

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1 | 2004

8. Jahrgang

ÄGG
APG-Forum
DPGG
IPS der APG
ÖGwG
SGGT

Schwerpunkt: Zur Situation der Personzentrierten Psychotherapie in Ostmittel- und Osteuropa

Herausgegeben von Wolfgang W. Keil

FACHBEITRÄGE

- Ladislav Timulák*: **Einige Ergebnisse der Forschung über Significant Events in der Psychotherapie** 5
- Katarína Karaszová*: **Bedeutsame Augenblicke in der Personzentrierten Therapie – Reflexionen einer Therapeutin** 13
- Karel Hájek*: **Focusing als körperliche Wirklichkeitsverankerung** 21
- Michal Pernicka*: **Das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie** 31
- Jan Vymětal*: **Geschichte, gegenwärtige Situation und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes in Tschechien** 43

BERICHTE

- Tadeusz Paciorek*: **Die Bedeutung des Personzentrierten Ansatzes für mich und meine Arbeit** 51
- Mihaela Bonatiu und Florenta Din*: **Klientenzentrierte Psychotherapie in einer Strafvollzugsanstalt in Bukarest** 55
- Berichte zur Situation des Personzentrierten Ansatzes in Ostmittel- und Osteuropa** 59
- Magda Draskóczy*: **Der Personzentrierte Ansatz in Ungarn** 60
- Ladislav Timulák*: **Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie in der Slowakei** 63
- Olga Bondarenko*: **Die Klientenzentrierte Psychotherapie in Russland: gestern, heute und morgen** 66
- Sonja Kinigadner*: **Klientenzentrierte Therapie-Ausbildung in Rumänien – Ein Projekt der ÖGwG** 69
- Norbert Sözl, Galina Pokhmelkina und Edwin Benko*: **Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGwG in Moskau 2000–2005** 74
- Marta Stapert, mit Unterstützung von Ynse Stapert, Eszter Kováts und Ioana Serban*: **Focusing mit Kindern und in der Supervision in Ungarn und Rumänien** 78

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung

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

Die Begriffe „personzentriert“ und „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 Personenzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG
(Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte 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: sggtspcp@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, Sylvia Gaul, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Ulf Lukan, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Gerhard Stumm

Richtlinien

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

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholen kann. 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.

Erscheinungshinweise

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich.

Bezugspreis jährlich (2 Nummern): € 16,00 / sFr 25,00 zzgl. Versandkosten.
Einzelpreis: € 9,50 / sFr 15,00 zzgl. Versandkosten.

Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder von ÄGG, APG, DPGG, ÖGwG und SGGT erhalten PERSON im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

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

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung

c/o 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

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

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

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) 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.

Herausgeber dieses Hefts: Wolfgang W. Keil

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

PERSON

8. Jg. 2004, Heft 1

Schwerpunkt: Zur Situation der Personzentrierten Psychotherapie in Ostmittel- und Osteuropa

Herausgegeben von Wolfgang W. Keil

Inhalt

Editorial 3

Fachbeiträge

Ladislav Tímulák

Einige Ergebnisse der Forschung über Significant Events in der Psychotherapie 5

Katarína Karaszová

Bedeutsame Augenblicke in der Personzentrierten Therapie – Reflexionen einer Therapeutin 13

Karel Hájek

Focusing als körperliche Wirklichkeitsverankerung 21

Michal Pernicka

Das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie 31

Jan Vymětal

Geschichte, gegenwärtige Situation und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes in Tschechien 43

Berichte

Tadeusz Paciorek

Die Bedeutung des Personzentrierten Ansatzes für mich und meine Arbeit 51

Mihaela Bonatiu und Florenta Din

Klientenzentrierte Psychotherapie in einer Strafvollzugsanstalt in Bukarest 55

Berichte zur Situation des Personzentrierten Ansatzes in Ostmittel-und Osteuropa	59
<i>Magda Draskóczy</i>	
Der Personzentrierte Ansatz in Ungarn	60
<i>Ladislav Timulák</i>	
Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie in der Slowakei	63
<i>Olga Bondarenko</i>	
Die Klientenzentrierte Psychotherapie in Russland: gestern, heute und morgen	66
<i>Sonja Kinigadner</i>	
Klientenzentrierte Therapie-Ausbildung in Rumänien – Ein Projekt der ÖGwG	69
<i>Norbert Sözl, Galina Pokhmelkina und Edwin Benko</i>	
Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGwG in Moskau 2000–2005	74
<i>Marta Stapert, mit Unterstützung von Ynse Stapert, Eszter Kováts und Ioana Serban</i>	
Focusing mit Kindern und in der Supervision in Ungarn und Rumänien	78

Rezensionen

<i>Lore Korbei</i>	
Eva-Maria Biermann-Ratjen, Jochen Eckert & Hans-Joachim Schwartz: Gesprächspsychotherapie	80
<i>Reinhold Stipsits</i>	
Marlis Pörtner: Brücken bauen Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten	81
<i>Anna Auckenthaler</i>	
Leschinsky, A. (Hrsg.): Ursula Plog. Von einer, die auszog, die Psychiatrie das Zuhören zu lehren	82
<i>Wolfgang W. Keil</i>	
Strauß Bernhard, Buchheim Anna und Kächele Horst (Hrsg.): Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse ...	84

Editorial

Mit 1. Mai 2004 ist die EU-Erweiterung, die v. a. sehr viele der östlichen Nachbarländer Österreichs und Deutschlands betrifft, Wirklichkeit geworden. Die Redaktion von PERSON hat dieses historische Datum zum Anlass genommen, das vorliegende Heft einer Darstellung der Personzentrierten Szene in unseren Nachbarländern in Mittel- und Osteuropa zu widmen.

Bei der redaktionellen Vorbereitung dieses Heftes ist mir einmal mehr deutlich geworden, wie einseitig „westlastig“ unsere Wahrnehmung und unser Verständnis von Europa im allgemeinen wie auch im Bereich der personzentrierten Gemeinschaft ist. Dies hat wohl viele Gründe. Da ist einmal die Barriere der Sprachen und hier speziell der slawischen Sprachen. Des Weiteren ist da die historische Teilung Europas in der Nachkriegszeit und die damit verbundene hermetische Abschließung des Ostens. Und dahinter gibt es auch noch verschiedene, schwer fassbare mentale Gründe („Mauer in den Köpfen“) wie etwa eine diffuse Ablehnung von etwas vermeintlich Rückständigem, Chaotischem und Bedrohlich-Gefährlichem. Speziell in Österreich hindert vielleicht auch eine nostalgisch am Imperium der Habsburger orientierte Sicht auf die Nachbarländer im Osten und Südosten eine offene und adäquate Wahrnehmung derselben. Auch im personzentrierten Bereich wissen wir wenig, was sich in diesen Ländern tut, wir blicken beim Austausch unserer theoretischen Ideen und praktischen Erfahrungen vorwiegend, wenn nicht ausschließlich, nach Westen.

Welche Schiefelage dies darstellt, wird deutlich, wenn ich mit einem kleinen Experiment versuche, meinen personzentrierten europäischen Umkreis geografisch zu erstellen. Um einen solchen Kreis zu zeichnen, steche ich also auf einer Karte von Europa die Nadel eines Zirkels bei Wien, dem Ort, an dem ich lebe, ein und strecke den Zirkel etwa bis Hamburg aus, weil dies der Ort ist, von welchem aus meine klientenzentrierten Ausbilderinnen zu uns gekommen sind. Ich ziehe dann den Kreis und will sehen, in welchen Bereichen ich personzentrierte Aktivitäten (soweit sie mir bekannt sind) in welchem Ausmaß konstatieren kann. Wenn ich den Zirkel zuerst nach Westen ziehe, so umschließt der Kreis zunächst Köln, den Sitz der GwG und er berührt gerade noch Löwen in Belgien mit dem berühmten Counseling Centrum. Der Kreis schließt mit ganz Deutschland und der Schweiz blühende personzentrierte Therapie- und Beratungslandschaften mit ein. Für Frankreich, wovon mein Zirkel ohnehin nur den östlichsten Teil anschneidet, gilt dies nur in geringem Ausmaß. Dann markiert der Zirkel über Genua und Neapel hinwegziehend einen großen Teil von Italien. Hier ist unsere Szene für mich v. a. durch Alberto Zucconi, aber auch durch viele Südtiroler Kolleginnen und Kollegen repräsentiert. Anschließend durchzieht der Zirkel viele Balkanländer. Diese Gebiete stellen in

personzentrierter Hinsicht mir fast gänzlich unbekannte Länder dar. (Dazu passt vielleicht, dass der Balkan, wie der slowenische Philosoph Žižek sagt, als das Unbewusste von Europa angesehen werden kann, der Ort an dem die wahren Ängste Europas hervorkommen.) Die vom Zirkel umschriebenen Nachfolgestaaten des einstigen Jugoslawien sowie das gesamte Gebiet von Polen bilden auf meiner personzentrierten Landkarte große weiße Flecken, aber ich habe hier verstreut immerhin Kenntnis von einzelnen Personen, die sich dem Personzentrierten Ansatz verschrieben haben. Viel vertrauter sind mir diesbezüglich jedoch Rumänien und die Westukraine mit dem Zentrum L'viv (Lemberg), wo u. a. viele meiner unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen schon gearbeitet haben und wo unsere Gemeinschaften begeistert und lebendig tätig sind. Letzteres trifft in hohem Ausmaß auch für Ungarn, die Slowakei und für Tschechien zu, wobei wir jedoch mit den Personen und Aktivitäten dort noch viel zu wenig Kontakt und Austausch haben. Wenn der Zirkel den Kreis bei Hamburg wieder schließt, dann kann ich feststellen, dass mein personzentrierter Umkreis in Europa doch durchaus ausgewogen wäre, was seine geografische Aufteilung auf Ost und West betrifft. In krassem Unterschied dazu weist jedoch unser Bewusstsein von personzentrierten Aktivitäten und unser tatsächlicher Austausch in Theorie und Praxis ein solche Ausgewogenheit überhaupt (noch) nicht auf.

Mit diesem Heft unserer Zeitschrift, in welchem ausschließlich Autorinnen und Autoren mit Bezug zu Ostmittel- oder Osteuropa zu Wort kommen, soll unser europäischer Austausch ein wenig ausgewogener werden. Vier der Fachbeiträge, die wir dafür erhalten haben, kreisen um ein ganz zentrales Thema unserer (und jeder) Psychotherapie: sie versuchen die wesentlichsten Momente und Vorgänge („significant change events“, „miraculous moments“, Momente persönlicher Begegnung) in der Klientenzentrierten Therapie zu erfassen und zu reflektieren. *Ladislav Timul'ák (Trnava, Slowakei)* gibt einen Einblick in seine Forschung über die Significant Events und *Katarína Karaszová (Nové Zámky, Slowakei)* bringt dazu ihre praktische Erfahrung ein, indem sie wichtige Veränderungen am Beispiel von zwei Therapieverläufen darstellt. *Michal Pernicka (Brünn, Tschechien)* erläutert seine Untersuchung des Phänomens der Begegnung in der Psychotherapie aus der Sicht von Therapeutinnen und Therapeuten. *Karel Hájek (Prag)* beschreibt theoretische und praktische Aspekte der therapeutischen Veränderung, die er in seiner qualitativen Forschung über „Focusing als körperliche Wirklichkeitsverankerung“ erarbeitet hat. Die Fachbeiträge werden abgerundet von einem Beitrag mit zeitgeschichtlichem Rang. *Prof. Jan Vymětal* von der Karlsuniversität Prag, der bereits zur Zeit der totalitären Herrschaft im Samizdat klientenzentrierte Texte

geschrieben hat, stellt darin die Entwicklung der Personzentrierten Therapie vor dem geistesgeschichtlichen Hintergrund in Tschechien dar. Es folgen dann *Tadeusz Paciorek (Siedlce, Polen)* mit einer sehr persönlichen Schilderung seiner Erfahrungen mit unserem Ansatz sowie *Mihaela Bonatiu und Florenta Din (Bukarest)* mit einem Bericht über ihre klientenzentrierten Therapiegruppen in einer Haftanstalt. Abschließend bringen wir noch eine ganze Reihe von Berichten über die Situation unseres Ansatzes in Ungarn (*Magda Draskóczy*), in der Slowakei (*Ladislav Timulák*) und in Russland (*Olga Bondarenko*) sowie über Ausbildungsprojekte in Rumänien (*Sonja Kinigadner*) Moskau (*Norbert Stözl, Galina Pokhmelkina und Edwin Benko*) und über Focusing-Ausbildungen in Ungarn und Rumänien (*Marta Stapert*).

Wir, d. h. die Herausgeberverbände wie die Leserinnen und Leser von PERSON sind in Mitteleuropa beheimatet. Mitteleuropäer zu sein bedeutet für den polnischen Schriftsteller Andrzej Stasiuk, „zwischen einem Osten, der nie existierte, und einem Westen, der allzusehr existierte“, zu leben. In dieser Mitte ist man sozusagen den Strömungen und Winden West-Ost und retour ausgesetzt. Ich hoffe, dass es mit diesem Heft unserer Zeitschrift gelingt, dass wir uns statt nur von der vorherrschenden Westströmung auch von belebenden östlichen Einflüssen anwehen und inspirieren lassen können. Als Beleg dafür, dass wir uns doch immer auch den westlichen Einflüssen öffnen, sei hier noch ein technischer Hinweis hinzugefügt: beginnend mit diesem Heft wird die Zitierweise in PERSON auf die Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie bzw. der American Psychological Association umgestellt.

Über die Verbreitung unseres Ansatzes in Mittelost- und Osteuropa hinaus, sollten wir uns zum Anlass der EU-Erweiterung auch die Frage stellen, ob und welche Perspektiven der Personzentrierte Ansatz für das Projekt einer Europäischen Union bieten kann. Die EU will ja mittlerweile mehr darstellen als eine ökonomische Einheit und einen Binnenraum der freien Zugänglichkeit, wie dies etwa in der Formulierung der „vier Freiheiten“ (europäisches Niederlassungsrecht, freier Dienstleistungsverkehr, freier Kapitalverkehr, Freizügigkeit der Arbeitnehmer) zum Ausdruck kommt. Es besteht vielmehr der Wunsch nach einer politischen Einheit, die ihre Grundlage haben soll in einer gemeinsamen Geschichte, einer gemeinsamen Kultur oder Zivilisation und in gemeinsamen Grundwerten. Dieser Wunsch ist wohl entstanden aus den Erfahrungen zweier Weltkriege und der Zerstörungen, die sie in Europa angerichtet haben. Doch das Verständnis dieser gemeinsamen Geschichte ist in Europa sicher nicht überall ebenfalls ein gemeinsames. Und die europäische Kultur besteht bestenfalls aus vielen verschiedenen Kulturen, aus welchen vielleicht die Substanz von Europas Zivilisation oder seine Grundwerte abgeleitet werden könnten. Und überhaupt wird der Wunsch nach einem Vereinten Europa längst nicht von allen Europäern geteilt. So kann also von einer aus dem Wesen oder der „Seele Europas“ erwachsenen europäischen Identität noch kaum gesprochen werden. „Am ehesten fühlt man sich als ‚Europäer‘, wenn man in New York ist“, sagte ein Interviewpartner bei

einer empirischen Untersuchung. Es muss also erst gesucht oder erforscht werden, was die Seele Europas ausmacht. In pragmatischer Hinsicht hat Romano Prodi von einem „doing Europe“ im Sinn eines gemeinsamen Schaffens der europäischen Institutionen gesprochen. Europa hat somit höchstens eine „ex-zentrische“ Identität, bei welcher weder sein Wesen noch seine Grenzen festgelegt oder selbstverständlich sind.

Von einem konstruktivistischen und radikaldemokratischen, aber auch von einem personzentrierten Standort aus, kann jedoch dieser Befund über den Zustand Europas eher als Erfolg denn als Scheitern empfunden werden. Es ist nämlich zu bedenken, dass bei jeder eindeutigen Identität die Ausschließung des Nicht-Zugehörigen die Schattenseite der Inklusion des Zugehörigen darstellt. In diesem Sinn ist der laufende Prozess eines *Sich-Identifizierens* wegen seiner Offenheit einem „fertigen Zustand“ der *Identität* vorzuziehen. Hier können wir auf eine Parallele im Persönlichkeitsmodell von Rogers zurückgreifen: das starr gewordene Selbstkonzept im Gegensatz zur Offenheit der „fully functioning person“ für organismische Erfahrungen. Demnach sollte eine ähnliche Offenheit auch im Zuge der europäischen Identifizierungsprozesse angestrebt werden. Es entstehen bei diesen Prozessen immer auch Strukturen und Systeme, die Macht und Interessen nicht nur repräsentieren, sondern zugleich auch erschaffen bzw. zuteilen oder davon ausschließen. Dabei ist eine vollständige Integration aller Partikularinteressen letztlich nie möglich; es gibt kein System einer demokratischen Repräsentation, die wirklich allen Teilen gerecht wird. Es muss daher sehr darauf geachtet werden, dass neben und in allen Institutionen genügend offene Freiräume bestehen, in denen Partikularinteressen gültig artikuliert und verhandelt werden und innerhalb derer wechselseitiger Kontakt und Auseinandersetzung stattfinden können. Dies gilt sowohl für den Bereich der Politik als auch für weitere Bereiche wie Kultur, Wissenschaft und auch Religion.

Vom Rogersansatz her kann man sagen, dass eine solche Offenheit im Bereich des Individuums vielleicht zwei Voraussetzungen hat: zum Einen wäre dies so etwas wie *personal power* zum kongruenten Vertreten der eigenen Bedürfnisse, und zum Zweiten die Bereitschaft zu einem wirklichen Hören des Anderen. Auf die Ebene Europas übertragen würde dies bedeuten, dass seine Politik, Kultur usw. zwar widerspruchsvoll und konfliktreich sein können, aber doch in einer dialogischen Art das oft Unvereinbare zusammenzubringen suchen sollten. Gerade in den letzten Jahrzehnten ist Europa aufgrund von Arbeitsmigration und Flüchtlingsströmen ein Kontinent der Weltkulturen geworden. Die Anerkennung des „Fremden“ sollte daher von Anfang an Bestandteil eines europäischen Identifikationsprozesses sein. Alle, die in die Europäische Union aufgenommen werden, können dort legitim ihre Stimme erheben; wichtig ist aber, dass diese Stimmen auch wirklich gehört werden. Ein in dieser Weise offener Prozess einer europäischen Einigung ist jedenfalls wertvoller als das Erzielen eines geschlossenen Blocksystems.

Wolfgang W. Keil

Ladislav Timulák

Einige Ergebnisse der Forschung über Significant Events¹ in der Psychotherapie²

Zusammenfassung: *In diesem Artikel möchte ich ausgewählte Forschungsergebnisse über Significant Events in der Personzentrierten und Experienziellen Therapie darstellen, welche vor allem für die therapeutische Praxis von Nutzen sein könnten. Zunächst gebe ich eine Einführung in die Methodologie der Significant-Event-Forschung. Dann möchte ich vier Aspekte des therapeutischen Prozesses, die aus dieser Forschung resultieren, erörtern: das Gewinnen eines Verständnisses der Therapie, auf die man sich eingelassen hat, durch den Klienten, die Unsicherheit des Klienten über den Therapeuten als Person und als kompetenten Experten, die Definition der Lernergebnisse aus der Therapie durch den Klienten selbst sowie die kooperative Teilnahme des Therapeuten am therapeutischen Prozess. Abschließend soll gezeigt werden, welche Bedeutung diese Aspekte des therapeutischen Prozesses für die Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie haben könnten.*

Schlüsselwörter: *Significant Events, Psychotherapieforschung, forschungsbasierte Psychotherapie*

Abstract: Some Lessons Learned from Doing Research on the Significant Therapy Events. *In this paper I will focus on selected findings from significant events research on person-centered and similar experiential approaches that can be used in the therapeutic practice of person-centered therapy. First I will introduce the methodology of significant events research. Then I will discuss four of therapy process aspects encountered in this kind of research: the client's making a meaning from psychotherapy he or she is involved in; the client's uncertainty about the therapist as a person and as a competent expert; the client's own construal of learnings from the process of therapy; and collaborative participation of the therapist in the course of person-centered psychotherapy. The paper ends with showing interconnections between above presented aspects of therapy process and their meaning for the development of person-centered therapy.*

Key words: *significant events, psychotherapy research, research-informed psychotherapy*

Seit meiner Dissertation beschäftige ich mich mit der Untersuchung von „significant events“ in der Psychotherapie (Timulák, 2002; Timulák & Lietaer, 2001; Timulák & Elliott, 2003; Timulák, Belicova & Miler, 2003). Diese Art der Forschung geht auf Robert Elliott (1984, 1985) zurück und sie besteht aus qualitativen wie auch quantitativen Analysen kritischer Momente des Therapieprozesses, die Klienten³ entweder als signifikant hilfreich oder störend empfinden. Ich werde mich in diesem Artikel auf ausgewählte Ergebnisse dieser Forschung konzentrieren, und zwar auf solche, die in der Personzentrierten Therapie – meine Forschungserfahrung beruht auf ihr sowie auf der Experienziellen Therapie – von praktischem Nutzen sind.

Significant Event Forschung

Die Significant Event Forschung widmet sich, wie bereits erwähnt, der Studie von Momenten, die Klienten als signifikant hilfreich oder störend empfinden. Es existieren verschiedene Ausprägungen dieses Forschungsansatzes. Meine Erfahrung entstammt einem Vorgehen, bei dem Klienten zunächst gebeten werden, hilfreiche Events zu identifizieren (verbal oder mittels Fragebögen, z.B. Llewelyn, 1988) und anschließend zu eben diesen Events interviewt werden. Diese Interviews konzentrieren sich auf die Empfindungen der Klienten während der einzelnen Events (Gefühle, Reflexionen, Auswirkungen und Kontext des Events etc.; siehe z.B. Elliott & Shapiro, 1988). Dem Interview der Klienten folgt das Interview der Therapeuten über die selben Events (dieses Interview befasst sich mit Reflexionen und Beobachtungen der Therapeuten sowie den Auswirkungen des Events). Dabei kennen die Therapeuten den Inhalt des mit den Klienten geführten Interviews nicht. Fallweise finden auch katamnestic Interviews (ein Monat nach der

1 Der Begriff „significant change events“ stammt von Elliott (1984) und bleibt in diesem Artikel aus Gründen der Eindeutigkeit unübersetzt. Vgl. dazu auch den Begriff der „bedeutsamen Momente“ im Beitrag von Karaszová in diesem Heft.

2 Aus dem Englischen übersetzt von Sylvester Keil.

3 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

ursprünglichen Sitzung) statt. Diese Interviews konzentrieren sich auf die Auswirkungen der Events im Leben der Klienten innerhalb dieses Zeitraums (Elliott & Shapiro, 1988). Alle Interviews und auch die Sitzungen, in welchen sich die Events ereignet haben, werden aufgezeichnet und, für gewöhnlich, transkribiert.

Meiner Erfahrung nach berichten Klienten von 0 bis 7 Events innerhalb einer Sitzung. Im anschließenden Interview wird jeder Event separat behandelt. Die Events werden oft auf Basis von quantitativen Skalen bewertet, welche z. B. das Ausmaß erfassen, in dem sie hilfreich empfunden werden, welche Details dabei wichtig waren oder welche Bedeutung der Rolle des Therapeuten bzw. des Klienten dabei zukommt. Die Fälle, von welchen die einzelnen Events stammen, werden gewöhnlich sorgfältig bezüglich der fortlaufenden Entwicklung der Therapie und einzelner Charakteristika des Prozesses (z. B. der Entwicklung der Beziehungsqualität zwischen Therapeuten und Klienten im Verlauf der Therapie) beobachtet. Dies erlaubt es schließlich, spezifische Events im Kontext des gesamten Falles zu betrachten (siehe Timulák, Belicova & Miler, 2003).

Die gesammelten Significant Events werden sowohl quantitativ wie qualitativ analysiert. Der Schwerpunkt einer Significant-Event-Studie kann variieren. Events können beispielsweise bezüglich der Art ihres wichtigsten hilfreichen oder störenden Einflusses analysiert werden, um so Typen von Significant Events zu definieren (z. B. hilfreiche Events wie: Einsicht, Problemlösung, Problemklärung, Verstehen, persönlicher Kontakt, Bestärkung; und störende Events wie: Nicht-Verstehen, negative Reaktion des Therapeuten, nicht gewollte Gedanken des Klienten; für Forschung dieser Art vgl. z. B. Elliott, 1985). Bei der Suche nach Typen von Significant Events können spezifische Forschungsfragen auftreten wie zum Beispiel: Welche Arten von Events sind bei einer speziellen Form der Therapie üblich (Llewelyn et al., 1988), welche sind charakteristisch für eine erfolgreiche Therapie (Llewelyn et al., 1988), welche werden von Klienten bzw. von Therapeuten als hilfreich empfunden (Llewelyn, 1988; Martin & Stelmaczonek, 1988), oder welche werden von bestimmten Gruppen von Klienten als besonders hilfreich empfunden (Moreno, Fuhrman & Hileman, 1995).

Ein anderer Ansatz der Significant-Event-Forschung ist es, *die Details spezifischer Event-Arten* zu studieren und die ihnen vorausgehenden Prozesse zu identifizieren. Dementsprechend kennen wir detaillierte Studien zu Einsichts-Events (z. B. Elliott, 1984), Problemklärung-Events (z. B. Rees et al., 2001), Empowerment-Events (z. B. Timulák & Elliott, 2003) etc. Es ist weiters möglich, Studien zu finden, die sich mit *spezifischen Prozessen innerhalb eines Significant Events* auseinandersetzen (z. B. die Orientierung des Therapeuten auf Aspekte der Bindung: Hardy, Aldridge, Davidson et al., 1999; der Umgang mit narrativen Prozessen: Grafanaki & McLeod, 1999).

Ich selbst bin nach wie vor an der Erforschung von Typen signifikanter Events sowie deren Analyse im Detail beteiligt. Ich habe Interviews zu mehr als 160 Events aus 11 unterschiedlichen

Therapien geführt und habe darüber hinaus Protokolle von anderen 15 Interviews (samt den zugehörigen katamnestischen Interviews) weiterer 12 Klienten gelesen. Weiterhin habe ich bisher 113 dieser Events analysiert. Der Großteil der Untersuchungen, an denen ich mitgearbeitet habe, sind qualitativer Natur, wobei induktiv nach Ähnlichkeiten in den Erfahrungen der Events und der am Event involvierten Prozesse gesucht wurde. Der Vorteil dieser mit dem Klientenzentrierten Ansatz verträglichen Vorgehensweise ist, dass Klienten von ihrem Erleben und ihren inneren Prozessen berichten, ohne Einzelheiten des Forschungskonzepts zu kennen. Es sind daher tatsächlich die Klienten, die die Bedeutung solcher Therapieprozesse definieren, und nicht die Forscher.

In diesem Artikel möchte ich mich auf vier ausgewählte Aspekte konzentrieren, die sich bei meinen Untersuchungen als besonders wichtig erwiesen haben. Diese Auswahl unterstreicht meine Auffassung, wonach gerade diese Aspekte in der personzentrierten Therapietheorie und in der personzentrierten Ausbildung nicht ausführlich genug berücksichtigt werden.

Das Wesen der Personzentrierten Therapie zugänglich machen – Psychotherapie verstehen lernen

Der erste Aspekt, der hilfreichen Significant Events innewohnt, hat mit einem technischen Aspekt der Personzentrierten Therapie zu tun. Ich nenne diesen Aspekt *Psychotherapie verstehen lernen*. In der Personzentrierten wie auch in anderen Formen der Psychotherapie stellen sich Klienten gewöhnlich zu Beginn des Therapieprozesses Fragen wie etwa folgende: Was wird von mir in dieser Therapie erwartet? Worüber ist es in Ordnung, zu sprechen und worüber nicht? Was versucht die Therapeutin oder der Therapeut zu erreichen? Wie und warum kann mir diese Therapie weiterhelfen? Ein wichtiger Abschnitt des Therapieprozesses wird (zu Beginn der Therapie), aus Sicht der Klienten, der Sammlung von Fakten zur Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen gewidmet. Dies ist ein Vorgang, der über den einfachen therapeutischen Vertrag oder das Zurverfügungstellen grundsätzlicher (schriftlicher oder verbaler) Informationen zur Therapie weit hinausgeht.

Das Verstehen-Lernen der Therapie durch Klienten ist kein explizit sichtbarer Prozess, da die Klienten hinsichtlich der Angemessenheit ihrer Fragen unsicher sind und es eventuell unangenehm finden, etwas Enttäuschendes dazu von den Therapeuten zu hören. Klienten können beispielsweise davor zurückschrecken, ihre Zweifel an den Werten des Therapieansatzes zu äußern, nachdem der Therapeut diesen vorgestellt hat.

Klienten wägen auch zu Beginn des Therapieprozesses u. a. den Sinn und die Werte der Therapie ab und versuchen zu erfassen, inwiefern diese in Bezug auf die Probleme, die zur Therapie führten, hilfreich sein können. Diese Art der Einschätzung und Beurteilung

der Sinnhaftigkeit der Therapie spielt m. E. eine große Rolle im Abwägen des Für und Wider der Entscheidung, sich aktiv in der Therapie zu engagieren.

Auf dieses *Verstehen-Lernen der Psychotherapie* bin ich bei der Identifikation von Events gestoßen, deren Schwerpunkt im *Erfassen des Therapieprozesses*, im *Erfassen der Intentionen des Therapeuten*, sowie indirekt im *Erleben von professioneller Leitung der Therapie* (etwa das Beenden einer Sitzung, das Anschneiden eines heiklen Themas, der Umgang mit Schweigen etc.) durch die Klienten liegt (vgl. Timulák & Lietaer, 2001). So könnten sich Klienten beispielsweise direkt an ihre Therapeutin bzw. ihren Therapeuten wenden und fragen: „Was ist das Besondere an der Therapie, die Sie machen?“ Oder sich indirekt erkundigen: „Ich nehme an, Sie haben ein Konzept von dem, was hier passieren soll?“ Oder sie haben Schwierigkeiten mit einem gewissen Aspekt des Therapieprozesses: „Eine Frage: Ihnen ist dieses Schweigen anscheinend nicht unangenehm?“ Was die Klienten hier an der jeweiligen Situation hilfreich finden, ist der offene Dialog mit dem Therapeuten über dessen Therapieansatz beziehungsweise die sensible Führung der Therapie an sich (z. B. wie Schweigen gebrochen wird oder wie der Therapeut erklärt, weshalb er nichts gesagt hat). Die Klienten lernen so, welche Erwartungen in sie gesetzt werden und worauf die Therapeuten abzielen, und können daher abwägen, ob es sinnvoll ist, sich auf diese Therapie einzulassen.

Um die Relevanz von so diffizilen Dingen, wie das Sich-Verständigen über das Wesen der Therapie, abzuklären, werfen wir einen Blick auf einige exemplarische Ergebnisse der allgemeinen Psychotherapieforschung. So kommen etwa Shick, Tyron und Vinograd (2002) in ihrem Bericht zu Studien über Ziel-Übereinstimmung und Ausmaß der Kooperation von Klienten und Therapeuten zu dem Schluss, dass diese Elemente eine entscheidende Rolle für ein erfolgreiches Engagement der Klienten in der Therapie spielen und daher von signifikanter Bedeutung für das Therapieergebnis sind. Rennie (1999) kommt in seiner qualitativen Untersuchung des Erlebens der Therapiesitzung durch Klienten zu einem ähnlichen Ergebnis, wonach Klienten über, im Vorhinein getroffene und eventuell nicht vollständig ausformulierte, Pläne und Strategien bezüglich der Behandlung verfügen, an Hand derer sie den Therapieprozess beurteilen.

Dieser technische Aspekt des Präsentierens des Wesens der Personzentrierten Therapie oder des Reagierens auf den Versuch des Klienten, die Therapie zu verstehen, ist, meines Wissens, kein Schwerpunkt der personzentrierten Ausbildung. Ich nehme an, dass dies deshalb nicht als zentraler Aspekt der Personzentrierten Therapie angesehen wird, weil diese ihr Hauptaugenmerk eher auf das kongruente zwischenmenschliche Erleben der therapeutischen Beziehung legt. Das Streben der Klienten um Verständnis der Therapie und ihre damit verbundenen Sorgen sollten jedoch ernst genommen werden, wie ich auf Grund meiner in der Forschung und zum Teil auch in meiner Praxis gesammelten Erfahrung meine. Die Therapeutinnen und Therapeuten können dies in der Sitzung

wahrnehmen und empathisch explorieren, sie sollten jedoch auch darauf vorbereitet sein, die Konzeptualisierung ihrer Arbeit auf kurze und verständliche Weise zu präsentieren. Das Formulieren und der Gebrauch solcher Konzeptualisierungen sollte auf theoretischer Ebene und in der personzentrierten Ausbildung aufgegriffen werden. In der Ausbildung könnten Kandidaten beispielsweise ihre eigenen diesbezüglichen Erfahrungen in Encountergruppen und in der Lehrtherapie reflektieren. Sie könnten sich zurückerinnern und überlegen, ob sie die Vorgänge in der Gruppe oder der Lehrtherapie zu verstehen suchten, oder ob sie sich über die Hintergründe der Therapeuten und darüber, welche Erwartungen diese in sie setzten, Gedanken machten. Sie könnten auch Überlegungen darüber anstellen, welches Verhalten der Therapeuten oder Gruppenleiter ihnen damals geholfen hätte, besser in den Therapieprozess einzusteigen. Sie könnten weiters das Präsentieren des Wesens ihrer Therapierichtung (sollten Klienten danach fragen) sowie das Erkennen von Zeichen davon üben, dass Klienten Informationen zur Therapie und zum jeweiligen Ansatz wünschen. Ebenso könnten sie lernen, sich (nicht aufdringlich) zu erkundigen, ob Klienten gerne wissen möchten, wie diese bestimmte Therapie funktioniert und was ihr Wesen ist.

Meine Beobachtungen bei der Significant Event Forschung führen mich in Zusammenhang mit anderen Psychotherapieforschungs-Ergebnissen zu dem Schluss, dass Therapeuten in der Lage sein sollten, Fragen der Klienten zur Bedeutung der Personzentrierten Therapie zufriedenstellend zu beantworten. Dies ist m. E. bei Weitem bedeutender für die Klienten als oft in der Therapieliteratur betont wird. Weiters ist dies m. E. – zumindest in der Frühphase der Therapie – weitaus wichtiger als in der Theorie dargestellt. In der Praxis bin ich wahrscheinlich nicht allzu aktiv, was das Präsentieren einer Konzeptualisation des Wesens des von mir angewandten Ansatzes anbelangt; ich bin jedoch überzeugt, dass ich hier sensibel bin und ich bin mir bewusst, dass es den Klienten wichtig sein kann, etwas über die Therapie, die Intentionen der Therapeuten und ihre eigene Rolle zu *wissen*.

Unsicherheit vs. Vertrauen zum Therapeuten – Gewahrsein der zwischenmenschlichen Vulnerabilität des Klienten

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist m. E. die Dynamik zwischen Unsicherheit und Vertrauen in der Beziehung des Klienten zum Therapeuten. In den (von mir untersuchten) Events waren sich Klienten oftmals unsicher über die Rolle, die Gedanken und das Erleben der Therapeuten. Dies zeigte sich in den Berichten durch Äußerungen wie: „Ich war mir nicht sicher, ob der Therapeut nicht verkrampft war“ oder: „Mir fehlte Feedback.“ Die Klienten fühlten sich durch diese Unsicherheit bedroht und nahmen sich vor, dies mehr oder weniger direkt anzusprechen und zu überwinden. Wenn es dazu

kam, dass die Klienten das Erleben der Therapeuten erfassen konnten, wurde dies als Significant Event identifiziert, weil sie sich dadurch in der Therapie geborgener fühlen konnten.

Die Unsicherheit kann sich in *Vorbehalten* gegenüber der Therapeutin („Ich wusste nicht, ob es sie interessiert“) oder in der Wahrnehmung vom Therapeuten („Er ist, als Person, ganz anders als ich“) zeigen. Unsicherheit kann sich auch in Form stiller *Beobachtung* der Therapeutin manifestieren, z. B. „Mir ist aufgefallen, dass die Therapeutin begann, [mir] aufmerksamer zuzuhören.“ Solch ein Ausdruck von Unsicherheit ist nicht immer ein Kriterium dafür, ob ein Event hilfreich ist. (Ein Event kann wegen einer erlangten Einsicht hilfreich sein, trotzdem Unsicherheit gegenüber dem Therapeuten diesen Prozess begleitet hat.) In Fällen, in denen das Überwinden der Unsicherheit jedoch das zentrale Thema des Events war, zeigte sich das in Äußerungen von Gefühlen der *Geborgenheit* (z. B. „Ich fühle mich jetzt langsam sicher bei ihm [dem Therapeuten]“), im Erleben von persönlicher Nähe (z. B. „Er [der Therapeut] wirkte auf mich wie ein alter Freund, der in dieser Situation bei mir blieb“), in einer ausgewogenen *Kräfteverteilung in der Beziehung* (z. B. „Ich hatte das Gefühl einer bestehenden Balance zwischen uns, das ich zuvor nicht hatte“), und in *Offenheit* dem Therapeuten gegenüber (z. B. „Ich fühlte, dass ich es nicht nötig hatte, etwas zu verschweigen“) etc. (vgl. Timulák & Lietaer, 2001). Die Überwindung der Unsicherheit hatte in diesen Fällen damit zu tun, dass die Klienten sich von den Ansichten der Therapeuten nicht (mehr) persönlich verunsichert fühlen mussten.

Grundsätzlich berührt die Unsicherheit bezüglich der Ansichten, welche die Therapeuten gegenüber den Klienten wohl hegen, Bereiche und Fragen wie etwa: Was hält die Therapeutin von mir als Person? Was denkt der Therapeut über dieses spezifische Thema? Diese Fragen sind von zwischenmenschlicher Bedeutung, und die Antworten der Klienten beziehen sich darauf, ob es sich bei den Therapeuten um solche Personen handelt, zu welchen sie gerne in Therapie gehen. Sie wollen wissen, wie die Therapeuten zu ihnen stehen, und zwar sowohl auf einer persönlichen Ebene wie auch in Bezug auf die zu explorierenden Probleme (sehr ähnlich zu Rogers' ursprünglichem Konzept der Wertschätzung). Dies ist insofern verständlich, als der Klient mit schmerzenden Anliegen in die Therapie kommt, die oft unangenehme Gefühle auslösen. Diese Verletzlichkeit führt zu einer größeren Ängstlichkeit bezüglich des Willkommen-Seins beim Therapeuten. Ein großer Teil dieser verletzlichen Erfahrungen ist insofern interpersonal konnotiert, als die Klienten fürchten, dabei missverstanden, ins Lächerliche gezogen und nicht ernstgenommen zu werden oder auch beim Therapeuten Ängste auszulösen, wie sie es in Beziehungen außerhalb der Therapie erlebt haben. Von daher rührt die Unsicherheit gegenüber der Position des Therapeuten.

Es gibt noch eine weitere Art von Unsicherheit bei Klienten. Diese entstammt eher der Hoffnung, der Therapeut sei nicht nur eine verständnisvolle Person und auf der Seite des Klienten, sondern

darüber hinaus ein kompetenter Experte, der wirklich helfen kann. Diese Unsicherheit bezieht sich auf den Level des fachlichen Könnens des Therapeuten. Still und leise mögen sich Klienten daher fragen: *Wie fähig ist der Therapeut, verletzbare Gefühle zu behandeln? Was kann er oder sie wohl bei meinen Problemen erreichen?* In den Interviews mit Klienten einer prozess-experienziellen Therapie (Timulák & Elliott, 2003) finden wir beispielsweise Aussagen wie: „Ich hatte das Gefühl, dass er [der Therapeut], wenn er mit dieser Art Erleben [unterdrückte innere Stimme des Klienten] umgehen kann, so gut wie alles handhaben kann.“ Dieser Klient hatte das fachliche Können des Therapeuten erlebt, mit verletzlichen Gefühlen umzugehen. Er wusste so aus erster Hand, dass er der sensiblen Expertise des Therapeuten im Umgang mit schmerzhaften Gefühlen und den mit ihnen verbundenen Bedeutungen vertrauen konnte. Dies könnte, wenn auch nicht immer sofort beim momentanen Event, dazu beitragen, die Unsicherheit bezüglich der Fähigkeit des Therapeuten aufzulösen, ob er bei einem intensiven emotionalen Erleben, das dem Klienten eventuell Angst macht, unterstützend eingreifen kann. Dieses Beispiel illustriert die Bedeutung der Unsicherheit von Klienten hinsichtlich der Kompetenz der Therapeuten, konstruktiv mit schmerzlichem und panischem Erleben umzugehen, welches die Klienten als unerträglich empfinden und oft zu verdrängen suchen.

Um auf Resultate anderer Studien über die Vulnerabilität von Klienten und deren davon bedingte Beurteilung des Therapeuten zurückzukommen, möchte ich besonders auf Rennie's (1990) Untersuchungen verweisen, in denen Beispiele einer bestimmten *Rücksichtnahme* des Klienten gegenüber dem Therapeuten lokalisiert wurden. Es handelt sich dabei darum, dass sich Klienten unklar sind über die Macht, welche der Therapeut über sie hat, und sich daher dafür entscheiden, sich dem Therapeuten und seiner Arbeitsweise zu fügen. Nichtsdestotrotz beobachten und bewerten sie stillschweigend das Verhalten des Therapeuten, ob es für sie sinnvoll und förderlich sein kann. Diese Fügsamkeit kann jedenfalls Therapeuten in die Irre führen, denen nicht gewahr wird, dass in der Therapie oder der Therapiebeziehung etwas schief läuft.

Diese Studien haben mir zu einem Bewusstsein von der interpersonellen Vulnerabilität von Klienten verholfen, welche in der Therapie oft gar nicht oder nur teilweise zum Ausdruck gebracht wird. Obwohl dies für die Personenzentrierte Therapie wie auch für andere Therapieformen ohnehin schon zentral ist, so muss doch noch betont werden, wie wichtig das Wahrnehmen dieser Vulnerabilität in den spontanen Äußerungen von Klienten und im Kontext signifikanter Events für den Therapieprozess ist. Dies scheint eine Dimension zu sein, um die ein Großteil des Therapieprozesses kreist, und die bei Weitem wichtiger für den Erfolg therapeutischer Arbeit ist, als dies in der Literatur zum Ausdruck kommt. Klienten bewerten die Qualität der Therapie durch ihr Urteil, ob die Therapeutin oder der Therapeut die richtige Person im Allgemeinen und hinsichtlich einer Lösung ihrer Probleme ist. Sie kommen zu dieser Beurteilung durch

das Wahrnehmen der persönlichen Einstellung des Therapeuten ihnen gegenüber sowie von dessen therapeutischer Kapazität. Das Bewusstsein dieses interpersonalen Aspektes von Psychotherapie sollte, obschon nicht neu, stets im Zentrum der Psychotherapieausbildung stehen.

Das eigene, aktive Lernen des Klienten – die Berücksichtigung seiner eigenen Arbeitsweise

Ein weiterer Aspekt, der mir unter dem Einfluss von Bohart und Tallman (1999) bei den untersuchten signifikanten Events begegnete, ist die *Aktivität des Klienten*. Genauer gesagt geht es dabei um die *Definition der Ergebnisse der Therapie durch den Klienten selbst*. In der Significant-Event-Forschung erscheint die Eigendefinition der Therapieergebnisse durch den Klienten auf zweierlei Art: Einmal ist sie repräsentiert in Klientenberichten von einer Einsicht oder einem Gewährwerden bestimmter Aspekte eigenen Erlebens, welche sie den Therapeuten nicht kommuniziert hatten. Die Therapeuten wussten in diesen Fällen nicht, weshalb der Event für die Klienten bedeutsam war. (Die Tatsache, dass die Events von Bedeutung waren, ergab sich, da sie zu ihnen befragt wurden.) Sie schrieben dabei den förderlichen Einfluss des Events gewöhnlich anderen Aspekten zu als die Klienten.

Von einer zweiten Art, in welcher Eigendefinitionen der Therapieergebnisse durch den Klienten zum Vorschein kommen, kann dann gesprochen werden, wenn Klienten auf andere Weise als theoretisch vorgesehen von der Therapiemethode profitieren. Dieser zweite Aspekt der aktiven Rolle der Klienten wurde in der Untersuchung von bestärkenden („empowering“) Events in der prozess-experienziellen Therapie von Depressionen sichtbar, bei welchen die Klienten die Zwei-Stühle-Technik anwandten, um Konflikte zwischen zwei Teilen des Selbsts zu lösen (Timulák & Elliott, 2003). Obwohl das theoretische Modell, unterstützt durch die Interpretation der Forschungsergebnisse, die Versöhnung der beiden Teile als Kern der Konfliktlösung ansieht, profitierten die Klienten bei diesen bestärkenden Events jedoch eher von der ausführlichen Exploration der beiden Teile und von der Reflexion ihres gesamten Erlebens in beiden Positionen. Diese Erkenntnisse wurden von Klienten beschrieben, die nicht wussten, dass das theoretische Modell vor allem die Versöhnung der beiden in Konflikt stehenden Teile des Selbsts betont. Andere Studien, wie zum Beispiel die Arbeit von Marin und Stelmaczek (1988), kommen zu ähnlichen Resultaten. Wenn Klienten wie Therapeuten signifikante Events in den gemeinsamen Sitzungen identifizieren sollen, ergibt sich dabei eine Übereinstimmung von lediglich 30 Prozent, was den Schluss nahe legt, dass beide verschiedene Aspekte des Therapieprozesses ganz unterschiedlich bewerten. Weiters deutet dies an, dass Therapeuten nicht besonders gut beurteilen können, was ihre Klienten aus der Therapie wirklich mitnehmen.

Diese beiden Beispiele aus Untersuchungen, an denen ich beteiligt war, zeigen, dass Klienten „geheime“ Erfahrungen machen, die ihnen Einsicht oder neue Erkenntnisse bezüglich ihres problematischen Erlebens ermöglichen, und dass diese Entwicklungen nicht unbedingt den theoretisch formulierten Regeln dafür folgen. Dies bedeutet, dass wir versuchen sollten, eine Theorie zu entwickeln, die erklärt und kohärent modelliert, wie therapeutische Prozesse zu solchen geheimen und vom Therapeuten nicht wahrgenommenen Einsichten führen. Die oben erwähnte Rücksichtnahme und die interpersonale Verletzbarkeit und Unsicherheit erklären vielleicht, warum diese Einsichten oder Erkenntnisse nicht mit dem Therapeuten geteilt werden. Es wäre jedoch dennoch von Interesse, nachzuvollziehen, wie diese Einsichten und Erkenntnisse ohne das Wissen oder den bewussten Beitrag des Therapeuten zustande kommen. Das Konzept von Bohart und Tallmans (1999) über den aktiven Klienten könnte einen guten Ansatzpunkt für die Entwicklung einer solchen Theorie darstellen.

Die aktive Rolle des Klienten, wie sie Bohart und Tallman (1999) verstehen, ist nicht bloß auf geheime Einsichten während der Therapie beschränkt. Klienten versuchen aktiv etwas aus der Therapie zu gewinnen, das sie im Alltagsleben nutzen können. Sie beurteilen das Angebot des Therapeuten, treffen den Entschluss, sich der jeweiligen Therapietechnik zu fügen, bewerten, was sie davon haben und entscheiden, sich weiter in die Therapie einzulassen. Während dieses Engagements lernen sie aktiv dazu, aber sie geben dem Therapeuten auch – direkt oder indirekt – Hinweise, welche Anpassungen an der Therapiemethode vorgenommen werden könnten, um ihnen mehr oder besseres Lernen zu ermöglichen. Rennie (1990) beschrieb, wie schon erwähnt, dass Klienten eigene Strategien und Pläne in die Therapie einbringen. Diese sind vielleicht nicht vollständig ausformuliert und eher intuitiver Natur, doch Klienten können sich im Therapieprozess auf sie beziehen. Klienten wissen daher, wann eine Therapie zu beenden ist, was für sie im Moment nicht verträglich ist, wann der Prozess stockt, weil etwas in der Beziehung nicht stimmt u. a. m. Sie sind dem Therapeuten gegenüber oftmals sehr tolerant (das Ausmaß dessen ist wahrscheinlich abhängig vom Schwierigkeitsgrad ihrer Probleme) und sie sind fähig, aus dem Spektrum des Angebots des Therapeuten das zu wählen, was ihnen passt, und den Rest elegant zu ignorieren.

Die aktive Rolle des Klienten sollte m. E. im gesamten Verlauf einer Personzentrierten Therapie gefördert werden. Sie kann durch das Bewusstsein des Therapeuten von der Kreativität der Klienten sowie durch seine Zurückhaltung bei der Bestimmung dessen, was den größten Nutzen der Therapie ausmacht, gefördert werden; sie kann ebenso durch direktes Nachfragen nach den Erwartungen, die Klienten in die Therapie setzen, was ihrer Meinung nach hilfreich sein könnte (Duncan & Moynihan, 1994), was sie bisher von Nutzen fanden oder was sie bisher vermissten u. Ä. m., stimuliert werden. Dies bedeutet nicht, dass der Therapeut alle Erwartungen

und Ansichten des Klienten erfüllen sollte. Die Therapeuten sollen selbstverständlich eine klare Vorstellung ihres Angebots an die Klienten haben. Sie können jedoch empathisch die Ansichten der Klienten explorieren und mit dem Kurs des Therapieprozesses vereinbar machen. Weiters können Therapeuten die aktive Rolle ihrer Klienten außerhalb der Therapie unterstützen. Die aktive Rolle der Klienten sollte in der Personzentrierten Therapie wie auch in anderen Richtungen überarbeitet werden, beispielsweise, wie von Bohart und Tallman (1999) skizziert, unter Beachtung ihrer empirisch belegten zentralen Rolle für den Erfolg der Therapie.

Der Beitrag des Therapeuten – Plädoyer für eine deutlich dialogischere Einstellung des Therapeuten

Wenn die Rolle des Klienten in der Personzentrierten Therapie theoretisch aufgewertet werden soll, so trifft dies auch, wie mich meine Forschungserfahrung zu glauben veranlasst, auf die Rolle des Therapeuten zu. Die förderlichen therapeutischen Grundeinstellungen und eine grundlegend empathische Art der Exploration spielen wahrscheinlich die größte Rolle bei den Significant Events in der Therapie. Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist für die Klienten das Wichtigste in der Therapie. Es wird dabei v. a. von Gefühlen des Verstandenwerdens und des empathisch Gehörtwerdens berichtet. Klienten schätzen das Verstehen des Therapeuten bezüglich ihres Erlebens, das Akzeptieren bestimmter Gefühle, die Bestätigung des Rechts auf gewisse Gefühle, die geteilte Sicht der erörterten Themen, den Unterschied der therapeutischen Reaktion im Vergleich zu Erfahrungen der Klienten in anderen Beziehungen etc. (vgl. Timulák & Litaer, 2001). Es gibt auch Momente in der Therapie, die deswegen signifikant sind, weil der Klient wichtige Geschichten aus seinem Leben berichten konnte und der Therapeut dabei achtsam und feinfühlig zugehört hat; es handelt sich um ähnliche Momente, wenn der Therapeut wichtigen Erfolgen oder Entwicklungsschritten im Erleben des Klienten (sich selbst schützen, sich selbst bestärken, veränderungsorientiert sein, Hoffnung kreieren) Anerkennung zollen kann (Timulák & Elliott, 2003)

Als hilfreich erlebten Klienten jedoch auch therapeutische Beiträge zu ihrem Explorationsprozess, die eher technischer Art waren, die aber natürlich mit der wertschätzenden Präsenz der Therapeutin oder des Therapeuten verbunden sein müssen. Es handelt sich dabei etwa um exakte Verbalisierungen des Erlebens, um klärende Interventionen, um pointierende Interventionen, die bisher unbemerkte Aspekte des Erlebens oder des Verhaltens aufgreifen, um experienzielle Interventionen, welche das bearbeitete Thema auf nicht-kognitive Weise (z. B. Imagination, Ausleben von Gefühlen) ansprechen, um das Ansprechen des Kerns des Erlebens des Klienten, um Ermutigen (empowerment), um das Erleichtern des Ausdrucks unterdrückten Erlebens (dies ist Teil des wachsenden

Vertrauens, welches in den Therapeuten gesetzt wird); und überhaupt um das Nachfragen, die sanfte Konfrontation, das Teilen von Beobachtungen u. v. a. m. (vgl. Timulak & Lietaer, 2001; Timulak, Belicova & Miler, 2003; Timulak & Elliott, 2003).

Klienten wissen die kompetente Beteiligung des Therapeuten am Therapieprozess zu schätzen, und viele wünschen sich, nach meinen Forschungsergebnissen, sogar mehr Input vom Therapeuten und ganz besonders vom Personzentrierten Therapeuten. Dies geht aus deren Erinnerung an Significant Events hervor sowie aus katamnestischen Evaluationen, bei denen Klienten gefragt wurden, was ihnen in der Therapie abging oder was sie vorschlagen würden, anders anzugehen. Die Klienten möchten offenbar erfahren, was ihr Therapeut sowohl als Person wie auch als Experte anzubieten hat. Ein Klient drückte dies im Interview nach der Therapie so aus: „Mir fehlte eine mehr dialogische Art des Gesprächs.“ Jeder Personzentrierte Therapeut stellt eine wesentliche Ressource für seinen Klienten dar; es sollte daher stets eine gemeinsame Abstimmung, wenn nicht gar Übereinstimmung zwischen ihnen bestehen, sowohl hinsichtlich des Ausmaßes an Förderung und Erleichterung beim Explorieren, Erleben, Verstehen und Bearbeiten problematischer Erfahrungen, wie auch hinsichtlich des Beitrags, der aus der Reflexivität und Kompetenz des Therapeuten resultiert.

Das Verständnis der therapeutischen Zusammenarbeit in der Personzentrierten Therapie sollte dahingehend überarbeitet werden, dass der Therapeut seinen eigenen Bezugsrahmen (frame of reference) benutzen kann, um den Bezugsrahmen des Klienten zu fördern. Personzentrierte Therapeuten bemühen sich meist, nicht zu direktiv oder vorschreibend zu sein, da sie die eigenen Ressourcen des Klienten betonen bzw. diese nicht vorzeitig negieren möchten, doch diese „Nichtdirektivität“ wird von Klienten manchmal als Passivität empfunden. Klienten wünschen sich, dass die Therapeuten ihre Gefühle, Reflexionen und Gedanken ausdrücken, damit sie diese beim Versuch, sich zu verändern, aktiv nutzen können. Dies kann auf eine kooperative, dialogische Art durch eine stärkere Aktivität des Therapeuten erreicht werden, ohne dabei die Grundsätze des Klientenzentrierten zu verraten (siehe Bohart & Tallman, 1999). Der Therapeut kann jederzeit überprüfen, auf welche Art und Weise der Klient sich Hilfe von ihm erwartet. Weiters kann er in Erfahrung bringen, ob der Klient Interesse an den Ideen und professionellen Ressourcen (z. B. experienzielle Techniken) hat, welche dem Therapeuten während der Exploration eines spezifischen Themas durch den Kopf gehen. Dies bedeutet nicht, dass der Therapeut den Kontakt zum Bezugsrahmen des Klienten verliert, auf den er sich ja ständig beziehen kann. Das bedeutet auch nicht, dass die Therapeuten die Klienten übergehen sollten; sie sollten nur bereit sein, ihre Ideen mitzuteilen, sobald sie merken, dass die Klienten sich diesen, über das grundsätzliche personzentrierte Modell hinausgehenden, Beitrag wünschen. Dies sollte jedoch in einer experienziell lebendigen und kreativen Art und Weise geschehen, damit es den explorativen Erlebensfluss der Klienten anspricht.

Eine solch kooperative therapeutische Haltung in theoretischer und praktischer Hinsicht weiter auszuarbeiten, übersteigt allerdings den Rahmen dieses Artikels.

