

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1 | 2003

7. Jahrgang

Schwerpunkt: Der Personzentrierte Ansatz im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Theorie und gelebter Praxis

FACHBEITRÄGE

- Brigitte Macke-Bruck*: **Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin** 3
- Michael Gutberlet*: **Die personzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft? Über die Schwierigkeiten des Verstehens und Vermittelns von Rogers' sanfter Revolution** 15
- Christian Fehring*: **Eine essayistische Beschreibung von Supervisionsprozessen** 24
- Franz Berger*: **Veränderungsepisoden und Bedeutungskonstruktion im personzentrierten Therapieprozess** 29
- Sylvia Keil*: **„Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“ Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie** 37
- Klaus Heinerth*: **Woran erkenne ich, dass Veränderung beim Klienten geschieht?** 51
- Rosina Brossi*: **Unzeitgemäss? Gedanken einer Praktikerin zum Thema Langzeittherapien** 57
- Corinne Rickenbacher-Fromer*: **Die Ingredienzen des therapeutischen Prozesses** 66
- Christian Korunka, Wolfgang W. Keil und Kristin Haug-Eskevig*: **Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich – Eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Sicht** 70

REPLIKEN

- Humanismus und/oder Naturalismus – Eine Auseinandersetzung zum Menschenbild und zum Verständnis der Aktualisierungstendenz im PCA:**
Jürgen Kriz, Jochen Eckert, Günter Zurhorst, Christian Fehring und Jobst Finke 81

ÄGG
APG-Forum
DPGG
IPS der APG
ÖGwG
SGGT

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber und Herausgeberinnen 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

Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

c/o Prof. Dr. L. Teusch, Ev. Krankenhaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21; E-Mail: L.teusch@evk-castrop-rauxel.de

Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V. (DPGG)

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 38-61 70, E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Forum der APG – Personenzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision A-1060 Wien, Otto-Bauer-Gasse 5/14; Tel./Fax: +43 1 966 79 44 E-Mail: apg-forum@chello.at

IPS der APG – Institut für Personzentrierte Studien der Arbeitsgemeinschaft

Personenzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision
Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit
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: +43 732 78 46 30,
E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung (SGGT), 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

WUV-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

Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Diether Höger, Sylvia Gaul, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Margarethe Letzel, 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 Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt.

Ein wissenschaftlicher Beirat 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 24,60 zzgl. Versandkosten.
Einzelpreis: € 9,50 / sFr 14,60 zzgl. Versandkosten.

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

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind zweifach schriftlich ausgefertigt (anderthalbzeilig, mit einem breiten Korrekturrand und nummerierten Seiten) und auf Diskette oder E-Mail (nach Möglichkeit Format *.rtf) bei einer der folgenden Adressen einzureichen:

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 77-478 27; Fax.: +43 1 42 77-478 89,
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39;
Tel.: +43 1 407 55 87; Fax: +43 1 407 55 87-4, E-Mail: wolfgang.keil@aon.at

oder

c/o lic. phil. Margarethe Letzel, CH-6004 Luzern, Hertensteinstraße 29;
Tel.: +41 41 410 48 58; Fax: +41 41 410 48 41; E-Mail: m.letzel@bluewin.ch

oder

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

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- ca. 10-zeilige Zusammenfassung
- 3-5 Stichwörter
- Text, allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor oder zur Autorin (3-5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Korrespondenzadresse und E-Mail

Zitationsweise

Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliographie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at) 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 Heftes: Ulrike Diethardt, Margarethe Letzel

Gedruckt mit Unterstützung durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur.

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

Inhalt

Editorial	2
<i>Brigitte Macke-Bruck</i>	
Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin	3
<i>Michael Gutberlet</i>	
Die personenzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft?	
Über die Schwierigkeiten des Verstehens und Vermittelns von Rogers' sanfter Revolution	15
<i>Christian Fehring</i>	
Eine essayistische Beschreibung von Supervisionsprozessen	24
<i>Franz Berger</i>	
Veränderungsepisoden und Bedeutungskonstruktion im personenzentrierten Therapieprozess	29
<i>Sylvia Keil</i>	
„Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“	
Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie	37
<i>Klaus Heinerth</i>	
Woran erkenne ich, dass Veränderung beim Klienten geschieht?	51
<i>Rosina Brossi</i>	
Unzeitgemäss? Gedanken einer Praktikerin zum Thema Langzeittherapien	57
<i>Corinne Rickenbacher-Fromer</i>	
Die Ingredienzen des therapeutischen Prozesses	66
<i>Christian Korunka, Wolfgang W. Keil und Kristin Haug-Eskevig</i>	
Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich – Eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Sicht	70
Humanismus und/oder Naturalismus – Eine Auseinandersetzung zum Menschenbild und zum Verständnis der Aktualisierungstendenz im PCA	81
<i>Jürgen Kriz: Mechanistischer Humanismus statt humanistischer Systemtheorie?</i>	
Eine Replik auf den Beitrag von Jobst Finke	82
<i>Jochen Eckert: „Entweder – Oder“ oder „Sowohl – Als auch“ oder „Weder – Noch“, sondern nur Pappkameraden?</i>	84
<i>Günter Zurhorst: Personenzentrierter Ansatz und Neuro-Phänomenologie – Eine kurze Replik auf den Beitrag von Jobst Finke</i>	85
<i>Christian Fehring: Replik auf den Beitrag von Jobst Finke „Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus“</i>	87
<i>Jobst Finke: Komplexität und Differenz – Antwort auf die Replik von Jürgen Kriz</i>	89

Editorial

Der Personzentrierte Ansatz im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Theorie und gelebter Praxis

Mit Erkenntnissen aus der Wissenschaft, im Speziellen mit dem Wissen der person-/klientenzentrierten Theorie gestalten wir unsere psychotherapeutische Praxis. Erfahrungen aus der Praxis verändern wiederum das Verständnis der Theorie. Geschehen solche Rückkopplungsprozesse nicht mehr, wird Theorie zum starren Konstrukt, das Wirklichkeit weder angemessen abbildet, noch fruchtbare Basis für Reflexion sein kann. Psychotherapeutische Praxis ist nicht gleichbedeutend mit der Anwendung theoretischen Wissens, wiewohl die Anwendung von Wissenschaft in diese eingeht. In diesem Sinn ist Theorie wie eine Landkarte, die die Landschaft psychotherapeutischer Praxis den Bedürfnissen entsprechend mehr oder minder gut abbildet.

Der Dialog zwischen Praxis und Theorie, Theorie und Praxis ist gerade für die Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie von besonderer Bedeutung. Die Therapietheorie Rogers' bewegt sich auf einem hohen Abstraktionsniveau, sie enthält keine konkreten Handlungsanleitungen, sondern beschreibt Einstellungen und Haltungen, grundlegende Prinzipien therapeutischen Geschehens im Rahmen einer gelingenden Beziehung. Das therapeutische Geschehen bleibt in hohem Maß an die Person der Therapeutin, des Therapeuten gebunden. Im Zentrum psychotherapeutischer Arbeit stehen bei Rogers gerade nicht Wissen oder Technik. Therapie wirkt durch das, was die Therapeutin, der Therapeut ist, nicht durch das, was er tut. Diese Form therapeutischer Praxis ist weder zu lernen noch zu beherrschen, indem man sich theoretische Konzepte aneignet und anwendet. Und doch bilden die theoretischen Konstrukte hilfreiche Geländer, an denen entlang wir uns bewegen. Es sind jedoch genau diese Konstrukte, die gleichzeitig auch zum dichten Bretterzaun werden können, der den Blick auf die unmittelbar erlebte Wirklichkeit verstellt. Theorie muss sich also immer wieder von der Praxis hinterfragen lassen und Erfahrungen aus der Praxis müssen Eingang in die Theorie finden.

Mit diesem Heft wollen wir die unserer Meinung nach zu wenig oder zu selten geführte Diskussion psychotherapeutischer Praxis und deren Beforschung anregen: Wir haben PraktikerInnen gebeten, Erfahrungen aus ihrer Arbeit zu schildern und Reflexionen zu skizzieren, wie sie ihre unmittelbar erfahrene therapeutische Praxis in Bezug auf theoretische Modelle verorten. Es geht hier also um die Beziehung der Praxis zur Theorie aus der Perspektive gelebter Praxis.

Brigitte Macke-Bruck richtet in ihrem Beitrag den Fokus auf das spezifische Können der TherapeutInnen, die Weiterentwicklung ihrer beruflichen Erfahrungswelt und plädiert für (vermehrte) Praxisforschung neben der klassischen Psychotherapieforschung. Mit der persönlichen Praxis personenzentrierter Ausbildung setzt sich Michael Gutberlet auseinander, mit jener der Supervision von Ausbildungskandidaten Christian Fehrer.

Eine Verschränkung von Praxis und empirisch-wissenschaftlicher Auseinandersetzung stellt der Beitrag von Christian Korunka, Wolfgang W. Keil und Kristin Haug-Eskevig über Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich dar, eine auf einer an der Universität Wien durchgeführten Studie basierende Bestandsaufnahme der Praxis.

Franz Berger, Sylvia Keil, Klaus Heinerth, Rosina Brossi und Corinne Rickenbacher-Fromer haben auf die von uns gestellte Frage nach der Veränderung durch Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie aus der Perspektive der Praxis geantwortet. Leitfaden für diese Auseinandersetzung war der in der person-/klientenzentrierten Theorie zentrale Begriff der Veränderung des Selbst(konzepts), der konstruktiven Persönlichkeitsveränderung, der positiven Veränderung im Hinblick auf Wahrnehmung und Erleben als Ziel der Psychotherapie. Was wird von PsychotherapeutInnen im unmittelbaren therapeutischen Prozess als positive Veränderung gewertet, worauf richten sie ihr Augenmerk im Bemühen, ein förderliches Klima für diesen Prozess bereitzustellen, wodurch und woran erkennen sie, dass Veränderung geschieht oder eben nicht geschieht? Was tun sie, wenn intendierte positive Veränderung nicht eintritt oder nicht einzutreten scheint? Wie und vor welchem Hintergrund bewerten und erleben sie Stillstand oder Stagnation und, letztlich, wie verändern sie sich selbst durch ihre therapeutische Praxis?

Es sind Facetten und Einblicke in therapeutische Praxis. Als Perspektive am Horizont taucht dabei die Idee zu Forschungsprojekten auf, die aus den unmittelbaren Erfahrungen psychotherapeutischer PraktikerInnen erwachsen.

Ulrike Diethardt und Margarethe Letzel

Brigitte Macke-Bruck

Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin

Zusammenfassung: Die berufliche Erfahrungswelt einer personenzentrierten Praktikerin zeichnet sich durch ihre jeweilige Einzigartigkeit aus und ist in einem ständigen Prozess von Weiterentwicklung befindlich. Aus der Perspektive der psychotherapeutischen Praxis werden die eigenen Beziehungen zur Theorie, zur beruflichen Praxis und zur Wissenschaft als Umgebung von Praxis untersucht. Dabei werden Bezüge zur Professions- bzw. Aktionsforschung hergestellt. Zuletzt wird die in der Praxis entstandene „Forschungskultur“ als eine der Quellen beruflicher Entwicklung beschrieben: Im Rahmen eines personenzentrierten Zugangs wird die, in der Weiterentwicklung des Selbstkonzepts enthaltene Empathieentwicklung einer Therapeutin gefördert.

Schlüsselwörter: Berufliche Erfahrungswelt, personenzentriertes Selbstverständnis, Selbstkonzept, Selbstreflexion, Empathieentwicklung, Symbolisierungsprozess, Intersubjektivität, Professions- bzw. Aktionsforschung

Résumé : Le monde empirique dans la pratique professionnelle – théorie et pratique du point de vue d'une praticienne. Le monde empirique professionnel d'une praticienne centrée sur la personne se distingue par son caractère chaque fois unique et se trouve dans un processus d'évolution constante. Ses relations personnelles à la théorie, à la pratique professionnelle et à la science en tant qu'environnement de la pratique sont étudiées dans la perspective de la pratique psychothérapeutique. Ainsi, les relations avec la recherche professionnelle et l'activité sont établies. Finalement, la « culture de la recherche » issue de la pratique est décrite comme instrument du développement professionnel: dans le cadre d'une approche centrée sur la personne, le développement empathique contenu dans l'évolution du concept de soi d'une thérapeute est favorisé.

Mots-clés : Monde empirique professionnel, idée de soi centrée sur la personne, concept de soi, autoréflexivité, développement empathique, processus de symbolisation, recherche professionnelle et d'action.

Abstract: The world of experience in professional practice. Theory and practice from the practitioner's perspective. The professional's world of experience is characterised by its uniqueness and by an ongoing developmental process. From her perspective as a practitioner, the author explores her relationship with theory, professional practice and science as a background to professional practice. In this context, she refers to professional research and action research. She also describes the "research culture" which has emerged within that practice as an instrument for professional development: The person-centred way of working furthers the development of the therapist's empathy, which is implicit in the development of the self concept.

Keywords: World of professional experience, person-centred self-concept, capacity for self-reflection, development of empathy, symbolisation process, professional research, action research

1. Vorwort

Wieso wissen wir, wann wir gerade empathisch verstehen und wann nicht? Was in meinem Inneren sagt mir eigentlich, wie ich meinem Klienten jetzt begegnen werde? Ist es Gespür, eine Art „feeling“, Intuition, Können, Kunst? Metaphern umschreiben das tagtäglich Praktizierte, aber was ist es nun wirklich? Ist es Empathievermögen oder ein Wissen um die Verwandlung von „core conditions“

in taktvolles Benehmen oder die Kenntnis des rechten „timings“? – Die Therapietheorie und die wissenschaftlichen Untersuchungen zum Wirkvermögen der Personenzentrierten Psychotherapie verdeutlichen meines Erachtens nur zum Teil, was Praktikerinnen können und wie therapeutisches „Wissen“ in der täglichen professionellen Praxis verfügbar ist. Die empiriegestützte Theorie sagt aus, dass Personenzentrierte Psychotherapie „funktioniert“: Es gilt als das „sine qua non“ erfolgreicher Therapie, das empathische Verstehen

(Rogers 1975a) derart genau auszudrücken, dass die Klientin wahrnimmt, dass bzw. wie sich ihre Therapeutin in sie unbedingt positiv beachtend einfühlen kann. Im Herzstück personzentrierter Theorie, der Theorie von den „hinreichenden und notwendigen Bedingungen“ für konstruktive Persönlichkeitsveränderung (Rogers 1957a), wird dies postuliert. Ein Feld förderlicher Bedingungen innerhalb einer Beziehung stellt zugleich die Matrix und die dialogische Voraussetzung dafür dar, dass sich Personen in Richtung von Erhaltung und Entwicklung, Autonomie und Gegenseitigkeit, Differenzierung und Ganzheitlichkeit (Rogers 1951, 1957a, 1959a) entfalten können. Diese Theorie ist Abstraktion – ein Modell, das auf die lebendige therapeutische Wirklichkeit in ihrer Komplexität *verweist*. Schwierig wird es, das intersubjektive Geschehen der *konkreten* kritischen oder kreativen Momente *jenseits* der Einzelfalldarstellung theoretisch zu fassen und von etwas zu sprechen, das wir mit den Klientinnen eigentlich nur unmittelbar *erleben* können. Genau hier erhebt sich die Frage, ob nicht zusätzlich zur Perspektive des konventionellen wissenschaftlichen Zugangs ein Beitrag aus der beruflichen Praxis bereichernd sein kann.

Theorie und Praxis werden zumeist aus der Sicht der Wissenschaft thematisiert. In diesem Artikel stelle ich die Beziehung zur Praxis und zur Theorie *aus der Perspektive einer Praktikerin* dar. Von eigenen Erfahrungen und Entdeckungen zu erzählen ist mir als Praktikerin vertraut, ebenso, dies in andere (Fach-)Sprachen zu übersetzen. Angeregt durch die Professionsforschung (Schön 1983; Buchholz 1999), die in der Praxis *nicht die Anwendung* von Wissenschaft sieht, versuche ich hier meine Gedanken zum „Können“ von Praktikerinnen in eine Art Systematik zu bringen. Sie entspringen persönlichen Erfahrungen aus der freiberuflichen psychotherapeutischen Praxis und der stationären Tätigkeit in Krankenhäusern mit einem Versorgungsauftrag. Ich differenziere hier bewusst in praktische professionelle und wissenschaftliche Arbeitsbereiche, trenne in psychotherapeutische „Praktiker“ und „Wissenschaftler“, obwohl es natürlich Personen gibt, die in beiden Funktionen tätig sind. Praktikerinnen antworten auf sich im therapeutischen Raum spontan entfaltende lebendige Wirklichkeiten, während personzentrierte Wissenschaftlerinnen die Veränderungsprozesse dieser Wirklichkeit erklären und deren Gesetzmäßigkeiten verstehen wollen. Praktikerinnen, die mit Psychotherapie ihren Lebensunterhalt verdienen, üben einen Beruf aus. Insofern ist ihre Tätigkeit als „professionell“ zu betrachten. Therapie findet nicht im luftleeren Raum statt, sondern innerhalb eines bestimmten, von Pluralität gekennzeichneten gesellschaftlichen Umfeldes. Eine Gesellschaft billigt den Mitgliedern einer Profession gewisse Privilegien zu, wie die Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen durch Zugehörigkeit und den Schutz eigener beruflicher Interessen usw. Im Gegenzug erwartet die Gesellschaft von der jeweiligen Profession die Einhaltung ethischer Regeln und die des Berufscodex. Das bedeutet, dass Professionen als Teil eines historischen und gesell-

schaftspolitischen Prozesses in einem Wandel befindlich sind und grundsätzlich (als solche) problematisierbar sein müssen (siehe z. B.: Wilkening 1978).

Hier werde ich meinen Fokus nicht auf die Problematik von Professionalität richten, sondern ein Verständnis des „Besonderen“, Einzigartigen psychotherapeutischer Praxis, die auch professionell organisiert ist, skizzieren. Anders als Marlies Pörtner, die ausgewählte Therapeutinnen und Therapeuten zur eigenen Praxis interviewt hat (Pörtner 1994), werde ich hier aus dem Strom einmaliger psychotherapeutischer Erfahrungen zweierlei herausfiltern: die Besonderheiten dessen, was Therapeutinnen „können“ und wie sich ihre berufliche Erfahrungswelt weiterentwickelt. Da ich allgemeine Aussagen dazu tätige, müsste ich meine Sätze immer mit einem Hinweis auf die darin enthaltene *subjektive* Sichtweise versehen. Ich verzichte darauf mit der Bitte an die Leserin und an den Leser, diesen Aspekt „mitzudenken“. Ich habe mich für die weibliche Schreibweise entschieden und ersuche hiermit die männlichen Leser, sich ebenfalls „mitzudenken“. Wo ich mich auf Texte anderer Autorinnen und Autoren beziehe, habe ich deren grammatikalische Struktur verwendet und es als Zitat gekennzeichnet.

2. Das „Können“ von Praktikerinnen

2.1 Praxis überschreitet die Anwendung von Theorie

Im Alltagsbewusstsein scheint der Unterschied zwischen Theorie und Praxis klar, und das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis deutlich trennbar zu sein. Bei genauerer Betrachtung droht sich diese Differenz aufzulösen. Seit etwa fünfzig Jahren regt sich, nicht nur im Bereich der Humanistischen Psychologie, Kritik an der Vorstellung, der professionellen Praxis läge ein „Modell technischer Rationalität“ zugrunde: Logisch gefolgert würde das nämlich bedeuten, Praxis *sei* die Anwendung theoretischen Wissens zur Problemlösung. Die dazu erforderlichen Theorien würden außerhalb der Praxis entwickelt, seien allgemein gültig und standardisiert. Eine Praktikerin sei die Expertin für die Lösung der anstehenden Probleme. – In professionelle Praxis gehen zwar die Erkenntnisse von Wissenschaft ein, aber die Praxis ist *niemals identisch* mit der *Anwendung* von Wissenschaft (Schön 1983, 23f). Aus der Sicht von Praxis ist auch Personzentrierte Psychotherapie weitaus mehr. Die oben erwähnte Unschärfe erzeugt beim Versuch, die komplexe Wirklichkeit von Psychotherapie *eindeutig* zu definieren, unterschiedliche Auffassungen: Psychotherapie als Wissenschaft bzw. als „psychotherapeutisch-wissenschaftliches Verfahren“ (siehe z. B.: Österreichisches Psychotherapiegesetz 1991), als „Konfession“ oder „Profession“ (Grawe/Donati/Bernauer 1994). Psychotherapie als (Heil-)Kunst, ein Lernvorgang, ein psychosoziales Beeinflussungsverfahren oder als Persönlichkeitsveränderung durch Beziehung.

Die psychotherapeutische Praxis selbst hat zu ihrer Umgebung wichtige Bezüge: exemplarisch seien neben den Angehörigen der Klientinnen die Wissenschaften, wie Ethik, Philosophie, Psychologie, Soziologie, Medizin und Neurowissenschaften, Biologie, das Rechts- und das Gesundheitswesen, Politik und Gesellschaft, die Künste sowie Religionen erwähnt. Die Wissenschaftstheorie lehrt, zur Verwendung gelangende Begrifflichkeit offen zu legen. Wenn „Praxis“ im Kontext der altgriechischen Bedeutung von „handeln“ ein Verändern eines Zustandes, einer Situation, noch allgemeiner, eines „Sachverhaltes“ ist, bedeutet „Theorie“, ursprünglich von „schauen“ kommend, „Erkennen“, bloßes Erblicken oder Wahrnehmen von etwas, das sich durch unser Wahrnehmen nicht verändert (Seifert 1992). Den Begriff „Wissenschaft“ verwende ich hier in einem weitgefassten Sinn: Wissenschaft ist die methodisch-systematische Erweiterung unseres Wissens im Zusammenhang mit einer Verbreiterung der empirischen Basis und der Ausarbeitung einer Theorie. Jetzt wird klar, dass sich die pure, klassische Bedeutung von „Theorie“ erweitern muss. Unter Theorie verstehe ich somit ein sich nicht widersprechendes System von Aussagen, das die empirischen Daten bzw./oder die Basissätze ordnet und uns ermöglicht, über unsere Erfahrungen nachzudenken und zu sprechen.

Das „Wissen“ umfasst alle Erfahrungen, die einer Überprüfung durch Erfahrung standhalten. Vorhandenes Wissen kann auf die Wahrnehmung strukturierenden Einfluss haben: Es sagt uns, was wir erkennen oder wie wir sehen, hören, fühlen sollen. Zugleich gilt auch, dass Hypothesen, wissenschaftliche Meinungen, Modellbildungen durch korrigierende Erfahrungen *veränderbar* sind. „Verstehen“ ist ein komplexer Prozess, der auf der Fähigkeit des Menschen wahrzunehmen basiert, was wiederum von seiner biologischen Ausstattung, seinen kognitiven und affektiven Möglichkeiten sowie von seinen Gedächtnisleistungen abhängt (Kriz/Lück/Heidbring 1996). Es ist subjektabhängig und konstituiert (gesellschaftliche) Wirklichkeit (Schütz/Luckmann 1979, 38f; Berger/Luckmann 1980), kann sinnstiftend sein, konstruktiv und die Komplexität strukturierend, oder Handlungscharakter haben (Kriz/Lück/Heidbring 1987; Schwemmer 1987).

Theoretische Modelle bilden die komplexe Wirklichkeit der therapeutischen Praxis ausschnittsweise ab, ordnen das „Chaos“ der Flut lebensweltlicher Vielschichtigkeit (Kriz 1997). Ihr Verhältnis zur Wirklichkeit ist gewissermaßen vergleichbar dem einer Landkarte zur Landschaft. Dabei soll nie vergessen sein, dass jede Gesellschaft und jede Zeit ihre eigenen „Landkarten“ hervorgebracht hat und innerhalb einer Gesellschaft verschiedene Sorten von Landkarten nützlich sind. Eine Landkarte wird nur Teile der ganzen Wirklichkeit abbilden, weil sie sonst nicht mehr übersichtlich genug wäre, zugleich soll sie für den jeweiligen Bedarf „genau genug“ sein. In der Wissenschaft hervorgebrachte Modelle, Konzepte – „Landkarten“ – werfen aus unterschiedlichen Perspektiven ein Licht auf die

komplexe Wirklichkeit des Forschungsgebietes und beeinflussen somit auch die Wahrnehmung für die „Landschaft“ selbst. Diese Perspektiven können einander ergänzen oder irritieren, beziehungsweise die Verstehensprozesse der Praxis anreichern. Insofern ist die Praxis „wissensbasiert“ (Buchholz 1999, 95f) und Theorie konstruktivistisch (siehe Kriz/Lück/Heidbrink 1996; Höger 2000; Janich 1996).

2.2 Psychotherapeutische Praxis als Gegenstand von Aktionsforschung

Das empathische Verstehen der Praxis, als ein sich erweiternder und vertiefender Prozess, knüpft am vorhandenen Wissen der Praktikerin an. Theorie kann in ihr dieses Verstehen anregen und Anlass geben, das therapeutische Geschehen und eigene Handeln zu reflektieren. Wo die Wissenschaft ein auf Machen-Können gerichtetes Wissen, also Technik, hervorbringt, bedeutet in Gegenüberstellung dazu das person-gebundene „reflexive Wissen“ der Praxis eine sich stets mehrende Erfahrung, die sich im einzigartigen Bezug zur aktuellen Situation auch immer erst bildet. In diesem Sinne erfordert Praxis stets Wahl und Entscheidung zwischen Möglichkeiten. Hier wird weiters besonders deutlich, dass ein Praktiker immer auch Werte-Entscheidungen trifft (Gadamer 1972; Rogers 1961a, 212). Diese auf anthropologischen Vorannahmen beruhenden Werthaltungen sind implizit immer gegenwärtig. In den Humanwissenschaften spiegeln sie sich, unabhängig davon, ob sie offengelegt worden sind oder nicht (Hagehülsmann 1984; Holzkamp 1973), sowohl im Menschenmodell, das einer Theorie zu Grunde liegt, wider als auch im Selbst-Verständnis der Praktikerin, die sich auf diese Theorie bezieht.

Praxis ist von Wissenschaft angeregtes Können, sie *wird* gewissermaßen zur Kunst, und je mehr ein Praktiker sein Können „beherrscht“, desto mehr Freiheit besitzt er gerade gegenüber diesem „Können“. Dieses Können bekommt dann etwas von Leichtigkeit, Schönheit, Selbstverständlichkeit (Gadamer 1972). Ihre Tätigkeit erfordert von Praktikerinnen einmalige Antworten. In „The Reflective Practitioner“ charakterisiert der Aktionsforscher Donald A. Schön die Situation professionell tätiger Personen: Praktiker sind immer selbst ein Teil der Situation, die sie gestalten. Dadurch *und* an sich sind diese Situationen instabil, unsicher, einzigartig, vielfältig-komplex, vieldeutig und durch Wert- und Interessenkonflikte gekennzeichnet (Schön 1983, 39f).

Wenn die Psychotherapieforschung gedanklich der professionellen Praxis übergeordnet wird, würde die Lebendigkeit der Praxis stark eingeschränkt werden, warnt Michael Buchholz in seiner professionstheoretischen Analyse (Buchholz 1999). Buchholz knüpft dabei an die Tradition der Aktionsforschung im englischsprachigen Raum

an (Schön 1983; Argyris/Schön 1999, 45f), wo es mittlerweile üblich ist, die Praxis gleichberechtigt neben die Wissenschaft zu positionieren. Er plädiert für eine eigenständige Beforschung professioneller Praxis neben klassischer Psychotherapieforschung. Wo Praktikerinnen systematisch ihr therapeutisches Handeln und Erleben reflektieren, findet die Aktionsforschung konkrete Verwirklichung: Ausführlich angelegte Therapieprotokolle, Fragetagebücher oder Intervisionsgruppen ermöglichen, interessante Fragestellungen gezielt zu bearbeiten und die eigene Arbeitsweise weiter zu entwickeln sowie im kollegialen Austausch neue Sichtweisen zu gewinnen. Diesseits und jenseits des Freudschen Junktims vom Heilen und Forschen hat sich im Bereich professionell betriebener therapeutischer Praxis eine *Kultur* der Reflexion, des Befragens und Erforschens entwickelt.

2.3 Einmaligkeit in der therapeutischen Erfahrungswelt

Berufliche Praxis ist an die Person der Therapeutin gebunden, an ihre Wesensart und Flexibilität. Ihre persönliche Lebenserfahrung, beginnend von klein an und die Lebenslerngeschichte bis zu den Entwicklungs- und Sozialisierungsprozessen, die in Aus- und Weiterbildungen stattfinden (Berger/Luckmann 1980), sind in der Praxis letztlich unhintergebar. Das reflektierte eigene Geworden-Sein wird eine Ressource für die Praktikerin darstellen können. Im Laufe ihres beruflichen Entwicklungsweges vergrößert sich der Erfahrungsschatz an je *einmaligen* therapeutischen Begegnungen: Sie verdankt ihren Klientinnen immer auch eigenes zwischenmenschliches Wachsen. Es vertieft sich ihre therapeutische Identität, Kompetenz und Klarheit bezüglich des eigenen professionellen Selbst-Verständnisses (Gaul/Macke-Bruck 2000, 261). Die berufliche Erfahrungswelt der Psychotherapeutin ist in ihrer Komplexität dauernd im Fluss und in Entwicklung. Jede psychotherapeutische Beziehung ist ein einzigartiges intersubjektives Geschehen. Die Praktikerin ist selbst an dieser Beziehung beteiligt und gestaltet sie von Moment zu Moment mit.

Eine Psychotherapeutin arbeitet tagtäglich, meist über längere Zeiträume hinweg mit ihren Klientinnen und Klienten. Im Gegensatz zu den, nach wissenschaftlichen Kriterien, spezifisch ausgewählten Personengruppen für die Forschungsdesigns, kommen in eine psychotherapeutische Praxis Klientinnen mit sehr unterschiedlichen Entwicklungs-Bedürfnissen, in vielerlei Leidenszuständen, teilweise mit unklaren „Arbeitsaufträgen“ oder außergewöhnlichen Erwartungen an Psychotherapie. Sie sind weder vorselektiert noch vordiagnostiziert worden und haben mitunter unangenehme Zuweisungserfahrungen gemacht. Würde man die Klientinnen zu Beginn der therapeutischen Zusammenarbeit im Prozesskontinuum (Rogers 1961a, 130ff) einstufen, befänden sich einige der sehr verletzlichen Klientinnen in den Bereichen „eins bis zwei“. Bei

Personen mit einem fragilen Selbstbezug (vgl. Warner 2000; Binder 1994; Eckert/Biermann-Ratjen 2000; Reisch 1994; Swildens 1991; Coffeng 2001, Prouty/Van Werde/Pörtner 1998) kann es mitunter ungleich schwieriger für Klientin und Therapeutin sein, eine tragfähige Beziehung zu etablieren als mit Klientinnen aus den Bereichen drei bis fünf im Prozesskontinuum. Letztere sind meist gut motiviert und können das therapeutische Angebot für sich aktiv nutzen. Einer erfahrenen Praktikerin ist es möglich, sich auf diese Gegebenheit flexibel einzustimmen und kreative persönliche Lösungen zu finden. Es genügt einfach nicht, reines psychopathologisches Wissen anwenden zu können. Weder das Wesen der personzentrierten Praxis, deren Annahmen zur Natur des Menschen, noch das entwicklungsorientierte Verständnis von Störung im PCA erlauben das. Wenn personzentrierte Therapeutinnen erleben, wie unterschiedlich es sein kann, mit so verschiedenen Menschen in Beziehung zu treten, wie es „schmecken“ kann, sie in ihren Grenzgängen zu begleiten, entwickelt sich therapeutische/klinische Erfahrung.

