In der Regel ist hier der Klient auch der Auftraggeber. Die Explizierung und Klärung der Beziehungen und sozialen Interaktionen des Klienten sind Bestandteil eines längeren Therapieprozesses.
Klare Ziel- und Auftragsklärung, mit regelmäßiger Überprüfung; es wird nicht zur Gesamtpersönlichkeit des Klienten gearbeitet, sondern auf Teilbereiche fokussiert, während andere Bereiche und (ev. auch massive) Problemstellungen ausgeklammert bleiben.	Komplexe Problemlösung mit Vertrauen in die Selbstaktualisierung, es genügt eine globale Zielbenennung, die sich erst im Prozess konkretisiert; die Zielsetzung kann sich im Zuge des Therapieprozesses (auch mehrmals) ändern, die Gesamtstruktur der Persönlichkeit des Klienten kann sich ev. weiterentwickeln.
Arbeitserfahrungen aus den Bereichen Wirtschaft und Verwaltung sind beim Coach notwendig.	Psychotherapiespezifische Kenntnisse sind beim Psychotherapeuten notwendig.

Das Spezifische am Coaching nach dem Personzentrierten Ansatz

Trotz der Unterscheidungsmöglichkeit von Psychotherapie und Coaching gibt es eine Fülle von Überschneidungen zwischen den Anliegen von Psychotherapie-Klienten und Coaching-Klienten. Hier soll in einer idealtypischen Gegenüberstellung die unterschiedliche Problematik von Psychotherapie-Klienten und Coaching-Klienten verdeutlicht werden. Die hier getroffenen Aussagen sind nicht als starre Bewertungskriterien im Sinne eines Entweder-Oder zu lesen, sondern vielmehr als Markierungen auf einer Skala mit fließenden

Übergängen. Insbesondere gilt das hier über Coaching-Klienten Gesagte oft auch für Psychotherapie-Klienten, besonders für solche in fortgeschrittenen Therapien. Umgekehrt können die Kriterien, die hier den Psychotherapie-Klienten zugeordnet sind, punktuell auch für Coaching-Klienten zutreffen (wenn etwa besonders belastende Situationen plötzlich vulnerable Seiten des Klienten zeigen). Als Basis dient hier die von Rogers entwickelte Prozess-Skala, mit der er seine Grundlagen und Thesen einer Theorie der gesunden menschlichen Entwicklung operationalisierte. Sein Konzept der *fully functioning person* stellt dabei idealtypisch den imaginären Endpunkt dieser Entwicklung dar.