Zusammenfassung – Beteiligung der Klienten, vertrauensvolle Beziehung und Kooperation

Die vier von mir ausgesuchten und hier präsentierten Aspekte stehen m. E. miteinander in einem direkten Zusammenhang. Das Verstehenlernen der Therapie durch die Klienten scheint ein Ausdruck ihrer aktiven Herangehensweise zu sein; zugleich ist es eine Vorbedingung für die Entscheidung, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen. Die Beurteilung der Therapie wiederum geht Hand in Hand mit der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit und der Kompetenz des Therapeuten. Die Klientin bzw. der Klient überprüft, wie die der Therapeut mit ihr bzw. ihm als Person umgeht (respektvoll, mit Sympathie, ob er ähnliche Wertvorstellungen hat etc.), sie bzw. er überlegt, welche Auffassung der Therapeut zu bestimmten problematischen und in der Therapie behandelten Themen hat (je nachdem, ob die Klienten in einer Opferrolle oder selbst für ihre Probleme verantwortlich sind, was der Therapeut über ein spezifisches Verhalten denkt, das bizarr oder ethisch problematisch sein mag, etc.). Schließlich machen sich Klienten auch Gedanken darüber, ob ihre Therapeuten über ausreichend Expertise für die Behandlung ihrer konkreten Probleme verfügen (konzentriert sich der Therapeut zu sehr oder auch viel zu wenig auf Emotionen, wird er durch das Erleben des Klienten verwirrt oder gar selbst in Ängste gestürzt etc.).

Diese Beurteilung kann, so sie erfolgreich ist, die Basis für die *Beteiligung des Klienten* an einem Therapieprozess bilden, der wesentlich durch Beiträge des Klienten gekennzeichnet ist. Diese Beteiligung ist jedoch von der Qualität einer persönlichen und kooperativen Beziehung abhängig. Die Beteiligung des Klienten und sein Vertrauen in den Therapeuten werden erst durch die erlebte persönliche Wertschätzung und fachliche Kompetenz des Therapeuten vermittelt. Letzteres inkludiert eine wirklich dialogische Grundhaltung des Therapeuten.

Literatur

- Bohart, A. C., & Talmann, K. (1999). *How clients make therapy work*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Duncan, B. L., & Moynihan, D. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy, 31*, 294–301.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice and L. Greenberg (Eds.), *Patterns of Change* (pp. 249–286). New York: Guilford Press.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 307–322.
- Elliott, R., & Shapiro, D.A. (1988). Brief structured recall: A more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 141–153.
- Grafanaki, S., & McLeod, J. (1999). Narrative processes in the construction of helpful and hindering events in experiential psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 289–303.
- Hardy, G. E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., & Shapiro, D.A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 36–53.
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 223–237.
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D.A., Hardy, G., & Firth-Cozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 105–114.
- Martin, J., & Stelmaczek, K. (1988). Participants' identification and recall of important moments in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 385–390.
- Moreno, J. K., Fuhriman, A., & Hileman, E. (1995). Significant events in a psychodynamic psychotherapy group for eating disorders. *Group, 19*, 56–62.
- Rees, A., Hardy, G. E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J. A., & Reynolds, S. (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research, 11*, 331–351.
- Rennie, D. (1990). Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 155–172). Leuven: Leuven University Press.
- Shick Tryon, G., & Vinograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 109–128). New York: Oxford University Press.
- Timulák, L. (2002). Výskum dôležitých momentov v procese psychoterapie – prehľad doterajších zistení. [Forschung über signifikante Events im Psychotherapieprozess: Übersicht über die Ergebnisse]. *Československá Psychologie, 46*, 536–548.
- Timulák, L., & Lietaer, G. (2001). Moments of empowerment: A qualitative analysis of positively experienced episodes in brief person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research, 1*, 62–73.
- Timulák, L. & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression. *Psychotherapy Research, 13*.
- Timulák, L., Belicova, A. & Miler, M. (2003, July). *Analysis of significant events in a successful therapy of 'unjoyfulness', experienced loneliness, and workaholism*. Paper presented at 34th annual conference of the Society for Psychotherapy Research, Weimar, Germany.

Autor

Ladislav Timulák, PhD, geb. 1971, Psychologe, Ass. Prof. am Institut für Psychologie der Universität Trnava, Slowakei; arbeitet in freier Praxis und als Trainer in der postgraduellen Psychotherapieausbildung (u. a. im PCA Institut – Ister). Interessenschwerpunkte: Psychotherapieforschung und verschiedene professionelle und ethische Aspekte in den Bereichen psychologische Beratung, Psychologie und Psychotherapie.

Korrespondenzadresse

*Dr. Ladislav Timulák
Institut für Psychologie der philosophischen Fakultät
Universität Trnava
Hornopotocna 23
918 43 Trnava
Slowakische Republik
E-Mail: ltimulak@truni.sk*

Katarína Karaszová

Bedeutsame Augenblicke in der Personzentrierten Therapie – Reflexionen einer Therapeutin¹

Zusammenfassung: Dieser Beitrag widmet sich der Darstellung bestimmter bedeutsamer² therapeutischer Momente, wie sie sich im Rahmen der therapeutischen Arbeit der Autorin mit zwei verschiedenen Klienten und innerhalb verschiedener Perioden ihrer Tätigkeit ereignet haben. Die beiden Prozesse beinhalten die Arbeit mit dem Felt Sense von bestimmten persönlichen Schlüsselerfahrungen der Klienten, die zuvor nicht verarbeitet und integriert werden konnten. Obwohl das Ausmaß an Prozessdirektivität der Therapeutin bei der Arbeit mit den beiden Klienten äußerst unterschiedlich war, wurden die jeweiligen Episoden von beiden Klienten als persönlich besonders bedeutsam erlebt. Die Autorin betont die Wichtigkeit einer therapeutischen Beziehung, welche von den Klienten in einer solchen Weise als sicher und zuverlässig erlebt wird, dass sie sich bedrohlichen und schmerzvollen Erfahrungen zuwenden und diese explorieren und integrieren können.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Therapie, Prozess-experienzielle Therapie, Focusing, Felt Sense, Felt Shift

Abstract: Some miraculous moments in person-centered therapy—The therapist's reflections. The article is devoted to some of "miraculous" therapeutic moments that occurred during author's therapeutic work with two different clients, in different phases of her practice. Both moments were touching the work with the felt sense of some of the client's personally important key experience, which hadn't been fully processed and integrated before. Although the therapist's degree of process-directivity differed with each client, both episodes were described by the clients as personally deeply meaningful. The author underlines the key role of the therapeutic relationship perceived by the client as safe and trustworthy enough to enable him/her to face his/her too threatening and painful experiences, to explore and assimilate them.

Key words: person-centered therapy, process-experiential therapy, focusing, felt sense, felt shift

Ich arbeite bereits seit beinahe 10 Jahren als Psychotherapeutin und lerne immer noch dazu. Das wird wohl immer so bleiben, denke ich. Von Anfang an waren mein Leben und meine therapeutische Arbeit im Personzentrierten Ansatz verwurzelt und obwohl meine philosophische Grundausrichtung dieselbe geblieben ist, entwickelte sich der Stil meiner Therapiearbeit beständig weiter. Die Werke von Gendlin, Greenberg, Rice, Elliott, Lietaer, Leijssen und anderer experienzieller und prozess-experienzieller Therapeuten³ haben mich sehr angesprochen und meine therapeutische Arbeit beeinflusst. Was slowakische Therapeuten betrifft, so schätze ich die Gedanken und Untersuchungen von Laco Timulák für meine Arbeit als besonders inspirierend ein.

In diesem Artikel befasste ich mich mit fesselnden therapeutischen Erlebnissen, die für mich bedeutsame Augenblicke einer Therapie darstellen – die Momente, in denen sowohl die Therapeutin als auch der Klient dessen „inner shift“ sehen und spüren können, in denen der Mikroprozess der positiven inneren Veränderung des

Klienten sichtbar wird und zu seiner persönlichen Weiterentwicklung führt, was besseres und sinnerfüllteres Leben ermöglicht.

Ich stelle nun verschiedene Möglichkeiten vor, wie diese Erlebnisse in einer Therapie erreicht werden können.

Kurzer Aufriss des theoretischen Hintergrunds

Der Vater des Personzentrierten Ansatzes – Carl Rogers – meint, die Wurzel des Veränderungspotenzials des Klienten liege in der Aktualisierungstendenz, d. i. „die dem Organismus innewohnende

1 Aus dem Englischen übersetzt von Lore Korbei.

2 Anm. des Hrsg.: Die Bezeichnung „bedeutsam“ wurde mit Bezug auf den Begriff „significant change events“ von Elliott (1984) gewählt.

3 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, daß sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers, 1959/1987, S. 21)

In jedem Menschen findet sich nun neben der Aktualisierungstendenz auch die Selbstaktualisierungstendenz, die von Ersterer relativ unabhängig ist. „Die allgemeine Tendenz zur Aktualisierung drückt sich auch in der Aktualisierung des Teils der organismischen Erfahrung aus, in dem sich das symbolisiert, was wir Selbst nennen.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 22). Unter Selbst verstehen wir das momentan vorhandene Gewahrsein unser selbst sowie unsere Beziehung zu uns selbst, zu anderen und zur Umgebung. Dieses Selbst wiederum beeinflusst unsere eigenen Erfahrungen, indem wir ihnen eine bestimmte Bedeutung geben. Wenn man dabei nicht präzise symbolisiert, was man auf der organismischen Ebene fühlt, kann man in Schwierigkeiten kommen, weil das Selbst manche Erfahrungen nicht akzeptiert oder sie verzerrt; sie erscheinen irgendwie gefährlich für das Selbst und entsprechen nicht dem aktuell vorhandenen Selbstkonzept. In diesem Fall wurzelt das Motiv der menschlichen Bemühung im Selbst, korrespondiert jedoch nicht mit den Bedürfnissen des gesamten Organismus (vgl. Timulák, 1996). Die jeweilige Person gerät dadurch in einen Zustand psychischen und physischen Unwohlseins.

Im Laufe einer Personzentrierten Therapie wird der Klient zunehmend kongruent. Rogers (1959a/1987, S. 32) versteht Kongruenz als Übereinstimmung zwischen dem Selbst und den organismischen Erfahrungen: „... wenn also Selbsterfahrungen exakt symbolisiert erlebt und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden.“ In der Personzentrierten Therapie zielt der Therapeut darauf ab, eine Art von Beziehung zur Verfügung zu stellen, innerhalb der der Klient stärker kongruent werden kann – „und genau seine Erfahrungen symbolisiert, ohne sie defensiv zu verzerren.“ (Timulák, 1998, S. 1). Wenn der Therapeut gemäß Rogers (1961a/1973, S. 47) „eine gewisse Art von Beziehung herstellen kann, wird der andere die Fähigkeit in sich selbst entdecken, diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen, und Veränderung und persönliche Entwicklung finden statt.“ Wenn ein Klient den Therapeuten als jemanden erlebt, der ihm kongruente bedingungslose Wertschätzung seiner Person anbietet gemeinsam mit dem Bestreben, seine Erfahrungen aus seinem Bezugsrahmen heraus zu verstehen, so führt das nach Rogers zu einer Harmonisierung der Selbstaktualisierungstendenz mit der Aktualisierungstendenz des Klienten. Im Laufe der Therapie widmet sich der Klient zunehmend seinem organismischen Bewertungsprozess. „Dieses Konzept beschreibt einen fortwährenden Prozeß, in welchem Werte niemals endgültig fixiert sind, sondern Erfahrungen exakt symbolisiert und kontinuierlich in Hinblick auf die erlebte organismische Erfahrung bewertet werden. Der Organismus erlebt Befriedigung durch jene Stimuli oder Verhaltensweisen, die den Organismus und das Selbst erhalten und fördern und zwar gleichermaßen in der Gegenwart als auch auf lange Sicht.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 37).

Gemäß Gendlin (1964) tritt eine therapeutische Veränderung ein, wenn der Klient den Felt Sense einer Erfahrung entdeckt, was mit einer merklichen physischen und psychischen Erleichterung und dem Zustrom neuer Energien einhergeht. Der Felt Sense kann im Laufe eines experienziellen Focusing gefunden werden, wenn der Klient in seinem Gewahrsein genau die Bedeutung einer Erfahrung symbolisiert, die er auf der physisch-organismischen Ebene fühlt. Wenn ein Klient in Kontakt mit seiner Erfahrung kommt und seine Aufmerksamkeit voll darauf konzentriert, entdeckt er neue Aspekte in ihr. Die Erfahrung wird differenziert und in einer größeren persönlichen Bedeutsamkeit reorganisiert und so in das Selbst integriert.

So wird das Experiencing zu einer verlässlichen Quelle für unser Denken, unser Handeln und für das Treffen von Entscheidungen, während die Selbstaktualisierungstendenz und die Aktualisierungstendenz in Übereinstimmung kommen.

Rogers bezieht sich auf dieses Experiencing, wenn er schreibt: „Therapie scheint eine Rückkehr zur grundlegenden sensorischen und innerorganischen Erfahrung zu sein“ (1961a/1973, S. 110); „Der Klient spricht von etwas Wichtigem; plötzlich – zack! – wird er von einem Gefühl getroffen. Es hat weder Namen noch Etikett; es ist eher das Erlernen eines unbekanntes Etwas, das man erst vorsichtig erkunden muß, ehe man es überhaupt benennen kann.“ (ebd., S. 133f); „... Darüber hinaus wächst die Einsicht, daß der Bezugspunkt dieser vagen Erkenntnisse in ihm selbst liegt, in einem organisch empfundenen Ereignis, angesichts dessen er seine Symbolisierung und seine kognitiven Formulierungen kontrollieren kann.“ (ebd., S. 144). Gendlin (1984, S. 79) meint dazu: „The edge of awareness; a sense of more than one says and knows, an unclear, fussy, murky sense of a whole situation, that comes in the middle of the body: Throat, chest, stomach, abdomen.“ Der hier gemeinte Körper „ist nicht die physiologische ‚Maschine‘ des üblichen reduzierten Denkens. Hier ist der Körper gemeint, wie er von innen empfunden wird.“ (Gendlin, 1996/1998, S. 12). Und Leijssen (1998, S. 123) formuliert dies so: „Therapie heißt, den Kontakt wiederherstellen mit dem Bedeutung fühlenden Körper, in dem sich die Existenz manifestiert, ein Prozess in dem eingeschlossene Erfahrung wieder berührt wird, sodass sie noch einmal in Bewegung kommen, sich zeigen und sich schließlich entfalten kann, um ihre Bedeutung zu vollenden. Die implizite organismische Erfahrung (...) muss früher oder später in der Therapie im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Es ist ein inneres Wissen, das sich in der therapeutischen Interaktion öffnet und durch das neue Bedeutung entstehen wird.“

Leijssen (ebd., S. 121) beschreibt Focusing in diesem Zusammenhang als „... eine spezielle Art, seiner Felt Experience im Körper Aufmerksamkeit zu schenken. Durch die Interaktion mit Symbolen kann die Felt Experience präziser werden, sie kann sich bewegen und verändern, und sie kann einen Felt Shift mit sich bringen: die Erfahrung tatsächlicher Veränderung oder körperlicher Lösung des Problems.“ „Wenn die richtigen Symbole, die zur Erfahrung passen,

gefunden werden, hat der Klient das Gefühl einer Richtigkeit, die befriedigt. Das ist der Felt Shift: eine körperliche Wahrnehmung, dass sich etwas verändert in der Art und Weise, wie das Problem erlebt wird ... Auf der Skala der Intensität gibt es im unteren Bereich ‚small shifts‘, die ausgesprochen minimal und fein sein können ... im oberen Bereich ist der Shift intensiv, dramatisch, nicht zu übersehen; er ist ein ‚big shift‘ ... Shifts wirken sich auch verschieden aus; Klienten verspüren manchmal Befreiung oder körperliche Erleichterung (z. B. Seufzer, Tränen); manchmal verdeutlicht sich eine vage Erfahrung oder das Gefühl verstärkt sich (z. B. ein allgemeines Gefühl der Verwirrung wird klar zu Ärger); manchmal spürt der Klient, dass sich etwas von einer Stelle im Körper zu einer anderen bewegt (z. B. ein Würgegefühl in der Kehle wird zu einem warmen Gefühl rund um das Herz); manchmal wird mehr Energie, Erregung, Enthusiasmus oder persönliche Kraft verspürt, oder neues Leben, das in einigen Körperteilen oder im ganzen Körper erwacht, manchmal wieder ein Gefühl von Frieden, Klarheit, Geerdet-Sein, ein warmes ausgedehntes Gefühl des Wohlbefindens.“ (ebd., S. 138)

Ich nehme an, dass diese Felt Shifts die grundlegenden Mikroprozesse für eine tiefe therapeutische Veränderung, die die gesamte Persönlichkeit umfasst, darstellen. Das ist auch der Grund, warum ich in den folgenden Fallstudien bestimmte Episoden besonders hervorheben möchte, die zu diesen bedeutsamen Augenblicken führten, obwohl die Wege zu ihnen sehr unterschiedlich waren.

Der Fall von Daniela

Der erste Fall – der Fall von Daniela – stammt aus der Anfangsphase meines Therapeutinnendaseins, als sich mein Arbeitsstil auf die klassische rogerianische nicht-direktive Therapie stützte. Das heißt, ich vertraute bedingungslos und ausschließlich auf die heilende Kraft der therapeutischen Beziehung, wie sie durch die drei dafür als notwendig und ausreichend erachteten Bedingungen des Wachstums charakterisiert wird. Ich versuchte – und versuche es auch heute noch – meinen KlientInnen eine therapeutische Beziehung anzubieten, in der sie die bedingungslose positive Zuwendung der Therapeutin spüren, die ihnen empathisches Verständnis in Kongruenz mit ihren eigenen Erfahrungen und Verhaltensweisen entgegenbringt, und die aufrichtig engagiert und in der Beziehung vollständig gegenwärtig ist. Das war die Zeit, bevor ich auf die process-experienzielle Therapie stieß. Damals beruhte meine Erfahrung mit prozessdirektiven Interventionen eher auf Intuition.

Ich fand diesen Fall interessant, besonders weil meine Auffassung davon, was in einer Therapie passieren sollte, dazumal eine andere war. Nach meiner Vorstellung wie der Personzentrierte Ansatz in einer erfolgreicher Therapie funktionieren sollte, drehte sich der therapeutische Prozess hauptsächlich um die innere Welt des Klienten, mit seinen Erfahrungen einschließlich seiner Affekte, Gedanken und persönlichen Bedeutungen. Meine Erwartung war

offensichtlich, dass ich eher mit Gefühlen arbeiten und dabei tief in das Experiencing des Klienten vorstoßen würde, wobei natürlich sowohl die Geschwindigkeit als auch die Art und Weise dem Klienten überlassen bliebe. Es gibt jedoch auch KlientInnen, denen es kaum gelingt, ihre Gefühle auszudrücken, geschweige denn, sie in Worte zu kleiden. Sie haben nicht nur Probleme, einen Ausdruck zu finden für ihre innere Welt, sondern auch genau zu erkennen, was gerade in ihnen passiert, oder wie sie sich eigentlich fühlen. Sie erleben ihre emotionalen Erfahrungen als etwas, das unklar, verwirrend und größtenteils unbekannt ist. Sie fühlen sich dabei nicht zuhause. Daniela ging es genauso.

Ich lernte sie als 15-jährige Gymnasiastin kennen, als sich ihre Mutter wegen ihres Hustens an mich wandte: während des Unterrichts hatte Daniela immer wieder unerklärliche Attacken trockenen Hustens. Nachdem die Ärzte eine organische Ursache ausgeschlossen hatten, gingen wir davon aus, dass die Wurzel wohl eher im psychischen Bereich liegen würde. Der Husten stand in keinem Zusammenhang mit einer bestimmten Situation, er trat gleichermaßen während einfacher wie schwierigerer Unterrichtsstunden auf und zwar in unterschiedlichen Abständen, manchmal täglich, manchmal mit mehrtägigen Pausen.

So betrat also eines Tages ein rothaariges, etwas unbeholfenes Mädchen meine Praxis. Sie sprach kaum, und wenn, dann nur kurz, und blickte mir nicht in die Augen. Daniela war ziemlich gestresst und die ganze Situation schien ihr sehr unbehaglich zu sein. Sie beschrieb die Probleme mit ihren Hustenattacken in wenigen Worten, vollkommen rational und auf Fakten bezogen, mit monotoner und leiser Stimme und beinahe ausdruckslos – keine Spur von Experiencing, kein Anzeichen irgendeines Gefühls. Sie erzählte nicht spontan über sich und gab ausschließlich Fakten weiter. Meine Frage, was sie momentan bräuchte, um sich in der Situation wohler zu fühlen, half ihr, die Spannung zu überwinden. Sie wünschte sich irgendeinen Intelligenz-Test. Logische Lösungen zu finden war für sie sehr entspannend – das war ihr Terrain, auf dem sie sich zuhause fühlte. So nahm ich also ihre Einladung an, mich in ihre Welt zu begeben und vergaß, dass ich eigentlich beabsichtigt hatte, mich in die Tiefe ihrer Gefühlswelt zu stürzen. Es war für mich ziemlich ungewöhnlich, mich während einer Therapie mit äußeren Fakten und mathematisch-logischem Denken zu beschäftigen. Es war offensichtlich, dass Daniela begann, sich während der Testbearbeitung sicherer zu fühlen und auch zufriedener über die Tatsache, dass sie sich in dieser Zeit niemanden grenzenlos öffnen musste. Sozialer Kontakt war für sie ein Problem. So war es am Beginn unserer Arbeit wichtig, etwas Vertrautes zu finden, an dem sie sich anhalten konnte. Sie wollte auch gerne Entspannungsübungen probieren. So arbeiteten wir am Ende jeder Sitzung mit dem Körper und versuchten, den Kontakt mit ihrem Körper einfacher und stimmiger zu machen. Daniela gelang es jedoch auch nach den Entspannungsübungen nicht, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen, und ich drängte sie auch nicht dazu. Ich respektierte einfach ihren Wunsch, die Entspannungsübungen

fortzusetzen. Schließlich stellte sich durch Mensa's Intelligenz-Test die bemerkenswerte Tatsache heraus, dass sich Danielas IQ im Bereich des Genies bewegte: 150 und darüber. Das war die Erklärung dafür, dass sie die Unterrichtsstunden oft langweilten und sie ihren Mathematikprofessor als zu langsam empfand. Diese Neuigkeiten nahm sie ruhig und gelassen auf, als würde das für ihr Leben ohne Auswirkungen bleiben. In der Zukunft wollte sie sich eindeutig der Wissenschaft widmen und Physik und Chemie studieren.

Ihre Studien waren ihr sehr wichtig und sie nahm auch an zahlreichen Wissens-Wettbewerben teil, wo sie immer gut abschnitt. Daniela fand also einen Weg, wie sie sich sicher und behaglich fühlen konnte, während sie mit mir Kontakt hatte und mittels Tests und Entspannungsübungen mit mir kommunizierte. Und so kamen wir uns schließlich näher. Als es keine Tests mehr zu machen gab, benötigte sie dieses Hilfsmittel in unserer Beziehung nicht länger. Sie wurde langsam immer offener und redete vermehrt über sich, wenn auch nur ihr Verhalten betreffend. Obwohl sie weit entfernt von tiefen Gefühlen war, gelang es ihr dennoch von Zeit zu Zeit, ihre Gefühle wahrzunehmen: Angst vor Prüfungen in der Schule etwa oder Wut auf ihren Bruder.

Die Hustenanfälle verschwanden dann von selbst. Sie wollte auch ihre Entspannungsübungen nicht mehr weiterführen. Sie fühlte sich in unserer Beziehung bereits ausreichend sicher. Ich lernte ihr beschauliches Leben kennen, das ohne ausdrucksstarke Gefühle oder gar Leidenschaften auskam. Die stärksten Gefühle zeigte sie wahrscheinlich beim Erforschen von Neuem oder bei der Formel I. Danielas Mutter fragte mich, ob eine Weiterführung der Therapie ihrer Tochter sinnvoll wäre, da sich die Hustenanfälle ja gelegt hätten. Scheinbar hatte sie ihre Tochter immer so akzeptiert wie sie war, nur deren Hustenanfälle hatten etwas gestört.

Wir einigten uns darauf, dass Daniela selbst entscheiden sollte. Sie wollte weitermachen. Und so traf ich sie vier weitere Male – in sehr freundschaftlicher Atmosphäre – und sie berichtete mir weiterhin über ihre Verhaltensweisen, was sich unlängst in ihrem Leben getan hatte. Ich freute mich, dass sie aus freien Stücken zu mir kam und dachte, dass unsere Beziehung für sie in bestimmten Bereichen von Wichtigkeit war.

Damals begann ich zu begreifen, dass meine fixe Vorstellung vielleicht nicht ganz richtig war, erfolgreiche Therapie sei an die Arbeit mit Gefühlen gebunden, indem man den Klienten in seine tiefste Gefühlswelt begleitet. Ich konzentrierte mich hauptsächlich auf die Kraft und die Wichtigkeit einer therapeutischen Beziehung und bemühte mich, so aufrichtig wie möglich darin zu sein, einfach bereit und verfügbar für Daniela zu sein, egal worüber sie gerade sprach. Gegen Ende des Schuljahres entschuldigte sie sich, dass sie nicht mehr zur Therapie kommen würde, wegen des Lernens und weil sie etwas mit ihrer Freundin vorhatte. Es war das erste Mal, dass sie sie erwähnte. Ich hatte gemischte Gefühle. Ich war mir nicht sicher, ob der Grund ihres Fernbleibens einfach war, dass sie mich nicht mehr brauchte, oder ob sie dachte, dass diese Art der

Therapie für sie nicht sinnvoll sei. Ich fragte mich immer wieder, ob ich genug getan oder doch etwas versäumt hatte. Schließlich und endlich sagte ich mir – und das konnte auch eine vernunftmäßige Erklärung sein – dass sie wohl wusste, was sie machte, und ich dachte, dass es für sie momentan das Beste war.

Ich war erstaunt, als Daniela – ganz von alleine – während der Sommerferien wieder auftauchte. Sie war aufgeregt und bestand auf einer Therapiestunde so bald wie möglich. Dieses Verhalten war für sie ziemlich unüblich, aber ich war glücklich, dass sie zurückgekommen war, und auch neugierig zu erfahren, was in ihrem Leben passiert war. Als sie zu unserer Stunde kam, war sie sehr mitteilungsbedürftig und irgendwie lebendiger. Sofort nachdem wir unsere Plätze eingenommen hatten, beklagte sie, dass sie den festen Boden unter ihren Füßen verloren hätte und schwere Zeiten durchmachte. In den letzten Wochen waren vier sehr nahe alte Verwandte von ihr gestorben, darunter auch ihre Tante, die sie sehr verehrte. Während sie mir das erzählte, begann sie beinahe zu weinen. Daniela sagte, sie sei wütend, dass es ihr nicht gelungen war, auf dem Begräbnis zu weinen. Es war für sie sehr schwer, sie fühlte den Schmerz, fühlte sich in ihm gefangen, und war dennoch unfähig, ihm Ausdruck zu verleihen oder ihn gar los zu werden. Sie war tief berührt, voller Emotionen, ihre Stimme zitterte. Ich versuchte, mit ihr bei ihrem Schmerz zu bleiben, und ihr meine Anteilnahme an all dem, vor allem an ihren Gefühlen, zu zeigen. Und so waren wir schlussendlich doch bei Gefühlen angelangt! Sie sagte, es wäre nicht leicht für sie gewesen, mit all dem auf dem Herzen den ersten Schritt zu machen und zu mir zu kommen. Es war alles zu viel für sie, aber sie konnte es gleichzeitig nicht herauslassen. Während sie sprach, drängte sich mir beharrlich das Bild vom Geist in der Flasche auf. Es war so nachhaltig, dass ich beschloss, es ihr mitzuteilen. Ich wusste, ich konnte dabei riskieren, den springenden Punkt total zu verfehlen, aber das war nicht der Fall. Es traf den Nagel auf den Kopf. Daniela bestätigte, dass sie sich genau so fühlte. Es war als ob diese Metapher den Felt Sense davon berührt hatte, was Daniela im Moment fühlte, aber nicht in Worte kleiden konnte. Wir verharrten eine Zeit lang in Schweigen und spürten die Wärme unserer großen Nähe. Ich glaube, es war ein kostbarer Augenblick, einer der wenigen Momente intensiven Einheitsgefühls. Ich bin auch überzeugt, dass für Daniela sehr viel gefühlsmäßige Arbeit darin lag. Obwohl sie nicht weinte, hatte sich ihre Anspannung aufgelöst. Während dieses wichtigen inneren Ereignisses nahm Daniela Kontakt mit ihrem Experiencing auf. Danach war sie bereit, ihr Problem genauer unter die Lupe zu nehmen. Plötzlich fühlte sie sich leer, alles war wie weggeflogen. Ich sagte ihr, sie solle über alles sprechen, das spontan heraufkommt. Sie sagte, dass es ihr noch nie gelungen sei, spontan zu sein. So nahm ich empathisch auch ihren nicht-spontanen Teil an – und das war der Knackpunkt. Sie begann über Situationen zu reden, in denen sie weinen konnte: bei einem bewegenden Film oder einem berührenden Buch, d. h. immer dann, wenn es nicht direkt ihr eigenes Leben betraf. Sie erzählte mir, dass sie Menschen

bewundere, die cool bleiben konnten und nicht von Gefühlen getrieben waren. Sie untersuchte ihre Beziehung zu Gefühlen Schritt für Schritt und fand heraus, dass sie Angst hatte, die Kontrolle über sie zu verlieren und von ihnen überwältigt zu werden. Ich begleitete sie auf ihrer Forschungsreise und sie schien gefunden zu haben, wonach sie gesucht hatte. Ich war überrascht von der Veränderung, die sie während unserer Sitzung durchlief. Sie nutzte die verbleibende Zeit und sprach über verschiedenste Dinge, die ihr spontan in den Kopf kamen. Sie war dynamisch, lebendig und die Atmosphäre war entspannt. Als unsere Zeit um war, musste ich sie beinahe stoppen. Wir kamen überein, dass sie jederzeit anrufen konnte, wenn sie es wollte. Am Ende fragte ich sie, ob diese Therapiestunde ihre Erwartungen erfüllt hätte, und sie sagte mit deutlicher Erleichterung in der Stimme, dass dem so sei.

Die Erfahrung mit Daniela war auch für mich äußerst wichtig. Der Hauptgrund ist, dass am Ende der Therapie einer dieser bedeutsamen Augenblicke stand, in denen sich eine tiefe Einheit zwischen mir und meiner Klientin einstellte, ein Augenblick, der gleichzeitig auch der Moment der Veränderung war. Andererseits stärkte diese Erfahrung auch meinen Glauben an den Wert und die heilende Kraft einer guten therapeutischen Beziehung; eine Beziehung, in der, unabhängig von den Inhalten, welche die Klientin bringt, die Klientin schließlich das findet, was sie braucht, egal wie schwierig und gewunden der Weg dorthin auch ist – wenn die Therapeutin in jedem Augenblick absolut bei der Sache ist, annehmend, empathisch und kongruent, und all diese Haltungen der Klientin gegenüber auch verkörpert. Eine weitere Lektion, die ich gelernt habe, ist, dass es für den Klienten erst gemeinsam mit dem Therapeuten möglich ist, sein Experiencing zu erforschen, wenn sich der Klient innerhalb einer therapeutischen Beziehung einigermaßen sicher fühlt und sie als stabilen und verlässlichen Ort ansieht. Wie schnell dieser Zustand erreicht wird, hängt nicht nur vom Therapeuten als Fachmann und seinem persönlichen Engagement innerhalb der Beziehung ab, sondern auch von der inneren Möglichkeit und Bereitschaft des Klienten, der anderen Person zu vertrauen, diese Beziehung zu akzeptieren und für seine persönliche Entwicklung und Heilung zu nutzen, um sein Leben auf sinnvollere und befriedigendere Art und Weise zu leben.

Der Fall von Peter

Ich traf Peter vor fünf Jahren, als er eine Langzeit-Therapie in meiner Praxis begann. Das erste Jahr war sehr intensiv, im zweiten Jahr kam er dann weniger häufig und die Therapie hatte eher unterstützenden Charakter. Dann pausierten wir für drei Jahre und erst unlängst, als er in eine neuerliche „Krise“ gestürzt war, kam er wieder zu mir. Ich arbeitete mit ihm auf personzentrierte Art und Weise, griff aber immer auch zu anderen Hilfsmitteln wie Focusing,

prozessdirektiven Interventionen, Zwei-Sessel-Dialogen, Arbeit mit dem leeren Sessel usw., arbeitete mit dem Körper und verwendete Methoden der Trauma-Arbeit sowie Stabilisierungs- und Screen-Techniken.

Als Peter erstmals zu mir kam, war er ein auffallend gut aussehender junger Mann von 22 Jahren, der mit seiner Mutter in einer Kleinstadt lebte und zur Arbeit pendelte. Als er 1½ Jahre alt war hatten sich seine Eltern, deren einziges Kind er war, scheiden lassen. Er sagte, dass er bis jetzt eigentlich nie Probleme gehabt hätte. Seine Mutter aber war der Meinung, dass er Behandlung benötige und wandte sich an mich. Sein Hauptproblem war seine Angst vor Krebs. Er war absolut überzeugt davon, dass er Krebs hatte, und keine Erklärung der Welt konnte ihn davon überzeugen, dass er vollkommen gesund war. Er hatte eine ganze Menge unerklärlicher somatischer Beschwerden, die seine Überzeugung, Krebs zu haben, nur noch verstärkten: Verdauungsstörungen, Magenbeschwerden, Schmerzen in der Wirbelsäule, im Halswirbelbereich, eigenartige Würgegefühle in der Kehle und zeitweise Lähmungserscheinungen in seiner linken Körperhälfte. Er litt unter Panikattacken mit Rück Erinnerungen, in denen er Patienten sah, die an Krebs litten, und fürchtete, einer von ihnen zu werden. Er hatte Angst davor, das Haus zu verlassen. Was, wenn er von diesen unerträglichen Zuständen irgendwo in der Öffentlichkeit ohne irgendeine Hilfe überfallen werden würde? Vor zwei Jahren hatte er als Pfleger auf einer Onkologie-Station gearbeitet und hatte dabei keinerlei Probleme gehabt. „Ich habe mich im Grunde nicht darum gekümmert“, sagte er. Peter verstand nicht, warum diese Bilder nach so langer Zeit immer wieder aufzutauchen begannen und seine Angst schien für ihn unkontrollierbar. Zu allererst mussten wir daran arbeiten, Peter zu stabilisieren: er war von Angst durchdrungen. Das Auffinden eines sicheren Platzes in seinem Körper – in der Zehengegend – half ihm, eine gewisse Distanz zwischen sich selbst und seinen Angstgefühlen zu finden. Allein das empfand er als sehr erleichternd. Schrittweise gelang es ihm auch, sein Körpergefühl der Angst detaillierter zu beschreiben, indem er seine Vorstellungskraft einsetzte. Das Angstgefühl konzentrierte sich in seiner Brust, er fand seine Form, Farbe und weitere Eigenschaften heraus. Es gelang dem Klienten, in Kontakt mit seiner Angst zu bleiben und gleichzeitig größere Kontrolle über sie zu erlangen, sowie von dem sicheren Platz in seinem Körper aus zu beobachten, wie sie sich veränderte, entwickelte, ja sogar weniger wurde. Die Vorstellung eines Licht-Stroms, der Gesundheit, Erlösung und Leichtigkeit mit sich brachte, war für ihn eine deutliche Erleichterung. Peter beschrieb sie als bahnbrechende, befreiende Erfahrung, die ihm half, sich sicherer zu fühlen und die Grundvoraussetzung für weitere therapeutische „Forschungsarbeit“ war. Einen guten Platz in seinem Körper gefunden zu haben, trug dazu bei, das Gefühl zu bekommen, langsam die Kontrolle über sein Erleben zu erlangen. Das half ihm, sich von seiner Angst etwas zu distanzieren, ihre Eigenschaften kennenzulernen – sie auf der Grundlage von Körpergefühlen, Vorstellungen und Emotionen

greifbar zu machen und ihre Verbindungen mit den gegenwärtigen Ereignissen in seinem Leben herzustellen. Im Großen und Ganzen hatte Peter Probleme damit, den angemessenen Kontakt zu seinem Erleben zu finden – entweder war er überwältigt davon oder zu weit weg. Sein Erleben hatte sich in einer Reihe bizarrer somatischer Symptome gezeigt. Als er deren Mechanismus zu verstehen begann, verringerte sich seine Angst vor seinen inneren Gefühlen. Er machte sich Focusing zu Nutze, was ihm half, den angemessenen Kontakt zu seinem Erlebensstrom wiederherzustellen.

Immer wieder tauchten weitere traumatische Geschehnisse aus seiner Kindheit auf. Er erzählte von seinem Vater, einem choleroschen und aggressiven Mann, den Peter auch nach der Scheidung seiner Eltern regelmäßig traf. Sein Vater prügelte ihn immer wieder auf das Schlimmste. Schmerz, Angst, Machtlosigkeit und Scham – all diese Gefühle kamen während Peters Therapie an die Oberfläche. Langsam entdeckte er, dass er sehr häufig Emotionen unterdrückte oder sich schämte, sie auszudrücken, weil er glaubte sie wären unangebracht – genau wie sein Vater darüber gedacht hatte, als Peter noch ein Kind war. Peter entdeckte auch einen choleroschen Anteil in sich, der ihn deutlich an seinen Vater erinnerte, weshalb er ihn stets unterdrückt hatte. Daher betrachtete er auch alles Andere, das aus seinem Inneren kam, als bedrohlich und gefährlich. Er befürchtete, dass er von inneren Impulsen überwältigt werden könnte, genau wie sein Vater, und so wollte Peter nicht sein. Er versuchte, mit dem Gefühl seiner Unvollständigkeit fertig zu werden – auch mit der Tatsache, dass er seinen Vater sehr vermisste. Er erzählte auch von seiner Arbeit, wie er sich bei der Bewältigung verschiedener Aufgaben unsicher fühlte, wie es ihm an Selbstvertrauen mangelte. Peter erinnerte sich an ein weiteres Vorkommnis mit seinem Vater: Als Kind zeigte er ihm stolz ein Flugzeugmodell, das er ganz alleine gebaut hatte. Anstatt diese Leistung anzuerkennen, warf sein Vater es auf den Boden, schrie Peter an und ging aus dem Zimmer. Peter begann zu verstehen, woher seine ständige Unsicherheit und sein Wunsch, perfekt zu sein, herkamen – „... damit mich nie jemand für irgendetwas rügen kann“, sagte er. Er verspürte oft den Zwang aufzuräumen, einem gewissen Ordnungssinn zu folgen, er hatte bestimmte eigene Rituale, die ihn gefangen hielten. Nachdem er die persönliche Bedeutung seines „Gefangenseins“ erkannt hatte, gelang es ihm, ein befreiteres und erfüllteres Leben für sich zu entdecken.

Ein weiteres Trauma in seinem Leben war der Tod seiner Tante, die ihm sehr viel bedeutet hatte und die an Krebs starb. Peter hörte eine Unterhaltung unter dem Pflegepersonal mit, bei der es um eine Patientin ging, die Furchtbares durchlitt – und fand schließlich heraus, dass sich diese Bemerkung auf seine Tante bezogen hatte. Damals verstand er es nicht, seinem Schmerz freien Lauf zu lassen – das gelang ihm erst später im Zuge der Therapie, als er den Zusammenhang zwischen diesem Erlebnis und seiner Angst vor Krebs erkannt hatte. Langsam gelang es ihm, Gesundheit als einen Prozess zu erkennen, nicht nur als Zustand, in dem alle seine Körpergefühle als störend und gefährlich wahrgenommen wurden. Er entdeckte

den Zusammenhang zwischen den Gefühlen, die er auf somatischer Ebene hatte und seinem Erleben von Ereignissen in seinem Leben, und so begannen verschiedene somatische Symptome langsam schwächer zu werden. Seine Angst vor Krebs verschwand vollständig. Peter begann, seinem Erlebensstrom stärker zu vertrauen, und die starke Angst vor inneren Gefühlen ließ deutlich nach. Er erlangte größere Kontrolle über seine Gefühle und begann eher auf sein inneres Gefühl zu hören, wenn es darum ging, Entscheidungen zu fällen oder was seine Handlungen ganz allgemein betraf. Er entwickelte bei der Arbeit mehr Selbstvertrauen und war entspannter in seinem Auftreten. Er befreite sich von seinen Ritualen. Peters Beziehungen zu anderen Menschen verbesserten sich und er konnte einführender, offener, engagierter und zuversichtlicher darin sein.

Peter sah die Beziehung zu seiner Mutter in neuem Licht und es gelang ihm langsam aber sicher, ihr zu vergeben, dass sie ihn vor dem Vater nicht hatte schützen können. Er lernte, sie so zu akzeptieren wie sie war. Während der nächsten drei Jahre, in denen Peter ohne Therapie auskam, lebte er sechs Monate in Kanada, wo er seinen Vater traf und er lernte, dort zu leben und zu arbeiten – und alles schien bestens. Peter war stolz auf sich und ich war ebenfalls stolz auf ihn. In dieser Zeit war unsere Kommunikation eher gering und beschränkte sich hauptsächlich auf neue Nachrichten über Peters Erfolge: was er in Übersee alles erreichte, wie es ihm schlussendlich gelang, seinem Vater in die Augen zu schauen und ihm zu zeigen, dass er kein Kind mehr war (was bedeutete, dass der Vater keine Macht mehr über ihn hatte), er gestand sich sogar zwiespältige Gefühle seinem Vater gegenüber ein. Peter schien auch akzeptiert zu haben, dass ein Teil in ihm seinen Vater auf gewisse Weise liebte.

Sechs Monate nach seiner Rückkunft kam Peter wieder zu mir und befand sich in einem ernstem Zustand. Die Angst- und Panikattacken waren wieder zurückgekommen. Er empfand sich als schwach und unfähig, das Leben zu meistern, nicht als richtiger Mann, und er wurde von Homophobie geplagt, nachdem einer seiner Kollegen die Bemerkung gemacht hatte, Peter sei vielleicht schwul.

Wieder arbeiteten wir mit Stabilisierungstechniken – wie z. B. Imagination eines sicheren Platzes oder eines Lichtstroms. Vom „sicheren Platz“ aus untersuchten wir die aufsteigenden Emotionen, die sich wieder im Mittelpunkt seines Körpers befanden, meist in der Kehle, wo er gelegentliche Würgegefühle verspürte. Schrittweise tauchte eine neue Kette von Ereignissen auf. Peter hatte ca. acht Monate lang eine Freundin gehabt. Es war eine ausgesprochen erfüllende Beziehung und die beiden dachten daran, eine Familie zu gründen. Und das war der Punkt, an dem seine Unsicherheit wieder auftauchte – er fühlte sich mit dem tief in ihm verborgenen Gefühl seiner Schwäche konfrontiert, das sich jetzt zu einer Überzeugung auswuchs. Er war überzeugt, dass ihm durch die Tatsache, ohne Vater aufgewachsen zu sein, etwas fehlte und er fürchtete, dadurch nicht die Rolle eines Mannes übernehmen zu können und ein guter Ehemann und Vater zu sein. Gleichzeitig befürchtete er, dass er durch diese Überzeugung seine Freundin verlieren würde.

Peter erinnerte sich auch wieder an seinen Vater, der ihn gerne als harten Mann gesehen hätte und ihm sagte, dass er kein Mann mehr sei, wenn er Gefühle zeigte. Peter befürchtete, dass sich sein Einfühlungsvermögen innerhalb der Beziehung zu seiner Freundin nicht mit der Rolle eines Mannes vertrage. Er hatte kein Vorbild gehabt, wie man sich als Mann verhält – daraus entstammte wahrscheinlich seine Homophobie – aber diese starren Vorstellungen veränderten sich schrittweise und es gelang ihm langsam, seinen emotionalen Teil ebenfalls als ein Teil seines Mann-Seins zu verstehen. Im Zug des Prozesses, die persönlichen Bedeutungen von Peters Erfahrungen aufzudecken, wurden die Würgegefühle immer seltener. Aber da war noch etwas anderes. Dorthin drangen wir mittels Focusing durch, als Peter sich in Zusammenhang mit seinen Würgegefühlen an sonniges Wetter erinnerte, das er, ohne zu wissen warum, nie wirklich gemocht hatte. Dann tauchten die Bilder des Hauses, in dem seine Großmutter gelebt hatte, aus seiner Erinnerung auf, gepaart mit heftiger Traurigkeit, Verzweiflung und vielen Tränen. Plötzlich erinnerte er sich an ein tieftrauriges Ereignis, das mit diesem Ort verbunden war. Um uns diese schmerzhaft Erfahrung näher anzusehen, verwendeten wir eine Screen-Technik, die Peter half, einen geeigneten Abstand einzuhalten und die „Szene“ von einem sicheren Platz aus, wie auf einem Bildschirm, zu beobachten. Er sah sich als Achtjährigen in diesem Haus, als sein Vater zum letzten Mal von ihm Abschied nahm und ihm sagte, dass er auf Urlaub ginge, aber nie wieder zurückkam. Es gab dabei jede Menge nicht zugelassener Gefühle von Alleingelassensein, Leere, Verzweiflung, Machtlosigkeit und Sorge. In dieser Situation war es für Peter wichtig, in seiner Vorstellung in Kontakt mit seinem „inneren Kind“ zu kommen und ihm das zu geben, wonach sich der kleine Bub in dieser Situation sehnte: eine Umarmung, eine Berührung und das Vertrauen, dass er sicher aufgehoben sei, egal was passiert.

Es war für uns beide eine sehr emotionale und berührende Erfahrung und wir spürten beide, dass wir hier die Tiefe seines Erlebens und Verstehens erreicht hatten: irgendwo in Peter gab es den kleinen scheuen Buben, der überzeugt war, dass nichts mehr in Ordnung sei, seit sein Vater weggegangen war. Er wollte ganz dringend hören, dass das nicht der Wahrheit entspräche und er sicher sei und das Leben meistern könne trotz des Fortgangs des Vaters.

Peter empfand eine ungeheure physische und psychische Erleichterung und war überrascht, dass die Vorstellungskraft eine so starke Wirkung haben konnte. Er war auch erstaunt, weil er sich an das Ereignis nie zuvor erinnert hatte. Er wusste nur, dass es ihm immer wieder ein Bedürfnis gewesen war, das Haus zu besuchen und es anzustarren, ohne zu wissen warum – und nun wusste er es.

Wir hatten zwei weitere Sitzungen, in denen sich Peters Glaube an seine inneren Ressourcen allmählich festigte und er lernte, wie er sich um sein eigenes inneres Kind kümmern konnte. Er entwickelte neue Zuversicht und Entschlossenheit, sowohl in seiner Beziehung als auch in seinem Leben. Peter wollte mich eine Zeit lang nicht sehen, sein Selbstvertrauen war im Wiederaufbau begriffen

und er war vertraut mit den Mitteln zur Selbstheilung. Wir hoffen beide, dass er jetzt alleine zurecht kommt.

Diese dramatische und eindrucksvolle Erfahrung bildete das passende Ende einer langen und, wie ich zu sagen wage, einzigartigen und wertvollen therapeutischen Beziehung zu Peter. Sie ist ein weiterer Beweis, dass der Klient die therapeutische Beziehung als äußerst sicheren und vertrauenswürdigen Ort erleben muss, um seine tiefsten Wunden offenlegen zu können. In Peters Fall dauerte die Stabilisierung Jahre, und erst dann konnte unsere Beziehung ein Ort für richtungsweisende Entwicklungen werden. Ich glaube, dass Peter irgendwann zu Beginn seines Lebens aufs Ärgste von seinen Nächsten im Stich gelassen worden war und es ihm daher nicht leicht fiel, irgendjemandem jemals wieder voll zu vertrauen. Aber es ist ein unglaublich lohnendes Gefühl, dass ihm das schlussendlich doch wieder gelungen ist. Diese Erfahrung hat auch meine Überzeugung gestärkt, dass es niemals zu spät für eine glückliche Kindheit ist und dass wir trotz all der schmerzhaften Erfahrungen, die wir gemacht haben, dennoch ein sinnhaftes und erfüllendes Leben führen können.

Schlussfolgerungen

Die beiden Fallstudien sind Beispiele aus meiner therapeutischen Arbeit in verschiedenen Stadien meines Versuchs, eine gute HelferIn zu werden. Trotz der verschiedenen Stufen von Direktivität in Verbindung mit dem therapeutischen Prozess, schreibe ich die größte Bedeutung in beiden Fällen der therapeutischen Beziehung zu. Ich erinnere mich an die Worte von Ch. Devonshire (pers. Mitteilung 1992), der sagte: „Es ist nicht so wichtig, was du während der Therapie tust; am wichtigsten ist, wer du bist.“ Klienten fühlen sehr wohl, ob ein Therapeut sich wirklich in der Beziehung ins Zeug legt, ob er wirklich bei der Sache, engagiert und verlässlich ist, und sich wirklich bemüht, sie mit Respekt zu verstehen und als Personen zu schätzen. Wenn diese Grundvoraussetzungen erfüllt sind, werden prozess-direktive Interventionen wie Focusing, Stabilisierung oder Screen-Techniken bei der Trauma-Arbeit die therapeutische Wirkung erleichtern und der schnellste Weg dorthin sein. Ich finde es jedoch sehr wichtig, diese Methoden mit dem gebotenen Respekt vor den individuellen Bedürfnissen, der jeweiligen Geschwindigkeit und Bereitschaft eines jeden Klienten anzuwenden. Nur dann können sie ein förderlicher Teil des therapeutischen Prozesses werden und stellen nicht nur eine Methode dar, die ähnlich wie die Verabreichung von Pillen verwendet wird. Diese Interventionen können zum „inner shift“ führen, einem Gefühl der Erleichterung, das ein Klient von einer Therapie wohl erwarten kann – und das macht sie so wichtig. Sie können dazu beitragen, das Vertrauen des Klienten in den Therapieprozess aufzubauen, sie können das Vertrauen auf sein Erleben erneuern und seine persönliche Kraft, seine inneren Ressourcen zu entdecken, bestärken; sie können ihm helfen, Kontrolle über sein

Erleben zu erlangen und die Erforschung dieses Erlebens ermöglichen. Klienten können es sich dann erlauben, Erfahrungen genauer zu symbolisieren, ihre persönlichen Bedeutungen zu entdecken, wodurch Experiencing zu einem bedeutenden und verlässlichen Hilfsmittel für das Handeln und Entscheiden eines Klienten wird: Die Kongruenz des Klienten wird dadurch wiederhergestellt.

Daher ist das Hauptziel des Therapeuten, Bedingungen für den Klienten zu schaffen, die es ihm ermöglichen, mit schmerzhaften und bedrohlichen Erfahrungen erst dann konfrontiert zu werden, wenn er bereit ist, sie zu integrieren. Wie auch an den hier vorgestellten Beispielen deutlich wird, sind für verschiedene Klienten verschiedene Begebenheiten innerhalb der Therapie wichtig. Meiner Erfahrung nach hat die Bedeutung dieser Begebenheiten für den Klienten nichts mit der Dramatik und Intensität der Veränderung zu tun. Das Wesentliche dieser Schritte ist der Kontakt des Klienten mit dem tatsächlichen Felt Sense seiner Erfahrungen, die er vorher nicht vollständig symbolisiert hatte, während er auch seine inneren Kapazitäten nützt, sie nochmals voll zu durchleben und schließlich zu integrieren. Das macht diese Begebenheiten so wichtig, dadurch wird es möglich, dass der Klient gesünder und befriedigender leben kann.

Literatur

- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change* (249–286). New York: the Guilford Press
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne, (Eds.), *Personality change* (100–148). New York: Wiley
- Gendlin, E. T. (1984). The client's client: The edge of awareness. In F. R. Levants & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (76–107). New York: Praeger
- Gendlin, E. T. (1998), *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode* (T. Junek Übers.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Original erschienen 1996: Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method)
- Leijssen, M. (1998). Focusing Microprocesses. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy*. (121–154). New York: The Guilford Press
- Rogers, C. R. [1959a](1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*, pp. 184–253)
- Rogers, C. R. [1961a](1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1961: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy)
- Timulák, L. (1996). Zmeny a ich význam v terapii zameranej na klienta. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 22, 3, 262–270
- Timulák, L. (1998). Self, emócie a organizmické prežívanie v terapii zameranej na klienta s. *psychologie*, XLII, 3, 227–234

Autorin

Mag. Katarína Karaszová führt ein Psychologie- und Beratungs-Zentrum für Einzelpersonen, Paare und Familien in Nové Zámky, Slowakei, und hat auch eine private psychotherapeutische Praxis. 1993 schloss sie ihr Studium der Psychologie an der Comenius Universität in Bratislava ab. Ihr Hauptinteresse gilt der Personzentrierten Therapie, aber auch die Experiencielle Psychotherapie beeinflusst ihre Arbeit. 1997 schloss sie eine Ausbildung in Personzentrierter Beratung und Psychotherapie ab, die vom Internationalen PCA-Institut und dem Center of Cross-Cultural Communication organisiert worden war. Sie befindet sich auf der Liste der PsychotherapeutInnen der Slowakischen Republik und hat seit dem Jahr 2000 das Europäische Zertifikat für Psychotherapie. Zur Zeit spezialisiert sie sich auf dem Gebiet der Psycho-Traumatologie und nimmt am Internationalen Trainingsprogramm für Psycho-Traumatologie und Trauma-Arbeit, das vom Humanitarian Assistance Program Europe unterstützt wird, teil.

Korrespondenzadresse

Katarína Karaszová
Hradna 41
940 74 Nové Zámky, Slowakische Republik
E-Mail: katarina.karas@orangemail.sk

Karel Hájek

Focusing als körperliche Wirklichkeitsverankerung¹

Zusammenfassung: In diesem Artikel wird dargestellt, wie Focusing zur körperlichen Verankerung des Erlebens verwendet wird. Dies geschieht u. a. im Rahmen der von M. Frýba entwickelten sogenannten Satitherapie. Zuerst wird der breitere Rahmen der vier Wirklichkeitsverankerungen erläutert. Es folgt eine Darstellung der klassischen Methode des Focussierens und ihrer Weiterentwicklung. Dann wird kurz illustriert, wie man das Focusing innovativ im Rahmen der psychotherapeutischen Sitzung benützen kann. Zum Schluss folgt eine Beschreibung der qualitativen Forschung über das körperlich verankerte Erleben, bei der Focusing als introspektive Methode der Datengewinnung benutzt wurde.

Schlüsselwörter: Focusing, körperlich verankertes Erleben, Satitherapie, vier Wirklichkeitsverankerungen, qualitative Erlebensforschung

Abstract: Focusing as physical reality anchoring. This article explains the way in which focusing is used for physical reality anchoring; this occurs, among other ways, in the context of the so-called Sati therapy as developed by M. Frýba. First, the greater context of reality anchoring is explained. Following this, the classic method for focusing and its further development will be presented. Then, how one can use focusing in innovative ways in the context of a psychotherapeutic session is shown. Finally, the author describes the qualitative research on the physically anchored experience within which focusing is used as an introspective method for accessing information.

Key words: focusing, physically anchored experience, Sati therapy, reality anchoring, research in qualitative experience

Dieser Beitrag befasst sich mit der Weiterentwicklung des Focusing im Rahmen der so genannten Satitherapie, die wir als eine integrative personorientierte Psychotherapie verstehen. Ihr geistiger Vater ist der tschechisch-schweizerische Psychologe Mirko Frýba², der in den siebziger Jahren bei Carl Rogers in La Jolla den Personenzentrierten Ansatz kennengelernt hat. Frýba hat in Zusammenarbeit mit dem Erfinder des Focusing, Eugene Gendlin, ab 1977 in der Schweiz die ersten Focusingkurse durchgeführt und anschließend diese Methode zur Wirklichkeitsverankerung des Erlebens weiterentwickelt. Dabei wurde Focusing durch Frýbas Erfahrung mit buddhistischen meditativen Verfahren bereichert und mit dem soziometrischen Konzept von Jacob Levi Moreno integriert, welches sich mit den nicht-körperlichen Verankerungen befasst. Es ist daher kein Zufall, dass die ersten

Focusingkurse in der Tschechischen Republik im Jahr 1992 zusammen mit der Satitherapie-Ausbildung angeboten wurde.

Als erstes stelle ich im Folgenden dar, wie Focusing in der Satitherapie als eine der vier Verankerungen in der eigenen persönlichen Wirklichkeit integriert ist. Dann wird die Weiterentwicklung dieser Technik und deren Verwendung in verschiedenen Bereichen – beispielsweise für die Psychohygiene oder in der Psychotherapie – beschrieben. Zum Abschluss werden einige Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung über die körperliche Verankerung des Erlebens, die im Rahmen eines Focusing-Kurses durchgeführt wurde, dargestellt.