2.4 Therapeutische Identität spiegelt sich in person-gebundenem Wissen

Identität und personzentriertes Selbst-Verständnis einer Therapeutin zeigen sich am kongruenten, erfahrungsoffenen selbst-reflexiven Da-Sein für die Klientin. Das impliziert die Fähigkeit, jeweils an der *Person* der Klientin oder des Klienten orientierte Rahmenbedingungen für die therapeutische Arbeit entwickeln zu können. Es bedeutet, sich *immer neu* Klarheit über die eigene Verantwortung in der therapeutischen Beziehung zu verschaffen. Wo Personzentrierte Psychotherapie zum Beruf geworden, also auch gesellschaftlich legitimiert ist, zeigt sich die Professionalität einer Therapeutin auch in der Bereitschaft (Gaul/Macke-Bruck 2000, 263), ihr Handeln jedes Mal neu ethisch zu verankern, die einschlägige Therapietheorie integriert und deren spezifische anthropologischen Vorannahmen reflektiert zu haben (vgl. Höger 2000; Schmid 2002). Dies erscheint mir insofern bedeutsam, als die eigene therapeutische *Identität* den therapeutischen Prozess beeinflussen kann: In einer Studie haben Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen gezeigt, welchen heimlichen Wirkfaktor die „Theorie“ des Therapeuten, nämlich seine Vorstellungen von der psychischen Entwicklung des Menschen, von der Entstehung psychischer Störungen und den therapeutischen Bedingungen zur Behebung dieser Störungen darstellt. Beim quantitativen Vergleich erwiesen sich die gesprächspsychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlungen im Mittel als gleich erfolgreich, in der qualitativen Analyse wurden spezifische Veränderungsmerkmale sichtbar. Etwas vereinfacht dargestellt, fanden sich folgende Ergebnisse. Nach der Gesprächspsychotherapie beachteten die Klienten stärker ihr Selbst in Interaktion mit der Umwelt, vor allem mit den wichtigsten Bezugspersonen, ihre Kontakt- und Beziehungsfä-

higkeit wuchs, während für psychoanalytisch behandelte Personen die eigene innere und äußere Autonomie stärker zunahm (Eckert/Biermann-Ratjen 1990).

Das Person-Gebundene der Praxis spiegelt sich im Selbstkonzept bzw. Selbstbild der Therapeutin wider. Ihre selbst-reflexiven Fähigkeiten definieren das Empathievermögen (Fonagy 2000; Daudert 2001), ihren Bewertungsprozess und beeinflussen die Entwicklung ihrer anthropologischen Annahmen, wie Welt-, Menschen- und Selbstbild und den Zugang zur Therapietheorie: Die Tätigkeit der personenzentrierten Praktikerin wurzelt in der Vorstellung, dass sich Personen unter bestimmten günstigen Bedingungen selbst regulieren und entfalten können (Rogers 1959a). Persönlichkeitsentwicklung, selbst-reflexives Potenzial, Lebenserfahrung, Bildung und therapeutisch-klinische Erfahrung sowie die therapietheoretischen Kenntnisse verdichten sich wiederum zum Wissen einer Therapeutin. Dieses Wissen ist ihr als integriertes, „implizites“ Wissen, „tacit knowing“ würde es Michael Polanyi bezeichnen (Polanyi 1964), grundsätzlich zugänglich. Sie kann es sich explizit verfügbar machen (vgl. Gendlin 1964). Das „Wissen“ einer Praktikerin ist folglich person-gebunden und in Entwicklung befindlich.

Therapeutische Praxis wird nicht immer im gleichen Maße als „gelingend“ erlebt. Bereitschaft und Sensibilität, dieses Faktum zu reflektieren, sind sowohl individuell als auch situativ unterschiedlich vorhanden. Sie gehören grundsätzlich zu lebendiger personenzentrierter Praxis und spiegeln sich in der Fähigkeit zur Selbstreflexion wider. Das Reflektieren als ein sich Vergegenwärtigen der eigenen Praxis bleibt immer der einzelnen Person selbst überlassen. Meines Erachtens wird eine Therapeutin genau in jenen Augenblicken zur „Erforscherin“ der eigenen Praxis, in welchen sie ihr Erleben in seiner *Einmaligkeit* zum Gegenstand des Fragens macht. Während im Wissenschaftsbetrieb die Kultur des Erforschens weitgehend klar definiert ist und man sich innerhalb eines Paradigmas an Übereinkünfte der scientific community zu halten bereit ist, gibt es dergleichen Reglementiertes in der professionellen Praxis nicht. Abseits der Verpflichtung zur Supervision liegt es im Verantwortungsbereich der Praktikerin, für die Förderung ihrer therapeutischen Kompetenz zu sorgen.

3. Weiterentwicklung in der beruflichen Praxis

1.1 Zum Verhältnis von Praxis und Theorie im PCA

Personenzentrierte Psychotherapie basiert auf der Vorstellung, dass konstruktive Persönlichkeitsveränderung innerhalb einer förderlichen wischenmenschlichen Beziehung stattfindet. Michael Buchholz entwirft in seiner Publikation „Psychotherapie als Profession“ (Buchholz 1999) ein professionstheoretisches Rahmenmodell für

die psychotherapeutische Praxis. Dabei bekommt der Gedanke zentralen Stellenwert, dass lebendige therapeutische Praxis wissensbasiert, aber keinesfalls die technische Anwendung von Theorie ist. Ein solches Konzept kann Praktikerinnen Strukturierungshilfe bei der *Weiterentwicklung ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit* sein. Obwohl Buchholz dieses Modell am Beispiel der Psychoanalyse konkretisiert, drängte sich mir beim Lesen seines Buches der Gedanke auf, dass viele der Kriterien dieses professionstheoretischen Modells im personenzentrierten Konzept bereits verwirklicht sind. Dies erscheint insofern nicht weiter verwunderlich, als Rogers ein erfahrener Praktiker war, der zunehmend tiefer in die Erforschung seiner beruflichen Erfahrungswelt eindrang (Rogers 1959a, 12ff).

Ich möchte jetzt an den zentralen Konzepten Rogers' von 1957 und 1959 zeigen, dass erfolgreiche personenzentrierte Praxis keine *Anwendung* der Therapietheorie darstellt. „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Rogers 1959a) beinhaltet *keine* konkreten Handlungsanleitungen oder genauen Beschreibungen eines erforderlichen Verhaltens, sie beschreibt *grundlegende Prinzipien* therapeutischen *Geschehens* (Höger 2000; Finke 1994) im Rahmen einer *gelingenden* Beziehung. „Die hinreichenden und notwendigen Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ (Rogers 1957a) sagen aus, was geschieht, wenn das *Feld der beschriebenen Bedingungen* in relativ hohem Ausmaß und über einen gegebenen Zeitraum hinweg verwirklicht ist: Persönlichkeitsveränderung als Entwicklung von Empathie und in Richtung auf größere Erfahrungsoffenheit, Selbstentfaltung, Differenzierung, Komplexität und Wechsel- bzw. Gegenseitigkeit (Hutterer 1992). Dieses Konzept ist eine Beschreibung der von Klienten erfahrenen und Forschern wie Beratern usw. „beobachteten Momente“ einer *gelingenden* Therapie: zu mangelndem Gelingen enthält es keine expliziten Aussagen.

Gerade mit der Formulierung der Therapietheorie auf hohem Abstraktionsniveau hat Rogers meines Erachtens einen *professionstheoretischen Rahmen* für die Personenzentrierte Psychotherapie verfasst: Wenn jemand diese therapietheoretischen Konzepte direkt in einer mechanistischen Art und Weise *anwenden* will, wird er scheitern. Es liegt nicht in der Macht der Therapeutin, empathisches Verstehen zu erzeugen, sich zu unbedingt positiver Beachtung zu verpflichten oder die Klientin dazu zu bringen, dass sie wenigstens in einem geringen Ausmaß die bedingungslose positive Beachtung ihr gegenüber und das empathische Verstehen der Therapeutin wahrnimmt. Ebenso wenig wird die Therapeutin bewusst verhindern können, dass sie inkongruent in der Beziehung zur Klientin wird – das widerfährt ihr naturgemäß ungewollt. Sich in Kontakt *befinden*, empathisch den inneren Bezugsrahmen der Klientin in einer „als ob“ Modalität *erfahren* und positive Beachtung *empfinden* geschieht ebenfalls jenseits aktiver, „rein kognitiver“ Steuerung. Es

ist Ausdruck einer inneren Einstellung und Bereitschaft innerhalb der Beziehung und wird Therapeutin und Klientin vielmehr zuteil.

Carl R. Rogers wusste, dass die Theorie von 1957 eine Gefahr in sich birgt: Manchmal gerät sie Praktikerinnen zur idealisierenden Norm. Wenn es sozusagen zu wichtig ist, die Therapeutenvariablen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz in allerhöchstem Maße zu *erfüllen*, gerät die Person der Klientin verloren und die Therapeutin erlebt nicht mehr, dass und wie ihr empathisches Verstehen usw. von der Klientin erfahren wird. Hier stimmen, wie in empirischen Untersuchungen (z. B. Raskin 1974 in Rogers 1975a) gezeigt werden konnte, Selbst- und Fremdeinschätzung des Therapeutenverhaltens nicht überein. Gerade deshalb erscheint es mir besonders hilfreich, personzentrierte Theorie mit dem *korrektiven Moment* einer professionstheoretischen Rahmung zu lesen. Das dient insbesondere dort als Aufforderung zur Reflexion, wo die Therapeutin aus ihrem Gegenwärtig-Sein geraten ist, sich in der Beziehung zur Klientin als inkongruent erlebt bzw. ihr Erleben der therapeutischen Situation in der Supervision als solches identifiziert (Gaul/Macke-Bruck 2000). Weil Theorien auch handlungsleitend sind und die personzentrierte Therapietheorie die Beschreibung besonders günstiger Bedingungen enthält, ist eine Therapeutin in zweifacher Weise zur Selbstreflexion aufgefordert: Zur Spurensuche in Richtung von mangelnder Übereinstimmung mit den „hinreichenden und notwendigen Bedingungen konstruktiver Persönlichkeitsveränderung“ und in Richtung eigener blinder Flecke bezüglich eines unreflektierten therapeutischen Selbstideals.

1.2 Praxis als gelingende therapeutische Beziehung

Eine Theorie, die in so stark verallgemeinerter, besser vielleicht übergeordneter Weise verfasst ist, bietet Praktikerinnen die Möglichkeit, sich von Moment zu Moment in *einzigartiger*, also in nicht beliebiger Weise in einen Beziehungsprozess einzulassen. Die Darstellung in Gestalt „hinreichender und notwendiger Bedingungen“ ermöglicht der Therapeutin, sich im Verstehensprozess zwischen dem Ganzen und dem Spezifischen zu balancieren, ebenso zwischen Flexibilität und Fokussierung. Theorie stellt einen Rahmen dar, innerhalb dessen sich Therapeutinnen bewegen können, und gibt Sinn: Die gelebte Praxis wird diskutierbar, im Einzelfall kritisierbar und ermöglicht der Praktikerin, immer wieder neue Vorstellungen, neue Bilder darüber zu entwickeln, wie „Verstehen verändert“. Personzentrierte Theorie legt nicht die Interpretation eines von der Klientin dargestellten Problems/Themas fest, sondern eröffnet der Klientin und der Therapeutin eine Perspektive dafür, die gefühlte Bedeutung des thematisierten Sachverhaltes zu erfassen. Sie erlaubt (– ja fordert implizit geradezu von –) der Praktikerin, ihr empathisches Verstehen so exakt, also feinfühlig in passenden Worten, gewählten Gesten, „anschlussfähigen“

Bildern, stimmigen Metaphern zu vermitteln, dass sich die Klientin als wahrgenommen *erfährt*.

Schließlich dient diese Theorie wie ein Kompass zur Orientierung, sie hilft der Therapeutin, sich selbst zu verstehen: Bin *ich* kongruent in der Beziehung, wofür *empfinde* ich unbedingte positive Beachtung, wo bin *ich* nicht *in Kontakt*, *erlebe* ich empathisches Verstehen, wie *nimmt* die Klientin *mich wahr*? Eine professionstheoretische Sicht definiert Psychotherapie zugleich als instabile Situation (vgl. Schön 1983), weil sie von der Person der Praktikerin abhängig ist. Wenngleich es der Forschung möglich ist, aufgrund des Bestehens bestimmter Bedingungen zu Therapiebeginn, deren Gelingen zu prognostizieren (Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001), wird es in der Praxis keine Erfolgsgarantie geben können.

Weil lebendige Praxis an die *Person* der Therapeutin gebunden ist, erfordert sie eine intersubjektive bzw. interaktionelle Definition. Personzentrierte Theorie impliziert diese Konzeption und sollte als Feldtheorie begriffen/gelesen werden (Kriz 1997; Höger 2000; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001, 86). Das bedeutet einerseits, dass die Tradition, von der „Verwirklichung der drei Therapeutenvariablen“ zu sprechen, den Nachteil in sich birgt, die intersubjektive Wirklichkeit der therapeutischen Situation auszublenden.

Eine Praktikerin lässt sich von der Eigenart einer Klientin anmuten. Intersubjektives und interaktionelles Verstehen erweitern den Blickwinkel auf das Beziehungsangebot der Klientin und deren Art, ein Beziehungsangebot aufzunehmen (Höger 2001). Stellen wir uns vor, eine Klientin wird sehr lange und sehr genau von ihren Versuchen, etwas Schwieriges zu bewältigen sprechen und die Therapeutin nicht gerne zu Wort kommen lassen. Zugleich ist sie auf Hilfe hoffend eingestellt. Vielleicht wird sich die Therapeutin als hilflos erleben, möchte sie die Klientin in keine beschämende Situation bringen. Sie fühlt, wie wichtig es für ihre Klientin ist, diese bedrohliche Situation zu vermeiden. Das unbedingt positiv beachtende empathische Verstehen der Therapeutin erfasst gleichermaßen a.) den Beziehungsaspekt zwischen ihr und der Klientin, b.) deren Bedürfnis, die Selbst-Achtung zu *erhalten* und die damit verbundene Schwierigkeit, sich dem eigenen Problem c.) freier zuzuwenden. Die erfahrene Praktikerin wird die auftauchende eigene Resonanz wahrnehmend das Verwirrende der Situation erfassen. Sie wird, sich in einem Abstimmungsprozess mit der Klientin befindend, ihr empathisches Verstehen *situativ* angemessen äußern. Einmal wird es passend sein, den Wunsch zu artikulieren, besser verstehen zu wollen, einmal vielleicht, wenn sich die Beziehung gerade als angemessen sicher erweist, das „Verwirrende“ der Situation ins Spiel oder das eigene Beziehungserleben als Selbstöffnung zur Sprache zu bringen. Im Gegenwärtig-Sein entsteht eine Antwort auf die ganze Klientin ihrem Bedürfnis nach Selbstachtung wird empathisch verstehend begegnet (vgl. Biermann-Ratjen 1998, 119f).

1.3 Empathieentwicklung und Selbstreflexivität

Carl R. Rogers betont in seinem Spätwerk erneut die Bedeutung der Empathie von Therapeutinnen als besonders wichtige Bedingung für die Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens einer Klientin sowie für das Verständnis von deren Persönlichkeitsdynamik (Rogers 1975a, 75f). In der Psychotherapieforschung wurde entdeckt, dass die Selbsteinschätzung von Therapeutinnen bezüglich ihrer Empathie weniger verlässlich ist als die Fremdeinschätzung von unbefangenen Beurteilerinnen oder von den Klientinnen selbst (Rogers 1975a, 84; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001). Ob empathisches Verstehen gelingt oder missglückt glauben Praktikerinnen dennoch meistens klar sagen zu können. Was sie gerade empathisch sein lässt, ist schon schwerer in Worte zu fassen und erfordert meist Reflexion. Ich möchte nun zeigen, wie Therapeutinnen sich dieser Problematik in kreativer Weise stellen können. Wo die Erforschung der eigenen Praxis in einem *personzentrierten Rahmen* stattfindet und auf der *Theorie der Persönlichkeit des PCA* (Rogers 1959a) basiert, sind spezifische philosophische Implikationen zur „Natur des Menschen“ enthalten. Für Klientin und Therapeutin müsste daher gleichermaßen gelten, dass sie die „Fähigkeit besitzen, sich selbst zu leiten, zu regulieren und zu kontrollieren unter der Voraussetzung, dass bestimmte definierbare Bedingungen bestehen. Nur“, schreibt Rogers weiter, „wenn diese Bedingungen fehlen, werden äußere Kontrolle und Regulation des Individuums erforderlich“ (Rogers 1959a, 47).

Sowohl während als auch nach den Therapiestunden gibt es im Gewahrsein einer Therapeutin Momente des Driftens zwischen einem Zustand des „self in process“ und einem „self as process“: Ich bin entweder in einem Fluss des Erlebens, also in einem (Selbst-)Erlebensprozess befindlich oder ich *vergegenwärtige* mir das eigene Erleben, trete also in *Beziehung* zum eigenen Erlebensstrom. Je weniger ich mich in einer Situation als ängstlich oder bedroht erfahre, desto leichter werde ich zwischen diesen Verfassungen des Selbsterlebens hin- und herschwingen können. Mein Erleben ist frei oder kaum strukturgebunden (Gendlin 1964; Rogers 1975a). Wo ich als Therapeutin in meinem Erleben gerade sehr stark strukturgebunden bin, wird mir kein Oszillieren zwischen diesen Selbstzuständen mehr möglich sein, ich werde mich als „inkongruent“ wiederfinden. Gleichzeitig ist die Beziehung zu Konstrukten ebenfalls relativ starr geworden: Vorstellungen über die Bedürfnisse der Klientin oder bezüglich des Selbstideals der Therapeutin, über therapietheoretische Konzeptionen und von früheren therapeutischen Erfahrungen geraten zum Hindernis erfahrungsoffenen, freien Verstehens.

Das Wissen um die Vorformen von Empathie, „Empathieentwicklung“ (Binder 1994) und die entwicklungspsychologische Dimension der Persönlichkeitsentwicklung (Rogers 1959a, 48–65; Biermann-Ratjen 1998, 106–118) vertiefen dabei das Verstehen.

Empathisches Verstehen bedeutet kraft der eigenen selbst-reflexiven Fähigkeiten, also der Erfahrung innerhalb einer sicheren Bindungsbeziehung von einer selbstreflexiven Person als geistig-seelisches Wesen anerkannt und verstanden worden zu sein, den intentionalen Standort einer anderen Person genau zu erfassen und mitteilen zu können (Fonagy 2000). Dies spiegelt sich im aktuellen Vermögen der Praktikerin zur Selbstexploration und Selbstreflexion wider. Das Symbolisieren relevanter Erlebnis-inhalte ist Ausdruck der Selbstaktualisierung. Erfahrungen, die im Selbstkonzept integriert sind, sind affektiv bewertete, vollständig symbolisierte und damit bewusst gemachte Erfahrungen. Jene Erfahrungen, die in Widerspruch zum eigenen Selbst geraten, können nicht vollständig symbolisiert werden und behindern als Inkongruenz damit auch, für die Klientin unbedingt positive Beachtung zu *empfinden* und empathisches Verstehen zu *fühlen* (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1996, 81f). Eine prozessuale Auffassung und ein entwicklungsorientiertes Verständnis von Empathie scheinen mir in der Praxis unerlässlich zu sein.

Im sich Vergegenwärtigen und beim Reflektieren kann das „Noch-Nicht“ empathischen Verstehens auftauchen und somit gewahrt werden. Das Erleben wird sich (wieder) stärker in Richtung eines vollständigeren Symbolisierens entfalten können. Wer beispielsweise das eigene Erleben und Handeln beim ausführlichen Protokollieren (siehe Kap. 4) eines psychotherapeutischen Beziehungsprozesses zu reflektieren beginnt, vergegenwärtigt sich die unmittelbare Erfahrung noch einmal und sieht in der Folge die Reaktionen der Klientin und die eigenen in etwas anderem Lichte. Beim Schreiben kann erneut nach wirklich *passenden* Worten für das Erlebte gesucht werden. Der empathische Verstehensprozess des Gehörten, Gefühlten verfeinert sich und schreitet ein wenig voran: Als Therapeutin werde ich von einem, „Ah, das wollte sie mir vielleicht auch noch sagen ..., – war es das ...?“ erfasst.

Die subjektive Perspektive wird dabei vorerst weder in der Selbsterforschung noch bei der Praxisforschung im Rahmen einer Interventionsgruppe überschritten. In jenem Maße, in welchem es Praktikerinnen gelingt, diese Auseinandersetzung in einem personzentrierten Klima gegenseitiger Achtsamkeit stattfinden zu lassen, ist immer auch persönliches Wachstum und signifikantes Lernen möglich. Dies bedeutet, die in der Weiterentwicklung des Selbstkonzepts enthaltene Entwicklung des Empathievermögens von Praktikerinnen zu fördern. Die Auseinandersetzung mit eigener Theoriebildung und mit den eingangs bereits erwähnten „in der Umgebung der Therapie befindlichen Konzepten“ (Buchholz 1999) unterstützen diesen Prozess: Sich deren Anregung, Irritation oder einer Kritik auszusetzen, kann die eigene Position erhellen und bereichern (siehe Kap. 4).

1.4 Implizites Wissen und Handeln in der Praxis

Gegenwärtig-Sein und therapeutisches Verstehen haben zugleich Begegnungs- und Handlungscharakter. Der *intersubjektive* Verstehensprozess selbst schwingt zwischen dem Wunsch oder dem Bemühen zu verstehen und dem Erleben von Verstehen hin und her. Wo Empathie etwas von einem „Sich-anmuten-Lassen“ hat, also als Resonanz zum von der Klientin Gefühlten, Gemeinten, Gezeigten verstanden wird, ist immer auch die *interaktionelle* Dimension der Therapie beschreibbar (Biermann-Ratjen 1996; Finke 1994, 1998a; Binder 1994; Reisch 1994; Swildens 1991). Die konkrete Lebendigkeit der Praxis entspricht nicht idealtypischer Einförmigkeit: Es gibt Phasen, des „Im-Fluss-befindlich-Seins“ und weniger gleichförmig dahinfließende Situationen, Zeiten des Stagnierens oder starker Turbulenzen. In der „Aktionsforschung“ hat Donald A. Schön aufgrund von Fallstudien bestimmte Formen des Zusammenspiels von „Wissen“ und „Handeln“ in der Praxis beschrieben (Schön 1983, 49): Der Handlungstypus auf der Basis „unausgesprochenen-Wissens-in-der-Handlung“, weiters der Handlungstypus auf der Basis einer „Reflexion-in-der-Handlung“ und drittens jener auf der Basis einer „Reflexion-über-die-Handlung“.

Denken und Handeln sind nicht getrennt, wenn Praktikerinnen gerade auf der Basis „unausgesprochenen-Wissens-in-der-Handlung“ arbeiten. Sie befinden sich „wie im Fluß“. Den Mustern ihres Handelns ist ein Gefühl für die Situation, in der sie sich befinden, implizit. Sie haben ihr Handeln nicht durch intellektuelle Operationen bewusst geplant oder vorbereitet. Sie wissen mehr als sie auszusprechen vermögen. Sie machen sich nicht explizit bewusst, wo /wie sie dieses Wissen erworben haben (Schön 1983). In einer personenzentrierten Sprache bedeutet das: Mein empathisches Verstehen vollzieht sich: Ich fühle genaues Verstehen dessen, was mir die Klientin vermittelt, als ob ich in ihrer Lage wäre. Ich erlebe, wie sich einfühlsames Verstehen gleichsam zwischen uns ereignet, zugleich bin ich mir (tlw. an der Schwelle meines Gewahrseins) dessen bewusst, dass ich *meine* Wirklichkeit, nicht ihre Wirklichkeit erfahre. Ich drücke das Verstehen meiner Klientin gegenüber aus, ohne eine bestimmte intellektuelle Strategie zu verfolgen. In meinem Erleben sind Empfinden, Fühlen, Vorstellungen, Denken und Handeln ganzheitlich und nicht voneinander getrennt. Ich selbst nehme wahr, dass meine *empfundene* unbedingt positive Beachtung und *gefühlte* Empathie der Klientin in gewissem Maße wahrnehmbar sind. – Es stellt für die Therapeutin kein Problem dar, in der Beziehung zur Klientin kongruent und erfahrungsoffen zu bleiben. Sie stellt sich auf Unerwartetes, auf Bizarres empathisch ein und kippt nicht aus dem Gegenwärtig-Sein (Gaul/Macke-Bruck 2000, 257f).

Aber wie in anderen beruflichen Kontexten ist die therapeutische Situation nicht immer so ruhig dahinfließend. Praktikerinnen kennen Phasen, die größere Herausforderungen an sie darstellen,

weil sie das Verhalten der Klientin als verwirrend erleben oder aus der Fülle dessen, was verstanden sein will, nicht alles auf einmal beantworten können. Im Einzelfall wird sich die Therapeutin stärker dem eigenen Erleben zuwenden und deutlicher ein Oszillieren vom empathischen Verstehen zwischen sich und der Klientin fühlen. Bei Donald A. Schön würde dies unter den „Handlungstypus“ einer „Reflexion-in-der-Handlung“ gereiht werden. Im Vergleich zur ruhig fließenden therapeutischen Arbeit birgt hier die Erfahrung von Komplexität ein wenig Verunsicherung. Das Reflexive des Erlebens tritt deutlicher ins Bewusstsein der Therapeutin, ohne dabei immer verbalisiert werden zu müssen. Donald A. Schön sagt, wenn jemand „in-der-Handlung-reflektiert“, wird er zu einem „Forscher im Kontext der Praxis“ (Schön 1987, 56, 68). Wo die Lage besonders interessant oder sehr problematisch und schwierig geworden ist, ruft sie explizit nach Reflexion. Die Praktikerin beginnt ihr Erleben zu verbalisieren, zu hinterfragen, ausführlicher als sonst zu protokollieren und zu beforschen. Sie geht in Supervision, Intervision oder in eine Fortbildung. Es kommt zu einer „Reflexion-über-die-Handlung“ (Schön 1983, 76f). Dort kann eine neue und lebendige Beziehung zur eigenen Erfahrung hergestellt werden, eine Chance für die Praktikerin, in der Beziehung zur Klientin wieder kongruent zu werden.

4. Eine spezifische Forschungskultur

4.1 Forschung und Kultur

Nun stellt sich die Frage, ob es legitim ist, die Reflexionsstile der Praxis als „Forschung“ zu bezeichnen. Meines Erachtens sprechen zwei Argumente dafür, Praxisforschung als spezifische Form von Forschung zu betrachten. Wenn erstens der subjektive Faktor, den der Mensch in der Erforschung des Menschen und seiner Beziehungen darstellt, nicht länger als einflussnehmende Größe gelehnet wird (Kriz 1997) und wenn zweitens Forschung dabei dienen soll, „Wirklichkeit“ diesseits *und* jenseits der subjektiven Erfahrung zu verstehen. Sie erweitert das signifikante Lernen psychotherapeutischen Arbeitens um eine besonders wichtige Dimension: die mit einer Weiterentwicklung des Selbstkonzepts einhergehende Entwicklung des Empathievermögens von Therapeutinnen. Wichtig ist dabei allerdings, den *Unterschied* von wissenschaftlichen Forschungsprozessen und Praxisforschung, als Weiterentwicklung und Erforschung eigener Berufstätigkeit, nicht aus den Augen zu verlieren.

Carl R. Rogers ging in der Psychotherapieforschung ebenfalls direkt von seinen unmittelbaren Erfahrungen der therapeutischen Tätigkeit aus (Rogers 1959a, 69ff). Es bestand für ihn lange eine schier unüberbrückbare Kluft zwischen seiner Praxis und dem wissenschaftlichen Forschen (Rogers 1961a, 196ff). Erst als er seine Vor-Annahmen zur wissenschaftlichen Tätigkeit veränderte, löste

sich dieser Widerspruch auf. Rogers formulierte das, in Anlehnung an Kenneth W. Spence, so: Insbesondere in der kreativen Initialphase des Forschens entspringen die Daten aller Wissenschaften der unmittelbaren *Erfahrung* eines beobachtenden Menschen. Die Früh- und die Explorationsphase im naturwissenschaftlichen Forschungsprozess sei genauso durch das Vorherrschen von intuitivem Fühlen [...] gefärbt. Erst später werden diese subjektiven Annahmen im Stile der Wissenschaft über Hypothesenbildung u. ä. methodisch geprüft und innerhalb der Forschergemeinschaft validiert (vgl. Rogers 1959, 69; Rogers 1961a, 213ff; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2002). Die Quelle für das Fragen und den Prozess des Forschens ist bei Praktikerinnen und Wissenschaftlerinnen vorerst ähnlich, nämlich die subjektive Erfahrung. Dann beginnen aber aufgrund anderer Motive unterschiedliche Weiterentwicklungen.

Die Forschungskultur der Praxis hat primär förderliche Aufgaben. Sie ist unabhängig von der Forderung nach Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen entstanden. Neben der Supervision sind ausführliches Protokollieren, Forschungstagebücher, die Gründung kollegialer Intervisionsgruppen oder Focusingpartnerschaften ein integraler Bestandteil im individuellen beruflichen Entwicklungsprozess von Therapeutinnen geworden. In Vorträgen, Workshops oder in theoriegeleiteter Supervision bieten Praktikerinnen einander an, ihre Erfahrungen im Kreis von Kolleginnen zur Diskussion zu stellen. Der immanente Selbsterfahrungsanteil eröffnet wiederum Gelegenheiten zur Reflexion eigenen therapeutischen Begegnens und Handelns, was die Entwicklung eines Zugangs aus einer *neuen Perspektive* zu den inneren Einstellungen bedeutet. Ähnliches ist im, von wechselseitiger Wertschätzung getragenen Klima bei (interdisziplinären) Teamsitzungen oder im Austausch mit anderen Berufsgruppen möglich; in der Differenz zueinander wird sich eigenes Erleben „klären“ können.

Darüber hinaus hat Michael H. Rønnestad in einer großen Langzeit-Studie über professionell tätige Psychotherapeuten gefunden, dass sich relativ viele Therapeuten und Therapeutinnen im Zuge ihrer beruflichen Laufbahn wieder in Selbsterfahrung begeben. Laut Rønnestad erhöht sich dadurch ihre Fähigkeit, auch in sehr schwierigen, komplexen und nicht im vorhinein planbaren Situationen empathisch zugegen zu sein (Rønnestad/Skovholt 2001).

Ein therapeutischer Blick, ein solcher Zugang oder therapeutisches Wissen ist gesellschaftlicher Bestandteil von Kultur geworden. Die Kultur des Er-Innens und des Erzählens, mit der die Praxisforschung immer beginnt, kann in kunstvolle Ereignisse münden. Jenseits der Einsamkeit der therapeutischen Praxis und der Stille von Verschwiegenheitsverpflichtungen halten manche Therapeutinnen etwas vom *Wesen* ihrer reflektierten Erfahrungen fest, wenn sie z. B. beginnen, Romane, Krimis, Geschichten, Märchen zu schreiben oder ihre Erfahrungen zu humorvollen Botschaften für das Kabarett oder

Theater verarbeiten. Die Welt der Psychotherapie wird einer gesellschaftlichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Wie es sich anfühlt, in Psychotherapie zu sein, weiß man erst, wenn man sich selbst in Therapie begeben hat. Professionell tätige Praktikerinnen geben in Informationsveranstaltungen einem interessierten Personenkreis Wissenswertes über ihre eigenen Arbeitsfelder und das Wesen von Therapie mit ihren Chancen und Grenzen weiter. Hier sind sie in ihrer Domäne, nämlich von etwas zu erzählen, wovon zu sprechen eigentlich unmöglich ist: Therapeuten ermöglichen anderen, in sich Vorstellungen beziehungsweise Bilder über Therapie zu entwickeln.