Erscheinungsformen / Ursachen von Problemen bei Coaching-Klienten	Erscheinungsformen / Ursachen von Störungen bei Psychotherapie-Klienten
<p>Beziehung zu Problemen</p> <p>Die eigene Verantwortung und der Bezug zu den Problemen kann entweder gesehen werden oder es besteht ein expliziter Wunsch, diese zu sehen. Auch wenn Veränderungen vielleicht ängstigen, werden sie vom Klienten als notwendig erachtet.</p>	<p>Probleme werden eventuell als äußere Ereignisse geschildert, der innere Bezug zu den eigenen Problemen wird vom Klienten oft nicht erkannt, daher besteht oft kein direkter Wunsch nach einer persönlichen Veränderung.</p>
<p>Kommunikation über das Selbst</p> <p>Die Kommunikation über das Selbst ist hier vorhanden (bzw. stellt sich leicht ein) und ist überwiegend positiv. Über relevante Strecken besteht hier Selbstvertrauen und Belastbarkeit. Selbstwertschätzung fehlt eventuell bezogen auf ein bestimmtes Thema.</p>	<p>Hier kann die Kommunikation über das Selbst fehlen, negativ sein oder möglicherweise geprägt sein von einem eingegengten und negativen Selbstkonzept: Selbstunsicherheit, Selbstverachtung, Unselbstständigkeit, geringe Belastbarkeit, Leistungsunfähigkeit, Zerrissenheit, Desorganisation.</p>
<p>Erleben von Inkongruenz</p> <p>Beim Coaching-Klienten kann man in Bezug auf das vorgebrachte Thema von einer <i>ereignisbedingten Inkongruenz</i> sprechen. Der Klient kann Anforderungen der für ihn wichtigen Aspekte aus seiner Berufs- oder Privatwelt nicht in Einklang mit seinen (durchaus hoch entwickelten und bisher gut brauchbaren) Einordnungs- und Bewältigungskompetenzen bringen. Diese Inkongruenz wird vom Klienten weitgehend wahrgenommen.</p>	<p>Ursachen für das Erleben von massiven Inkongruenzerfahrungen sind biografische Entwicklungen (seit der Kindheit bestehende Konflikte, primäre Inkongruenzen, frühe Beziehungsstörungen) eines inkongruenten Selbst (d.h. Selbstkonzept und organismisches Erleben sind inkongruent), einschließlich eines fehlenden organismischen Wertungssystems. Die Inkongruenz wird vom Klienten oft nicht bemerkt, sie wird kompensiert und liegt am Rande oder jenseits der Gewährwerdung.</p>
<p>Erfahrungskonstrukte</p> <p>Die Erfahrungskonstrukte pendeln hier meist zwischen Rigidität und Flexibilität, zwischen Generalisierung und Differenzierung. Im Zuge der Arbeit werden die Konstrukte zunehmend variabel, offen und durch neue Erfahrungen prüfbar.</p>	<p>Die Erfahrungskonstrukte sind hier oft eingeschränkt und rigide, manchmal überschießend, negativ (aufgrund externer Werte, die als Introjekte im Selbst verankert sind).</p>
<p>Angstentwicklung und Wahrnehmungsfähigkeit</p> <p>Beim Coaching-Klienten ist die Angstentwicklung nur schwach ausgeprägt und führt nicht zu einer generellen Verengung der Wahrnehmung. Die Angst ist nicht die Folge einer entwicklungsbedingten Inkongruenz, sondern ist eine Angst vor konkreten Ereignissen. Sie beruht auf einer mangelnden Durchschaubarkeit der Situation bzw. einer situativen Überforderung.</p>	<p>Angst tritt dann auf, wenn eine Diskrepanz zwischen dem Selbstkonzept und dem organismischen Erleben an der Schwelle der Gewährwerdung spürbar wird. Bei Therapie Klienten kommt es bei der Abwehr dieser Angst zur Leugnung oder Verzerrung von Wahrnehmungen bzw. ihrer akkuraten Symbolisierung.</p>
<p>Unbefriedigende Handlungs- und Lösungskompetenz</p> <p>Der Klient ist einer Situation ausgesetzt, die durch schnellen Wandel, neue Orientierungsmuster und Handlungskompetenzen verlangen. Die Ursache für sein „Versagen“ sind hier nicht eine inkongruente Selbstentwicklung, sondern sie liegt in den (noch nicht bewältigten) Anforderungen, die dem Selbst fremd erscheinen und von ihm noch nicht integriert werden können.</p>	<p>Rogers sieht menschliches Verhalten als den zielgerichteten Versuch, die wahrgenommenen Bedürfnisse zu befriedigen. Das Individuum sucht das Verhalten auf, das seinem Selbst, seinen Bedürfnissen und seinem Wertungssystem entspricht. Bei Psychotherapie -Klienten ist eine inkongruente Selbstentwicklung Ursache für „Versagen“ und für unbefriedigende Handlungs- und Lösungskompetenz.</p>

Resümee

Vor dem Hintergrund der von Rogers entwickelten Theorie zu Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung sowie zu Prozess und Beziehung lassen sich die Grundprinzipien von personenzentriertem Coaching, die sich zuallererst in einer bestimmten Grundhaltung des Coaches zeigen, darstellen. Im Unterschied zur großen Zahl der mehr oder weniger eklektizistischen Coaching-Modelle, verfügt Coaching nach dem Personenzentrierten Ansatz über eine methodische Übereinstimmung von den theoretischen Grundlagen bis zur konkreten Intervention. In Einklang mit den personenzentrierten Grundhaltungen

können im Coaching verschiedenartige Methoden angemessen integriert und differenzierte Interventionen gesetzt werden. Personenzentriertes Coaching verstehe ich weniger als ein neuartiges, zusätzliches Verfahren, sondern vielmehr als konsistente Methode, die auch als integrativer Coaching-Ansatz geeignet ist.