Focusing als eine Verfahrensweise der vierfachen Wirklichkeitsverankerung

Das grundlegende Prinzip der Achtsamkeit finden wir sowohl im Focusing wie auch in der Satitherapie. Sati ist ein Begriff aus der Pali-Sprache und kann frei als „Heilung durch Achtsamkeit gegenüber wirklich verlaufenden Prozessen des Erlebens außerhalb der Reichweite der Wörter“ übersetzt werden. Satitherapie ist insofern eine integrative Psychotherapie, als sie das Entfalten der Achtsamkeit als Hauptvorgehensweise verwendet, wie dies auch innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes von Rogers geschieht.

1 Dieser Beitrag wurde finanziell vom Forschungsprojekt „Ziele der Medizin“ Nr. CEZ: J13/98:111100007 unterstützt.

2 Mirko Frýba, geb. 1943 in Prag, zunächst (politisch bedingt) Fabrikarbeiter, ab 1965 Studium in Prag sowie ethnopsychologische Studienreise nach Indien, nach dem Einmarsch der Truppen des Warschauer Pakts Emigration in die Schweiz, psychoanalytische Ausbildung bei Ernst Blum und Zusammenarbeit mit Zerk Moreno, Psychotherapeut und Lehranalytiker in Bern, Studienreisen in die USA, Entwicklung der Satitherapie, Habilitation über „Die Psychologie der Lebensmeisterung durch Abhidhamma“, lehrte an schweizerischen und nach der Wende an tschechischen Universitäten sowie in Sri Lanka, dort 1998 als buddhistischer Mönch ordiniert.

Achtsamkeit ist dabei mehr als bloße Aufmerksamkeit oder genaue Wahrnehmung. Sie besteht im kontinuierlichen Gegenwärtig-Sein, im nicht-wählenden Annehmen der wirklichen Erlebensprozesse und im Erinnern des Geschehenen. Die Achtsamkeit bezieht sich immer auf das ganze Feld unserer Erfahrung der Wirklichkeit im Hier und Jetzt.³

Die Satitherapie benützt die Techniken des Psychodrama von Moreno und viele kreative Ausdrucksmedien für das therapeutische Ausagieren (*acting-out*) sowie die Methoden der buddhistischen Einsichtsmeditation (*satipatthana-vipassana*) und des Focusing von Gendlin für das therapeutische Verinnerlichen (*acting-in*). Aufgrund der ethnopsychologischen Forschungen von Beatrice Vogt-Fryba (1991) wurde die Satitherapie auch um transkulturell gültige ethisch-psychologische Paradigmen bereichert, wobei sie beispielsweise die Leidensursachen als Folge eines ethisch ungeschickten Handelns und alles Ethische als der Lebensmeisterung zuträglich und daher leidmindernd erklärt.

Die Satitherapie verwendet also im Rahmen der Wirklichkeitsverankerung das Focusing als eine vortreffliche Methode zur Erfassung der Bedeutungen, die das körperliche Erleben hervorbringt. Das körperlich spürbare Erleben betrifft ja nicht nur die Tatsachen der materiellen Welt des Körpers und der Umwelt. Unsere Welt beinhaltet vielmehr auch Bedeutungen, die sich auf unsere Ziele und Ideale beziehen, wie auch solche, die wir Personen und Institutionen beimessen. Diese psychischen und sozialen Tatsachen machen unseren „Psychotop“ aus, wie man die persönlich erlebte Welt in der Satitherapie bezeichnet. Der Begriff Psychotop (*loka* auf Pali) bezeichnet den psychologisch aufgefassten Lebensraum einer konkreten Person, dessen Strukturen ausschließlich durch das Erleben eben dieser Person definiert sind (Fryba 1995, 22). Die Verfahren der satitherapeutischen Wirklichkeitsverankerung zielen auf die bestmögliche Übereinstimmung zwischen den äußeren und den inneren Wirklichkeiten in diesem Psychotop ab. Dafür gibt es, neben der körperlichen Wirklichkeitsverankerung, das Vorgehen zur Verankerung im Ziel, in den zwischenmenschlichen Beziehungen und in den jeweils relevanten Institutionen. Diese vier Anker sollen im Folgenden kurz beschrieben werden.

Körperliche Wirklichkeitsverankerung

Die psychotherapeutisch wichtigste Verankerung ist die Verankerung im körperlichen Erleben. Das Richten der Aufmerksamkeit auf den Körper garantiert eine unmittelbare Rückkehr zum Hier-und-Jetzt.

³ Der Begriff einer so definierten Achtsamkeit kommt in der psychologischen Literatur kaum vor. Das Stichwort „Mindfulness“ erscheint erstmals in Corsini (1994), wo zusammenfassend gesagt wird, dass dies eine zentrale Dimension des menschlichen Funktionierens ist, aus deren Untersuchung die Grundgesetze des menschlichen Verhaltens abgeleitet werden können.

Der Körper ist immer der zuverlässigste Referenzpunkt des Erlebens sowohl der äußeren wie auch der inneren Situation (Gendlin 1992). Daher hilft das Focusing nicht nur zum Verstehen der situationsgebundenen Bedeutungen, sondern – in seiner Weiterentwicklung zur Technik der satitherapeutischen Wirklichkeitsverankerung – zum Finden eines Halts in schwierigen Situationen (Fryba 1987, 1995). Gut eingeübte Strategien körperlicher Wirklichkeitsverankerung helfen vor allem dann, wenn etwa Horrorvorstellungen über die Zukunft, Erinnerungen an unangenehme Situationen, bedrückende Träume und Gedanken oder logische Spekulationen über eine unangenehme Konfrontation mit der Umwelt u. ä. auftauchen. Es ist immer möglich, sich die Lage des eigenen Körpers bewusst zu machen (ob man sitzt, steht, liegt, geht u. ä.) und Bewegungen bei verschiedenen Tätigkeiten, den Kontakt der Kleidung mit der Haut, den Kontakt mit dem Boden, das Ein- und Ausatmen usw. wahrzunehmen.

Der Prozess des körperlichen Erlebens ist aber nicht nur auf problematische Situationen und ihr therapeutisches Nacherleben (Krampf im Magen bei Angst, Entspannung und Wärme im Bauch bei Freude u. ä.) bezogen. Es kommen auch körperliche Erlebnisse vor, die nicht mit dem Erleben des Hier und Jetzt zusammenhängen, wie z. B. Jucken, Druck, Schmerz, Stechen, Zittern, die Folge eines länger zurückliegenden Unfalls oder einer somatischen Erkrankung sein können. Körperliche Empfindungen jeder Art stellen die „wirklichste Wirklichkeit“ der erlebten Welt dar, aus der heraus alles unser Tun und Lassen zu erklären ist. Man kann dementsprechend die körperliche Verankerung für verschiedenste Zwecke verwenden.

Wirklichkeitsverankerung im Ziel

Die zweite Verankerung ist die Verankerung im Ziel oder im Lebenssinn, wie sie z. B. auch in der Logotherapie Victor Frankls (1905–1997) zu finden ist. Als Ziel verstehen wir den Zustand, den der Mensch erreichen will, zu welchem er durch seine Bemühung, seine Ausrichtung und sein Handeln strebt. Hierher gehört auch das unmittelbare Wollen, das von Situation zu Situation unterschiedlich entsteht. Der Mensch kann z. B. einem solchen unmittelbaren Wollen unkontrolliert verfallen, das im krassen Widerspruch zu seinen eigenen größeren Zielen ist. Wenn er diese aber kennt und sich ihrer bewusst wird, kann er sich entscheiden, ob er sein unmittelbares Ziel aufgibt oder es trotzdem auf der Stelle realisiert. Die Treue zu den dauerhafteren persönlichen Zielen, welche Selbstachtung und Selbstsicherheit ermöglicht, wird durch die Wirklichkeitsverankerung im Ziel gewährleistet.

Die geistige Arbeit bei der Verankerung im Ziel umfasst die Reflexion früherer Entscheidungen, die kognitive Verarbeitung der Gründe der gegenwärtigen Wahl, aber auch die Erwägung der zukünftigen Notwendigkeiten, Wünsche und Träume sowie die Möglichkeiten ihrer Realisierung. Die Verankerung im Ziel verlangt, dass man sich der persönlichen Werthierarchie bewusst wird und die

Mittel zu ihrer Realisierung, deren Wesen in der Absicht und in der Entschiedenheit besteht, kultiviert. Die satitherapeutischen Strategien der Macht sind dafür besonders förderlich (Frýba 1987).

Wirklichkeitsverankerung in den zwischenmenschlichen Beziehungen

Die dritte, nicht weniger wichtige Verankerung ist die Verankerung in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Jeder Mensch begegnet anderen Menschen, auf eine bestimmte Art bezieht er sich auf sie. Die Struktur der zwischenmenschlichen Beziehungen und ihre Entwicklung erforschte der Begründer der Soziometrie J. L. Moreno (1892–1974). Sein Konzept des „sozialen Atoms“ erfasst die Struktur der Beziehungen einer Person und ihre Genese in den einzelnen persönlichen Bezugsgruppen. Eine besondere Bedeutung haben hier natürlich die tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen, also die Beziehungen des Einzelnen in der eigenen Familie, zum Partner⁴, zu den Mitarbeitern, zu den persönlichen Freunden u. a. m. Die tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen sind auch dafür verantwortlich, welche Ziele man sich setzt und welche körperlich verankerten Erlebnisse man akzeptiert oder aber verdrängt. Zum Kultivieren der tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen kann man die satitherapeutischen Strategien der Solidarität (Frýba 1987) einsetzen.

Wirklichkeitsverankerung in den Institutionen

Die letzte der vier Wirklichkeitsverankerungen ist die institutionelle Verankerung. Sie entspricht der ganzen Skala der Einstellungen, Rechte und Pflichten gegenüber einzelnen Institutionen, in denen der Mensch lebt, ob es ihm gefällt oder nicht. Manche braucht er notwendig, gegen manche wehrt er sich, weitere verleiden ihm das Leben. Zu diesen zählen etwa die Rechte und Pflichten des Bürgers gegenüber dem Staat, des Arbeitnehmers zum Arbeitgeber, des Studenten zur Bildungsanstalt, des Kranken zum Krankenhaus, des Klienten zu den Dienstleistungen, die er in Anspruch nimmt, des Mieters zum Vermieter u. ä. Dabei geraten oft auch eigene ethische Prinzipien mit denen einer institutionell definierten Moral in Konfrontation. Bei dieser Arbeit kombinieren wir die satitherapeutischen Strategien der Solidarität und der Macht (Frýba 1987, S. 281) und gebrauchen sie im Sinn des Rogers'schen Verständnisses der „Macht der Machtlosen“ und der „Kraft des Guten“ (Rogers, 1977).

Einige Weiterentwicklungen des Focusing im Rahmen der Satitherapie in Prag

In den Jahren, in denen sich das Focusing verbreitet hat, wurden seine verschiedenen Varianten weiter entwickelt. Deren Autor ist nun nicht nur der Erfinder dieser Methode, Eugene Gendlin, auch viele seiner Mitarbeiter und Schüler sind hier am Werk. Focusing lebt sein eigenes Leben und wird für die eigene Psychohygiene, wie auch in der Psychotherapie angewandt. In der Satitherapie verwenden wir das Focusing als wichtigen Helfer bei der Erkennung von heilenden Prozessen und als Vorgehen der Wirklichkeitsverankerung, wie sie oben dargestellt wurde. Focusing gehört zur Ausbildung jedes Satitherapeuten. Darüber hinaus haben mehrere hundert tschechische und slowakische Psychotherapeuten, die zu verschiedenen Psychotherapieschulen gehören, eine Focusing-Ausbildung im Prager Atelier Satitherapie genossen.

Der grundlegende Ausbildungskurs heißt „Körperliche Erlebensverankerung – Focusing I“ und ist in seinem Aufbau so gestaltet, dass er die klassische Methode des Focusing vermittelt. Diese Methode beschrieb Gendlin vor mehr als zwanzig Jahren in seinem Buch „Focusing“ auf eine so klare Weise, dass es bis heute kaum einen besseren Text zur Einführung gibt. Nach Beherrschung dieser grundlegenden klassischen Methode werden Interessenten in Aufbaukursen weitere Anwendungsmöglichkeiten des Focusing angeboten – spezifisch abgestimmt für die Verarbeitung problematischer Situationen, Träume, kreativer Impulse, Meditationserlebnisse usw. Ein weiterer Ausbildungskurs im Prager Atelier Satitherapie heißt „Interpersonelle Erlebensverankerung – Focusing II“ und wird insbesondere von Psychotherapeuten, Ärzten und anderen Fachleuten besucht, die sich um ein methodisches Kultivieren der Therapeut-Patient- respektive Berater-Klient-Beziehung bemühen.

Es ist nicht möglich im Rahmen des vorliegenden Beitrags die einzelnen Weiterentwicklungen des Focusing eingehender darzustellen. Wir beschränken uns hier also auf einige Beispiele der Weiterentwicklung im konkreten therapeutischen Vorgehen, zu denen dann als Illustration einige Sequenzen aus Psychotherapiesitzungen angeführt werden. Diese Weiterentwicklungen betreffen insbesondere die ersten und letzten Schritte des Focusing, nämlich die anfängliche Geistesöffnung fürs das im Körper gegründete Erleben („Freiraum schaffen“) und die abschließende kognitive Verarbeitung der Ergebnisse der jeweiligen Focusing-sitzungen.

Am Anfang der Focusing-sitzung geht es darum, einen störungsfreien Platz und eine bequeme Körperlage zu finden und das damit verbundene körperliche Erleben sich klar bewusst zu machen. Es ist ein aktives Vorgehen der körperlichen Wirklichkeitsverankerung im Hier-und-Jetzt. Nachdem eine bequeme Körperlage gefunden wurde, macht sich der Übende den Kontakt mit der Unerlage bewusst, die Lage seiner Arme und Beine und die ganze Lage seines Körpers. Es geht dabei nicht um eine progressive Entspannung, sondern nur um eine Optimalisierung, nach der man sich intensiver

⁴ Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

dem Erleben des eigenen Körpers widmen kann. Damit gewinnt man auch Abstand zur Problemlösungsversuchen im begrifflichen Denken allein. Zu diesem Zweck werden die folgende Anweisungen gegeben, wobei der Übende aufgefordert wird, diese innerlich mit dazu gehörenden Pausen nachzusprechen:

- Ich richte nun meine Aufmerksamkeit auf Probleme, Themen, die mir durch den Kopf gehen.
- Ich benenne sie mit einfachen Bezeichnungen in der Reihenfolge, in der sie spontan auftauchen.
- Ich bilde nun eine Liste von höchstens fünf wichtigen Problemen. Ich lasse mir dafür eine Minute Zeit ...
- Unter den ausgewählten Benennungen werde ich sie nun nacheinander auf die Finger der (dominanten) rechten Hand deponieren. Ich zähle auf den Fingern das auf, was mich bedrückt.
- Diese Liste und somit die Hand schließe ich zu einer Faust und sage „Jetzt habe ich alles, was mich bedrückt, fest in der Hand!“
- Danach lege ich die Probleme beiseite (und begleite dies mit der entsprechenden Geste der Hand) und die freie Hand bringe ich zurück in eine bequeme Lage.
- Ich mache mir bewusst, wie es mir nun ohne die abgelegten Probleme geht.

Danach können die weiteren Phasen des Focusing folgen, bis es zu der kognitiven Verarbeitung kommt, die mit einer Inventur des Fokussierten und seiner Bedeutungen beginnt.

In der letzten Phase des Focusing wird jedem Erlebnis ein eigener Platz in der subjektiv erlebten Welt des Einzelnen, in seinem Psychotop, zugeordnet. Wir führen eine gewisse Inventur der gefühlten Bedeutungen durch, indem wir sie uns noch einmal kurz ohne Selektion bewusst machen. Wir benutzen dabei die Griffe, die uns helfen, die einzelnen Bedeutungen aufzurufen. Wir widmen auch solchen Bedeutungen Aufmerksamkeit, die wir noch nicht voll verstehen, für die wir uns schämen oder die uns peinlich vorkommen. Wir machen uns bewusst, dass wir „dankbar dafür sind, dass sie sich gemeldet haben“. Nachdem der „innere Raum gereinigt wurde“, werten wir kurz aus, wie diesmal das Focusing gelaufen ist im Hinblick auf Zusammenhänge mit dem Alltag, der Lebenssituation u. ä. Man kann die Ergebnisse noch einmal im Rahmen der vier Verankerungen bewerten. Wie betrifft diese Bedeutung die Verankerung im Ziel, in den zwischenmenschlichen Beziehungen und in den relevanten Institutionen Verankerung. Man kann neue Bedeutungen auf dem Niveau des begrifflichen Denkens im ganzheitlichen Kontext der Selbsterkenntnis erarbeiten und sie als Leitsatz zur Bewältigung der Situationen, mit denen er zusammenhängt, verwenden.

Soviel zu den Anweisungen zum Focusing, das als introspektive Methode im Rahmen der vier Verankerungen verwendet wird. Der Therapeut erhält dabei zugleich das nötige Wissen über das Erleben während der therapeutischen Sitzung. Dieses ist für die Entscheidung über seine weitere Vorgangsweise wichtig. Generell gilt dabei, dass die Therapie am wirksamsten ist, wenn der Klient für sich selbst Therapeut wird. „Die einfachste“ Lösung hat jedoch oft mehrere Haken.

Ein Problem besteht z. B. darin, dass ein Mensch, der sich in einer Krise befindet, der Vorbereitung nicht soviel Zeit, Kräfte und Ausdauer widmen kann, wie es ein Profi tun würde. In der Krise braucht der Patient also die vorübergehende Hilfe eines Spezialisten. Der Klient kommt zum Therapeuten in der Regel nicht mit dem klaren Ziel, sein Erleben in dem Ausmaß zu begreifen, wie der Therapeut es notwendig findet. Eher bedrückt ihn ein Problem oder Symptom, von dem er sich nicht befreien kann. Ein Therapeut, der seinem Klienten Focusing beibringen will, befindet sich in der Rolle eines Wächters, der den Klienten lehren will, Wächter zu werden. Er zwingt ihn, Zeit zu opfern, er trainiert ihn und verlangt die Durchführung halb geübter Fertigkeiten. Deshalb ist die Übung des Focusing bei Klienten zu überlegen und eher als Ergänzung zum Training von Fertigkeiten, wie z. B. Entspannungsübungen außerhalb einer systematischen Psychotherapie anzusetzen. Auf welche andere Weise kann man aber innerhalb der psychotherapeutischen Sitzung die Kenntnis des körperlich verankerten Erlebens benützen?

Focusing in der psychotherapeutischen Sitzung

Falls Sie, liebe Leserin, lieber Leser, Psychotherapeuten sind, dann haben Sie wohl in Ihrer Praxis bemerkt, dass Klienten oft über körperliche Gefühle klagen. Magendrücken, „als ob ein Stein im Magen liegt“ und viele andere angenehme oder unangenehme Empfindungen. Diese Gefühle verbinden sie mit bestimmten Vorstellungen, Gedanken, konkreten Situationen oder mit dem gegenwärtigen stressigen Lebensabschnitt. Derjenige, der Focusing kennt, weiß in diesem Moment, dass diese beschriebenen Gefühle körperliche Empfindungen sind, die wichtige Bedeutungen mit sich tragen. Wie sollte man die therapeutische Situation strukturieren, damit der Klient die auf körperlichem Niveau codierten Bedeutungen begreift und dadurch sein „versteiftes“ Erleben lösen kann? Als Inspiration stelle ich ein Beispiel aus meiner Praxis vor.

Radek (37 Jahre) erzählt über eine problematische Situation, die sich oft wiederholt: Radek ist zu Hause und wartet, bis seine Frau aus der Arbeit kommt. Wie sich die Stunde ihrer Heimkunft nähert, beginnt er ein unangenehmes Gefühl um den Magen herum zu fühlen. Er versteht es in Zusammenhang mit der Befürchtung, dass seine Frau schlecht gelaunt von der Arbeit kommt. Es folgt ein Beispiel aus der Beschreibung der Situation:

„Ich sitze in der Küche, ich höre Jana die Tür öffnen. Hier (er zeigt die Mitte seines Körpers) zieht es sich ganz zusammen. Jana kommt und ich begrüße sie: „Grüß Dich, wie war dein Tag?“ Sie entgegnet: „Hallo.“ Sie geht zum Küchenschrank und schenkt mir keine Aufmerksamkeit. „Ich habe dir ein Abendessen vorbereitet“, dränge ich mich auf. Jana schaut unter den Deckel und sagt: „Darauf habe ich keinen Appetit“ und bereitet sich selbst etwas zu. Ich sitze dort und warte, bis sie bessere Laune bekommt. Ab und zu versuche ich etwas zu fragen, aber es wird eher schlimmer, als besser.“ (Schweigen)

Nach einer Weile frage ich, ob Radek dieses körperliche Gefühl noch spürt. Er sagt, es sei nur schwach. Damit Radek besser zu der Schlüssel-situation zurückkehren und zu seinem Erleben dabei kann, schlage ich vor, die Situation durchzuspielen. Radek willigt ein.

Psychodramatisch konkretisieren wir die Szene. Der Therapieraum verwandelt sich in die Küche von Radek und Jana.

Radek beschreibt, wo was liegt, wie es aussieht, und ich versuche auf die gekennzeichneten Stellen vertretende Gegenstände zu legen. Dann spielen wir die Situation, ich spiele die Ehefrau... Nach der Szene setze ich mich in meinen Stuhl und erkunde mich über das somatische Gefühl. Radek spürt es sehr deutlich. Ich gebe ihm folgende Anweisung:

„Sie können jetzt ruhig die Augen schließen und das Gefühl beobachten.“ Dann fahre ich fort: „Wenn ihnen von selbst ein Wort einfällt und es einen Bezug zu dem körperlichem Gefühl hat, dann sagen sie es.“

Radek sagt: „verkrampft, geschrumpft“ und sieht mich an.

Ich nicke mit dem Kopf und führe ihn weiter: „Kehren sie zu dem Gefühl zurück.“ Radek schließt die Augen ... und ich fahre fort: „Wenn Sie das Gefühl beobachten ... Sie können sich innerlich die Frage stellen – Was sollte geschehen? Was möchte der Körper tun? ... Wenn Ihnen etwas einfällt, sagen Sie es...“

Radek öffnet auf einmal die Augen und sagt energisch: „Aufstehen, die Tür zuknallen und mit einer anderen Frau sprechen!“

Dies gibt unserem Gespräch eine neue Dimension. Radek erinnert sich an eine Situation vor zwei Jahren, wo er wirklich die Tür zugeschlagen hat und in seine Werkstatt gegangen ist. Jana kam ihm nach einer Weile nach und entschuldigte sich – sie war wie eine ganz andere Frau.

Dieses Beispiel könnte den Eindruck wecken, dass Focusing eine elegante psychotherapeutische Technik ist, und wir sie benutzen können, wenn andere Techniken nicht genutzt haben. Wir müssen jedoch betonen, dass es nicht so ist. Nur wenn man eigene Erfahrung mit Focusing erlebt hat, kann man empathisch jederzeit diese Technik im Paar mit dem Klienten benutzen. Wenn Focusing interpersonell angewandt wird, halten wir es für wichtig, dieser Technik einen entsprechenden Platz im Rahmen der individuellen Psychotherapie zu schenken. Wir müssen uns bewusst machen, was uns Focusing in der Therapie bringt und wo die Möglichkeiten liegen, um nicht zu denken, dass es sich um eine universell anwendbare Technik handelt.

Kehren wir zu dem Gedanken zurück, dass Focusing ein Teil der vier Verankerungen ist. Hier spielt die Verankerung im körperlichen Erleben eine wichtige Rolle. Der Klient kann mit Hilfe der therapeutischen Führung die erlebten Bedeutungen der körperlichen Gefühle (felt sense) in verständliche Wörter, Gedanken und Vorstellungen „übersetzen“. Er erhält Bedeutungen des eigenen Erlebens, die selbst den Klienten zu unbedachten Schlüssen führen können. Deshalb müssen sie im Kontext der Beziehungen des Klienten verarbeitet werden, mit den Lebenszielen des Klienten konfrontiert werden, mit seinem Lebenssinn und mit seiner Beziehung zu relevanten Institutionen (hier z. B. die Ehe). Die Verbindung aller vier Elemente der interpersonalen Verankerung entsteht in dem Focusing-Prozess nicht automatisch. Sie hängt mit der vorherigen und nachfolgenden Bearbeitung in der therapeutischen Sitzung zusammen.

Dem interpersonalen Focusing mit Radek ging z. B. eine Sitzung voran, in der er sich von Behauptungen verschiedener Autoritäten – seiner Freundin, einer Psychologin und eines Astrologen – zu emanzipieren begann. Beide Personen aus seinem Freundeskreis interpretierten aufgrund von Statistiken bzw. aufgrund des Stands der Sterne die Unzufriedenheit in der Ehe. Sie unterstützten seine

ausweglosen Gefühle in der gegenwärtigen Ehe. Im therapeutischen Gespräch kommt er aber zu dem Schluss, dass er selbst die Aussichten für seine Ehe bewerten und entscheiden kann, ob er die Scheidung einreicht oder nicht.

In dem angeführten Beispiel war seine erste Reaktion nach dem Focusing ein Erschrecken über die Äußerung: „Aufstehen, die Tür zuknallen und mit einer anderen Frau sprechen!“ Dieser Satz ergab zuerst die Bedeutung: „Diese Ehe hat keinen Sinn. Ich muss mir wen anderen suchen.“ Erst im Laufe der nächsten Sitzung kommt er zu dem Schluss, dass sich auch seine Frau anders verhalten kann, wenn er selbst sich anders, mehr unabhängig und männlich verhält. Ein Beispiel dafür ist die Situation, an die sich Radek erinnert hat und die am Ende des Exzerptes angeführt wurde.

Erst die Verarbeitung des ganzen Focusingprozesses kann dem Klienten positive Ergebnisse bringen. Aus dem Beispiel wird auch die Gefahr eines „Hallo - Effekts“ klar, der ohne weitere therapeutische Bearbeitung eher zu einer beschränkten und überstürzten Entscheidung führen würde. Es wäre möglich, dass Radek sein Erleben und den dabei gewonnenen Satz als klare Bestätigung dessen, was die befreundete Psychologin und der Astrologe angedeutet haben und was er befürchtet hatte, auffasst. So würden seine ausweglosen Gefühle nur verstärkt oder er würde einen überstürzten Scheidungsantrag einreichen.

Wenn wir uns der Möglichkeiten, Risiken und Grenzen des interpersonalen Focusing bewusst sind, dann können wir es gut nutzen. Die vom Klienten unmittelbar erfasste gefühlte Bedeutung des eigenen Erlebens (felt sense), kann für die Therapie wichtige Punkte beitragen, die das Erleben des Klienten (felt shift) in Bezug zu konkreten Ereignissen, Situationen, Personen und Institutionen weitertragen müssen. Diese können auch die Prioritäten der Ziele des Klienten bedeutend beeinflussen.

Die Häufigkeit der Benutzung des interpersonalen Focusing in Fällen, die unserem Beispiel ähnlich sind, ist jedoch begrenzt. Die Leser, die dieses Thema näher interessiert, verweise ich dazu auf die Beschreibung der Personifizierung von pathologischen Komplexen (Hájek, 2000). Die Technik der Personifizierung von pathologischen Komplexen entspringt ebenfalls der Erfahrung des Autors mit dem körperlich verankertem Erleben, das er mit Hilfe des Focusing entdeckt hat. Im weiteren Teil dieses Artikels möchte ich hingegen die Anwendungsmöglichkeit des Focusing als introspektive Methode der Datengewinnung in der qualitativen Forschung erörtern.

Focusing in der qualitativen Erlebensforschung

Das innere Erleben war kaum ein Thema in der tschechischen Psychologieliteratur des zwanzigsten Jahrhunderts. Abgesehen von den international gut bekannten psychophysiologischen Forschungen von Jan Evangelista Purkyně (1787–1869) und den gestaltpsychologischen Arbeiten von Ferdinand Kratina (1885–1944) in den dreißiger

Jahren, finden wir da keine nennenswerte Beiträge. Ähnlich war es mit den methodologischen Fragen betreffend die Introspektion. Der führende tschechische Theoretiker František Krejčí (1858–1934) hat zwar die Erlebenspsychologie von Wilhelm Dilthey (1833–1911) in Betracht gezogen und die Rolle der Introspektion in den experimentellen Untersuchungen von Wilhelm Wundt (1832–1920) und Narziss Ach (1871–1946) gewürdigt, aber eine Kontinuität gab es diesbezüglich in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts keine. Unter dem Einfluss des amerikanischen Behaviorismus und der russischen Reflexologie verkümmerte das Wissen vom Erleben in der tschechischen wie auch überall sonst in der europäischen Psychologie des zwanzigsten Jahrhunderts.

Auf diesem historischen Hintergrund konzipierte der Autor des vorliegenden Beitrags ein Forschungsprojekt über „Körperlich verankertes Erleben“, wie es dann auch im tschechischen Buchtitel „Tělesně zakotvené prožívání“ (Hájek, 2002) formuliert wird. Inspirierend waren hierzu unter anderem die Arbeiten des Erfinders von Focusing, Eugene Gendlin, dem unsere gegenwärtige Psychologie die Wiederentdeckung des Erlebens als einer Variable in der Psychotherapieforschung verdankt (Gendlin, 1961). Eine andere Quelle der Inspiration war die ethisch-psychologische Herangehensweise des Abhidhamma (Frýba, 1987), die auch der bereits oben behandelten Satithherapie zugrunde liegt. Das Forschungsprojekt über „Körperlich verankertes Erleben“ visierte als sein Ziel die Formulierung einer empirisch begründeten Theorie im Sinne der *grounded theory* nach Strauss und Corbin (1990) an.

Im Vordergrund des hier folgenden Kurzberichts über eine Theorie des körperlich verankerten Erlebens steht der methodologische Aspekt des Theorieaufbaus, in welchem das Focusing die wichtigste Rolle spielte. Diese Rolle des Focusing war zweifach, einerseits wurde Focusing als schon formulierte theoretische Untermauerung des therapeutischen Vorgehens benützt, andererseits kam es zur innovativen Anwendung von Focusing als Introspektionsmethode. Wie bereits erwähnt, ist die Introspektion als wissenschaftliche Methode der Selbsterforschung des Erlebens der modernen Psychologie abhanden gekommen. Die Selbstbeobachtung ist eine Methode direkter Beobachtung von psychischen Prozessen. Grundsätzlich unterscheidet sie sich nicht von externer Beobachtung und hat ähnliche Probleme wie die externe Verhaltensbeobachtung. Sie ist eine legitime Quelle der Erkenntnis, wenn folgende Bedingungen eingehalten werden: erstens die Klarstellung des Beobachtungstandpunkts, und zweitens die Beachtung der Tatsache, dass der Beobachtende durch seine Aktivität das Beobachtete beeinflusst. Diesen Einfluss kann man nie vollkommen abschaffen, wir müssen immer mit ihm rechnen und versuchen, ihn aufzufangen und unter Kontrolle halten. Dazu gehört die Beschreibung des Ausgangszustandes des Beobachtenden, seiner Erwartungen, Wünsche u. ä. Jeder Beobachter muss deshalb klar den Standpunkt darstellen, von dem aus er den gegebenen Gegenstand beobachtet und er muss auch einen gewissen Abstand vom Beobachteten halten. Bei der

Selbstbeobachtung ist es die wichtigste Aufgabe des Beobachters, einen Abstand von den Inhalten der Vorstellungen und Gedanken zu halten. Eine notwendige Bedingung hierzu ist es, den eigenen Geist bei der Introspektion nicht als Instrument des Denkens, Ausdenkens und Erklärens zu betätigen, sondern ihn nur als Mittel des Bemerkens während der Beobachtung zu benutzen. Für einen unübten Geist ist das eine schwierige Aufgabe, doch der Geist, der in standardisierten Methoden der Selbstbeobachtung geschult wurde, sichert diesen Abstand eben durch die Verankerung im Erleben des primären Beobachtungsobjekts.

Auch wenn Focusing nur als Selbstbeobachtungsmethode in der Forschung angewendet und nur als Mittel zur Erfassung von psychischen Prozessen benützt wird, bringt es sozusagen als Nebeneffekt auch Linderung des problematischen Erlebens und Selbsterkenntnis im Sinn des Persönlichkeitswachstums mit sich. Und eben auch dieser „Nebeneffekt“ kann Gegenstand der wissenschaftlichen Beobachtung und Auswertung werden. Die Technik des Focusing impliziert das Wachrufen eines körperlichen Fokus, welcher dann als Basis der Selbstbeobachtung dient. Das in diesem Fokus verankerte Erleben liefert uns nicht nur einen Standpunkt der Beobachtung, es stellt auch einen Punkt dar, der verifiziert, dass der Geist nur beobachtet und nicht spekuliert oder sich sonst wie in den Denkinhalten und Vorstellungen verliert.

Datengestaltung mit Focusing

Wie nun Focusing als Selbstbeobachtungsmethode in der Forschung angewendet wurde, beschreiben wir auf Grund einzelner Etappen des Forschungsprojekts zur Bildung der Theorie des körperlich verankerten Erlebens. Bevor man auf dieses Ziel hinarbeiten konnte, mussten zwei Aufgaben gelöst werden: Erstens war dies die Wahl der Forschungspopulation, von welcher die gewünschten Daten erhalten werden konnten, zweitens brauchte es ein planmäßiges Vorgehen zur Erfassung der Empirie und ein standardisiertes Forschungsinstrumentarium für die Gestaltung der Daten. Erst dann konnte die Datenverarbeitung mit qualitativen Methoden erfolgen, die im Sinne der *grounded theory* nach Strauss und Corbin (1990) für die Theoriebildung erforderlich war.

Es lag auf der Hand, als Forschungspopulation die Teilnehmer eines Kurses zur Einführung in Focusing zu wählen. Es wurden Kurse für zwanzig Teilnehmer ausgeschrieben, die unter dem Titel *Körperlich verankertes Erleben (Focusing) als Methode zur Erlebensforschung* für Studenten der Psychologie und Medizin, wie auch für Interessenten aus der breiteren Öffentlichkeit inseriert wurden. Das Kursprogramm brauchte im Vergleich mit dem sonst üblichen Programm der Focusingkurse nur geringfügig abgeändert werden, um die Angaben über das Erleben der Teilnehmer so zu erfassen, dass das nötige Vorgehen bei der Datengestaltung und Datenverarbeitung erfolgen konnte.

In dem Kurs *Körperlich verankertes Erleben (Focusing) als Methode zur Lebensforschung* wurden einzelne Schritte des Focusing entsprechend den standardisierten Anweisungen, die oben beschrieben wurden, trainiert. Die Teilnehmer berichteten in Gruppengesprächen jeweils zwischen dem Üben einzelner Schritte über eine große Vielfalt von beobachteten Phänomenen. Diese Berichte wurden auf Kassette aufgenommen, von den Aufnahmen wurden dann einige ausgesucht, die später transkribiert wurden – auf diese Weise wurden die groben Daten gewonnen. Für die Untersuchung herangezogen wurden zwanzig Berichte nach dem ersten Training, siebzehn nach dem zweiten Training und achtzehn nach dem dritten Training.

Die groben Daten wurden mit qualitativen Methoden gemäß der *grounded theory* bearbeitet. Durch offenes Codieren bei der ersten Verarbeitung der Daten entstanden 166 primäre Kategorien, welche als Tabelle ausgedruckt und dann in Papierstreifen zerschnitten wurden, um sie manuell sortieren zu können. Ein solches Sortieren der primären Kategorien nach bestimmten gemeinsamen Merkmalen erinnert an das Q-Sort, jedoch sind die Kategorien der Sortierung hier nicht im Voraus bekannt. Die Kategorien entstehen erst, wenn man „das Gemeinsame“ benennen kann, das in einem versuchsweise durchgeführten Zusammenfassen der primären Kategorien hervortritt. So entstehen die Hauptkategorien und in ihrer Spezifizierung die Unterkategorien. Bei der weiteren Datenverarbeitung wurde nach und nach die Zuordnung der Phänomene zu Kategorien revidiert. Ob ein Phänomen dem körperlich verankerten Erleben zuzuordnen ist, musste jeweils aus dem Kontext des ganzen Berichts entschieden werden. Das war erst bei erneuter Durchsicht aller Daten möglich.

Die Einordnung der primären Kategorien in Hauptkategorien und Unterkategorien erfolgte dann am Ende der ersten Etappe der Datenverarbeitung. Die Datenverarbeitung verlief somit in folgender Reihenfolge:

Beobachtungsbericht ↔ primäre Kategorien → Hauptkategorien und Unterkategorien

Für jeden Teil der Theorie sind spezifische Hauptkategorien und Unterkategorien charakteristisch, die bestimmte Bereiche abgegrenzt haben. Zur Illustration der Vorgehensweise seien hier (Tabelle 1 und 2) die Kategorien angeführt, die bei der Entstehung des Theoriebausteines „Gewinn beim körperlich verankerten Erleben“ gefunden wurden.

Für Zwecke der Theoriebildung ist ein solches Kategoriensystem noch nicht geeignet, deswegen mussten wir uns erneut der Empirie zuwenden, also die primären Kategorien untersuchen. Dieses Revidieren der entstehenden theoretischen Kategorien anhand der Empirie ist ein wichtiges Prinzip der Interaktion zwischen Theorie und Empirie, wie es die *grounded theory* verlangt. Bei einem solchen

Tabelle 1 Nebengewinn bei der Selbstbeobachtung	Tabelle 2 Finden der Bedeutungen im Verlauf des Focusing
Abstand zum Erleben dank des Wahrnehmens der psychischen Prozesse	Bedeutung des Focus verbindet sich spontan mit dem persönlichen Problem
Abstand zum Erleben hervorgerufen durch aktive Benennung	Sinn im Lebenskontext erschließt sich aus der Erwägung der Bedeutungen
Abstand zum Erleben hervorgerufen durch Erfassen der persönlichen Bedeutung	Bedeutung des Fokus verbindet sich mit der Situation Hier und Jetzt
Gefühlter Fortschritt	Zuordnung der Bedeutungen bei der „Inventur“
Erleichterung bei der Verarbeitung der Bedeutungen nach der „Inventur“	Sinn der Situation Hier und Jetzt bei der „Inventur“ finden
Einsicht in die erlebte Wirklichkeit	Ich kenne das körperliche Gefühl aus eigener Erfahrung
	Die Bedeutungen geben nur teilweise Sinn
	Zuordnung der Bedeutungen nach der „Inventur“ gelingt nicht

Tabelle 1 und 2: Verschiedene Kategorien im Bereich „Gewinn aus dem körperlich verankerten Erleben“

Revidieren der primären Kategorien entstehen allmählich abstraktere Kategorien, die für die Theoriebildung benützt werden können. Diese Interaktion von Theorie und Empirie kann wie folgt schematisch dargestellt werden:

Hauptkategorien und Unterkategorien ↔ primäre Kategorien → Beobachtungsberichte über begrenzte Gebiete der Empirie → theoretische Kategorien → das Skelett der Theorie (vgl. dazu auch Diagramm 1).

Die Datenanalyse wird mit der Bildung einer Kategorienstruktur, die für die Theorie nützlich ist, beendet. Diese Struktur wird als Skelett der Theorie bezeichnet. Es entstanden hiermit hierarchische Begriffsstrukturen, die einzelne Lebensprozesse beschreiben:

- Körperliche Prozesse, die beim körperlich verankerten Erleben beteiligt sind
- Kognitive Prozesse, die beim körperlich verankerten Erleben beteiligt sind

- Körperlich verankertes Erleben im Zusammenspiel von Geist und Körper
- Gewinne aus dem körperlich verankerten Erleben
- Prozesse, die körperlich verankertes Erleben stören.

Als Beispiel dient das Theorie-Skelett für „Gewinne aus dem körperlich verankerten Erleben“ im folgenden Diagramm 1.

Gewinn aus dem körperlich verankerten Erleben		
ERLEBTER FORTSCHRITT	VERSTÄNDNIS DER PERSÖNLICHEN BEDEUTUNG	DISTANZ IM ERLEBNIS
		EINBLICK IN DIE ERLEBTE WIRKLICHKEIT
	Inhalt des Erlebens	Beachtung der Existenz der Phänomene
	Persönliche Themen, Probleme;	Beachtung der Prozesse des körperlich verankerten Erlebens
	Vergangene Situationen;	
	Situation Hier und Jetzt;	Beachtung der Bedingtheit der Phänomene
	Bedürfnis nach einer Veränderung.	
	Tatsächlichkeit des Erlebens	

Diagramm 1: „Gewinn aus dem körperlich verankerten Erleben“ als eine theoretische Kategorie

Vorgehen bei der Theoriebildung

Bei der Theoriebildung gemäß den Prinzipien der grounded theory nimmt man wiederholt Bezug zu den Daten und macht so einen jeweils weiteren Schritt „der Verankerung der Daten“. Auch bei der abschließenden Theorieformulierung wird zu den Daten zurückgegriffen, um entsprechende konkrete Beispiele zu finden, welche die jeweilige Formulierung illustrieren. Diese Vorgehensweise, die in jedem Schritt der Theoriebildung benutzt wird, können wir schematisch so darstellen:

Skelett der Theorie → Theorie (ein Beispiel folgt) ↔ Beobachtungsbericht (in Kursivschrift weiter unten im Exzerpt angeführt).

Hier ist nun eine synoptische Darstellung: Die Theorie des körperlich verankerten Erlebens entfaltet sich aus dem Skelett der Theorie weiter in eine Geschichte der einzelnen Prozesse, die man durch Introspektion erkennt. Diese einzelnen Prozesse sind im folgenden Exzerpt durch konkrete Beispiele (in Kursivschrift) illustriert. Dabei werden nicht nur Prozesse, die das körperlich verankerte Erleben entwickeln, dokumentiert, sondern auch Prozesse, die das körperlich verankerte Erleben hemmen. Damit die Theorie dann nicht nur

auf dem Niveau der Beschreibung von Elementarprozessen stehen bleibt, werden diese Prozesse anschließend in einen Persönlichkeitskontext, der als Triade „Erleben – Wissen – Handeln“ (Hájek, 1997) verstanden wird, eingegliedert. Weiters werden die Prozesse auch auf die Persönlichkeitsänderung in der Psychotherapie bezogen. Das körperlich verankerte Erleben wird darüber hinaus auch noch mit den weiteren drei satitherapeutischen Verankerungen (im Ziel, in den Beziehungen und in den Institutionen) in Zusammenhang gebracht.

Als Beispiel einer solchen synoptischen Darstellung zitiere ich nun einen Abschnitt aus dem Kapitel „Gewinne aus dem körperlich verankerten Erleben“ (Hájek, 2002, S. 104). Es handelt sich dabei um das ausgearbeitete Skelett einer Theorie, das bereits unter der Überschrift „Distanz im Erleben“ und „Einblick in die erlebte Wirklichkeit“ im *Diagramm 1* dargestellt wurde

Mit der Entwicklung körpergerichteter Achtsamkeit, die durch das Gewinnen der Distanz zu allem eigenen Erleben charakterisiert ist, kann sich auch eine unmittelbare emotionale Erleichterung einstellen. Schon das Faktum, dass sich die Person nicht mit den Erlebnisinhalten identifiziert, sondern sie nur als Gegenstand der Beobachtung hat, bietet die Möglichkeit, Abstand von Gedankeninhalten, Vorstellungen und unangenehmen Gefühlen zu halten. Man muss sich nicht mit Fragen wie: „Was geschieht mit mir gerade?“ befassen. Im Gegenteil, die Änderung des Blickwinkels auf unangenehme Erlebnisse, die wie Gegenstände der Beobachtung sind, ermöglicht, diese Erlebnisse ohne Abwehr und ohne den Wunsch, sie zu verändern, zu akzeptieren. Das Streben nach einem „anderen“ angenehmeren Erleben verursacht nur die Verschlechterung des Zustandes in Richtung noch unangenehmerer Zustände. Die Distanz vom Erleben kann durch die spontane oder auch aktive Benennung eines konkreten Erlebnisses oder Gefühls, einer Vorstellung oder eines Gedankens verstärkt werden. Zum Beispiel *„In dem Moment, als es benannt wurde, habe ich zwar keine Erleichterung gefühlt, aber ich konnte die Sache mehr von aussen angehen ...“* „Ich sah Kriegesbilder, Bomben ... also ließ ich es sein, weil es doch nur eine Vorstellung ist.“

Die Distanz vom Erleben ist eine Voraussetzung der Selbstbeobachtung, dank der sich die Einsicht in die erlebte Wirklichkeit entwickelt. Diese Einsicht bedeutet, konkrete Phänomene zu unterscheiden, ihre Zusammenhänge zu entdecken, und zu erfahren, welche Konsequenzen im Sinne ihrer Wirkung auf das Erleben sie haben. Aus dieser Sicht kann man bei der Einsicht differenzieren in die Beachtung der Phänomensexistenz, das Erfassen der Bedingtheit der Phänomene und das Erfassen des Prozesses des körperlich verankerten Erlebens.

Die Beachtung der Existenz der Phänomene als Bestandteil der Einsicht in erlebte Wirklichkeit wird hier im Sinn der Registrierung von Phänomenen, die im Erleben zwar oft erscheinen oder länger anhalten, aber von der Person bisher nicht wahrgenommen wurden, verstanden. Vor allem handelt es sich hier um Phänomene des Fühlens, die die Person nicht zugelassen hat. Zum Beispiel *„Gleichzeitig habe ich mir bewusst gemacht, dass auch Gefühle, die nicht ganz aktuell sind, auftreten, sie sind dort ...“* „Ich bin darauf gekommen, dass ich vorher den Eindruck hatte, dass mir der Kopf und der Bauch nicht weh tut, aber es hat genau wie vorher weh getan, nur wusste ich nicht, dass es weh tut ...“

Die Beachtung der Bedingtheit der Phänomene ergibt sich aus der unmittelbaren Beobachtung der Verbundenheit der Phänomene, je nachdem, wie das eine das Erscheinen eines anderen bedingt. Meistens sind es Wahrnehmungsphänomene, die Gefühle und in der Folge Vorstellungen und Gedanken verursachen. Zum Beispiel *„Mich hat das Äußere sehr gestört, ich dachte immer: die Straßenbahn fährt, ein Auto fährt ...“* „Dieses Gefühl hat die Vorstellung hervorgerufen, dass ...“

Die Beachtung der Prozesse des körperlich verankerten Erlebens ist wichtig zur Kultivierung der Fertigkeit, solche Prozesse hervorzurufen. Bei direkter Beobachtung kann die Person die Spontaneität des erweckten Prozesses wahrnehmen. Zum Beispiel „Eine solche Erkenntnis, wie es verlaufen ist, wie die Inhalte sich änderten, dass war nicht unangenehm, jetzt geht es mir gut ...“ „Der Prozess war gelaufen und in dem Moment, als es still war, ist es immer noch gelaufen“. Die Person kann auch die Folgen und Entwicklung reflektieren: „... ich habe gespürt, wie mein Herz sich verkrampft ... es ist komisch ... wie eine Bombe ... dann gab ich dem verschiedene Etiketten, wie Bombe, Panik, Angst, ... Wenn ich dem einen Namen gegeben habe und zu dem Gefühl ging, war es beruhigend, wenn ich von ihm weiter gegangen bin, hat es sich verstärkt.“

Die Theorie des körperlich verankerten Erlebens antwortet auf die Forschungsfrage, welche Prozesse in der Interaktion von Geist und Körper Bedingungen schaffen, die zur positiven Erlebensänderung, zum Wachstum des Selbstkenntnis und zu adäquatem Handeln beitragen. Sie beschreibt also Prozesse, die zur besseren Lebensmeisterung führen, wenn die Person sie spontan oder durch bewusste Entscheidung entfalten kann. Es ist nötig zu betonen, dass unsere oben angeführten Beispiele hier in ihrer Aussagekraft beschränkt sind. Das Forschungsprojekt ist stark an die tschechische Sprache gebunden und bei der Übersetzung in eine andere Sprache kommt es zu Bedeutungsverschiebungen. Der vorliegende Beitrag dürfte jedoch ein ähnliches Forschungsprojekt im deutschsprachigen Raum anregen.

Nutzen von Focusing und körperlicher Erlebensverankerung

Die in diesem vorliegenden Beitrag behandelte Themen reichen von Schilderung des historischen Kontexts psychologischer Behandlung des Phänomens „Erleben“, aus dem heraus dieses Forschungsprojekt über die therapeutische, theoretische und methodologische Relevanz des Phänomens „Erleben“ entworfen wurde, über die Schilderung einer Technik zum Kultivieren des körperlichen Verankerung des Erlebens (nämlich des Focusing,) bis zur Darstellung von Anwendungsmöglichkeiten dieser Technik einerseits in der integrativen Psychotherapie (nämlich der Satitherapie), wie auch andererseits in der Forschung über psychotherapeutische Veränderung. Den gemeinsamen Nenner all diesen Schilderungen stellt das Focusing dar. Abschließend soll nun nochmals der Nutzen dieser verschiedenen Anwendungen des Focusing zusammengefasst und das Prinzip der körperlichen Wirklichkeitsverankerung hervorgehoben werden.

Das körperlich verankerte Erleben ist ein zentraler Begriff, der sich mit positiven Persönlichkeitsänderungen in Zusammenhang steht. Er ist definiert durch Prozesse des Geistes und des Körpers, in welchen persönliche Bedeutung die unmittelbar gefühlt wird, entsteht. Anders gesagt ist es ein Erleben, dessen Bedeutung in aktuell auftretenden Gefühlen verankert ist. Das körperlich verankerte Erleben bedeutet darüber hinaus eine Enthebung von einem

Denken, das nur auf dem Niveau von Begriffen verläuft. Meistens geht es bei dem begrifflichen Denken nur um Informationsverarbeitung und Ordnen von Inhalten, die sich auf die Vergangenheit oder die Zukunft beziehen. Das körperlich verankerte Erleben besteht hingegen im Beruhen des Geistes bei einem körperlichen Erleben „jetzt und hier“; es ist also verankert in der Wirklichkeit, aus der heraus man wirksam handeln kann. Die erinnerte Vergangenheit und die antizipierte Zukunft bilden in diesem Geisteszustand nur einen Rahmen. Traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit und Angst vor zukünftigen Geschehnissen existieren in der Gegenwart nur als körperliche Spuren von erinnerten oder vorgestellten Situationen. Ein gutes Verständnis hiervon hat Konsequenzen sowohl für die Theorie wie auch für die Praxis.

Die Theorie des körperlich verankerten Erlebens konnten wir nicht ohne das Focusing formulieren, weil beim Focussieren Prinzipien der standardisierten Selbstbeobachtungsmethode eingehalten werden können. Dazu werden Prozesse des körperlich verankerten Erlebens entwickelt, die zugleich auch Gegenstand der Beobachtung sind: zwei wichtige Stützen psychologischer Arbeit, wenn sie richtig begriffen und kompetent gehandhabt werden. Das Focusing als Mittel der Selbstbeobachtung des Therapeuten und die Theorie des körperlich verankerten Erlebens, die die Veränderung in der Psychotherapie erklärt, bilden somit äußerst bedeutensame Instrumente seiner Tätigkeit. Der Psychotherapeut kann dann besser sein eigenes Erleben erfassen, seine theoretische Sensibilität erhöhen und eigene Prozesse des Körpers und Geistes registrieren. Er gewinnt dadurch auch ein besseres Verständnis von sich selbst, was eine notwendige Bedingung dafür ist, das Erleben des Klienten adäquat zu begreifen und therapeutisch zu befreien. Dank dem kann ein theoretisch über das körperlich verankerte Erleben unterrichteter und praktisch in Focusing trainierter Psychotherapeut adäquatere Vorgangsweisen in konkreten therapeutischen Situationen wählen und dem Klienten von größerem Nutzen sein.

Literatur

- Corsini, R.J. (Ed.) (1994). *Encyclopedia of psychology*. New York: Wiley & Sons.
- Frýba, M. (1987). *Anleitung zum Glücklichein. Die Psychologie des Abhidhamma*. Freiburg: Bauer Verlag.
- Frýba, M. (1995). *The Practice of happiness*. Boston: Shambala.
- Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy* 15, 233–245.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme* (K. Schoch, Übers.). Salzburg: Otto Müller. (Original erschienen 1978: Focusing. New York: Everest House)
- Gendlin, E. T. (1992). The primacy of the body, not the primacy of perception. *Man and World* 25 (3–4), 341–353.
- Hájek, K. (1997). Psychoterapeutická změna osobnosti a její zjišťování [Psychotherapeutische Veränderung der Persönlichkeit und ihr Nachweis]. In Vymětal J. a kol., *Obecná psychoterapie [Allgemeine Psychotherapie]*. (34–48) Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Hájek, K. (2000). Personifizieren psychopathologischen Erlebens im Rahmen der klientenzentrierten Psychotherapie. In G.-W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 131–143) Köln: GwG-Verlag.
- Hájek, K. (2002). *Tělesně zakotvené prožívání [Körperlich verankertes Erleben]*. Praha: Karolinum.
- Rogers, C. (1977a). *On Personal Power*. New York: Delacorte.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research: Grounded Theory. Procedures and techniques*. Newbury Park, Ca.: Sage Publications.
- Vogt-Frýba, B. (1991). *Können und Vertrauen*. Zürich: Rüeegger.

Autor

Karel Hájek, geb. 1966; Staatsprüfung an der VUT FEL Praha im Fach Elektroenergetik und an der FF UK Praha im Fach Psychologie; 2001 Doktorat (Ph.D. und PhDr.) ebenfalls an der FF UK Praha; Psychotherapeutische Ausbildungen im Personzentrierten Ansatz, und in Satitherapie sowie für Ehe- und Familienberatung.

Korrespondenzadresse

PhDr. Ing. Karla Hájek, Ph.D.
UHSL; 1:LF UK Praha
Faustuv dum, Karlovo nam. 40
128 00 Praha
Tschechische Republik
E-Mail: khajek@lf1.cuni.cz

Michal Pernicka

Das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie¹

Zusammenfassung: In diesem Artikel wird eine qualitative Untersuchung von Interviews mit sieben Therapeuten aus verschiedenen therapeutischen Richtungen zum „Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie“ dargestellt. Diese Studie ermöglichte es, ein derart subjektives und subtiles Moment im therapeutischen Prozess genauer unter die Lupe zu nehmen. Bei der Beschreibung des Phänomens durch die Therapeuten konnte dabei eine volle Übereinstimmung festgestellt werden; als wichtigste Merkmale des Phänomens wurden angeführt: eine einzigartige Nähe und ein Verstehen des Anderen, Vorherrschen des Erlebens statt kognitiver Aspekte, eine hohe Intensität und kurze Dauer der Erfahrung, ein Potenzial für therapeutische Veränderung sowie eine Motivation für die Fortsetzung der Arbeit. Zum Abschluss dieses Artikels werden noch einige Implikationen der Begegnungserfahrung für den therapeutischen Prozess angesprochen.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, therapeutische Beziehung, Begegnung in der Psychotherapie, Perspektive des Therapeuten

Abstract: The Encounter Phenomenon in Psychotherapy. In this study a qualitative analysis was used to process interviews with seven psychotherapists of different theoretical approaches on the topic of “encounter phenomenon in psychotherapy”. This study enabled a closer look on these very subjective and subtle moments in therapeutic process. An evident consensus was reached in therapists’ description of the phenomenon; its most important characteristics showed to be: a unique closeness and understanding of the other, emphasis on experiencing at the expense of cognitive aspects, high intensity and short duration of the experience, a potential for therapeutic change, and motivation for further therapeutic work. Implications of encounter experience for therapeutic process are discussed at the end of this article.

Key words: psychotherapy research, therapeutic relationship, encounter phenomenon in psychotherapy, therapist’s perspective

In diesem Artikel möchte ich zusammenfassen, welche Studien es zum Thema Begegnung in der Psychotherapie gibt und die Ergebnisse besprechen. Die *Begegnungserfahrung* in der Psychotherapie ist immer ein besonderer Moment von seltener Nähe zwischen den Beteiligten. Dass es dieses Phänomen gibt, wurde von vielen Psychotherapeuten² bestätigt. Auch wenn ihre Beschreibungen dieser Erfahrung in vieler Hinsicht ähnlich sind, so bleibt das Konzept dennoch ein wenig vage. Ich glaube, es verdient aufgrund seiner Implikationen für den therapeutischen Prozess auch Aufmerksamkeit von Seiten der Forscher. Es handelt sich dabei jedoch um eine so subtile Erfahrung, dass meine Untersuchung u. a. die Frage klären sollte, ob es überhaupt möglich ist, diese Erfahrung einer systematischen Erforschung zu unterwerfen.