2.2 Die eigene Erfahrung als Ausgangspunkt

Während in Ausbildungskontexten, im stationären Bereich oder bei Praktikerinnentreffen die Dokumentationspflicht gelegentlich als lästige Notwendigkeit thematisiert wird, kann die Aufzeichnung eigener Notizen über Therapiebeziehungen auch zu einer Bereicherung werden. Praktikerinnen, die schon lange ausführlich verfasste Therapieprotokolle anlegen, sehen darin den persönlichen Entwicklungsprozess oder Ausdruck ihrer Forschungsinteressen widergespiegelt. Relativ oft haben jene Therapeutinnen mit genauen Schilderungen der Eingangssituationen und des Stundenverlaufs begonnen. Später kam es zu einer Zentrierung auf phänomenologische Darstellungen von Momenten der Veränderungen oder von schwierigen Phasen. Praktikerinnen beschreiben diese als Änderungen in der Beziehung zu Konstrukten, zu Symptomen, zum Körpererleben, zum Ort der Bewertung, im Verhalten zu Beziehungspartnern oder im beruflichen Bereich entlang des Prozesskontinuums. Das Interesse kann sich auf strukturgebundenes Erleben, Experiencing- oder Symbolisierungsprozesse richten, weiters auf das Erleben von Konflikten von unerträglicher Widersprüchlichkeit bis zu aushaltbarer oder gar stimulierender Spannung oder sich auf die Schilderung der Spannungen zwischen Selbstdideal und Selbstkonzept der Klientin beziehen. Manchmal wird im Lauf der Jahre nur noch das Wesentliche festgehalten: ein Bild, Wort, Gefühl, eine Szene oder Metapher als Ausdruck dessen, was in der Therapiestunde aufgetaucht oder besonders wichtig geworden ist.

Diese Aufzeichnungen beinhalten meist auch persönliche Notizen über Gefühle und Gedanken, die während der Stunde aufgetaucht sind, über Vorstellungen oder Fragen, die sich zur Situationen aufgedrängt haben, aber nicht mitgeteilt wurden, da sie nicht das unmittelbar von der Klientin Mitgeteilte berührt haben. Es können Leitfragen für das Protokollieren entwickelt werden: Was genau will verstanden werden? Wie kommt es zum Verstehen im Dienste der selbsterhaltenden Komponente der Selbstaktualisierungstendenz? Was an Erfahrungen ist zu bedrohlich und wird deshalb vermieden und was davon aktualisiert sich innerhalb der therapeutischen Beziehung? Das Experimentieren mit lust- und sinnvollen Formen

des Protokollierens oder das Anlegen von Forschungstagebüchern zu bestimmten Fragestellungen gestattet, eigene therapietheoretische Ideen zu verfolgen: Wenn ein bekanntes theoretisches Konstrukt das individuelle Erleben nicht ausreichend genau zu erklären vermag, kann im „Bilden“ eigener „Theorien“ eine Sammlung von persönlichem „Erfahrungsmaterial“ angelegt werden.

4.2 Erforschung der eigenen Praxis als Empathieentwicklung

Eine kollegiale Intervisionsgruppe kann ebenfalls ein Ort der Erforschung beruflicher Praxis sein. Die konsequente Bereitschaft, sich im Rahmen einer vertrauensvollen personenzentrierten Atmosphäre schwierige Situationen der eigenen Praxis zu vergegenwärtigen, verändert die berufliche und gleichzeitig die persönliche Erfahrungswelt: Auch in unbekanntem, verwirrenden oder bedrohlichen Situationen ist es dann eher möglich, empathisch zugegen zu bleiben. Jene Momente in der therapeutischen Beziehung, wo das nicht möglich war, werden früher als solche wahrgenommen und weniger ausgeblendet. Damit ist verbunden, dass sich die Sensibilität gegenüber eigenem Inkongruent-Werden erhöht. Zugleich steigt auch die Bereitschaft, sich darin „auszuhalten“ und selbst besser kennen zu lernen: was erlebe ich innerhalb der therapeutischen Beziehung als bedrohlich usw.? Das bedeutet: Das (Selbst-)Ideal bzw. der Anspruch, die therapeutischen Bedingungen stets in höchstem Maße verwirklichen zu müssen, wird immer neu relativiert zu Gunsten der therapeutischen Realität, der Kongruenz und realen eigenen Möglichkeiten, empathisch zu verstehen und zugegen zu bleiben.

Dies sind wiederum Veränderungen im Sinne von Empathieentwicklung. Es wird leichter, den aktuellen intentionalen Standort der Klientinnen zu spüren und zu beachten: also zu sagen, worin die Klientin gerade ganz genau verstanden sein möchte. Beispielsweise darin, dass sie gerade nicht weiter weiß, sich zu sehr bedroht fühlt, um sich neuen, ins Gewahrsein drängenden Bewusstseinsinhalten zuwenden zu können, sich der Beziehung zur Therapeutin neu versichern möchte oder vielleicht in einem Experiencingprozess nicht gestört, sondern ganz sensibel begleitet werden möchte usw. Die Achtsamkeit gegenüber dem Mit-Geteilten wächst auch insofern, dass sich die Therapeutinnen nicht mehr so leicht im thematischen Verstehen verstricken, sondern eher die gefühlte Bedeutung des Erzählten, also die Selbst-Entwicklungsbedürfnisse von Klientinnen beantworten. Ihre Sensibilität im szenischen Verstehen usw. wächst und lässt die Therapeutinnen weniger verwirrt angesichts schwieriger Beziehungsangebote bzw. Beziehungserwartungen von Klientinnen zugegen bleiben. Im Bereich des therapietheoretischen Wissens gibt es eine Bewegung zu ganzheitlicher Integration und einem personengebundenen Erfahrungswissen. Die Therapietheorie wird auch eher bezugnehmend auf den inneren Bezugsrahmen der betroffenen Klientin formuliert.

Diese Veränderungen haben in jener Intervisionsgruppe stattgefunden, der ich selbst seit Jahren angehöre und die mir ein sehr wichtiger Ort des Innehaltens geworden ist. Freude und Interesse führen uns regelmäßig zusammen und das Klima gegenseitiger Wertschätzung und Achtsamkeit vertieft sich. Es wird zunehmend selbstverständlich, während des Intervisionsprozesses eine Balance zu halten zwischen dem Verstehen für die Therapeutin, für die Klientin, die sich zwischen beiden entfaltende Beziehung und für unsere je eigene Resonanz darauf. Wir lernen, die persönlichen Arbeitsstile immer tiefer wert zu schätzen. Wir geraten dabei weniger leicht in Konkurrenz über unausgesprochene Fragen: „Wer könnte den Fall besser lösen; wer begegnet der Klientin mütterlicher, einfühlsamer?“ Das impliziert, dass wir alle in einem empathischen Prozess sind, der jeder von uns ermöglicht, zu spüren, aus welcher Perspektive sie jeweils gerade zuhört, antwortet, mitfühlt oder uns etwas zu erklären versucht. Man befindet sich gerade in einer Beziehung von Gegenseitigkeit, in einer Alter-Ego Beziehung, in einer Art von Identifikation mit der geschilderten Klientin, in einer Übertragungssituation oder in einer facilitating-Position für die ganze Intervisionsgruppe.

4.4 Die Vielfalt im verstehenden therapeutischen Zugang ist bereichernd

Wenn Praktikerinnen beginnen, die eigene Tätigkeit über das Einholen externer Perspektiven zu befragen, gewinnt die Situation mit der Außenansicht eine zusätzliche Bereicherung. Jene Praxisforschung, die den „subjektiven Bereich“ nicht überschreitet, ist auf die Überprüfung an der unmittelbaren Realität in den nächsten Therapiestunden angewiesen. Diese „Grenzen“ werden durch die Arbeit mit Klienten-Fragebögen oder mit Tonbandaufzeichnungen der Sitzungen etwas nach außen verschoben. Eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg solcher Unternehmungen ist meines Erachtens das sensible Etablieren dieser Methoden, da sie per se den therapeutischen Beziehungsprozess beeinflussen. Als Therapeutin selbst kann ich bei der Erforschung der eigenen Praxis natürlich keine echte externe Perspektive einführen – zur Transzendierung der persönlichen Perspektive bin ich immer auf andere, die zu einer systematischen Außenschau fähig und bereit sind, angewiesen. Aktionsforschung befasst sich dann empirisch-wissenschaftlich mit professioneller Praxis. Perspektivenwechsel als Erweiterung der eigenen Wahrnehmungsmöglichkeiten finden aber nicht nur in der Praxisforschung selbst statt, sondern auch in der Auseinandersetzung mit aktuellen Forschungsergebnissen der empirischen Wissenschaften und durch die Reflexion der eigenen Beziehung zur methodenspezifischen Theoriebildung.

Psychotherapeutinnen reflektieren die eigene Erfahrungswelt am Einzelfall. Da mit der Empathieentwicklung im Laufe der beruflichen

Weiterentwicklung auch die Sensibilität für das „Nicht-Gelungende“ in der Praxis wächst, verändert sich auch der Bezug zu therapietheoretischen Modellen. Weil gelingende personenzentrierte Arbeit eine *sich verwirklichende* achtsame und empathische Begegnung innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung darstellt, entzieht sie sich einer Anwendung oder Idealisierung von Therapietheorie. Wenn Personenzentrierte Praktikerinnen die unmittelbare Gegenwärtigkeit der Beziehung verlassen, können sie dies an den Rückmeldungen ihrer Klientinnen spüren oder, wie bereits beschrieben, im Reflektieren der eigenen Tätigkeit entdecken. In der Praxisforschung wird die verzerrte Wahrnehmung mit der unreflektierten oder erstarrten Beziehung einer Therapeutin zu therapietheoretischen Konstrukten in Verbindung zu bringen sein.

Der hohe Abstraktionsgrad personenzentrierter Theorie erfordert sowohl für die Forschung als auch für die konkrete gelebte Praxis Explizierungen. In den hierarchisch strukturierten Einteilungen dieser therapietheoretischen Explizierungen werden vier Verstehensebenen mit unterschiedlichem Abstraktionsgrad von einander differenziert (z.B. in Höger 1989, 2000; Biermann-Ratjen et al. 1996, 59f; Finke 1994, Gaul/Macke-Bruck 2000). Obwohl sich diese Modelle inhaltlich unterscheiden, enthalten sie die selben Vorstellungen von deren ordnender und strukturierender *Funktion*: In der jeweils hierarchisch übergeordneten Ebene wird festgelegt, was in der darunterliegenden verwirklicht sein muss. Die oberste Ebene definiert die Beziehung als psychotherapeutische und enthält anthropologische Vorannahmen. Darunter befindet sich Rogers' Therapietheorie als Prinzip oder Regulativ für alle sich daraus entwickelnden Explizierungen. Das bedeutet, dass in der nächsten Ebene erkennbar ist, ob ein therapietheoretisches Modell tatsächlich zur Verwirklichung Personenzentrierter Psychotherapie beitragen kann. Die vierte bzw. letzte Ebene stellt die Ebene der konkreten einmaligen therapeutischen Begegnung dar.

In der Welt des PCA tragen die therapietheoretischen Explizierungen bzw. Modelle die Handschrift ihrer Autorinnen und Autoren. Sie ermöglichen einer Praktikerin, sich von ihnen anregen oder auch irritieren zu lassen. Als personenzentrierte Therapeutin lese ich selbst diese Modelle niemals als Handlungsanweisungen oder als therapietechnische Manuale. Da ich glaube, dass Modelle auf die lebendige therapeutische Wirklichkeit nur verweisen können, sind sie in der Praxis nicht wie Rezepte anzuwenden. Theorien, die dem personenzentrierten Konzept immanente Aspekte erhellen, erweitern mir die einmaligen Zugangsmöglichkeiten im Verstehensprozess. Sie eröffnen einen neuen Blick auf das Altbekannte, werfen Licht auf zu eng gewordene Denkgewohnheiten. Da, wo Therapietheorie Muster therapeutischen Handelns expliziert oder beschreibt, dient sie mir in der reflexiven Rückschau auf die eigene gelebte Praxis: „Technik“ im ursprünglichen Sinn von „kunst-voll“, Methodik von „methodicos“ kommend als „nicht beliebig“, als mögliches Korrektiv. Die

Vielfalt im verstehenden Zugang wird dann von Praktikerinnen als Bereicherung erlebt und vertieft ihre Möglichkeiten, empathisch verstehend zugegen zu bleiben. Eine Auffassung von Empathie als prosozial, im Gegensatz zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme (Bischof-Köhler 1989 in Binder 1994), die primär eigene Befindlichkeit absichert, verhindert, dass Theorie gezielt angewendet wird und sich Praktikerinnen strategischerweise oder nach Belieben bei therapietheoretischen Modellen bedienen. Das selbst-reflexive Potenzial und die Kultur der Praxisforschung ermöglichen der Praktikerin, sich im Prozess des Reflektierens immer neu empathisch verstehend nachzustimmen. In der Beziehung mit der Klientin und in der Begegnung der eigenen Person gegenüber wird eine Therapeutin immer mehr als sie selbst zugegen bleiben.

Literatur

- Argyris, Ch./Schön, D. A. (1999), Die lernende Organisation: Grundlagen, Methoden, Praxis, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Berger, P. L./Luckmann, T. (1980), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996), Entwicklungspsychologie und Störungslehre, in: Boeck-Singelmann et al. (Hg.) (1996), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1, Göttingen (Hogrefe), 9–28
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1998), Incongruence and Psychopathology, in: Thorne, B./Lambers, E., Person-Centred Therapy. A European Perspektive, London (Sage), 119–130
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1975, 71995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, U. (1994), Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn, Frankfurt (Klotz)
- Buchholz, M. B. (1999), Psychotherapie als Profession, Gießen (Psychosozial-Verlag)
- Coffeng, T. (2001), Contact in the Therapy of Trauma and Dissociation, in: Wyatt, G./Sanders, P. (eds.), Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Vol 4, Contact and Perception, Ross-on-Wye (PCCS Books), 153–167
- Daudert, E. (2001), Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. Hamburg (Kovac)
- Eckert, J./Bierman-Ratjen, E.-M. (1990), Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten, in: Tschuschke, V./Czogalik, D. (Hg.), Psychotherapie – welche Effekte verändern? Berlin (Springer)
- Eckert, J./Bierman-Ratjen, E.-M. (2000), Gesprächspsychotherapie nach Rogers – Prinzipien einer klientenzentrierten Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, in: Kernberg, O. F./Dulz, B./Sachsse, U. (Hg.), Handbuch der Borderline-Störungen, Stuttgart (Schattauer), 595–612
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J. (1999a), Beziehung und Intervention, Stuttgart (Thieme)

- Fonagy, P. (2000), Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst, in: Petermann, F./ Niebank, K./Scheithauer, H. (Hg.), Risiken der frühkindlichen Entwicklung, Göttingen (Hogrefe), 241–254
- Gadamer, H.-G. (1972), Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie, in: Neue Anthropologie (1–6), Gadamer, H.-G./Vogler P. (Hg.), Biologische Anthropologie. Erster Teil. Bd. 1, Stuttgart (Thieme), 9–37
- Gaul, S./Macke-Bruck, B. (2000), Gedanken zum Anspruch „Gegenwärtig zu Sein“. Die Vielfalt der Modelle in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Sicht von zwei Praktikerinnen, in: Iseli, C./Keil, W.W./Korbei, L./ Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg.), Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 257–269
- Gendlin, E. T. (1964), A Theory of Personality Change, in: Worchel, Ph./Byrne, D. (eds.), Personality Change, New York (Wiley), 206–247
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994), Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession, Göttingen (Hogrefe)
- Hagehülsmann, H. (1984), Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie, in: Petzold, H. (Hg.), Wege zum Menschen, Bd. 1, Paderborn (Junfermann) 1984, ⁶1994
- Holzkamp, K. (1973), Verborgene anthropologische Voraussetzungen der allgemeinen Psychologie, in: Neue Anthropologie (1–6), Gadamer, H.-G./Vogler P. (Hg.), Psychologische Anthropologie. Bd. 5, Stuttgart (Thieme)
- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? In: PsychotherapeutenFORUM 5, 5–17
- Höger, D. (2001), Rogers und die Bindungstheorie, in: Person 2, 42–45
- Hutterer, R. (1992), Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personzentrierte Theorie der Motivation, in: Stipsits, R./Hutterer, R. (Hg.), Perspektiven rogerianischer Psychotherapie, Wien (WUV), 146–171
- Janich, P. (1996), Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Korunka, Ch./Nemeskeri, N./Sauer, J. (2001), Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung, in: Person 2, 68–89
- Kriz, J. (1997), Chaos, Angst und Ordnung. Wie wir unsere Lebenswelt gestalten, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Kriz, J./Lück, H. E./Heidbrink, H. (1996), Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler, Opladen (Leske + Budrich)
- Pörtner, M. (1994), Praxis der Gesprächspsychotherapie: Interviews mit Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Prouty, G./Van Werde, D./Pörtner, M. (1998), Prätherapie, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Reisch, E. (1994), Verletzbar Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten, München (Pfeiffer)
- Rogers, C. R. (1951a), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin) 1951; dt.: Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) ³1981
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers C. R./Schmid, P. F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991, 165–184
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, C. R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta) ⁵1985
- Rogers, C. R. (1975a), Empathic—an unappreciated way of being, in: The Counseling Psychologist 5, 2, 2–10; dt.: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise, in: Rogers, C. R./Rosenberg, R. L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett-Cotta) 1980, 75–93
- Rønnestad, M. H./Skovholt T. M. (2001), Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists, in: Professional Psychology: Research and Practice 32, 181–187
- Schmid, P. F. (2002), Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie, in: Person 1, 16–33
- Schön, Donald A. (1983), The Reflective Practitioner, London (Temple Smith)
- Schütz, A./Luckmann, Th. (1979), Strukturen der Lebenswelt. Bd. 1, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Schwemmer, O. (1987), Handlung und Struktur. Zur Wissenschaftstheorie der Kulturwissenschaften, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Seifert, H. (21992), Einführung in die Wissenschaftstheorie. Bd. 3, München (Beck)
- Swidens, H. (1991), Prozeßorientierte Gesprächstherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG)
- Vogler, P. (1972), Disziplinärer Methodenkontext und Menschenbild, in: Neue Anthropologie (Bd. 1–6), Gadamer, Hans-Georg/Vogler, Paul (Hg.), Biologische Anthropologie. Erster Teil. Bd 1, Stuttgart (Thieme), 3–21
- Warner, M. S. (2000), Client-centered therapy at the difficult edge: Work with fragile and dissociated process, in: Mearns, D./Thorne, B. (eds.), Personcentred therapy today: New frontiers of theory and practice, London, Thousand Oaks, New Dehli (Sage)
- Wilkening, H. J. (1978), Das Psychotherapeut-Patient-Verhältnis als berufliche Beziehung, in: Keupp, H./Zaumseil, M. (Hg.), Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens, Frankfurt/Main (Suhrkamp), 407–437

Autorin

Brigitte Macke-Bruck, 1960, Dr., Psychotherapeutin und Supervisorin (PP) in freier Praxis, Lehrtherapeutin im Forum/APG, Lehrbeauftragte im Universitätslehrgang des IFF „Palliative Care und Organisationsethik“ (Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt, Wien, Innsbruck und Graz), bis 1993 auch als Ärztin im stationären Bereich tätig.

Korrespondenzadresse

*Dr. Brigitte Macke-Bruck
Meynertgasse 8/5, 1090 Wien
E-Mail: b.mackebruck@nexta.at*

Michael Gutberlet

Die personzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft?

Über die Schwierigkeiten des Verstehens und Vermittelns von Rogers' sanfter Revolution

Zusammenfassung: In Ausbildungen und Fachdiskussionen wird nach wie vor die für die Praxis sehr bedeutsame Frage gestellt, ob die personzentrierte Haltung, wie sie Rogers formuliert und erforscht hat, für konstruktive Persönlichkeitsveränderung als hinreichend gilt, oder ob eine Erweiterung des Ansatzes notwendig ist.

Der Autor stellt dazu folgende Positionen zur Diskussion:

- Rogers' Haltungskonzeption stösst¹ auf Skepsis und Unverständnis, weil sie im Widerspruch steht zum gängigen Wissenschafts- und Bildungsverständnis und auch eine sehr ungewohnte, erfahrungsbezogene Vermittlungsform erfordert, ohne die sie nicht wirklich verstanden werden kann.
- Die personzentrierte Haltung als eine Erfahrung ist das entscheidende und hinreichende Agens für Veränderung und Heilung.
- Personzentrierte Haltung und der punktuellen Gebrauch von ausgearbeiteten Techniken, von lenkendem oder führendem Therapeutenverhalten schliessen einander nicht aus, sofern erstens gewährleistet ist, dass der innere Bezugsrahmen der Person – und nicht Theorie oder Technik – unangefochten im Zentrum der Aufmerksamkeit von TherapeutInnen steht und zweitens KlientInnen über jeden ihrer Schritte selbst entscheiden können. Diese Auffassung wird begründet, ihre Umsetzung in der Praxis verdeutlicht und auf ihre Risiken hingewiesen.

Schlüsselwörter: Hinreichende Bedingungen für Psychotherapie, personzentrierte Haltung, Integration anderer Therapiemethoden, Ausbildung

Résumé: *L'attitude centrée sur la personne: la force qui crée le changement ? Sur les difficultés de compréhension et de transmission de la révolution douce de Rogers.* Dans les formations et les discussions entre professionnels, la question très significative pour la pratique est toujours posée de savoir si l'attitude centrée sur la personne, telle que Rogers l'a formulée et explorée, est suffisante pour un changement constructif de la personnalité ou si une extension de l'approche est nécessaire.

L'auteur soumet pour cela les positions suivantes à la discussion:

- La conception de l'attitude de Rogers se heurte au scepticisme et à l'incompréhension, parce qu'elle est en contradiction avec la conception de la science et de la formation qui a cours et exige aussi une forme de transmission très inhabituelle, axée sur l'expérience, sans laquelle elle ne peut être réellement comprise.
- L'attitude centrée sur la personne est la force motrice décisive et suffisante pour le changement et la guérison.
- Ceci n'exclut cependant pas l'utilisation ponctuelle de techniques élaborées, de comportements directifs ou dirigistes de la part des thérapeutes, pour autant qu'il soit garanti que le cadre de référence intérieur de la personne – et non la théorie ou la technique – soit au centre de l'attention des thérapeutes et qu'en outre les clientes puissent décider eux-mêmes/elles-mêmes à chaque étape. Cette vision des choses est motivée, sa mise en oeuvre dans la pratique explicitée et ses risques signalés.

Mots-clés: Conditions suffisantes pour la psychothérapie, attitude centrée sur la personne, intégration d'autres méthodes thérapeutiques, formation

1 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Red.).

Abstract: Is the person-centred attitude the power that leads to change? On the difficulties of understanding and communicating Rogers' soft revolution. *In training and in professional discussions we continue to ask a question which is very meaningful for professional practice: Is the person-centred attitude, as proposed and examined by Rogers, sufficient for a constructive change of personality or is it necessary to expand the approach. In this context, the author discusses the following propositions:*

- *Rogers' concept of the therapeutic attitude encounters scepticism and rejection because it contradicts the regular concept of science and training and it is unconventional in the sense that to be understood, it needs to be communicated and taught in ways that are closely related to experience.*
- *The person-centred attitude is the decisive and sufficient agent for change and healing. This, however, does not exclude the occasional application of elaborate techniques so long as the inner frame of reference of the person—and not the theory or the technique—remains the focus of the therapist's attention and so long as the clients themselves can decide which steps they need to take. The author describes the basis of this approach, clarifies its implementation and points out the risks.*

Keywords: *Sufficient conditions for psychotherapy, person-centred attitude, integration of other therapeutic methods, training*

Wer eine Einführung in den PCA des Carl Rogers für ein breiteres Fachpublikum gibt, wird von den TeilnehmerInnen bald mit der Frage konfrontiert: „Das klingt ja gut – aber reicht das wirklich, ist das allen Ernstes genug, um mit Menschen psychotherapeutisch oder beratend zu arbeiten?“

In Aus- oder Fortbildungsgruppen in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung sind die kritischen Einwände dann differenzierter, etwa so:

„Ist Empathie, Wertschätzung und Kongruenz denn wirklich hinreichend, um Heilungs- und Veränderungsprozesse in Gang zu bringen, oder braucht es doch mehr und anderes? Ich habe einerseits die Gesprächspsychotherapie so verstanden, dass ich mit meinen Interaktionen beim Gefühl meiner Klientin² bleiben und nicht direktiv sein soll. Das Konzept scheint zu verbieten, dass ich Fragen stelle, konfrontiere, strukturiere und dass ich Techniken anwende oder dem Klienten theoretische Erläuterungen gebe. Aber andererseits höre und lese ich von Fach- und TeamkollegInnen (auch von GesprächspsychotherapeutInnen), man müsse Drogenabhängige konfrontieren, die Gespräche mit Borderline-PatientInnen strukturieren, depressive Menschen nicht durch zu viel empathisches Aufnehmen ihrer Gefühle noch tiefer in die Depression hineinführen, den Therapieprozess aktiv und zielorientiert steuern, u. Ä. mehr. Hat sich Rogers also in grundlegenden Fragen geirrt, und müssen folglich seine Theorie und die Praxis verändert werden?“

In der Fachliteratur wird der Zweifel dann bei manchen KollegInnen zur Gewissheit:

Reinhard Tausch vertritt die Auffassung, dass es eine „klientenzentrierte Notwendigkeit“ sei, die Gesprächspsychotherapie durch andere psychotherapeutische Methoden zu ergänzen (Tausch 1989).

Rainer Sachse kritisiert das Konzept von Rogers als „ein in jedem Fall gleiches Beziehungsangebot auf der Grundlage von Basisvariablen“ und kommt von diesem Verständnis her zu dem zwingenden Schluss, sie müsse in Richtung auf Zielorientierung und Prozesssteuerung modifiziert werden (Sachse 1991, 26).

Gert-Walter Speierer sieht gar einen „psychotherapeutischen Omnipotenzanspruch der nondirektiven, später der Triasvariablen-therapie als die notwendigen und hinreichenden Bedingungen der Therapie aller psychischen Störungen“ und stellt dem die störungsspezifische Inkongruenzbehandlung entsprechend ICD-Kategorien gegenüber (Speierer 1994, 105).

Hanne Hummel und Raimund Dörr sehen erhebliche Gefahren, wenn man ausschliesslich „klassische Gesprächspsychotherapie“, die sich an der Umsetzung der drei Basisvariablen orientiere, bei traumatisierten Menschen anwende. Es brauche viel spezifisches Fachwissen und spezifische Techniken, um gegenüber solchen PatientInnen adäquat zu reagieren (Dörr/Hummel 1999, 14).

Und es gibt manche *Artikel, Kursauschreibungen und Vorträge* über personenzentriertes Arbeiten, die mit wenigen Sätzen erklären, dass Empathie und so weiter ausserordentlich wichtig sei und dann in vielen Sätzen begründen, warum zusätzliches Wissen, zusätzliche Techniken, Strategien, Methoden unverzichtbar seien und diese dann darlegen.

Zahlreiche AutorInnen haben in unterschiedlicher Form gezeigt, dass solchen und ähnlichen Positionen, die eine grundlegende Modifikation und Ergänzung des PCA für notwendig halten, eine Fehlinterpretation des Rogers-Ansatzes zugrunde liegt (Höger 1989; Kriz 1989 und 2002; Gröflin-Buitink 1994 und 2002; Biermann-Ratjen et al. 1995; Bürki/Hobi 2002; Schmid 2002). Eines der Hauptargumente: Rogers hat seine Therapietheorie auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert. Er beschreibt Einstellungen und Haltungen auf Seiten des Therapeuten und nicht konkrete Verhaltensweisen. Daher bedeute die Behauptung, der PCA müsse

2 Im Artikel wird die männliche, die weibliche und die integrierte Form benutzt. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

auf der Handlungsebene ergänzt und erweitert werden, eine Vermischung von Abstraktionsebenen – und die Kritik und die Forderung nach Erweiterung gehe ins Leere (Höger 1989).

Aus meinem Verständnis des PCA heraus stimme ich Högers Auffassung zu. Dank seiner fundierten, von Anderen mehrfach nachvollzogenen Argumentation könnte man m. E. die Diskussionen um die Sanierungsbedürftigkeit des PCA *auf der theoretischen Ebene* beenden. Für die Umsetzung der Theorie in die Praxis ist die Diskussion damit aber keineswegs beendet. Denn mit dem hohen Abstraktionsniveau von Rogers' Therapietheorie bleiben auf der Handlungsebene sehr viele Möglichkeiten ganz bewusst offen. Dadurch entstehen die grundlegenden und oft skeptischen, zweifelnden Fragen zur praktischen Arbeit, wie sie eingangs beispielhaft notiert wurden. Man könnte sagen, dass diese Skepsis durch das Konzept von Rogers geradezu provoziert wird, dass sie gewissermaßen „systemimmanent“ ist – die Diskussion mit sich selbst und anderen um das praktische Handeln kann darum nie ganz abgeschlossen werden.

Der Artikel soll dazu beitragen, einige Aspekte dieser notwendigen und schwierigen Diskussion etwas deutlicher hervortreten zu lassen. Dazu mache ich unter anderem den Versuch,

- ... eine Begründung zu geben, warum das Konzept von Rogers bei aller Sanftheit so umstürzlerisch ist und oft Widerstand und die vielen, wiederkehrenden Fragen auslöst,
- ... herauszuarbeiten, dass ein adäquates Verstehen des PCA mit der Verwobenheit von Handlungs- und Handlungsebene untrennbar an eine bestimmte Form von Ausbildung gekoppelt ist, in der insbesondere der Weg vom hohem Abstraktionsniveau zum Niveau konkreter Verhaltensweisen wieder und wieder erfahren wird,
- ... darzustellen, wie ich selbst in der Praxis lenkende, direktive Interaktionen verstehe, wie ich damit umgehe und wie ich sie theoretisch begründe.

Haltung und Erfahrung als Wirkfaktor von Veränderung und Heilung: Quer zum herrschenden Wissenschaftsverständnis

Mit seiner Theorie und Praxis hat der hochkarätige Wissenschaftler Rogers einige Säulen herkömmlichen wissenschaftlichen Denkens umgelegt. Er steht mit seiner Position quer zu dem, was die meisten von uns in zwanzig oder mehr Jahren Schul- und Berufsausbildung über das Lernen gelernt haben. Sein radikales Andersdenken und -handeln ruft daher geradezu nach Kritik, Zweifel und Forderung nach Ergänzung und Modifikation.

Er hat das, was auf dem Bildungsweg als oberster Wert vermittelt wurde, für die psychotherapeutische und beratende Arbeit massiv heruntergestuft: nämlich das Wissen und den Wissenserwerb sowie die Techniken, mit denen man Wissen anwendet. Stattdessen hat er an erste Stelle gesetzt: Die *Erfahrung*. Gemeint ist damit nicht der

Begriff „Erfahrung“ im Sinne der nützlichen Sammlung von Immer-Wieder-Praktiziertem, auf das man souverän zurückgreifen kann, sondern das, was ein Mensch im Hier und Jetzt innerlich erfährt.

Für die Psychotherapie und Beratung hat Rogers die revolutionäre Aussage gemacht: das Agens, der zentrale Wirkfaktor für Veränderung, Wachstum und Lösung von Blockierungen (also Heilung) ist das, was TherapeutInnen und BeraterInnen *in sich erfahren* und wie sie diese Erfahrung zum Ausdruck bringen. Anders gesagt: Der Therapeut wirkt primär durch das, was er *ist* und nicht durch das, was er macht und tut. Es ist seine *Haltung*, die Wachstum bewirkt und Blockierungen oder Krankheitssymptome löst – sein konkretes *Verhalten* ist nicht der entscheidende Faktor.

Ausdrücklich stuft Rogers auch die Technik, die er selbst entwickelt hat, in dieser Weise herunter, wenn er formuliert, dass die „Technik des ‚Reflektierens von Gefühlen‘ ... in keiner Weise eine wesentliche Bedingung für Therapie [ist]“ (Rogers 1957, 182f).

Konkretisiert an den drei Aspekten der personenzentrierten Haltung heisst das:

Die Personenzentrierte Psychotherapeutin wirkt, weil sie empathisch *ist*, weil sie Empathie für ihr Gegenüber in sich erlebt in einem gegebenen Augenblick – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die sich der Klient verstanden fühlen soll.

Sie wirkt, weil sie wertschätzend *ist*, weil sie Wertschätzung für ihr Gegenüber in einem gegebenen Augenblick in sich erfährt – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die sich der Klient geschätzt und geachtet fühlen soll.