Der Personenzentrierte Ansatz spielt bisher weder bei Coaching-Anbietern noch in Coaching-Ausbildungscurricula eine wesentliche Rolle; bisher ist personenzentriertes Coaching auch in keinem Fachbuch dargestellt. Förderlich für Anwender wäre ein reflektiertes Versammeln des vielfältigen Know-hows aus personenzentrierter Beratungstätigkeit, die in Organisationen geleistet wird. Dass es

solche Arbeit in mannigfaltiger Form gibt, zeigen regelmäßig Beiträge in der Fachliteratur und auf Symposien. Neben einer solchen Zusammenschau ist jedoch auch eine weitere Ausformulierung des Personzentrierten Ansatzes wünschenswert. Ähnlich wie in den letzten fünfzehn Jahren eine breitere Differenzierung der Methode durch störungsspezifisches Wissen stattgefunden hat, wäre eine weitere Explizierung von *systemspezifischem Wissen* wichtig. Nicht das eine zielführende personzentrierte Arbeit in den unterschiedlichen Kontexten sonst nicht möglich wäre, im Sinne einer effizienteren Weiterbildung und einer Arbeiterleichterung ist es jedoch relevant zu wissen, welche spezifischen Gegebenheiten in der Beratungsarbeit mit Paaren, Familien, Gruppen, Organisationen und Institutionen zu erwarten sind. Letztlich wäre für die Entwicklung des personzentrierten Coachings zu einer wahrgenommenen Coaching-Methode ein offener Dialog mit anderen Coaching-Ansätzen wünschenswert und fruchtbar.

Literatur

- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Frenzel, P. (2001). Der Personzentrierte Ansatz jenseits der Psychotherapie. In P. Frenzel, W.W. Keil, P.F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/ Personzentrierte Psychotherapie* (S. 362–392). Wien: Facultas.
- Mitterhuber, B. (2000). Person als Schaltstelle von Veränderungsprozessen. Eine Brille der mehrdimensionalen Betrachtung. *Person*, 4(2), 40–43.
- Rauen, Ch. (1999). *Coaching. Innovative Konzepte im Vergleich*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Rogers, C.R. (1951a). *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory*. New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflins; dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (1977b). *Therapeut und Klient*. Frankfurt/M.: Fischer
- Schmid, P.F. (1997). Personzentrierte Supervision. Berufliche Entwicklung durch Begegnung. In I. Luif (Hrsg.), *Supervision* (S. 175–188). Wien: Orac.
- Schreyögg, A. (1998). *Coaching: Eine Einführung in die Praxis*. 3. Aufl. Frankfurt/M.: Campus.
- Terjung, B. & Kempf, T. (2001). *Von der Klientenzentrierten Therapie zur Personzentrierten Organisationsentwicklung*. Köln: GwG.

Autor

Robert Waldl, Mag.phil., Personenzentrierter Psychotherapeut, Coach, Unternehmensberater in Wien, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)/Sektion Forum.

Korrespondenzadresse

Mag. Robert Waldl
Schottenfeldgasse 41/20
A-1070 Wien
E-Mail: robert@waldl.com
Website: www.coaching-psychotherapie.com

Rezensionen

Michael Behr

Gerhard Stumm / Johannes Wiltschko / Wolfgang W. Keil: Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung.

Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta (*Leben lernen 155*), 2003. 400 Seiten, ISBN 3-608-89697-X, € 35.–

Wirklich gelungen, fachlich exquisit und sehr interessant zu lesen fand ich dieses Lexikon, das optimalen Gewinn am ehesten den Lesern bringt, die mit dem Personzentrierten Konzept schon etwas vertraut sind.