Das Phänomen der Begegnung – eine Einleitung

Jan Vymětal, ein bekannter tschechischer Psychotherapeut, beschreibt das Phänomen der Begegnung wie folgt: „In der Beziehung zum Klienten gibt es manchmal plötzlich dieses eigenartige

subjektive und gegenseitige Sich-Nahe-Kommen von einer ungewöhnlichen Qualität. Das sind Augenblicke intensiver Nähe, und für eine Weile – ich betone hier das Wort „Weile“ – findet da eine Art Verschmelzung statt. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen psychotischen Geisteszustand, wo man sein Identitätsgefühl verlieren könnte. Das Gewahrsein seiner selbst ist zwar einen Moment lang geschwächt, aber nur um binnen kürzester Zeit wieder zurückzukommen, gestärkt durch die Begegnung mit der anderen Person.“ (Vymětal, 2001, S. 113f) A. dos Santos, ein Klientenzentrierter Psychotherapeut, zeigt uns auf überzeugende Weise in seiner Übersicht zu diesem Phänomen, dass es dabei um sehr starke Erlebnisse geht, die über die Grenzen einzelner therapeutischer Schulen hinausgehen. Er nennt sie „*miracle moments*“ in der Psychotherapie³. Ich zitiere aus seinem Vortrag am Kongress „The Quality of Presence“ in Bratislava (Preßburg) in der Slowakei:

1 Aus dem Englischen übersetzt von Elisabeth Zinschitz

2 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

3 Vgl. dazu auch den Beitrag von Karaszová in diesem Heft

„Viele ausgezeichnete Therapeuten haben „miracle moments“ erlebt und erörtern diese im Rahmen ihres Denkens. Rogers, der Vater des Personenzentrierten Ansatzes, hat diese Momente auch beschrieben und zwar als einen veränderten Bewusstseinszustand. In diesem Zustand gibt es nichts, das ablenkt, und die Aufmerksamkeit ist völlig dem jeweiligen Augenblick gewidmet. Rogers meinte, dass sich eben in diesen Momenten eine Beziehung zum Klienten herstelle, die Buber eine „Ich-Du“-Beziehung nennen würde. Er sei dann auf einer Wellenlänge mit seinem Klienten [In einer späten Phase seines Lebens nannte Rogers diese Momente ein „*transzendentes Phänomen*“. Anm. des Autors].

Erving Polster, ein renommiertes Gestalttherapeut, sieht diese besonderen Momente oder teleskopischen Höhepunkte, wie er sie nennt, als einen wesentlichen Aspekt der Veränderung in der Psychotherapie. In diesen Momenten fühlt er sich gänzlich auf den anderen gerichtet, er geht darin auf und er kann die Dinge sehr klar, detailliert und umfassend sehen. Es handelt sich für ihn definitiv um einen anderen Bewusstseinszustand als für gewöhnlich.

Eugene Gendlin, der Psychologe, der das Focusing entwickelt hat, beschreibt seine besten Momente in der Psychotherapie als jene, wo er sich vollkommen gegenwärtig fühlt und wo ein „plötzliches Sich-Öffnen“ stattfindet; er und der Klient erreichen eine neue Verständnisebene und es gibt eine Vorwärtsbewegung; die Lebensenergie ist wiederhergestellt. In diesen Augenblicken erlebt er sich als in einem anderen Geisteszustand und es ist so, als wäre da jemand bei ihm und dem Klienten, jemand, der über enorm viel Weisheit verfügt, der ihm sagt, was er tun soll.

John Grinder, der zusammen mit anderen das Neurolinguistische Programmieren (NLP) entwickelt hat, glaubt, dass diese Augenblicke so wichtig sind, dass er meint, wenn er sie nicht alltäglich erlebt, wäre das Zeitverschwendung. Er sagt, dass die ganze NLP-Technik entwickelt wurde, um solche Momente herzustellen.

Virginia Satir, die Mutter der Familientherapie, glaubte, dass diese Augenblicke den „Honig des Lebens“ in sich tragen und das Leben bedeutend und lebenswert machen.

Murray Stein, ein Analytiker nach Jung, glaubt, dass wir in solchen „miracle moments“ als „Kanal des Apollo“ fungieren: Diese Momente machen aus den Therapeuten Diener Apollos, wobei das Ego zur Seite geschoben wird, damit man ganz so sein kann, wie der Augenblick es verlangt.

Und Robert Nemiroff, ein Psychoanalytiker, sieht diese Knotenpunkte der Psychotherapie als die wesentlichen Elemente in der Veränderung und der Entwicklung des Klienten. Er glaubt, dass dies eine gemeinsame Erfahrung ist, wobei er als Wünschelrute fungiert, um jene wertvolle Flüssigkeit zu finden, die das Leben bewegt“ (dos Santos, 1999).

Eine ausführlich ausgearbeitete Konzeptualisierung dieses Phänomens findet sich in der Dialogischen Psychotherapie, die auf Martin Bubers Philosophie basiert. Ihre Vertreter nennen diese besonderen Erlebnisse Ich-Du-Momente (z. B. Hycner & Jacobs, 1993; Heard, 1993), die aus der Ich-Du-Beziehung hervorgehen.

Aus all dem geht klar hervor, dass dieses Phänomen über die Grenzen der einzelnen therapeutischen Schulen hinausgeht, und dass es als einer der allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie klassifiziert werden kann. Auch wenn die genannten Therapeuten unterschiedliche Begriffe benutzen und sich auf unterschiedliche Aspekte desselben beziehen, scheinen sie doch alle an die Erfahrung gedacht zu haben. In dieser Studie habe ich mich dazu entschlossen, dafür die allgemeine Bezeichnung von J. Vymětal, nämlich den Begriff *Begegnungserfahrung in der Psychotherapie* zu

benutzen. Dieser beschreibt das Phänomen in ausreichendem Maße und impliziert keine bestimmte psychotherapeutische Schule oder keinen Autor. Es ist mir bewusst, dass, im Versuch dieses Phänomen zu beschreiben, einige poetische und manchmal sogar mystische Ausdrücke aufscheinen können, was skeptischere Leser abschrecken könnte. Wie wir in den Schlußfolgerungen sehen werden, ist es jedoch schwer, einen Ausdruck zu finden, der diese Erfahrung genau erfasst.

Das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapieforschung

Psychotherapieforschung gibt es nun schon seit 60 Jahren. Nachdem die berühmte Kritik von Eysenck (1952) bezüglich der Wirksamkeit der Psychotherapie erfolgreich widerlegt wurde, sahen sich die Forscher mit einer anderen ernsthaften Frage konfrontiert. Die vorhandenen Forschungsergebnisse zeigen auf überzeugende Art und Weise, dass trotz der Unterschiede in der Methode, in den theoretischen Grundlagen sowie in den Hypothesen über die Ätiologie der menschlichen Störungen, alle Therapieformen ähnliche Ergebnisse aufweisen (um nur die meist zitierten Studien zu nennen: Luborsky et al., 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Garfield, 1983). Dieses Ergebnis stellt eine große Herausforderung dar, nicht nur für die Forscher, sondern auch für die Vertreter von einzelnen theoretischen Ansätzen. Wir könnten sagen, dass es die Forscher in zwei Gruppen spaltet: Jene, die dieses Ergebnis akzeptieren, und jene, die es ablehnen. Die Ersteren versuchen dauernd anhand methodologisch immer besserer Forschungsprojekte spezifische Wirkungen bestimmter Behandlungsformen nachzuweisen; die anderen scheinen zum ursprünglichen Konzept der gemeinsamen Faktoren in der Psychotherapie zurückzukehren, das bereits 1936 von Raul Rosenzweig vorgestellt wurde und bei welchem die therapeutische Allianz besonders hervorgehoben wird. Beiden Gruppen gemeinsam ist ein stärkeres Interesse an einer genaueren Untersuchung der Variablen, die tatsächlich die positiven von psychotherapeutischen Interventionen hervorgerufenen Veränderungen bewirken, sowie eine Tendenz, weg von traditionellen Designs wie Schulvergleichen hin zu Prozessergebnis-Forschungen, Fallstudien usw.

Die Forschung zum Thema Begegnung als psychotherapeutisches Phänomen gehört zum Bereich der Forschung über die therapeutische Allianz und sie steht dem Paradigma der Significant Events³ in der Psychotherapie (z. B. Elliott, 1983a; 1983b; 1985; Rice & Greenberg, 1984) sehr nahe. Dieses Paradigma beruht auf dem Glauben, den die Mehrheit der Therapeuten und Forscher teilt, dass es im Verlauf einer Therapie signifikant hilfreiche oder behindernde Sitzungen gibt, die den Charakter eines Schlüsselerlebnisses haben. Sie meinen, dass diese Episoden im Therapieprozess

3 Vgl. dazu den Beitrag von Timulák in diesem Heft.

uns die am meisten versprechenden Phänomene für die Forschung bieten. Die bei solchen Ereignissen gewonnenen Informationen könnten uns helfen zu verstehen, wann und wie Psychotherapie wirkt, und sie könnten dazu beitragen, dass Psychotherapeuten diese Momente, bei denen ihre Klienten am offensten für eine positive psychologische Veränderung sind, erkennen und nützen können. Die grundlegende Frage dieses Paradigmas lautet: Welche spezifische Intervention des Therapeuten, die er in welchem momentanen therapeutischen Kontext gesetzt hat, wird zu welcher Art von unmittelbaren oder langfristigen Konsequenzen für den Klienten führen? Meine Studie weicht jedoch insofern von diesem Paradigma ab, als die Begegnungserfahrung nicht als eine Art von Intervention oder Technik betrachtet werden kann. Sie kann nicht einfach zu einem bestimmten Zeitpunkt „angewendet“ werden. Wie wir in den Schlussfolgerungen sehen werden, verhindert paradoxerweise gerade die Bemühung, diese Erfahrung herbeizuführen, eben diese selbst. Trotzdem hat dieses Forschungsparadigma mich sehr inspiriert und ich betrachte das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie als ein Significant Event in diesem Sinne.

Das Forschungsprojekt

Die Idee, eine Untersuchung zu diesem Thema zu machen, kam mir dank A. Simek, eines tschechischen Psychotherapeuten, der mich beim meiner Dissertation beriet. Dieses Thema beschäftigte ihn in seiner lebenslangen Erfahrung in der Arbeit mit Klienten als klinischer Psychologe. Als ich mit anderen Psychotherapeuten darüber sprach, erstaunte mich ihre Reaktion. Sogar jene, die schon lange aufgehört hatten, als Psychotherapeut zu arbeiten, konnten sofort lebhaftere Erinnerungen an solche Momente mit ihren früheren Klienten hervorholen und außerdem konnten sie sich an die Intensität dieser Erfahrungen erinnern. Dies bestätigte mich in meiner Meinung, dass es sich dabei um ein wesentliches Thema in der klinischen Arbeit handelt. Als ich die entsprechende Literatur studierte, fand ich heraus, dass sogar Carl Rogers zu einer Untersuchung dieses Phänomens, das er als „transzendentes Phänomen“ bezeichnete, angeregt hatte (Rogers, 1982; Vymětal, 2001).

In der Literatur der Psychotherapieforschung fand ich allerdings nicht sehr viele Untersuchungen zu diesem Thema. Man kann sich ja leicht vorstellen, welche Probleme einen potenziellen Forscher dabei entmutigen könnten: Subjektivität, Nicht-Messbarkeit, Angst vor Unwissenschaftlichkeit oder Mystizismus, ein unzureichender Zusammenhang mit den vorhandenen Theorien therapeutischer Veränderungen (mit Ausnahme des bereits erwähnten dialogischen Ansatzes zur Psychotherapie und der Gestalttherapie). Frank (1981, S. 13f) formuliert es folgendermaßen: „Manche wichtige Erfahrungen in der Psychotherapie dürften sich prinzipiell für wissenschaftliche Untersuchungen nicht eignen, da sie in einem veränderten Bewusstseinszustand auftreten, d. h. in Formen, die den

Sinnen nicht zugänglich sind, und auf Realitätsebenen, die von der Alltagsrealität abweichen.“ Es ist aber vielleicht doch zu extrem, dass er eine Forschung zu diesen Themen nicht empfiehlt, da „jeder Forscher, der versucht, solche Phänomene zu erforschen, seinen Ruf als vertrauenswürdigen Wissenschaftler riskiert.“ Ein Ziel dieser Untersuchung war es deshalb, zu bestimmen, ob und zu welchem Preis es möglich ist, die Begegnungserfahrung empirisch zu erfassen.

Die Hauptfrage dieser Untersuchung war einfach: „Was ist die Begegnungserfahrung in der Psychotherapie?“ Mit Rücksicht auf die Natur des Themas und der Untersuchungsfrage wählte ich einen phänomenologischen Ansatz. Dessen Ziel war es, die individuelle persönliche Wahrnehmung in Bezug auf ein Ereignis – in diesem Fall die Wahrnehmung praktizierender Psychotherapeuten – zu erfassen, im Gegensatz zum Versuch, einen objektiven Bericht über das Ereignis selbst zu erstellen. Ich wählte die Methoden des semi-strukturierter Interviews, um die Daten zu sammeln, und die Interpersonale Phänomenologische Analyse (IPA, z. B. Smith et al., 1999) für deren qualitative Verarbeitung. „Die IPA ist ein relativ neuer qualitativer Ansatz, der insbesondere innerhalb der Psychologie entwickelt wurde. Derzeit wird dieser Ansatz v. a. bei Untersuchungen im Bereich der Gesundheits-, klinischen und Sozialpsychologie, insbesondere in Großbritannien, verwendet. Die IPA beschäftigt sich damit, zu verstehen, wie die Untersuchungspersonen selbst sich ihre Erfahrungen erklären. Deshalb konzentriert sie sich auf die Bedeutungen, die diese Erfahrungen für die Untersuchungspersonen haben. Gleichzeitig berücksichtigt die IPA, während sie versucht, der persönlichen Welt dieser Personen näher zu kommen, dass dies nicht auf direktem Wege oder vollständig möglich ist. Der Zugang hängt von den eigenen Konzeptionen des Forschers ab, die erforderlich sind, um die persönliche Welt des Anderen durch einen Prozess interpretierender Aktivität zu erklären.“ (IPA Website, 2003).

Die Glaubwürdigkeit ist im Kontext der qualitativen Forschung weitgehend abhängig von der Qualität der Daten. Sie müssen *reichhaltig* sein, das heißt detailliert und vollständig. Ein anderes Kriterium ist eine „*dichte Beschreibung*“, die nicht nur Information über Fakten bringt, sondern uns auch über den Kontext informiert, Motive und Bedeutungen der Situation erfasst und den Prozessaspekt betont. Damit solche Daten gewonnen werden können, müssen Personen für das Forschungsprojekt gefunden werden, die zur Schlussfolgerung gekommen sind, dass diese Untersuchung ihnen etwas bringt (partizipatorischer Ansatz). Wir können ihnen zum Beispiel versprechen, dass sie damit das erforschte Thema besser verstehen lernen.

Von zunächst zehn angesprochenen Psychotherapeuten nahmen im Endeffekt sieben an der Befragung teil. Mein Ziel war es, unterschiedliche Perspektiven zum Thema zu erhalten; ich versuchte daher, Therapeuten aus verschiedenen Ansätzen anzusprechen und neben Experten auch Anfänger miteinzubeziehen. Ich hatte allerdings nicht den Ehrgeiz, eine repräsentative Stichprobe der therapeutischen Population in der Tschechischen Republik zu erreichen.

I. Die therapeutische Beziehung

- Welche Bedeutung hat die therapeutische Beziehung für Sie bzw. in Ihrer Arbeit mit dem Klienten?
 - Beispielsweise im Vergleich mit der Bedeutung spezifischer Techniken?
 - Wie hat sich Ihr Konzept der therapeutischen Beziehung im Laufe Ihrer beruflichen Tätigkeit entwickelt?
- Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Merkmale einer therapeutischen Beziehung?
- Glauben Sie, dass eine ähnliche Beziehung außerhalb des therapeutischen Settings möglich ist?
 - ja → Was haben diese Beziehungen gemeinsam?
 - nein → Was macht diese Beziehung einzigartig?

II. Das Begegnungsphänomen in der Psychotherapie

J. Vymetal: „In der Beziehung zu einem Klienten kommt es manchmal zu dieser eigenartigen subjektiven gegenseitigen Nähe von einer ungewöhnlichen Qualität. Das sind Momente von sehr intensiver Nähe, und für eine Weile, – wobei ich das Wort Weile betonen möchte, – findet eine Art von Verschmelzung statt; aber das ist kein psychotischer Geisteszustand, wo man sein Gefühl der eigenen Identität verliert. Die Selbstwahrnehmung wird für einen Moment schwächer, nur um kurz danach, gestärkt durch die Begegnung mit der anderen Person, wiederhergestellt zu werden.“

- Haben Sie jemals so etwas Ähnliches erlebt?
- Könnten Sie diese Erfahrung beschreiben?
 - Können Sie mir mehr darüber erzählen
 - Wie weiß jemand, dass er dabei ist, diese Erfahrung zu machen?
 - Was ist das Wichtigste für Sie bei dieser Erfahrung?
 - Wie fühlt es sich an?
 - Wie lange dauert diese Erfahrung / dieser Zustand normalerweise?
 - In welchem Teil der Therapie kommt dies normalerweise vor?
 - Hängt diese Erfahrung Ihrer Meinung nach mit der Qualität der therapeutischen Beziehung zusammen?
 - Hängt sie irgendwie mit dem Inhalt Ihres Gespräches zusammen?
- Welche Bedeutung hat diese Erfahrung Ihres Erachtens für den Klienten?
- Und für die weitere therapeutische Arbeit?
- Glauben Sie, dass jemand, wenn er Sie während dieser Sitzung beobachten würde, bemerken könnte, dass Sie diese Erfahrung gerade machen?
 - Was könnte er wahrnehmen?
- Was geschieht nachher, wenn die Erfahrung abebbt?
 - Wie ebbt sie ab?
Wie lange? Welche Art von Erinnerung bleibt zurück?
 - Wie nimmt es beim Klienten ab?
- Erwähnt er / sie dieses Thema in den nächsten Sitzungen?
- Kennen Sie diese Erfahrung von woanders?
 - ja → Wo könnte sie sonst noch vorkommen? Mit wem? Zu welchem Anlass?
Was haben diese Momente gemeinsam?
 - Nein → Wie erklären Sie die Tatsache, dass das (nur) in der Therapie vorkommt?
- Welche Bedingungen sind Ihres Erachtens notwendig, damit die Erfahrung auftaucht?
- Was hingegen verhindert es?
- Wie oft kommt diese Erfahrung in Ihrer Arbeit mit Klienten vor?

Tabelle 1: Gesprächsstruktur für die Therapeutenbefragung

Das Angebot, an der Untersuchung teilzunehmen, wurde persönlich oder über E-Mail vermittelt.

An der Untersuchung nahmen sieben Psychotherapeuten teil: sechs Männer, eine Frau; sechs davon waren sehr erfahrene Experten, die auch als Ausbilder, Supervisoren und Universitätsdozenten arbeiten, einer von ihnen stand zum Zeitpunkt der Untersuchung am Anfang seiner therapeutischen Laufbahn. Sie repräsentieren die Psychoanalyse (1), einen eklektischen Ansatz (1), die Gestalttherapie (1), den Klientenzentrierten Ansatz (3) und den systemischen Ansatz (1). Die Gespräche fanden jeweils in ihrer Praxis statt und dauerten durchschnittlich ungefähr 40 Minuten. Bei der Erarbeitung der Gesprächsstruktur (Tab.1) griff ich auf vorhandene Literatur und auf Gespräche, die ich vor der Untersuchung mit Psychotherapeuten geführt hatte, zurück. Abgesehen von Fragen, die auf das Phänomen selbst abzielten, fügte ich auch Fragen ein, die sich auf das Verständnis der psychotherapeutischen Beziehung bezogen und die den Hintergrund für die dieser Erfahrung zugeschriebene Bedeutsamkeit darlegen sollten (siehe Pkt. I in Tab. 1). Ich habe das oben angeführte Zitat von J. Vymětal verwendet, um das Gespräch über die Begegnungserfahrung zu beginnen. Das wortwörtliche Transkript der Gespräche wurde nachher den Therapeuten zur Begutachtung vorgelegt und im Anschluss daran analysiert.

Die Beschreibung der Begegnungserfahrung

Von den befragten Therapeuten wurden die Begegnungserfahrungen unterschiedlich ausführlich, aber in fast in allen Fällen sehr prägnant und eindrucksvoll beschrieben. Um einen Eindruck davon zu vermitteln, sei im Folgenden eine sehr ausführliche Beschreibung als Beispiel angeführt.

„Da war eine Frau, die auf der neurologischen Abteilung aufgenommen worden war, nachdem sie auf tragische Weise ihren 15-jährigen Sohn verloren hatte. Sie wurde wegen bestimmter neurologischer Störungen behandelt. Die Beziehung zu ihrem Sohn war die wichtigste Beziehung in ihrem Leben und sie wusste nicht, wie sie mit diesem Verlust umgehen sollte. Sie hatte viele psychosomatische und neurologische Probleme. Sie wurde meine Klientin und wir begannen, diese Probleme zu bearbeiten. Damals war ich mir nicht sicher, ob ihr irgendetwas sagen können würde. Außerdem hatte ich selber kleine Kinder, und der Gedanke, dass auch mir das passieren könnte, machte mir ziemlich viel Angst. Ich fühlte mich irgendwie nutzlos, als ob ich nicht viel für sie tun könnte. Und da passierte so etwas [eine Begegnungserfahrung, *Anm. des Autors*]. Es war nur ein Moment – ich weiß nicht mehr, in welcher Sitzung. Während sie zu mir sprach, begann sie allmählich mit mir zu teilen, was der Tod ihres Sohnes für sie bedeutete, wie ihr ganzes Leben zerstört war, und plötzlich entstand so ein Moment, wo nichts gesagt wurde. – Ich weiß heute nicht mehr, wie es dazu kam, und vielleicht wusste ich es damals auch nicht – Es war ein Augenblick

vollkommenen Verstehens und gegenseitigen Mitgefühls. Es war klar, dass sie wusste, dass ich sie verstehe oder dass ich da bei ihr war, und ich wusste, dass ich sie sah, so wie sie war, was für ein Mensch sie war und was die Situation wirklich für sie bedeutete. Und damals wurde mir klar, dass es nichts zu sagen gab und dass nichts mehr gesagt werden musste; es kam mir vor, als wäre alles bereits geschehen. Und ich sage Ihnen, ich weiß nicht, was genau zwischen uns beiden geschehen ist. Der Augenblick hat mir einen Eindruck hinterlassen; es war eine ungewöhnliche und vielleicht sogar eine mystische Erfahrung.“

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Ich habe die folgenden Schlussfolgerungen mittels einer Analyse der individuellen Gespräche gewonnen. Genauere Informationen über diesen Prozess finden sich in der Originalarbeit (Pernicka, 2002). Ich füge hier zur Illustration eine Tabelle an, die die Häufigkeit der Aussagen der Therapeuten in Bezug auf die gegebenen Themen zeigt (Tab. 2).

Die Tatsache der Begegnungserfahrung

Alle Therapeuten, die an dieser Studie teilnahmen, haben das Begegnungsphänomen in ihrer therapeutischen Arbeit erlebt. Einer von ihnen hat, wie er sagt, eine „*skeptische*“ Sichtweise. Aber auch er spricht von „*Momenten, die nicht leicht herzustellen sind*“ und „*wo es einen sehr engen Kontakt mit der Person gibt, so dass es leichter für mich wird, mir vorzustellen, was mit ihm los ist und wie er die Dinge erlebt. Es wird für mich möglich, für einen kurzen Moment in seinen Schuhen zu stehen und die Welt durch seine Augen zu sehen*“. Aber er fügt hinzu, dass er „*eine solche Erfahrung nie als Begegnung bezeichnen würde*“. Dennoch ähnelt seine Beschreibung jenen der anderen Therapeuten sehr. Die Tatsache, dass das Phänomen von allen Therapeuten erwähnt wird, unterstützt die Idee, dass es nicht zu einer bestimmten therapeutischen Schule gehört und dass es als einer der sogenannten gemeinsamen Faktoren in der Psychotherapie gesehen werden kann.

In vier Gesprächen wurde gesagt, dass diese Erfahrung unterschiedliche Intensitätsstufen erreichen kann, z. B.: „*Ich glaube, diese Begegnung kann in vielen verschiedenen Formen auftreten*“. „*Jeder von uns trägt diese Qualität in sich, und manchmal zeigt sie sich, manchmal dauert es ein wenig länger, manchmal kürzer, manchmal ist es weniger intensiv*“... Das könnte zu der Annahme führen, dass es hier ein gewisses Kontinuum gibt, entlang dessen diese Erfahrung ihre je eigene Form annehmen kann. Ein Teilnehmer beschrieb die Grenzen: „*Es ist wichtig dem Klienten irgendwie zu begegnen, denn wenn es einem nicht gelingt, empathisch zu sein, dann sind alle Interventionen irgendwie intellektuell, aber sie*

Merkmale	Therapeuten						
	1	2	3	4	5	6	7
Eigenschaften des Phänomens							
• Begegnung als ein Kontinuum von Erfahrungen	1		5		1		1
• Zusammensein	6	2		1	1		4
– Nähe	3	2			4	1	2
– „er weiß, dass ich weiß“	2			1			2
– gemeinsame Sprache		1		1			1
– Mögliche Konfluenz			3				
• Grenzen aufrechterhalten				1	3	2	
• Betonung des Erlebens	2	1	1	3			
– Vorhandensein von Emotionen	4	3		2		1	2
• Verstehen	3			3	1	2	4
• Unterstützung, Bestätigung, Akzeptanz	1			3			
• Intensität	4		1	1			
• Eingeengte Wahrnehmung		1			1		
• Pathologie		2					
• Potenzial für therapeutische Veränderung	2		1	3	1		
• Erfüllung der Bedürfnisse des Klienten				1			1
• Schwer herzustellende Erfahrung						1	
• Natürliches Phänomen	1	1		2	3	5	
• Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung			1		3		1
• Schwierige Reflexion der Erfahrung	4				1		1
Alternative Erklärung							
						4	
Implikationen des Phänomens für Psychotherapie							
• Offenheit für den Klienten		1		2			3
– Ermutigung zur Selbstexploration					5		
• Bedingung für therapeutische Arbeit	3		2				
• Stärkung der Beziehung	10	1			1		1
• Motivation zum Weiterarbeiten beim Klienten	1		2	3			
• Motivation zum Weiterarbeiten beim Therapeuten	1						4
Erforderliche Bedingungen für das Auftreten des Phänomens							
• Haltung des Therapeuten	1	1	1	4	2	1	1
• Verhalten des Klienten		2					
Bedingungen, die das Auftreten des Phänomens verhindern							
• Ungelöste Probleme des Therapeuten			1		1		
• Betonung der sozialen Position	1	1					
• Abwehrmechanismen des Klienten	1						
• Anstreben der Begegnungserfahrung	2	1					
Bedingungen, die das Phänomen nicht verhindern							
• Unähnlichkeit der Teilnehmer	3						
• Unvertrautheit der Teilnehmer			1				
Deutliche wahrnehmbare Ausdrucksformen des Phänomens							
• Undeutlichkeit des Phänomens	1	1					1
• nonverbale Ausdrucksformen	1		3	2			
• Möglichkeit, die Erfahrung zu spüren	1			1			1
Auftreten des Phänomens							
• Kurze Dauer	6	1	1	2	1	1	1
• Auftreten außerhalb des psychotherapeutischen Settings		1	1	1		1	1
• Hohe Frequenz des Auftretens	2		2		2		
• Skeptizismus						4	

Tabelle 2: Häufigkeit der Nennung verschiedener Merkmale des Begegnungsphänomens

beruhen definitiv nicht auf dem aktuellen Erleben.“ Daher kann es hier einerseits „Nicht-Empathie“ und andererseits auch Konfluenz (Verschmelzung) geben: *„Es ist möglich, mit manchen Patienten in solchen Momenten zu verschmelzen, und das könnte eine sehr intensive Erfahrung sein, denn die Grenze zwischen Therapeut und Patient verschwindet dann im Grunde“*. Später beschreibt er die Risiken dieser beiden Extrempositionen: *„Es gibt zwei Risiken: Das eine besteht, wenn man irgendwie mit dem Anderen verschmilzt, denn dann ist es schwierig, ihm von dieser Position aus zu helfen. Das andere Extrem ist, wenn man sich weit weg von dem Patienten befindet – es gibt eine Distanz, und wenn man, sagen wir mal, einen Vorschlag macht, ist das etwas ein sehr Rationales“*. Das Verschmelzen könnte ein Anzeichen für eine gewisse Pathologie sein: *„Sie ziehen dich in eine Art von psychotischer Verschmelzung hinein“*.

Bei der Auswertung der Interviews wurde kein Unterschied zwischen Anfängern und erfahrenen Psychotherapeuten festgestellt. Es zeigte sich, dass die therapeutische Erfahrung nicht der bestimmende Faktor dafür ist, ob dieses Phänomen in der Therapie vorkommt. Dieser Gedanke wird durch die Aussage eines der Therapeuten unterstützt, dass es die Begegnungserfahrung auch in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen oft gibt.

Die Merkmale dieses Phänomens

Das wesentlichste Merkmal dieses Phänomens war, wie die Auswertung der sieben Interviews ergab, etwas, das ich „Verbundensein“ nenne. Dieser Begriff umfasst Formulierungen wie Resonanz, auf derselben Wellenlänge sein, teilen, Solidarität, Einheit usw. Beispielsweise: *„Es war ein Moment des vollkommenen Verstehens und der vollkommenen Resonanz“*; *„Ein heiliger Augenblick des Teilens“*; *„Es ist eine Erfahrung – ich weiß nicht, wie ich es beschreiben soll – von menschlicher Verbundenheit, von Resonanz“*; *„Solidarität, Einssein mit dem Anderen“*; *„Diese Menschen existieren für einander“*; *„Das Gefühl, auf derselben Wellenlänge mit dem Klienten zu sein“*; *„Ich war da bei und mit dieser Person“*; *„Empathie – und ich meine das nicht in dem Sinne, dass man Mitleid mit dem Menschen empfindet, sondern dass man bei ihm ist“*. Diese Sätze kennzeichnen das Wort Begegnung selbst, d. h. ein zeitweises Zusammen-Sein.

Zusätzlich zu diesem Zusammensein gibt es noch ein weiteres wichtiges Merkmal, das „Nähe“ meint oder „guter Kontakt“. Es wurde von fünf Therapeuten explizit erwähnt, beispielsweise: *„Ein paar Augenblicke wahrhaftiger Nähe“*; *„Es kam da zu einem sehr engen Kontakt mit der Person“*; *„Es war eine Erfahrung ungewohnter Nähe für mich“*.

Beim Begriff des „Verbundenseins“ inkludiere ich auch ein Merkmal, das mit: „Er weiß, dass ich weiß“ bezeichnet wurde. Drei Therapeuten erwähnten es: *„Er weiß, dass ich weiß“*; *„Sie weiß, dass ich es verstehe“* und *„Sie fühlte, dass ich es fühlte“*. Diese Aussagen weisen daraufhin, dass diese Erfahrung eine gegenseitige ist, und

das beide Teilnehmer sich dessen bewusst sind. Es wäre angemessen, die therapeutische Perspektive mit der Perspektive der Klienten zu diesem Thema zu vergleichen.

Ein weiteres Merkmal, das mich überraschte, da die Therapeuten es ziemlich gleich beschrieben, war „gemeinsame Sprache“: *„Ich wusste, was er mir erzählen würde, bevor es sagte“*; *„Es schaut so aus, als ob sie eine gemeinsame Sprache sprechen, die Worte haben dieselbe Bedeutung für sie“*. Dieses Merkmal konnte auch in einer Videoaufnahme einer Sitzung, die ich zu sehen bekam, festgestellt werden. Dieses Detail gibt uns ein Bild des ungewöhnlichen Ausmaßes des gegenseitigen „Aufeinander-Einstimmens“ innerhalb dieser Erfahrung.

In J. Vymétals Beschreibung, die am Anfang jedes Interviews benützt wurde, wird die Möglichkeit der momentanen Konfluenz erwähnt. Drei Teilnehmer waren damit nicht einverstanden: *„Es geht nicht um eine Konfluenz, denn das würde bedeuten, dass die Grenzen sich aufheben und es keine Unterscheidung zwischen mir und dem Anderen mehr gibt“*; *„Aber weder du noch der Andere gehen verloren“*; *„Es ist ein Zustand, der uns verbindet, aber er verbindet uns nicht in dem Sinne, dass wir uns irgendwie auflösen“*; *„Ich erlebe nicht, dass ich mich einen Moment lang verliere oder mich selbst vergesse“*; *„Ich verbinde mich nicht mit dem Klienten, in dem Sinne dass ich in ihn hineingehe oder mit ihm verschmelze“*. Die Möglichkeit der Konfluenz wurde nur von einem Teilnehmer erwähnt, der außerdem noch hinzufügte, dass dies zu einer Pathologie führen könnte: *„Das passiert eher bei Menschen mit Borderline oder mit Psychosen.“*

Die Teilnehmer betonten sehr stark das Erleben, beispielsweise: *„Es ist wichtig, es zu erleben, es zu genießen, den Moment zu verlängern“*. Ebenso wurden Emotionen hervorgehoben – entweder indem Emotionen genannt oder indem als Gegenstück auf das Fehlen kognitiver Anteile hingewiesen wurde: *„Man lernt den Klienten anders als analytisch, intellektuell oder kognitiv kennen“*; *„Es ist eine Begegnung ohne logisches Denken, ohne dass man die Erfahrung reflektiert“*; *Nicht den Intellekt zwischen uns stellen“*; *„Ein erfüllendes Gefühl von Freude“*; *„Eine emotionale Präsenz, eine starke emotional-affektive Präsenz beider Personen“*; *„Ein warmes, glückseliges Gefühl in meiner Brust“*; *„Ich spüre eine liebevolle Atmosphäre“*. *Diese Emotionen müssen nicht nur positiv sein: „Manchmal könnte es Traurigkeit sein, die auf diese Weise erlebt wird, wenn beiden Personen zum Heulen ist“*.

Ein sehr bedeutsames und häufig erwähntes Merkmal wurde unter den Begriff des „Verstehens“ eingeordnet. Es betrifft die Dimension des starken Gefühls, den Anderen und sein Weltbild zu verstehen: *„Und mir war klar, dass ich sie dann sah, so wie sie wirklich ist und wie die Situation für sie ist“*; *„Innerhalb dieser Erfahrung ist das Verstehen des Anderen und seiner Phänomenologie am deutlichsten“*; *„Und du bekommst einen Zugang zum klarsten Verstehen, das über ein bloßes Teilen hinausgeht“*; *„Es ist einfacher für mich, mir vorzustellen, was in ihm vorgeht, wie er die Dinge in seinem Leben erlebt. Ich kann für eine Weile in seinen Schuhen stehen und die Welt*

durch seine Augen betrachten“; „Verstehen – und ich meine nicht, die Worte des Anderen zu verstehen, sondern ein tieferes Verstehen“. Ich denke, dass gerade dieses Merkmal als die beste Beschreibung des Begegnungsphänomens betrachtet werden kann und dass dies den Erfolg der therapeutischen Arbeit maßgeblich bestimmt.

Vier Therapeuten sagten, dass die Begegnungserfahrung ein Potenzial für therapeutische Veränderung in sich birgt. „Es gibt nichts mehr zu sagen, man muss nichts mehr sagen, es ist, als ob alles bereits geschehen ist“; „Ich glaube, dass diese Erfahrung die psychologische Veränderung herbeiführen kann“; „Die Therapie, der Heilungsprozess findet in diesen Momenten statt“; „Die Kraft unserer Hilfe liegt darin“. Zwei dieser Therapeuten meinten, dass eine solche Erfahrung nach die Voraussetzung für die therapeutische Arbeit darstelle: „Für mich ist dieser Moment der Begegnung sehr wesentlich, wahrscheinlich das Wesentlichste für den Beginn unserer Arbeit“; „Es ist auf jeden Fall wichtig, einander irgendwie zu begegnen, denn wenn man den Gefühlen des Anderen nicht nahe kommt, dann sind die Interventionen irgendwie rational und basieren nicht auf dem Erleben“.

Diese Aussagen deuten darauf hin, dass das Begegnungsphänomen als ein signifikantes oder kritisches Ereignis in der Psychotherapie, das für den Veränderungsprozess ausschlaggebend ist, klassifiziert werden könnte.

Manche Therapeuten erwähnten die ungewöhnliche Intensität dieser Erfahrung: „... es ist vielleicht sogar eine mystische Erfahrung“; „Es kann eine sehr intensive Erfahrung sein“; „Die Erfahrung ist für den Klienten so stark, dass er sie wieder hervorrufen möchte“. Einer der Befragten argumentiert die Intensität der Begegnungserfahrung damit, dass sie sogar dort auftreten könne, wo es eine große „Unähnlichkeit zwischen den Betroffenen“ gibt oder obwohl „die Teilnehmer sich in einem unterschiedlichen Zustand befinden, in einer unterschiedlichen Stimmung“. Dazu gab es noch ein weiteres Statement: „Es ist eigenartig, dass es in einer psychotherapeutischen Situation passiert, in der Leute einander gar nicht kennen“.

Es gibt einige andere Merkmale dieses Phänomens, die nur einzeln erwähnt wurden, die aber zur Vervollständigung des Bildes beitragen:

- Unterstützung, Bestätigung und Akzeptanz („Es geht auch darum, einander zu akzeptieren“; „Und es ist auch ein Moment der stärksten Unterstützung“; „Es ist erfüllend, nährend, unterstützend“) sowie auch um
- Eingeeengte Wahrnehmung („Es schien ein Trance-Zustand zu sein, wobei die Wahrnehmung eingeeengt ist“; „Sie sind nur für sich selbst da, sie reagieren nicht auf Anreize von außen, sagen wir, wenn jemand hustet, seinen Sessel verrückt oder irgend ein anderes kleines Geräusch – das hat nicht die Kraft, sie auseinander zu reißen. Es ist, als ob alles sich auf eine tiefere Erfahrung reduziert hätte.“)
- Erwünschtsein des Phänomens (Es hat auch ein bestimmtes dringendes Bedürfnis erfüllt, das ich in dem Moment spürte“; „Wer diesen Kontakt erlebt hat, möchte mehr davon“.)

- Manche Therapeuten erwähnten wiederholt, wie schwer es sei, diese Erfahrung zu reflektieren, beispielsweise: „Es ist sehr schwer, es mit Worten zu beschreiben“; „Ich glaube nicht, dass es möglich, wirklich über dieses Phänomen zu sprechen“; „Ein Mensch ist mehr drinnen als draußen, so dass es schwer ist, das Ganze zu sehen“; „Natürlich ist es schwerer, die Erfahrung von außen zu beschreiben als das von innen heraus zu tun“; „Es ist sehr schwer in Worte zu fassen“. Diese Aussagen unterstützen wieder den Gedanken, dass beim Begegnungsphänomen wenig kognitive Funktionen involviert sind. Dies warnt uns auch vor der Gefahr, das Phänomen vorschnell zu definieren.

Bedingungen für das Auftreten des Phänomens

Es gab eine starke Übereinstimmung zwischen den Therapeuten in der Frage, welche Bedingungen für das Auftreten des Phänomens ausschlaggebend sind. Die Schlüsselbedingung war für sie „die Haltung des Therapeuten“. Sie meinten zu diesem Thema etwa: „Es setzt eine große Offenheit für all das voraus. Ich meine, auf der Seite des Therapeuten, und es ist eine Offenheit im Sinne von sich auf den Anderen einzustimmen oder hilfreich zu sein“; „Ich denke, es bezieht sich auf Empathie, auf Wahrnehmung, darauf sich auf den Anderen einzustimmen“; „Was der Therapeut machen kann, ist, fortwährend eine Ich-Du-Haltung einzunehmen, eine große Bereitschaft für Nähe, die manchmal zu einer unmittelbaren Begegnungserfahrung führt“; „Wenn es passiert – dass ich imstande bin, in einem guten Kontakt mit dem, was der Klient sagt, zu sein, in Kontakt mit allem, was ihm passiert“; „Es ist so, als wäre ich wirklich da für sie. Ich wollte sie verstehen“.

Ich denke, die Haltung des Therapeuten stellt eine Verbindung zwischen dem Begegnungsphänomen und der therapeutischen Beziehung dar. Da die Begegnungserfahrung gegenseitig ist, es nicht ausreichend, wenn nur einer sich einseitig auf den Anderen einstimmt. Es muss aus einer zufrieden stellenden Beziehung (oder einem ebensolchen Arbeitsbündnis) zwischen Therapeut und Klient hervorgehen, die ihrerseits wiederum dadurch verstärkt wird. Die Befragten erwähnten diese Tatsache verschiedene Male: „Einerseits ist eine gute Beziehung eine Voraussetzung für dieses Phänomen und andererseits wird sie durch diese Erfahrung gestärkt“; „Wenn eine solche Erfahrung auftritt, dann hat das eine therapeutische Qualität, die bereits in der Beziehung vorhanden war“; „Die Beziehung muss immer eine gute Qualität haben“.

Der erste Teil der Befragung war der therapeutischen Beziehung gewidmet und zielte darauf ab, den Hintergrund, vor dem das Phänomen entsteht, zu beleuchten. Das Thema, das dabei am Hartnäckigsten immer wiederkehrte, war die generelle Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die therapeutische Arbeit. Es ist überraschend, dass ein einziger Untersuchungsteilnehmer der Beziehung nicht soviel Wert beimisst wie alle anderen, im Gegenteil,

er versteht sie als ein Nebenprodukt einer guten therapeutischen Arbeit. Es ist auch skeptisch in Bezug auf das Begegnungsphänomen selbst. Er warnt uns, in dieser Diskussion die Mittel und die Ziele nicht zu verwechseln: „Das würde ich als eine Methode betrachten, als etwas, das eigentlich ein Signal ist, dass die Therapie gut abläuft“. Diese Perspektive ruft die Frage hervor, ob diese Erfahrung wirklich etwas Einzigartiges darstellt oder ob es eine relativ übliche Erfahrung ist, die eben bei einer guten therapeutischen Arbeit entsteht. „Die eigenartige Spiritualität ... kommt dann retrospektiv, wir bringen sie im Nachhinein selbst hinein – ich meine, den Gedanken, dass das etwas ganz Besonderes ist“. Dieser Teilnehmer bietet eine andere Erklärung an: „Ich meine, die besondere Qualität bekommt das Ganze, da es uns nicht gelingt, genau zu beschreiben, was da zwischen den beteiligten Personen passiert; daher beginnen wir dem eine eigenartige Qualität zuzuschreiben“. Ich verstehe seine Aussage eher als eine Warnung, diesen Augenblicken keine mystische Bedeutung beizumessen. Auf jeden Fall stellt er die Existenz solcher Momente ungewohnter Nähe und Verstehens an sich nicht in Frage.

Bedingungen, die das Auftreten des Phänomens verhindern

Die Items, die zu dieser Kategorie gehören, beschreiben einfach das Gegenteil der vorher genannten Bedingungen: Nicht-eingestimmt-Sein, Nicht-Bereitschaft des Therapeuten, schlechte Beziehung oder schwaches Arbeitsbündnis. Außerdem gibt es ein paar andere damit zusammenhängende Themen wie: „

- Probleme des Therapeuten („Die Erfahrung wird durch die eigene Probleme des Therapeuten verhindert, wenn er etwas nicht gelöst hat, das die Beteiligten daran hindert, sich näher zu kommen.“)
- Betonung der sozialen Rolle des Therapeuten („Die Begegnungserfahrung kann meines Erachtens jedes Mal stattfinden, wenn die Menschen sich ohne die Last der sozialen Rollen begegnen“; „... nur dann, wenn es nicht darum geht, ob jemand eine bestimmte Position hat oder mehr weiß.“)
- Auf der Seite des Klienten sind es unterschiedliche Abwehrmechanismen, die eine Begegnungserfahrung verhindern können: „Wenn die Person mich irgendwie abhielt, mich nicht an sich rankommen ließ“. Zweimal wurde erwähnt, dass die Erfahrung nicht stattfindet, wenn man sich zu sehr bemüht, sie herbeizuführen: „Was verhindert sie? – sie zu wollen“; „Es ist unmöglich, so einen Begegnungsmoment absichtlich herbeizuführen, er kommt entweder von selbst oder gar nicht.“

Implikationen des Phänomens für die Psychotherapie

Die befragten Therapeuten betonten häufig, dass die Begegnungserfahrung ihnen hilft, dem Klienten gegenüber offener zu sein. Dem Klienten hingegen gibt sie mehr Mut, an seinen Problemen

weiterzuarbeiten, und sie unterstützt seine Selbsterforschung. „Sie unterstützt ihn dabei, sich für neue Entscheidungsmöglichkeiten zu öffnen.“ „Er ist offener, mutiger.“ „Er scheint lebendiger zu sein, oder zumindest spricht er davon.“ „Dass meine Haltung eine entspannende Wirkung auf sie hat und sie dazu bringt, sich mehr zu öffnen.“ „Es machte es ihr möglich, sich für einen bestimmten Bereich ihres Erlebens zu öffnen und das mehr oder weniger mit mir zu teilen im Laufe der Therapie.“ „In diesem Augenblick ist sie bereit, mehr über sich selbst zu erfahren.“ „Die Person stellt einen tiefen Kontakt zu sich selbst her.“

Ein weiterer Effekt der Begegnungserfahrung ist die Vertiefung der Beziehung zwischen den Beteiligten, welche von vier Teilnehmern erwähnt wurde: „In einer gewissen Phase entsteht eine starke Bindung“; „Es stärkt den Zusammenhalt und das Vertrauen in eine Gruppe“; „Allmählich entstand eine Art von Allianz, und erst danach konnte die Therapie beginnen“; „Du hast einen guten Kontakt zu dir selbst und zum Anderen“.

Das wichtigste Auswirkung dieses Phänomens liegt m. E. (neben dem schon beschriebenen Potenzial für therapeutische Veränderung), in der verstärkten Motivation der Beteiligten, weiter zu arbeiten. „Es ist etwas, das die Menschen zur Therapie zurückkommen lässt.“ „Manchmal bezeichne ich es als ein ‚Einfangen‘ des Klienten. Wenn es einem Therapeut gelingt, seinem Klienten auf diese Art zu begegnen, ist das eine Voraussetzung dafür, dass der Klient wiederkommt. Ich habe die Erfahrung, dass, wenn es nicht passiert, die Klienten nicht zurückkommen.“ „Die Erfahrung ist für den Klienten wirklich so stark, dass er sie wieder erleben oder zumindest darüber sprechen möchte.“ „Es ruft ein gewisses Gefühl der Zufriedenheit hervor, ein Glücksgefühl, dass es einfach funktioniert, sowie auch den Wunsch, das öfter zu erleben.“ Ein Befragter erklärt sehr gut, welche Motivation auch für den Therapeuten darin liegt: „Ich würde mich selbst verdächtigen, dass das eines der Motive ist, weshalb ich immer wieder aufs Neue eine Psychotherapie beginne“.

Äußerlich wahrnehmbare Ausdrucksformen des Phänomens

Aufgrund der Auswertung der Gespräche kam ich zu der Schlussfolgerung, dass es nicht wirklich prägnante Ausdrucksformen der Begegnungserfahrung gibt, die auch durch einen Beobachter deutlich wahrgenommen werden können. Dies belegen Formulierungen wie: „Äußerlich geschieht nicht sehr viel“; „Es ist nicht wirklich erkennbar“. Wahrgenommen wurden jedoch nonverbale Ausdrucksformen wie: „Es könnte im Gesichtsausdruck, auf der körperlichen Ebene ausgedrückt werden, es könnte auf jeden Fall im Augenkontakt und in der Körperhaltung wahrgenommen werden. Der Augenkontakt ist auf jeden Fall intensiver“; „Manchmal geschehen diese Augenblicke ohne Worte“.

Statt von deutlichen Ausdrucksformen dieses Phänomens sprechen die Therapeuten eher davon, dass ein Beobachter diese

Momente spüren könnte. *„Das könnte sehr wohl spürbar sein.“* *„Die vorhandene Energie gibt einem das Gefühl, dass die beiden in der Erfahrung verbunden sind.“* *„Ein empfindsamer Beobachter könnte diese Momente erkennen.“* In diesem Punkt können wir eine Parallele zu Elliotts (1983a) Kriterien für die Auswahl bedeutsamer Ereignisse im Psychotherapieprozess herstellen. Die Tatsache, dass mehr innerlich als äußerlich geschieht, erschwert die Position eines äußeren Betrachters. Um über solche Ereignisse reden zu können, bräuchte es genauere Erläuterungen der Beteiligten. Eines der vorgeschlagenen Kriterien lautet daher: Das Ereignis ist so persönlich und dermaßen in den vorhergehenden Interaktionen zwischen Klient und Therapeut eingebettet, dass es nicht erfasst werden kann, wenn Klient und Therapeut es nicht erklären.

Auftreten des Phänomens

Alle Untersuchungsteilnehmer waren sich über die Dauer einer Begegnungserfahrung einig. Sie meinten, dass diese Momente sehr kurz dauern. In den Gesprächen benützten sie Worte wie „eine Weile“, „Blitz“, „Minute“ oder „Momente“, um es zu beschreiben. *„Und es dauerte eine Weile, einige Momente wirklicher Nähe.“* *„Naja, es dauert nicht so lange, vielleicht eine Minute, ein paar Minuten.“* *„Normalerweise dauert es nur kurze Zeit.“* *„Es ist nur ein Moment, es dauert nur kurz.“* *„Es sind wirklich nur Momente.“* *„Manchmal kann es in nur einer halben Sekunde geschehen, wenn ich ein wenig übertreiben darf.“* *„Es dauert nie lang, denn das sind natürlich nur Augenblicke.“* *„Es dauerte nicht einmal eine Minute.“*

Eine solche zeitliche Beschränkung der Begegnungserfahrung unterstützt die Annahme, dass das Phänomen als ein Ereignis („event“) behandelt werden kann, das zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung vom therapeutischen Prozess getrennt werden kann. Natürlich muss der konkrete Kontext dabei immer berücksichtigt werden.

Weitgehend einig waren sich die Therapeuten auch darüber, dass das Phänomen oft auch außerhalb des psychotherapeutischen Settings vorkommt. Die Begegnungserfahrung ist nicht nur der Psychotherapie vorbehalten, sie tritt selbstverständlich auch in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen spontan auf. *„Das sind allgemeine menschliche Erfahrungen“*; *„Das ist eine Erfahrung, die dort möglich ist, wo eine gewisse Intimität herrscht“*; *„Diese Situationen kommen vor in Beziehungen zwischen Menschen, die sich nahe stehen, zum Beispiel zwischen Eltern und Kindern“*; *„Jeder, der mit Menschen arbeitet, weiß, worum es dabei geht“*; *„In jeder individuellen Beziehung wird diese Art von Verbindung in irgendeiner Form erlebt“*; *„Es ist nicht etwas, was nur in der therapeutischen Situation vorkommt. Wenn wir überhaupt zu so etwas imstande sind, dann kann es natürlich überall sonst passieren“*; *„Es ist im Grunde eine sehr übliche Erfahrung, die jederzeit und überall in unterschiedlichen Situationen passieren kann“*.

Das Thema wird sehr gut in der folgenden Aussage zusammengefasst: *„Wenn es nur der therapeutischen Beziehung vorbehalten wäre, dann wäre das sehr eigenartig. Jeder von uns trägt diese Fähigkeit sein ganzes Leben in sich, und es taucht ab und zu auf; ... und die Tatsache, dass es in der Psychotherapie genützt wird, ist ein Beleg dafür.“*

Ein anderes Ergebnis, das aus dem Auswertungsprozess gewonnen werden konnte, war, dass diese Erfahrungen sehr oft im therapeutischen Prozess auftreten könnten: Manche Therapeuten sagen, dass sie in gewisser Weise in jeder Sitzung vorkommen, zum Beispiel: *„Es gibt viele solcher Erfahrungen von Nähe in Gemeinschaften“*; *„Es kann in jeder einzelnen Sitzung geschehen“*; *„Es ist mehr oder weniger präsent in jeder Sitzung“*.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ich möchte betonen, dass die folgende Zusammenfassung keine Verallgemeinerung der Ergebnisse in Bezug auf die hier relevanten Populationen oder Situationen bezweckt. Es wurde ja nicht einmal die Untersuchungsgruppe mit einer solchen Absicht gebildet. Die hier angestellten Schlussfolgerungen sollen nur zum besseren Verständnis dieses bisher so wenig erforschten Phänomens dienen. Es sind vorläufige Hypothesen, die zudem nur von der Perspektive der Therapeuten abgeleitet wurden und die als Ausgangspunkt für weitere Forschungen in Bezug auf verschiedene oder größere Gruppen von Therapeuten und Klienten verwendet werden könnten.

- Das wesentliche Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass das Begegnungsphänomen in der Psychotherapie als ein signifikantes Ereignis im therapeutischen Prozess betrachtet werden kann, das sich eventuell sinnvollerweise für Untersuchungszwecke von der allgemeinen Interaktion zwischen Therapeut und Klient getrennt betrachten lässt.
- Die Methoden des semistrukturierten Interviews und der „Interpretativen Phänomenologischen Analyse“ haben sich als geeignete Techniken erwiesen, um die Begegnungserfahrung zu erfassen.
- Das Phänomen stellt ein Ereignis dar, das allgemein und mit unterschiedlicher Intensität von Menschen in nahen Beziehungen erlebt werden kann. Es wurden auch keine Unterschiede im Auftreten des Phänomens in Einzel- oder Gruppensettings festgestellt.
- Das Begegnungsphänomen in der Psychotherapie kann mit Hilfe der folgenden Merkmale beschrieben werden: Es besteht aus intensiven Momenten von kurzer Dauer, wo wechselseitig ein sehr naher Kontakt zur anderen Person (oder mit mehreren Personen im Fall einer Gruppenpsychotherapie) erlebt wird. Die Beteiligten sind sehr aufeinander eingestimmt und die Wahrnehmung der Umgebung kann eingeengt sein. Dieser Zustand geht merkbar mit Emotionen einher, die kognitiven Aspekte

treten hingegen in den Hintergrund. Deshalb ist es schwer, diese Momente zu reflektieren, und es ist möglich, dass manche Merkmale dem Geschehen erst im Nachhinein zugeschrieben werden. Abgesehen von der ungewöhnlichen Nähe haben die Therapeuten dabei ein einzigartiges Verstehen des Anderen betont.

- Die Begegnungserfahrung birgt, nach Meinung der Therapeuten, ein Potenzial für therapeutische Veränderung. Die Begegnungserfahrung kann entweder dazu beitragen oder sie überhaupt herbeiführen. Eine andere Implikation des Phänomens für die Psychotherapie besteht darin, dass es den Klienten ermutigt, an seinen Problemen weiter zu arbeiten. Es regt ihn an, sich zu öffnen. Das Phänomen stellt eine große Motivation für weitere Arbeit dar, sowohl für den Klienten als auch für den Therapeuten. Außerdem stärkt es ihr Arbeitsbündnis.
- Die notwendige Voraussetzung dafür, dass diese Erfahrung in einem psychotherapeutischen Setting, d. h. zwischen einander vorher unbekanntem Menschen stattfindet, kann in der Haltung des Therapeuten und seiner Bereitschaft, sich auf einen solch intensiven Kontakt einzulassen, gesehen werden. Begegnung ist eine gegenseitige Erfahrung, die aus einer zufriedenstellenden Beziehung oder einem eben solchen Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Klient hervorgeht. Solche Momente treten spontan auf und können nicht willentlich herbeigeführt werden. Die Betonung sozialer Rollen, ungelöste Probleme auf der Seite des Therapeuten sowie Abwehrmechanismen auf der Seite des Klienten können diese Momente verhindern.
- Die Therapeuten in dieser Studie räumen ein, dass ein außenstehender Beobachter diese Momente in einer therapeutischen Sitzung erkennen könnte. Aber es ist eher möglich, sie zu spüren, als sie in äußeren Ausdrucksformen zu beobachten. Um zu verstehen, was sich zwischen Therapeut und Klient abspielt, müssen wir sie zuallererst selbst fragen.