Sie wirkt, weil sie kongruent *ist*, weil sie im Kontakt mit einem Klienten offen ist für ihre Erfahrung, keine relevante Erfahrung ausblenden muss und daher sich „ganz“ und „echt“ erleben kann in einem gegebenen Augenblick – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die der Klient die Therapeutin echt und ohne den Gestus fachlicher Überlegenheit wahrnehmen soll.

Diese grundlegende Auffassung drückt sich sehr prägnant in Rogers' Einleitung zum Gloria-Gespräch aus (Rogers 1965): Er spricht nicht davon, was er mit der Klientin in der folgenden halben Stunde *tun* wird und warum, sondern er formuliert: das Gespräch wird in dem Masse hilfreich sein, in dem es ihm gelingt, empathisch, wertschätzend und kongruent zu *sein*.

Angesichts der zentralen Bedeutung, die Rogers also dem „Sein“ des Therapeuten als verändernde Kraft gibt, wird noch einmal deutlich, warum Zweifel, Skepsis und die Forderung nach konkreten Verhaltensanweisungen für TherapeutInnen und BeraterInnen so oft geäußert werden. Dieses „Sein“ entzieht sich den gängigen Mitteln wissenschaftlicher Kontrolle und den gängigen methodisch-didaktischen Formen der Vermittlung weitgehend. Ich gebe den KritikerInnen insofern recht, als in Rogers' radikalem Standpunkt eine beträchtliche Gefahr liegt: dass er nämlich oberflächlich aufgenommen und dann missverstanden wird als Freibrief für beliebiges Handeln „aus dem Bauch“, als Erlaubnis, sich selbst in der Rolle des

Therapeuten zu verwirklichen, als Rechtfertigung für überhöhten bis schwärmerischen Glauben an die Wirkung der „Weisheit des Organismus“. Die Zweifel und die Gefahren müssen ernst genommen werden. Das, was mit dem Personenzentriert-Sein gemeint ist, darf nicht Formel bleiben, nicht Theorie, nicht schöne Philosophie – es muss erfahren und erarbeitet werden in der Aus- und Fortbildung. Nicht zwei- oder dreimal, sondern immer wieder. Es gehört zum Wesen personenzentrierter Haltung, dass sie nicht eines Tages so gelernt und verfügbar sein kann wie etwa eine Fremdsprache oder die Fähigkeit zur Reparatur einer Kaffeemaschine. Daraus folgen in einer Ausbildung sehr hohe Anforderungen an alle Beteiligten.

Personenzentrierter Haltung verinnerlichen und daraus handeln: Fern von gewohnten Bahnen des Lernens

Von Lernenden wird in der Ausbildung das selbe radikale Umdenken und Umfühlen gefordert, das Rogers in der Wissenschaft und Praxis vollzogen hat. PCA-AusbildungsteilnehmerInnen müssen gegen einen Strom schwimmen, in dem sie sehr lange mit so vielen anderen zügig und erfolgreich – mit Schul-, Ausbildungs- und Studienabschluss – geschwommen sind. Sie müssen auf die gewohnte, klare Aussage vom Lehrenden verzichten: „Das ist so und so und daher musst Du jetzt Folgendes lernen und dann das und das damit tun.“ Stattdessen werden sie in der Ausbildung immer wieder auf ihre *eigene/s* Erfahrung/Erleben verwiesen und etwa gefragt, wie *sie* denn den Klienten und seine Probleme sehen, welche Gefühle er denn bei ihnen auslöst, welches denn *ihre* Impulse, Überlegungen, Eindrücke von dieser Person sind, welche Erfahrungen denn *sie* mit diesem Menschen bereits gemacht haben, wie sie selbst mit einem vergleichbaren Problem umgehen, usw. Sie hören, dass nicht der Ausbilder oder das Lehrbuch die Richter über ihre therapeutischen Interventionen sind, sondern die Klientin.

Ich habe keinen Ausbildungsteilnehmer kennen gelernt (mich selbst natürlich eingeschlossen), für den das nicht verunsichernd war – für manche sehr, für manche weniger. Und so stellen sich drängende und berechtigte Fragen zur personenzentrierten Beziehungsgestaltung, etwa so: „Wenn es eine Erfahrung in mir ist, von der die therapeutische Wirkung ausgeht, wie komme ich dann in der konkreten Situation mit einer Klientin zu dieser Erfahrung? Wie komme ich denn los von der hartnäckigen inneren Frage, was ich jetzt und in der nächsten Stunde mit dem Klienten praktisch tun muss, damit seine Ängste nachlassen, die Depression schwindet, die Zwangshandlungen reduziert werden? Schliesslich sind das die Ziele, die Klient, Arbeitgeber und Krankenkasse fordern! Ich kann doch nicht jede Therapiestunde supervidieren lassen, um wieder Klarheit zu bekommen über mich und meine innere Erfahrung für die nächste Stunde mit Klientin X. Ich kann auch nicht warten mit meiner therapeutischen Tätigkeit, bis ich durch die eigene Therapie

sicher genug bin, dass die personenzentrierte Haltung genügend in mir verankert ist! Zumal ich ja wohl nicht einmal ganz sicher sein darf, dass ich diese Erfahrung im erforderlichen Mass in mir entfalten kann.“

Mit Faszination und manchmal mit Neid geht der Blick dann bisweilen auf die glasklaren Techniken der Verhaltenstherapie, auf die erlebnisaktivierenden Methoden der Gestalttherapeuten, auf die komplexen und beeindruckenden Theorien der tiefenpsychologischen Teamkolleginnen, auf die verblüffenden Strategien der Systemiker und so weiter. In diesen Therapierichtungen finden Lernende häufig Konzepte und Techniken, an denen sie ihr Handeln planen, ausrichten und prüfen können und sie finden dazu Anweisungen, die Sicherheit geben, sind sie doch entwickelt und erprobt von Wissenschaftlern und/oder erfahrenen TherapeutInnen.

Lernende im PCA werden also aus den vertrauten Bahnen des Erwerbs von Wissen und Fertigkeiten herausgeworfen und mit ungewohnten Anforderungen an sie als Person konfrontiert.

Dem muss eine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung Rechnung tragen. So, wie die praktische personenzentrierte Arbeit selbst abweicht vom gängigen Verständnis der Menschenbeeinflussung, so muss auch die Ausbildungsarbeit vom gängigen Lehr- und Lernverständnis abweichen. Das ist die zwingende Voraussetzung dafür, dass Lernende erfassen können, was mit Erfahrung als Agens gemeint ist und dass und wie sie wirkt. Nur so können die Zweifel am Konzept kleiner werden – eben nicht aufgrund eines Glauben an die Richtigkeit von Theorien oder Forschungsergebnissen, sondern aus dem Selbst-Erfahren.

Der Kern einer personenzentrierten Ausbildung: Kein Trainingslager für therapeutische Skills, sondern Gewächshaus für Entfaltung personaler Potenziale für die berufliche Arbeit

Wer Rogers' Theorie und Forschungsergebnissen zustimmt, dass es die gelebte Erfahrung ist, von der die therapeutische Wirkung ausgeht, wird die Person des Ausbildungsteilnehmers in den Mittelpunkt der Ausbildungsarbeit stellen. Um sie kreist das Ausbildungsbemühen, nicht um Theorie- und Technikvermittlung. Wer Rogers' Auffassung nicht teilt, wird umgekehrt gewichten. Sehr eindrücklich brachte schon vor 30 Jahren der Gesprächspsychotherapeut Wolf-Rüdiger Minsel diese Problematik auf den Punkt – an deren Aktualität hat sich m. E. nichts geändert.

Er schrieb: „Zusammengenommen wird hier von Rogers ein Verhaltens-/Interaktionsmuster gefordert, welches in der Realisierung grossen Schwierigkeiten unterworfen ist. Diese Schwierigkeiten werden besonders bei Fragen zur Ausbildung von Psychotherapeuten deutlich, geht es dabei doch um konkretes Einüben und Kontrollieren bestimmter Fertigkeiten. Dieses scheint bei den von

Rogers formulierten Verhaltenskomponenten nicht direkt möglich, da es sich bei diesen Merkmalen im Grunde um allgemeinemenschliche Einstellungen anderen Personen gegenüber handelt. Die Folge davon wäre nach der Konzeption von Rogers, diese Einstellungen/Haltungen anderen Personen gegenüber zu üben, wobei Kontrollen der Lernprozesse direkt kaum möglich sind“. (Minsel 1972, 24)

Die Konsequenz, die Minsel zog: Er entwickelte ein Ausbildungskonzept mit „programmierter Instruktion“ und mit „Micro-teaching“ (ebd. 105f). So hilfreich strukturierte Lernprogramme, wie sie Minsel und einige andere praktizier(t)en, oder konkrete Verhaltensanweisungen an TherapeutInnen, wie sie Sachse (1994) vornimmt, punktuell sein können: rücken trainierbare therapeutische Handlungen ins Zentrum der Ausbildung, geht diese am Eigentlichen vorbei und der Lernende entfernt sich vom wichtigsten Wirkfaktor des Personzentrierten Ansatzes.

Denn es geht im PCA in der Tat *primär* darum, das Agens „Haltung/Einstellung“ der einzelnen Therapeutin zu fördern, zu entwickeln, zu differenzieren. Freilich nicht in der verharmlosenden und falsche Assoziationen weckenden Form, wie das bei Minsel anklingt, wenn er von „allgemeinemenschlichen Einstellungen“ spricht, die geübt werden müssten, aber nicht angemessen geübt werden könnten. Und selbstverständlich geht es auch nicht um das Einüben eines auf der Handlungsebene immer gleichen Beziehungsangebots, wie Sachse (1991, 26) das unterstellt.

Es geht beim Lernen – man müsste vielleicht besser sagen: „Verinnerlichen“ – des PCA vielmehr um die mühsame Seelenarbeit der Integration einer personzentrierten Haltung in die Gesamtperson der Therapeutin und des Therapeuten.

Das bedeutet ein Hinarbeiten auf zunehmende Offenheit für Erfahrung durch Abbau von Abwehrhaltungen. Dies wiederum führt zu einer immer klareren und unverstellteren Selbst- und Fremdwahrnehmung und zu wachsender Unbestechlichkeit bei der Selbsteinschätzung, ob und in welchem Maße man/frau den Anderen und sich selbst versteht und akzeptiert.

Es geht um die oft mühsame und aufwendige Suche nach den für die eigene Person stimmigsten Ausdruckformen der personzentrierten Haltung („Kanäle“ der Vermittlung von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz, Rogers 1957). Und es geht dabei auch um das kontinuierliche Weiterentwickeln der Fähigkeit, zu erkennen und zu berücksichtigen, wie der Klient Hans Meier in welchen Situationen auf welche Ausdrucksform reagiert – und in diesem Zusammenhang freilich auch um das Wachsen der Fähigkeit, die Grenzen der eigenen Möglichkeiten zu erkennen und zu akzeptieren. Und selbstverständlich geht es um die Integration von aufgenommenem Wissen und trainierten Fertigkeiten in die sich weiter entwickelnde, individuell sich ausformende personzentrierte Haltung. Und so weiter.

Personzentrierte Psychotherapeutin werden heißt: Als Person auf dem Prüfstand stehen

Die Konkretisierungen der notwendigen Prozesse in der Ausbildung machen deutlich, dass in einer solchen Entwicklung hin zur personzentrierten Psychotherapeutin ein sehr spezielles Lernklima und -setting nötig ist. Was immer eine Ausbildungsteilnehmerin gerade lernt – es ist sehr oft in sehr hohem Maße mit ihr selbst als Person verknüpft. Sie speichert nicht in erster Linie neutrales Wissen und Fertigkeiten, die sie später abrufen und anwenden kann. Sondern sie muss immer wieder neu ihren nicht a priori festgelegten therapeutischen Interventionen eine Gestalt geben, die dem Gegenüber und der Situation gerecht wird. Und dabei sind die schöpferischen Kräfte von ihr als Person unablässig gefragt und alle Irrtümer und Sackgassen, die sie dabei begeht, müssen durchlebt, ausgehalten und korrigiert werden.

Weil also die Entwicklung von Fachkompetenz und von personaler Kompetenz im personzentrierten Ausbildungskontext nicht voneinander zu trennen sind, braucht es viel Vertrauen, viel stabilen, als sicher erlebten Schutzraum, um sich im Rahmen einer Ausbildungsgruppe in dieser erfahrungsoffenen, relativ abwehrfreien Art und Weise einzubringen, zu lernen und professionell und persönlich zu wachsen. Wer sich vor sich selbst und anderen öffnen muss, um zu lernen, wer nicht nur sein gespeichertes Wissen und technisches Know-how, sondern sich selbst als ganze Person auf den Prüfstand stellen muss, ist sehr verletzlich.

Um dennoch das unvermeidliche Risiko einzugehen, braucht es eine Atmosphäre des Vertrauens in die Menschen, die lehren und in die, mit denen man lernt. Ein solches Klima und Vertrauen kann nicht durch vorgegebene Lernstrukturen und methodisch-didaktische Strategien geschaffen werden. Es muss sich innerhalb einer Gruppe mit ihren LeiterInnen/FacilitatorInnen in einem langfristigen, person- und gruppenzentrierten Prozess entwickeln. An dem gearbeitet werden. Immer wieder. Dieser Prozess muss im Zentrum stehen, er darf nicht als Selbstverständlichkeit betrachtet werden, die neben dem Trainieren und Wissen-Sammeln „einfach so“ mitläuft.

Dies sind enorme Anforderungen an alle Beteiligten – das ist unbestritten. Aber wer die verändernde Wirkung der *Erfahrung* personzentrierter Haltung vermitteln bzw. integrieren will, der muss sich der Schwierigkeit stellen. Nur so kann das Gemeinte dann auch an Klientinnen weitergegeben werden.

Wer sich in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen dieser Anforderung entzieht und sich *primär* auf Wissensvermittlung, Lernprogramme, Microteaching, Training von kontrollierbaren Fertigkeiten, auf das Eintrainieren von ziel-, prozess- oder problemorientiertem Therapeutenverhalten abstützt, der kapituliert aus meiner Sicht vor diesen Schwierigkeiten der Vermittlung personzentrierter Haltung.

Und eine in dieser Weise gewichtete Ausbildung ist in meinen Augen keine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung mehr. Weil das, was den Ansatz eigentlich ausmacht, dort nicht mehr im Zentrum steht. Die Erfahrung der „power“, der Kraft des Personenzentrierten Ansatzes, hat zu wenig Raum, kann sich nicht verankern oder wird zu einem zufälligen Nebenprodukt (Gutberlet 1999).

Personenzierte Haltung als notwendige, aber selbstverständliche Nebensache? Eine Illusion

Nun wird von denen, die einen Sanierungsbedarf am Rogers-Ansatzes sehen, an diesem Punkt oft angeführt, dass ja Empathie, Wertschätzung und Kongruenz durchaus als notwendig betrachtet werden und dass natürlich jeder Therapeut in einer PCA-Ausbildung lernt, jegliche Form direkter Intervention personbezogen durchzuführen

Aus meiner Ausbilder-Erfahrung heraus halte ich Letzteres inzwischen für eine Illusion. Es ist alles andere als selbstverständlich, dass TherapeutInnen die gelernten Theorien und Forschungsergebnisse sowie die eintrainierten Techniken dem Klienten und der Situation unterordnen. Wer zwei Drittel oder drei Viertel seiner Ausbildungszeit mit Theorie und Technik beschäftigt war, wer gelernt hat, dass für die Patientengruppe X die Methode der Wahl die und die sei, wer Lehrbücher der Soundso-Therapie durchgeackert und internalisiert hat, dem ist es keineswegs selbstverständlich, den Menschen, der da vor ihm sitzt, ernster zu nehmen als das, was er als „gesichertes Wissen“ und „bewährte Technik in der klinischen Praxis“ mit auf den Weg bekommen hat (Gutberlet 1995; 2002).

Die personenzierte Haltung als innere Erfahrung entfaltet nur dann ihre verändernde, heilende Kraft vollständig, wenn das Bemühen des Therapeuten um diese Haltung unangefochten die Vorrangstellung im therapeutischen Kontakt hat. In dem Masse, in dem sich die Zentrierung seiner Aufmerksamkeit verlagert von der Person hin zu einer festgefügtten Theorie über die Psyche des Menschen und ihre Störungen, zur elaborierten Technik, zur Strategie oder zum Manual, geht die Wirkkraft von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz verloren. Dann wird auch die Aktualisierungstendenz bei der Klientin nicht mehr in dem Masse angesprochen wie zuvor. Denn auch sie schaut nun immer mehr nach aussen, zum Experten und seinen Erklärungen und Lösungswegen, und immer weniger nach innen zum eigenen Erleben und zu eigenen Lösungen.

Es würde den Rahmen sprengen, dieses zentrale Thema jetzt gründlicher darzustellen. Daher an dieser Stelle nur ein Beispiel aus der Praxis, das für viele und für die Grundidee stehen soll. Wenn in einer Supervisionsgruppe erst einmal der Satz gefallen ist: „Anorexie-Patientinnen haben eine gestörte Körperwahrnehmung“ und diese Auffassung und ihre Bedeutung für die konkrete Therapie nun

mehr und mehr Raum in der Supervision einnimmt, dann wird es für die Supervisorin immer schwieriger, die Körperwahrnehmung ihrer untergewichtigen Klientin Eva Müller einfühlsam und wertschätzend *aus deren eigenem Bezugsrahmen* heraus zu verstehen und sie als Person darin anzuerkennen. Doch genau das wäre die notwendige Bedingung dafür, dass die Klientin überhaupt anfangen kann, äussere, ihr innerlich fremde Bezugsrahmen anzuschauen und zu prüfen.

Wer aus personenzentrierter Haltung handelt, dem stehen viele Wege offen

Nach dieser ausführlichen und gewiss redundanten Beschäftigung mit der Bedeutung personenzentrierter Haltung als einer *Erfahrung* und mit den notwendigen Bedingungen bei der Vermittlung, kann nun die Antwort auf die Eingangsfragen zur Legitimität des Strukturierens, Konfrontierens, Fragens, des störungsspezifischen Intervenierens und des Gebrauchs von Techniken leichter gegeben werden.

So klar ich die Frage bejahe, ob personenzierte Haltung *hinreichend* sei für konstruktive Persönlichkeitsveränderung, so klar sage ich auch „Ja“ zu punktuellen Lenken, Techniken anwenden usw. Das ist aus meiner Sicht und meiner Erfahrung kein Widerspruch. Diese Einschätzung lässt sich aus der Theorie und aus meiner eigenen Erfahrung begründen:

Erstens: Rogers hat die explizite Aussage gemacht, dass jede Technik „ein Kanal“ werden kann, durch den personenzierte Haltung als das Agens von Psychotherapie und Beratung kommuniziert werden kann (Rogers 1957, 183). Es gibt also auch in seiner Theorie keine Begründung dafür, irgendeine Technik grundsätzlich zu „verbieten“. Also auch nicht das Strukturieren, Führen, Lenken.

Zweitens: Rogers selbst hat eine Technik entwickelt und angewandt, die des „Reflektierens von Gefühlen“. Darüber hinaus lassen sich in seinen therapeutischen Interaktionen eine Fülle von wiederkehrenden Mustern entdecken, die ohne weiteres als Techniken ausgearbeitet und benannt werden könnten. Es gibt keinen Grund, Techniken von Rogers gut und konzeptkonform zu heissen und solche von Freud, Lowen, Perls, Kanfer, Satir und so weiter von vornherein als nicht-personenziert einzustufen. Die Frage ist – aus personenzentrierter Sicht – bei allen Techniken oder Anwendungen einer Theorie die gleiche: Wird mit der Art, wie eine Technik angewandt wird, wie ein Gespräch strukturiert wird, wie eine Frage gestellt wird, Empathie und Wertschätzung für den Klienten zum Ausdruck gebracht, steht er im Mittelpunkt? Oder rückt die Technik ins Zentrum und die Person an den Rand? (Warum Rogers seine wiederkehrenden Handlungsmuster nicht als Techniken ausgearbeitet hat, wird weiter unten diskutiert).

Drittens: Wenn das Führen und Lenken unvereinbar wäre mit personenzentriertem Arbeiten, dann müssten wir das Focusing aus

dem PCA verbannen. Focusing ist eine Technik, zu der KlientInnen angeleitet werden, in der sie phasenweise auch geführt werden müssen. Wie hilfreich und wirksam oder wie schädlich diese Technik ist, hängt davon ab, wie sie gebraucht wird.

Viertens: Auf meinem persönlichen Weg zum Psychotherapeuten habe ich an eigener Seele erfahren, dass personzentrierte Haltung und der punktuelle Gebrauch von direktiven, lenkenden Interventionen sich nicht ausschließen. Drei TherapeutInnen/AusbilderInnen mit sehr unterschiedlichen Konzepten und praktischen Vorgehensweisen prägten meinen Wachstumsprozess und die Verarbeitung mancher Blockierungen – gemeinsam war ihnen das, was ich später bei Rogers empirisch extensiv erforscht und präzise beschrieben fand: Ihre Haltung von authentischer, akzeptierender Zuwendung, die durch fast nichts zu erschüttern war. Ihr waches Mitgehen und Mitfühlen mit dem Erleben ihres Gegenüber, gleichgültig wie tief oder oberflächlich, wie absurd oder nachvollziehbar es war. Ihre Fähigkeit und Bereitschaft, auch als Person in der Begegnung zu sein und dabei die Grenzen ihrer Rolle zu wahren. Diese Grundeinstellung im Kontakt hat die wichtigsten Effekte gehabt und die tiefsten Spuren hinterlassen – die unterschiedlichen Theorien und Techniken, die von den TherapeutInnen gelegentlich genutzt wurden, betrachte ich heute als deren individuelle Art, ihre (personzentrierte) Haltung in eine Ausdrucksform zu bringen, die zu ihrer eigenen Persönlichkeit und ihrem Ausbildungsweg passte.

Eine Anmerkung zur Rogers' Skepsis gegenüber Techniken und Theoriegebäuden

Wenn Techniken und anderes direktives Vorgehen aber dem personzentrierten Handeln nicht grundsätzlich widersprechen, wie ich das hier behaupte – warum hat Rogers dann nicht selbst seine eigenen wiederkehrenden Verhaltensmuster auch in Form von strukturierten Techniken gefasst und vermittelt? Warum hat er sich immer wieder einmal skeptisch gegenüber Techniken der Menschenbeeinflussung und der Anwendung von differenzierten Theorien geäußert? Das hat er meiner Interpretation nach deshalb getan, weil er bei der anfänglichen Vermittlung seiner eigenen Technik des „Reflektierens von Gefühlen“ mit einigem Schrecken erfuhr: Vorgefertigte Interventionsabläufe, vom Fachmann gelehrt, von belehrten Fachpersonen angewendet, schaden oft mehr als sie nutzen, weil sie – siehe oben – gar zu schnell wichtiger werden als der Klient, weil allzu oft der Klient sich der Technik und/oder der Theorie unterordnen muss und nicht mehr die Therapeutin mit ihrer Technik dem Klienten.

Das war (und ist) keine theoretische Befürchtung von minderer Bedeutung, sondern bedrückende Beobachtung in der Praxis. Es sei daran erinnert: Frauen mussten auf der Couch ihren „Penisneid“ entdecken, wenn sie gesund werden wollten, weil viele PsychoanalytikerInnen diese Spekulation von Freud als Wahrheit übernommen

hatten – nahmen Patientinnen diese Wahrheit nicht als ihre an, waren sie im „Widerstand“ oder galten als nicht-therapiefähig. Einige Menschen wurden durch diverse Methoden der Humanistischen Psychologie in seelische Zusammenbrüche getrieben, weil TherapeutInnen glaubten, man müsse und dürfe durch invasive Techniken „Durchbrüche von authentischen Gefühlen“ provozieren. Homosexuelle Personen wurden mit verhaltenstherapeutischen Aversions- und Belohnungstechniken gegen ihre sexuelle Neigung „behandelt“. Und so weiter.

Rogers hat vermutlich einen guten Teil dazu beigetragen, dass solche krassen therapeutischen Irrtümer mit ihren schlimmen Folgen für die betroffenen Menschen heute sehr viel seltener sind. Doch das Grundprinzip gilt auch noch heute. Wer Theorie und Technik in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellt, ist immer in Gefahr, den Klienten in ein Korsett zu zwingen, das ihm schadet. Auch dafür liessen sich viele Beispiele aus der heutigen Alltagspraxis zusammenstellen. Und es gibt nur einen Weg, dies zu vermeiden: Die Person und ihren Weg ernster zu nehmen als alle psychologischen und psychopathologischen Theorien über die Psyche des Menschen – und den Weg, den die Person geht, wichtiger zu nehmen, als alle psychotherapeutische Technik, die auf bessere Wege führen soll.

Und wie sieht das in der Praxis aus?

Personzentrierte Haltung und Lenkung/ Führung/Technik in der Praxis von Therapie und Beratung

Im Folgenden rede ich deshalb von *meinem* Vorgehen in der Praxis, weil ich nicht den Anspruch erhebe, eine Theorie oder eine Handhabung entwickelt zu haben, die auch für andere gelten muss.

In meiner praktischen Arbeit als personzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Ausbilder, Berater hat die Person von Klientin, Patient oder Ausbildungsteilnehmerin den zentralen Platz.

Um dieses Zentrum herum und bezogen auf dieses Zentrum hat daneben auch alles Platz, was ich einmal gelernt an Theorie oder geübt habe als Technik oder auch selbst entwickelt habe. Dieses Handwerkszeug kann aus meiner persönlichen Biographie kommen, aus meinen praktischen und theoretischen Ausbildungen, aus meiner Berufserfahrung, den Rückmeldungen meiner KlientInnen, aus meinen Kontakterfahrungen mit Menschen allgemein. Ich betrachte keines dieser speziellen Handwerkszeuge als unverzichtbar und notwendig – aber ich halte es für selbstverständlich und unvermeidlich, dass solche „Werkzeuge“ in uns vorhanden sind und jeder Therapeut sich ihrer Existenz bewusst werden und damit konstruktiv umgehen muss. Nach meinem Verständnis verlasse ich durch den Gebrauch solcher Mittel *nicht* den Rahmen des Rogers-Konzepts. Im Gegenteil. Wenn ich wirklich *kongruent* bin – also *offen für meine Erfahrung* – dann dürfen solche Selbst-Erfahrungen nicht abgewehrt werden aus meinem bewussten Erleben. Auch diese Bestandteile

meiner Person müssen in meinem Erleben Raum haben und dann ggf. beitragen zu meinem konkreten Handeln – sie dürfen nicht durch ein (Selbst-)Konzept blockiert werden, das da etwa heisst: „Techniken sind verboten“.

An diesem Punkt teile ich nicht die radikalen Positionen von Peter Frenzel und Peter F. Schmid. Beide postulieren als zentrales Charakteristikum des PCA, dass jegliche Technik nur aus dem Hier und Jetzt in der Beziehung entstehen darf. Frenzel (1992, 207) begründet dies unter anderem mit der „spontanen Subjekt-Subjekt-Begegnung“ als Merkmal personenzentrierte Therapie, (Schmid 2002, 85) mit dem „absichtslosen Gegenwärtigsein“ und der „Un-Mittelbarkeit“ (= bar aller Mittel sein) (ebd. 92), ohne die eine Therapie nicht personenzentriert genannt werden dürfe.

So sehr mich diese radikale Position anspricht – meine Erfahrung und Reflexion der Erfahrung kann dem nicht zustimmen, sagt sie mir doch: Auch wenn dieses absichtslose Gegenwärtigsein in Sternmomenten in mir lebt, selbst dann bin *mit meiner ganzen Geschichte* als Person und Fachmann in einer solchen spontanen Subjekt-Subjekt Begegnung drin. Zu den „spezifischen Eigenarten der je eigenen Person“ (Frenzel 1992) gehören auch meine Kenntnisse um und Erfahrungen mit anderen Vorgehensweisen in und ausserhalb der GT/PCA-Therapierichtungen. Dem trage ich Rechnung, indem ich versuche, diese geschichtlich gewachsenen Aspekte meiner Therapeuten-Person in die Beziehung zu meinen KlientInnen einzubringen – transparent als *meine* Erfahrung und nicht als eine Wahrheit und mit Respekt vor dem inneren Bezugsrahmen des Gegenüber.

Keinen Platz hat also in meiner Arbeit der Versuch (so jedenfalls ist mein Bestreben), den Klienten von irgendeiner Theorie, von irgendeiner Technik, von irgendeiner persönlichen Erkenntnis überzeugen zu wollen. Ich bin stattdessen bemüht, *jede* meiner Interaktionen – und eben auch die theoriezentrierte, lenkend-technikzentrierte – meinem Klienten gewissermassen zur Begutachtung vorzulegen. Ich führe und lenke ihn durch eine theoretische Überlegung oder durch die mögliche Bedeutung eines Forschungsergebnisses, wenn er davon hören will. Ich führe und lenke ihn durch eine Technik, wenn er sich einmal darauf einlassen will. Aber *er* entscheidet bei jedem neuen Schritt, ob er auf mein Angebot eingehen will, ob er den Nutzen einer theoretischen Erklärung weiter für sich prüfen will oder nicht, ob er den nächsten Schritt in einem Technikaufbau machen will oder nicht. Er ist mit seinem aktuellen inneren Erleben und seinem Verhalten der Wegweiser für meinen nächsten Handlungsschritt, nicht ein Lehrbuch und nicht ein Manual. Jeder Zentrierung auf eine Technik folgt im Idealfall eine Zentrierung auf die Person.

Zweifel und Verunsicherung als Bestandteil des Personenzentriert-Seins – und als Teil seiner Wirkkraft

Ich habe im ersten Teil des Artikels den Eindruck formuliert, dass Zweifel am Personenzentrierten Ansatz und die Forderung nach Erweiterung und Überarbeitung gewissermassen systemimmanent sind. Die Ergebnisse meines Nachdenkens beim Entstehen des Artikels bestärken mich darin. Denn das Nicht-gewiss-Sein, ob Mann oder Frau als personenzentrierte/r TherapeutIn richtig handelt, ist ein ständiger Begleiter des Erlebens in der praktischen Arbeit. Streng genommen enthält *jede* therapeutische Interaktion die Frage: „Bewege ich mich mit *dieser* Handlung *jetzt* im Bezugsrahmen der Klientin oder wie viel hat sich von meinem eigenen Bezugsrahmen mit hineingemischt? Und: war ggf. die Kommunikation meines eigenen Bezugsrahmens hilfreich oder nicht für mein Gegenüber?“ Die Antwort auf diese Fragen weiss ich nie im Voraus, und so gehören Zweifel zu meinem Personenzentriert-Sein.

Vielleicht liegt im „Ja“ zu dieser Un-Sicherheit, mit dem Realismus und der Bescheidenheit, die darin enthalten sind, ein Teil der Wirkkraft des personenzentrierten Zugangs zum Menschen. Wer weiss und akzeptiert, dass all seine gesammelte Erfahrung und Erkenntnis, sein Wissen um Theorien, Techniken, störungsspezifisches Intervenieren etc. nicht mehr sind als *ein* Modell unter vielen möglichen, also ein *Versuch*, Frau X oder Herrn Y auf ihrem und seinem Weg zur Veränderung zu helfen, der geht mit diesem Handwerkszeug sehr vorsichtig um. Er legt es weg, wann immer er merkt, dass die Klientin es nicht brauchen kann oder ein besseres hat für ihre Situation. Und das ist – so sagt mir meine Erfahrung – sehr oft der Fall. So kann durch unsere grundlegende Vorsicht beim Konfrontieren mit einem äusseren Bezugsrahmen die Klientin in *ihre* Möglichkeiten hineinwachsen und von den externen Angeboten das übernehmen, was für sie tatsächlich brauchbar ist.