Ein Lexikon zur personzentrierten Begrifflichkeit war sicher überfällig, und den Herausgebern gebührt ausgesprochen viel Dank für die Sisyphusarbeit, ca. 130 Artikel von 60 Kollegen aus 8 Ländern, Schwerpunkt Österreich, zu einem so anspruchsvollen 397-seitigen Ganzen zu verhelfen. Ca. 3 Buchseiten pro Begriff, und doch gelingt es fast immer, wesentliche Definitionen, historische Aspekte und weiterführende Literatur, meist 6 bis 8 Referenzen, auf den Punkt zu bringen. Ein Dank somit auch den Autoren, die diese sprachlich und gedanklich schwerste Aufgabe, kurz und doch verständlich, in den allermeisten Fällen bravourös, bewerkstelligt haben. Dies gilt auch für die ca. 4-seitigen Kurzbiographien von 9 eminenten Wissenschaftlern: Rogers, Gendlin, Greenberg, Lietaer, Pfeiffer, Prouty, Swildens, Tausch, Thorne. Vielleicht ist dies sogar der stärkste Teil dieses Werks, weil er den Ansatz hier in den Personen am lebendigsten werden lässt. Doch so etwas ist riskant: warum nicht zum Beispiel auch Virginia Axline, Thomas Gordon, oder noch viele andere?

Die Breite der Stichwortauswahl beeindruckt: Enthalten sind nicht nur die zentralen personzentrierten Konzepte, sondern auch Anwendungsfelder, Störungskategorien und allgemeinere psychologische Begriffe, zu denen das Personzentrierte Konzept eine Position hat. Eine Tendenz gibt es vielleicht zur theoretisch konzeptionellen und philosophischen Dimension, während man zum Thema empirische Forschung im Personzentrierten Konzept nichts erfährt. Und nur ein einziges Stichwort würdigt die personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, da wäre mehr möglich und nötig. – Nun gut, man kann nicht alles machen.

Ein fachlicher Knackpunkt dieses Werkes liegt allenfalls woanders: im Versuch, die Focusing-Konzepte „in den personzentrierten Rahmen zu stellen.“ (S.5). Dies ist unbestreitbar verdienstvoll

und auch notwendig. Ein großes Bravo, dass es versucht wurde: Doch wie soll dieser Spagat gelingen, wenn dann in den Artikeln die personzentrierten Wurzeln und Bezüge der Focusing-Konzepte nicht benannt werden? Die erstaunte Leserschaft findet unter dem Stichwort „Listening“ eine – brillante – Darstellung all dessen, was empathisches Zuhören ausmacht, doch ohne Verweis auf das Stichwort Empathie im selben Lexikon und ohne jede Referenz auf Rogers oder weitere fachliche und historische Wurzeln. Die findet man dann sehr, sehr schön im Empathie-Artikel der Binders, – ohne Verweis auf die Entwicklungen im Focusing.

Fachlich gesehen sind diese Bruchstellen unbefriedigend, und das ist auch der wichtigste Grund, warum ich das Werk Anfängern nicht recht empfehlen würde, denn die können das nicht erkennen. Auch sind manche Focusing-Konstrukte so komplex (zum Beispiel „Strukturgebundenheit“), dass der Kurzauftrag nur verständlich ist, wenn man sie ohnehin schon kennt.

Doch so etwas kommt in den besten Familien vor und gewiss in jedem großen Handbuch oder Lexikon. Das Werk ist unter dem Strich ein beeindruckendes Dokument, trotz der Monita fachlich erstrangig, und es überwindet nationale bzw. sprachliche Tellerränder vorbildlich. Wie leicht kann man am Versuch einer umfassenden, integrierenden Darstellung des personzentrierten Theoriegeästes scheitern; diese Herausgeber und Autoren tun es gewiss nicht. Und so gehört das Buch sicherlich in den Bücherschrank eines jeden Personzentrierten Therapeuten, Beraters oder Ausbilders. Beim Preis von 35 € wünscht man sich allerdings doch eine Ausstattung, die das eminente fachliche Niveau widerspiegelt, so in puncto Papierqualität, oder mit Visualisierungen wie Grafiken, mind-maps, Tabellen, Fotos, Diagrammen.

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. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

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

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

Hinweise zur Manuskriptabgabe

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

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Dr. Franz Berger, Münzgasse 16, CH-4001 Basel
Tel: +41 (0)61 267 29 29, Fax +41 (0)61 267 29 34
E-Mail: franz.berger@bs.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-Bibliographie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

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.