Diskussion

Auch wenn wir heute wissen, dass Psychotherapie wirksam ist, haben wir noch keine vollständige Klarheit darüber, wie sie wirkt. Die Forschungsergebnisse haben keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen einzelnen psychotherapeutischen Ansätzen aufgezeigt, obwohl diese eindeutig unterschiedliche Inhalte aufweisen. Die Ziele der Forschung haben sich deshalb verschoben – sei es um dieses Ergebnis zu bestätigen oder es zu widerlegen. Man hat sich vom Vergleich der verschiedenen Schulen abgewandt und konzentriert sich nun auf den therapeutischen Prozess und auf die sogenannten allgemeinen Wirkfaktoren (insbesondere auf das therapeutische Arbeitsbündnis). Das kürzlich formulierte Paradigma der Significant Events in der Psychotherapie folgt diesem Trend. Diesem Paradigma zufolge könnte die Untersuchung solcher

Stellen im therapeutischen Prozess uns zu verstehen helfen, wann und wie Psychotherapie wirksam wird. Und das könnte Therapeuten helfen, Momente zu erkennen und zu nutzen, in welchen ihre Klienten am ehesten für eine günstige psychologische Veränderung offen sind.

Diese Untersuchung unterstützt die Annahme, dass das Begegnungsphänomen in diesem Sinne als ein *signifikantes Ereignis in der Psychotherapie* und somit als einer der allgemeinen Wirkfaktoren betrachtet werden kann. Es handelt sich dabei um ein Phänomen, das ebenso wie Dimensionen Zeit und Qualität von der gesamten Interaktion zwischen Klient und Therapeut abstrahiert werden kann und es entspricht den von Elliott (1983a) vorgeschlagenen Kriterien für die Selektion solcher Ereignisse. Dennoch repräsentiert das Phänomen keine Intervention. Es handelt sich nicht um eine Technik, die zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Art und Weise angewendet werden könnte, und ironischerweise verhindert gerade das Bemühen, es herbeizuführen, dass es dazu kommt. Die Erfahrung geht aus der gesamten Qualität der Beziehung oder des Arbeitsbündnisses hervor, sie hängt ab vom Ausmaß der erlebten Sicherheit, des Vertrauens, der Akzeptanz, der Präsenz und an allererster Stelle von der Bereitschaft des Therapeuten, sich auf eine so intensive Beziehung einzulassen.

Auch wenn die weitere Erforschung der Begegnungserfahrung sehr wahrscheinlich nicht zur Kreation einer neuen therapeutischen Technik oder zur Verbesserung von bestehenden Techniken führen wird, so glaube ich doch, dass es wertvoll wäre, damit fortzufahren. Ein besseres Verständnis dieses Phänomens könnte dazu führen, dass wir es bewusster herbeizuführen versuchen, oder zumindest könnte es uns helfen, dem Phänomen keine Hindernisse in den Weg zu stellen. Es kann uns auch dabei helfen, eine gewisse Angst zu überwinden, denn es könnte manchen Therapeuten zu bedrohlich erscheinen, sich auf eine solch intensive Beziehung einzulassen, wobei man die Kontrolle über die Situation verliert und der Möglichkeit, selbst eine Veränderung zu erleben, ausgesetzt ist.

Ein weiterer Beitrag dieser Untersuchung liegt meines Erachtens in der Tatsache, dass sie sich mit einem Bereich beschäftigt, der praktizierenden Therapeuten sehr nahe steht. Es kann uns zu klinisch relevanten Ergebnissen verhelfen und damit Therapieforschung und -praxis wieder ein Stück zusammenführen. Ein guter Weg, das zu erreichen, besteht laut Beutler et al. (1995) darin, Forschungsfragen in der Diskussion mit praktizierenden Therapeuten zu entwickeln.

Am Anfang dieser Untersuchung stellte ich mir selbst die Frage, ob und zu welchem Preis es möglich ist, dieses Phänomen empirisch zu erfassen. Ich kam zum Schluss, dass dies mittels der qualitativen Methode (konkret das semistrukturierte Interviews und die IPA) möglich sein könnte. Als ich am Ende die Schlußfolgerungen zusammenfasste, fiel mir ein, dass ich im Grunde dabei war, Merkmale zu formulieren, die im Kontext der Psychotherapie selbstverständlich erscheinen wie etwa Nähe, Verstehen u. a. m. Aber die Begeg-

nungserfahrung selbst ist weit davon entfernt, selbstverständlich zu sein! Es scheint, dass der Preis für eine empirische Annäherung an dieses Phänomen und für die Erfassung seiner einzelnen Merkmale darin besteht, dass dessen Einzigartigkeit und Intensität dabei verloren gehen. Vertreter der Dialogischen Psychotherapie erklären, mit Bezug auf Bubers Philosophie, dass die Ich-Du-Erfahrung verschwindet und sich gerade in dem Moment, in dem wir beginnen, sie intellektuell zu interpretieren, in eine Ich-Es-Erfahrung verwandelt. Diese Augenblicke gegenseitigen Teilens scheinen über Worte hinauszugehen und sie lassen sich kaum in Worte fassen, was auch die befragten Therapeuten betonten.

Mit dieser Untersuchung haben wir eine gute, wenn auch definitiv nicht erschöpfende Beschreibung des Phänomens aus der therapeutischen Perspektive erhalten. Damit wir ein vollständigeres und lebendiges Bild davon bekommen, müssen wir es auf jeden Fall auch aus der Perspektive des Klienten betrachten. Es ist bekannt, dass die Bedeutung des Prozesses aus der Perspektive des Klienten nicht dieselbe ist (auch wenn hier natürlich Zusammenhänge bestehen) wie aus der Sicht des Therapeuten (vgl. Dill-Standiford et al., 1988; Horvath, 2000; Hilliard et al., 2000). Aber gleichzeitig ist gerade die Sichtweise des Klienten vom therapeutischen Prozess wesentlich, um verstehen zu lernen, wie psychologische Unterstützung wirkt. Deshalb ist eine Forschung, die sich an der Sicht des Klienten orientiert, der nächste logische Schritt auf diesem Weg. Aus dem, was wir aus den Interviews wissen, ist die dritte mögliche Perspektive – jene des äußeren Beobachters – wohl weniger hilfreich für die Erforschung dieses Phänomens, da ein signifikanter Teil davon für diesen immer verborgen bleiben wird.

Literatur

- Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J., Entwistle, S. R. (1995). Bridging Scientist and Practitioner Perspectives in Clinical Psychology. *American Psychologist*, 50(12), 984–994.
- Dill-Standiford, T. J., Stiles, W. B., Rorer, L. G. (1988). Counselor-client agreement on session impact. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 47–55.
- Elliott, R. (1983a). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47–55.
- Elliott, R. (1983b). „That in your hands“: A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy. *Psychiatry*, 46, 113–129.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307–322.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 319–324.
- Frank, J. D. (1981). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey, M. M. Parks (Eds). *The Master Lecture Series, Vol. 1. Psychotherapy Research and Behavioral Change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Garfield, S. L. (Ed.). (1983). Special section: Meta-analysis and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 3–75.
- Heard, W. (1993). *The Healing Between: A Clinical Guide to Dialogical Psychotherapy*. New York: Jossey-Bass.
- Hilliard, R. B., Strupp, H. H., Henry, W. P. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 125–133.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 163–173.
- Hycner, R., Jacobs, L. (1993). *The Healing Relationship in Gestalt Therapy*. New York: The Gestalt Journal Press.
- IPA Website (2003). <http://www.psyc.bbk.ac.uk/ipa/> (30.09.2003)
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that „Everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1007.
- Pernicka, M. (2002). *Fenomen setkání v psychoterapii [Das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie]*. Unpublished dissertation, Faculty of Arts, Masaryk University, Brno.
- Rice, L. N., Greenberg, L.S. (1984). The new research paradigm. In L. N. Rice, L. S. Greenberg (Eds). *Patterns of change*. New York: Guilford.
- Rogers, C. R. (1982). Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung (translated by G. W. Speierer). *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1(1), 75–77.
- dos Santos, A. (1999, October). Miracle Moments – The Nodal Points of Presence. Paper presented at the conference „The Quality of Presence“, Bratislava, Slovak Republic.
- Shapiro, D. A., Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581–604.
- Smith, J. A., Jarman, M., Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. In M. Murray, K. Chamberlain (Eds). *Qualitative health psychology*. Sage.
- Vymětal, J. (2001). Svuj život mohu zít svobodně. In J. Hucin, *Hovory o psychoterapii: pece o duši současného člověka*. Praha: Portal.

Autor

Michal Pernicka, PhD, Studium der Klinischen Psychologie an der Masaryk Universität Brno (Brünn), arbeitet in einer klinischen Gemeinschaft für Drogenabhängige, absolviert dzt. eine Ausbildung in Gestalttherapie

Korrespondenzadresse

Mgr. Michal Pernicka,
Department of Psychology
Faculty of Arts, Masaryk University
A. Novaka 1
602 00 Brno
E-Mail: michalpernicka@seznam.cz

Jan Vymětal

Geschichte, gegenwärtige Situation und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes in Tschechien

Zusammenfassung: Die Psychotherapie hat in der Tschechischen Republik eine relativ reiche Tradition, die auch während der Zeit der Totalitarität erhalten und weiterentwickelt wurde und zwar auf offiziellem Niveau wie auf dem der so genannten „Parallelstrukturen“. Die gegenwärtige psychotherapeutische Szene in der Tschechischen Republik ist vielfältig und vielseitig. Die Personzentrierte Psychotherapie wird als vollwertiger psychotherapeutischer Ansatz angesehen und wird in ausreichendem Ausmaß von den Krankenversicherungen bezahlt. Ihre Anfänge bei uns sind schon zu Beginn der 60-er Jahre des 20. Jahrhunderts anzusiedeln. In der Gegenwart arbeiten in der Tschechischen Republik zwei PCA-Institute – eines in Prag und eines in Brünn. Die Forschungsarbeit ist eher gering und wird an Universitäten durchgeführt. Der Autor stellt sich kritisch zur Vermarktung der Ausbildung und zur Überorganisiertheit der rogerianischen Bewegung.

Schlüsselwörter: Differenzierung und Integration, Persönlichkeit des Psychotherapeuten, Psychotherapieforschung, therapeutische Gemeinschaft, tschechische Psychotherapie

Abstract: The history, current situation and future of the person centered approach in the Czech Republic. Psychotherapy has a relatively rich tradition in the Czech Republic. This tradition was maintained and further developed during totalitarian times even, in fact, at official levels as well as at the levels of so-called „parallel structures“. The contemporary psychotherapeutic scene in the Czech Republic is diverse and varied. Person centred psychotherapy is recognised as completely valid and is sufficiently financed by the medical insurance system. The roots of the tradition can be identified already at the beginning of the 1960's. Currently two PCA Institutions work in the Czech Republic – one in Prague and one in Brno. Research efforts are rather limited and are conducted in the universities. The author takes a critical stance regarding the marketing of the training program and the „overly organised“ nature of the Rogerian movement.

Key words: Differentiation and integration, personality of the psychotherapist, research in psychotherapy, therapeutic community, Czechish psychotherapy

Ich möchte der Redaktion der Zeitschrift PERSON dafür danken, dass ich in Form eines Beitrags zum Gespräch und Meinungsaustausch eingeladen wurde. Meinungsaustausch und Gespräch sind die wichtigsten Faktoren, mit denen wir unser Fachgebiet Psychotherapie theoretisch erweitern und auch praktisch durchführen. Ich denke, dass man aus dieser Sicht auch den Begriff Gesprächspsychotherapie berechtigt finden kann. Die Gesprächspsychotherapie wurde mir direkt „an der Quelle“ näher bekannt, als ich während eines Studienaufenthalts 1968/69 an der Hamburger Universität bei R. Tausch war. Das Studium in Hamburg war für mich natürlich eine Art von „psychotherapeutischem Imprinting“, das von zwei hier wirkenden bedeutenden Theoretikern der Psychologie österreichischer Herkunft P. R. Hofstätter und K. Pawlik und dem deutschen Philosophen und Physiker C. F. von Weizsäcker beeinflusst wurde. Im Rückblick und mit dem Abstand von mehr als 30 Jahren kann ich diese Einflüsse so zusammenfassen: Hofstätters empirische Psychologie bereichert um philosophische (und etymologische) Erfahrung,

Pawliks Betonung des quantitativen Ansatzes in der Psychologie, sowie Weizsäckers „Kritik der Wissenschaft“, an die ich mich einige Jahre später beim Studium von E. Husserl erinnert habe. Diese Einflüsse waren geeignete und inspirierende Ergänzungen meines Hauptinteresses – der Gesprächspsychotherapie nach Rogers, so, wie sie mir durch R. Tausch vermittelt wurde. Seine Bewertung von empirischer Forschung und die Offenheit für wissenschaftliche Erkenntnisse anderer psychologischer und nichtpsychologischer Fachrichtungen halte ich auch heute für anstrengenswert.

Die vorangehenden Zeilen verstehe ich nicht nur als Einleitung, sondern auch als „Warnung“ vor dem folgenden Text.

Für wichtig halte ich weiters auch den Ort, von dem aus ich über die Gesprächspsychotherapie nachdenke. Prag und das Gebiet der heutigen Tschechischen Republik (historisch Böhmen, Mähren und Schlesien) hatten seit jeher eine enge Beziehung zu den deutschsprachigen Gebieten in Mitteleuropa. Ich möchte daran erinnern, dass wir 300 Jahre im Staat Österreich-Ungarn gelebt haben. In

Prag gab es bis 1939 zwei Universitäten – eine tschechische und eine deutsche. Gerade diesen Punkt möchte ich betonen, weil beide Universitäten einen Platz für gemeinsame wissenschaftliche Arbeit, Studium, gegenseitige Beeinflussung und auch Konkurrenz und Konflikte zwischen tschechischen, deutschen und jüdischen Elementen boten. Wie ich von Zeitzeugen gehört habe, dienten sie als Sprungbrett für das Studium in Wien oder München und umgekehrt kamen Studenten und Professoren von diesen Universitäten zu uns nach Prag. Gelehrt und geforscht haben hier u. a. Ch. von Ehrenfels, A. Einstein, E. Mach, A. Pick, J. E. Purkyně und C. Stumpf. Die Universitätsstädte München, Prag und Wien bildeten die Eckpunkte eines Dreiecks, in dem ein gemeinsames wissenschaftliches und kulturelles Leben blühte. Als direkte Folge des Zweiten Weltkrieges wurde die spätere Tschechoslowakei bis 1989 ein Teil der sowjetischen Machtsphäre. Es ist sicher überflüssig, näher zu beschreiben, was es bedeutet hat, Teil der Ostblockländer zu sein. Auf der anderen Seite führte das Leben unter stark einschränkenden Bedingungen auch zu vermehrter Qualität – erinnern wir uns an die Redewendung von den Oliven, die ihr Bestes erst unter Druck von sich geben.

Ich will damit auch andeuten, dass die politischen Veränderungen der Machtverhältnisse die Länder in Mitteleuropa, die kulturell zueinander gehören, voneinander weggerückt und zuletzt auch wieder angenähert haben. Nun leben wir in einer guten Zeit, in der uns nichts im Weg steht, an das Positive anzuknüpfen und wieder zusammen zu leben. Auch deshalb gehört mein aufrichtiger Dank der Redaktion der Zeitschrift PERSON dafür, dass sie diesen Erfahrungsaustausch veranlasst hat.

Der Personzentrierte Ansatz hat sich bei uns von Anfang an im Rahmen der klinischen Praxis in Form von Psychotherapie und psychologischer Beratung entwickelt. Erst nach der Wende im Jahr 1989 machte man erste Versuche, diesen Ansatz im Schulwesen (Kindergarten), im Management und allgemein bei der Optimierung von Kommunikation oder in der Psychohygiene bei starker beruflicher Belastung anzuwenden. Für den Personzentrierten Ansatz in Tschechien ist jedoch die klinische Applikation typisch, weshalb ich mich auch in diesem Artikel hauptsächlich der Psychotherapie widmen werde.

Ich berichte zuerst kurz über die Geschichte der Psychotherapie insgesamt in der Tschechischen Republik, dann über den gegenwärtigen Stand der Personzentrierten Psychotherapie und zum Schluss möchte ich einige Überlegungen über die mögliche Zukunft der Gesprächspsychotherapie bei uns und in Ostmitteleuropa anstellen.

Aus der Geschichte der Psychotherapie in den böhmisch-tschechischen Ländern

Die gegenwärtige Lage der Personzentrierten Psychotherapie bei uns ergibt sich aus der bisherigen Entwicklung der Psychotherapie und aus der gesellschaftlichen Situation hierzulande. Diese Kon-

tinuität wie auch die zeitliche Bedingtheit sind meines Erachtens dermaßen wichtig, dass ich in aller Kürze die Geschichte der Entwicklung der Psychotherapie bei uns skizzieren möchte.

Die Anfänge der Psychotherapie bei uns fallen in den Beginn des letzten Jahrhunderts und sind ähnlich wie in anderen europäischen Ländern verlaufen. Am Anfang stand die praxisorientierte Tätigkeit von Ärzten¹, es wurden suggestive Methoden und kognitiv-rationale Verfahren angewandt. Man sollte dabei auch nicht die tägliche Seelsorge der Geistlichen vergessen. Gleichzeitig wurde auch die Psychoanalyse gepflegt und weiterentwickelt.

Die Anfänge der tschechischen Psychotherapie sind mit den Namen der Neuropsychiater J. Šimsa (1865–1945), J. Stuchlík (1890–1967) und der Psychoanalytiker N. I. Osipov (1877–1934) und O. Fenichel (1879–1946) verbunden. Es ist nicht uninteressant, dass die psychoanalytische Bewegung stark unter zwei Einflüssen stand – dem deutschen und dem russischen, bedingt durch die Tatsache, dass in der Tschechoslowakei viele russische Ärzte und Intellektuelle (nach dem Jahr 1918), ebenso wie deutsche Gebildete (nach dem Jahr 1933) ihre Zuflucht und z. T. eine neue Heimat gefunden haben. Kurz vor dem Ausbruch des Zweiten Weltkrieges ist Prag für kurze Zeit zu einem der Hauptzentren der psychoanalytischen Bewegung geworden.

Nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges gelangte unsere Republik in die sowjetische Sphäre und unter den unmittelbaren Einfluss dieser Großmacht. Die Psychotherapie wurde aus ideologischen Gründen in Frage gestellt und existierte de facto zum Teil illegal und relativ isoliert von der Entwicklung der Psychotherapie in der restlichen Welt. Sie baute daher vor allem auf eigenen Fundamenten und der Zusammenarbeit mit einigen Ostblockstaaten (vor allem Polen, später auch die ehemalige DDR) auf. Trotz dieser Situation entstanden einige interessante stationäre psychotherapeutische Einrichtungen im Rahmen psychiatrischer Dienste. In Böhmen – konkret in Prag – waren es autonome Teile der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität wie die Abteilung gegen Alkoholabhängigkeit (J. Skála) und die Einrichtung für Neurosen- und Persönlichkeitsstörungstherapie (M. Hausner) – hier wurden zur Therapie mit Erfolg auch Halluzinogene benutzt. Von den Einrichtungen in Mähren möchte ich die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Fakultät der Universität Brunn und ihre Psychotherapeutische Abteilung (M. Bouchal) und die Psychiatrische Heilanstalt in Kroměříž und ihre Abteilung für Neurosen- und Persönlichkeitsstörungstherapie (S. Kratochvíl) erwähnen. Schwerpunkte der Arbeit in allen angeführten Einrichtungen waren die psychotherapeutische Gemeinschaft (der gesamten Institution) und die Gruppenpsychotherapie.

1 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Ich möchte darauf hinweisen, dass in den 70-er und 80-er Jahren des 20. Jahrhunderts die psychotherapeutische Bewegung auch eine Rolle in den sogenannten „parallelen Strukturen“ der damaligen Tschechoslowakei und teilweise auch direkt in der Dissidentenbewegung gespielt hat. Der bedeutende tschechische Philosoph und Schüler von E. Husserl, J. Patočka (1907–1977), der erster Sprecher der Charta 77 war und nach schwer ertragbaren Verhören der Staatssicherheit gestorben ist, hat sich theoretisch mit Psychotherapie im Zusammenhang mit der phänomenologischen Psychologie und Philosophie befasst. Sehr bekannt waren seine Vorträge und Seminare über phänomenologische Psychologie und Philosophie, wo er sich philosophisch auch der Daseinsanalyse gewidmet hat. Zwei seiner Bücher, die jedoch keinen direkten Bezug zur Psychotherapie haben, wurden auch ins Deutsche übersetzt (Patočka, 1988; 1990). Interessant ist auch, dass er die Meinungen unseres ehemaligen Präsidenten V. Havel, der selbst mit Psychotherapeuten und Psychotherapie im nahen Kontakt stand, stark beeinflusst hat.

Erwähnenswert sind zwei psychotherapeutische Samizdat-Editionen: Die „Edition des psychotherapeutischen Telefondienstes“ (Kosmonosy), in der auch eine verkürzte Übersetzung der Gesprächspsychotherapie von R. Tausch (1976) erschienen ist, und die „Psychotherapeutischen Blätter“ (Praha), wo man auch Übersetzungen von Texten der Autoren C. R. Rogers (Vymětal, 1979; Rogers, 1990), J. Helm und des Ehepaars Tausch (Vymětal, 1979) findet. Die Edition von Kosmonosy erschien von 1975 bis 1984, als die Herausgabe verboten wurde. In dieser Edition erschienen 33 psychotherapeutische Publikationen (Arbeiten tschechischer Autoren und Übersetzungen). Die „Psychotherapeutischen Blätter“ erschienen in den Jahren 1979–1992 insgesamt 54 Bänden. Beide Editionen wurden mit sehr einfachen Mitteln hergestellt, wobei auch Patienten der Psychiatrischen Anstalt Kosmonosy im Rahmen der Arbeitstherapie beteiligt waren.

Seit Ende der 60-er Jahre entwickelte sich im Rahmen der „Parallelstrukturen“ ein mehrjähriges Ausbildungsprogramm – als Zweig einer sich formierenden tschechischen psychotherapeutischen Schule. Diese entwickelte sich Schritt für Schritt, unter komplizierten Bedingungen und ist durch eine interpersonale dynamische Auffassung, die alles integriert, was sich in der Praxis bewährt hat, charakterisiert. Es ging nicht um einen bloßen Eklektizismus, sondern um ein theoretisch-synthetisches Konzept, in welchem theoretische und praxisorientierte Erkenntnisse aller psychotherapeutischen Schulen ausgewertet wurden. Der Wert dieses Konzepts zeigt sich in psychotherapeutischen Programmen, die an mehreren psychiatrischen Kliniken und Abteilungen bis jetzt laufen und von denen manche von der Idee der psychotherapeutischen Gemeinschaft geleitet werden. Eine wichtige Stellung, was das Verständnis der psychotherapeutischen Beziehung und der psychotherapeutischen Atmosphäre betrifft, nehmen dabei die Grundsätze der Personzentrierten Psychotherapie ein.

Im Jahr 1977, in dem auch die Charta 77 als Antwort auf den Marasmus der Zeit entstanden ist, wurde in Prag das „Kabinett der Psychotherapie“ von J. Skála gegründet, dessen Mitglied auch der Autor dieses Beitrages war. Nach zwei Jahren haben wir diese Gruppierung aus Sicherheitsgründen formal in der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag aufgehen lassen. Das Kabinett der Psychotherapie befasste sich vor allem mit der Theorie der Psychotherapie und organisierte eine Reihe von Bildungsaktivitäten und Supervisionen. Die Tätigkeit wurde nach der Wende beendet und es bildete sich das selbständige Institut der Psychotherapie, das im Zusammenhang mit der privaten Prager Psychotherapeutischen Fakultät und der privaten (vom Ministerium für Schulwesen akkreditierten) Psychosozialen Hochschule entstand. Hier wird vor allem Ausbildung in Psychotherapie durchgeführt. Beide Institutionen arbeiten eng zusammen und prosperieren gut.

In den ersten Jahren nach der Wende im Jahr 1989 war ziemlich alles möglich, auch im Bereich der Psychotherapie. Man sprach vom „Chaos nach der Revolution“. Nach und nach bildete man Regeln für die Ausbildung und Durchführung von Psychotherapie (Akkreditierung von Bildungsanstalten, Bedingungen für eine psychotherapeutische Lizenz, Verträge mit Krankenversicherungen usw.). Zur Zeit ist unsere Situation am ehesten der in Österreich und der Slowakei vergleichbar, doch wir haben kein Psychotherapie-Gesetz und keine Psychotherapeuten-Kammer. Psychotherapie (Kinder und Erwachsene) inklusive Familientherapie wird den Klienten in einem breiten Ausmaß von der Versicherung bezahlt, doch es fehlen Psychotherapeuten, die bereit wären, sie im Rahmen des staatlichen Gesundheitswesens zu leisten, da die Honorare in der Privatpraxis wesentlich höher sind.

Im Jahr 1993 teilte sich die Tschechoslowakei in zwei selbstständige Staaten auf – die Tschechische und die Slowakische Republik. Zwischen den Psychotherapeuten beider Staaten bestehen gute Kontakte. Die tschechischen Psychotherapeuten sind in der neugegründeten Tschechischen Gesellschaft für Psychotherapie der „Tschechischen Medizinischen Gesellschaft Jan Evangelista Purkyně“ organisiert – sie hat über 700 Mitglieder. Nach und nach entstehen spezialisierte Institute, z. B. für den Personzentrierten Ansatz, den psychoanalytischen Ansatz, für Gestaltpsychotherapie oder das Institut für integrative Psychotherapie etc. Psychotherapie wird an den Universitäten gelehrt und ist auch Bestandteil der Fortbildung der Ärzte und der Psychologen.

Die psychotherapeutische Szene in der Tschechischen Republik ist vielfältig und wir registrieren eine deutliche Emanzipation der Psychotherapeuten, die außerhalb des staatlichen Gesundheitswesens arbeiten. Auch bei uns wurde der Prozess der Zertifizierung nach ECP-Normen (European Certificate of Psychotherapy) angefangen. Es freut mich festzustellen, dass die Situation der Psychotherapie in der Tschechischen Republik also auf vergleichbarem Niveau mit den deutschsprachigen Ländern ist.

Zum Schluss dieses Abrisses erlaube ich mir, einige Konsequenzen zu formulieren, die sich m. E. aus der Entwicklung und Praxis der Psychotherapie in der Tschechischen Republik ergeben.

„Man kann bei Klienten auf verschiedenen psychotherapeutischen Wegen (Ansätze, Strategien, Techniken) ähnliche bis gleiche Ergebnisse (Verminderung oder Verschwinden von gesundheitlichen Beschwerden, höhere Lebenszufriedenheit – modern gesagt höhere Lebensqualität) erzielen.

„Es lassen sich mit höherer Wahrscheinlichkeit bessere (und langfristige) Therapieerfolge bei einer guten Kombination verschiedener Ansätze aufgrund differenzierter Indikation und Erreichbarkeit der Klienten erzielen. Gleichzeitig ist es nötig, Klienten langfristig zu betreuen und eventuell ergänzende Therapien anzubieten.

„Mit Hilfe der Psychotherapie (und allgemein jeder „sprechenden Medizin“) senken wir den Bedarf an Psychopharmaka und auch an weiteren diagnostischen und heilenden Verfahren.

„Das psychotherapeutische Potenzial des mittleren Personals könnte in einem viel breiteren Ausmaß genutzt werden (in Tschechien beenden die Krankenschwestern und Pfleger ihre Ausbildung mit Matura!). Leider wird in den letzten Jahren dieser Vorteil kaum genutzt, weil psychotherapeutische Arbeit von Schwestern und Krankenpflegern nicht von der Krankenversicherung bezahlt wird.

„Zu den wichtigsten Charakteristika der Persönlichkeit eines Psychotherapeuten sollte innere Stabilität gehören. Diese kann er durch gründliche Eigentherapie erreichen. Erst dann kann er empathisch sein, den Klienten bedingungslos akzeptieren und, wenn nötig, für den anderen authentisch sein.

Der Personzentrierte Ansatz in Tschechien

Zur Zeit wird die rogerianische Psychotherapie bei uns als vollwertiger psychotherapeutischer Ansatz angesehen und wird den Klienten in ausreichendem Ausmaß von der Krankenversicherung bezahlt. Sie wird natürlich auch im Rahmen der Privatpraxen gegen direkte Bezahlung durchgeführt.

Mit dem Personzentrierten Ansatz werden Studenten der Psychologie, Medizin und teilweise auch der Theologie vor allem an den Universitäten in Prag (K. Hájek, I. Hanušová, V. Junková, J. Vymětal) und in Brünn (L. Nykl) bekanntgemacht. Postgraduale Weiterbildung und das „Gesellschaftsleben“ (d. h. weniger wissenschaftliche Tätigkeit) wird von zwei rogerianischen Instituten mit dem Sitz in Prag und Brünn betreut. Von der neuesten wissenschaftlichen Tätigkeit möchte ich die Internationale Konferenz zum Thema „Stärke der Persönlichkeitsänderung im Kontext des PCA“, die im August 2003 in Brünn stattgefunden hat (Organisator war O. Tezge) erwähnen.

Soviel als Einleitung zu der folgenden Skizze der Geschichte und der gegenwärtigen Situation der Personzentrierten Psychotherapie in unserer Republik.

Erste Ansätze dieser Psychotherapie sind bei uns schon bei der ersten Nachkriegsgeneration der klinischen Psychologen zu finden. Schon Ende der 50-er Jahre standen die Prager klinischen Psychologen R. Bursík und L. Kubička in schriftlichem Kontakt mit C. R. Rogers, der sie mit einschlägiger Fachliteratur und psychotherapeutischen Tonaufnahmen (damals noch auf Schallplatten) versorgte. Die Übernahme und Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie geschah damals aufgrund eines spontanen Interesses und in Form eines autodidaktischen Kollegiums. Ab Mitte der 60-er Jahre wurde Klientenzentrierte Psychotherapie am Lehrstuhl für Psychologie an der Philosophischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag regelmäßig von R. Bursík gelesen und als Student der Psychologie hörte ich hier das erste Mal von diesem Ansatz.

Wie schon erwähnt, studierte ich Ende der 60-er Jahre an der Hamburger Universität bei R. Tausch klinische und pädagogische Psychologie und spezialisierte mich insbesondere in Gesprächspsychotherapie. Nach der Rückkehr in die damalige Tschechoslowakei bemühte ich mich, die fachkundige Öffentlichkeit mit meinen Erfahrungen und Erkenntnissen bekanntzumachen. Nach und nach hat sich dieser Ansatz in der Psychotherapieausbildung im Rahmen der „Parallelstrukturen“ etabliert (vielleicht auch im Sinne von Rogers' „subversiver Wissenschaft“), denn das klientenzentrierte Beziehungsangebot wird auch in der allgemeinen tschechischen psychotherapeutischen Schule für fundamental gehalten, weil es die notwendige psychotherapeutische Atmosphäre schafft.

Ich erinnere mich gerne an die Zusammenarbeit (samt wechselseitigen Arbeitsaufenthalten) mit dem Vorstand der Psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig, K. Weise, dem Gesprächspsychotherapie nahe war und der an der Leipziger Psychiatrieklinik ein komplexes therapeutisches und rehabilitierendes System eingeführt hat, in dem auch Psychotiker behandelt wurden. Die psychiatrische Klinik wurde als therapeutische Gemeinschaft im Sinne sozialer Psychiatrie und des rogerianischen Ansatzes geführt. Ähnlich arbeiteten wir auch an der psychiatrischen Abteilung in Sadská bei Nymburk, wo wir zur Therapie auch Halluzinogene benutzt haben, was für K. Weise und seine Mitarbeiter von großem Interesse war. Die Zusammenarbeit bestand vom Beginn der 70-er Jahre an und beinhaltete auch gemeinsame Forschung über die soziale Distanz bzw. Nähe zwischen den Patienten, ihren Verwandten und den Angestellten der psychiatrischen Anstalt mit Hilfe des semantischen Differenzials. Leider habe ich den Forschungsbericht nicht mehr zur Verfügung.

Die erste Ausbildung in Gesprächspsychotherapie wurde von mir Anfang der 80-er Jahre durchgeführt. Sie umfasste Selbsterfahrungsgruppen und anschließend Supervision der eigenen therapeutischen Arbeit. An der Ausbildung haben vor allem Psychiater und klinische Psychologen teilgenommen. Der Schwerpunkt der Ausbildung lag in der Schulung der Selbstexploration, im Einüben der basalen psychotherapeutischen Fähigkeiten sowie in der eigenen Erfahrung eines psychotherapeutischen Prozesses.

In den späteren Jahren (noch vor der Wende) organisierten wir Wochenkurse des „psychologischen Ansatzes bei der Arbeit mit Kranken und deren Familien“ für interessierte praktische Ärzte im Rahmen der postgradualen Ausbildung. Diese Kurse wurden im Sinn des Personzentrierten Ansatzes geführt. Erfahrungen aus diesen Treffen inspirierten mich später bei der Gestaltung von Ausbildungsprogrammen für medizinische Psychologie und Psychotherapie an der 1. Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag. Jedes Jahr beenden hier etwa 300 Leute das Medizinstudium, die mit dem Personzentrierten Ansatz zumindest in Kontakt gekommen sind. Die zukünftigen Ärzte wissen, dass geäußerte Empathie und Akzeptanz des Patienten wünschenswerte psychologische Charakteristika und Fähigkeiten des Arztes in der Praxis sind. Diejenigen Studenten, die sich mehr um Psychotherapie interessieren, können in den höheren Jahrgängen des Studiums das Wahlfach Psychotherapie (2 Stunden Theorie und 2 Stunden autogonistische und psychohygienische Praktika pro Woche in 2 Semestern) besuchen. Die Studenten zeigen großes Interesse an diesem Fach (wir mussten einen Numerus Clausus einführen). Im praktischen Teil haben wir zwei parallele Gruppen, jede mit ungefähr 20 Teilnehmern. Die Studenten kommen von der Medizin, der Psychologie und der evangelisch-theologischen Fakultät. Nun aber zurück zur Geschichte.

In der zweiten Hälfte der 80-er Jahre entstand in der Slowakei (im Rahmen der ehemaligen Tschechoslowakei) ein umfangreiches Ausbildungsprogramm, das vor allem das Verdienst des slowakischen Psychologen V. Hlavenka war. Dieses Programm wurde in direkter Zusammenarbeit und unter Leitung des internationalen PCA-Institutes in Lugano (Schweiz) vorbereitet. Das Institut wurde von Ch. Devonshire, der ein naher Mitarbeiter von C. R. Rogers war, geführt. An diesem Programm haben auch einige tschechische Psychologen und Ärzte teilgenommen, die nach der Wende bei der Entstehung der rogerianischen Bewegung in der Tschechischen Republik aktiv wurden.

Schon bald nach der Wende haben wir zusammen mit V. Junková vom Lehrstuhl für Psychologie der Philosophischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag ein intensives zweijähriges Ausbildungsprogramm im Umfang von 300 Stunden in Personzentrierter Psychotherapie organisiert. Es war vor allem für Psychologen, Ärzte und Medizin- und Psychologiestudenten bestimmt. Bisher haben zwei aneinander anknüpfende Zyklen stattgefunden, die von ca. 50 Kollegen und Kolleginnen absolviert wurden. Wichtig war auch eine mehrjährige Ausbildung, die aus der Initiative der evangelischen Kirche entstanden ist und für Geistliche und Mitarbeiter der Diakonie bestimmt war. Diese Aktivitäten werden bis heute fortgesetzt und es ist interessant, dass sie sich im Rahmen des religiösen Lebens und der Seelsorge nur auf dem Boden der evangelischen Kirche entwickeln. Zum Beispiel bietet die Diakonie Ausbildungen an, die den Personzentrierten Ansatz und Elemente der Prätherapie für die Arbeit mit Menschen mit gestörten mentalen Funktionen nutzen. Es besteht hier auch Interesse für Frankls Logotherapie und Existenzanalyse.

Der Personzentrierte Ansatz spielt auch eine bedeutende Rolle auf der Prager Psychotherapeutischen Fakultät und an der Psychosozialen Hochschule, denn er wird hier als geeignete Basis für die Arbeit von Menschen in helfenden Berufen angesehen – und das Dank des Gründers dieser Schule, J. Růžička, der selbst auch eine Ausbildung im Personzentrierten Ansatz noch vor der Wende absolviert hat.

Im Jahr 1992 wurde in Prag das Institut für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung gegründet, das von Anfang an Ausbildung organisiert hat. Sein Vorstand waren die Psychologen V. Junková, V. Rezková und der Autor. Im Jahr 1993 wurde mit viel Engagement das Tschechische PCA Institut in Brünn aufgebaut, das vom Psychologen O. Tegze gegründet wurde. Ein Jahr später entstand ein analoges Institut in Prag, das vom Psychologen J. Holeyšovský geführt wird. Beide Institute arbeiten eher auf kommerzieller Basis (sie organisieren Ausbildung und Supervision) und sind vom Internationalen PCA Institut in Lugano beeinflusst. In der Tschechischen Republik haben sie die Führungsrolle übernommen und entsprechen dem Zeitgeist besser als das ursprüngliche Institut, das seine Funktion der Überbrückung in der Übergangsperiode erfüllt hat und sich später auflöste. Beide Institute sind Mitglieder der Assoziation für Psychotherapie, Beratung und den Personzentrierten Ansatz, die im Jahr 1994 entstanden ist, und sie sind auch Mitglieder des Network of the European Association for Person-Centered Counseling and Psychotherapy (NEAPCECP). Beide Institute arbeiten ähnlich, sie bieten eine vierjährige Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie in einem Umfang von ca. 700 Stunden an. Die Ausbildung beinhaltet natürlich auch ein umfangreiches theoretisches Studium, Supervision der eigenen Arbeit mit Klienten, eine theoretische Abschlussarbeit usw. An ausländischen Fachleuten nehmen an der Ausbildung z. B. J. Bozarth, D. P. Buck, R. Hutterer, P. Iossifides und G. Langošová teil. Bis jetzt haben über 200 Teilnehmer diese Ausbildung absolviert.

Die Qualität unserer therapeutischen Ausbildungen ist mit der Personzentrierten Ausbildung in den traditionellen Zentren dieses Ansatzes in Deutschland, Österreich und der Schweiz durchaus vergleichbar. Für die Entwicklung der rogerianischen Psychotherapie in den tschechischen Ländern spielt ferner die Tatsache, dass die wichtigsten Bücher von Rogers in die tschechische und slowakische Sprache übersetzt (die Tschechen lesen ohne Probleme Slowakisch und umgekehrt) und in den Jahren 1995–2000 herausgegeben wurden, eine große Rolle (Verlage IRIS Bratislava, IRO und Persona Modra, Portál Prag).

Meiner Meinung nach ist der Personzentrierte Ansatz – als kritische Reflexion der eigenen Arbeit – ohne wissenschaftliche Arbeit und Forschung nicht denkbar. Ich erlaube mir deshalb kurz über diesen Aspekt in der Tschechischen Republik zu informieren und ich mache dabei (kritisch) auf dessen Bescheidenheit aufmerksam. Die Kritik relativiert sich natürlich, wenn man bedenkt, dass das Niveau von Forschungsarbeit sich nur schwer (falls überhaupt) quantifizieren lässt.

Was rein theoretische Arbeiten angeht, so haben wir uns u. a. mit den Grundhaltungen der Personzentrierten Psychotherapie aus einer generelleren psychologischen Sicht befasst. Die Empathie wird dabei verstanden als eine menschliche Fähigkeit, die einer intuitiven Form der Wahrnehmung nahe steht, die Wertschätzung als Einstellung des Menschen zu sich selbst, zu anderen Menschen und zur Welt überhaupt, und die Authentizität haben wir als einen allgemein gültigen Persönlichkeitszug behandelt. Die Wertschätzung verstanden wir darüber hinaus im Einklang mit dem philosophischen Denken von J. Patočka (1990) im Zusammenhang mit dem Phänomen des Zuhause-Seins als Ausgangspunkt der menschlichen Existenz (Vymětal & Rezková, 2001). In derselben Arbeit reflektieren wir auch die Nondirektivität im Sinne von Nicht-Manipulation, wobei der andere nicht Objekt wird, sondern Subjekt und Mitmensch bleibt. Wir interpretieren weiters die Beziehung, das Konzept der Begegnung und der personalen Nähe im Sinne der Philosophie von M. Buber (1969).

Wir haben die Begriffe der Veränderung und des Änderungsprozesses des Menschen theoretisch hinterfragt, einschließlich der Voraussetzungen solcher Prozesse (biologische Reifung, durch die sich die biologische Determiniertheit des Menschen äußert; Lernen und vor allem soziales Lernen, das wiederum Ausdruck unserer sozialen Determiniertheit ist und Selbstentfaltung / Selbstregulierung, die mit menschlicher Freiheit zusammenhängen). Uns interessierte auch die Problematik der Aktualisierungstendenz, die bis jetzt aus philosophischer und psychologischer Sicht nicht ausreichend bearbeitet wurde. Inspiration dafür haben wir bei den ältesten Philosophen gesucht – bei Sokrates (5.–4. Jht. v. Ch.): der Mensch als Architekt der eigenen Persönlichkeit und der Polis; bei Aristoteles (384–322 v. Ch.): v. a. die Begriffe Dynamis – Energeia und Entelecheia; aber auch bei I. Kant (1724–1804), J. G. Herder (1744–1803) und dem ersten Psychologieprofessor der Hamburger Universität W. Stern (1871–1938). Diese Liste könnte noch länger sein. Die gesamte Problematik habe ich in meinem auf Deutsch erschienenen Artikel über Psychotherapie im Kontext des europäischen Denkens angedeutet (Vymětal, 1994). Auch an dieser Stelle möchte ich jedoch darauf aufmerksam machen, dass wir vieles von dem, mit dem wir uns hier befassen, schon bei älteren Denkern prägnant ausgedrückt finden – zum Beispiel die Charakteristik von Kongruenz und Inkongruenz bei Sokrates in Platons Dialog Gorgias.

Mit Focusing hat sich der Psychologe K. Hájek von der 1. Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag wissenschaftlich auseinandergesetzt. Sein diesbezügliches Dissertationsthema hat er in einer selbständigen Monographie weitergeführt (Hájek, 2002). Interessant ist auch die Dissertationsarbeit der Psychologin E. Tomešová von der Fakultät für Körpererziehung und Sport der Karlsuniversität, die den Teil der Selbstverständnisses erforschte, der die Bewertung des eigenen Körpers betrifft (Aussehen, physische Kräfte). Das Ergebnis zeigt, dass es bei jungen Hochschülern hier einen engen Zusammenhang zur Selbstachtung gibt.

Empirische Forschungen zur Psychotherapie werden bei uns traditionell im Rahmen der Diplomarbeiten an den Psychologielehrestühlen der Philosophischen Fakultäten durchgeführt. Von diesen Arbeiten erwähne ich die Diplomarbeit von S. Hoskovcová, die an der Karlsuniversität in Prag verteidigt und später auch in Deutsch publiziert wurde (Hoskovcová, 1998). An der Masaryk Universität in Brünn entstand eine Diplomarbeit, die qualitativ das Phänomen der Begegnung in der Beziehung erforscht. Ihr Autor M. Pernička bringt einen eigenen Beitrag in dieser Zeitschrift.

Für die Förderung der rogerianischen Psychotherapie bei uns und für die medizinische Psychologie ist die Zusammenarbeit mit G. W. Speierer von der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg wichtig und inspirierend. Ab der zweiten Hälfte der 80-er Jahre (noch vor der Wende) haben wir gemeinsam einige internationale Forschungsprojekte der Psychotherapie realisiert, was damals nicht ohne Risiko war. Im Archiv der Medizinischen Fakultät der Universität in Regensburg gibt es eine Menge von empirischem Material, das Aufnahmen von psychotherapeutischen Gesprächen tschechischer und deutscher Personzentrierter Therapeuten enthält. Dieses Material wird noch bearbeitet. Interessant ist z. B. die Dissertationsarbeit des deutschen Arztes Ch. Lenk (2000), in der er die Vorgehensweisen der tschechischen und deutschen Psychotherapeuten verglichen hat. Er kam zu dem Schluss, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Realisierung der Basisvariablen des Personzentrierten Ansatzes gibt. Ihr Verhalten ist – in diesen Grundbedingungen – gleich und konsistent. Das Differenzielle Inkongruenzmodell (Speierer, 1994) dient zur Basis empirischer Vergleiche vom Ablauf der Alkoholabhängigkeitstherapie und den dabei erreichten Persönlichkeitsänderungen in Tschechien und in Deutschland. Es wurde u. a. aufgezeigt, dass die Dynamik der Inkongruenz bei beiden Gruppen ähnlich ist. Durch die Psychotherapie wird das Selbstbewusstsein der Patienten und ihre Fähigkeit, innere Dilemmas zu bewältigen, erhöht, ihre Insuffizienzgefühle werden hingegen signifikant geringer (Speierer, 2000; Vymětal & Speierer 1999).

Welche Erfahrungen haben wir mit der Personzentrierten Psychotherapie in der Tschechischen Republik? Welche Schlüsse können wir daraus ziehen?

- Es hat sich bewährt, in Gruppen zu arbeiten, was jedoch dadurch erschwert wird, dass die Versicherung nur einen Therapeuten pro Gruppe finanziert, obwohl es optimal ist, wenn ein Therapeutenpaar die Gruppentreffen leitet.
- Die Offenheit gegenüber verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen hat sich bewährt, ebenso die Zusammenarbeit mit Therapeuten anderer Schulen – wenn die Voraussetzung besteht, dass wir nicht nur Klienten weiterschicken, sondern auch welche vermittelt bekommen.
- Die Kombination des rogerianischen Ansatzes mit anderen Vorgehensweisen und Techniken ist möglich, falls diese kompatibel mit dessen Voraussetzungen sind (m. E. sind v. a. Entspannungstechniken geeignet).

- Es hat sich bewährt, sich sorgfältig der Indikation und der Vorbereitung des Klienten zur Therapie zu widmen, weil er sonst oft die Therapie abbricht.
- Es hat sich bewährt, der Auswahl von Ausbildungsinteressenten viel Aufmerksamkeit zu widmen. Die Ausbildung soll keine Therapie sein, obwohl der Schwerpunkt auf der Selbsterfahrung liegt, wobei die Teilnehmer in der Rolle der Klienten sind.

Erwartungen von der nächsten Zukunft

Das Schicksal von langfristigen Prognosen ist, dass sie sich nicht erfüllen, und das vor allem dann, wenn sie soziale Gegebenheiten betreffen. Deshalb befasse ich mich mit der unmittelbaren Zukunft, die für uns Mitteleuropäer gleich ist – und ich schließe eine kurze Betrachtung an.

Europa bildet politisch und wirtschaftlich eine Einheit, deren Einigkeit auf „gutem oder bösem Weg“ gefestigt wird. Als Psychotherapeuten müssen wir sicher nicht befürchten, dass wir wenig zu tun haben werden, denn unsere Aufgabe ist es, die Stabilität des Einzelnen, der innerlich unsicher ist, zu festigen, und das ausschließlich durch psychologische Mittel – Beziehung und Kommunikation. Der gegenwärtige Mensch wurde durch seine Intention zur Gottgleichheit so mächtig, dass er seiner Macht gegenüber machtlos und ratlos geworden ist. Wir könnten von einem Fehlschlag des menschlichen Verstandes sprechen (gerade auch bei Intellektuellen) und von der Freisetzung selbsterstörerischer Tendenzen, und das in Zusammenhang mit der schwachen geistigen Verankerung des Menschen und dem Verschwinden verbindlicher Wertvorstellungen, die in unserem Teil der Welt das Christentum und die Kultur der Humanität dargestellt haben. Mit den Worten des Philosophen J. Patočka: „Der Nihilismus des Seins hat den Nihilismus der Existenz zur Folge.“ Die Flucht in verschiedene Konsumaktivitäten, die nur dem Spaß und der Ablenkung dienen, und weitere Arten, die „Augen zu schließen“, sind langfristig nicht tragfähig. Sie bringen den Menschen in einen Teufelskreis von künstlich erzeugten Bedürfnissen und Hektik, deren Ergebnis zuletzt Müdigkeit und Zweifel am Lebenssinn sind.

Und konsternierend und bedrohlich ist es, wie sehr Aggressivität und unvorhersehbares Handeln von einzelnen Menschen, Gruppen und sogar Staaten zunehmen. Das Verlangen nach Macht über den ganzen Planeten ist wirklich stark – so war es zwar auch in der Vergangenheit, aber die gegenwärtigen technischen Möglichkeiten und ihre Konzentration sind mit der Vergangenheit nicht vergleichbar. Diese Trends rufen zum Glück auch Gegenbewegungen hervor. Wir sind Zeugen einer Wiederbelebung menschlicher Aktivitäten und spontaner Entstehung von Gemeinschaften, wo Gegenseitigkeit, Selbstlosigkeit und zwischenmenschliche Nähe zum Tragen kommen. Vergleichbares gab es in unserem Land auch in der Zeit der Unfreiheit, weil der Altruismus die Qualität und Stärke einer autonomen menschlichen Motivation hat und mit der Aktualisie-

rung, d. h. mit der Möglichkeit eines freien menschlichen Handelns, zusammenhängt. In diese Sphäre dringt auch die humanistische Psychotherapie vor, deren Möglichkeiten ich nicht überschätze, hilft sie doch dem Menschen sein „Schicksal“ zu tragen und einen Ausweg mindestens auf individuellem Niveau oder dem Niveau der Familie zu finden. Ich erinnere mich, dass wir vor der Wende die psychotherapeutische Ausbildungsgruppen und Kommunitäten als „Inseln der positiven Deviation“ benannt haben. Vielleicht handelt es sich um ein Phänomen, das nicht nur an das Leben im Totalitarismus gebunden ist.

Nicht zu übersehen ist die positive Motivation der Psychotherapie gegenüber, das Interesse an dem Geheimnis der eigenen Subjektivität und der Subjektivität der anderen. Das Streben, besser zu leben und sich selbst gemeinsam mit den nächsten Personen in unserem Lebens zu entwickeln, ist eine Tendenz, die uns auch (immer mehr) Klienten bringt. Inzwischen ist der interessierten Öffentlichkeit auch bekannt, dass gerade bei einem Personzentrierten Psychotherapeuten dieses Selbstverständnis und die dementsprechende optimale Abstimmung des Lebens in einem wertschätzenden Raum von psychischer Nähe gegeben sind. Hier wird das menschliche Bedürfnis nach einer bedingungslosen Akzeptanz erfüllt, sodass der Mensch in vollem Ausmaß er selbst sein kann.

Mir persönlich ist der von Rogers formulierte vitalistische Gedanke über die Aktualisierungstendenz, die Hoffnung bringt, dass alles über verschiedene Peripetien hinweg doch eine gute Richtung nehmen kann, sehr nahe. Es ist nicht uninteressant, dass diese Denkweise nicht nur von den traditionellen Geisteswissenschaften untermauert werden kann, sondern auch von der gegenwärtigen Molekularbiologie und Genetik – erinnern wir uns an die selbstheilenden Tendenzen des Organismus, auf die man sich verlassen kann und die bei der Therapie das Wichtigste sind, oder an die Neuroplastizität, die durch psychologische Mittel und durch Erziehung beeinflussbar ist.

Was die rogerianische Bewegung bei uns und in Ostmitteleuropa angeht, würde ich in unmittelbarer Zukunft keine grossen Änderungen oder Wendungen erwarten. Die „traditionelle Auffassung“ wird sicher immer wieder mit der „differenziert integrativen Auffassung“, die auch anderen psychotherapeutischen und philosophischen Richtungen sowie neuen Erkenntnissen der Forschung gegenüber offen ist, zusammenstoßen bzw. dieser begegnen. Weiterhin werden diejenigen, die „Geld und Entscheidung für andere lieben“, mit all ihren „berechtigten Ansprüchen und objektiven Gründen“ mit Personen, die zu den genannten Angelegenheiten ein freieres Verhältnis haben, begegnen und mit ihnen zusammenstoßen. Es ist klar, dass mein Herz und Verstand mehr den Zweitgenannten gehören, und dazu führt mich vor allem meine psychotherapeutische Praxis und die Erfahrung mit dem Leben im Totalitarismus. Ich persönlich empfinde Tendenzen, die Freundschaftlichkeit und Kollegialität unter den Therapeuten schwächen, als Bedrohung unserer Arbeit. Dazu führen die Überorganisiertheit unseres Fachlebens, die

strenge Reglementierung der psychotherapeutischen Ausbildung und ein Marktdenken wie es der gegenwärtigen Atmosphäre in der Tschechischen Republik entspricht, das selbst auf diesem Gebiet um sich greift. Die Spontaneität, die Bedingung einer freien Entwicklung ist, verschwindet langsam. Allorts dringt das Geld ein. Ich nehme mir die Freiheit, dazu unseren heutigen Präsidenten Václav Klaus zu zitieren: „An erster Stelle geht es nur ums Geld.“ Das ist nicht ironisch gedacht, sondern als Ausdruck einer Lebenshaltung. Und ich stelle mir gerade in diesem Zusammenhang die Frage, ob wir gerade beim Personenzentrierten Ansatz nicht selbst ab und zu in einen inkongruenten Zustand geraten. Die Inkongruenz ist ja eine Voraussetzung der Persönlichkeitsveränderung und Entwicklung. Durch ihre Überwindung kommen wir weiter, können daran reifen. Mit ein bisschen Übertreibung kann man darin eine Analogie zu unserer Bewegung sehen. Es ist zu hoffen, dass dieser Prozess sich auch in der eigentlichen psychotherapeutischen Arbeit mit den Klienten positiv auswirkt. Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehen Sie, da war gerade das positive rogerianische Denken am Werk.

Zum Schluss des Artikels erlaube ich mir zwei Sätze zu zitieren, mit denen ich den Artikel beendet habe, den ich vor ungefähr 16 Jahren für die GwG-Zeitschrift (Vymětal, 1988) geschrieben habe und die nun durch das Wort „sollten“ bereichert wurden: „Mittel-europa trug in der Geschichte zum Aufblühen der gesamten europäischen Kultur sehr bedeutend bei – und infolgedessen auch zur Weltkultur. Europa bildet – historisch und aktuell gesehen – eine kulturelle und geistige Einheit, die zu erhalten und weiterzupflegen wir als unsere Pflicht ansehen sollten.“ Diese Sätze scheinen mir auch heute aktuell zu sein.

Literatur

- Buber, M. (1969). *Ich und Du*. Köln: Jakob Hegner.
- Hájek, K. (2002). *Tělesné zakotvené prožívání* [Körperlich verankertes Erleben]. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum.
- Hoskovicová, S. (1998). Forschungsbericht: Das Verhältnis zwischen TherapeutInneninterventionen und KlientInnenäußerungen aus inkongruenztheoretischer Sicht. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 29, (2), 119–121
- Lenk, C. (2000). *Das Therapeutenverhalten in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie: Ein Vergleich zwischen tschechischen und deutschen Therapeuten, sowie zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung bei deutschen Therapeuten*. Unveröff. Diss., Universität, Regensburg.
- Patočka, J. (1988). *Ketzerische Essays zur Philosophie der Geschichte*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Patočka, J. (1990). *Die natürliche Welt als philosophisches Problem*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1990). *Psychotherapie zaměřená na klienta. Rozhovor s Glorií* [Personorientierte Therapie. Ein Gespräch mit Gloria]. Praha, Psychotherapeutické sešity, č. 37 (Samizdat)
- Speierer, G. W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G. W. (2000). AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In G. W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 31–48). Köln: GwG.
- Stern, W. (1918). *Person und Sache*. Leipzig.
- Tausch, R. (1976). *Psychotherapie rozhovorem* [Gesprächspsychotherapie]. Praha: Kosmonosy, Edice Linky důvěry (Samizdat).
- Vymětal, J. (ed.) (1979). *Výcvik v psychoterapii rozhovorem* [Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie] Praha: Psychotherapeutické sešity, č. 2 (Samizdat).
- Vymětal, J. (1988). Psychotherapie in der Tschechoslowakei. *GwG Zeitschrift*, 19, (71), 7–8.
- Vymětal, J. (ed.) (1990). *Kazuistiky* [Kasuistiken]. Praha: Psychotherapeutické sešity, č. 43 (Samizdat).
- Vymětal, J. (1994). Psychotherapie im Kontext europäischen Denkens. *Psychologie in der Medizin*, 5, (1), 24–27.
- Vymětal, J. (1995). Entwicklung und Stand der klientenzentrierten Psychotherapie in der Tschechischen Republik. *Víry – Zeitschrift für Psychologie und Kommunikation*, 3, 28–31.
- Vymětal, J. & Rezková, V. (2001). *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. [Die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen und Kindern]. Praha: Portál.
- Vymětal, J. & Speierer, G. W. (1999). *Změny v osobnosti nemocných po dobrovolné protialkoholní léčbě z pohledu rogersovského přístupu* [Persönlichkeitsveränderungen bei Patienten nach freiwilliger Alkoholmissbrauchstherapie aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht]. Praha: Sborník lékařský, Universita Karlova, Vol. 100, Nr. 2, 115–124.