Auch Rogers selbst hat uns in seinem Erbe diese (fruchtbare) Bürde des Nie-sicher-Seins hinterlassen. Einerseits legt er ein klares Konzept darüber vor, wie konstruktive Persönlichkeitsveränderungen in Gang kommen (Rogers 1959). Daneben formuliert er Gedanken wie diese: „Erfahrung ist für mich die höchste Autorität [...] Kein Konzept eines anderen und keines meiner eigenen Konzepte ist so massgeblich wie meine Erfahrung.“ (Rogers 1961, 39; Übersetzung überarbeitet durch M. G.). Woraus sich die paradoxe Aussage ergibt: Indem ich dieser Erkenntnis von Rogers vorbehaltlos zustimme, muss ich, um in seinem Sinne zu arbeiten, meine eigene Erfahrung ernster nehmen als das Konzept von Carl Rogers.

Wenn das nicht verunsichernd ist.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Klett Cotta) 1975, 1995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Bürki, R./Hobi, R. (2002), Kein Apfel fällt von selbst vom Baum. Zu einer systemzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 94–112
- Dörr, R./Hummel, H. (1999), Psychotherapie traumatischer Belastungen und Personenzentrierter Ansatz, in: Brennpunkt 80, 7–17
- Frenzel, P. (1992), Das Rad neu erfinden. Leitfäden zur Entwicklung Personenzentrierter Technik in der Psychotherapie, in: Frenzel, P./Schmid, P. F./Winkler, M. (Hg), Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie, Köln (Edition humanistische Psychologie), 209–240
- Gröflin-Buitink, Ch. (1994), Die klientenzentrierte Grundhaltung und ihre Konkretisierung in einer psychotherapeutischen Beziehung, in: Brennpunkt 59, 33–59
- Gröflin-Buitink, Ch. (2002), Erleben – Benennen – Reflektieren. Theorie und Praxis – ihre fruchtbare Wechselwirkung in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: Iseli, C. et al. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG) 113–144
- Gutberlet, M. (1984), Braucht die klientenzentrierte Psychotherapie die Integration anderer Therapiemethoden und ein erweitertes Krankheitsmodell? In: GwG-info 57, 5–13; a. in: Brennpunkt 19 (1984), Brennpunkt 44 (1990), 10–15
- Gutberlet, M. (1995), Die Integration von anderen Therapiemethoden in die Gesprächspsychotherapie (GT), in: Brennpunkt 65, 17–25
- Gutberlet, M. (1997), Die personenzentrierte Haltung und ihre Ausdrucksformen, in: Brennpunkt 71, 41–43
- Gutberlet, M. (1999), Die Entfaltung von Personal Power im personenzentrierten Ansatz. Vortrag zum ÖGwG-Symposium 1998 in Linz, in: Person 2, 101–109
- Gutberlet, M. (2002), On Becoming Congruent: Kurzer Workshop zu einer lebenslangen Aufgabe, in: Iseli, C. et al. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 286–295
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–222
- Keil, W. W./Stumm, G. (2002), Die verschiedenen Strömungen in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 65–74
- Kriz, J. (1989), Entwurf einer systemischen Theorie klientenzentrierter Psychotherapie, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 168–194
- Kriz, J. (2002), Monoklone Therapeuten für monoklone Symptomträger? – Zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie, in: Psychoscope 1, 8–12
- Minsel, W.-R. (1974), Praxis der Gesprächspsychotherapie, Wien (Böhlau)
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21,2 (1957) 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P. F. (Hg.), Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991, 165–184
- Rogers C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science, Vol. III, New York (McGraw Hill), 158–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers C. R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart (Klett) 1973
- Rogers, C. R. (1965): A therapeutic interview with Gloria with explanatory comments (Film), in: Shostrom, Everett (F-1965) (ed.), Three approaches to psychotherapy, Film, 16mm color or b/w, Orange, CA (Psychological Films)
- Sachse, R. (1991), Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Kohlhammer)
- Sachse, R. (1996), Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe)
- Schmid, P. F. (2002), Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 75–105
- Speierer, G.-W. (1994), Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM); Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Tausch, R. (1989), Die Ergänzung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch andere psychotherapeutische Methoden: eine klientenzentrierte Notwendigkeit, in: Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1, Salzburg (Otto Müller), 257–268

Autor

Michael Gutberlet, Dipl.-Psych., Personenzentrierter Psychotherapeut (SGGT), Supervisor, Ausbilder für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT). Verhaltenstherapeut (dgv), Gestaltpsychotherapeut FPI/SVG, Dozent an Ausbildungsinstitutionen des Gesundheits- und Erziehungswesens. Selbstständig tätig seit 1974.

Korrespondenzadresse

Michael Gutberlet
Birmensdorferstrasse 285
CH-8055 Zürich
E-Mail: mgut@active.ch

Christian Fehringer

Eine essayistische Beschreibung von Supervisionsprozessen

Zusammenfassung: *Supervision stellt ein Lernphänomen dar, das sich darauf bezieht, wie man etwas über einen bestimmten Lernkontext lernt. Bezogen auf die Supervision bedeutet es, dass der Gegenstand des Lernens die Art der Interpunktion von Erzählungen, von Ereignissen ist. Supervisanden sollten sich diese Art des Lernens ermöglichen, um mit einer Vielzahl von Perspektiven in ihren therapeutischen Beziehungen arbeiten zu können. Die Absicht in Supervisionsprozessen liegt nicht darin, Supervisanden zu verändern. Das Anliegen ist darin zu sehen, den Supervisanden behilflich zu sein, neue Beschreibungsmöglichkeiten für hochkomplexe und somit oft unentscheidbare therapeutische/beraterische Konstellationen zu (er)finden. Im Personzentrierten Ansatz wird dieses Arbeitsverständnis mit dem Begriff „to facilitate“ bezeichnet. Dieser Prozess soll in der vorliegenden Arbeit beschrieben und konkretisiert werden.*

Schlüsselwörter: *Narratives Paradigma, Konstruktivismus, Beobachter, Wirklichkeit, Wandlungsprozesse, to facilitate, Supervision als Lernphänomen, Übergangsritual*

Résumé: *Une description sous forme d'essai du processus de supervision. La supervision constitue un phénomène d'apprentissage qui se réfère à la manière dont on apprend quelque chose par un contexte d'apprentissage particulier. En relation avec la supervision, ceci signifie que l'objet de l'apprentissage est la manière de ponctuer des récits, des événements. Ceux qui effectuent des supervisions devraient se permettre ce type d'étude pour pouvoir travailler, dans leurs relations thérapeutiques, avec une multitude de perspectives. L'intention dans les processus de supervision n'est pas de changer ceux qui supervisent. Il faut y voir la demande d'aider le supervisant à trouver (découvrir) de nouvelles possibilités de description pour des constellations thérapeutiques/de conseil hautement complexes et donc souvent indiscernables. Dans l'approche centrée sur la personne, cette compréhension du travail est définie par le terme « to facilitate ». Le présent travail a pour objet de décrire et de concrétiser ce processus.*

Mots-clés: *Paradigme narratif, constructivisme, observateur, réalité, processus de transformation, to facilitate, la supervision comme phénomène d'apprentissage, rituel de transfert*

Abstract: *An essayistic description of supervision processes. Supervision represents a learning phenomenon which refers to how we learn something about a certain learning context. With regard to supervision this means that what we learn about is the punctuation of narratives, of events. Supervisees should make this kind of learning possible for themselves in order to be able to work in their therapeutic relationships with multiple perspectives. The intentions of supervision processes is not to change the supervisee, but to help the supervisee to find or invent new possible descriptions of extremely complex and therefore often insoluble constellations in therapy or counselling. In the Person-Centred Approach this working concept is called "facilitating". In this article this process is described and concretised.*

Keywords: *Narrative paradigm, constructivism, observer, reality, processes of change, facilitate, supervision as a learning phenomenon, transition ritual*

„Das Unveränderte ist nicht wahrnehmbar, solange wir nicht bereit sind, uns im Verhältnis zu ihm zu bewegen.“ (G. Bateson)

Ich wurde gebeten, über Veränderungsprozesse bei Ausbildungskandidaten¹ in der Ausbildungssupervision zu berichten. Ich beginne mit einem Beispiel aus meiner eigenen Supervisionserfahrung. Eine meiner förderlichsten Supervisionen erlebte ich bei einem sehr erfahrenen, sehr renommierten und sehr eiteln Kollegen einer nicht-personenzentrierten Therapierichtung. Eine massive Irritation meinerseits entstand aus der Tatsache, dass mein berühmter Supervisor, nachdem er meine Darstellung konzentriert verfolgt hatte, mit etwa drei Worten auf meine Beschreibung und mich Bezug nahm, um sich dann in einem phantastischen Entwurf zu verlieren, der offensichtlich nichts mehr mit mir und meinem Anliegen gemeinsam hatte. Aber die daraus entstehende Verwirrung war nur ein vorläufiger und nicht allzu lange anhaltender Zustand. Die Überraschung lag darin, dass in den phantasievollen und auch sehr einfühlsamen Lebens- und Beziehungsgeschichten sich genau das kreative und förderliche Potenzial, das mir in meiner Arbeit verlorengegangen war, befand. Es war in der Mehrzahl der Fälle der notwendige, vielleicht manchmal etwas brachiale Aspektwechsel, der bei mir einen wertvollen Lernprozess in Gang zu setzen vermochte. Diese supervisorische Erfahrung hat meine eigene Arbeit entscheidend geprägt.

Mein Anliegen ist darin zu sehen, das Vermögen meiner Supervisanden dahingehend anzuregen, Geschichten zu erzählen. Meine Gründe dafür liegen in der Annahme, dass Menschen in ihren Geschichten leben. Die Fähigkeit, Erzählungen zu kreieren, ist grundlegend für die menschliche Existenz, denn der Mensch ist im Verhältnis zu sich und zu seinen Mitmenschen ein Erzähler, und durch diese Erzählungen mit den anderen verwoben.

Jede Erfahrung ist in dieser Erzählung aufgehoben (Grossmann 2000). Die subjektive Wirklichkeit ist eine höchstpersönliche Erzählung, die immer an besondere Plausibilitätsstrukturen gebunden ist, an gesellschaftliche Grundlagen, an bestimmte Kontexte, die für ihren Bestand erforderlich sind. Die Soziologen Berger/Luckmann (1980) vertreten die Ansicht, das (Alltags-)Leben der Menschen funktioniere wie das Rattern einer gewaltigen Konversationsmaschine, die unentwegt subjektive Wirklichkeit garantiert, modifiziert und (re-)konstruiert. Kandidaten, die ihre Ausbildung abschließen werden, gliedern sich aus der Sicherheit der alten Strukturen aus, und eben dieser Statuswechsel bedeutet notwendigerweise die Neukonstruktion der eigenen Erzählungen. Es vollzieht sich ein Identitätswechsel, von der Ausbildung zur Profession, verbunden mit der Notwendigkeit eines geänderten Selbstverständnisses.

Mein Versuch, umfassend über Wandlungsprozesse zu schreiben – ich ziehe diesen Begriff dem der Veränderung oder der Entwicklung vor –, ist wesentlichen Einschränkungen unterworfen. Die für diesen Artikel erbetene Antwort darauf, „was denn eigentlich in einer Supervision echt, echt wirklich geschieht“, muss ich schuldig bleiben. Aus einer konstruktivistischen Perspektive, der ich mich verbunden fühle, wird davon ausgegangen, dass die ontische Wirklichkeit nicht direkt erkennbar ist. Da wir die Welt an sich nicht fassen können, können wir auch zu keiner Objektivität gelangen, zu keinem letztgültigen Sinn in unserem Bestreben, zu verstehen. Die Welt an sich wird aus dieser Perspektive nicht gefunden, sondern erfunden (von Foerster/von Glasersfeld 1999). Sie wird von einem Beobachter, der Beobachtungen beschreibt, operativ erzeugt. Alles was gesagt wird, wird daher immer von einem Beobachter gesagt. Bedeutungen liegen nicht einfach vor, sie werden in einem gemeinsamen Prozess, in einer bedeutsamen – hier supervisorischen – Beziehung erzeugt. Supervisor und Supervisand können demnach nicht über die objektive Realität eines „Falles“, sondern nur über ihre Erfahrungen sprechen. Ich will das nicht als nachteilig verstanden wissen. Es ist eine sinnvolle Anregung, es in Supervisionsprozessen nicht beim „ersten Blick“ bewenden zu lassen. Weitere Blicke und die möglicherweise damit verbundenen Zweifel an allzu einfachen Antworten, z. B. der Verzicht auf eine objektivierende Diagnostik, sind sinnvoll. Überzeugungen mit der Kraft von Glaubenswahrheiten machen dumm. Zu glauben, wenn etwas funktioniert, sei die Theorie dahinter richtig, ist ein Trugschluss. Soziale Realität wird ohne Wissen über das endgültige Ergebnis produziert. Verschiedenste „Nebenprodukte“ menschlichen Strebens und Wollens, nichtintendierte, nichtgewusste und ungeahnte Nebeneffekte sind Bestandteile unserer Aufgabenstellungen und durchkreuzen unsere Pläne, unsere Gewissheiten. Unter Umständen werden die schließlichen Effekte, um die es in einem Sozialsystem geht, durch die Kombination von Unwissenheit und Indirektheit weit effektiver erreicht, als wenn man sie wissentlich und direkt erreichen wollte.

Ein Beispiel: Als Therapeut eines sechsjährigen Mädchens, das stationär aufgenommen war, weil es ständig das Haus, in dem es mit seiner Familie und dem Großvater lebte, verwüstete, war ich in unterschiedlichsten supervisorischen Kontexten mit genau so vielen und noch viel mehr Theorien „über“ das Mädchen konfrontiert. Jede Theorierichtung hatte ihre Diagnose, ihre Wahrheit (in der Regel Defizitmodelle) über das Kind. In meinem Bemühen um therapeutische Effektivität schließlich vollkommen zermürbt, gab ich mich geschlagen und begann, mit dem Mädchen in den Therapiestunden „einfach“ Märchen zu erfinden. Wir hatten ungezwungene Stunden, die aber nichts an der Zerstörungswut des Kindes änderten, wenn es zu Hause war. Eines Tages entstand zufällig (?) eine gemeinsame Erzählung, in der ein Großvater ein Haus baut, die Großmutter plötzlich stirbt und der Großvater nur den Satz sagt: „Wenn ich das Haus jetzt fertig gebaut hab, kann ich auch sterben“. Ab dem Moment war es dann nicht mehr schwierig, dem Kind zu helfen. Die Angst

1 In der Folge wird der Lesbarkeit halber auf die durchgehende Anführung beider Geschlechter verzichtet.

des Mädchens, der Großvater werde sterben, sobald er mit dem Haus fertig sei, war verstehbar geworden, und in dem Moment, wo das Kind verstanden wurde, konnte es auch sein Verhalten ändern. Der erlösende Effekt wurde durch die zufällige kreative Kombination von Unwissenheit und Ungerichtetheit in der therapeutischen Arbeit auf Grundlage einer bedeutsamen Beziehung erreicht.

Gelingende Supervision stellt für mich ein Lernphänomen dar, das sich auch darauf bezieht, wie man etwas über einen bestimmten Lernkontext lernt. Bezogen auf die Supervision bedeutet es, dass der Gegenstand des Lernens die Art der Interpunktion von Erzählungen, von Ereignissen ist. Wenn ein Beobachter eine Unterscheidung trifft, dann nimmt er als Begleiterscheinung eine Indikation vor. Beispielsweise kennzeichnet er eine der beiden unterschiedenen Seiten als wesentlich. Das gilt es zu bedenken, und damit kann in der Supervision gut gearbeitet werden.

Meine Absicht in Supervisionsprozessen liegt nicht darin Supervisanden zu verändern. Ich will in Supervisionen nicht überlegenes Wissen gegen ein unterlegenes Wissen ins Feld führen. Ich erzähle über meine Erfahrungen. Ich will Besserwisserei kritisieren, die (Gut-)Gläubigen und Überzeugten verunsichern. Ich will den Notwendigkeits- und Unbedingtheitscharakter menschlicher Sicht- und Handlungsweisen in Frage stellen, um der Kontingenz der eigenen Überzeugungen und Bedürfnisse gerecht zu werden. Mein Anliegen ist darin zu sehen, behilflich zu sein, neue Beschreibungsmöglichkeiten für hochkomplexe und somit oft unentscheidbare therapeutische/beraterische Konstellationen zu (er)finden, ein Gefühl für alternative Verstehensmöglichkeiten anzuregen, um daraus unterschiedliche Bedeutungsgebungen und damit veränderte Bewertungen zuzulassen. Im Personenzentrierten Ansatz wird dieses Arbeitsverständnis mit dem Begriff „to facilitate“ beschrieben (Schmid 1996, 228ff). Es geht darum, die Dynamik des Wahrgenommenen im Wahrnehmungsprozess durch den Wahrnehmenden zu erhalten, um nicht erstarrten Bildern ausgeliefert zu sein.

Die Fragen, wie ich meine Arbeit erlebe und wie ich die Wandlungen der Kandidaten wahrnehme, hängen zusammen. Die Struktur von Ausbildungssupervisionen legt es nahe, Supervision auch als pädagogischen Prozess zu verstehen. Die Fähigkeit zu lernen hat einerseits eine historische Dimension und ist zugleich auf die Zukunft bezogen. Lernen ist mit der Fähigkeit verbunden, sich der eigenen Geschichten zu erinnern, um in dieser Auseinandersetzung eine zukünftige Freiheit zu erlangen. Unter therapeutischer Professionalität, dem Heimisch-Sein, hier dem Heimisch-Werden in diesem Berufsfeld, verstehe ich das Sich-Aneignen einer personalen Professionalität. Diese ist von der Selbsteinschätzung, vom Selbstverständnis, das sich aus Eigen- und Fremdwahrnehmung bildet, abhängig. Sie ist abhängig vom empfundenen „Können“ in der praktisch-therapeutischen Herausforderung und somit untrennbar mit der Persönlichkeit und der Entwicklung derselben verbunden. Es gilt, eine Übereinstimmung zwischen dem herzustellen,

wer die Kandidaten in einer aktuellen Selbsteinschätzung sind, welche Empfindungen das auslöst, und dem, was sie werden wollen – (selbst)verantwortlich arbeitende Therapeuten/Berater, die sich in hochkomplexen Situationen zu bewähren haben. Identität ist nicht als etwas zu verstehen, was man hat oder nicht hat, sondern Identität steht immer bevor. Je nach Alter, Geschlecht, ökonomischer, sozialer und beruflicher Situation, je nach Anforderung von Kompetenzkatalogen, denen sich Kandidaten verpflichtet fühlen, stellen sich diese Identitätsfragen in Supervisionsprozessen auch regelmäßig anders.

Für mich sind diese Ausbildungssupervisionen Übergangsrituale. Es betrifft den Zeitraum eines Kontextwechsels, in dem eine zugestandene Vorläufigkeit in der Arbeitsweise sich in eine professionelle Arbeitsidentität wandeln soll. Rituale werden als kulturelle Handlungen definiert, die vollzogen werden können, wenn soziale Konflikte festgefahren sind oder Entwicklungen und Wandlungsprozesse anstehen und gefördert werden können und müssen. Sie haben das Ziel, aus einer definierten Situation in eine andere definierte Situation überzuführen, und setzen sich strukturell betrachtet aus drei Phasen zusammen: Aus einer Trennungsphase, einer Schwellen- und Übergangsphase und einer Wiedereingliederungsphase (van Genneep 1908). Die definierte Ausgangsstruktur wird durch ein Trennungs- und Ablösungsritual verlassen. Diese Übergangsphase setzt in der Regel eine gewohnte Erzähl- und Sprechweise vorübergehend außer Kraft und erzeugt einen Prozess, in dem die alte Struktur sich transformiert – zerlegt –, um sich schließlich wieder neu zusammensetzen zu können. Für diesen Prozess hoher Instabilität braucht es für Supervisanden einen sicheren Ort, wo Fragen und Ungewissheiten und auch die bestehenden und einengenden – theoretischen – Zugehörigkeiten gelöst werden können. Dieser Ort hat nur formal eine eindeutige Position; vielmehr handelt es sich dabei um einen Ort der Dis-Position, an dem es möglich sein soll, dem Supervisor offen entgegenzutreten.

Wandlungsprozesse brauchen Begegnung. Das Bestreben, Identität zu erwerben, ist das Bestreben, sich zu differenzieren und abzugrenzen. Sich dem Supervisor anzuvertrauen und trotzdem nicht abhängig zu sein. Ich versuche als Supervisor wahrzunehmen und zu verstehen, was Supervisanden berichten, was sie fragen, was ihnen Schwierigkeiten bereitet und was sie verwirrt. Erfahrungen werden wechselseitig überprüft, Übereinstimmungen und Diskrepanzen formuliert und bewertet. Es wird gemeinsam versucht, sich in bestimmte therapeutische Situationen einzufühlen, um empathisch wahrzunehmen, wann sich bei wem welche Gefühle wie entwickeln. Wird dann ein Gefühl als bekannt empfunden, ist es einordenbar und kann dazu beitragen einzuschätzen, was für eine bestimmte Arbeitssituation passend und förderlich sein könnte. Wenn Supervisanden in mir Gefühle erwecken, deren Herkunft ich nicht erkennen kann, beginne ich, selbst affektiv zu agieren und mein Gegenüber zu verwirren. Über das, was wir fühlen, womit wir uns gegenseitig herausfordern, können wir – hoffentlich ausreichend

offen – sprechen. Das ist wiederum auch davon abhängig, wie ich die Bereitschaft und die Möglichkeit der Supervisanden einschätze, mit meinen Beiträgen umzugehen.

Naturgemäß nehme ich nicht alles wahr, was Supervisanden mir anbieten. Aus dem mir Angebotenen wähle ich einen bestimmten Teil aus. Den, der mich interessiert, der mir wichtig erscheint, und das, was ich zu verstehen glaube. Das, was ich nicht verstehe, fällt in der Regel aus der Kommunikation heraus. Für Supervisoren ist es von entscheidender Bedeutung, nicht nach dem Motiv zu handeln, dass immer noch sie der interessanteste Fall in der Supervision sind. Es sind aus personenzentrierter Sicht nicht in erster Linie theoretische Konzepte oder Methoden, die Supervisionsprozesse beeinflussen. Es ist vielmehr das, was ich über mich weiß, oder vor allem nicht weiß, was mich begeistert, interessiert, ärgerlich, ängstlich macht, was mich blockiert oder kreativ macht, beglückt oder bedrängt – also all das, was meine Person ausmacht; was klar und übereinstimmend ist, undeutlich und krisenhaft, was fremd bleibt und entfremdend wirkt. Das beeinflusst die Supervision. Das sollten Supervisoren sich eingestehen, das sollten Supervisanden lernen und bedenken. In der Regel lernen Ausbildungskandidaten vor allem in den Bereichen, die auch für mich nicht zu bedrohlich oder zu verwirrend erscheinen. Sie lernen an meiner beruflichen Identität. Im Fußball gibt es die triviale Erfahrung, dass die eigene Mannschaft nicht besser spielen kann als der Gegner gut ist. Dort, wo der Kandidat noch nicht in der Lage ist, einen bestimmten Aspekt wahrzunehmen, eigene Gefühle zuzulassen oder wechselnde Identifikationen auszuprobieren, werden auch die Möglichkeiten des Supervisors sich in jenen Grenzen bewegen, die ihm vom Supervisanden gesteckt werden. Es gibt – interaktionell – gute und schlechte Supervisanden, wie es auf dieser Ebene gute und schlechte Supervisoren gibt. Es ist eine Frage der Passung. Der Erfolg der gemeinsamen Arbeit liegt demzufolge im Erreichen einer ausreichend sicheren Beziehung und liegt im Bestreben, eine größtmögliche Transparenz der je eigenen Möglichkeiten und Absichten zu gewährleisten.

Die Übergangsphase, die der Ablösungsphase folgt, ist ein Balanceakt in einem freien Raum von Unterscheidungs- und Entscheidungsversuchen, in dem Gewissheiten und Eindeutigkeiten eben nicht die vorherrschenden Erzählformen sind. Ausbildungskandidaten lernen, die Eindeutigkeit einer Situation in Frage zu stellen, und zum Vorteil der Klienten sind nicht mehr „Richtigkeit“ oder „die Wahrheit“ entscheidende Kriterien, sondern Konstrukte werden auf ihre „Brauchbarkeit“ hin überprüft (von Glasersfeld 1981). Sie lernen, mit Paradoxien zu leben und zu arbeiten, Sinn und Gegensinn zu erfassen. Sie lernen, mit seltsamen tautologischen Aussagen wie „Alles was gesagt wird, ist von jemandem gesagt“, oder „Was beobachtet wird, wird von einem Beobachter beobachtet“, umzugehen. Diese Aussagen symbolisieren die „Leere“ der Übergangsphase und öffnen die Räume, in denen sich neue Wirklichkeitskonstruktionen bilden. Vorherrschend sind narrative Sprachfiguren des Ungewissen, Uneigentlichen, Ambivalenten, und diese

Ausdrucksformen werden in dieser Phase von den Supervisanden als ausnehmend unangenehm und oft auch als unprofessionell erlebt, da sie in anderen therapeutischen Kontexten – medizinischen Kliniken, psychosozialen Institutionen, u. ä. – mit einem paradigmatischen Denken konfrontiert sind, das sich um Kategorien und Begriffe aus dem naturwissenschaftlichen Diskurs dreht, die einen höchstmöglichen Grad an logischer Konsistenz zu erreichen haben und auf Wiederholbarkeit abzielen. Ich erachte es aber als sinnvoll für therapeutisches Arbeiten, einen Sprachstil zu erwerben, der sich eher mit der Unbeständigkeit menschlicher Intentionen beschäftigt, in dem Bedeutungen offen gehalten werden, um nicht den (reproduzierbaren) Entwurf einer Wirklichkeit herzustellen, wenn nur definierte Parameter beachtet werden. Im narrativen Paradigma wird der Versuch bevorzugt, eine Geschichte zu erzählen, die sich mit der Zeit entfaltet. In den Geisteswissenschaften, aber auch in den Naturwissenschaften wird dieses Konzept zunehmend übernommen, vor allem deshalb, weil Wissenschaftler den narrativen Modus für das anfängliche Formulieren einer Idee als unverzichtbar ansehen.

In der Supervision erlebt mich mein Gegenüber und erlebt sich in meiner Gegenwärtigkeit. Sie oder er sucht nach einem nachahmenswerten Modell und nimmt dafür in der Regel den Supervisor. Wenn es mir gelingt, mich in meiner Selbstdarstellung zu begrenzen, dann schaffe ich für die Kollegen den nötigen Freiraum, sich ihrerseits darzustellen und zu entfalten. Das bedeutet für sie, über die eigenen Stärken und Schwächen frei reden zu können, ängstlich oder risikofreudig zu sein, nachdenklich, schweigend, wortreich, raumgreifend, kämpfend, vorsichtig suchend, trotzig verschlossen oder offen fragend zu sein. Dieses verwandelnde Lernen findet in der Regel in Krisen und Konflikten statt. Und es sind eben diese Lernprozesse, die wiederum Konflikte und Krisen heraufbeschwören. Nämlich gerade dann, wenn Supervisanden feststellen, dass Klienten, die mit großem Engagement „bearbeitet“ werden, ein Eigenleben führen, dass sie sie hintergehen, dass sie sie ausnützen, dass sie nicht mitarbeiten. Dass Kollegen, mit denen gut zusammengearbeitet wurde, in Konfliktsituationen nicht solidarisch, sondern Konkurrenten sind. Diese Art des Lernens kann eine bittere Einpassung in die desillusionierende Realität des beruflichen Alltags darstellen. Es schälen sich, oft sehr mühsam, individuelle Lernthemen heraus: Was betroffen macht, was weh tut, wie mit Verantwortlichkeit verantwortlich umgegangen werden kann, was erhofft wird, und – fast als zentrale Frage – was denn als Erfolg zu werten ist. All das trifft das eigene Selbstkonzept und modifiziert es, korrigiert es, reduziert und erweitert es. Stabilisierende Orientierungsmuster werden damit hinfällig. Entwicklung oder Wandlung findet in diesem Arbeitsprozess in einer äußeren und inneren Konfrontation statt. Dann, wenn die Realität des Faktischen mit dem Entwurf des Möglichen verglichen und abgestimmt werden muss. Im Verlauf dieses Prozesses geht es darum, das Eigene zu finden, eine professionelle Individuation zu erlangen, in der Sicherheit und Beweglichkeit sich optimal ergänzen.

Wie also wandeln sich Ausbildungskandidaten in dieser bedeutsamen supervisorischen Beziehung? Ein Aspekt war, den Kontext zu beschreiben, in dem diese Passungsprozesse stattzufinden haben, um ein Scheitern zu verhindern. Ein weiterer Aspekt liegt im sich wandelnden Verständnis und Umgang mit der „Eigenzeit“. Kandidaten lernen, dass Psychotherapie nicht allein in der Zeit, sondern auch und vor allem mit der Zeit handelt. Sie lernen, sich der Zeit, der Zeit-Geschichte zu bemächtigen, machen sie selbst zum Verhandlungsgegenstand. Sie erschaffen sich eine neue Perspektive auf die Zeit und die durch die Zeit organisierten Tatsachen. Sie regen damit die Gestaltbarkeit von Raum und Zeit an, die Dimensionen, in denen sich Menschen erleben, wahrnehmen und ihre je eigenen Erfahrungen machen. Sie lernen in diesem Prozess Verantwortung für ihre therapeutische Haltung, für ihre Fragen, ihren theoretischen Hintergrund, ihre Bedeutungswelten und für die Konsequenzen, die sich in der gemeinsamen Beziehung daraus ergeben, zu übernehmen. Sie lernen, als Therapeuten keine Verantwortung für Veränderung zu haben, sondern die Maxime der therapeutischen Verantwortung in der Erhaltung der eigenen Arbeitsfähigkeit zu sehen. Sie lernen, Arbeitskontexte zu unterscheiden.

Eine weitere Antwort sei in eine Geschichte verpackt: „In einem armen Dorf in China lebte ein Bauer. Er wurde von den Leuten im Dorf für reich gehalten, denn er besaß ein Pferd. Eines Tages lief dieses Pferd weg und alle Nachbarn kamen und klagten, wie groß der Verlust sei. Der Bauer sagte nur: „Vielleicht“. Einige Tage später kam das Pferd zurück und in seinem Gefolge trabten zwei Wildpferde. Alle Nachbarn freuten sich und priesen den Bauern glücklich, aber sagte nur: „Vielleicht“. Der Sohn des Bauern versuchte, ein Wildpferd zuzureiten, wurde abgeworfen und brach sich ein Bein. Die Nachbarn betraurten und beklagten das Unglück, aber der Bauer antwortete wieder nur: „Vielleicht“. Eine Woche später kamen Soldaten des Kaisers, um junge Männer für einen bevorstehenden Krieg einzuziehen. Sie nahmen den Sohn des Bauern nicht mit, da dessen Bein gebrochen war. Die Nachbarn sagten dem Bauern, welches Glück er gehabt habe, doch er erwiderte nur: „Vielleicht“. Usw., usw. ... (Bardmann 1992, 97).

Was zeigt sich durch diese Geschichte? So wie der Bauer mit seinem beständigen „vielleicht“ eindeutige Situationen relativiert, sie offen hält, so sind Kandidaten ihrerseits gefordert, ihre Einschätzungen ständig zu relativieren, sich mit Kontingenz auseinanderzusetzen, sich in einem narrativen supervisorischen Diskurs konsequent die Fragen zu stellen, was denn alles gesagt und gedacht werden kann. Und es wird gelernt und anerkannt, dass diese sogenannten differenten Positionen nicht beliebig zu wählen sind, sondern dass diese Pluralität theoretisch zu artikulieren, zu präzisieren und herauszuarbeiten ist. Und diese Arbeit ist mit der personenzentrierten Anforderung verbunden, jegliche Theorie im Moment der Begegnung wieder außer Acht lassen zu können. Die Kollegen lernen bei jeder Wahrnehmung um ihren Setzungskarakter und ihre Ausschlüsse zu wissen. Eine darauf aufgebaute

therapeutische Handlungswelt ist im Einzelnen spezifischer und im Ganzen durchlässiger. Das ist die Wandlung, die für mich im Vordergrund steht. Vom Grundsatz abzurücken, dass nichts so praktisch ist wie eine gute Theorie. Dass es vielmehr gilt, die Fähigkeit zu entwickeln, die Versionen des Wahren einer gegenwärtigen Situation zu erfassen um damit zu arbeiten. Auch der Personzentrierte Ansatz hat „naturalisierte“ Wahrheiten, wie wir wissen. Die Kollegen erlernen, ein „Vielleicht“ nicht nur zu akzeptieren, sondern daraus sogar Kraft für ihre Tätigkeit zu ziehen.