Autor

Vymětal, Jan, 1945, Univ. Prof., habil., Dr. phil., Dipl. Psych., Vorstand des Institutes für Humanwissenschaftsstudien in der Medizin der 1. Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag, Mitglied des wissenschaftlichen Rates der Fakultät. In den Jahren 1970 bis 1990 arbeitete er als klinischer Psychologe und Psychotherapeut in einer Reihe ambulanter und stationärer Einrichtungen. Nach der Wende hat er von der Praxis zum Unterricht auf der medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag gewechselt. Er ist Autor von mehreren Monographien und Lehrbüchern für Psychotherapie und für medizinische Psychologie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jan Vymětal
 ÚHSL 1. LF UK
 Karlovo nám. 40
 128 00 Praha 2
 Tschechien
 E-Mail: jvyme@lf1.cuni.cz

Tadeusz Paciorek

Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes für mich und meine Arbeit

Zusammenfassung: Der Autor beschreibt, wie sich durch seine Erfahrungen in einem Cross-Cultural Communication Workshop und bei weiteren internationalen personenzentrierten Konferenzen und Encountergruppen sein Umgang mit sich selbst und mit Anderen nachhaltig verändert hat. Der wesentlichste Aspekt war und ist ein tiefes Gefühl der Freiheit, sich selbst zu sein. In praktischer Hinsicht besonders interessant ist auch die Schilderung, wie jemand, der mit dem Personenzentrierten Ansatz in seinem eigenen Land ziemlich alleine dasteht, inspiriert und getragen von der einschlägigen Literatur und von Freunden im Ausland, seine Art des Unterrichts weitgreifend umstellt und studentenzentriert gestaltet.

Abstract: The impact of the person-centered approach on myself and my work. The author describes the lasting impression a Cross-Cultural Communication Workshop and further international person-centered conferences and encounter groups left on him, and how they changed deeply his relationship to himself and others. The essential aspect was and remains to be a strong feeling of freedom of being one's self. Of particular interest, from a practical point of view, is the depiction of somebody, who, being rather isolated in his own country with the person-centered approach, alters his style of teaching, inspired and carried by the relevant literature and friends abroad, to attain a student-centered nature.

Grundlegende Workshop-Erfahrungen

Im Frühjahr 1994 stieß ich zufällig auf eine kurze Information über die für Juli dieses Jahres geplante Konferenz (Cross-Cultural Communication Workshop) in Szczyrk in Polen. Mein Interesse weckte dabei der Inhalt der Broschüre, der mir etwas ungewöhnlich vorkam: „Da wir alle aus so unterschiedlichen Kulturen kommen, kann es dann eine reale Chance geben, ein Klima für gegenseitiges Verstehen und Vertrauen zu schaffen? (...) Kannst du wirklich erwarten, dass dieser Workshop dir dazu verhilft, ein besserer Mensch, ein besserer Fachmann und ein Weltbürger zu werden?“ Die Einladung richtete sich also direkt an mich als Menschen. Trotz ziemlich hoher Kosten habe ich mich für die Teilnahme entschieden. Dieser Schritt erwies sich als einer der bedeutendsten in meinem Leben, und ich meine dabei sowohl den Einfluss auf meine persönliche als auch auf meine berufliche Entwicklung.

Nach Szczyrk kamen an die 200 Teilnehmer, die meisten aus Polen, aber auch einige Slowaken, Ungarn, Engländer, Amerikaner, Deutsche sowie vereinzelte Vertreter anderer Länder waren dabei. Was mich überrascht hat, war die ungewöhnliche Form der Konferenz. Es gab keine Vorlesungen, es wurde dagegen stundenlang über Belanglosigkeiten diskutiert, etwa warum die Pässe bei der Anmeldung einbehalten worden waren, ob es besser sei, auf den Stühlen oder auf dem Fußboden zu sitzen, wie die Heimfahrt der Teilnehmer organisiert werden sollte u. a. m. Die Beratungen schienen

ohne einen vorher überlegten Plan zu verlaufen, man hatte den Eindruck, hier wurde überhaupt nichts vorbereitet, sondern nur improvisiert. Kein Wunder also, dass es nach einigen Tagen zu einem Protest der polnischen Studenten kam, die sich darüber aufregten, trotz hoher Teilnahmegebühren bisher nichts gelernt zu haben.

Sehr interessant waren dagegen die Treffen in kleinen Gruppen in den Nachmittagsstunden. Bis heute erinnere ich mich noch an die lebhafteste Diskussion in der von Joseph Hochberg aus New York betreuten Gruppe zum Thema „Liebe, Sex und Geld“. Die Auseinandersetzungen waren humorvoll und boten die Möglichkeit, verschiedene, manchmal sehr extreme Meinungen Anderer kennen zu lernen.

Besonders wichtig waren für mich die Abendtreffen am Kaffeetisch, wo ich abwechselnd als Sprecher und Hörer auftrat. Mit der Zeit, besonders gegen Ende der achttägigen Konferenz, begann ich ein Gefühl persönlicher Freiheit und zugleich ein Gefühl innerer Ruhe zu empfinden. Ich glaube, ich habe mich nie zuvor so frei gefühlt. Dieses Gefühl habe ich auch in der Gesamtgruppe und in einem kurzen Gespräch mit Charles Devonshire, einem der Organisatoren des Workshops, zum Ausdruck gebracht. Als ich später über die Quelle dieses Freiheitsgefühls nachdachte, bin ich zum Schluss gekommen, dass es die Anerkennung meiner Person durch andere Teilnehmer war, die die Erfahrung des „Komforts“, ich selbst sein zu können, zur Folge hatte. Acht Tage lang habe ich unterschiedliche Meinungen geäußert, Tatsachen aus meinem Leben offenbart, es hat mich aber niemand kritisiert. Ganz

im Gegenteil, man hörte mir aufmerksam zu, ob in der Gruppe oder in Einzelgesprächen. Das Freiheitsgefühl von damals begleitet mich bis heute, es ist aber entschieden stärker und tiefer geworden; es kommt in vielen meiner Reaktionen und Verhaltensweisen Anderen gegenüber, in Kontakten mit einzelnen Personen und Gruppen sowie auch mit Organisationen und Institutionen zum Ausdruck.

Nach der Konferenz verspürte ich das Bedürfnis, weitere solche Treffen zu erleben und solche Erfahrungen zu machen. In Polen konnte ich aber leider keine Workshops im Bereich des Personenzentrierten Ansatzes von Carl Rogers finden. Bis jetzt sind bei uns nur zwei Bücher von Rogers erschienen¹. Polen ist eines der wenigen Länder in Mitteleuropa, wo es keine etablierte Rogers-Schule gibt, obwohl sich viele Therapeuten auf Rogers berufen. Da ich schon lange von einer Reise in die USA geträumt hatte, habe ich mich entschieden, am jährlichen ADPCA-Treffen² im Mai 1996 in Kutztown in Pennsylvania teilzunehmen. Nach einem dreimaligen Besuch im USA-Konsulat in Warschau (die Einladung, die ich bekommen hatte, war nicht vorschriftsgemäß), vielen Telefonaten mit Jo Cohen, der Organisatorin der Konferenz, vor Aufregung zum Umfallen müde, bin ich endlich auf amerikanischem Boden gelandet. Hier erwartete mich aber wieder eine Stresssituation. Die Immigrationsbeamten waren nämlich der Meinung, ich hätte zu wenig amerikanisches Geld. Gott sei Dank war Joseph Hochberg gerade zu Hause. Ein Anruf bei ihm hat dann dieses Problem gelöst. Vom Verlauf des Treffens in Kutztown war ich etwas enttäuscht, in dem völlig neuen Milieu fühlte ich mich verloren und einsam. Wichtiger aber war, was nachher kam. Dank der Anregung und Hilfe des unersetzlichen Joseph Hochberg aus New York ist es mir gelungen, ein Stipendium für die Workshops „Living Now“ und „La Jolla Program“ in Kalifornien zu erhalten, was insgesamt 20 Tage hochintensiver Encounter-Gruppen bedeutete. Wenn ich jetzt daran zurückdenke, scheint mir, dass das wichtigste Erlebnis und die wichtigste Erfahrung damals war, dass man mich voll akzeptiert und mir gegenüber so viel Wärme gezeigt hat. Ich fühlte mich wertgeschätzt wie – so scheint es mir – nie zuvor. Dabei hatte ich doch auch schon in Polen an vielen Workshops in kleineren und größeren Gruppen teilgenommen. Eine der Teilnehmerinnen betonte zum Abschluss des Treffens öffentlich, dass die Erinnerung an mich für sie eine Art Hochgenuss sein würde. Die Art der Mitarbeit der Fazilitatoren (enge Mitarbeiter von Rogers wie Ruth Sanford, Gay Leah Barfield, Bruce Meador, David Meador, Will Stillwell) bot mir eine weitere Erfahrung: Man kann, und es lohnt sich auch, sich selbst treu sein, auch wenn es sich um das Äußern von extremen Gefühlen handelt. Es geht nicht darum, die Anderen nachzuahmen, man sollte eher sein eigenes inneres Potenzial, seine eigenen Bedürfnisse zu entdecken versuchen und sie dann in der Praxis verwirklichen.

1 Sposob bycia (A Way of Being), 2002 und Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe (Client-Centered Therapy. Encounter Groups), 1991.

2 Association for Development of Person-Centered-Approach

Es war Suzan Spector, die mir bewusst gemacht hat, dass beim Personenzentrierten Ansatz eben die Person und nicht ein Workshop-Programm – und sei es noch so gut konzipiert – im Mittelpunkt steht. Als ich zum Schluss unseres Treffens in La Jolla nicht ohne Zögern ein sehr starkes Erlebnis vom vergangenen Tag ansprach, fürchtete ich, dass wir dadurch vom geplanten Thema abkommen würden. Suzan regte mich aber direkt an, mein Problem zu explorieren, indem sie sagte: „Sprich ruhig, jetzt haben wir Zeit dafür!“ Einige Jahre später konnte ich mich auf dem anlässlich des hundertsten Geburtstags von Carl Rogers organisierten Symposium in La Jolla am eigenen Beispiel überzeugen, wie wichtig die nicht-direktive Haltung ist, die eine grundlegende Voraussetzung des Personenzentrierten Ansatzes darstellt.

Von meiner Reise in die USA im Jahr 1996 habe ich ein paar für mich äußerst wichtige Bücher mitgebracht, darunter Rogers' „On Becoming a Person“ und „A Way of Being“. In vielen darauffolgenden Jahren waren sie für mich ein nicht zu unterschätzender Bezugspunkt in meiner Lehrtätigkeit. So habe ich zum Beispiel in meiner Arbeit mit Studenten immer das Kapitel „Experiences in Communication“ (in Rogers, 1980) genutzt, in dem auf eine sehr klare und verständliche Weise die sogenannten drei Grundbedingungen für eine gelungene Verständigung zwischen den Menschen erläutert werden: Empathie, Authentizität und bedingungsfreie Wertschätzung.

Studentenzentriertes Lernen

Eine grundsätzliche Veränderung meiner Einstellung zu den Studenten und zum Unterrichtsprozess vollzog sich im Jahr 2002, als ich von meinen amerikanischen Freunden das Buch von Rogers und Freiberg „Freedom to learn“ bekam, das in extenso nicht nur die theoretischen Grundlagen des Lernens und des Unterrichtens beschreibt, sondern auch – und das vor allem – konkrete didaktische Vorschläge enthält, wie der Schüler als ein freier, vertrauenswürdiger, zur selbständigen Auswahl des Lernstoffes fähiger Mensch behandelt werden kann (Rogers & Freiberg, 1994).

Bei meiner eigenen Lehrtätigkeit dachte ich, dass eine völlig neue Unterrichtsform ein zu großes Risiko mit sich bringen würde, so habe ich mich entschieden, das erste Semester wie früher von mir aus zu strukturieren und erst im zweiten Semester mit den Studenten einen Kontrakt zu schließen, der ihnen volle Freiheit bei der Stoffwahl zumuten würde. Dabei kann es um theoretische Fragen im Bereich der Psychologie gehen, um persönliche Probleme wie Schüchternheit, Wut, Depression, oder auch um empirische Untersuchungen in einer bestimmten Einrichtung, z. B. die Arbeit mit an Paraphasie leidenden Kindern in einer psychologischen Beratungsstelle.

Nach einigen Jahren des Sammelns von Erfahrungen kann ich jetzt bestimmte Schlussfolgerungen ziehen. So hat etwa die Aktivität der Studenten sehr zugenommen, seitdem sie sich als Personen bewähren können, die sich selber die zu untersuchenden Probleme

auswählen und die auch für die Wahl von Mitteln und Methoden, für die Festlegung von Etappen der Projekterarbeitung, für deren schriftliche Ausarbeitung sowie die Präsentation vor dem Gruppenforum verantwortlich sind. Das Letztere erwies sich übrigens als eine der schwierigsten Aufgaben. Es war für die meisten Studenten ein großer Stress, vor Publikum zu sprechen, ihre eigene Meinung zu äußern und auf die Äußerungen Anderer zu reagieren. Der Grund dafür ist ein langes Training im Lernen, wie sie es im traditionell orientierten Schulsystem kennengelernt haben, wo der Schüler dem Lehrer zu folgen und den aufgegebenen Lernstoff passiv zu beherrschen hat. Freiberg (Rogers & Freiberg, 1994) bezeichnet solche Schulen als Orte, wo die Schüler eher Touristen als Bürger sind. Viele meiner Studenten haben hingegen in den Evaluationen zum Abschluss des Studienjahres mit Genugtuung ihren Stolz auf ein vor Publikum gehaltenes Referat betont, was für sie eine gelungene Probe war, sich auch im realen Leben zu bewähren. Hier ist die Meinung einer der Studentinnen: „Sehr hoch schätze ich die Seminare in Psychologie. Ich glaube, dank den Seminaren haben wir uns stärker in die Gruppe integriert, wir haben mehr von uns selbst erfahren, uns selber besser kennen gelernt. Wir wurden offener einander gegenüber und sensibler für die Bedürfnisse unserer Kollegen.“ Eine andere Studentin vergleicht die direktive und nicht-direktive Unterrichtsweise so: „Im ersten Semester waren wir alle auf passives Zuhören eingestellt. Im zweiten Semester hat jeder von uns allein oder zu zweit etwas vorbereitet, was Mühe, Zeit und Arbeit verlangt hat. Außerdem haben wir die Themen behandelt, die wir selber ausgewählt und die uns interessiert haben.“ Eine andere Teilnehmerin am Psychologieseminar hat stärker ihren persönlichen Nutzen betont: „Vor allem konnte ich meine Sprechbarriere überwinden. Im Lyzeum hatte ich keine Gelegenheit, mich in Redekunst zu üben, die Lehrer haben nämlich aus Zeitgründen immer nur wenige Schüler gefragt.“

Aus meiner Sicht war der Lernprozess im zweiten Semester dynamischer als im traditionell gestalteten ersten Semester, es wurde viel abgesprochen, verifiziert, im Internet nach Material gesucht. Die Zahl der Interaktionen zwischen den Studenten in der Gruppe, zwischen den Studenten und mir sowie zwischen den Studenten und den Absolventen der Psychologieseminare, die ihre Erfahrungen mit jüngeren Kollegen gern ausgetauscht haben, hat deutlich zugenommen. Die Studenten hatten auch den Mut, mir gegenüber negative und kritische Meinungen zu äußern. Diese betrafen vor allem das Bedürfnis nach einer Präzisierung meiner Erwartungen zu Beginn des Semesters. Meine Beobachtungen in den letzten Jahren bestätigen die These, dass der Personzentrierte Ansatz einen universellen Charakter hat. Er kann in der Psychotherapie, in der Schule, im Privatleben, beim Lösen von Konflikten am Arbeitsplatz, in einer lokalen Gemeinschaft Anwendung finden. Einen Beweis dafür könnte auch mein einen Monat dauerndes Praktikum in einem Obdachlosenheim im Westen Polens darstellen. Die Formel ist einfach: Man muss auf eine die Anderen nicht bedrohende Weise man selbst bleiben und

gleichzeitig die Komplexität ihrer Charaktere, Verhaltensweisen, Bedürfnisse und ihrer individuellen Schicksale im Auge behalten.

Ich bin mir bewusst, dass ich mit der neuen Unterrichtsform am Fremdsprachenlehrerkolleg immer noch in den Anfängen stecke; ich muss noch selber vieles im Bereich der Theorie von Rogers lernen. Der Weg ist jedoch für mich dermaßen faszinierend, dass ich ihn trotz zeitweise auftretender Schwankungen und Frustrationen weiter gehen will. Wie Carl Rogers (1980/2002, p. 257–281) bemerkte, sollte der Unterricht sowohl Kognitives als auch Emotionales ansprechen und nicht, wie es an traditionell orientierten Schulen der Fall ist, „Unterricht oberhalb des Halses“ (from the neck up) sein, wo sich der Lehrer ausschließlich auf den intellektuellen Erkenntnisaspekt konzentriert.

Persönliche Veränderungen

Es ist für mich vielschwieriger, die Auswirkung des Personzentrierten Ansatzes auf mein Privatleben einzuschätzen, weil dies auch durch viele äußere Faktoren bestimmt wird. Nach längerem Überlegen würde ich jedoch auch hier von einer positiven Wandlung sprechen, die ich bei mir in den letzten neun Jahren bemerken konnte. Erstens hat meine Offenheit Anderen gegenüber zugenommen und ich bin im Stande, verschiedene aktuelle Gefühle wie Unzufriedenheit, Wut, Irritation, Aufregung, aber auch Freude, Zufriedenheit, Vergnügen, Neugier, Interesse auszudrücken. Ich arbeite ständig daran, als Kind wurde ich nämlich dazu erzogen, all diese Gefühle zu verdrängen. Zweitens bin ich gegenüber Menschen mit anderen Meinungen oder anderen Verhaltensweisen, aber auch Süchtigen oder Geisteskranken gegenüber viel toleranter geworden. Dies ist mit Sicherheit darauf zurückzuführen, dass ich mich selbst in zunehmendem Maße akzeptiere und wertschätze (vgl. Mearns & Thorne, 1988, pp. 22–26). Drittens habe ich die natürliche spontane Fähigkeit, von der Spannung in einer Konfliktsituation schnell dazu übergehen zu können, auch meiner Freude Ausdruck zu geben, sobald sich die Situation gebessert hat. Ich bin mir des Mechanismus dieses Verhaltens noch nicht ganz bewusst, es resultiert aber hoffentlich aus dem Selbstwertgefühl und der Fähigkeit, verzeihen zu können. Kein Wunder also, dass sich in den letzten Jahren die Qualität meines Berufs- und Familien- sowie meines gesellschaftlichen und geistigen Lebens und sogar meines Gesundheitszustandes verbessert hat. Dank der von Marco Temaner (USA) und Renate Motschnig mit Michael Derntl (beide Wien) veröffentlichten Diskussionsbriefe im Internet bin ich auf dem Laufenden, was es in der Welt des Personzentrierten Ansatzes Neues gibt. Ich fühle mich in meiner Arbeit nicht mehr so einsam, wie es noch vor einigen Jahren der Fall war. Ich weiß, dass ich auf die Hilfe meiner Fachkollegen aus verschiedenen Ecken und Enden der Welt rechnen kann. Die Vergangenheit ist für mich ein Halt, und die Zukunft erscheint als eine hinreißende Perspektive, Neues entdecken und kennen lernen zu können.

Literatur

- Mearns, D. & Thorne, B. (1988). *Person-Centred Counselling in Action*. London: Sage Publications.
- Rogers, C. R. (1991). *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe [Klientenzentrierte Therapie. Encountergruppen]*. Wrocław: Thesaurus-Press.
- Rogers, C. R. & Freiberg, H. J. (1994). *Freedom to Learn (Third edition)*. New York: Macmillan College.
- Rogers, C. R. (2002). *Sposob bycia*. Poznan: Rebis. (Original erschienen 1980: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin)

Autor

Tadeusz Paciorek, 1948 in Polen geboren, Absolvent der Psychologie an der Warschauer Universität. Ungefähr zwanzig Jahre lang als Psychologe in einer Strafvollzugsanstalt, gegenwärtig als Psychologielehrer am Fremdsprachenlehrerkolleg in Siedlce tätig. Teilnehmer an vielen PCA-Konferenzen (Polen, USA, Österreich, Slowakei, Großbritannien). Interessen: Kultur der USA, Geschichte der polnischen Juden.

Korrespondenzadresse

*Tadeusz Paciorek
ul. Rynkowa 4/3
08-110 Siedlce, Polen
E-Mail: tadpaciorek@2com.pl.*

Mihaela Bonatiu & Florenta Din

Klientenzentrierte Psychotherapie in einer Strafvollzugsanstalt in Bukarest

Zusammenfassung¹: Von den Autorinnen wurden im Rahmen ihrer Tätigkeit als Psychologinnen in einer Strafvollzugsanstalt u. a. drei klientenzentrierte Therapiegruppen mit Häftlingen mit unterschiedlichem Strafausmaß im Rahova-Gefängnis in Bukarest durchgeführt. Nach einer einleitenden Schilderung des Aufgabenbereichs der Psychologen² in rumänischen Haftanstalten werden die Zielsetzungen und die geplanten Prozessphasen der Gruppentherapie sowie die Auswahlkriterien für die Teilnahme daran dargestellt. Der tatsächliche Verlauf der Therapiegruppen wird mittels einer Reflexion der dabei behandelten Themenbereiche sowie mittels eines illustrativen Ausschnitts aus dem Transkript einer Gruppensitzung skizziert. Zum Abschluss fassen die Gruppenleiterinnen ihre Erfahrungen zusammen, indem sie einige z. T. unerwartete Aspekte des Erlebens und Verhaltens der Teilnehmer formulieren.

Abstract: Client-centered psychotherapy in the prison. During their work as psychologists in a penal institution, the authors formed i.a. three client-centred therapy groups with convicts of the Rahova Prison in Bucharest. Following an introductory depiction of a psychologists responsibilities in Romanian penal institutions the group therapy's goals and its planned stages of process are described, as well as the selection procedure for participation. The actual course of the group therapy is sketched out through a reflection of its central issues and illustrative excerpts of one session-transcript. In their conclusion the group leaders sum up their own experiences and formulate a number of surprising elements of the participants' experiencing and their general conduct.

Die folgende Darstellung soll das Konzept und die ersten praktischen Erfahrungen einer Klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie skizzieren, welche von den Autorinnen im Rahmen ihrer Tätigkeit als Psychologinnen im Rahova-Gefängnis von Bukarest ausgearbeitet wurde und durchgeführt wird.

Vorausgeschickt sei, dass in den meisten rumänischen Strafvollzugsanstalten – nach Maßgabe der jeweiligen Personalpostenpläne – Psychologen tätig sind. Psychologische Hilfe ist grundsätzlich für alle Häftlinge vorgesehen. Es werden dabei v.a. nach der Einlieferung in die Haftanstalt psychologische Untersuchungen durchgeführt, wobei Personen mit relevanten psychischen Problemen identifiziert werden sollen. Insgesamt umfasst die Tätigkeit der Psychologen in den Strafvollzugsanstalten die Bereiche Psychodiagnostik, Evaluation der Risiken bzgl. Gewalttätigkeit und Selbstmordtendenzen, Krisenintervention, Mediation bei schwerwiegenden Konflikten, Zuweisung zu einer Gruppentherapie sowie Einzeltherapie und Beratung. Psychotherapeutische Interventionen kommen jedoch nur unter bestimmten Bedingungen und nur

auf ausdrücklichen Wunsch eines Häftlings zum Einsatz. Neben dem persönlichen Wunsch nach psychologischer Hilfe sind dabei die Ergebnisse einschlägiger psychologischer Untersuchungen ausschlaggebend, ob und welche therapeutischen Maßnahmen (Einzel- oder Gruppentherapie) jeweils empfohlen werden. Um tatsächlich in den Genuss eines psychotherapeutischen Programms zu kommen, muss der einzelne Häftling ein schriftliches Ansuchen an den Leiter der Strafvollzugsanstalt richten, der allein das Recht hat, über die Zulassung zu entscheiden.

Das Rahova-Gefängnis in Bukarest beherbergt durchschnittlich etwa 2.000–2.300 Häftlinge. Die Anstalt umfasst mehrere Abteilungen für straffällig gewordene Männer sowie eine „Transit-Abteilung“ für Frauen in Untersuchungshaft bzw. während der Zeit des Gerichtsverfahrens. Es sind dort sechs Psychologinnen und Psychologen (hauptberuflich) angestellt, von denen drei in Klientenzentrierter Therapie (im Rahmen des von der ÖGwG 1999–2004 vor Ort durchgeführten Curriculums) ausgebildet wurden, während je ein weiteres Teammitglied mit den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie bzw. der Experiencing Therapy arbeitet.

Wir sind davon ausgegangen, dass Klientenzentrierte Psychotherapie im Gefängnis das Ziel verfolgen sollte, eine Basis für die Umgestaltung abnormer Persönlichkeitsstrukturen auf der

1 Von Wolfgang W. Keil

2 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

verhaltensmäßigen, der kognitiven und der emotionalen Ebene zu schaffen. Wir meinen, dass die Klientenzentrierte Therapie insofern der Situation von verurteilten Straftätern besonders angemessen ist, als sie deren affektive Reifung fördern und ihnen speziell dabei helfen kann, die Verantwortlichkeit für ihre eigenen Reaktionen und Verhaltensweisen zu übernehmen.

Das von uns ausgearbeitete Programm einer Gruppentherapie ist gedacht für Häftlinge, deren psychische Verfassung eine Selbstveränderung erwarten lässt, bzw. für solche, die von sich aus den Wunsch äußern, ihre Fähigkeiten zur Selbstreflexion und zur Gestaltung ihrer Kommunikation und ihrer Beziehungen zu verbessern. Dementsprechend haben wir die folgenden Kriterien für die Auswahl der Gruppentherapie-Klienten erstellt:

- Dezierter und authentischer Teilnahmewunsch des Häftlings
- Nicht zu geringer IQ-Wert, um ein angemessenes Ausdrucksvermögen zu gewährleisten
- Bereitschaft zur Selbstreflexion, was die Verminderung von Angst und Aggressivität ermöglicht
- Persönlichkeitsstruktur, die eine gewisse Anpassungs- und Kommunikationsfähigkeit in einer Arbeitsgruppe erwarten lässt.

Mit allen Interessenten für die Gruppentherapie sollte ein ausführliches Vorgespräch geführt werden; sie sollten weiters die Möglichkeit zu einer individuellen psychologischen Beratung vor oder nach dem Gruppenprozess wie auch zu einer begleitenden Einzeltherapie während desselben haben können. Eine Therapiegruppe sollte dann aus etwa 6 bis 10 Teilnehmern mit einem einigermaßen vergleichbaren Bildungsniveau bestehen. Die Gruppentherapie sollte insgesamt 24 wöchentliche Sitzungen, die jeweils eineinhalb Stunden dauern, umfassen.

Inhaltlich haben wir den Gruppenprozess in sieben aufeinander aufbauende Phasen oder Stufen gegliedert, die von den folgenden Schwerpunkten gekennzeichnet sein sollten:

In der ersten Phase soll es um die Förderung der Kommunikation der Teilnehmer gehen, und dabei v. a. um die Verbalisierung eigener Lebenserfahrungen und um das Gewährwerden der damit verbundenen organismischen und affektiven Impulse und Reaktionen.

In einer darauf folgenden zweiten Phase soll das Wahrnehmen unterdrückter Gefühle bei sich selbst und bei Anderen angestrebt werden.

In der dritten Phase wird versucht, bisher abgewehrte Empfindungen und Lebenserfahrungen zu integrieren und dadurch eine Erweiterung des eigenen Selbstkonzepts zu erreichen.

In Folge der allgemeinen Verbesserung der Gruppenkommunikation und speziell durch die emotionale Resonanz und das Feedback der Anderen sollte in der vierten Phase ein Zuwachs der Toleranzfähigkeit der Teilnehmer wahrnehmbar werden.

Die dadurch verbesserte Gruppenatmosphäre sollte in einer fünften Phase eine Zunahme der Selbst-Akzeptanz der einzelnen Teilnehmer erwarten lassen.

Eine sechste Stufe könnte in dem Ausmaß erreicht werden, in welchem die Teilnehmer mehr Verantwortlichkeit für ihre eigene Situation übernehmen.

Die abschließende siebente Stufe kann als erreicht gelten, wenn die bisher genannten Fähigkeiten soweit entwickelt wären, dass sie in den verschiedensten Lebenssituationen angewendet werden können und damit eine verantwortungsvolle, persönlich gestaltete Lebensführung ermöglichen.

Wir haben eine Klientenzentrierte Therapie nach diesem Stufenmodell bisher mit drei Gruppen von Häftlingen durchgeführt. Die erste Gruppe bestand aus 7 Häftlingen, die zu einer lebenslangen Strafe verurteilt sind, die zweite Gruppe umfasste 10 Personen, die zu einer zehnjährigen Haft verurteilt waren und die dritte Gruppe hatte 12 Teilnehmer mit nur kurzen Haftstrafen.

Diese Gruppen entwickelten sich z.T. sehr unterschiedlich, sowohl hinsichtlich ihrer inneren Struktur wie auch bezüglich der Problematik, die behandelt wurde. Fast alle Teilnehmer konnten sich aber auf einen guten Selbstexplorationsprozess einlassen, bei welchem v. a. die folgenden Dimensionen im Mittelpunkt standen:

- eigenes Selbstbild
- Beziehungen zu den Mithäftlingen
- Selbstvertrauen und Vertrauen in die anderen
- Bedürfnisse nach Sicherheit und Zuwendung
- Ungewissheiten bzgl. der eigenen Zukunft
- Interesse am Beherrschen der eigenen aggressiven Impulse
- wie man als Häftling bzw. nach der Entlassung von der Umwelt wahrgenommen wird

Zur Illustration der Entwicklung des Gruppenprozesses möchten wir einen Ausschnitt aus einer Sitzung der Gruppe derer, die zu einer zehnjährigen Haft verurteilt waren, wörtlich wiedergeben. Die hier ausgewählte Gruppensitzung war insofern auf die vorhergehende bezogen, als dort die Teilnehmer aufgefordert waren, eigene Persönlichkeitsaspekte, die sie durch die Gruppenarbeit verändern wollten, zu suchen. In der nun folgenden Sitzung sollten die möglichen Veränderungen konkretisiert werden und es sollte geklärt werden, wie es jedem damit geht. Die Sitzung beginnt mit einem Blitzlicht.

CR: *(ist mit einem juristischen Problem befasst und wirkt ungeduldig)*

MA: *(wirkt zurückgezogen und voll Distanz zur Gruppe)* Ich fühl' mich O.K.

OD: Ich spür' Selbstvertrauen und ich bin zuversichtlich für die Zukunft; ich fühl' mich wohl. *(Er scheint entspannt und mitteilend)*

PD: Ich fühl' mich bestens, weil ich beschlossen hab', mir nicht mehr unnötig Sorgen zu machen. Ich nehm' alles, wie es kommt. Ich weiß nicht, wie es wäre, wenn mir alles von mir selber bewusst wäre. Im Augenblick fühl' ich mich wohl.

SA: Ich fühl' mich wie nach einer Atomkatastrophe! Ich bin schon ganz verspannt aufgewacht. Ich bin ganz unruhig; mein Herz schlägt viel zu schnell.

T(herapeutin): Was spüren Sie genau?

SA: Angst, Furcht vielleicht. Aber ich weiß keinen Grund dafür. Vielleicht weil mein Herz so rast ... ich weiß nicht warum.

T: Haben Sie was geträumt?

SA: Kann sein, aber ich erinnere mich nicht. Ich bin schon so aufgewacht.

TA: Ich bin in einer guten Stimmung. Ich bin in Gedanken bei meiner Familie.

MV: Ich fühl' mich wohl. Ich warte auf die Lösung eines persönlichen Problems. Das ist alles. *(Er wirkt maskenhaft, scheint sich seiner Stimmungen und Gefühle nicht gewahr werden zu wollen.)*

CM: Jetzt fühl' ich mich wohler; leicht und friedlich.

MF: Ich fühl' mich so, als ob die Zeit stehen geblieben wäre. Ich kann mich auf nichts konzentrieren. Ich komme mir vor wie eine Uhr ohne Batterie.

T: Wie fühlt es sich an als so eine Uhr?

MF: Mhm, so ähnlich wie warten, ... warten, bis man endlich wieder was spürt.

PR: Ich warte darauf, dass ich endlich heimgehen kann. Ich wünsch' mir so sehr, dass es diesmal klappt. *(Scheint erregt und unruhig, rutscht dauernd auf seinem Sessel hin und her.)*

T1: Ich fühl' mich wohl und entspannt. Ich bin gut aufgelegt, weil heute die Sonne scheint und weil alle aus der Gruppe da sind.

T2: Ich fühl' mich aktiv und konzentriert und bereit für die Gruppe.

OD: Ich möchte anfangen. Ich glaub', ich hab' schon einige Schritte in die richtige Richtung gemacht. Ich spür' schon oft in mich hinein und nehme wahr, was in mir vorgeht.

T: Sie nehmen wahr, was in Ihnen vorgeht?

OD: Ja, wirklich. Ich komme mir vernünftiger vor. Ich nehme mehr wahr – in mir selber, aber auch in meiner Umgebung. Ich hab' beschlossen, mir nur mehr solche Ziele zu setzen, die in meiner Macht liegen. Ich muss aufhören, mich selbst zu bemitleiden.

T: Sie müssen aufhören, sich selbst zu bemitleiden?

OD: Ja, weil sonst fühl' ich mich mies. Das ist ja wie eine psychische Tortur.

T: Wie ist es, wenn Sie sich selbst bemitleiden?

OD: Es ist Niedergeschlagensein, Hilflosigkeit, eben ärgerlich.

T: Sie fühlen sich also niedergeschlagen, hilflos, ärgerlich?

MA: *(drängt sich dazwischen und lässt OD nicht antworten)* Das kommt davon, dass wir so oft nicht tun, was wir uns vorgenommen haben. Zum Beispiel den Bericht, den wir für unsere Abteilung geschrieben haben. Wir arbeiten ein Stück, und fast niemand liest es. Die verteilen es nicht ordentlich und die interessieren sich nicht für ernste Sachen.

T: Versteh ich das richtig: Sie fühlen sich auch hilflos und ärgerlich?

MA: Ja, mir kommt vor, dass wir für Nichts arbeiten. Wenn wir über diese Gruppe schreiben würden, über das, was hier geschieht, dann wären die vielleicht interessiert.

T: Wir haben uns alle zur Vertraulichkeit über die Gruppensitzungen verpflichtet.

MA: Das ist richtig; das kann ich schreiben. Ich muss was anderes finden.

T: Wir sollten auf das zurückkommen, was OD uns sagen will.

OD: *(scheint durch MA gar nicht von sich abgelenkt worden zu sein)* Es geht darum: Ich muss aufhören, mich selbst zu beweinen. Ich muss mir selber einen Plan machen. *(Er möchte sichtlich mit seinem Erleben in Kontakt bleiben)*

MA: Ich hab immer einen Plan. *(Er versucht zu provozieren und die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken; er fühlt sich offenbar den Anderen überlegen, er rationalisiert und vermeidet, sich wirklich zu spüren.)*

OM: Ich nehm' mir vor, Nein sagen zu können.

T: Was spüren Sie, wenn Sie Nein sagen?

OM: Das ist nicht leicht, aber es fühlt sich gut an.

T: Es fühlt sich gut an und zugleich ist es schwer für Sie?

OM: Es ist schwer, weil Nein sagen bedeutet etwas zurückzuweisen, einem Freund einen Wunsch zu verweigern. Aber ich spür' dass es für mich gut ist, ich bin wirklich ich selber ... Ich bin traurig, wenn sich Freunde über mich ärgern, aber es fühlt sich gut an, wirklich bei sich zu bleiben.

Im Rahmen unserer praktischen Arbeit sind uns folgende Aspekte besonders aufgefallen, die wir für therapierelevant halten:

- Das große Vertrauen, das die Teilnehmer – nach doch beachtlichen kommunikativen Hemmnissen zu Beginn – in die Therapiegruppe und in die Psychologinnen gewonnen haben.
- Die positive Überraschung der Teilnehmer darüber, dass die Psychologinnen kontinuierlich versuchten, die Häftlinge zu verstehen, bzw. dass die Expertinnen ihnen die Verantwortlichkeit für ihre persönliche Entwicklung voll zugemutet haben.
- Die Entscheidung der Teilnehmer, dass man aus der Therapiegruppe nur nach den obligatorischen ersten vier Sitzungen aussteigen kann.
- Das Ausmaß an individueller Empathie bei den Teilnehmern, das wahrscheinlich dadurch ermöglicht wurde, dass die Klientenzentrierte Therapie die Empathie so sehr in den Mittelpunkt stellt.
- Dass das Therapieprogramm dem Tempo und der Dauer der Veränderung der einzelnen Persönlichkeiten keine Einschränkungen auferlegt hat.

Zum Abschluss möchten wir noch anmerken, dass auch wir als Therapeutinnen in der Arbeit mit den Häftlingen vielfältige und

wichtige Erfahrungen gewonnen haben. Hervorheben möchten wir dabei, dass es uns gelungen ist, auch Zugänge zum empathischen Verstehen von zerstörerischen Impulsen, Gewalttätigkeit, Gefühlsüberschwemmungen und ähnlichen Phänomenen zu finden. Wir bereiten eine Studie über Klientenzentrierte Psychotherapie unter besonderen Bedingungen (nämlich denen einer Haftanstalt) vor, die wir dann auch Interessenten zur Verfügung stellen können.

Autorinnen

*Mihaela Eugenia Bonatiu, *1960, verh., ein Sohn, Universitätsabschluss in Psychologie und Soziologie; Gründungsmitglied der Rumänischen Gesellschaft für Klientenzentrierte Psychotherapie, Ausbildung in Gestalttherapie; Mitglied der Rumänischen Gesellschaft für Kriminologie und Strafrecht.*

*Florenta Doinita Din, *1971, Universitätsabschluss in Psychologie; Gründungsmitglied der Rumänischen Gesellschaft für Klientenzentrierte Psychotherapie, Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie, Mitglied der Rumänischen Gesellschaft für Kriminologie und Strafrecht.*

Korrespondenzadressen

*Mihaela Eugenia Bonatiu
Sector 4, Principatele Unite, nr. 33-35, et. 1, apt. 5.
Bucharest, Romania
E-Mail: bonatiumihaela@yahoo.com*

*Florenta Doinita Din
Sector 5, Popovici Nicolae, nr. 5, bl. P51, sc. 2, apt. 53.
Bucharest, Romania
E-Mail: florentadin@yahoo.com*

Magda Draskóczy

Der Personzentrierte Ansatz in Ungarn¹

Psychologie war in Ungarn zwischen 1949 und 1957 eine vernachlässigte, ja sogar verbotene Disziplin. Es waren zwar noch einige Psychologen und Psychotherapeuten tätig, die vor dem Krieg ihre Ausbildung machen konnten, die weitere Ausbildung von neuen Psychologen wurde damals an den Universitäten aber eingestellt. Diese Situation änderte sich ein wenig nach der Revolution von 1956. Eine psychologische Ausbildung wurde an *einer* Universität eingerichtet und es begannen in den frühen 60er Jahren auch psychotherapeutische Ausbildungen in Form kleiner Workshops an einigen Kliniken und in Privatwohnungen. Diese waren hauptsächlich psychoanalytisch bzw. an der Dynamischen Psychotherapie orientiert, sie wurden von Psychiatern und Psychologen geleitet, die der vor dem Krieg bestehenden Budapester Psychoanalytischen Schule angehörten. Carl Rogers und seine Ideen waren nur ganz wenigen Fachleuten bekannt, und das auch erst zu einer Zeit, als die Möglichkeiten zu professionellen Kontakten mit dem Ausland nicht mehr gänzlich eingeschränkt waren.

Die geschichtliche Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes in Ungarn

Die erste Publikation in ungarischer Sprache, durch welche Rogers' Konzepte – v. a. das der Empathie – einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht wurden, war das Buch von Béla Buda (1978) über Empathie. Es beschrieb sowohl die Entwicklung von Empathie wie auch ihre Anwendung in verschiedensten zwischenmenschlichen Beziehungen wie Unterricht, Therapie, Arbeitsbeziehungen u. a. m. Etwas später, zu Beginn der 80er Jahre war die Klientenzentrierte Therapie bereits in einem Sammelwerk über Psychotherapie (Buda, 1981) durch Beiträge von Carl Rogers und Reinhard Tausch vertreten.

Lászlo Tringer, jetzt Professor für Psychiatrie an der Medizinischen Universität Budapest, nahm Mitte der 70er Jahre mit dem Psychologischen Institut der Humboldt Universität in (Ost-)Berlin Verbindung auf, wo Prof. Helm und seine Mitarbeiter ausgedehnte Forschungsarbeiten über die Klientenzentrierte Therapie durchführten. Nachdem er seine eigene Ausbildung in Gesprächspsychotherapie absolviert hatte, begann er 1981 mit einem analogen Trainingsprogramm in Ungarn. Prof. Tringers Buch über Klientenzentrierte Therapie (Tringer, 1991) ist immer noch das

grundlegende Werk für alle Ausbildungsteilnehmer, obschon die Darstellung der Klientenzentrierten Therapie darin sehr stark von einem kognitiven Ansatz geprägt ist.

Eine ganz andere und völlig unabhängige Möglichkeit, den Personzentrierten Ansatz und Carl Rogers persönlich kennenzulernen, ergab sich 1983, als Sándor Klein einige personzentrierte Fachleute aus den USA nach Ungarn einlud. In der Folge schlug die Ungarische Psychologische Gesellschaft dem Person-Centred Approach Institut – International vor, den jährlichen Cross-Cultural Communication Workshop im folgenden Jahr in Szeged zu veranstalten. Es war dies das erste Mal, dass ein großes internationales Meeting der personzentrierten Szene hinter dem Eisernen Vorhang stattfand, und zugleich war es die erste Gelegenheit für Psychiater, Psychologen und interessierte Laien aus Ungarn und anderen „sozialistischen Ländern“ in einer offenen und persönlichen Art – die der Personzentrierte Ansatz ja ermöglicht – zusammen zu kommen. Es nahmen damals etwa 150 Personen aus Ungarn und ungefähr die gleiche Anzahl aus dem Ausland daran teil. Das Treffen war ein solcher Erfolg, dass auch 1986 ein Cross-Cultural Communication Workshop in Szeged veranstaltet wurde. Das war übrigens der letzte Workshop, an dem Carl Rogers persönlich teilgenommen hat – er starb 1987. Es fand noch ein weiterer Cross-Cultural Communication Workshop in Ungarn statt, der 1993 von Mihály Elekes in Tata organisiert wurde.

Die persönlichen Beziehungen, die während der interkulturellen Workshops geknüpft worden waren, führten dazu, dass viele Personen, die in beruflicher Hinsicht vom Personzentrierten Ansatz angezogen wurden, in kleinen Teams im Bereich der Bildung, der Psychotherapie und in anderen Arbeitsbereichen im Sinne dieses Ansatzes zu kooperieren begannen. Für einige Personen ergab sich auch die Möglichkeit, an den personzentrierten Trainingsprogrammen des Person-Centred Approach Institut – International (dem europäischen Ausbildungszentrum, das von C. Rogers, Ch. Devons-hire und A. Zucconi gegründet worden war) teilzunehmen. So absolvierten etwa 35 ungarische Psychologen, Mediziner und Angehörige anderer helfender Berufe in Frankreich eine derartige 3 Jahre bzw. 1.000 Stunden umfassende Ausbildung zwischen 1985 und 1993.

Die gegenwärtige Situation

Personzentrierte Psychotherapie

Der Personzentrierte Ansatz ist in Ungarn als eine der regulären Therapieschulen anerkannt, in welchen Doktoren der Medizin und

¹Aus dem Englischen übersetzt von Wolfgang W. Keil

Psychologen nach einer umfangreichen Ausbildung und Abschlussprüfung den Titel eines Psychotherapeuten erwerben können. Der Ansatz stellt somit eine von vielen Arten von Psychotherapie dar, die in Ungarn praktiziert werden. Er wird allerdings von einem Großteil des psychiatrischen Establishments als ein Ansatz betrachtet, welcher zwar basale nicht-spezifische Bedingungen, aber keine eigenen Konzepte für spezifische diagnostische Kategorien zur Verfügung stellt.

Viele Psychologen und Psychiater arbeiten jedoch mit der Personzentrierten Therapie als ihrer Hauptorientierung in verschiedensten Settings, in Spitälern, Ambulatorien und Privatpraxen, und zwar sowohl mit Erwachsenen wie auch mit Kindern aller Altersstufen. Andere betrachten die Personzentrierte Therapie als brauchbare Basis, die sie mit anderen psychotherapeutischen Methoden wie etwa Psychodrama, kognitiven u. a. Therapieformen kombinieren. Der Personzentrierte Ansatz wird auch über den engeren Bereich der Psychotherapie hinaus in anderen institutionalisierten Formen professioneller Hilfe als wesentliche Grundlage praktiziert, so etwa in Altersheimen, in Frauenhäusern, in Anstalten für chronisch Geisteskranke u. Ä. m.

Schülerzentrierte Schulen

In Ungarn existieren zwei Schulen für Kinder vom 6. bis zum 18. Lebensjahr, die sich selbst als schülerzentriert deklarieren. Es handelt sich um die Personzentrierte Carl Rogers-Schule in Budapest, die direkt nach der politischen Wende 1990 gegründet wurde (vgl. Gádor, 1992), sowie um die sogenannte „Bunte Schule“ in Tata. In beiden Schulen ist der Umgang mit den Schülern von Rogers' Ideen über das „Lernen in Freiheit“ inspiriert, doch sie müssen auch immer wieder darum kämpfen, eine adäquate Balance zwischen dem „Lernen in Freiheit“ und den Anforderungen des Schulsystems zu finden. Beide Schulen bemühen sich um eine integrative Ausbildung sowohl für Kinder aus Familien, die die Freiheit einer solchen Institution besonders hoch schätzen, wie auch für Kinder, die aus verschiedensten Gründen mit dem traditionellen Schulsystem nicht zurecht kommen und die hier eine tolerantere Atmosphäre zu finden hoffen.

Ausbildung

Wir haben in Ungarn zwei Arten von Ausbildungsprogrammen, die in Entsprechung zu ihren unterschiedlichen Ursprüngen bzw. zur unterschiedlichen Sozialisation des Lehrpersonals von einander unabhängig angeboten werden. Das Trainingsprogramm der Ungarischen Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und psychische Gesundheit ist von der Nationalen Kammer für Psychotherapie als Teil der allgemeinen Ausbildung zum Psychotherapeuten anerkannt. Für die Zulassung zu dieser Ausbildung ist ein universitärer Grad in einem humanwissenschaftlichen Fach (Medizin, Psychologie, Pädagogik usw.) erforderlich. Die Ausbildung umfasst 450 Stunden (150 St. Gruppen-Selbsterfahrung, 50 St. Theorie, 50

St. gegenseitige Beratung, 100 St. Therapie mit Klienten und 100 St. Supervision). Am Ende der Ausbildung muss eine Einzelfallstudie erstellt und ein theoretisches Examen bestanden werden. Für Interessenten, die ohne universitäre Vorbildung im psychosozialen Feld tätig sind, wird auch eine Personzentrierte Berater-Ausbildung angeboten. Diese Ausbildung ist praktisch mit der Therapeuten-Ausbildung identisch, es braucht jedoch keine Fallstudie verfasst werden. Dieses Curriculum besteht etwa seit Mitte der 80er Jahre und ungefähr 150 Personen haben es bis dato abgeschlossen.

Das andere Ausbildungsprogramm wurde 1993 von Mihály Elekes unter der Patronanz des Person-Centred Approach Institut – International eingerichtet. Es ist an den Prinzipien dieses Instituts und am Konzept Carl Rogers' vom Lernen in Freiheit orientiert und daher vergleichsweise viel experienzieller ausgerichtet. Das Curriculum umfasst 1.000 Stunden in einem Zeitraum von 3 Jahren, wobei die Teilnehmer selber entscheiden, welche Themen sie mit welchen Methoden erarbeiten. In den 3 Jahren sind 7 je zehntägige Intensiv-Seminare sowie etwa 12 Wochenendblöcke inkludiert. Der Schwerpunkt liegt bei diesem Programm auf der Selbsterfahrung der Grundhaltungen des Personzentrierten Ansatzes und auf persönlichem Wachstum.

Der Personzentrierte Ansatz in der akademischen Aus- und Weiterbildung

Mittlerweile sind eine Reihe von Psychologen, die im Personzentrierten Ansatz ausgebildet und erfahren sind, in der universitären Ausbildung für verschiedene professionelle Helfer (Psychologen, Sozialarbeiter, Lehrer usw.) tätig. Sie haben dort nicht nur den Personzentrierten Ansatz generell in ihren Unterricht integriert, sondern dabei auch ganz spezifische Ausbildungselemente wie etwa Encountergruppen zur Selbstentfaltung, Haltungen und Fertigkeiten professioneller Helfer, Entwicklung von Empathie oder personzentrierte Supervision entwickelt und etabliert. Außerdem gibt es in Ungarn seit 1990 eine postgraduelle Weiterbildung für psychische Gesundheit. Derzeit werden derartige Kurse an drei verschiedenen Universitäten angeboten, wobei zwei dieser Kurse von der theoretischen Grundlage des Personzentrierten Ansatzes her konzipiert sind.

Focusing

Gendlins Buch über Focusing wurde 1989 in Ungarn herausgegeben und viele Menschen haben es inzwischen gelesen und Focusing probiert. Zu einem strukturierteren Trainingsangebot zur Anwendung von Focusing kam es, nachdem eine ungarische Gruppe Mitte der 90er Jahre eine derartige Ausbildung in Holland absolviert hatte und in der Folge holländische Trainer nach Ungarn holte. Seither gab es (in Zusammenarbeit mit den ungarischen Kollegen) eine Reihe kürzerer und längerer Kurse für Focusing und viele Menschen verwenden jetzt Focusing, sei es in der Psychotherapie, sei es mit Kindern in Schulen, Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen und

bei anderen Gelegenheiten wie etwa bei Vorbereitungskursen für natürliche Geburt (vgl. dazu den Bericht von Stapert u. a. in diesem Heft).

Gordon-Training

Die ungarische Psychologin Zsuzsa Várkonyi kam Mitte der 80er Jahre mit dem Gordon Institut in den USA in Verbindung und begann 1987 mit den Gordon-Trainings in Ungarn. Inzwischen wurden die meisten Bücher von Thomas Gordon über die Trainings von Eltern, Lehrern, Managern usw. auf Ungarisch herausgegeben. Das 1990 gegründete Ungarische Gordon Institut hat inzwischen solche Kurse für nahezu 30.000 Menschen durchgeführt. Mittlerweile werden neben den Familienkonferenz-Kursen (parent effectiveness training) auch Trainings für Frauen, für zwischenmenschliche Beziehungen Erwachsener, für Jugendliche und für Paare, die ein Kind erwarten, angeboten. Einige dieser Kurse werden auch offiziell anerkannt, d. h. die Teilnahme daran wird vom Dienstgeber finanziell unterstützt; dies gilt u. a. für Lehrer, Kindergärtnerinnen, Sozialarbeiter oder auch für Zivildienstler.

Personzentrierte Vereinigungen

Die Ungarische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und psychische Gesundheit entstand 1987, zunächst als Arbeitsgruppe innerhalb der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, dann als selbständige Organisation. Ursprünglich repräsentierte sie die Gruppe der Klientenzentrierten Therapeuten, die in der (ost)deutschen Tradition ausgebildet waren. Es gab daneben eine eigene Vereinigung für die andere Gruppe, die ihre Ausbildung über das Person-Centred Approach Institut – International in Frankreich absolviert hatte. Mittlerweile ist nur mehr die Ungarische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und psychische Gesundheit tätig und sie vereint jetzt Angehörige beider Traditionen. Dazu ist es u. a. deswegen gekommen, weil diese Gesellschaft vor etwa zwei Jahren die offizielle Anerkennung der PCAII-Ausbildung durchsetzen konnte.

Unsere Gesellschaft hat nun ungefähr 100 aktive Mitglieder. Wir veranstalten jedes Jahr einen Wochenend-Workshop, welcher unseren Mitglieder sowohl die Möglichkeit zu einem Encounter wie auch zu therapeutischen Diskussionen und praktischen Demonstrationen geben soll. Darüber hinaus möchten wir jetzt die Möglichkeiten zu persönlichen Meetings erweitern, indem wir einen sogenannten Personzentrierten Club in Form eines monatlichen Abendtermins zur Erörterung persönlicher, professioneller und theoretischer Themen einrichten. Zu diesem Club sind unsere ausländischen Freunde, wenn sie gerade in Ungarn sind, immer herzlich eingeladen. Unsere Gesellschaft ist inzwischen auch Mitglied im Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (NEAPCEPC).

Literatur

- Buda, B. (1978). *Az empátia – a beleélés lélektana [Empathie – eine Psychologie der Einfühlung]*. Budapest: Gondolat.
- Buda, B. (Ed.) (1981). *Pszichoterápia [Psychotherapie]*. Budapest: Gondolat.
- Gádor, A. (1992). *A person-centred school in Hungary*. In: Fifth Forum of the Person-Centred Approach, Book of Abstracts, Terschelling.
- Pintér, G. (1989). Personenzentrierte Psychotherapie in Ungarn. *GwG-Zeitschrift* 76, 343–344.
- Tringer, L. (1991). *A gyógyító beszélgetés [Gesprächspsychotherapie]*. Budapest: MVKTE

Autorin

Magda Draskóczy, Psychologin, Ausbildungen in Personzentrierter Psychotherapie beim PCAII in Frankreich sowie in anderen Psychotherapierichtungen, Sekretärin der Ungarischen Gesellschaft für personzentrierte Psychotherapie und psychische Gesundheit, Mitglied des Vorstands des NEAPCEPC und der WAPCEPC; Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie, Unterricht, Forschung.

Korrespondenzadresse

*Magda Draskóczy
P.O. Box 149
1276 Budapest
Ungarn
E-Mail: m. draskoczy@enternet.hu*

Ladislav Timulák

Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie in der Slowakei¹

Die Ideen von Carl Rogers wie auch die Beiträge anderer Autoren wurden schon zur Zeit der früheren Tschechoslowakei für die psychotherapeutische Szene in der Slowakei relevant. Die entsprechenden Entwicklungen wurden in den wichtigen Sammelwerken zur Psychotherapie (Kondáš, 1969; Kratochvíl, 1970), aber auch in spezifisch klientenzentrierten Publikationen (Vymětal, 1973) dargestellt. In späteren Veröffentlichungen slowakischer Autoren wurde die Bedeutung der Klientenzentrierten Therapie für die Theorie der klinischen Psychologie (Kondáš, 1977) und für den Bereich der psychologischen Beratung (Koščo et al., 1980) besonders hervorgehoben.

Während der kommunistischen Ära galt Psychotherapie in den Augen der herrschenden Nomenklatura als verdächtige Tätigkeit. Dennoch haben abseits der ideologischen Kontrolle einige wichtige Entwicklungen auf diesem Gebiet stattgefunden. Dominierend war dabei eine slowakische Form der kognitiven Verhaltenstherapie („Einsichts-Therapie“ genannt), welche vom slowakischen Psychologen Ondrej Kondáš (1969) entwickelt wurde, aber auch von der eklektisch-psychodynamischen Therapie der tschechischen Autoren Skála, Urban und Rubeš beeinflusst war. Diese beiden Richtungen, die psychodynamische Therapie und die kognitive Verhaltenstherapie, beherrschen auch heute noch den Bereich der Psychotherapie in der Slowakei.

Die eigentliche Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie und die Integration ihrer Substanz in die slowakische Therapieszene ist wohl dem Psychologen Vladimír (Vlado) Hlavenka zuzuschreiben, der ursprünglich in der eklektisch-psychodynamischen Therapie ausgebildet war. Vlado Hlavenka hatte 1986 am Cross-Cultural Communication Workshop in Szeged (Ungarn)² teilgenommen. Wie er mir mitteilte (Hlavenka, persönl. Mitteilung, Januar 2004)³, blieben er und sein Kollege⁴ nur die ersten drei Tage bei diesem Workshop, weil sie das Ganze ziemlich sinnlos und peinlich fanden. Dennoch ließen ihn nach der Rückfahrt nach Bratislava (Preßburg) die lebendigen Erinnerungen an diesen Workshop nicht

los und er beschloss, umgehend wieder nach Szeged zu fahren und am restlichen Workshop teilzunehmen. In der Folge sprach ihn dort Chuck Devonshire auf die Möglichkeit an, einen ähnlichen Workshop in der Tschechoslowakei zu organisieren, was Vlado persönlich aber angesichts des damaligen politischen Kontexts für unrealistisch hielt.

Sechs Monate später gelang es jedoch J. Shlien in Verbindung mit O. Landa in Prag, die Planung eines derartigen Workshops in der Tschechoslowakei in Angriff zu nehmen, wobei dann auch Vlado mit einbezogen wurde. Es kam in der Folge 1988 zu einem viertägigen Seminar für etwa 80 tschechische und slowakische Experten in Tatras und zu einem zweitägigen Workshop für mehr als 200 Fachleute in Bratislava (Preßburg)⁵. Vlado wurde damals sogar von der kommunistischen Geheimpolizei über die Ziele dieser Workshops verhört.

Anlässlich dieser Workshops entstand die Idee einer vollständigen Ausbildung für Personzentrierte Psychotherapie. Vlado Hlavenka konnte in den folgenden Jahren eine solche am PCA Institute – International in London absolvieren. Die erste tschechoslowakische Ausbildung fand 1991–1994 statt; das war in der Tat die erste derartige Ausbildung in Osteuropa, da an ihr nicht nur Slowaken und Tschechen, sondern auch Ungarn, Polen, Russen, Bulgaren und Ukrainer, insgesamt waren es 70 Personen, teilnahmen.⁶ Bedeutsam war in diesem Zusammenhang auch der Cross-Cultural Communication Workshop 1991, der mit wesentlicher organisatorischer und finanzieller Unterstützung durch einige österreichische Kollegen⁷ und unter großer tschechoslowakischer und internationaler Beteiligung in Modra stattfand.

In der Zeit danach wurde das Institut für den Personzentrierten Ansatz (ISTER) gegründet⁸, das seither Ausbildungen in Personzentrierter Therapie anbietet. Derzeit läuft hier der fünfte Ausbildungskurs, wobei jeder Kurs von etwa 30 Ausbildungskandidaten aus der Slowakei besucht wird. Die Ausbildung dauert mindestens

1 Aus dem Englischen übersetzt von Wolfgang W. Keil.

2 Facilitatoren bei diesem Workshop waren u. a. C. Rogers, R. Sanford, J. Shlien, Ch. Devonshire und B. Brodley.

3 Fast alle Informationen, die Vlado Hlavenka betreffen, wurden vom Autor über E-Mail im Jänner 2004 eingeholt.

4 Der slowakische Psychologe Dušan Fabián.

5 Referenten und Facilitatoren waren Ch. Devonshire, V. Land-Henderson, B. Brodley, D. Buck, P. Iossifides und M. Tourrenc.

6 Als Ausbilder und Facilitatoren arbeiteten mit: Ch. Devonshire, B. Brodley, F. Zimring, N. Raskin, J. Bozarth, A. Shafer, J. Jessup (alle USA), D. Buck, J. Ellis (beide GB), P. Iossifides (GR), M. Tourrenc, O. Kaufmann (beide F), G. N. Stropeni (I), Huizinga (NL) und B. Hofmeister (D).

7 V. a. Robert Muhr, Werner Wascher und Thomas Baum.

8 Von V. Hlavenka, E. Janíková und G. Langošová,

4 Jahre und folgt dem Curriculum, das seinerzeit von C. Rogers, Ch. Devonshire und A. Zucconi im PCAI-I erarbeitet wurde. Diese Ausbildung ist mit den Kriterien der European Association for Psychotherapy kompatibel und von der Slowakischen Gesellschaft für Psychotherapie (SPS) anerkannt. Einige Trainingsprogramme dieses Instituts werden in Zusammenarbeit mit dem tschechischen Personenzentrierten Institut in Prag, dessen Direktor J. Holeyšovský ist, durchgeführt. Neben ausländischen Gästen, die zeitweilig auch als externe Supervisoren mitarbeiten, sind derzeit dort u. a. V. Hlavenka, L. Bátovská, E. Janíková, G. Langošová, H. Smitková und L. Timulák neben vielen weiteren Co-Trainern als Referenten und Facilitatoren tätig. V. Hlavenka, der einer der Direktoren dieses Instituts ist, arbeitet darüber hinaus auch in vielen Ausbildungen und Workshops (Encountergruppen) im Ausland mit.

Seit 1996 bietet auch das Institut für die Entfaltung der Person (Inštitút Rozvoja Osobnosti, IRO), mit Sitz in der slowakischen Stadt Modra, eine ähnlich aufgebaute Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie an. Dieses Institut wurde von drei Psychologen, Ľ. Dobšovi, I. Valkovi, I. Hudečková, in Zusammenarbeit mit der Heilpädagogin M. Franková gegründet. Mittlerweile läuft hier auch bereits der fünfte Ausbildungskurs. Als Ausbilder fungieren hier neben den schon beim Institut ISTER genannten Personen auch M. Elekes (Ungarn) und E. Zinschitz (Österreich). Der Leiter dieses Instituts, Ľ. Dobšovi, betreibt auch den Verlag Persona, in welchem eine Menge personenzentrierter Literatur in slowakischer Übersetzung erschienen ist. Dazu zählen die meisten Bücher von Rogers sowie Veröffentlichungen anderer Autoren⁹, die v. a. von Ivan Valkovi and Matuš Dobšovi übersetzt wurden.

Was die berufspolitische Vertretung der Personenzentrierten Therapeuten in der Slowakei betrifft, so sind diese in der Slowakischen Gesellschaft für Psychotherapie in einer eigenen Sektion für Personenzentrierte Therapie organisiert, welche auch Zertifizierung der Ausbildungsabsolventen vornimmt. Derzeit ist die Psychiaterin Eva Janíková die Vorsitzende dieser Sektion. Psychologen, die zugleich auch Psychotherapeuten sind, sind oft auch in der Sektion für Psychotherapie in der Slowakischen Psychologenkammer organisiert, welche die Ausbildung der beiden o. g. Institute ebenfalls anerkennt.

Die Personenzentrierte Psychotherapie ist außerdem auch in Form geschlossener Kurse in einigen universitären Studienrichtungen integriert. Dies ist etwa an den Psychologischen Instituten der Comenius Universität Bratislava (zuerst unter Leitung von Hlavenka, dann von Smitková), der Universität Trnava (Timulák), und der Prešov Universität (Sklenárová) der Fall.

Unser Ansatz ist auch in der einschlägigen Fachliteratur vertreten. So sind bereits etliche Artikel aus dem Bereich der Personenzentrierten wie auch der Experienziellen Therapie in tschechoslowakischen und slowakischen (z. B. Hlavenka, 1992; Karaszová, 1994;

1998; Smitková, 1997; Timulák, 1996, 1997, 1998, 1999a), aber auch in englischsprachigen (z. B. Timulák, 1999b; 2003) Fachzeitschriften erschienen. Darüber hinaus gibt es einige einschlägige Diplomarbeiten und Dissertationen sowie selbständige Forschungsarbeiten (Karaszová, 1994; Smitková, 2004; Timulák & Lietaer, 2001) zur Personenzentrierten Psychotherapie.

Neben der schon erwähnten internationalen Tätigkeit von V. Hlavenka, kann der Autor dieses Berichts auch auf seine Forschungsarbeiten in Belgien und den USA (vgl. Timulák & Lietaer, 2001; Timulák & Elliott, 2003) verweisen. Eine ertragreiche Kooperation hat sich zwischen den tschechischen und den slowakischen Psychotherapeuten herausgebildet, wie sie sich etwa in den gelegentlichen „föderalen“ Konferenzen zeigt. Die (tschechischen) Bücher von J. Vymětal über die Personenzentrierte Therapie (1996; und mit Rezková, 2001) werden auch in der Slowakei gern gelesen.

Die Personenzentrierte Therapie ist also in der slowakischen Psychotherapieszene gut etabliert. Dasselbe gilt aber auch von den in anderen Ländern nicht unbekannt vielen Missverständnissen bzw. Kritikpunkten an unserem Ansatz. Dieser wird etwa im Bereich der Psychiatrie und z. T. auch in psychologischen Kreisen oft als zu simpel, als naiv und bei schweren Störungen unwirksam angesehen. Von Seiten christlicher Fachleute (z. B. Košč, 1992) werden auch ethische Gefahren in der Hintergrundphilosophie des Ansatzes konstatiert, etwa die Förderung von narzisstischer Selbstüberhöhung oder ein verantwortungsloser Liberalismus. Der auch in der Slowakei heiß umstrittene ökonomische Druck zwingt die verschiedenen Psychotherapieformen in eine Konkurrenz um die größere Effektivität. Die Effizienz und kostenmäßige Effektivität von leicht erlernbaren, kognitiven Kurzzeit-Verhaltenstherapien stellen hier eine große Bedrohung für die an experienzieller Exploration orientierten Beziehungs-Therapien aller nicht-behavioristischen Richtungen dar.

9 U. a. Mearns, Thorne und Gordon.

Literatur

- Hlavenka, V. (1992). Slovo o moci a zodpovednosti v poradenstve a psychoterapii. *eskoslovenská Psychologie* [Gedanken zu Macht und Verantwortung in Beratung und Psychotherapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 36, 481–492.
- Karaszová, K. (1994). Príspevok ku štúdiu osobnostnej konštruktívnej zmeny u klienta v terapii zameranej na klienta. *Československá Psychologie* [Beiträge zur Untersuchung von konstruktiven Persönlichkeitsveränderungen in der Klientenzentrierten Therapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 38, 345–355.
- Karaszová, K. (1998). Prežívanie ako kľúčová oblasť zmeny v procese na človeka zameranej a experienciálnej terapie. *Psychológia a Patopsychológia Dieťaťa* [Experiencing als ein Schlüssel zur Veränderung im Prozess der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie. *Psychologie und Psychopathologie des Kindes*] 33, 264–273.
- Kondáš, O. (1969). *Discentná psychoterapia* [Einsichtspsychotherapie]. Bratislava: SPN.
- Kondáš, O. (1977). *Klinická psychológia* [Klinische Psychologie]. Bratislava: SPN.
- Košč, L. (1992). Psychológia a náboženstvo. In *Za kresťanské porozumenie človeka*. Polro enka slovenskej katolíckej akadémie. [Psychologie und Religion. In *Christliches Verständnis der Person*. Halbjahresbericht der Slowakischen Katholischen Akademie.]
- Koščo J. et al., (1980). *Teória a prax poradenskej psychológie* [Theorie und Praxis der psychologischen Beratung]. Bratislava: SPN.
- Kratochvíl, (1970). *Psychotherapie* [Psychotherapie]. Praha: Avicenum.
- Smitková, H. (1997). *Empatia v terapii zameranej na klienta*. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa* [Empathie in der Klientenzentrierten Therapie. *Psychologie und Psychopathologie des Kindes*], 32, 240–244.
- Smitková, H. (2004). *Analýza verbálnych prejavov kongruencie*. Dizerta ná práca, Univerzita Komenského Bratislava. [Analyse des verbalen Ausdrucks von Kongruenz. Dissertation, Comenius Universität Bratislava]
- Timulák, L. (1996). *Zmeny a ich význam v procese na klienta zameranej terapie*. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa* [Veränderung und deren Bedeutung in der Klientenzentrierten Therapie. *Psychologie und Psychopathologie des Kindes*], 31, 262–270.
- Timulák, L. (1997). Self v teórii a praxi na klienta zameranej terapie. *Československá psychologie* [Das Selbst in Theorie und Praxis der Klientenzentrierten Therapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 41, 235–243.
- Timulák, L. (1998). Self, emócie, a organizmické prežívanie v terapii zameranej na loveka. *Československá psychologie* [Selbst, Gefühle und organismisches Experiencing in der Personzentrierten Therapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 42, 227–234.
- Timulák, L. (1999a). Niektoré súčasné trendy v psychoterapii zameranej na človeka. *Československá psychologie* [Aktuelle Trends in der Personzentrierten Therapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 43, 481–489.
- Timulák, L. (1999b). Humility as an important attitude in overcoming a rupture in the therapeutic relationship. *The Person-Centered Journal*, 6, 153–163.
- Timuák, L. (2003). Person-Centered Therapy as a Research-Informed Approach: Evidence and Possibilities. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2.
- Timulák, L. & Lietaer, G. (2001). Moments of empowerment: A qualitative analysis of positively experienced episodes in brief person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1, 62–73.
- Timulák, L. & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression. *Psychotherapy Research*, 13, 443–460.
- Vymětal, J. (1973). Neditrektívni "Gesprächspsychotherapie" podle prof. Tausche. *Československá psychologie* [Nondirektive "Gesprächspsychotherapie" nach Prof. Tausch. *Tschechoslowakische Psychiatrie*], 69, 128–132.
- Vymětal, J., (1996). *Rogersovská psychoterapie* [Rogersianische Psychotherapie]. Praha: Český Spisovatel.
- Vymětal, J. & Rezková, V. (2001). *Rogersovský přístup k dospělým a dětem* [Der Rogers-Ansatz für Erwachsene und Kinder]. Praha: Portál.

Autor

Ladislav Timulák, PhD, geb. 1971, Psychologe, Ass. Prof. am Institut für Psychologie der Universität Trnava, Slowakei. Arbeitet in freier Praxis und als Trainer in der postgraduellen Psychotherapieausbildung (u. a. im PCA Institut – Ister). Interessensschwerpunkte: Psychotherapieforschung und verschiedene professionelle and ethische Aspekte in den Bereichen psychologische Beratung, Psychologie und Psychotherapie.

Korrespondenzadresse

Institut für Psychologie der philosophischen Fakultät
 Universität Trnava
 Hornopotocna 23
 918 43 Trnava
 Slowakische Republik
 E-Mail: ltimulak@truni.sk

Olga Bondarenko

Die Klientenzentrierte Psychotherapie in Russland: gestern, heute und morgen¹

Der vorliegende Artikel ist ein Versuch, die Situation der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland zu beleuchten. Der Bund Professioneller Psychotherapeuten in Russland veranstaltet seit zehn Jahren den jährlichen internationalen Kongress „Psychotherapie und Beratung“. Das bedeutet, dass es eine spannende und lebendige Entwicklung in der Anwendung der Psychotherapie in Russland gibt. In den Programmen dieser Kongresse scheinen verschiedene psychotherapeutische Schulen auf, aber der Klientenzentrierte Ansatz wurde dabei nie präsentiert. Dies zeigt die tatsächliche gegenwärtige Situation der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland – es fehlt die theoretische Auseinandersetzung und es gibt keine Erfahrungen in der Praxis. Gleichzeitig sind aber die Ideen der Humanistischen Psychologie in Russland sehr verbreitet; in seiner Geschichte, seiner Kultur und in der russischen „Seele“ gibt es deutliche Anklänge an Ideen von Carl Rogers.

Es stellt sich daher die Frage, warum die eigentlich so populären und verbreiteten Einstellungen keinen Niederschlag in der theoretischen Rezeption und in der Praxis der Psychotherapie fanden.

Der historische Hintergrund

In der Rezeption der westlichen Psychotherapien in Russland sind verschiedene Perioden zu unterscheiden. Freuds Lehren wurden schon 1920 in der Sowjetunion publiziert, aber 10 Jahre später durch die Sowjetregierung auch wieder verboten, weil Freuds Ansichten mit denen von Karl Marx, welche in der Sowjetunion als gültig und verbindlich angesehen wurden, unvereinbar waren.

In der Folge wurden alle Ansätze, welche auf dem psychoanalytischen Konzept basierten, in Russland nicht entwickelt, wie dies aber in Europa und in den USA stark der Fall war. Teilweise wurde der Bedarf der Menschen nach Psychotherapie durch Mittel und Methoden der Medizin gedeckt, aber Menschen, welche nicht als geisteskrank galten, sondern „nur“ emotionale persönliche oder soziale Konflikte und Probleme hatten, waren auf die Hilfe von Freunden und Verwandten angewiesen und es gab keine Möglichkeiten für professionelle Beratung oder Therapie.

Ab etwa 1970 drangen jedoch Informationen über moderne westliche Theorien und Methoden der Psychotherapie nach Russland hinein. Es war insofern ein „Eindringen“ als diese Konzepte in den offiziellen Lehrprogrammen der Psychologie an den Universitäten nicht vertreten waren. Das war auch die Zeit, in der ich mein Studium an der Psychologischen Abteilung der Lomonosow Staatsuniversität in Moskau begann. Deutlich erinnere ich mich daran, wie die Informationen über psychotherapeutische Methoden förmlich in der Luft lagen und sich in inoffiziellen Papieren und Arbeitsgruppen niederschlugen. Dieses neue Wissen war wie eine große Entdeckung für uns, denn dadurch öffnete sich das Tor in eine Welt der angewandten Psychologie, welche auch eine Antwort auf die wirklichen Bedürfnisse der Menschen geben kann. Die Informationen kamen vor allem aus Polen, Ostdeutschland und Litauen. Das damals vermittelte Wissen bildete die Grundlage für das rasch ansteigende Interesse an den westlichen psychotherapeutischen Methoden.

In der Gesellschaft Russlands entwickelten sich nach dem Zusammenbruch des totalitären Regimes neue soziale Beziehungen, die offener waren und Entwicklungen nicht mehr so leicht vorhersehen ließen, wie es in den Jahren davor der Fall war. Gleichzeitig damit entstanden aber auch neue Probleme für die Menschen, persönliche, soziale und berufliche, die Abhilfe durch professionelle psychologische Beratung und Therapie benötigt hätten.

1986, nach der Perestroika, kamen viele prominente Psychotherapeuten aus Europa und den USA nach Russland, speziell nach Moskau und St. Petersburg.

Der Besuch von Carl Rogers in Moskau 1986 war das größte Ereignis für die gesamte Gemeinschaft der Psychologen in der Sowjetunion. Alle russischen Psychologen erinnern sich an das Treffen mit ihm als eine große, unvergessliche Erfahrung in ihrem persönlichen und beruflichen Leben. Dies auch deshalb, weil sich die russische Wesensart in den Ideen von Carl Rogers wiederfindet, und die Begegnung damit eröffnete ihnen eine willkommene Perspektive dafür, wie sie sich eine angewandte Praxis der Psychotherapie vorstellen konnten. Vor dem Besuch von Rogers gab es über die Humanistische Psychologie nur ein theoretisches Wissen aus den Büchern. Die Psychologen in Russland hatten die Ideen von der Einzigartigkeit der Person und ihrer Potenziale, von der Kongruenz als Basis von wahrhaftigen Beziehungen ohne Schwierigkeiten

1 Aus dem Englischen übersetzt von Ulf Lukan.

akzeptiert, aber sie hatten bis dahin keine Erfahrung in der Umsetzung dieser Haltungen im Alltag und in einer beratenden und therapeutischen Praxis. Durch den Besuch von Rogers in Russland kam es zu einer Neubewertung der praktischen Anwendbarkeit der Klientenzentrierten Therapie. Der Einfluss, den der Ansatz von Rogers auf die russische Psychologie und Psychotherapie ausübte, liegt aber noch mehr in einer geistigen, moralischen und ideologischen Bestätigung als allein im praktischen Bereich, da dieser Zugang in hohem Maße der russischen Mentalität entspricht und humanistische Traditionen sich seit langer Zeit in der russischen Literatur und Philosophie finden.

Das gegenwärtige Missverstehen der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland

Gegenwärtig existieren noch immer riesige Divergenzen zwischen der Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie und ihrer Rezeption bzw. praktischen Anwendung in Russland. Daraus resultieren folgende Schwierigkeiten und Missverständnisse:

Missverständnisse bezüglich der grundsätzlichen Rogerianischen Auffassung von Empathie, bedingungsloser Wertschätzung und Kongruenz bei russischen Therapeuten.

- Therapeuten setzen in der Beziehung zu Klienten oft Sympathie oder Mitleid anstelle von Empathie ein. Durch ein „schnelles Verstehen“ des Klienten und durch unkritische Beipflichtungen entsteht eine nur oberflächliche Ebene des Gesprächs und der Beziehung bzw. ein empathisches Verstehen kann sich nicht wirklich entwickeln.
- Anstelle von bedingungsloser Wertschätzung zeigen Therapeuten oft Nachgiebigkeit, Fürsorge und unkritisch positive Einschätzung des Klienten. Dadurch kann der Klient seine negativen Gefühle nicht genügend ausdrücken und kommt nur schwer in Kontakt mit sich selbst.
- Die Kongruenz als Haltung des Therapeuten wird nicht verstanden bzw. in der Praxis vernachlässigt. In Folge dessen ist der Therapeut aber mit sich selbst nicht in Kontakt und reflektiert daher auch seine Gefühle und Körperempfindungen in der therapeutischen Beziehung mit dem Klienten nur ungenügend, und auch der therapeutische Prozess als Ganzes kann nicht ausreichend reflektiert werden.

Die falsche Annahme, dass Konfrontationen und Konflikte von einer therapeutischen Beziehung ausgeschlossen seien, und dass der Klientenzentrierte Therapeut während der gesamten Therapie freundlich und höflich zum Klienten sein müsse.

Dadurch ergeben sich künstliche, nicht-lebendige Beziehungen mit dem Klienten und der Klient muss annehmen, dass dies, im Unterschied zum wirklichen Leben, das Wesen einer therapeutischen Beziehung sei.

Manche Therapeuten sind der Meinung, dass die Klientenzentrierte Therapie nur für intelligente und gebildete Menschen geeignet sei, welche der Reflexion ihrer inneren Welt fähig sind. Dadurch schränken sie die Anwendung dieses Ansatzes ein.

Die Fehlannahme, dass der Klientenzentrierte Ansatz zwar am Beginn einer Therapie bzw. für die Herstellung des Kontakts und des Vertrauens produktiv und nützlich sei, nicht aber für die Entwicklung des gesamten therapeutischen Prozesses.

Der Irrtum, dass es für Therapeuten nicht notwendig sei, eine spezielle Ausbildung in Klientenzentrierter Therapie zu machen, um diese an Klienten anzuwenden.

Es wird angenommen, dass diese Therapie sehr einfach in ihrer Anwendung sei, und dass jeder, der sie verwenden will, dies auch ohne spezielles Wissen tun kann. Tatsächlich sind viele russische Therapeuten davon überzeugt, dass sie schon immer Klientenzentrierte Therapie angewandt hätten, ohne dass sie aber je in diesem Zugang eine Ausbildung gemacht hätten.

Es existiert die irrige Meinung, dass die Klientenzentrierte Therapie in der Nähe von religiösen Orientierungen anzusiedeln sei.

Die Meinung, dass die Klientenzentrierte Therapie so sehr in der Persönlichkeit von Rogers wurzeln würde, dass niemand anderer es gleich machen und ähnlich gute Ergebnisse haben könne. Es gäbe keine spezielle, lehrbare klientenzentrierte Technik, sondern die Persönlichkeit von Rogers sei das Hauptinstrument dieser Therapie.

Die Befürchtung vieler Gefahren durch eine vermeintliche passive Haltung und Inaktivität des Therapeuten. Es gäbe keine Anleitungen, Strukturen und Techniken für Krisensituationen, welche aber in der Therapie oft benötigt werden.

Die Situation in Russland zeigt insgesamt also folgendes Bild:

- Es existiert eine große Divergenz zwischen der guten Resonanz auf die Ideen von Rogers in der russischen Mentalität und der Enttäuschung, welche aus dem Versuch der praktischen Anwendung dieser Ideen resultiert.
- Es gibt kein ausreichendes Wissen über die praktische Anwendung der Klientenzentrierten Therapie. Basierend auf einem nur oberflächlichen Verständnis kommen viele Therapeuten zu der Schlussfolgerung, dass die Praxis der Klientenzentrierte Therapie nicht wirklich produktiv sei und daher in der Psychotherapie in Russland keine Verbreitung finden kann.
- Es gibt kein genaues Wissen über neuere Tendenzen und Aspekte der Entwicklung in der Klientenzentrierten Therapie.
- Es gibt keine Ausbildungsprogramme für Klientenzentrierte Psychotherapie in Russland.

Der Beginn einer Zukunft

Ein bis zum heutigen Tage herausragendes Ereignis für die Gemeinschaft der russischen Psychotherapeuten ist der Beginn der Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie in Russland, nach Standards, die denen von Ausbildungen in Europa entsprechen. Durch eine Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Gesprächsführung (ÖGwG) wurde im November 2000 in Moskau ein Langzeit-Ausbildungsprogramm begonnen, welches noch immer im Gang ist. Professionelle österreichische Therapeuten² sind Leiter dieser Ausbildung für russische Psychologen. Das Ausbildungsprogramm beinhaltet die Theorie und Praxeologie der Klientenzentrierten Psychotherapie, Gruppenselbsterfahrung, Eignungstherapie, Praxis und Supervision. Im gegenwärtigen Russland ist dies etwas gänzlich Einzigartiges und die erste Erfahrung mit einem Ausbildungsprogramm in Klientenzentrierter Psychotherapie.

Persönliche Eindrücke aus dieser Ausbildung

Als ein Mitglied dieser russischen Gruppe konnte ich während der bisherigen Ausbildung folgende, für mich bemerkenswerte Erfahrungen machen:

- Eine große Überraschung für mich war die Erfahrung, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich, dem Mutterland der Psychoanalyse, so stark verbreitet ist.
- Die Klientenzentrierte Psychotherapie hat sich weltweit inzwischen intensiv in verschiedene Richtungen weiterentwickelt, wobei auch speziell klinische Aspekte jeweils einbezogen werden.
- In die Klientenzentrierte Psychotherapie sind auch Ideen aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen eingeflossen, ohne dass dabei die eigene Identität verloren gegangen wäre. Sie erscheint mir als eine Methode, welche mit ihren eigenen Wurzeln, ihrer Geschichte und Entwicklung, ihren Prinzipien und Grundpositionen, doch auch wichtiges klassisches und modernes Wissen von anderen therapeutischen Ansätzen teilweise integriert hat.
- Bezüglich des Prozesses in der Klientenzentrierten Psychotherapie war es für mich überraschend festzustellen, dass der Therapeut Konfrontationen und produktive Konflikte wirkungsvoll und nutzbringend für den Klienten einsetzen kann.
- Die Grundzüge eines tieferen und differenzierteren Verständnisses für das Wesentliche in den entscheidenden Variablen, der Empathie, der bedingungslosen Wertschätzung und der Kongruenz. Hervorheben möchte ich hier das Konzept einer hermeneutischen Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in der

durch das zusätzliche Verständnis für den biographischen Kontext des Klienten sowie durch „mitfühlendes (klinisches) Wissen“ ein tieferes Verständnis für dessen Inkongruenzen ermöglicht wird. Dies verhilft zu einer Akzeptanz dessen, worauf bislang noch nicht mit positiver Wertschätzung reagiert werden kann. Wolfgang Keil (1996) hat speziell den Wert des Nicht-Akzeptierten und Nicht-empathisch-Verstandenen betont – als Schlüssel zu einem hermeneutischen Verständnis von Ursprung und Bedeutung der Inkongruenzen des Klienten und damit als Spur zum Authentisch-Subjektiven.

Durch diesen zweiten Anlauf in der Rezeption der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland, der über eine emotionale positive Reaktion hinausgeht und eine tiefergehende Rezeption der Theorie und Praxis darstellt, entsteht zur Zeit eine neue und erstmals eine russische Generation von ausgebildeten Klientenzentrierten Psychotherapeuten, welche die zukünftige Basis dieser Therapie in Russland darstellen wird.

Literatur

- Keil, W. W. (1996). Hermeneutic empathy in client-centered therapy. In U. Esser, H. Pabst & G.-W. Speierer (eds.), *The power of the person-centered approach* (p. 65–80). Köln: GwG.
- Kote, M. & Liders, A. G. (Hrsg.) (1998). Vlijanie covremennoi amerikankoi psichologii na prakticheskiju psichologiju v Rossii [Der Einfluss der modernen amerikanischen Psychologie auf die praktische Psychologie in Russland. Gesammelte Interviews mit russischen Psychotherapeuten]. *Jurnal prakticheskogo psichologa [Journal für Praktische Psychologie]*. 1998, Moskau, 220. (Nur in Russisch)

Autorin

Olga Bondarenko, 1954, Ass. Prof. für Psychologie an der Nizhniy Novgorod Staatsuniversität, absolvierte eine Ausbildung in Person-Centered Expressive Art Therapy bei Natalie Rogers und entwickelte ein Trainingsprogramm für Studenten in personenzentrierter Beratung, welches sie auch 2002 am Carl R. Rogers Symposium in La Jolla vorstellte. Zur Zeit nimmt sie an einem Forschungsprogramm am Department of Counseling/Human and Organisational Studies an der George Washington Universität in den USA teil.

Korrespondenzadresse

*Dr. Olga Bondarenko
Nevzorovih 82–19
603024 Nizhniy Novgorod, Russland
E-Mail: boolga2003@yahoo.com*

2 Dr. Norbert Stölzl, Edwin Benko, Dr. Ulf Lukan, Dr. Christoph Fischer, Dr. Joachim Sauer, Lore Korbei, Mag. Wolfgang Keil, Dr. Hiltrud Gruber, Ilse Papula und Dr. Helmut Schwanzar.

Sonja Kinigadner

Klientenzentrierte Therapie-Ausbildung in Rumänien

Bericht über ein Projekt der ÖGwG¹

Rumänien, das ist das Land, das man bei uns in Österreich mit dem Plakat mit dem verwahten Straßenkind in Verbindung bringt, das man von Spendenaktionen für Waisenkinder, von Überschwemmungen im Donauebiet kennt, und vom Antrag auf Mitgliedschaft in der EU mit einer Rückstellung bis 2007, weil die Aufnahmekriterien vorher nicht erreicht werden können. Weiter entfernt denkt man an Deutsche in Siebenbürgen, Rumänien nahe der Habsburgermonarchie, Bukarest als Paris des Ostens und die weltberühmten Klöster. Dass es dort eine interessante Psychotherapieszene geben könnte, hätte vor 1997 wohl niemand von uns in Erwägung gezogen.

Die ersten Kontakte, die in der Folge zu unserem Ausbildungsprojekt führten, hatten rumänische Fachleute aus dem psychosozialen Bereich mit einer österreichischen Kollegin², die nach der Wende im Rahmen von Managementtrainings öfter in Rumänien zu tun hatte. Die Idee eines derartigen bilateralen Projekts war schon vorgegeben durch analoge Aktivitäten der ÖGwG und vieler anderer österreichischer Psychotherapievereine in der Ukraine (vgl. Keil, 2001) und durch den Kontakt mit Repräsentanten osteuropäischer Verbände bei den Weltkongressen für Psychotherapie in Wien.

Die Konkretisierung des Projekts in Rumänien war zunächst jedoch ziemlich schwierig. Unerwartet langsam formierte sich die Gruppe der Ausbildungs-Interessenten, zögerlich („da wird nichts draus“) begannen die ersten organisatorischen Schritte. Erst Ende August 1999 packten die ersten beiden Trainerinnen ihre Koffer für die Reise hinter den (nicht mehr eisernen) Vorhang. Die Bezahlung des Fluges, der Nächtigung und des Essens sollte Beitrag der Rumänen sein, darüber hinaus arbeiteten die Trainerinnen und Trainer ohne Honorar, ähnlich wie auch in den anderen Ländern³. Aufgrund der Gerüchte über das Land ließen die ersten Trainerinnen die teuren Kostüme zuhause und brachten statt dessen Flipchart-Papier, Schreiber und jede Menge Artikel-Kopien mit.

In englisch. Alle sollten diese Sprache gut sprechen, manche auch deutsch, eine Übersetzung von Muttersprache in Muttersprache schien nicht notwendig und auch zu teuer. Der Empfang am Flughafen (es saßen nicht die verwahten Kinder von den Plakaten herum) war herzlich, ein bildschöner Mann und eine bildschöne Frau nahmen die Österreicherinnen an der Hand zur Fahrt durch die Stadt: Wechselnde Szenerie vom Anblick monumentaler Triumphportale, Villen und Avenues hinein in die Nachkriegszeit (so wie wir sie von den Bildern oder vom Bahnhof Landstraße in Wien kennen), zurück zum Glaspalast einer Bank und vorbei an Marktständen, wo deutlich verarmte und auch potentere Bauern Gemüse, Blumen und Früchte anboten und Kinder vor der Bäckerei die Hand hinhielten. In der unglaublich schönen und verwahten Altstadt im dritten Stock die geräumige Wohnung mit leerem Kühlschrank (am Morgen stolpern die zwei Trainerinnen über einen Nachtschläfer neben dem Eingang).

Das Seminar findet im Psychiatrischen Krankenhaus statt. Niemand würde dem Gebäude ansehen, dass dort Leute gesund werden können. Drinnen haben Künstler die Hand angelegt und alles verschönert. Man sitzt auf rotem Samt und die Trainerinnen sind underdressed: Alle Gruppenmitglieder sind schick gekleidet (wer in Rumänien kann, der gibt sein letztes Geld für Outfit aus), sehr belesen in Belletristik und Philosophie und ausgestattet mit einer enormen Lernbegierde. Flipchart-Papier und Fotokopien sind erhältlich, es dauert nur ein bisschen.

Die Woche verläuft gut, alles was man anbietet, fällt wie Regen auf trockenen Boden, eine Erholung gegenüber den Ausbildungen in Österreich, auch etwas, was skeptisch macht. Am Ende des Trainings wird das Geld für die Flugtickets übergeben: In 10-Euro-Scheinen, so als ob die Sparschweine geplündert worden wären. Ein Psychologe oder eine Psychiaterin verdienen in Rumänien 150 Euro im Monat.

Inzwischen (Frühjahr 2004) ist die Ausbildung beinahe abgeschlossen, intensive Kontakte konnten sich entwickeln, viel wurde vermittelt und gelernt. Rumänien und seine Menschen haben tief empfundene Konturen bekommen, auch daran zu merken, dass alle Ausbilderinnen und Ausbilder sich mindestens zweimal für einen Ausbildungsblock zur Verfügung stellten. Und auch die Herbeite von Bukarest lockerte sich: „Es ist schön, durch die Innenstadt zu gehen, die Antiquariate zu besuchen, in einem schönen alten Hof

1 Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung.

2 Dr. Ilse Schneider, Klinische Psychologin und Klientenzentrierte Psychotherapeutin in Wien, hat dem Lehrpersonal der ÖGwG die Entwicklung eines Ausbildungsprojekts in Rumänien nahe gebracht.

3 Bei den Ausbildungsprojekten der ÖGwG in der Ukraine und in Moskau (vgl. zu Letzterem den Bericht von Norbert Stölzl in diesem Heft).

Bier zu trinken und so auch sehr schöne Seiten von Bukarest zu erleben“ meint etwa Lore Korbei⁴.

Geschichtlicher und politischer Hintergrund Rumäniens

Rumänien ist Teil der ältesten Kulturlandschaften Europas: Schon vor 100.000 Jahren besiedelten nachweislich Menschen den Donauraum, ab 6000 v. Chr. kamen Indoeuropäer ins Gebiet, ab 29 v. Chr. gerieten die Bewohner, vornehmlich Geto-Daker, die bereits einige Städte gegründet hatten, unter die Herrschaft der Römer. Nach der Teilung des Römischen Reiches 395 n. Chr. lag das heutige rumänische Staatsgebiet im Einflussbereich der byzantinisch-orthodoxen Kirche. Hunnen und Slawen drangen im 6. Jh. vor, Magyaren ab 1000 n. Chr. Ab diesem Zeitpunkt spricht man auch von der Gruppe der Rumänen. Kurz nach der Entstehung und Einigung der beiden Kleinstaaten Walachei und Moldau Mitte des 14. Jh. gerät das Gebiet unter Osmanische Herrschaft. Mit Hilfe der Habsburger gelingt die Befreiung, dafür geht die Kleine Walachei an die Habsburger, die Siebenbürger Deutschen werden angesiedelt. Es folgen lange Machtkämpfe zwischen Habsburgern, Russen und Türken. 1859 werden die einzelnen Landesteile unter dem Namen Rumänien und mit Bukarest als Hauptstadt geeint. 1920 hat Rumänien seine größte Ausdehnung: Walachei, Moldau, Dobrudscha, Transsilvanien mit Banat, Maramuresch, Bukowina und Bessarabien gehören zum Staatsgebiet. Rumänien war Teil der siegreichen Entente. Eine böse Geschichte beginnt 1938 mit einer Königsdiktatur, ab 1941 fortgesetzt durch die Militärdiktatur Antonescus und mit nationalistischen Minderheitenverfolgungen gegen Roma und Juden: 100.000 Menschen sterben. Der prodeutsche Kurs wird zugunsten eines prosovjetschen aufgegeben, Rumänien fällt unter den Einfluss der Sowjetunion und muss enorme Reparationszahlungen leisten. Es bleibt aber innerhalb der Warschauer-Pakt-Staaten blockfrei. Ceaușescu übernimmt die Macht und führt einen perfekten Überwachungsstaat ein, lässt Dörfer zerstören und Prestigeobjekte wie das Haus des Volkes bauen, während das Land hungert. Ihm ist die unendliche Armut und Verwahrlosung des Landes zu verdanken. Mit der allgemeinen Umwälzung in den Ostblockstaaten kommt auch Ceaușescu zu Fall und wird gemeinsam mit seiner Frau hingerichtet. Iliescu wird gewählt, seine Politik ist zunächst ähnlich unterdrückend wie die seines Vorgängers, erst jetzt im dritten Anlauf und nach einer zeitweiligen erschreckenden Zunahme nationalistischer Kräfte gelingt eine Reformpolitik mit zaghaftem Erfolg. Rumänien ist nun Beitrittskandidat für die Europäische Union.

4 Vom Lehrpersonal und weiteren ÖGwG-Mitgliedern haben in Rumänien mitgearbeitet: Crista Gutmann, Renate Hensle, Sonja Kinigadner, Kuno Klein, Hildegard Köhler, Lore Korbei, Thomas Rudolph, Jochen Sauer, Hans Wolschlagler, Elisabeth Zinschitz; Koordinatorin des Projekts ist Sonja Kinigadner

Organisation und Teilnehmer der Ausbildung

Die hier beschriebene Ausbildung ist eine Kooperation zwischen der Romanian Association of Psychotherapy, deren Präsidentin Ileana Botezat Teilnehmerin der Ausbildung ist, und der ÖGwG. In Österreich gibt es eine Projektleiterin, in Rumänien ebenfalls, allerdings in wechselnder Besetzung. Die Organisation läuft über E-Mail.

Innerhalb von fünf Jahren finden zweimal jährlich fünftägige Trainings statt, geleitet von jeweils zwei Mitgliedern des Lehrpersonals der ÖGwG. Im Sommer 2003 reisten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in zwei Gruppen für Supervision, Selbsterfahrung und theoretische Fortbildung nach Österreich. Dieses Service samt den Kosten für die Unterbringung wurde ebenfalls von Mitgliedern des Lehrpersonals der ÖGwG getragen. Alle Ausbilderinnen und Ausbilder stellten sich somit für zwei Trainingswochen und z. T. zusätzlich für die Supervisionswoche zur Verfügung. So wurde die gesamte Ausbildung im Rahmen der ÖGwG abgewickelt, allerdings haben auch Trainer und Trainerinnen der schweizerischen und deutschen Schwestergesellschaften ihre Unterstützung angeboten.

Die Gruppe der Ausbildungskandidaten stabilisierte sich erst ab dem 3. Trainingsblock. Seither nehmen 14 Personen am Training teil, alle aus der Berufsgruppe der Psychiater und Psychologinnen. Der Großteil der „älteren“ Trainees ist in 2–3 Berufen gleichzeitig engagiert, da das Einkommen aus einer Anstellung kaum ausreicht, die Lebenshaltungskosten zu decken, wie z. B. Rodicka Schrevel schreibt: „I work in my private practice. When I worked in the psychiatric hospital as psychiatrist I had neither time nor payment for this sort of activity.“

Viele der Gruppenmitglieder betreiben also eine private Praxis, zwei sind Leiter eines Medical Care Centers, zwei Frauen arbeiten im Gefängnis. Ein junger Psychologe ist auch im Sportbereich tätig, mit Jugendlichen haben zwei weitere Gruppenmitglieder zu tun. Eine Psychologin arbeitet mit Personen mit neuromotorischen Behinderungen und in einem angeschlossenen Kindergarten für geistig behinderte Kinder.

Die Ausbildungsinhalte

Inhaltlich folgten die Trainings in etwa dem Ablauf der Ausbildung in Österreich. Da alle Ausbildungskandidaten in einschlägigen Berufen arbeiten und zum Teil in anderen Psychotherapierichtungen Vorbildung hatten, wurden die Inhalte verdichtet und weit rascher als in Österreich „Handwerkszeug“ vermittelt, wenn auch in den ersten Trainings die Selbsterfahrung und Selbstreflexion im Vordergrund standen. Es war deutlich zu bemerken, dass das Mitteilen und Reflektieren der Selbsterfahrungen in einer fremden Sprache seine Grenzen hat.

Die Themen der Ausbildungsblöcke waren in etwa die folgenden:

Training 1: Kennenlernen, Auseinandersetzung mit den Glaubenssätzen über die Personzentrierte Psychotherapie inklusive Selbsterfahrung darüber, Bearbeitung basaler Texte von Rogers, Arbeitsgruppenbildung, Ausbildungsvertrag.

Training 2: Selbsterfahrung in Bezug auf das eigene Gewordensein und den familiären Hintergrund, erneute Gruppenbildung, da einige Teilnehmer ausgeschieden und neue hinzugekommen waren.

Training 3: Therapiebeginn, Erstgespräch, Diagnostik.

Training 4: Personzentrierte Entwicklungspsychologie und Krankheitslehre; – Autonomie und Beziehung; Empathie und Kongruenz; Unterscheidung von Interventionen aus der Kongruenz heraus zu Interventionen aus der Inkongruenz, Interventionen aus dem Erfahrungsbestand.

Training 5: Entwicklungspsychologie, Focusing, Übungsgespräche mit dem Schwerpunkt auf „saying-back“, Gruppenkohäsionsübungen und Supervision.

Training 6: Krankheits- und Störungslehre.

Training 7: Diagnosestellung: Formen der psychischen Störungen und störungsspezifische Therapieplanung und spezifische Interventionen, Präsenz als therapeutische Haltung, Krisenintervention, Supervision.

Training 8: Fortsetzung der Themen von Training 7, Supervision.

Training 9: Psychiatrie: Psychose, Schizophrenie, Prä-Therapie, Gruppenarbeit, Supervision, sehr viel Austausch über die Praxis und die Arbeit mit den diversen Klienten und Arbeitsfeldern (Gruppentherapie im Gefängnis, im ambulanten Bereich usw.).

Training 10: (Mai 2004) Abschluss.

Unterschiede zu den Ausbildungen in Österreich

Die Unterschiede zwischen den Ausbildungen in Rumänien und in Österreich kann man

1. unter einem strukturellen Gesichtspunkt sehen: was den Unterschied in der Organisation und in den Bedingungen ausmacht, unter denen die Ausbildung abgehalten wird und
2. an den kulturellen Verschiedenheiten der Menschen hier und dort festmachen.

Der Unterschied in der Organisation und seine Auswirkungen

Unentgeltlichkeit

Flüge und Spesen der Ausbildung in Rumänien werden bezahlt, unentgeltlich sind die Seminare selbst und die mitgebrachten Materialien. Wie auch bei den anderen Ausbildungen in Osteuropa lässt dies leicht die Balance verrutschen in Richtung Bittsteller und großzügige Spender, erfordert immer wieder eine Reflexion von Anspruch (was dürfen sich die Rumäninnen an Anspruch erlauben

dafür, dass sie nichts zahlen?) und Investment (was an Entgegenkommen und immaterieller Versorgung erwartet man sich als Trainer zum Ausgleich?).

Sprache

Im Gegensatz zu den Ausbildungen in der Ukraine und in Moskau gab es keine professionelle Übersetzung. Die Seminarsprache war und ist englisch. Für einige Trainer und einige Gruppenmitglieder wurde von anderen Gruppenmitgliedern übersetzt, die meisten verstehen jedoch ausreichend englisch. Der Vorteil des Arbeitens ohne Übersetzerin ist die größere Unmittelbarkeit und raschere Abwicklung von Dialogen. Der Nachteil liegt natürlich darin, dass es schwierig ist, sich in einer fremden Sprache über sehr persönliche Themen, die normalerweise in der Muttersprache repräsentiert sind, unterhalten zu müssen. Hans Wolschlagel sieht die bessere sprachliche Verständigung darin, dass sich in der Muttersprache viele Aspekte allein schon aus der Ausdrucksweise ergeben und damit eine viel differenziertere Bearbeitung der Fälle möglich wird.

Fremdheit der TrainerInnen vor Ort

Üblicherweise werden in Österreich Seminarort und Wohngelegenheit von den Trainerinnen ausgesucht, um eine gewisse territoriale Souveränität und Bequemlichkeit während der fordernden Seminarzeiten zu haben. In Bukarest sind es die Ausbildungskandidatinnen, die wissen, wie man zu einem U-Bahnticket kommt, welches öffentliche Verkehrsmittel zum Seminarort führen würde, die die Trainerinnen mit dem Auto abholen und wieder heimbringen und sagen können, wo man zu Milch und Brot kommt. Elisabeth Zinsschitz beschreibt dies mit eigenen Worten: „Die Trainer sind mehr angewiesen auf die Ausbildungsteilnehmer, da sie von ihnen untergebracht werden, sich in Bukarest nicht auskennen und (auf sie) als Dolmetsch angewiesen sind.“

Geringere Kontinuität

Zwei Ausbildungswochen im Jahr, der Kontakt eines jeden Trainerpaars mit der Gruppe nur einmal alle 2 Jahre, dichter wird es nicht. Lore Korbei vermerkt: „Bei uns haben wir mehr Ausbildungszeit und ich habe in Lemberg, Moskau und Bukarest sehr oft das Gefühl, mich beeilen zu müssen und noch ganz schnell bestimmte Themen unterbringen zu müssen“. Rasch werden Ausbildungsinhalte vermittelt, Kompaktseminare mit verdichteten theoretischen Inputs fehlen, persönliche Inhalte, die durch die Ausbildung auftauchen bzw. die Reflexion darüber, müssen mindestens ein halbes Jahr warten und dann mit neuen Trainern besprochen werden. Speziell zu Beginn waren Bindung und Verbindlichkeit gestört, was z. B. in der Vernachlässigung der Berichterstattung über die Regionalgruppenarbeit zu bemerken war. Andererseits entwickelt die Gruppe dadurch auch eine hohe Eigenständigkeit. Erschwerend war natürlich der Mangel an erfahrenen Lehrtherapeuten und Supervisoren im Land selbst.

Lehrtherapie und Supervision

Ein wirkliches Problem ist die Lehrtherapie, denn trotz der großzügigen Regelung, die Eigenterapie auch bei Psychotherapeuten anderer Richtungen machen zu können, konnten nicht alle Gruppenmitglieder zu einer Lehrtherapie kommen. Hans Wohlschlager meint, dass darüber hinaus auch die Auseinandersetzung mit der Praxis und vor allem die Supervision im Gegensatz zu Österreich viel zu kurz kommen.

Der kulturelle Unterschied und seine Auswirkungen

Freundlichkeit und Gastfreundschaft

„Mir kommt vor, dass die Leute außerordentlich zuvorkommend sind, was mich manchmal an ihrer Kongruenz zweifeln lässt.“ Damit drückt Elisabeth Zinschitz wohl die Erfahrung aller Trainerinnen und Trainer aus. Lore Korbei charakterisiert einen anderen Aspekt dabei: „Mir kommt es immer so vor, als ob bei uns die Menschen blasierter und desinteressierter wären.“

Engagement

Alle Trainerinnen und Trainer waren vom großen Engagement der Teilnehmer trotz aller ihrer Schwierigkeiten (Geldmangel, Traumata, mangelhafte Akzeptanz in der Bevölkerung, wirtschaftliche Bedingungen) äußerst beeindruckt. Hans Wolschlager hat es so ausgedrückt: „Die Gruppe ist sehr motiviert und lernbedürftig, sie unternehmen sehr viel, um sich z. B. Supervision zu holen.“ Das betrifft m. E. auch die Lernkultur: So sehr ich Kritikfähigkeit schätze, ist es doch auch wohltuend, etwas vermitteln zu können, das einfach einmal interessiert und mit offenem Geist aufgenommen wird. Man könnte sagen, das „Ich-lass-mir-nicht-alles-Erzählen“ und das Selbstständigkeitsstreben stehen in Rumänien nicht so im Vordergrund wie bei uns.

Schwere Arbeit

Die Bedingungen, unter denen die Ausbildungsteilnehmerinnen in ihren Jobs arbeiten, sind unvergleichlich schwieriger als in Österreich: Schlechte Ausstattung, kaum Geld und von den Umweltbedingungen sehr viel schwerer traumatisierte Menschen als das heute noch in Österreich möglich wäre. Für Lore Korbei und Jochen Sauer wurde ein Besuch in einem Psychiatrischen Krankenhaus organisiert, der beiden eindrücklich in Erinnerung geblieben ist: „Großartig fand ich den Nachmittag, den sie in Ninis Krankenhaus gestaltet haben – vor allem den Ernst, die Bemühung und auch die Schwere ihrer Fälle.“

Authentizität und Vorsicht

Alle Trainerinnen und Trainer bemerkten die große Vorsicht im authentischen Sich-Präsentieren, wie z. B. Elisabeth Zinschitz kommentiert: „Allerdings ist das Sich-Zeigen in Bukarest, glaube

ich, belasteter durch die jahrelange Einübung in ein Sich-nicht-Zeigen.“ Ähnlich urteilt Lore Korbei: „Ich glaube, dass in Österreich insgesamt doch weniger Angst herrscht, sich selbst zu zeigen. Bei uns gibt es Angst in Bezug auf das Selbstkonzept, in Rumänien aber mehr existenzielle Angst aufgrund des Traumas der gesamten Bevölkerung.“

Motive und Resonanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Als ursprünglichen Grund, ein derartiges finanzielles wie auch zeitliches Abenteuer einzugehen, um zu einer Ausbildung zu kommen, geben die Teilnehmer ähnliche Gründe an, wie sie auch Österreicher erwähnen würden:

- „After working for over 20 years in a clinical setting mainly with psychotropic medication I felt the need to communicate with my patients by psychotherapeutic methods. Client-centered psychotherapy is a method I appreciate and that I feel comfortable with.“
- „The main reason to start client-centred psychotherapy training was that before I began my studies in the psychological field, my goal was to be a psychotherapist and to have my own cabinet.“
- „The reason to start the training in person-centered psychotherapy: first, I was attracted by the group’s open and friendly atmosphere and after that, slowly, by the humanistic values of person-centered therapy. Now in the fifth year of our formation my experience from the beginning onwards has helped me to understand better how it works.“
- „Understanding a person in their environment, their mind and body; understanding how the psychotherapy process works in groups.“
- „Because I did counseling for prisoners and it was my need to be more or to make another step.“
- „To have an alternative for work in prison.“
- „I think that psychotherapy is the best part of psychology.“
- „The original reason to start the training was my personal need for development, but also for professional improvement. Before I started client-centered psychotherapy I offered counseling for a few people. There were moments when I didn’t understand them and from that moment I began to wish to stop working with them. Now my attitude has changed entirely, so that I find solutions for their problems. I’m more relaxed in my professional relationship with my colleagues and clients.“
- „The wish to become a psychotherapist has its roots in my childhood, that I spent in the countryside. The family model was a patriarchal one and although the relationships in my family were more flexible, generally women were those who had to endure all the difficulties and the injustice. Sadness and

frustration coming from those circumstances provoked anxiety and resentments. I opposed this, searching for answers in religion and philosophy. Just on the summit of the communist era psychotherapy began to emerge. I became a psychiatrist. Some of my patients choose me among other fellows having the courage to open their souls in front of me. This is how the idea of becoming a psychotherapist was born.“

Den Einfluss, den die Ausbildung auf ihr professionelles Leben genommen hat, beschreiben die Teilnehmerinnen etwa in den folgenden Schwerpunkten

- Anreicherung der professionellen Behandlungsmöglichkeiten, ähnlich, wie dies auch von österreichischen Ärztinnen, die zu einer somatischen Behandlungsform eine psychotherapeutische hinzufügen, beschrieben werden könnte.
„I have nowadays more persons in psychotherapy than in psychiatric treatment based on medication. Practicing psychotherapy gives me such a satisfaction that I permit myself to have less clients with whom I have more time to work with than in the past when every day I had more than 50 patients passing by in routine.“
- Grundlegung einer selbständigen psychotherapeutischen Arbeit:
„I started working as private psychologist, in a private clinic, and now, I'm at my own.
I tried to use this client-centered knowledge in verbal therapy.“
- Erweiterung des therapeutischen Handlungsspektrums:
„Accepting psychotherapy clients from a larger spectrum of disorders or life-crises (than psychoanalytical psychotherapy—my previous training). I began to work with 2 groups (female and minors) and with 2 prisoners in individual client-centered therapy.“

Als zusätzlichen Gewinn der Ausbildung für das persönliche Leben sehen die rumänischen Teilnehmerinnen

- Die Bereicherung durch die persönliche Entwicklung:
„The training in psychotherapy also has had a positive impact on myself in my personal development.“
„This client-centered psychotherapy training changes my inner life too.“
„Person-centered therapy seems to be for me a new and precious tool in my work and ... why not, in my personal life“.
„I am sure that I am at the beginning of a long road. The vehicle has just started and I have to go through many things until I will be able to perform as a good therapist. Nevertheless I am convinced that I found 'the way' and that a self-educating process has started which has been developing from one day to another.“

This process had been stopped even when my interaction with people was interrupted by a difficult pregnancy.“

- Die Bereicherung der rumänischen Fachliteratur:
„It will be an advantage to translate and publish a synthetic text (book) of person-centered therapy into Romanian.“

Rumänien wird, wenn die Ausbildung abgeschlossen ist, eine „Rumänische Gesellschaft für Klientenzentrierte Psychotherapie“ bekommen, getragen durch eine sehr engagierte Gruppe von Psychotherapeuten. Die österreichischen Trainer und Trainerinnen werden mehr über dieses Land und vor allem auch über die Rumänen wissen und es nicht mehr bloß mit dem Plakat mit dem Straßenkind assoziieren. Und das ist wohl auch der persönliche Gewinn bei diesen Ausbildungen in Osteuropa: Eine sehr persönliche Begegnung mit Menschen zu haben, die vor 1989 gar nicht möglich war, und die auch ein touristischer Besuch nicht erbringen könnte.

Literatur

Keil, W. W. (2001). Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGwG in der Ukraine 1994–1999. *PERSON 5*, (1), S. 65–73.

Autorin

Dr. Sonja Kinigadner, Personzentrierte und systemische Psychotherapeutin seit 1978, Mitglied des Lehrpersonals der ÖGwG, tätig in eigener Praxis in Wien und Koordinatorin der Good-Will-Ausbildung in Rumänien.

Korrespondenzadresse

*Dr. Sonja Kinigadner
Anton-Krieger-Gasse 140
1230 Wien
E-Mail: kinigadner@onemail.at*

Norbert Stölzl, Galina Pokhmelkina, Edwin Benko

Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGwG¹ in Moskau 2000 bis 2005

Die Vorgeschichte des Projekts

Nach den positiven Erfahrungen mit dem Verlauf der umfassenden Psychotherapie-Ausbildung in der Ukraine (vgl. dazu Keil, 2001) entschloss sich der ÖBVP² 1997 unter Federführung des damaligen Präsidenten Alfred Pritz³, ein ähnliches Projekt in Russland zu initiieren. Bei diesem Projekt war an eine enge Zusammenarbeit mit der „Russischen Professionellen Psychotherapeutischen Liga“ (RPPL) gedacht. Die ÖGwG wurde zur Mitarbeit bezüglich der Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie eingeladen und griff diese Einladung auf.