Literatur

- Bardmann, Th. M./Kersting, H. J./Vogel, H. C. (1992), Das gepfefferte Ferkel. Lesebuch für SozialarbeiterInnen und andere KonstruktivistInnen, Aachen (Kersting IBS-Verlag)
- Berger, P. L. Luckmann, T. (1980), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt/Main (Fischer)
- Grossmann, K. (2000), Der Fluß des Erzählens. Narrative Formen der Therapie, Heidelberg (Carl-Auer-Systeme)
- Schmid, P. F. (1996), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. 2: Die Kunst der Begegnung, Paderborn (Junfermann)
- van Gennepe, A. (1908), Übergangsriten, Frankfurt/Main (Campus)
- von Foerster, H./von Glasersfeld, E. (1999), Wie wir uns erfinden. Eine Autobiographie des radikalen Konstruktivismus, Heidelberg (Carl-Auer-Systeme)
- von Glasersfeld, E. (1981), Einführung in den radikalen Konstruktivismus, in: Watzlawick, P. (Hg.), Die erfundene Wirklichkeit, München (Piper), 16–38

Autor

Christian Fehringer, 1953, Mag. phil., Psychotherapeut, Supervisor, Coach (ÖV und ÖBVP) in freier Praxis. Ausbilder und Lehrtherapeut des Instituts für Personzentrierte Studien der APG. Interessen- und Forschungsschwerpunkt ist die Erschaffung von Bedeutung in der therapeutischen Beziehung und der Wandel von Sprache und Selbsterzählungen in diesen Prozessen sowie vergleichenden Psychotherapieforschung der systemisch-konstruktivistischen und der personenzentrierten Theorie und Praxis.

Korrespondenzadresse

*Mag. Christian Fehringer
Roten Löwengasse 13/15
A-1090 Wien
Tel.: (0043) (0)1 310 19 42
E-Mail: christian.fehringer@acw.at*

Franz Berger

Veränderungsepisoden und Bedeutungskonstruktion im personzentrierten Therapieprozess

Zusammenfassung: *Woran erkennt der Praktiker¹ während eines Therapieverlaufs unter den vielfältigen Phänomenen jene Veränderungen, die für den Therapieverlauf bedeutsam sind? Letztere sind für den Autor keine objektiven Gegebenheiten, sondern komplexe Konstruktionen in Form von Erzählungen und Wahrnehmungskonfigurationen. Orientierungsraster für Veränderungswahrnehmungen und -schlussfolgerungen leitet der Autor aus der personzentrierten Therapietheorie ab, er bezieht sich dabei auf Prozess- und Therapieziele. Als Indikatoren gelten etwa so konkrete Phänomene wie die Zunahme der Selbstexploration und die Vertiefung des Experiencing, aber auch weit abstraktere wie zum Beispiel die Reduktion der Inkongruenz oder die Veränderung des Selbstkonzepts. In den einzelnen Therapiephasen sind Veränderungssignale unterschiedlich bedeutsam. Veränderungen im Therapieprozess werden als Muster manifest. Illustriert werden diese anhand einer Reihe von änderungsbezogenen Therapieausschnitten aus dem Kontext der Studierendenberatung.*

Schlüsselwörter: *Personzentrierte Psychotherapie, therapeutische Episoden, Bedeutungskonstruktion, Therapieziel, Prozessvariable, Therapie-dokumentation, Studierendenberatung*

Résumé : *Episodes de changement et construction de sens dans le processus thérapeutique centré sur la personne. A quoi le praticien reconnaît-il, parmi les multiples phénomènes qui se produisent au cours d'une thérapie, les changements qui sont significatifs pour le déroulement de la thérapie ? Ces derniers ne sont pas pour l'auteur des faits objectifs, mais des constructions complexes sous la forme de récits et de configurations de perceptions. L'auteur en déduit un schéma d'orientation pour les perceptions et les conclusions de changements de la théorie de la thérapie centrée sur la personne; il se réfère pour cela à des objectifs de processus et de thérapie. Sont pris en compte comme indicateurs, par exemple, des phénomènes aussi concrets que l'augmentation de l'auto-exploration et l'approfondissement de l'experiencing, mais aussi des notions beaucoup plus abstraites telles que, par exemple, la réduction de l'incongruence ou l'évolution du concept de soi. Dans les différentes phases de la thérapie, les signaux de changement sont diversement significatifs. Les changements dans le processus thérapeutique deviennent manifestes en tant que modèle. Ils sont illustrés en s'appuyant sur une série d'extraits de thérapies axées sur la transformation, extraits tirés du contexte du conseil aux étudiants.*

Mots-clés : *Psychothérapie centrée sur la personne, épisodes thérapeutiques, construction de sens, objectif de la thérapie, processus variable, documentation sur la thérapie, conseil aux étudiants*

Abstract: *Episodes of change and construction of meaning in the person-centred therapy process. What enables a professional in the course of therapy to distinguish, among the manifold phenomena that occur, those changes which are meaningful for the therapy process? For the author these are no objective facts, but complex constructions in the form of narratives and configurations of perception. On the basis of the person-centred theory of therapy, the author derives orientation frameworks for the perception of and conclusions about changes. In this he refers to the goals of the process and of therapy. Indicators are concrete phenomena like increasing self-exploration and the deepening of experiencing, but also much more abstract elements like, for example, the reduction of incongruence or the change of the self-concept. In the individual phases of therapy the signs of change are significant in different ways. Changes in the therapy process become evident as patterns. These are illustrated by a series of therapy excerpts focused on change and coming from the context of student counselling.*

Keywords: *Person-centred psychotherapy, therapeutic episodes, construction of meaning, therapy goal, process variable, therapy documentation, student counselling*

1 Um Doppelformulierungen bei geschlechtsspezifischen Wörtern zu vermeiden, verwende ich in diesem Artikel die weibliche und die männliche Form alternierend.

„Experiential theory is dialectically constructivist in nature, emphasizing that change is an inherent aspect of all systems, that meaning is created by human activity, is created in dialogue, is constrained by a bodily felt emotional experience, and ultimately is created by synthesis of experience and symbol.“
(Greenberg / Watson / Lietaer 1998, 453)

1. Zur Konstruktion von Veränderungsgeschichten

Veränderungen sind alltäglich in unserem Leben und unserer Umwelt, bloss² bemerken wir dies nicht immer oder erst nach einer gewissen Zeit, und wir lassen uns auch leicht täuschen: Wir glauben, dass es die Sonne ist, die untergeht, und wir wähnen uns in Bewegung, wenn im Bahnhof ein Zug in Gegenrichtung wegfährt. Veränderung an sich ergibt noch keinen Sinn. Um im Alltag oder im Kontext einer Therapie ‚wirkliche‘ Veränderungen oder ihr Ausbleiben festzustellen und ihre Bedeutung zu erkennen, bedarf es eines invarianten Bezugspunktes. Ich bin lebendig am Veränderungsprozess der Klienten beteiligt und verändere mich mit. Ein Orientierungsrahmen, gebildet aus dem Änderungswissen der personzentrierten Therapietheorie, aus Erkenntnissen der Psychotherapieforschung und meiner selbst in meinem gewordenen Selbstverständnis, meinem Selbst-‚Konzept‘ erlaubt mir, meine Wahrnehmungen zu validieren. Ich kreierte so aktiv meine Wahrnehmungen, in sie geht mein Vorverständnis über Realität ein. „Wir tragen Wahrnehmungserwartungen an die Umgebung heran“ (Grawe 1998, 182), wir interpretieren Wahrnehmungskonfigurationen im Sinn einer Intention, zum Beispiel auf dem Hintergrund therapeutischer Ziele. Offen bleibt, wie ‚wirkliche‘ therapeutische Veränderungen (vgl. „significant change events“, Elliott 1984) von normalen oder zufälligen Variationen des menschlichen Erlebens und Verhaltens einerseits, von Variabilität aufgrund anderer Einflussfaktoren andererseits unterschieden werden können.³ Wenn sich Menschen im Alltag in häufigen und intensiven Kontakten über ihre Erlebnisse, Werte und Ziele austauschen, vertieft sich ihre Beziehung. Sie erleben unter guten Bedingungen eine positive Veränderung, aber sind diese deswegen schon ‚therapeutisch‘? Ich sehe noch weitere Schwierigkeiten: Unsere Kenntnis von Veränderungen der Klientinnen stammen teilweise aus der unmittelbaren, aber – wie eben ausgeführt – nicht fehlerfreien Beobachtung im therapeutischen Kontakt, teilweise aus Schilderungen der Klientinnen selbst aus ihrem Alltag. Solche Aussagen sind ‚Texte‘ in einem spezifischen ‚Kontext‘, sie sind Konstruktionen (Angus / Hardtke 1994).

2 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Red.).

3 Elliott (2001) beschrieb kürzlich eine hermeneutische Methode zur Validierung von Veränderungen.

Veränderungsbezogene Berichte sind Erzählungen, in denen ‚Texte‘ in eine Reihe und eine Beziehung zueinander gebracht werden, wir haben es hier mit hochkomplexen Konstruktionen zu tun.

Der Weg von der alltäglichen Beobachtung über ‚sichere‘ Aussagen bis zur Formulierung einer empirisch überprüfbarer Veränderungstheorie ist noch lange nicht abgeschritten. Unablässiges Sammeln von Beobachtungen und Erlebnisberichten, das dürfte deutlich geworden sein, führen nicht zu einem Verstehen des Veränderungsprozesses und seiner Facetten. Dazu bedarf es der nachvollziehbaren Konstruktion von Beziehungen zwischen den Daten und eines intersubjektiven Dialogs. Ich hoffe, dass meine Episodenschilderungen, respektive Erzählungen aus der Praxis der Studierendenberatung nachvollziehbar sind und ‚geteilte Wirklichkeit‘ herzustellen vermögen. Vorweg fasse ich einige veränderungsbezogene Raster zusammen, welche eine Orientierung bei der Wahrnehmung von therapeutischen Phänomenen erleichtern.

2. Veränderungsziele und Prozessveränderungen im Kontext der Personzentrierten Psychotherapie

„Wir haben auf klinischem und auf statistischem Weg herausgefunden, dass sich *ein voraussagbares Muster* der therapeutischen Entwicklung einstellt. (...) Wir wissen heute“, schreibt 1946 Carl Rogers selbstbewusst und programmatisch, „wie eine *komplexe und voraussehbare Kette von Ereignissen* eingeleitet wird.“ (Rogers 1946c, 416)⁴ Ich fasse die von ihm genannten therapiebedingten Wirkungen wie folgt zusammen: Der Klient wird über seine handlungsmotivierenden Einstellungen sprechen und seine Einstellungen und Reaktionen umfassender explorieren als bisher, und er wird auf Aspekte dieser Einstellungen stossen, die er bisher verleugnet hat. Er wird seine Einstellungen besser verstehen und sich mehr akzeptieren. Dabei ist nicht wichtig, ob er dieses bewusstere Verstehen seiner selbst und seines Verhaltens verbalisiert oder nicht. Mit geschärfter Selbstwahrnehmung wird er sich aus eigener Initiative und in eigener Verantwortung neue Ziele setzen, die befriedigender sind als die bisherigen, und er wird ein Verhalten wählen, das ihn zu diesen Zielen führt. Er ist weniger angespannt, spontaner, mehr in Übereinstimmung mit den sozialen Bedürfnissen der anderen. Es wird „ein Schritt vorwärts im Leben des Individuums“ sein. Rogers nennt zwei globale Bereiche, auf welche die Therapie verändernd zielt: auf die Reorganisation der Einstellungen und – vielleicht überraschend – auf die Neuausrichtung des Verhaltens (ebd. 422).

Die neuere Psychotherapieforschung hat diesen Katalog der Veränderungskriterien bestätigt und differenziert. Die Vorstellung, dass sich Veränderungen in Mustern äussern, vertritt zum Beispiel

4 Übers. und Hervorh. F. B.

Grawe (1992, 147): „Die Wirkungen von Psychotherapie müssen ganz prinzipiell als ein zusammenhängendes Muster von untereinander in funktionalen Wechselwirkungen stehenden Veränderungen konzipiert werden, anstatt als eine additive Ansammlung voneinander unabhängiger Einzeleffekte.“ Rice/Greenberg (1984) berichten in „Patterns of Change“ Untersuchungen zu Veränderungsmustern. Es wurden beispielsweise Schlüsselereignisse in der Therapeut-Klient-Interaktion⁵ untersucht und signifikante Veränderungsmomente analysiert⁶. Änderungen im Kontext der Personzentrierten Therapie – das wird dabei deutlich – werden nicht prioritär auf der Ebene der Symptome und auch nicht auf jener der Persönlichkeitsstruktur erwartet, sondern auf der Ebene „der Prozesse, welche die Wahrnehmung und das Erleben steuern“ (Eckert 1996, 183). Grawe (1998, 90) weist darauf hin, dass Klientinnen „prozessuale Fähigkeiten“ erwerben: Sie lernen, ihre Wahl- und Entscheidungsprozesse besser zu steuern. Allgemeiner gefasst zeigen sich Veränderungen in der Reduktion von Inkongruenz im Erleben respektive in der Veränderung des Selbstkonzepts. Klienten entwickeln Selbstempathie, werden gewahrt, was sie ändern möchten, gewinnen Energie, um etwas zu ändern und finden einen unmittelbaren Zugang zu ihrem Erleben in seiner Vielfalt (Greenberg/Rice/Elliott 1993, 147). Wenn eine Klientin entspannt und fröhlich von positiven Erlebnissen erzählt, ist dies nicht nur ein (symptombezogener) Hinweis, ‚dass es ihr besser geht‘, sondern und erstrangig ein Ausdruck der selbstinitiierten Fähigkeit, positive Erlebnisse zu schätzen, sie als Ressource zu nutzen und die Kommunikation darüber als Energiequelle zu genießen.

Vertiefung des Experiencing ist der zentrale Indikator für Veränderung. Aus personzentrierter Perspektive richtet die Therapeutin ihre Aufmerksamkeit in der Therapie weniger auf erwartete Muster als auf die Variation des Erlebens von Moment zu Moment⁷, dies in Konsequenz zur therapeutischen Aufgabe, wie sie etwa Greenberg/Watson/Lietaer (1998, 452) für die Experientielle Psychotherapie formuliert haben: „The most global task of experiential therapy is that of deepening clients' experiencing. (...) The specific tasks thus all involve deepening experiencing, but each one involves a variety of processes for achieving this in different problem contexts.“ Für Rogers bewirken die therapeutischen Bedingungen u. a. eine *Vertiefung der Kommunikation*: „If the client feels that he is actually communicating his present attitudes, superficial, confused, or conflicted as they may be, and that his communication is understood rather than evaluated in any way, then *he is freed to communicate more deeply.*“ (Rogers 1946, 419, Hervorh. F. B.) Vertiefung des Experiencing, Zunahme der Selbstexploration und ‚fließendere‘, ‚tiefere‘ Kommunikation sind demnach Bedingungen

für die Veränderungen und zugleich Wirkungen der therapeutischen Bedingungen. Sie haben zusammen ein Ziel: die Förderung einer beweglichen, integrativen Selbstorganisation.

Weitere Prozessaspekte wurden in den letzten Jahrzehnten untersucht, das Handbuch von Bergin & Garfield (1994) berichtet ausführlich darüber. Erforscht wurden Phänomene der nonverbalen und paraverbalen Kommunikation, Veränderungen der Klientenerwartungen an die Therapie, Variationen in der Offenheit/Defensivität, Entwicklung von negativen Gefühlen der Feindseligkeit u. a. m. Als sehr bedeutsam für den Therapieerfolg erwies sich die komplexe Prozessvariable ‚Therapeutische Allianz‘. Sie berührt die Qualität der Klient-Therapeut-Interaktion und des therapeutischen Engagements von beiden Seiten. Ein starkes Arbeitsbündnis beruht nach Horvath/Greenberg (1986, 533)

1. auf einer Übereinkunft über relevante Ziele der Therapie,
2. auf einer Zustimmung zu einer klar umschriebenen, einsichtigen und zielbezogenen Aufgabe und einer realistischen Einschätzung der Ressourcen, die notwendig sind, um das Therapieziel zu erreichen, und
3. auf einem Sich-Verbünden von Klientin und Therapeutin zu gemeinsamer, vertrauensvoller Kooperation.

Veränderungen im therapeutischen Prozess kann ich um so differenzierter wahrnehmen, je mehr ich in der Lage bin, „den ganzen Reichtum und die Vielfalt menschlicher Ausdrucksformen und bedeutungstragender Symbolisierungen“ (Keil 2002, 41) zu erfassen. *Experiencing, Integration verleugneter Selbstaspekte ins Selbstkonzept, Arbeitsbündnis, Empathie* etc. sind nicht bloße abstrakte Konzepte oder normative Ziele, sondern praktische Gefässe, um die Fülle der Phänomene aufnehmen zu können.

3. Veränderungen aus Klienten-Sicht

Wie nehmen Klientinnen selber Veränderungen in ihrer Therapie wahr? Ich liste typische Äusserungen aus der Praxis auf, in der Überzeugung, dass sie als Erwartungsmuster meine Wahrnehmung von aktuellen Veränderungen beeinflussen:

- „Ich bin aktiver, offener, mitteilbarer, hellhöriger, aufmerksamer und konzentrierter, aber auch müder, energieloser, hoffnungsloser, ängstlicher, verzweifelter: Ich nehme Gefühle intensiver wahr.“
- „Andere glauben mir plötzlich, und ich werde ernster genommen.“
- „Andere sagen mir, ich hätte mich verändert, und sie freuen sich (oder:) sind irritiert.“
- „Ich stürze in Stressmomenten weniger ab, sinke in depressiven Stimmungen weniger tief, gerate bei Aufregung weniger in Panik.“ – „Ich fange mich in Krisen rascher auf.“
- „Ich stehe jetzt zu dem, was mir wichtig ist, obwohl ich den Standpunkt der anderen auch verstehe.“

5 von Mathieu-Coughlan/Klein, 213–248

6 Elliott (1984)

7 „focus on moment-by-moment variation, rather than on stability and enduring patterns“ (Greenberg/Watson/Lietaer 1998, 456)

- „Wenn etwas zu diffus ist oder mir nicht passt, sage ich jetzt schneller Nein.“
- „Ich arbeite, liebe, streite und entscheide mehr in Übereinstimmung mit mir und genieße es.“
- „Mein Verhältnis zu (Eltern, Partnerin, anderen wichtigen Bezugspersonen) ist besser geworden.“
- „Ich merke, wie sich das, was ich erlebe, entscheide und tue zu einer zusammenhängenden Geschichte zusammenfügt.“

4. Phasenspezifische Veränderungssensitivität

Meine Erwartungen von Veränderungen und stabilen Zuständen sind je nach Therapiephase unterschiedlich. In einer *ersten Phase* mache ich mich mit der Eigenart und der intra-individuellen Variation der Person vertraut, werde auf nicht-integrierte Erfahrungsaspekte aufmerksam (Inkongruenz), gewinne so Anhaltspunkte für die Therapieindikation und für eine Art ‚Base-line‘ zur Beurteilung von späteren Veränderungen. Ich erhalte bereits in diesen ersten Kontakten Veränderungssignale, nämlich darüber, ob mein Beziehungsangebot wahr- und angenommen wird. Ein Beispiel hierzu:

Ein Student fand das Erstinterview auf der Studierendenberatung zunächst sehr belastend, in den Tagen darauf wuchs aber der Wunsch, sich weiter mit sich auseinander zu setzen und er erlebte das zweite Gespräch als befreiend: „Wenn ich sage, was ich denke und wie es mir geht, kommt so etwas wie eine neue Perspektive dazu; ich sehe es von verschiedenen Seiten und kann es auch mal stehen lassen.“ Im dritten Kontakt etabliert sich bereits ein intensiver, von Hoffnung genährter Explorationsprozess.

In einer *zweiten Phase* steht die Festigung eines Arbeitsbündnisses an. Ich achte auf Äusserungen über Erwartungen an und Ziele für die Therapie oder frage danach. Ich beobachte, ob die Klienten beginnen, sich mit sich auseinander zu setzen. Dies führt nicht zu einem festlegenden Therapieplan, wohl aber zu Bezugspunkten für die Zwischenbilanzen und die Schlussevaluation und zur Begründung einer verlässlichen Kooperation. Solche Bezugspunkte ermöglichen frühzeitiges Erkennen von negativen Entwicklungen.

In der *Hauptphase* der Therapie findet ein kontinuierliches, aber nicht zwanghaftes Monitoring des Prozesses statt: Wie steht es um das Niveau der Selbstexploration und des Experiencing? Erlebe ich mich wertschätzend, kongruent, empathisch? Wie schätze ich die Kooperation ein? Welche Änderungen der kognitiven Verarbeitung, des emotionalen Ausdrucks, der Verhaltensweisen sind zu beobachten? Veränderungshinweise entnehme ich spontanen Erzählungen (KL.: „Komisch, inzwischen ist das ganz anders.“) und meiner unmittelbaren Erfahrung mit der Klientin (Th.: „Ich habe den Eindruck, da hat sich etwas gewandelt.“), in Reaktionen auf herausfordernde Konfrontationen (Th.: „Ich sehe, dass Sie nicht mehr so heftig erschrecken, wenn ich Sie daran erinnere.“), anlässlich ausserordentlicher Ereignisse (KL.: „Vor drei Monaten

hätte mich das noch umgehauen.“) oder durch Mitteilungen zwischen den Therapiekontakten (Briefen, E-Mails). Besondere Sorgfalt lege ich auf das Monitoring des Arbeitsbündnisses: Stimmt die Qualität des Kontaktes noch? Sind wir auf der Spur der vereinbarten therapeutischen Aufgabe? Reichen die Ressourcen, um zum Ziel zu kommen?

In der *Schlussphase* der Therapie rege ich dazu an, die in der Hauptphase eingetretenen Veränderungen nochmals zu vergegenwärtigen, sie mit den anfänglichen Zielen und Erwartungen in Beziehung zu bringen. Das Abschlussgespräch dient diesem Zweck. In der Katamnese nach 6 bis 12 Monaten werden die mittel- und langfristigen Therapiewirkungen der Therapie, die Integration der Veränderungen in den Alltag und die Spätwirkungen erfasst.

5. Veränderungsepisoden in der Praxis der Studierendenberatung

Im Folgenden stelle ich änderungsbezogene Ausschnitte aus Therapie- und Beratungsverläufen vor und kommentiere sie exemplarisch auf dem Hintergrund der erwähnten Orientierungsraster⁸.

Zunehmende Selbstexploration: Peter schaut hinter die Angst

Ein Student sucht Hilfe bei der Bewältigung von Prüfungsangst im Anschluss an einen Misserfolg. Diesen schildert er wie ein Faktum, ein äusseres Ereignis, im Stil einer detaillierten Rechenschaftsablage. Allmählich werden Enttäuschung über den Misserfolg, Ärger über das Aufgehalten-Werden und Demoralisierung als persönliche Reaktion auf den Vorfall ausgedrückt⁹. Mit der Hinwendung zu seiner Verletzung, seinen zuvor uneingestandenem Rachewünschen und seiner Verzweiflung beginnt der Student, sich mit dem Schmerz des Abgewiesen-Werdens zu befassen und seine Handlungs- und Kommunikationsoptionen zu explorieren. Er erlebt zeitweilig mehr Angst, gewinnt aber zunehmend Sicherheit, dieser gewachsen zu sein, und stellt sich zuversichtlich der Wiederholungsprüfung.

Vertieftes Experiencing: Helen steht für sich ein

Helen heiratet während ihres Studiums einen Forscher und bringt mit ihm nach der Geburt eines Kindes zwei Jahre im Ausland.

⁸ Als Quellen für diese Texte zog ich meine Aufzeichnungen zu den Therapieprozessen, gelegentlich schriftliche Dokumente der Klientinnen bei. Die Namen sind geändert.

⁹ Studierende könne auch aus anderen als internalen Gründen scheitern, etwa wegen unfairer Prüfungsmodalitäten. Da wäre ein Therapieangebot unangemessen.

Sie verliert den Anschluss an ihr Studium, möchte aber doch einen Abschluss machen, kann sich aber kaum mehr auf ihre Abschlussarbeit konzentrieren. Sie ist verzweifelt und frustriert: „So habe ich mir mein Leben nicht vorgestellt.“ Nach einer langen Phase der Depression und Stagnation, gequält von Selbstvorwürfen, Zweifeln und Disziplinierungsversuchen beginnt Helen, lange aufgeschobene Sachen zu erledigen, bespricht sich mit ihrem Professor, wehrt sich gegen normative Appelle und Schuldzuweisungen ihrer Mutter und setzt sich gegenüber ihrem an traditioneller Rollenverteilung ausgerichteten Ehemann bei der Forderung nach mehr eigenem Raum in der Wohnung durch.

Helen geht – so die Makro-Veränderung – aktiv an die *alters- und genderspezifischen Herausforderungen in Familie, Partnerschaft und Beruf heran*. Sie vermeidet weniger die Konflikte im sozialen Kontakt. Ob dies auf die Therapie zurückzuführen ist oder auf die Erfahrungen mit ihrem Kind und die zweite Schwangerschaft oder auf die Auseinandersetzung mit ihrer Mutter lässt sich auf dieser deskriptiven Ebene nicht entscheiden. Hier ein Ausschnitt zum Therapieprozess auf der Mikroebene anlässlich der Schilderung eines Erlebnisses:

Helen räumte kurz vor der Geburt ihres zweiten Kindes ihr Arbeitszimmer auf, stiess dabei auf mehrere unvollendete Versionen ihrer Abschlussarbeit, die sie immer wieder neu begonnen und dann vergessen hatte, und gerät bei dieser Entdeckung in Unruhe: Sie sieht für sich keine Chance, sich später ohne abgeschlossenes Studium beruflich zu entwickeln und für zwei Kinder die Erziehungsverantwortung tragen zu können. „Ich bringe das nie auf die Reihe“, denkt Helen, gerät in Panik und fühlt sich schlagartig so müde, dass sie sich aufs Bett legt. „Ich weiss, es ist falsch, wenn ich mich in einem solchen Moment hinlege. Das macht alles noch schlimmer. Aber etwas war dann überwältigend – ich weiss gar nicht mehr, was da genau war – eben war es klar da, aber es ist mir schon wieder entwischt – da ist glaub' ich etwas Wichtiges verborgen, ich kann es aber fast nicht fassen. Es ist, als ob die Zeit stillstünde oder in Zeitlupe vergeht.“ Helen schweigt verwirrt und sagt dann: „Mir wird erst jetzt deutlich, dass immer dann, wenn ich in einer schwierigen Lage nicht weiss, was ich tun soll, ich mich sofort total unfähig und defizitär fühle und verzweifle und erwarte, dass andere da sind, die mir helfen. Das ist wie ein Scharnier, das sofort einschnappt und mir gar nicht erst die Wahl lässt, mich zu fragen, was ich denn selber in diesem Moment für mich tun könnte.“

Helens Experiencing hat eine Vertiefung erfahren. Sie entdeckt bei sich Momente der Leere und der Ohnmacht, kann (zunächst für einen ganz kurzen Moment) die Komplexität dieses Erlebens zulassen, sie findet es irritierend und aufregend. Die Symbolisierung gelingt noch nicht vollständig. Helen vermutet in sich selbst eine wichtige Ressource für ihre Unabhängigkeit und eine Alternative zur Panik und wundert sich, weshalb ihr etwas so Wichtiges ständig entgleitet, wenn sie darauf achtet. „Ich habe da anscheinend meine Widerstände“, sagt sie selbstironisch und verständnisvoll.

Das verlorene Selbst: Cornelia

Cornelia leidet an Bulimie und fürchtet, das Essen nie mehr stoppen zu können. Essen mache sie unempfindlich gegen Schmerz und Trauer, ‚föhlos‘. Während einer Therapiestunde sagt Cornelia, dass sie jetzt gerade total in Stimmung sei, einfach zu essen, und unmittelbar darauf schämt sie sich heftig: „Das darf niemand wissen.“ Dass Cornelia ihr Essbedürfnis mir als Zeugen unmittelbar mitteilt, ist ein bedeutender Schritt.

Phasen der Veränderungen waren seltener zu beobachten als solche der Stagnation. Cornelias Selbsterfahrung ging oft bis an die Grenze der Derealisierung. Am Anfang nahm sie vor allem Gefühle des Hasses und ihre Zerstörungswut wahr, meist konnte sie diese durch Erstarren kontrollieren. Gefühlen der Wärme, Sehnsucht, Trauer u. a. war Cornelia entfremdet. In Aufzeichnungen, die sie während der Therapie für sich machte und mir nach Abschluss der Therapie zu lesen gab, steht (zum Zeitpunkt des Therapiebeginns):

„Hilfe. Es gibt keine Hilfe. Ich werde wahnsinnig. Nein, ich bin es bereits, nur hat es noch niemand gemerkt. Oder ist dies ein Irrtum? Wissen es bereits alle und zeigen es mir nicht? Hilfe, ich weiss nicht, wer ich bin, was ich tue. Ich habe keine Kontrolle über mich. Ich, mich: was soll das heissen? Diese Wörter gibt es gar nicht. Du bist selber schuld, schuld schuld, SCHULD!“

Zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie schreibt Cornelia:

„Ich will wieder teilhaben an Freude, Wut, Trauer, Licht, Farben, Wärme, Geborgenheit, Sicherheit. Zerfliessen. Lachen. Wut. Ärger. Gemeinheit. Stillstand. Lähmung. Kälte. Schärfe. Splittern. Beklemmung.“

Briefe von Klienten während und nach dem therapeutischen Prozess sind eine kostbare Informationsquelle über sich abzeichnende, stattfindende oder erfolgte therapiebezogene Veränderungen. Cornelia hat ein Gaststudienjahr im Ausland absolviert und in dieser Zeit die Therapie sistiert. Von dort schrieb sie mir:

„Manchmal esse ich das Falsche, esse zuviel. Doch gerate ich deswegen nicht in Panik, vergesse das ‚Unglück‘ ziemlich schnell wieder, werde es eben nächstes Mal besser machen. – Und dann das Unglaubliche: Oft esse ich so, dass ich mich nachher wohlfühle, dass auch ich sagen kann: ‚Ich hatte Hunger, das Essen hat gut getan, und was machen wir jetzt?‘“

Ich erfahre, dass sich in der Symptomatik und in der Einstellung dazu etwas verändert hat. Im selben Brief schreibt Cornelia:

„Wieso ich weiss, dass es mir gut geht? Soll es einer etwa nicht gut gehen, die endlich wieder einmal ein wenig Sicherheit verspürt? Ich kann wieder lesen. Die Buchstaben verbinden sich wieder zu Worten, die Worte zu Sätzen und die Sätze zu Aussagen, die ich begreifen kann. Nicht mehr länger zersetzen sich die Aussagen in einen losgelösten Satz, der Satz in einzelne Worte und die Worte in Buchstaben, die mich einzeln attackieren ...“

Freude über die Umkehr eines inneren destruktiven Verarbeitungsprozesses kommt zum Ausdruck. Aus einem Brief nach Abschluss der Therapie:

„Sie haben mich begleitet, ich war einsam und hilflos. In Ihrem Raum durfte ich wieder zu leben beginnen. Ein Teil dieses Raumes ist jetzt in mir. Er kann mir nicht mehr abhanden kommen.“

Das Feedback widerspiegelt die Bedeutung, die ich der Leiblichkeit und dem (physikalischen) Raum beimesse. Signifikante Veränderungen in der Therapie lassen sich u. a. aus Beobachtungen dieser Dimensionen erschliessen, etwa wenn Cornelia zunächst die Zimmerwand entlang schleicht und später mit kräftigem Tritt den Raum durchquert und dabei mutig ‚gefährliche Zonen‘ durchschreitet.

De-Fragmentierung des Selbst: Stephanie

Eine Studentin schrieb mir während einer intensiven Leidenszeit zwischen den Therapiestunden einige Briefe:

„Ich finde keine ‚guten‘ Seiten mehr an mir, und wenn jemand anders sie zu sehen glaubt, würde ich weghören; es würde mich quälen. Ich weiss nicht, weshalb es so ist, aber es belastet mich. – Ich weiss nicht, was ich tun soll, ich werde nicht ruhiger; ich weine zwar nicht mehr, aber ich habe das Gefühl, als wäre ich ein Stück rohes Fleisch, an dem andere herumschneiden und -stechen und ganze Stücke daraus herausreissen. Langsam werde ich dumpf, aber nicht wirklich ruhig. Vielleicht kann ich schlafen.“

„Ich hasse mich. Mich kann niemand mögen“, sagt Stephanie in der Therapiestunde. „Ich stehe allen im Weg, habe keinen Platz, wo ich hingehöre. Ich sehe alles falsch – Ich mache alles falsch.“ Ihr Vater wiederhole immer wieder: ‚Das musst Du anders sehen, nicht so grau und negativ‘. „Wenn mein Vater mir überhaupt je mal zuhörte, fand er mich mühsam und fluchte“. Aus einem Brief einige Tage später:

„Es wird immer enger und dunkler um mich herum. Ich habe das Gefühl, immer stärker den Kontakt nach aussen zu verlieren. Ich fühle mich sehr fremd draussen. Bisher stellte ich mir oft vor, dass mich dieser oder jener verstehen könnte, wenn ich etwas erzählen würde; ich habe das aber selten ausprobiert, früher. In letzter Zeit rede ich ‚offener‘ mit anderen, aber sie werden mir nur fremder, stehen ganz wo anders. (...) Manchmal möchte ich mit irgendjemandem reden, der mir gerade begegnet. Ich werde das nicht tun, nur manchmal möchte ich gern jemanden kennen, der mich nicht abweist, oder bei dem ich das Gefühl habe, ihn nicht zu stören.“ (Stephanie erwähnt dann ein arbeitsbedingtes Telefongespräch). „Wir haben ziemlich lange telefoniert, obwohl wir uns kaum kennen.

(...) antwortete ich, dass ich ein zu grosses Durcheinander habe, um mich noch voll für etwas interessieren zu können. Ich hatte keine grosse Mühe das zu sagen. Er hörte mir zu, erzählte von sich. Im Moment hatte ich nicht das Gefühl, abgewiesen zu werden. Erst nachher kehrte ich alles x-mal um. (...) Für mich ist das sehr neu, und ich nehme es wahrscheinlich zu wichtig, als etwas zu Spezielles. (...) Ich friere, aber mein Kopf ist heiss. Es ist spät. Irgendjemand spielt Klavier. Ich habe Angst davor, nicht weiter zu können, stecken zu bleiben, zu erfrieren.“

Stephanie setzt sich mit Gefühlen der Entfremdung auseinander und macht neu – wenn auch nur kurz und gefolgt von gewohnten Entwertungen – die Erfahrung, dass sie ihr Bedürfnis nach Schutz und den Wunsch nach unbefangenen Kontakt in Einklang bringen kann. Immer wieder überwindet Stephanie ihre quälende Isolation und Stummheit und teilt sich mir mit. Die Zweifel, ob ich sie nicht doch abweise, gehen nie ganz weg.

In einem Brief nach der letzten Therapiestunde bedankt sich Stephanie:

„ (...) für Ihre Bereitschaft, mir zuzuhören, für Ihre Offenheit, für Ihr ‚Da-Sein‘ – Dinge, die für mich nicht selbstverständlich sind, ebenso wenig wie der Umstand, dass Sie mir immer wieder ‚Raum‘ anboten, konnte ich ihn auch nicht immer einnehmen. (...) In mir ist sehr viel Trauer über diesen Abschied; das Gefühl, allein zu sein, ist zwar jetzt stärker, aber es ist nicht ein Gefühl, allein gelassen worden zu sein – eine Unterscheidung, die für mich sehr wichtig ist.“

Auch nach einer zeitintensiven Therapie sind die Veränderungen selten spektakulär und kaum völlig widerspruchsfrei. Veränderungen geschehen kontinuierlich oder intermittierend, dialektisch und fast immer nur in kleinen Schritten, und wir erfahren davon meist nur ein Moment.

Reorganisation des Selbstkonzepts: Christian

Christian sucht gegen Ende seines Studiums Hilfe, weil er „nicht tue, was er wolle und tue, was er nicht wolle“: Er schiebt Projektarbeiten vor sich her, spielt nächtelang Schach im Internet und lebt in einer drängenden Hektik, die er auch in die Beratungsstunde hineinträgt. Er möchte sein Verhalten ändern, verbindet damit aber den Wunsch, Situationen und Menschen kontrollieren zu können. In den ersten Gesprächen setzt sich Christian mit dem empfundenen Erwartungsdruck der Umgebung (einschliesslich des Beraters) und den damit verbundenen Gefühlen von Ungenügen, Schuld und Ärger auseinander. In seiner Arbeit fühlt er sich von den vielen anstehenden Entscheidungen überfordert. Er wagt es, sein Selbstbild eines entscheidungssicheren, klar handelnden Mannes zu hinterfragen und sich seinen Zweifeln und Unsicherheiten zuzuwenden. Nach einigen Stunden zieht Christian eine vorläufige Bilanz auf der Ebene der Symptome: Seine Stimmung habe sich aufgehellt, er habe seine Inaktivität überwunden. Die Desorientierung über Ziele und Wege und den Umgang mit Ambivalenzen seien aufgehoben und er könne sich selbst besser erklären. Diese Reflexion über die Veränderungen im bisherigen Beratungsverlauf leitet eine weitere *Vertiefung der Selbstexploration und eine Themenverschiebung* ein: Er setzt sich mit der Beziehung zu seiner Familie und zu seiner Freundin auseinander. Die Klage über Kritik und Verletzungen von Seiten seiner Freundin wird abgelöst von der schmerzlichen Exploration seiner Erfahrung, dass seine Gefühle im Alltag von anderen und von ihm selbst dauernd entwertet werden. Die Beratung wird in dieser zweiten Phase kooperativer und unmittelbarer.

Lea will gehört werden

Lea schafft es nicht, ihr Studium und die Studienarbeiten an der Philosophisch-historischen Fakultät zu organisieren. Sie habe ihre Motivation für das Studieren verloren und könne sich nicht mehr konzentrieren. Dabei war sie mal eine gute Schülerin, die allerdings, um nicht als Streberin entwertet zu werden, ihre Fähigkeiten oft verschleierte. Inzwischen hat sie nur noch wenige Kontakte zu

KommilitonInnen und fühlt sich an der Uni überhaupt nicht wohl. Dabei möchte sie sich ‚reinegeben können‘: in die Arbeit, ins Gespräch, in eine Beziehung. Lea ist in der Beratung sehr zurückhaltend, unterbricht sich häufig mitten im Satz, erzählt mir auch, dass ihr zu jedem Satz, den sie sage, ein Gegen-Satz einfallen. Sie verliert zunehmend ihre Energie und ihr Selbstvertrauen. „Ich bin nicht interessant für andere“, sagt Lea, „ich weiss nicht, was ich erzählen soll.“ Dann aber: „Liebend gerne möchte ich ausrufen: ‚Hört mal zu, ich denke das so und so, was meint ihr dazu?‘ Aber ich habe Angst, dass ich mit meiner Idee nicht ankomme.“ Daraufhin verstummt Lea. Sie kann über Minuten nicht mehr sprechen und empfindet einen irritierenden Schmerz. Sie bittet darum, das Gespräch abbrechen zu dürfen. Es ist klar, dass Lea an etwas sehr Bewegendes gerührt hat, dies aber (noch) nicht benennen kann. – Das wäre für sie ein ganz schwieriger Moment gewesen, sagt Lea in der nächsten Stunde. Sie habe grosse Angst gehabt, die Kontrolle zu verlieren und *nicht mehr verstanden zu werden*. Ab dieser Episode werden die Gespräche lebhafter. So kommt es vor, dass Lea mich bei den schon vertrauten Unterbrechungen anblickt und schmunzelt. „Ich habe im Kontakt mit Kollegen einige Hemmungen abgelegt, erlebe aber noch grosse Angst, dass ich mich zu wenig abgrenzen könnte.“ Eine deutliche Veränderung nehme ich wahr, als Lea beginnt, die bevorstehenden Wochen zu planen und somit versuchsweise Markierungen und Grenzziehungen vornimmt. Sie unterbricht sich im Gespräch zwar noch gelegentlich, nimmt aber meist selber den Faden wieder auf. Lea hat schliesslich in Rekordzeit zwei Seminararbeiten verfasst und ein Referat gehalten, und sie sei gut angekommen. Sie habe sich mit Schwung vorbereitet und weniger Zweifel gehabt. Sie ist an weiteren solchen Erlebnissen interessiert

6. Wenn Veränderungen ausbleiben

Wenn ich therapeutischen Veränderungen soviel Gewicht beimesse, könnte leicht der Eindruck entstehen, als wären Veränderungen an sich gut und ihr Ausbleiben destruktiv. Dabei würden wir aus den Augen verlieren, dass es das Ziel der Veränderung ist, einen anderen, befriedigenderen Zustand zu erreichen, etwa die Aufhellung von deprimierenden Gedanken oder die Verminderung von lähmender Angst. Stabilität ist der dialektische Gegenpol zur Veränderung, sie kann Sicherheit signalisieren oder Blockade, Stillstand oder erholsames Ausruhen. Wenn ich in der therapeutischen Arbeit den Eindruck gewinne (oder mir dieser von meinen Klientinnen übermittelt wird), dass sich nichts verändert, denke ich zunächst daran, dass Veränderung nicht ein Ziel um jeden Preis ist, dass Veränderungen nie kontinuierlich, eher in Schüben stattfinden und es gerade Ebbe sein könnte, oder dass die therapielevanten Veränderungen ohnedies unerschwerlich ablaufen. Manchmal richten sich Klienten auf der Ebene eines erreichten (Teil-)Ziels ihrer Veränderungswünsche für eine Weile ein und stabilisieren die Erfahrungen. Gegen Ende der Therapie nehmen die Intensität der

Kooperation und die Häufigkeit von Veränderungssignalen nachvollziehbar ab, die Klienten erproben zunehmend ihre Ablösung und Unabhängigkeit von der Therapie.

Eine Stagnation des Prozesses erlebe ich anders: Sie äussert sich etwa in einer Häufung von Missverständnissen und in fehlender Kooperation, in der Verflachung des Experiencing oder in der Zunahme andauernder, gegenseitiger feindseliger Gefühle. Windstille und Stagnation können im Dienst der Selbstsicherungstendenz des Organismus stehen. Was möchte der Klient erhalten oder schützen und wird gerade bedroht? Wer oder was droht? Als erstes allerdings versuche ich mir klar zu werden, wie es um meine Wertschätzung für den Klienten und um meine Kongruenz steht, ob ich auf den Rhythmus und die Richtung des Klienten eingestimmt bin und ihn empathisch verstehe. Den Klienten spreche ich auf das beobachtete oder erahnte Stocken des Veränderungsprozesses an, überprüfe die Qualität des Arbeitsbündnisses und rege eine Zwischenbilanz an. Die kritische und wohlwollende Evaluation des Prozesses und der Dialog mit einem Kollegen haben fast immer nachhaltige und konstruktive Konsequenzen für die laufende Therapie. Nicht selten kommt diese damit wieder in Gang, oder es erweist sich, dass die Gründe des Innehaltens oder Zurückschreitens anderweitig begründet waren.

Eigentliche Sackgassen oder gar negative, schädigende Entwicklungen hingegen alarmieren mich: Ich ziehe eine Fachkraft hinzu, rege die Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfe an oder schlage die Beendigung der Therapie vor. Ich lasse mich dabei von Fragen leiten, ob die Klientin mehr und andere Unterstützung bei der Bewältigung aktueller Probleme braucht (zum Beispiel Coping-Strategien) oder sich stärker auf die Mobilisierung ihrer im sozialen Netz vorhandenen Ressourcen konzentrieren sollte.

Als Beispiel für das Ausbleiben konstruktiver Veränderungen schildere ich die Beratung von Melanie.

Auf mich ist kein Verlass: Melanie gibt auf

Melanie möchte ihr Studium abschliessen, arbeitet aber ausschliesslich unter starkem Druck und ist dann sehr gestresst. Sie bittet mich um Unterstützung, um ein Arbeitsprogramm zu strukturieren und die Arbeit anzupacken. Von Anfang an beteuert sie, dass sie selber keinen Sinn im Studium sehe und die Ablehnung von Seiten der Lehrenden spüre. Sie entwertet sich konstant selber und möchte die Verantwortung für ihre Arbeitsmotivation, Disziplin und Arbeitskontrolle ganz an mich delegieren. Melanie vergisst von einer Stunde zur nächsten, worüber wir gesprochen haben, verschläft mal einen Termin, kommt mal zu einer falschen Zeit, hält sich nicht an ihre eigenen Vornahmen. Melanie nimmt sich vor, wieder ein Tagebuch zu führen und kauft sich eine Agenda. Ein gelegentlich aufblitzendes Interesse, ihre Probleme zu verstehen, wird immer wieder überlagert vom Wunsch, eine Lösung – nämlich den Erfolg im Studium – zu finden, ohne das Risiko, sich verändern zu müssen. Sie trifft auf eine Dozentin, die am Thema

ihrer geplanten Seminararbeit interessiert ist. Dies gibt ihr starken Auftrieb. „Etwas verändert sich in meinem Leben und in mir“, sagt sie, bevor sie wegen einer Familienangelegenheit ins Ausland fährt. In der nächsten Beratungsstunde erzählt sie, dass sie dort ‚eine Krise‘ erlebt habe. Nach Hause zurückgekehrt sei sie zusammengebrochen, habe sich von ihrem Freund getrennt und werde auf Anraten einer Freundin eine Verhaltenstherapie beginnen.

Trotz Ansätzen zu einer Veränderung war die Beratung erfolglos. Von Beginn an kam kein Arbeitsbündnis zustande, die gegenseitigen Erwartungen waren zu verschieden. Eigentlich hätte ich schon sehr früh mit Melanie über andere Möglichkeiten der Hilfe reden müssen.

7. Meine Resonanz auf Veränderungen in der Therapie

Auf Veränderungen und Stagnation in der Therapie reagiere ich mit der ganzen Breite der Gefühlsskala: Ich erlebe Ärger und Neugierde, Interesse und Ängste. Es gibt Momente der stillen oder lauten Freude und solche der Trauer und Resignation. Ich habe ein Interesse, meinen Beruf erfolgreich ausüben und meine Kompetenz erfahren zu können. Somit schmeichelt es mir und kommt es meiner professionellen Identität entgegen, wenn meine Klienten sich konstruktiv verändern und es der Therapie zuschreiben. Durch die Begleitung vieler Menschen in Not bin ich einerseits offener für ungewöhnliche Entwicklungen geworden und trete weniger ängstlich eine neue Therapie an. Ich bin aber auch bescheidener und stiller geworden, sensibler, verletzlicher, sensibilisierter. Ich bin genauer in der Wahrnehmung, zurückhaltender bei der Einschätzung einer Therapieindikation und rascher im Mich-Mitteilen geworden, Letzteres nicht immer zum Vorteil meiner Klientinnen. Bei negativen Entwicklungen bin ich weniger leicht verletzt oder enttäuscht, vielleicht gar etwas unempfindlich. Es schützt mich vor dem Burn-out. Aber in fast jeder Therapie oder Beratung höre ich noch heute in mir selber den Satz, an die Menschen in meiner Praxis gerichtet: „Ich wünsche so sehr, dass es Ihnen besser geht.“ Ich hoffe, dass ich in meiner Arbeit diesen Wunsch konstruktiv umzusetzen vermag.

Literatur

- Angus, L./Hardtke, K. (1994), Narrative processes in psychotherapy, in: Canadian Psychology / Psychologie canadienne 35, 2, 190–203
 Bergin, A. E. / Garfield, S. L. (1994) (eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New York (Wiley)

- Eckert, J. (1996), Gesprächspsychotherapie, in: Reimer, C./Eckert, J./Hautzinger, M. /Wilke, E., Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, Berlin (Springer), 124–191
 Elliott, R. (1984), A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal Process Recall and Comprehensive Process Analysis, in: Rice, L. N. / Greenberg, L. S. (eds.), Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process, New York (Guilford Press), 249–286
 Elliott, R. (2001), Hermeneutic single-case efficacy design, in: Psychotherapy Research 12, 1–21
 Grawe, K. (1992), Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre, in: Psychologische Rundschau 43, 132–162
 Grawe, K. (1998), Psychologische Therapie, Göttingen (Hogrefe)
 Greenberg, L. S. / Lietaer, G. / Watson, J. C. (1998), Experiential therapy. Identity and challenges, in: Greenberg, L. S. / Watson, J. C. / Lietaer, G. (eds.), Handbook of experiential psychotherapy, New York (Guilford Press), 451–466
 Greenberg, L. S. / Elliott, R. K. / Lietaer, G. (1994), Research on experiential psychotherapies, in: Bergin, A. E. / Garfield, S. L., Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New York (Wiley), 509–542
 Greenberg, L. S. / Rice, L. N. / Elliot, R. (1993), Facilitating emotional change: the moment-by-moment process, New York (Guilford Press)
 Greenberg, L. S. / Pinsof, W. M. (eds.) (1986), The psychotherapeutic process. A research handbook, New York (Guilford Press)
 Horvath, A. O. / Greenberg, L. S. (1986), The development of the Working Alliance Inventory, in: Greenberg, L. S. / Pinsof, W. M. (eds.), The psychotherapeutic process. A research handbook, New York (Guilford Press), 529–556
 Keil, W. W. (2002), Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie, in: Person 6, 1, 34–44
 Rice, L. N. / Greenberg, L. S. (eds.) (1984), Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process, New York (Guilford Press)
 Rogers, C. R. (1946c), Significant aspects of client-centered therapy, in: American Psychologist 1, 10, 415–422

Autor

Franz Berger, 1942, Dr. phil., Psychologe FSP, Gesprächspsychotherapeut und Ausbilder SGGT, Leiter der Studien- und Studierendenberatung Basel-Stadt, Lehrbeauftragter in Klinischer Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel mit Schwerpunkt Beratungspsychologie.

Korrespondenzadresse

*Dr. Franz Berger
 Studienberatung Basel
 Münzgasse 16
 CH-4001 Basel
 E-Mail: franz.berger@bs.ch*

Sylvia Keil

„Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“¹

Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie

Zusammenfassung: In diesem Artikel werden Bedingungen für persönliche Veränderung durch Klientenzentrierte Psychotherapie aus der Perspektive der Praxis behandelt. Folgende Fragen stehen im Zentrum der Darstellung: Woran erkennen Psychotherapeutinnen² therapeutisch relevante Veränderung und welche Methoden und Techniken stehen ihnen zur Verfügung, um Veränderung zu ermöglichen?

Zunächst werden allgemeine methodische Prinzipien im Mikro- und Makroprozess der Psychotherapie beschrieben. Dazu zählen die kontinuierliche Symbolisierung der impliziten Therapieziele, die Beachtung der jeweiligen Phase der Therapie und erlebnisfördernde Interventionen im therapeutischen Dialog.

Als zentrales Agens der Psychotherapie wird die prozessuale Reflexion der therapeutischen Beziehung betrachtet. Das Veränderungspotenzial liegt gerade in der Bewältigung der Abweichung der tatsächlichen therapeutischen Beziehung von der in der Therapietheorie geforderten Beziehungsqualität. Die aufgrund dieser Abweichungen notwendige Veränderung der Therapeutin selbst in der therapeutischen Beziehung ist ein Motor und gleichzeitig ein Indikator für strukturelle Veränderungen der Klientinnen. Parallel dazu entstehen Verstehenshypothesen, die kontinuierlich gemeinsam mit der Klientin überprüft und modifiziert werden. Diese enthalten gerade durch den akzeptierenden Charakter einen bedeutsamen Veränderungsimpuls. Die Fähigkeit, Verstehenshypothesen zu entwickeln, gehört zu den wesentlichen methodischen Kompetenzen einer klientenzentrierten Psychotherapeutin.

Schlüsselwörter: Veränderung, Verstehenshypothesen, Beziehungsdiagnostik, therapeutische Beziehung, Grundhaltung, Beziehungsarbeit, Psychotherapie-Ziele, psychotherapeutische Methoden und Techniken, Praxeologie der Klientenzentrierten Psychotherapie

Résumé: « Si je m'accepte telle que je suis, je change. » Implications méthodiques de la psychothérapie centrée sur le client. Cet article parle des conditions permettant des changements personnels à travers la psychothérapie centrée sur le client dans une perspective de la pratique thérapeutique. Les questions suivantes sont au centre de la réflexion: à quoi les psychothérapeutes perçoivent-elles un changement significatif du point de vue thérapeutique et de quelles méthodes et techniques disposent-elles pour permettre le changement?

Dans un premier temps des principes méthodiques généraux concernant le micro et le macro-processus de la psychothérapie sont décrits. Nous verrons en particulier la symbolisation continue des objectifs implicites de la thérapie, l'observation de chaque phase de la thérapie et les interventions génératrices d'expérience dans le dialogue thérapeutique.

Comme force agissante centrale de la psychothérapie, on observe la réflexion sur le processus de la relation thérapeutique. Le potentiel de changement réside justement dans la différence entre la relation thérapeutique effective et la qualité relationnelle théorique de la thérapie. L'évolution nécessaire de la thérapeute elle-même sur la base de ces différences dans la relation thérapeutique est en même temps un moteur et un indicateur pour des changements structurels des clientes. Parallèlement à cela, des hypothèses de compréhension sont élaborées, puis examinées et modifiées en permanence avec la cliente. Ces hypothèses contiennent une impulsion significative pour le changement, précisément de par le caractère d'acceptation. La capacité de développer des hypothèses de compréhension fait partie des compétences méthodiques essentielles d'une psychothérapeute centrée sur le client.

1 Rogers 1961a, 33

2 Da die fachliche Meinung der Autorin von einer weiblichen Sozialisation und Wahrnehmung geprägt ist, wird in diesem Artikel wegen der besseren Lesbarkeit nur die weibliche Form verwendet. Abgesehen davon sind jedoch immer – außer in eigens ausgewiesenen Fällen – beide Geschlechter gemeint.

Mots clés: *Changement, hypothèses de compréhension, diagnostic relationnel, relation thérapeutique, attitude fondamentale, travail relationnel, objectifs de la psychothérapie, méthodes et techniques psychothérapeutiques, praxéologie de la psychothérapie centrée sur le client.*

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

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

Einleitung

Der *Veränderungs*aspekt hat in der Klientenzentrierten Psychotherapie zentrale Bedeutung für das Verständnis von Heilung: Psychische Heilung geht einher mit einer Änderung des Selbstkonzepts. In diesem Heft der „Person“ stehen die Erfahrungen in und aus der Praxis im Mittelpunkt, so dass die Wahrscheinlichkeit besteht, dass dieses schon oft behandelte wichtige Thema „Veränderung“ auf neue Weise aufgenommen wird. Es soll bei der Erörterung den folgenden Fragen nachgegangen werden: *Woran erkennen wir, dass Veränderung bei der Klientin geschieht? Was tun wir, wenn wir den Eindruck haben, es geschieht keine Veränderung? Und schließlich: Wie verändern wir uns selbst als Therapeutinnen durch die therapeutische Arbeit?*

Ich habe die Einladung, meine Vorgehensweise als Praktikerin vorzustellen, gerne angenommen, denn als Ausbilderin und Supervisorin habe ich schon oft bedauert, dass wesentliches praktisches Know-how noch wenig beschrieben ist, eher wie eine Art „Geheimwissen“ in den Ausbildungs- und Supervisionsgruppen „lebt“ und weitergegeben wird. Ich hoffe, dass die Beiträge in diesem Heft mehr von diesem Wissen dem öffentlichen Diskurs darüber zugänglich machen werden, so dass man jungen Kolleginnen und Kollegen endlich sagen kann: „Lest dort nach!“

Das Schreiben hat mich insofern gefordert, als ich inzwischen zur Selbstverständlichkeit gewordene Routine ins Bewusstsein holen und die Komplexität der Gedanken, bestehend aus vielen einzelnen Überlegungen, in eine klare Struktur bringen musste. Ich habe mir außerdem zum Ziel gesetzt, meine Ideen darzustellen,

so wie sie sich in meiner nun schon 15 Jahre währenden therapeutischen Praxis gebildet haben. Auf solche Theorieteile, die mir auch in der täglichen Arbeit zur Seite stehen, werde ich besonders Bezug nehmen.

1. Zur Entwicklung meines Verständnisses von „Veränderung“

Als Vorbereitung für diesen Artikel besprach ich dessen Inhalte mit einer kritischen Freundin. Dabei hat mich eines überrascht, und ich möchte diese Erkenntnis gewissermaßen als generelle Aussage einleitend voraus schicken: Ich entdeckte, dass ich in der therapeutischen Arbeit kaum auf Veränderungen im Sinn von äußerlichen Therapieerfolgen bei den Klientinnen achte. Die ganze Konzentration richtet sich darauf, „meinen Job“ zu tun. Ich achte *nicht* darauf, „ob sich durch die Therapie bereits etwas verändert hat“, wie meine Freundin obige erste Frage – *wie erkennen wir, dass bei der Klientin Veränderung geschieht* – spontan interpretiert hatte. So sehr habe ich den Satz „... dann passiert die Veränderung *wie von selbst*“ verinnerlicht, dass ich mich in der konkreten Arbeit mit den Klientinnen für „objektive“ Veränderungen kaum interessiere.

Das hat zum Einen damit zu tun, dass ich erfahren habe, dass viele Klientinnen diese konkreten Veränderungen in ihrem Leben nicht thematisieren bzw. von Veränderungen eher in einer Art berichten, als ob sie in keinem Zusammenhang mit dem therapeutischen Prozess stünden. Sie beschreiben oft nur beiläufig ihr – aus meiner Sicht – neues Verhalten. Wenn es mir wichtig erscheint,

rekurriere ich manchmal auf einen Zusammenhang mit der Therapie und bekomme dann eher verschämt oder erstaunt das Eingeständnis zu hören, „dass dem wohl so sein würde“. Zum Anderen gibt es viele Klientinnen, die ständig von Therapieerfolgen berichten, was ich jedoch mit der Zeit als therapeutisch relevante Beziehungsbotschaften zu verstehen gelernt habe. Dasselbe gilt auch für Klientinnen, die hartnäckig – oft über Jahre hinweg – regelmäßig den Sinn der Therapie bestreiten.

Ich habe mir daher angewöhnt, mich bzgl. Therapiefortschritt oder -stagnation an meinem eigenen Erleben zu orientieren. Wie erlebe ich die Beziehungsqualität in der Therapie? Wie kann ich dazu beitragen, dass die geforderte Beziehungsqualität entsteht? Das sind die Fragen, mit denen ich mich dann beschäftige. Denn erst die Veränderung der Therapeutin selbst in der Beziehung ermöglicht wesentliche Entwicklungsschritte der Klientin.

Ich weiß, dass ich mit einer förderlichen Beziehung im Sinn der Therapietheorie das Potenzial aufbauen kann, welches die Veränderung, die für die Klientinnen wirklich sinnvoll ist, ermöglicht. Welche Veränderung, wie sie passiert, wann sie passiert, ist jedoch immer überraschend. Ich habe gelernt, Veränderungen, die von diesem Überraschungsmoment gekennzeichnet sind, als gültige, stabile Veränderungen zu betrachten.

Die Kommunikation der Empathie ist das einzige therapeutische Moment, das ich bewusst steuern kann, während die beiden anderen therapeutischen Qualitäten, das Erleben der Kongruenz und der bedingungslosen positiven Beachtung, nur reflexiv kontrollierbar sind. Neben diesem konsequenten Bemühen um Empathie mache ich mir gleichzeitig immer wieder meine Verstehenshypothesen bewusst, die ich dann meinen Klientinnen möglichst so mitzuteilen versuche, dass sie sich verstanden und angenommen fühlen.

Was ich also tun kann ist, versuchen zu verstehen, wie die Klientin *jetzt gerade* erlebt, wie sie *sich* dabei erlebt, wie sie ihr Symptom erlebt, wie sie *mich* aktuell erlebt, was sie zu all dem fühlt und denkt, wie sie sich dabei körperlich spürt oder nicht spürt, wie sie sich daran *hindert*, sich zu spüren, und wie ich all das in ihren inneren Bezugsrahmen einordnen kann.

Durch die Konzentration darauf bin ich meist während der Sitzungen selbst in einer focusing- bzw. trance-artigen Haltung, offen für eigene Impulse, die ich entweder ausspreche oder, wenn diese eigenen Empfindungen mir nicht wertschätzend genug vorkommen, zunächst nur wahrnehme, und erst dann in eine therapeutische Intervention einfließen lasse, wenn ich sie in eine Verstehenshypothese einbetten kann.

2. Einige methodische Grundprinzipien

Den methodischen Prinzipien, die mir für die Förderung von Veränderung bedeutsam erscheinen (und die dann in den folgenden

Kapiteln immer mitgedacht werden sollten), liegen das Therapie- und Persönlichkeitsmodell von Rogers (1959a), das Experiencing-Konzept von Gendlin (1964b) und die störungsspezifischen Ansätze von Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995), Binder/Binder (1991) und von Swildens (1991) zu Grunde.

2.1. Therapieziele

Der Klientenzentrierte Ansatz macht für sich allein noch keine Psychotherapie aus (vgl. Wood 1996; Keil W. W. 1989; Stumm/Keil 2003), er beschreibt vielmehr „nur“ die Qualität einer förderlichen Beziehung, also eine Seinsweise. Ich betrachte es daher als Ausdruck zutiefst personenzentrierter Haltung, dem Heilverfahren Psychotherapie, und damit vor allem den Klientinnen, die sich oft erst nach jahrelangem Ringen dafür entschieden haben, insofern Respekt entgegenzubringen, als in einer Psychotherapie immer *Ziele* angestrebt werden (müssen).

Zwischen einem absichtslosen Sich-Einlassen auf die Beziehung und der Formulierung von Therapiezielen besteht nur scheinbar ein Widerspruch. Eine Beziehung ist nie inhaltslos oder zweckfrei, und ein wesentlicher Inhalt und Zweck in einer therapeutischen Beziehung ist eben die gemeinsame Aufgabenstellung. Diesen Aspekt zu vernachlässigen, wäre, nun wiederum auf der Beziehungsebene betrachtet, nicht empathisch, inkongruent und nicht wertschätzend.

Um jedoch der Befürchtung zu begegnen, ich würde nun „aufgesetzten“ Therapieplänen das Wort reden, möchte ich darauf hinweisen, dass jedem Organismus als biologischem und sozialem System immer eine Zielorientierung³ (Äquifinalität) innewohnt, unabhängig davon, ob wir das Ziel erkennen und ausformulieren können. Damit unterscheidet sich mein Verständnis von Zielorientierung durchaus von dem mir zu mechanistisch anmutenden Konzept Sachsés (1992), der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“.

Das in der therapeutischen Situation immer schon *vorliegende* Ziel gilt es jeweils zu erkennen und in einer realistischen Formulierung zu fassen, bevor man sich weiter gemeinsam „auf den Weg macht“. Der therapeutische Prozess ist oft mit einer gemeinsamen Wanderung in unwegsamem Gelände verglichen worden (z. B. von Rogers 1951). Zielformulierungen schaffen Orientierung. Wann immer man will, kann man auf diese zurückkommen und sie wie Orientierungspunkte in einem unbekanntem Gelände verwenden, um die neue Position mit der alten zu vergleichen. Dadurch lassen sich die therapeutischen Entwicklungsprozesse markieren und in Gang halten.