Ähnlich wie in der Ukraine hat man auch in Russland daran gedacht, eine Ausbildung in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen durchzuführen. Dazu gehörten Psychoanalyse, Gruppenpsychoanalyse, Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychodrama, Systemische (Familien-) Therapie u. a. Die Ausbildung sollte in Wochenblöcken zwei- bis dreimal pro Jahr für die Dauer von 5 Jahren stattfinden. Das sollte eine Gesamtstundenzahl von mindestens 500 Ausbildungsstunden ergeben. Grundsätzlich wurden nur Vereinigungen zur Durchführung der Ausbildung eingeladen, die in Österreich Ausbildungen gemäß dem Psychotherapiegesetz durchführen. Nach Möglichkeit der Ausbildungsanbieter sollten die einzelnen Workshops von jeweils zwei Ausbilderinnen bzw. Ausbildern geleitet werden. Diese sollten wie in der Ukraine auch in Russland kostenlos, gegen Spesenersatz, arbeiten. (Dieses Thema wurde übrigens später in unserer Ausbildungsgruppe immer wieder thematisiert. Eine für alle zufriedenstellende Lösung konnte dabei nicht erreicht werden.)

Der Kongress 1999 der RPPL in Moskau

Im Sommer 1999 wurde die ÖGwG – wie viele andere Ausbildungsvereine auch – über den Europäischen Verband für Psychotherapie zur Teilnahme am Kongress der RPPL „Psychotherapie und Beratung“ in Moskau eingeladen. Drei Vertreter unserer Gesellschaft⁴ nahmen

daran teil. Bei diesem Kongress sahen wir uns bald mit dem Faktum konfrontiert, dass wir nicht so sehr als Hörende denn als Vortragende eingeladen waren. Nach einigen nächtlichen Vorbereitungsstunden stellten wir die Klientenzentrierte Psychotherapie in ihren Grundzügen und in ihrer speziellen praktischen Ausformung in der ÖGwG dar. Versöhnlicher stimmte uns, dass wir die Möglichkeit hatten, in einem mehrstündigen Workshop ausführlich zu informieren und zu diskutieren. Daran nahmen mit großem Interesse etwa 40 Personen teil. Einige Zeit später erfuhren wir, dass unsere Informationen sehr verschieden aufgenommen und bewertet wurden. Die einen waren von der Darstellung unserer praktischen Arbeit angetan, sie hatten bisher vor allem theoretisch über unseren Ansatz gehört und gelesen. Die anderen sahen sich in ihrer Hoffnung auf neue theoretische Erkenntnisse enttäuscht. Dennoch war die Atmosphäre angenehm und wohlwollend.

Obwohl dies eine Intention des Kongresses war und trotz des großen Interesses der teilnehmenden Personen, ist dort eine konkrete Planung eventueller Ausbildungsschritte im Kontext der RPPL aus verschiedenen Gründen nicht möglich gewesen. Aus organisatorischen, aber auch fachlichen Differenzen zerschlug sich diese Möglichkeit in der Folge. Einzelne Personen wurden jedoch initiativ und lösten die Organisation einer Ausbildung aus dem Rahmen der RPPL heraus.

Das Zentrum für Europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau

Am Kongress der RPPL nahmen u. a. einige Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung in der Ukraine teil, die dort gleichsam das Rüstzeug für die Organisation und die Durchführung von Ausbildungen in Psychotherapie nach den Standards des Europäischen Psychotherapieverbandes „mitbekommen“ hatten. Unter ihnen befand sich auch Frau Galina Pokhmelkina, die beim Kongress in Moskau von Alfred Pritz mit Viktor Makarov, dem Leiter der RPPL, zusammengebracht wurde.

Frau Pokhmelkina hatte sehr klare und konkrete Vorstellungen darüber, wie und mit welchen Personen eine Ausbildung in Psychotherapie erfolgen sollte. Dazu traf sie Vorbereitungen für die Gründung eines „Zentrums für Europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“⁵, welches schließlich im Jahre 2001 für einige

1 Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

2 Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

3 Alfred Pritz ist mittlerweile President of the World Council for Psychotherapy.

4 Edwin Benko, Christoph Fischer und Norbert Stölzl

Psychotherapieausbildungsprojekte – unter ihnen Klientenzentrierte Therapie, Systemische Familientherapie, Gruppenpsychoanalyse, Existenzanalyse, Psychoorganische Analyse – gegründet wurde.

Nach einiger Zeit trennten sich mehrere Psychotherapierichtungen wieder vom Zentrum. Heute wird im „Zentrum für europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ je eine Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie und in Gruppenpsychoanalyse durchgeführt. Weiters wurden Projekte für Ausbildungen in Mediation und für Supervision und Coaching, die ebenfalls von österreichischen Trainerinnen und Trainern unterstützt werden, ins Leben gerufen.

Das Hauptziel des „Zentrums für europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ ist die Entwicklung von Standards in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung. Diese sind:

- Verständnis der Psychotherapie als selbständiger Beruf mit selbständigem Ausbildungssystem,
- die Selbsterfahrung als Mittelpunkt der Ausbildung und
- methodenspezifische und praxisorientierte Organisation dieser Ausbildung.

Weiters ist die begleitende Supervision der Kandidatinnen und Kandidaten zu nennen, sowie die Tatsache, dass die meisten Kandidaten bereits eine andere Ausbildung im psychosozialen Bereich abgeschlossen haben und häufig berufliche Erfahrung im psychosozialen Bereich vorweisen können. Das Spezifikum des Zentrums war und ist die für Russland untypisch lange Ausbildung, die kontinuierlich von („westlichen“) Ausländern geleitet und begleitet wird.

Bei der Realisierung der verschiedenen Ausbildungen im „Zentrum für europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ mussten viele Hindernisse überwunden werden. Vor allem entsprach das Zentrum nicht den üblichen russischen Ausbildungsinstitutionen, die von einer ihnen eigenen Hierarchie bestimmt sind. Die Curricula widersprachen hingegen insofern dem Bild einer traditionell-russischen, akademischen Ausbildungsvariante, als sie deren einseitig theoretisch orientierte Schwerpunktsetzung in Frage stellten.

Die Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie

Ein schwieriger Beginn

Beim RPPL-Kongress 1999 hatten wir erste Kontakte mit Galina Pokhmelkina, die sich als Organisatorin der weiteren Planung für eine eventuelle Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie zur Verfügung stellte. Ein in diese Ausbildung einführender Workshop kam jedoch erst nach einer längeren Pause im Herbst 2000 zustande.

Hier erwartete uns⁶ zunächst viel Arbeit, um die Bedingungen, unter welchen eine Psychotherapieausbildung stattfinden kann, abzuklären. U. a. standen wir vor dem Faktum, dass etwa 30 Interessentinnen und Interessenten die Ausbildung beginnen wollten. Nach unserer Konzeption jedoch war eine sinnvolle Arbeit nur mit 16 bis 18 Personen möglich. So machten wir aus diesem ersten Workshop eine Art Auswahlseminar. Da sich einige Teilnehmer dort von vornherein als Supervisoren bzw. als Lehrtherapeuten für die Auszubildenden verstanden, gleichzeitig aber auch die Ausbildungsgruppe mitmachen wollten, hatten wir bereits eine klare Entscheidungshilfe. Die Klärung der Positionen (Lehrtherapeut, Supervisor, Ausbildungskandidat) war nicht ganz einfach und machte auch böses Blut. Schlussendlich aber war klar, dass diese Vermischung eine Ausbildung unmöglich gemacht hätte.

Noch ein weiteres „äußeres Kriterium“ kam uns zu Hilfe, nämlich das Alter der Teilnehmer. Einige der Interessentinnen und Interessenten waren kaum über 20 Jahre alt. Wir setzten das Mindestalter (in Anlehnung an die österreichischen Bestimmungen) mit 24 fest. Schließlich verwendeten wir noch eine geraume Zeit, um auch zu einer Beurteilung der persönlichen Eignung der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu kommen. Nach all dem hatte sich deren Anzahl bei zwanzig eingependelt.

Zu Ende dieses Workshops war die Stimmung zwar angespannt, aber der Beginn der Ausbildung schien möglich. Ein Zeitplan für die Ausbildungsschritte konnte erstellt werden. Die Ausbildung sollte 5 Jahre dauern. Erste Termine wurden vereinbart.

Phase der Konsolidierung

Eine ernsthafte Schwierigkeit stellte in der Folge die Planung der Ausbildung innerhalb unserer Gesellschaft dar. Um die Einhaltung der Termine gewährleisten zu können, wurden mehrere Trainerpaare zur Mitarbeit eingeladen und auch dafür gewonnen. Der erste Termin im Jahre 2001 konnte jedoch nicht eingehalten werden. Das machte den Start schwierig. Angesichts der problematischen Situation mussten die Trainer des ersten Workshops auch die nächsten beiden Ausbildungswochen übernehmen, die dann im Juni bzw. September 2001 stattfinden konnten.

Dabei waren wir abermals mit einem starken Wechsel der Teilnehmer konfrontiert. Die Gruppengröße hatte sich, nicht zuletzt wegen der aufgetretenen Terminprobleme, auf 16 Personen reduziert, von diesen waren aber nahezu die Hälfte Neuzugänge. Das machte wieder eine Art Auswahl-Einführungsseminar notwendig. Dabei traten jedoch keinerlei Probleme mehr auf. In dieser ersten Woche war, neben intensiver Selbsterfahrung in der Gruppe, der Gruppenbildungsprozess ein wesentlicher Schwerpunkt gewesen. Die Ausbildungsgruppe, bestehend aus 15 Personen – Psychologinnen,

5 Zentr Europejskogo Psichoterapewitscheskogo Obrasowanija

6 Norbert Stölzl und Edwin Benko

ein Psychologe und ein Arzt⁷ – im Alter von 28 bis 50 Jahren, die alle schon längere Zeit in ihren Berufen und zum Großteil auch als Therapeutinnen und Therapeuten gearbeitet hatten, konnte nun beginnen, nachhaltig zu arbeiten.

Inhaltliche Planung der Ausbildung

Im Verlaufe der beiden Workshops im Jahr 2001 kam es auch zur Klärung der Frage, wo dieser Lehrgang „beheimatet“ sein kann. Nach vielen Gesprächen mit der Leiterin des „Zentrums für europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ wurde zwischen ÖGWG und Zentrum ein Vertrag geschlossen. Im Sinn dieses Vertrags garantiert die ÖGWG dem Zentrum eine Klientenzentrierte Psychotherapieausbildung gemäß dem Österreichischen Psychotherapiegesetz (Fachspezifikum ohne Propädeutikum). Das Zentrum seinerseits garantiert die Organisation in Moskau (TeilnehmerInnen, Räume, Finanzierung, diverse Erledigungen ...). In der Regel sollten drei Workshops zu je 32 bis 40 Arbeitsstunden pro Jahr durchgeführt werden. Als fachliche und organisatorische Grundlage für das Fachspezifikum wurde die Ausbildungsordnung der ÖGWG herangezogen. Die Absolventinnen und Absolventen dieser Ausbildung sollten ein Zertifikat der ÖGWG erhalten. Der Vertrag wurde in der Lehrpersonalkonferenz der ÖGWG erörtert und auch beschlossen. Die Leitung des Projektes „Klientenzentrierte Psychotherapieausbildung in Moskau“ wurde dabei Norbert Stözl und Edwin Benko übertragen.

Das Ausbildungscurriculum umfasst Selbsterfahrung, Theorie, Supervision, psychotherapeutische Tätigkeit und Praktikum. Organisatorisch wird die Ausbildung als geschlossene Ausbildungsgruppe geführt, in welcher alle Ausbildungsinhalte – außer der individuellen Lehrtherapie – erarbeitet und vermittelt werden.

Am Beginn steht das eigene Erleben, das Gewahrwerden des eigenen Gewordenseins, das Erkennen der eigenen Erlebens- und Handlungsmuster und deren Bedeutung für die eigene Lebensgestaltung. Theoretisch ist hier die gesamte Persönlichkeits- und Therapietheorie zu vermitteln.

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Exploration des eigenen Erlebens im Kontakt mit anderen. Es geht um genaues Zuhören, echte Anteilnahme und Akzeptanz des Anderen; die sorgsame Wahrnehmung der eigenen Resonanz im Kontakt mit anderen. Theoretische Schwerpunkte sind u. a. Entwicklungspsychologie, klientenzentriertes Verständnis von Krankheit und Gesundheit und personenzentrierte Störungslehre.

In einem dritten Teil geht es um die Psychodynamik der therapeutischen Beziehung. Hier handelt es sich sowohl um praktische

Übungen als auch um eine theoretische Auseinandersetzung in den Bereichen Diagnostik, Methodik, Technik und Supervision der Klientenzentrierten Psychotherapie. In diesem Abschnitt ist die Arbeit mit Klienten bereits ein wichtiger Bestandteil.

Der Abschluss ist nach Absolvierung aller Ausbildungsschritte (auch des Praktikums) und dem Verfassen einer schriftlichen Abschlussarbeit möglich.

Der weitere Ausbildungsverlauf

An der Durchführung der gesamten Ausbildung waren und sind noch weitere vier Trainerpaare der ÖGWG beteiligt.⁸ Der Gruppenbildungsprozess nahm noch längere Zeit in Anspruch, zumal es z. T. immer noch einen Wechsel bei den Teilnehmerinnen gab. Nach dem fünften Workshop war dieser Prozess abgeschlossen und die Gruppe hatte sich zu einer funktionierenden Arbeitsgruppe entwickelt.

Sowohl die theoretische Auseinandersetzung als auch die praktische Arbeit (Einüben von Fertigkeiten) hatten und haben ihren Platz. Die Arbeit mit Klienten war und ist nicht für alle so möglich, wie es wünschenswert wäre (Mangel an Klienten z. T. in Folge institutioneller Konflikte). Doch der Großteil der Auszubildenden arbeitet schon mit einer größeren Zahl von Klienten (vor allem in Institutionen). Den meisten KandidatInnen fiel die „Umstellung“ von ihrem zweifelsohne großen theoretischen Wissen in die praktische Arbeit mit den Klienten nicht leicht. Allmählich aber wuchs die Begeisterung an der praktischen Arbeit mit den Klienten.

Das Erspüren der Kraft, die aus der Arbeit mit den von Rogers formulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für Psychotherapie erwächst, gelingt der so genannten „Russischen Seele“ in ganz besonderer Weise. Das ist auch unsere ganz besondere Freude an der Zusammenarbeit mit diesen Menschen, die uns kulturell gar nicht mehr so nahe stehen.

Schließlich soll noch ein sehr wichtiges und interessantes Thema angesprochen sein: die Sprache. Oft werden wir von unseren Kollegen interessiert gefragt, wie denn das mit der Sprache wohl funktioniert. Kurze Antwort: Es funktioniert großartig! Dies nicht nur deshalb, weil wir in unserer Gruppe eine hervorragende Dolmetscherin⁹ haben, sondern weil das Phänomen des Übersetzens für die Arbeit in der Gruppe äußerst interessant ist. Der gesamte Prozess wird dabei verlangsamt. Das ermöglicht einen sehr sorgfältigen Wahrnehmungsprozess, der über das gesprochene Wort weit hinausgeht. Durch die Verlangsamung der Interaktionen und das nicht unmittelbare Verstehen des gesprochenen Wortes ist ein Hinschauen (Gestik, Ausdruck des Gesichtes, Körperhaltung u. a. m.) und Hinhören, das über das übliche Maß hinausreicht, möglich und erforderlich. So sind beispielsweise die Wahrnehmung des eigenen

7 Elena Babievskaja, Olga Bondarenko (Nischnij Novgorod), Olga Bondarenko (Moskau), Andrej Vjasemschev, Tatjana Evdokimova, Elena Kirilova, Oleg Kisselev, Svetlana Kutukova, Marina Kudrjaschova, Natalja Nekriyova, Olga Rybakova, Irina Salaskova, Okssana Smolkina, Ludmila Travkova, Alika Baidakova.

8 Christoph Fischer und Ulf Lukan, Lore Korbei und Jochen Sauer, Hiltrud Gruber und Wolfgang Keil, Ilse Papula und Helmut Schwanzar.

9 Vera Tscherbakova

Bezugsrahmens und die Wahrnehmung des Bezugsrahmens des Anderen kurzzeitig nicht so sehr durch Worte beeinflusst und abgelenkt. Eine anfängliche Schwierigkeit, nämlich Versuche, die Dolmetscherin aktiv in das Gruppengeschehen hineinzuziehen, konnte einmal durch das Aufzeigen der Dynamik und andererseits durch die professionelle Arbeit der Dolmetscherin hintangehalten werden.

Das Moskauer Ambiente

Abschließend sollte dieser Artikel noch einen kleinen Eindruck von den äußeren Bedingungen, mit denen das österreichische Team bei dieser Ausbildung konfrontiert ist, vermitteln. Übereinstimmend haben wir erlebt, dass Moskau wirklich eine Stadt „wie keine andere“ ist.

Als wir vor nunmehr fünf Jahren mit unserer Tätigkeit in Moskau begonnen haben, war noch vieles anders, als es heute ist. Die Entwicklung dieser Stadt vollzog sich vor unseren Augen. Gerade deshalb, weil wir immer nur für ein paar Tage in dieser Stadt verweilten und diese Metropole dann immer wieder sich selbst überlassen mussten, haben wir ihre Entwicklung wohl besonders bewusst erlebt, beziehungsweise sind wir von ihr, dieser Stadt, mit jedem Zurückkommen neu überrascht worden. Der Stadtkern Moskaus wird nicht umsonst als Paris der östlichen Welt bezeichnet.

Tatsächlich vor Ort zu sein, den Kreml zu besichtigen, den Roten Platz zu beschreiten, bedeutende Museen zu besichtigen, im Bolschoitheater das Ballett zu erleben, den Russischen Nationalzirkus zu bestaunen, die Häuser im Zuckerbäckerstil zu fotografieren, für Sputnikdenkmal und Fernsehturm den Hals zu verdrehen, diverse Klöster zu besuchen, und im Arbat, der Moskauer Flaniermeile, zu flanieren (seit Neuesten gibt's hier neben vielen Souvenirläden, in denen man die berühmten Matrjoschkas bestaunen und erstehen kann, auch ein Hard Rock Cafe) faszinierte uns. Die vielen Menschen und die vielen Begegnungen und die Stadt in allen Jahreszeiten zu erleben, war und ist ein intensives Erlebnis.

Der Westen hat mittlerweile Einzug gehalten. Daran erinnern McDonalds-Filialen, Standorte unserer Banken (Raiffeisen z. B.), westliche Autohäuser, Modeboutiquen und ähnliche Geschäfte, die man wohl eher auf den Champs-Élysées vermuten möchte. Die Autos, die vor 5 Jahren noch als „Gusto-Stückerln“ bezüglich ihres Alters, ihrer Verbeultheit, ihrer Reparaturbedürftigkeit und doch Fahrtüchtigkeit das Straßenbild dieser Stadt geprägt haben, haben schon längst Autos unserer Vorstellung und unserer westlichen Welt Platz gemacht. Nur an der Einreise in dieses Land hat sich noch nicht viel geändert. Warteschlangen, Warteschlangen, Warteschlangen. Visa, Zettelchen aller Farben, Überprüfungen, Kontrollen, Warteschlangen.

Und mit ihr, dieser Stadt, haben sich auch die Räumlichkeiten verändert, in denen wir arbeiten. Waren es vor 5 Jahren noch dunkle Kellerzimmerchen, so arbeiten wir heute in hellen, modernen Seminarräumen in einschlägigen Hotels.

Schlussfolgerung

Unsere Ausbildung ist nun seit 2001 im „Zentrum für Europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ beheimatet und dort bestens betreut. Nach vier Jahren Ausbildung meinen wir abschätzen zu können, dass diese Initiative nach dem Besuch von Carl Rogers im Jahr 1986 der zweite entscheidende Impuls für die endgültige Etablierung der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland war (vgl. dazu auch den Beitrag von Olga Bondarenko in diesem Heft).

Literatur

Keil, W.W. (2001). Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGWG in der Ukraine 1994–1999. *PERSON 5*, (1), S. 65–73.

Autoren

Dr. Norbert Stözl, Klientenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis in Graz, Lehrtherapeut und Ausbilder in der ÖGWG.

*Dr. Galina Pokhmelkina: * 1954 in Perm, Russland, Studien in Pädagogik, Psychologie und Fremdsprachen; Ausbildungen in Psychodrama (EAP), Mediation sowie Supervision und Coaching; Leiterin des „Zentrums für Europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“, Chefredaktorin des Verlags „VERTE“.*

Edwin Benko: Klientenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis in Graz, Supervisor, Lebens- und Sozialberater, Vorsitzender des Steirischen Landesverbandes für Psychotherapie. Interessensschwerpunkte: Allgemeine Psychotherapie, Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen, Krisenintervention und ‚Stimme und Psyche‘.

Marta Stapert, mit Unterstützung von Ynse Stapert, Eszter Kováts und Ioana Serban

Focusing mit Kindern und in der Supervision in Ungarn und Rumänien

Focusing in Ungarn

Die Imre Nagy Universität in Ungarn ging im Jahr 1995 im Auftrag des ungarischen Gesundheitsministeriums daran, in Zusammenarbeit mit Hochschulen in Kassel, in Nijmegen und in Amsterdam eine Ausbildung für Supervision einzurichten. Ynse Stapert aus Holland, der Senior-Supervisor, Ausbilder in Supervision, Psychotherapeut und Focusing-Trainer ist, wurde damals über die Universität Amsterdam eingeladen, am Aufbau dieser Supervisions-Ausbildung in Ungarn mitzuarbeiten.

Der Mitarbeit von Ynse Stapert, der Focusing in sein Konzept von Supervision integriert hat, ist es zuzuschreiben, dass Focusing von Anfang an eine wichtige Grundlage für die Ausbildung von Supervisoren in Ungarn bildete. Zwei Teilnehmerinnen der Ungarischen Senior-Supervisoren-Ausbildung, Eszter Kováts und Erzsebet Wiesner, wollten, inspiriert von ihren Ausbildungserfahrungen, Focusing gründlicher bzw. in seiner ursprünglichen Form kennen lernen und haben sich anschließend bei Marta Stapert zu Focusing-trainerinnen ausbilden lassen.

Um eine weitere Verbreitung von Focusing in Ungarn zu ermöglichen, haben Ynse und Marta Stapert zusammen mit Eszter Kováts das Zentrum „Tranzit F&S“ (Transnationales Zentrum für Focusing und Supervision, Ungarn-Holland) mit Sitz in Budapest gegründet. Dort haben inzwischen viele im psychosozialen Bereich tätige Personen, aber auch Leute ohne einen derartigen professionellen Hintergrund, Grundstufen-Kurse in Focusing absolviert. Es gibt zur Zeit 30 Focusing-Trainer, 3 Focusing-Koordinatoren und eine Koordinatorin für Focusing mit Kindern. Sie alle können Focusing in Ungarn verbreiten und in Zusammenarbeit mit dem Focusing Institute New York und unter Begleitung von Ynse und Marta Stapert auch neue Focusing-Trainer und Trainerinnen ausbilden.

Die Focusing-Trainerinnen sind in den verschiedensten Grundberufen tätig bzw. in verschiedensten Fächern wie etwa Psychologie, Pädagogik, Physiotherapie usw. ausgebildet. Das Psychotherapeutische Institut LEA hat besonders dazu beigetragen, dass Focusing auch unter den Psychotherapeuten verbreitet wurde.

Mittlerweile ist Focusing auch in der Supervisoren-Ausbildung an der Karoly Gaspárd Universität, in der International Business School und in den psychologischen Studiengängen zweier Universitäten in Ungarn integriert. Es sind verschiedene Übersetzungen von Artikeln und Ausbildungsmaterialien in Ungarisch verfügbar,

darunter auch eine überarbeitete Ausgabe von Eugene Gendlin's 1978 erstmals erschienenem ‚Focusing‘.

Auch für Focusing mit Kindern gab und gibt es in Ungarn großes Interesse. Focusing wird in verschiedenen Schulen und kinderpsychotherapeutischen Institutionen angewendet. Es gab u. a. Ausbildungen für die gesamten Teams von drei Pädagogischen Institutionen in Budapest. Bisher wurden zwei Konferenzen für Focusing und Kinder-Focusing in Ungarn veranstaltet. Zweimal, 1998 und 2000, wurde die Internationale Kinder-Konferenz in Ungarn vom offiziellen Ausbildungsinstitut des Gesundheitsministeriums organisiert und von 75 bzw. 80 Teilnehmern frequentiert. Ein Drittel der Teilnehmer kam dabei aus dem Ausland, – wobei von den osteuropäischen Ländern Tschechien, Ukraine, Rumänien und Slowenien vertreten waren.

Focusing in Rumänien

1997 und 1998 wurden Eszter Kováts sowie Marta und Ynse Stapert eingeladen, in Rumänien an einer von psychologischen und theologischen Fakultäten organisierten Sommer-Universität ein Focusing-Training abzuhalten. Es war für uns eine tief berührende Erfahrung, die Begeisterung der jungen Leute zu sehen, wie sie mit einem neuen Bewusstsein ihr Leben nach den großen politischen Veränderungen selbst gestalten wollen. Neben zahlreichen Arbeitsgruppen gab es Plenarsitzungen und an jedem Abend einen Gottesdienst verschiedener Konfessionen.

Danach hat uns Jenő Vargha eingeladen, in dem Institut Epsiona in Cluj Napoca (Klausenburg) einen Grundstufen-Kurs in Focusing zu gestalten. Das Ziel von Epsiona ist es, Psychotherapie anzubieten, neue therapeutische Methoden in Rumänien zu verbreiten und sie rumänischen und ungarischen Teilnehmern anzubieten. Hier findet eine wirkliche Integration statt. Seit dem Ende des diktatorischen Systems hat sich die Erwachsenen-Psychotherapie in Rumänien weiterentwickeln können. Für die Kinderpsychotherapie gab es jedoch keine postgraduellen Weiterbildungsmöglichkeiten. Jenő Vargha hat Marta und Ynse Stapert eingeladen, eine Ausbildung in Focusing-Therapie für Kinder zu gestalten, mit dem Ziel, die Anerkennung dieses Curriculums durch den Psychotherapeuten-Verband Rumäniens zu erhalten. Diese Ausbildung hat im September 2001 begonnen. Das Curriculum sieht u. a. 100 Stunden Focusing (Selbsterfahrung und Begleitung)

vor, 60 Stunden werden für Selbsterfahrung im Bereich der eigenen Kindheitserlebnisse aufgewendet, 16 Stunden für Supervision. Die insgesamt 176 Stunden fanden an fünf verlängerten Wochenenden statt. Seit September 2003 gibt es neun zertifizierte Kinder-Focusing-Psychotherapeuten. Sechs von ihnen werden nun zusätzlich in Focusing für Erwachsene und zu Focusing-Trainerinnen ausgebildet.

Es war immer das Ziel, den Bedarf an Focusing für Kinder und Erwachsene mit Trainern aus den eigenen Reihen decken zu können. Für die Grundkurse gibt es bereits lange Wartelisten. Glücklicherweise haben in der Zwischenzeit Eszter Kováts und Ágnes Pálfiné Kováts zwei weitere Ausbildungen beginnen können. Im Februar 2004 sollten Madeleine Walder-Binder aus der Schweiz und Klaus Katscher aus Deutschland ein weiteres Ausbildungsteam zusammenstellen, um so die Zeit zu überbrücken, bis die rumänischen Focusing-Trainer selbst Ausbildungen übernehmen können.

Ende 2003 wurde der rumänische Verein für Focusing gegründet, mit dem Ziel, eine offizielle Akkreditierung zu erreichen. Dadurch verbessert sich auch die Möglichkeit, Sponsorengelder zu rekrutieren.

Bisher haben die ausländischen Trainer ihre Arbeit in Rumänien immer ohne Honorar geleistet. Bücher und Artikel wurden ebenfalls von den Trainern auf eigene Kosten zur Verfügung gestellt. Die Flugreisen wurden teilweise selbst und teilweise von ‚Children’s Focusing Corner‘ mit Hilfe von The Focusing Institute bezahlt. Die Teilnehmer können aufgrund ihrer ökonomischen Gegebenheiten nur einen Kostenbeitrag von \$ 1,50 pro Stunde leisten, der u. a. für die Akkreditierung verwendet werden soll.

Zum Stellenwert von Focusing in Ungarn und in Rumänien

In unseren Trainings haben wir bemerkt, wie sehr die Leute auch nach der Wende an mangelndem Selbstvertrauen und fehlendem Vertrauen zur Selbststeuerung leiden. Öffentlich in einer Gruppe über eigene Meinungen zu sprechen wird noch immer als gefährlich erlebt. Es war für uns alle immer wieder mit einer ziemlichen Spannung behaftet, ob eine Zusammenarbeit zustande kommen kann. Gemeinsam konnten wir erfahren, wie durch Focusing allmählich ein neues Vertrauen in die eigene Kompetenz aufgebaut wurde und Zusammenarbeit ermöglichte. Wichtig ist hier die Art und Weise, wie durch Focusing die eigene innere Stimme überhaupt einmal gehört werden und dadurch Vertrauen grundgelegt werden kann. Focusing fördert die Fähigkeit, mit empathischer Aufmerksamkeit und Respekt sich selbst und anderen zu begegnen.

Wir haben verschiedene Schulen, ein Kinderkrankenhaus und andere Institutionen besucht, wo Focusing bereits praktiziert wird. Die Leiterinnen dort sind begeistert, wie durch Focusing eine andere Atmosphäre entsteht und die Erwachsenen weniger angespannt und kindgerechter mit Kindern umgehen. Wesentlich erscheint uns, dass über Focusing, das ja die Verbindung zu dem herstellt, was man in-

nerlich wirklich spürt, Kriterien für das richtige eigene Handeln gefunden werden können. So glauben wir, dass gerade Focusing einen wichtigen Beitrag für die Entwicklung von Erwachsenen und Kindern leisten kann, nicht zuletzt auch für den gesellschaftlichen demokratischen Prozess nach einer langen Periode der Unterdrückung.

Autorin

Marta Stapert, Kinderpsychotherapeutin, Focusing-Trainerin, Focusing-Koordinatorin und Leiterin von ‚Children’s Focusing Corner‘, einer Arbeitsgruppe von The Focusing Institute New York. Sie hat im Rahmen ihrer Tätigkeit in der eigenen Praxis sowie in einer Schule für lernbehinderte Kinder und Kinder mit Entwicklungsstörungen Focusing zu einer Psychotherapie für Kinder ausgebaut. Zusätzlich hat sie dabei in den letzten 15 Jahren auch Programme entwickelt, die es Lehrerinnen, Lehrern und Eltern ermöglichen sollen, ihre Beziehungen mit Kindern in der Focusing-Grundhaltung zu gestalten sowie auch ihre Kinder Focusing lernen zu lassen.

Korrespondenzadressen

*Ynse Stapert und Marta Stapert
Children’s Focusing Corner
Scharдам 9
NL-1476 NA Scharдам, Niederlande
E-Mail: ymstapert@hetnet.nl*

*Eszter Kováts
Tranzit F&S, (Transnational Institute for Focusing and Supervision)
Tátra utca 4, IV, 7
Bp. 1136 Budapest, Ungarn
E-Mail: kovats.eszter@freemail.hu, eszkov@ibs*

*Mária Orbán
Epsiona
Str Dorobantilor, nr.105, sc.VI, ap.113
Cluj Napoca, Rumänien
E-Mail: epsiona1@go.ro*

Rezensionen

Lore Korbei

Eva-Maria Biermann-Ratjen / Jochen Eckert / Hans-Joachim Schwartz: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen.

9. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 242 S., € 19,- / sFr 32,30, ISBN 3-17-017427-4

Vor mir liegen drei Bücher aus dem Kohlhammer Verlag, alle mit dem selben Titel *Gesprächspsychotherapie* und von den selben AutorInnen Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz. Am Cover ist auch wieder *Verändern durch Verstehen* zu lesen und die Zusatz-Überschrift *Verhaltensmodifikation – Diagnostik – Beratung – Therapie* ist in das Innere des Buches gewandert.

Die 5. Auflage (1989) in grell orange und die 7. Auflage (1995) in hellem Grün haben einem eleganten Design in hauptsächlich hellgrau, weiß und schwarz Platz gemacht. „Mein erstes Buch“ (wahrscheinlich die 3. Auflage), mit dem ich mich für Gesprächspsychotherapie – die auch damals so geheißen hat – zu interessieren begann, ist leider verschollen.

Zuerst das Tröstliche: Die Gesprächspsychotherapie heißt durch all die Jahre hindurch (1979–2003) weiter Gesprächspsychotherapie und die Erklärung dazu: „So, wie man einen 50-jährigen Menschen nicht mehr umtauft ...“ (S. 11) hat mich angesprochen. Auch habe ich mit Freude im Vorwort zur 9. Auflage „... das auf Carl Rogers zurückgehende heilkundliche Psychotherapieverfahren ...“ (S. 10) gelesen, wo schwarz auf weiß das (mühevoll) erreichte Ziel: Gesprächspsychotherapie als Heilverfahren dokumentiert ist. Die Aktualisierung beruht daher unter anderem darin, dass sich die Situation in Deutschland verändert hat: Es ist jetzt möglich – für psychologische PsychotherapeutInnen – das wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren GT in der Praxis auch tatsächlich auszuüben, d. h. sich als GesprächspsychotherapeutInnen niederzulassen. So ist das Kapitel VII neu dazugekommen, sehr „praktische“ Hinweise für die Gesprächspsychotherapie in der Praxis, z. B. die Kompatibilität mit den OPD (Achse IV), die Indikationsstellung und Prognose anhand des Erstgesprächs, die verschiedenen Settings, die Dauer und die Frequenz.

Wenn ich zum Vergleich die 5. Auflage in die Hand nehme, tauchen Erinnerungen auf; z. B. lese ich auf S. 11: „Ich biete Ihnen an, mit mir frei und offen über alles zu sprechen, was Sie beschäftigt

und belastet ...“, so lautet der Beginn eines Absatzes, den ich für mein erstes Erstgespräch auswendig gelernt und damals sicherlich nur wenig paraphrasiert wiedergegeben habe – ein Absatz, den ich in der 9. Auflage nostalgisch vermisse.

Dafür aber findet sich in allen Auflagen etwas wieder, was jetzt „meine“ Auszubildenden oft von mir zu hören bekommen und womit ich im KollegInnen-Kreis manchmal gerügt wurde: „Und wo ist hier der innere Bezugsrahmen des Klienten? Du weißt schon ‚Gefühle, die Gefühle machen, die Interpretation der Gefühle usw. ...‘“ (S. 116).

Seit 1989 sind es ca. 100 Seiten mehr geworden – auch an Forschungsergebnissen. Das Kapitel II *Der Vergleich des Beziehungsangebotes Gesprächspsychotherapie mit anderen Formen psychotherapeutischer Einflussnahme* ist nicht nur in der Anerkennungsphase der Gesprächspsychotherapie wichtig gewesen. Auch das Entwicklungs- und Störungsmodell des klientenzentrierten Konzepts ist durch alle Auflagen hindurch gewachsen und verfeinert worden. Die Verbindung zwischen den neueren Forschungen zur psychischen Entwicklung des Menschen und der Brückenschlag zur Ätiologie der „frühen Störungen“ und „neurotischen Störungen“ ist schlüssig mit dem Inkongruenzmodell, der Aktualisierungstendenz und der Selbstaktualisierungstendenz von Carl R. Rogers. So finden wir zum Beispiel an mehreren Stellen Hinweise zu neueren Entwicklungen der Säuglingsforschung. Einige schwer verständliche Passagen oder holprige Formulierungen sind „deutsch leserlich“ geworden, flüssiger zu lesen, prägnanter.

Die vorliegende 9. Auflage des Buches ist für die Ausbildung – in der ÖGWG zumindest – unverzichtbar, ein Standardwerk auch für die Weiterbildung, z. B. auch im Bereich Beratung.

Wir danken Eva-Maria Biermann-Ratjen, Jochen Eckert und Hans-Joachim Schwartz für ihren unermüdlichen Einsatz in den Bereichen Forschung, Lehre und Praxis – auch wenn sie das Buch nicht als Lehrbuch verstehen.

Reinhold Stipsits

Marlis Pörtner: Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten.

Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2003. 240 S. ISBN 3-608-91319-X

Welche Sprache ist angemessen, um Menschen mit geistiger Behinderung treffend zu beschreiben? In einer politisch ausdifferenzierten Gesellschaft entsteht eine Tendenz zur Beschönigung, und damit einer Bagatellisierung der tatsächlichen Schwierigkeit. Darf man sagen, dass Menschen mit geistiger Behinderung, die Unterstützung brauchen, allein schon durch die korrekte Bezeichnung diese Unterstützung erfahren können? Oder ist man besser beraten, sich der aktuellen Umschreibungen zu bedienen, von Menschen mit besonderen Lernschwierigkeiten, von Menschen mit pädagogischem Sonderbedarf, oder der neudeutschen Formulierung von *special needs*, zu sprechen? In einer Zeit wie heute ist Verunsicherung gegenüber dem Anderssein spürbar, so sehr sich die spätmoderne und sich plural gebende Gesellschaft mit einem Etikett der Vielfältigkeit schmücken möchte. Wie schauen unsere Normalitätsbilanzen und Normalitätsbalancen (nach einem Ausdruck von Mollenhauer) aus? Was ist normal und was gilt als abweichend von Normalität? Und – wenn wir das eine so klar hätten, wie wir es offensichtlich für das eigene Sicherheitsbedürfnis immer wieder brauchen, was ist dann mit dem anderen? Wie tun mit dem Abnormalen?

Die Debatte ist nicht so schnell abzutun. Der Normalitätsdiskurs ist immer wieder zu führen. Wir sind nämlich entweder ständig in einer Wertedebatte, und damit in einer Auseinandersetzung um Normalität, oder laufen Gefahr, unreflektiert idealisierende Vorstellungen von Gerechtigkeit vor uns herzutragen. De facto aber leben wir in Barbarei, indem wir (geistig behinderte) Menschengruppen als Benachteiligte nicht an unserer sozial eingerichteten Gesellschaft gleichwertig teilhaben lassen. Wie so oft fehlt es an einem Verstehen der Situation.

Und für eine derartige Aufgabe der Verständigung mit einer Gruppe vom Schicksal nicht Begünstigter kann das vorliegende Buch auch eine gewichtige Orientierung und Ressource sein. Die Autorin, Marlis Pörtner, Psychotherapeutin, ebenso anerkannte und ausgewiesene Expertin, als Beraterin von Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in der Schweiz, im süddeutschen Raum sowie einem Projekt in Bremen tätig, bezieht erfreulich klar Stellung. Wenn man geistige Behinderung als eine „Daseinsform und als eine Möglichkeit der Aneignung von Welt“ (Pörtner, S. 23) sieht, so entsteht eine andere Umgangsform mit jenen Menschen, die, wie jeder „normale“ Mitmensch, unseren Respekt und Wertschätzung verdienen, als bei einer Defizitorientierung, die uns

nur ein Krankheitsbild erkennen lässt. Abgesehen von kulturspezifischen Besonderheiten, was in einer Gesellschaft als normal gilt und in einer anderen als abnormal oder behindert, ist eben der Diskurs über und der Umgang mit geistig Behinderten auch behindert durch die Einengung des Blicks.

Hier sind die ideengeschichtlichen Wurzeln der Autorin klar ersichtlich. Sie ist einem der Tradition der amerikanistischen Humanistischen Psychologie nahestehenden Ansatz verpflichtet. Von Carl R. Rogers und seiner nicht nur in der in der Psychotherapie zur Ausformulierung gelangten klientenzentrierten Grundeinstellung bezieht Marlis Pörtner ihre Leitideen. Die Person und ihre Würde, auch die der behinderten Person, steht im Mittelpunkt des Interesses ihrer Arbeit.

Das Selbstkonzept des Menschen entsteht aus einer individuellen Bewertung von Erfahrungen. Diese billigt Marlis Pörtner auch Menschen mit geistiger Behinderung zu. Auch sie sind dazu fähig, über ihr Erleben ihre Erfahrungen zu bewerten. Kontakt zur Realität, Kontakt zu sich selbst oder Kontakt zu anderen kann zwar aus unterschiedlichen Gründen (entweder angeboren oder verletzungsbedingt, traumatisch) gestört sein, aber hier wären eben Brücken zu bauen. So wird für die Autorin der Personzentrierte Ansatz für den Umgang mit geistig Behinderten in seinen Möglichkeiten nicht nur ausgelotet, sondern eindeutig gegenüber dem medizinischen Modell, (Krankheit als Störung, Mangelercheinung und dementsprechende Behinderung) präferiert. Damit gehört Marlis Pörtner zu den wenigen AutorInnen, die sich einer ebenso bedeutsamen wie auch behutsamen Weiterentwicklung der Ideen von Rogers verschrieben haben. Wenn früher die Anwendung der Ideen von Rogers nur auf eine der Mittelschicht zuzurechnende Klientel mit einem entsprechenden, wenigstens durchschnittlichen sprachlichem Ausdrucksvermögen als Voraussetzung gesehen wurde, so belegen Ihre Beispiele ganz anderes. Wie auch in den Arbeiten von Badelt, Prouty, oder Van Werde erforscht, ist Marlis Pörtner von einer viel umfänglicheren Anwendung personenzentrierter Grundhaltung auch oder gerade im Bereich der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung überzeugt. Es ist die Haltung, die zählt, Begleitung erlaubt und nicht zuletzt Verstehen ermöglicht. Die Weiterentwicklung des personenzentrierten Konzepts bezieht sich also nicht so sehr auf eine Ausdeutung in einer spitzfindigen Exegese eines bewährten, an der Erfahrung orientierten Konzepts, sondern im Aufgreifen

der humanistischen Grundkonstellation und seiner Ausweitung der Erfahrungsbereiche denen man in den Jahren seiner Entstehung die Anwendung nicht zutraute. Ernstnehmen und Zutrauen trägt also das Buch, (einem früheren Titel der Autorin entsprechend).

Das Buch zeigt viele Bereiche des Alltags auf, in denen eine derartige Haltung gefragt sein kann: Banale Umgangsformen der Anrede, die Vorstellung von betreutem Wohnen und dennoch Wahrung von selbständiger Wohnumgebung, das Recht auf Privatsphäre, wie einem eigenen Zimmer, bedürfen auch eines grundsätzlichen Respekts dem Behinderten gegenüber. Entlarvend für beziehungslose Distanz ist die vielfach anzutreffende Normalitätsauffassung gegenüber geistig Behinderten. Es besteht ein Hang zur Reduktion der Normalität auf die Bewältigung von Haushaltsführung, eine sehr schwer zu durchbrechende Auffassung (siehe Pörtner, S. 91 ff.) In Zeiten, in denen das Geld für Pflege und Betreuung knapp ist, sieht die Autorin in einigen geänderten Formen der Beziehung zu den Menschen, die der Betreuung bedürfen, auch Chancen, mit wenig Geld eine qualitätssteigernde Arbeit zu leisten.

Marlis Pörtner bleibt nicht bei einer schönen Liste gutbürgerlicher Wünsche an Normalität zur Alltagsbewältigung. Sie findet auch eine ebenso klare wie schlichte Sprache zu den heiklen oder

mit Tabu belegten Themen wie Sexualität und Missbrauch von Menschen mit geistiger Behinderung. Deren Recht auf Intimität möchte die Autorin ebenso gewahrt wissen, wie es andere Menschen für sich in Anspruch nehmen. Ein besonderes Gebiet, das so einfach scheint, aber eine Schwierigkeit für jeden darstellt, ist die Fähigkeit Nein sagen zu lernen, und auch sich in der Umgebung damit zu behaupten. Ein anderes Feld für Konflikte scheinen Essgewohnheiten und damit verbundene Erwartungen oder Rituale zu sein, an denen Betreuer ihre Neigung zu Kontrolle oder Überbevormundung überdenken könnten.

Insgesamt gesehen ist das Buch durch eine Fülle von Beispielen gut aufgelockert geschrieben. Es werden Alltagsszenen aufgezeigt, die zu einem anderen Umgang mit geistiger Behinderung anregen wollen. Die Autorin schreibt in angenehmer Zurückhaltung, unaufdringlich, dennoch deutlich am Wohl der Klienten orientiert. „Normalität ist nicht konfliktfrei zu haben“ (Pörtner, S. 232). Die größte Stärke des Buches dürfte darin liegen, dass die Autorin mit einer unspektakulären Begeisterung für ihre Arbeit die ihr wesentliche Grundbotschaft transportieren kann, die sie im Titel zusammengefasst hat: Brücken bauen. Dann kann man Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten.

Anna Auckenthaler

Leschinsky, A. (Hrsg.): Ursula Plog. Von einer, die auszog, die Psychiatrie das Zuhören zu lehren. Vorträge und Essays.

Psychiatrie-Verlag, Bonn 2003, 328 S. ISBN 3-884-14345-X

Achim Leschinsky hat nach dem Tod von Ursula Plog in einem Buchband Vorträge und Essays zusammengefasst, die als Vermächtnis einer bedeutenden Wegbereiterin der sozialen Psychiatrie in Deutschland gelten können. Das Buch gibt einen Einblick in die Entwicklungen der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland und vermittelt ein Gespür dafür, was Psychiatrie in einer demokratischen Gesellschaft sein könnte. Es regt außerdem zum Nachdenken über die aktuelle versorgungspolitische Lage und über das aktuelle Verständnis von Psychotherapie an.

Der fachliche Teil des Sammelbandes ist in vier Abschnitte gegliedert: Abschnitt 1 fasst Arbeiten zusammen, in denen es um Ursula Plogs Auseinandersetzung mit dem *Menschenbild in der Psychiatrie* geht, Abschnitt 2 („Therapeutische Arbeitsfelder“) veranschaulicht die *Praxis sozialpsychiatrischer Arbeit*, Abschnitt 3 dokumentiert ihr Engagement in *Fortbildung, Berufs- und Versorgungspolitik*,

Abschnitt 4 ihre *Auseinandersetzung mit zeitgeschichtlichen Themen*, wie z. B. mit der DDR-Psychiatrie und der Stasi. Die Originalbeiträge werden ergänzt durch Nachrufe auf zwei Freunde (Jürgen Fuchs und Bernd Becker) und durch die beiden Reden, die von Wolfgang Edelstein und Klaus Dörner anlässlich der Beisetzungsfeier von Ursula Plog gehalten wurden. Den Abschluss des Buchbandes bildet eine Bibliografie, die neben den Veröffentlichungen von Ursula Plog auch von ihr betreute und geförderte Dissertationen auflistet.

Von den Anregungen zum Nachdenken, die das Buch bietet, möchte ich im Folgenden diejenigen herausgreifen, die mir vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie und meiner Beobachtungen in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung besonders relevant erscheinen. Vorauszuschicken ist, dass es Ursula Plog nicht um Psychotherapie in freier Praxis geht, schon gar nicht um eine

Psychotherapie, die mit der Anwendung von Techniken gleichgesetzt wird. Im Fokus ihrer Überlegungen steht die *therapeutische Begegnung im psychiatrisch-psychozialen Bereich*. Die Tugenden, Haltungen und Einstellungen, auf die es nach Ursula Plog in diesem Kontext ankommt, sind „Geduld, Beharrlichkeit, Achtung vor dem anderen, Toleranz und Beständigkeit“ (S. 22), Akzeptanz, Empathie und Kongruenz sowie die Bereitschaft, „Unsicherheit, Nichtwissen und Nichtverstehen auszuhalten“ (S. 142). Wichtig sei außerdem, auf Selbstheilungskräfte zu vertrauen und auf Selbsthilfe zu setzen, über sich selbst nachzudenken und dem „Furor sanandi“ (dem Fehler des „Heilmachenwollens“; S. 48) zu widerstehen, Wahl- und Handlungsmöglichkeiten bereit zu stellen und sich klar zu machen, „dass Beziehungen Zeit brauchen“ (S. 44). Professionelles Handeln in diesem Sinn ist abzugrenzen von einem Selbstverständnis als Experte, „der die Lösung schon kennt und diese dem Patienten zu gegebener Zeit schon beibringen wird“ (S. 105). Vielmehr gehe es darum, Störung bzw. Erkrankung als „Scheitern des Menschen an seiner Lebensaufgabe“ zu betrachten und ihm „den Weg in die Störung, die Störung selbst und den Weg aus ihr denkbar, erfahrbar, begreifbar und einsichtig zu machen“ (S. 57).

Vor dem Hintergrund des heute vorherrschenden Psychotherapeutverständnisses wirkt dieses Setzen auf Selbstexploration, Selbstbefähigung, Selbstheilungsversuche und Selbsthilfepotenziale und die damit verbundene Sicht auf die therapeutische Beziehung fast unzeitgemäß und utopisch, auch wenn es in Wirklichkeit höchst aktuell ist: Die Ergebnisse der Wirkfaktorenforschung belegen den hohen Stellenwert einer „ressourcenorientierten Psychotherapie“. Ursula Plogs Verständnis einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Begegnung liegt allerdings quer zur gegenwärtigen Vorstellung, Psychotherapie könnte in Form von „Behandlungspaketen“ für bestimmte Indikationsbereiche verabreicht werden. Sie geht statt dessen von unterschiedlichen therapeutischen „Versatzstücken“ aus, die von unterschiedlichen Personen erbracht werden und die in ihrer Summe dann therapeutisch wirksam werden können, wenn sie „auf der organisatorischen Ebene integriert und in Bezug auf das Behandlungsziel konsistent“ sind (S. 199). Damit warnt sie implizit vor dem technologischen Verständnis von Psychotherapie, das heute Konjunktur hat, und bedient auch nicht die Vorstellung, dass nur diejenigen therapeutisch tätig sein sollten, die auf Grund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe dazu legitimiert sind. In einer Stellungnahme, die sie 1978 zum damaligen Entwurf eines Psychotherapeutengesetzes geschrieben hat (S. 216 ff.), spricht sich Ursula Plog daher gegen eine Erweiterung des Systems

der ambulanten Versorgung durch die Niederlassung einzelner Spezialisten aus und plädiert für die Schaffung von Institutionen mit interdisziplinären Teams.

Das gegenwärtige Verständnis von Psychotherapie wird in diesem Sammelband auch dadurch erschüttert, dass Psychotherapie hier explizit „auf die Plätze verwiesen“ wird (S. 225). Sie wird als „Sonderfall“ gesehen, der nur dann zum Einsatz kommen sollte, „wenn normales Handeln mit all seiner Zufälligkeit und Fehlerhaftigkeit nicht mehr ausreicht“ (S. 225). Psychotherapie wäre dann also nicht zwangsläufig das Beste, was man einem Menschen mit einer psychischen Störung/Krankheit anbieten kann. Für jemanden mit einem sozialpsychiatrischen Hintergrund mag das eine Binsenweisheit sein. Selten aber habe ich bisher einen Text gefunden, in dem die Durchführung „klassischer“ Psychotherapien in Institutionen der psychosozialen Versorgung so grundsätzlich und fundiert in Zweifel gezogen wird wie in Ursula Plogs Beitrag „Fragmente - Antagonismen. Psychotherapie in Institutionen der psychosozialen Versorgung“ (S. 192 ff.). Es ist ein Text, der auf grundlegende Probleme in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung und in der Organisation therapeutischer „Angebote“ in psychosozialen Institutionen aufmerksam macht. Ich hoffe, er wird Pflichtlektüre für alle, die in der Ausbildung von Psychotherapeuten tätig sind.

Die Aufwertung „normalen“ Handelns gegenüber einem therapeutischen Handeln ist eingebettet in ein lebensweltorientiertes Verständnis psychischer Störungen, eine skeptische Haltung gegenüber einer Biologisierung und Medikalisierung von Psychotherapie und Psychiatrie und in die Überzeugung, dass den Patientinnen und Patienten möglichst viele Wahl- und Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden bzw. erhalten bleiben sollen. Ihr Verständnis eines personenzentrierten Umgangs mit dem Patienten grenzt Ursula Plog daher dezidiert ab von Verkürzungen der „Personenzentrierung“ auf individuell abgestimmte Versorgungspakete und Behandlungspläne. In dieser Abgrenzung bekennt sie sich besonders vehement und deutlich zu ihrer gesprächspsychotherapeutischen Orientierung und stellt klar, was sie selbst unter dem Bemühen um Empathie, Wertschätzung und Kongruenz versteht: „die tiefsten Gefühle des anderen zu spüren und darauf in einer geistreichen, spontanen und kreativen Weise einzugehen“ (S. 105). Man wünscht sich, dass solche Gegenmodelle von Psychotherapie lebendig bleiben und eine Chance hätten, zur Selbstverständlichkeit zu werden. Achim Leschinsky ist dafür zu danken, dass er mit der Herausgabe dieses Sammelbandes günstige Voraussetzungen dafür geschaffen hat.

Wolfgang W. Keil

**Strauß Bernhard, Buchheim Anna und Kächele Horst (Hrsg.):
Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse.**

Stuttgart: Schattauer 2002, 372 S., ISBN 3-7945-2158-7, € 44,95, sFr 71,90

Die Bindungstheorie gewinnt zunehmende Bedeutung in der klinischen Forschung und für die psychotherapeutische Praxis. Die individuellen Bindungserfahrungen prägen ja das „innere Arbeitsmodell“ von sich selbst und von der Welt (in klientenzentrierter Sprache: den „inneren Bezugsrahmen“) und haben damit einen direkten Bezug zu psychischen Störungen. Therapeutisch relevant ist die Bindungstheorie außerdem deshalb in besonderer Weise, weil das Bindungssystem ja gerade bei Stress und Bedrohung, also im Umgang mit Problemen aktiviert wird. Speziell bei der klientenzentrierten Therapie kann eine erstaunliche Kompatibilität v. a. des Therapiekonzepts und der Persönlichkeitstheorie mit der Bindungstheorie konstatiert werden. Biermann-Ratjen und Eckert legen denn auch in einem einleitenden Kapitel dieses Buches die Ähnlichkeit vieler Konzepte von Rogers und Bowlby dar und sie glauben, dass Rogers' Überlegungen durch die klinische Bindungsforschung eine erhebliche Bestätigung finden könnten.

Das Buch gliedert sich in fünf größere Abschnitte. Zunächst formulieren neben Biermann-Ratjen und Eckert für die Gesprächspsychotherapie auch Vertreterinnen der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie ihre Erwartungen an die klinische Bindungsforschung. Diese Erwartungen der therapeutischen Schulen werden im abschließenden Beitrag des Buches vom Ehepaar Grossmann aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive kritisch kommentiert, indem sie v. a. für eine konsequente Übernahme der Forschungsmethodik der Bindungstheorie (und gegen ein „Ausbeuten“ derselben für den je eigenen „Glauben“) plädieren. Im

zweiten Abschnitt des Buches werden die methodischen Zugänge und Probleme der klinischen Bindungsforschung ausgebreitet und an einem Fallbeispiel demonstriert. Hier findet sich auch ein Beitrag von Diether Höger mit einer Übersicht über die Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. Zwei Artikel zu den (neuro-)biologischen Grundlagen von Bindung bilden den dritten Teil des Buches. Im umfangreichen vierten Abschnitt werden dann viele konkrete Bereiche der klinischen Bindungsforschung, u. a. Bindung und Psychopathologie in verschiedenen Altersstufen, angefangen von der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung bis zur gestörten Paarbeziehung Erwachsener u. v. a. m., dargestellt.

Das Buch ermöglicht einen nachhaltigen Einblick in die Anliegen, Fragestellungen und Ergebnisse der klinischen Bindungsforschung. Beispielsweise sind mir dabei besonders aufgefallen: die spezifische Bedeutung der väterlichen „Spieleinfühligkeit“ für die Explorationsfähigkeit des Kindes, die Wichtigkeit des sprachlichen Dialogs mit dem Kind v. a. für den Umgang mit negativen Gefühlen oder die Charakteristik des „verstrickten inneren Arbeitsmodells“ bei unsicher-ambivalenter Bindung als Angst vor emotionaler Ausnutzung, gepaart mit der Angst, verlassen zu werden. So kann die klinische Bindungsforschung zu einem vertieften Verständnis von kongruenten und inkongruenten Persönlichkeitsstrukturen, von deren Entstehung und von einem adäquaten und „feinfühligem“ Umgang mit ihnen führen. Aber auch angesichts der Nähe der Bindungstheorie zu unserem Ansatz ist das Buch m. E. gerade für Personzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten von besonderem Nutzen.

**5. Castrop-Rauxeler
Gesprächspsychotherapie-Symposium**

12./13. November 2004

**Sucht und Sehnsucht–
Psychotherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit**

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel
Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

Programme, Anmeldung und Information

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. L. Teusch

Sekretariat Frau Ott

Telefon: 023 05 / 102 - 2858

Fax: 023 05 / 2860