3 Biermann Ratjen et al. (1995) konzeptualisieren – angelehnt an Höger (1989) – die Aktualisierungstendenz als Organisationsprinzip und weisen dabei auf die Nähe des klientenzentrierten Konzepts zu systemischen Ansätzen hin.

Therapiezielformulierungen tragen den Therapieprozess von der inhaltlichen Ebene her weiter. Klientinnen in einem längeren Therapieprozess „gehen mit der Zeit die Probleme aus“, ohne dass sie deshalb die Therapie beenden möchten oder sollten. Hier kann unabhängig von anderen möglichen Interventionen, in diesem Fall die Erinnerung an das vereinbarte problemübergeordnete Therapieziel, Sicherheit im Prozess geben, während Therapiezielformulierungen zu Beginn einer Therapie dazu beitragen können, das Arbeitsbündnis zu festigen.

Dabei unterscheide ich Zielformulierungen der Therapeutin und Zielformulierungen für die Therapie bzw. die Klientin. Ziele der Therapeutin beziehen sich meist auf das Herstellen des notwendigen Beziehungsklimas. Personen mit Persönlichkeitsstörungen stellen einen auf der Beziehungsebene vor eine große Herausforderung und daher ist es notwendig, dass die Therapeutin eine persönliche Haltung für sich entdeckt, wie sie sich einerseits selbst schützen und andererseits doch dabei therapeutisch, nämlich verstehend und akzeptierend bleiben kann. Etwa angesichts eines narzisstisch geprägten Beziehungsangebotes (vgl. Swildens, 1991, 213) könnte das Ziel der Therapeutin zu Beginn einer Therapie folgendermaßen lauten: „Bei diesem Klienten möchte ich darauf achten, weniger gestresst zu sein, es zu wagen, locker zu bleiben und trotzdem, auf Grund des störungsspezifischen Verständnisses in einer bewundernden Haltung ihm gegenüber bleiben.“ Dieses Ziel ist mit dem Klienten noch nicht zu besprechen, da es eine Konfrontation wäre, die er zu diesem Zeitpunkt noch nicht aufnehmen könnte. Mit der konkreten Formulierung habe ich jedoch für mich eine Reflexionshilfe erzeugt. Nach der Sitzung, auf die ich mich mit dieser bewussten Zielsetzung eingelassen habe, kann ich mich dann fragen, ob ich das Ziel umsetzen konnte oder nicht. Diese Offenheit, dass Ziele eben vor allem *formuliert* werden sollen, aber nicht erreicht werden *müssen*, ist mir sehr wichtig. Ich werde darauf zurückkommen.

Klientinnen selbst formulieren ihr Therapieziel meist so, dass sie Symptome „weg haben wollen“. Diese Ziele lassen sich nicht verfolgen, da sie nicht im Bereich der Kontrolle von Klientin und Therapeutin liegen. Daher ist es notwendig, diese Ziele umzuformulieren. Bei oben erwähntem Therapieziel der Therapeutin könnte das gemeinsame dem Klienten gegenüber formulierte Therapieziel folgendermaßen lauten: „Wir schauen uns Ihre Beziehungen an, um etwas genauer sagen zu können, wie es kommt bzw. was Ihr Beitrag dabei ist, dass Sie immer wieder das Interesse an Ihren Partnerinnen verlieren.“ Damit ist es möglich, nach einigen Sitzungen mit dem Klienten gemeinsam zu überprüfen, ob wir bzgl. dieser Zielformulierung weiter gekommen sind und ob eine Veränderung des Zieles notwendig ist.

Das „geheime“ Therapieziel der Therapeutin und die Zielformulierung für die Therapie korrespondieren meist miteinander und legen eine Verstehenshypothese nahe, die aber in diesem Beispiel beim momentanen Stand der Beziehung noch nicht kommuniziert

werden kann. Eine mögliche Verstehenshypothese lautet: So wie *ich* gestresst bin in der Beziehung und mich vor seiner vernichtenden Bewertung fürchte, so fühlt *der Klient* sich vielleicht auch; sein „Das-Interesse-an-Partnerinnen-Verlieren“ ist daher eine getarnte Flucht aus seinem, ihm vermutlich nicht bewussten, Bewertungsstress in einer Partnerschaft.

Hierbei ist nun folgendes Paradox zu beachten: Einerseits soll die Therapeutin ihr Therapieziel, wie es oben formuliert wurde, verfolgen und umsetzen. Andererseits wird sie ihr Ziel, nämlich vor allem die Lockerheit, gar nicht oder kaum umsetzen können, während bewundernde Interventionen hingegen entspannend wirken müssten, wenn die in diesem Fall entstandene Verstehenshypothese richtig sein soll. Würde beim narzisstischen Klienten das angezielte Beziehungsklima problemlos zu entwickeln sein, wäre ja die Verstehenshypothese widerlegt und die Diagnose verfehlt. Wir sehen hier also die wichtige Bedeutung von Therapiezielen für die Generierung und Bestätigung von Verstehenshypothesen.

2.2. Therapiephasen

Das Konzept der Prozessphasen von Rogers (1980b), das Konzept der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie von Swildens (1991) sowie Finkes (1994) Aufteilung der Therapiebeziehung in vier verschiedene Arten (Arbeitsbeziehung, Alter Ego-Beziehung, Übertragungsbeziehung und Dialogbeziehung) haben mich theoretisch sehr angesprochen. Da mich die Arbeit mit meinen Klienten manchmal ähnlich gefordert hat wie die Beziehung zu meinen Kindern, habe ich jedoch in meiner therapeutischen Praxis ein an die Eltern-Kind-Beziehung angelehntes eigenes Phasenmodell entwickelt.

Ich vergleiche die therapeutische Beziehung mit einer begrenzten Pflegeelternschaft, die in kurzfristigen Therapieprozessen den Charakter einer passageren Krisenaufnahme hat, in langfristigen jedoch die Funktion bekommt, dem Teil der Persönlichkeit der Klientin, der einer Nachbeelterung bedarf, so etwas zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig darf man jedoch die dabei bestehende Beziehung unter Erwachsenen nicht aus dem Auge verlieren. In schwierigen Phasen der Therapie lassen sich im Sinn einer Metakommunikation mit diesem Bild der „doppelten Beziehung“, also sowohl einer Beziehung unter Erwachsenen als auch einer gegenseitigen Abhängigkeitsbeziehung wie zwischen Eltern und Kindern, Erfahrungen, die auf der Erwachsenenenebene als beschämend erlebt werden müssen, leichter verarbeiten und manchmal überhaupt erst verstehen, z. B.: die Erfahrung kindlicher, sexueller o. a. Wünsche.

Wie auch bei realen Pflegekindern „bekommt“ man zu Therapiebeginn ein oft sehr talentiertes „Kind“ mit einer prägenden und in der Regel sehr problematischen Vorgeschichte, und es ist daher eine große Leistung von beiden, Beziehung und Bindung auf dieser Eltern-Kind-Ebene herzustellen. Diesen Vorgang möchte ich als die erste Phase

bezeichnen. Die weiteren Phasen folgen dann individuell je nachdem welche Phase der psychischen Entwicklung nachgeholt werden muss.

Ich kann also meinen Therapiebeziehungen, unabhängig von den speziellen Symptomen der Klientinnen, eine Altersstufe zuordnen: Mit diesem Klienten geht es mir etwa wie mit einem Säugling, den ich erst kennen lernen muss, mit der anderen Klientin geht es mir wie mit einer 18-Jährigen, die gerade plant, es sich bei mir auf unbestimmte Zeit im „Hotel Mama“ gemütlich zu machen, mit wiederum einer anderen Klientin geht es mir so wie mit einer Siebenjährigen, die beschlossen hat, erwachsen zu sein und auszuziehen, mit einem Klienten geht es mir so, wie wenn wir in einer heißen Pubertätsphase wären und meine Kapazität bis an die Schmerzgrenze ausgelotet werden müsste usw. Wohl gemerkt, das sind Bilder für die Therapiebeziehung, keine Aussagen über den Klienten oder die Klientin, die ja de facto erwachsen sind.

Das Modell stellt eine Möglichkeit dar, den Beziehungs- und Bindungsprozess durch bildhafte Symbolisierungen deutlich zu machen. Veränderungen im therapeutischen Prozess lassen sich dabei sehr gut erkennen, wenn man z. B. die Therapiebeziehung deutlich einer neuen Phase zuordnen kann. Umgekehrt lässt sich mit diesem Modell auch erklären, dass Veränderungen ihre Zeit brauchen. Manchmal müssen Erfahrungen eben ganz neu gemacht werden, bevor ein nächster Entwicklungsschritt passieren kann. Für manche wichtige Beziehungserfahrungen braucht es außerdem Vertrauen und Nähe, also eine sichere Bindung⁴ und dazu vorher viele Tests durch beide Seiten. Auch dabei vergeht Zeit ohne wesentliche erkennbare Veränderungen. Ich bin heute in der glücklichen Lage, sagen zu können, dass sich das Durchhalten in solchen oft schwierigen Phasen der Therapie – immer – lohnt.

2.3. Die Beziehung der Klientin zu sich selbst

Letztlich entscheidend für den Erfolg der Therapie ist, dass es Klientinnen gelingt, mit ihrem Erleben akzeptierend, wertschätzend und kongruent umgehen zu können. In der Sprache des Pflegeelternmodells formuliert: dass sie sich selbst, ihrem oft traumatisierten „Kind“, also ihrem Erleben gute Eltern sein können und die Verletzungen, die sie erlebt haben, nicht selbst, durch ihren eigenen Umgang mit sich selbst, weiter fortsetzen. Diese gute Beziehung zu sich selbst soll die Abwehr, die diese Elternfunktion ursprünglich nur mangelhaft erfüllte, während des Therapieprozesses schrittweise ersetzen.

Ich achte jedenfalls besonders darauf, die Beziehung zum eigenen Erleben der Klientinnen zu fördern. Kleine Schritte in diese Richtung

erlebe ich bereits als wichtige Veränderungen. Jedes „Ja, genau“ der Klientinnen gibt mir die Gewissheit, dass ich sie verstanden habe und sie sich damit auch ein Stück besser verstehen. Ein betroffener Gesichtsausdruck, ein berührter Augenkontakt sagen mir, dass ich ihr Erleben erreicht habe. Wenn es gelingt, Klientinnen darauf aufmerksam zu machen, dass sie gerade etwas Neues von sich selbst spüren, verstehe ich das als wichtigen Veränderungsschritt.

Mit den Klientinnen direkt im Erleben, im Hier und Jetzt zu bleiben, sich auch selbst auf den beängstigenden Ich-Du-Kontakt einzulassen, habe ich als unerlässlich für wesentliche Veränderungen erfahren. Klientinnen müssen da oft sehr ermuntert werden, bei diesem Erleben zu bleiben. Sie meinen verängstigt, es – ihr Erleben – sei nichts wert, eben *nichts*. Aber erst durch diese Art von Kontakt kann erfahren werden, dass man auch mit beängstigenden, chaotischen, unklaren und unsicheren Empfindungen akzeptiert werden kann, *da* sein kann. Wenn es gelingt, bei diesen Empfindungen angstfreier und akzeptierender dabei zu bleiben, können sich diese verändern und in heilende intensive Begegnungen mit sich und dem Du „auflösen“. Diese Momente erlebe ich als die intensivsten Veränderungsschritte in einer Therapie.

Da eben dieser direkte Zugang zum eigenen Erleben durch massive Angst und daher durch Abwehrstrategien und Symptomerleben versperrt ist, besteht ein Großteil der Therapie darin, die Abwehr akzeptierend und empathisch zu erfassen. Welche Gefühle können nicht symbolisiert werden? Welches Erleben rufen die Symptome hervor? Wie können die Klientinnen mit ihrem Symptomerleben, mit ihrer Panik, mit der Todessehnsucht, mit der depressiven Leere, mit den intensiven hysteriformen Gefühlsüberflutungen, dem Scheitern ihrer zwanghaften Beziehungsangebote, mit ihrem Kampf mit der Sucht umgehen? In diesen Phasen habe ich gelernt, einerseits mein eigenes Erleben als Indikator zu nehmen und mich gewissermaßen stellvertretend für das nicht wahrgenommene Gefühl der Klientinnen einzusetzen. So kann ich z. B. einen Klienten, der gerade über SMS erfahren hat, dass sich seine Freundin von ihm unvermutet trennen will und daraufhin mit „Selbstgeißelung“ reagiert, damit konfrontieren, dass er sich vermutlich sehr gekränkt, verletzt fühlt und wütend ist. Ich versuche die Klientinnen dazu zu bewegen, vorhandene Abwehrstrategien zu modifizieren. Im oben erwähnten Beispiel würde ich dafür plädieren, der Freundin zu sagen, dass er wütend ist, anstatt sich schuldbewusst zurückzuziehen. Das tue ich immer dann, wenn aus meiner Sicht die Abwehrstrategie die ursprüngliche Schutzfunktion nicht mehr erfüllt, sondern die aktuelle Not des Erlebens noch mehr erhöht, so dass die Erfahrungen, vor denen sie ursprünglich schützen sollte, gerade durch die Abwehr umso mehr verstärkt werden. Die „Selbstgeißelung“ in diesem Fall hatte ursprünglich die Funktion, den Klienten davor zu schützen, das Ohnmachtsgefühl angesichts von Eltern zu vermeiden, bei denen seine Wut nur bewirkt hätte, dass er noch wütender werden

4 Zu den verschiedenen Bindungsformen vgl. Bowlby (1975) und Ainsworth (1978)

hätte müssen. Wenn ich mich dem Persönlichkeitsanteil, der für die Abwehr steht, entgegenstelle, dann hilft oft Humor, die notwendige Akzeptanz für diese Zusammenhänge zu vermitteln.

Veränderungen, die durch solche Kriseninterventionen erreicht werden, betrachte ich als notdürftige und wenig elegante Veränderungen. Sie kommen kaum von den Klientinnen selbst; es handelt sich um Verhaltensänderungen, die sie vor allem *für mich* machen. Ich sehe deren Wert darin, dass Eskalationen auf diese Weise beruhigt und somit Verschlimmerungen hintangehalten werden. Derartige Interventionen können natürlich nur nach gründlicher empathischer Erfassung der Abwehr und mit sehr viel Verständnis für die Bedrohung gelingen (vgl. dazu S. Keil 2002).

3. Die Veränderung des Beziehungsmusters während einer Psychotherapie als Indikator für den Heilungsprozess

3.1. Die von der Therapietheorie geforderte Beziehungsqualität als Ziel der Psychotherapie

Die klientenzentrierte Therapietheorie beschreibt das Beziehungsmuster, das mit psychischer Gesundheit einhergeht bzw. sie hervorruft. Wenn ich in einem Kontakt dieses Beziehungsmuster verwirklicht erlebe, dann fühle ich mich sehr sicher, fühle mich verstanden, und es gelingt der Austausch mit dem anderen. Die Beziehung „fließt“ ungehindert hin und her. Ich erlebe mich und den anderen sehr echt, offen und vertrauensvoll. Wir sind beide überzeugt davon, füreinander wertvoll und wichtig zu sein. Das schließt auch eine gemeinsame Klarheit über die Grenzen in der Beziehung, das Ausmaß der gegenseitigen Verlässlichkeit und Verbindlichkeit mit ein. Diese Atmosphäre erlaubt alle Gefühle zueinander, auch Ablehnung und Liebe, ohne dass dadurch die gemeinsame Basis verloren geht. Zumindest zeitweilig ist diese utopisch anmutende Beziehung erreichbar. Dieses Miteinander-Sein spüre ich als *felt sense* so, als hätte ich eine Schale mit klarer strahlender Flüssigkeit in mir. Die Flüssigkeit symbolisiert mein Erleben, sie ist in diesem Zustand leicht und angenehm bewegt, nichts kann sie verdunkeln. Dieses Beziehungsklima möchte ich mit meinen Klientinnen erreichen.

3.2. Der Therapieprozess besteht aus der Bewältigung der Abweichungen von der geforderten Beziehungsqualität

Schon zu Beginn der Therapie bemühe ich mich um diese Beziehungsqualität. Allein diese Bemühung bewirkt oft schon erstaunliche Veränderungen, da sich die Klientinnen bereits akzeptiert, angenommen und oft auch verstanden fühlen, obwohl die Therapeutin die Grundhaltung zunächst nur technisch und noch nicht erlebensmäßig verwirklicht. Denn die tatsächlich sich etablierende

therapeutische Beziehung weicht von der oben beschriebenen Qualität mehr oder weniger stark ab. Das Beziehungsmuster entsteht aus den aufeinander treffenden Beziehungsangeboten von Therapeutin und Klientin, die erst einen gemeinsamen Weg finden müssen.

Auf Grund der Notwendigkeit, Kontakt herzustellen, stelle ich mich im Erstgespräch ganz auf die Klientinnen ein und erahne deren Bewertungsbedingungen. In dieser Unsicherheit des Anfangs ist es kaum möglich, sich gleichzeitig auf das Gegenüber so auszurichten, dass es sich wertgeschätzt fühlt, und dem eigenen Erleben kongruent Ausdruck zu verleihen. Es entsteht dabei unweigerlich eine Art von Spannung in mir.

Die Aufmerksamkeit ist auf die Klientin gerichtet, und es ist mir lediglich möglich, mein eigenes Erleben, meine eigene Veränderung im Kontakt *diffus* wahrzunehmen: Die oben erwähnte Schale hat sich zu einer Glaskugel geschlossen, die Flüssigkeit drinnen sprudelt wild und hat viele Farben angenommen. Dieser Stress allein stellt bereits eine große Abweichung dar, und es gelingt mir nicht, in dieser Situation mein Erleben so weit zu ordnen, dass ich es *adäquat* in Handlungen umsetzen kann. Angesichts unserer lebenslangen Abhängigkeit von dem Bedürfnis nach Anerkennung gibt es zumindest in der Erstkontaktphase der Therapie diesbezüglich eben noch keine Sicherheit. Ich empfinde daher meine Reaktion als durchaus normal und beschreibe damit vermutlich etwas Allgemeingültiges.

Ich habe jedenfalls mit der Zeit gelernt, diese Abweichung nicht mehr als Fehler zu betrachten, sondern sie verstehend zu nützen. In dieser Ansicht fühle ich mich unterstützt durch Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995), die davon ausgehen, dass es ein Hinweis dafür ist, die Therapie zu *beenden*, wenn die Therapeutin die geforderten Grundhaltungen über längere Zeit hindurch der jeweiligen Klientin gegenüber verwirklichen kann. Auch W. Keil (1997) betrachtet in seinem Konzept der hermeneutischen Empathie das Noch-nicht-akzeptieren-Können als Motor für die Therapie.

Ich kann dem Klienten akzeptierend begegnen, das heißt aber noch lange nicht, dass ich mich auch in einer solchen Weise akzeptierend *erlebe*, wie es die Therapietheorie fordert. An diesem hohen Anspruch halte ich dennoch fest. Der Therapieprozess besteht daher aus der kontinuierlichen Bewältigung der vorhandenen Abweichungen von der geforderten Beziehungsqualität.

3.3. Die Problematik der therapeutischen Beziehung entspricht der Problematik der psychischen Störung der Klientin

Ich gehe davon aus, dass das Beziehungsmuster, in das ich mit meiner Klientin unweigerlich gerate, in der wesentlichen Problematik, die dabei entsteht, der intrapsychischen bzw. interpersonellen Beziehungsproblematik der Klientin vergleichbar ist. Ich stelle mir eine Beziehung wie ein „kommunizierendes System“ vor. Gefühle,

welche eine Person nicht bewusst erlebt, spürt die andere trotzdem. Was ich im Kontakt mit einer bestimmten Klientin erlebe, entspricht Empfindungen, die sie entweder *auch* hat, die sie oft bei anderen auslöst, oder es handelt sich um Gefühle, die sie *gerade nicht* haben will. Diese Empfindungen hängen oft in bedeutsamer Weise mit der Lebensgeschichte der Klientin zusammen.

Da dieses Phänomen prinzipiell in die andere Richtung genauso funktioniert, dass eben Klientinnen auch auf meine Empfindungen reagieren, muss ich natürlich genau prüfen, wessen Beziehungsproblematik sich in Szene setzt. Eine gewisse Sicherheit ergibt sich dadurch, dass ich tatsächlich mit jedem Klienten *andere* Schwierigkeiten habe und dadurch, dass ich als Therapeutin keine eigenen persönlichen Interessen in der Beziehung verfolgen muss.

Meine Reaktionen auf die Klientinnen erlebe ich jedoch immer als *meine*. Manchmal geschieht es, dass schmerzhaft „wunde Punkte“ in mir angerührt werden. Dabei habe ich mit Erstaunen festgestellt, dass selbst diese Reaktion *immer* auch eine große Bedeutung in Hinblick auf die Problematik der Klientin hat.

Unabhängig davon, ob ich nun eine Empfindung als eigenen „wunden Punkt“ einschätze oder nicht, auch wenn es sich u. U. um eine Gefühlsübernahme⁵ handelt, wichtig ist mir dabei in jedem Fall, sehr klar zu trennen, was mein Erleben und daher *mein* Problem ist und was dabei das Erleben der Klientin ist. Zusammenhänge zwischen beiden Reaktionen lassen sich erst im Diskurs darüber mit der Klientin sicher klären. Strategisches Verhalten von beiden hat zudem oft einen durchaus berechtigten schützenden Sinn, gerade auch in der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung und kann nicht nur als „Reinszenierung“ vergangener Beziehungserfahrungen „abgetan“ werden. In einem solchen Umgang mit diesem Phänomen in Beziehungen sehe ich einen wesentlichen Unterschied zum psychoanalytischen Konzept der Übertragung und Gegenübertragung. Lediglich im emanzipatorischen Ansatz der „Beziehungsanalyse“ von Bauriedl (1984) habe ich große Ähnlichkeiten mit meiner Vorstellung festgestellt. Von der interaktionellen Orientierung von der Lindens und von Kessels (1991) möchte ich mich hingegen abgrenzen. Die praktische Umsetzung ihres Konzepts, das sie selbst sehr wohl und auch sehr überzeugend mit dem Klientenzentrierten Ansatz in Verbindung setzen, mutet mich beim Lesen ihres kommentierten Transkripts (ebd., Teil 2) sehr „orthodox psychoanalytisch“ an, weil der Therapeut bemüht ist, sich als Person aus der Beziehung herauszuhalten und sein eigenes Erleben in der schwierigen Beziehung nicht thematisiert und schon gar nicht problematisiert.

Ich möchte betonen, dass es sich in dieser Beziehungsvorstellung immer um zwei sich gegenseitig erlebende reale Beziehungspartner handelt. Sie kommen in der Therapie zwar in verteilten Rollen zusammen, die Klientin muss jedoch deswegen

in ihrer persönlichen Problematik nicht schwieriger sein als die Therapeutin. Beide haben bisher überlebt, das ist die Legitimation ihres So-Seins, das Respekt verdient. Die Therapeutin sollte sich allerdings darin von der Klientin abheben, dass sie durch ihre Ausbildung gelernt hat, bewusst mit eigenem und fremdem Erleben umzugehen.

3.4. Beziehungsgestaltung als Abwehrstrategie

Es macht nach meiner Erfahrung einen wesentlichen Unterschied, ob Klientinnen sich *mit sich* beschäftigen, sich selbst explorieren oder ob sie mit dem Kontakt *mit mir* beschäftigt sind. Wenn ihre Aufmerksamkeit auf mich gerichtet ist und ich mit Verbalisierungen ihres Selbst-Erlebens interveniere, stagniert der Prozess, weil ich mich dann nicht auf der richtigen Dimension ihres Erlebens befinde, sie eben *nicht* verstehe. Sie kommen durch solche Interventionen nicht wirklich zu ihrem eigenen Erleben, sondern bleiben im strukturgebundenen Erleben haften. Das Gleiche gilt auch für eine Beziehungssituation, in der ich selbst eine auffällige Störung im Kontakt erlebe. Erst wenn ich in diesen Situationen den Dialog auf der Beziehungsebene aufnehme, also in echte persönliche Auseinandersetzung gehe, führt das dann wieder zur Selbstexploration.

Viele psychische Probleme lassen sich eben nicht durch Selbstexploration allein bewältigen, sie müssen sich erst in der therapeutischen Szene entfalten, um erkannt und benannt zu werden. Die wesentlichsten Störungen, in der Regel Persönlichkeitsstörungen⁶, die Leid erzeugen und aufrecht erhalten, zeigen sich in der Beziehungsgestaltung, weil sie ja oft fatal die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit im Allgemeinen beeinträchtigen. Die Problematik dieser Muster kann so subtil sein, dass deren Regelmäßigkeit trotz großer Aufmerksamkeit oft jahrelang nicht erfahrbar ist. In diesen Mustern sind jedoch die echten Empfindungen gebunden, verborgen, so gut geschützt, dass sie nicht mehr verstanden und angenommen werden können. Erst die Veränderung dieser Strukturen „befreit“ die Empfindungen und macht sie dem bewussten Erleben zugänglich.

Wenn man sich auf die problematische Beziehung mit den Klientinnen einlässt, besteht für diese außerdem die Möglichkeit, *neue* Beziehungserfahrungen zu machen. Sie können die Beziehung testen, ausprobieren, wo die Grenzen sind, die Erfahrung machen, dass sie, auch wenn sie es uns als Kommunikationspartner schwer machen, akzeptiert werden. Dies braucht Zeit. Scheinbar passiert in diesen Phasen kaum eine Veränderung. Doch halte ich sie für sehr wichtig. Nur durch diese neuen Beziehungserfahrungen können die

5 Ute Binder (1994, 56) beschreibt die Gefühlsübernahme als Vorform der Empathie, bei der man Gefühle, die von widersprüchlichen Signalen des Anderen ausgehen, als deutlich ich-fremd erlebt.

6 Persönlichkeitsstörungen werden nach neueren Konzepten als Beziehungsstörungen aufgefasst (vgl. Sachse 1997, 2000).

alten Beziehungsmuster modifiziert und dadurch der Zugang zu den Gefühlen ermöglicht werden.

Mit einem Verweis auf Sachse (2002), der für die therapeutische Beziehungsbearbeitung eine Fülle von therapeutischen Interventionsmöglichkeiten aufzeigt, und Finke (1994), der „Beziehungsklären“ und „Selbsteinbringen“ als therapeutische Techniken in der Dialogbeziehung identifiziert, möchte ich meinen Schwerpunkt der Beziehungsarbeit beschreiben. Unter zu Hilfenahme all dieser Anregungen, die ich bei Sachse und Finke finde, beabsichtige ich vor allem, das wesentliche Beziehungsmuster zwischen mir und der Klientin zu erfassen und mir und der Klientin bewusst zu machen. Ich gehe davon aus, dass sich die Abwehr als typisches Beziehungsmuster aufrechterhält. In Abgrenzung zu systemischen Methoden, in denen versucht wird, solche Muster zu „verändern“, indem man sie „verstört“, versuche ich, diese Muster, bei denen ich als eine Beziehungspartnerin aktiv beteiligt bin, von einer Metaebene aus mit einer klientenzentrierten Haltung zu betrachten. Ich versuche, diese Muster vor allem in ihrem Sinn zu verstehen, ich achte darauf, wie ich sie erlebe, wie ich mich und die Klientin dabei erlebe, versuche zu ergründen, wie sich die Klientin dabei erlebt, was wir daran akzeptieren können und was nicht. Meist probiere ich aus, mich selbst zu verändern, im Wissen, dass dann das Beziehungsmuster nicht gleich bleiben kann. Allerdings weniger wegen der Änderung, sondern, um über den Versuch der Verhaltensänderung den Sinn des entstandenen Musters besser zu begreifen. Denn am klientenzentrierten Grundsatz, dass eine Änderung von selbst passiert, wenn man sich verstanden und akzeptiert hat, halte ich jedenfalls fest. Für diese Arbeit habe ich eine eigene Sprache entwickelt, eine Bilder-Sprache, die geeignet ist, Beziehungsmuster zu beschreiben. Mit einem Fallbeispiel möchte ich diese Arbeit mit der Beziehung verdeutlichen.

Fallbeispiel

Ich möchte betonen, dass der folgende Fallbericht nicht ein Beispiel für „richtige Therapie“ sein soll. Es ist durchaus sogar ein kritisierbares Beispiel. Manche werden meine Reaktionen vielleicht nicht nachvollziehen können, sondern als Fehler betrachten. Es soll lediglich zeigen, wie sich Beziehungsmuster etablieren, dass eben Fehler dazu gehören, dass man sich aus den Fehlern gemeinsam mit dem Klienten wieder herausbewegen kann und dass durch diesen Vorgang Therapie geschieht. Aus meiner Sicht unterscheide ich hier *unvermeidliche* Fehler und *tatsächliche* Fehler. Ein wirklicher Fehler wäre es, wenn während einer Therapie das Beziehungsmuster unverändert bleibt. Dann gibt es keinen Therapieprozess im eigentlichen Sinn.

In dem Fallbeispiel handelt es sich um einen etwa 40-jährigen Klienten und einen über 100 Stunden dauernden Therapieprozess,

der noch nicht abgeschlossen ist. Anlass für die Therapie war eine Scheidungskrise. Der beschriebene Ausschnitt beginnt nach der ersten Phase der Therapie, die den Charakter einer Begleitung und Krisenintervention hatte.

Der Klient hat Kinder, für die er ein sehr liebevoller Vater ist. Er ist hochintelligent, aber beruflich eher unter seinem Niveau mit geringem Einkommen beschäftigt. Als klinische Symptome bestehen eine Dysthymia, Schlafstörungen, Zwangshandlungen und Bluthochdruck, der medikamentös stabilisiert wird. Die biografische Anamnese ergab massive Gewalterfahrungen in der Kindheit und eine exponierte Außenseiterstellung in der Familie. Ich würde ihm eine leichte anankastische Persönlichkeitsstörung mit passiv aggressiven Zügen zuordnen.

Unzufrieden ist der Klient mit sich selbst und seinen Beziehungserfahrungen, hierin sucht er auch Veränderung.

1. Akt: „Er tut mir leid“ (etwa 50. Stunde)

Das Beziehungsangebot des Klienten erlebte ich zu diesem Zeitpunkt folgendermaßen: Er wirkte auf mich, wie einer der „fensterlt“, also Steinchen zum Fenster der Geliebten hinauf wirft, in der Hoffnung, dort eingelassen zu werden. So gestaltete er den Stundenbeginn regelmäßig damit, dass er über kleine Veränderungen in meiner Praxis kurze, manchmal provokante Kommentare abgab. Das Problem schien klar: Die „Steinchen“ wurden meist von den anderen fehlinterpretiert, nicht als Wunsch nach Kontaktaufnahme erkannt, sondern ignoriert oder riefen sogar Ärger hervor. Ich erlebte ihn zwar auch so provokant, bei mir entstand dadurch jedoch kein Problem, denn ich griff seine „Steinchen“ mit Interesse auf, er tat mir leid und ich sah in ihm das geprügelte, durch massive Gewalterfahrungen in der Kindheit scheu gewordene „Kind“. Er hatte seine Gefühle auf einer Null-Linie eingefroren, was ich auch unter dem Gesichtspunkt der erlebten Gewalt gut verstand. Der Klient teilte meine Sicht seiner Kontaktproblematik und er wollte daher versuchen, deutlicher von sich aus in Kontakt zu gehen.

2. Akt: „Am liebsten würde ich ihn schütteln“

Die nächsten Monate vergingen also mit dem gemeinsamen Ziel, seine Kontaktaufnahme zu verbessern. Wir besprachen viele seiner Versuche, bei manchen Aktionen wurde er mir aber richtig unsympathisch. Er rüttelte am „Watschenbaum“, allerdings meist ziemlich wehrlosen Opfern gegenüber. Er demonstrierte seine Macht, indem er die anderen zur Weißglut brachte. Ich selbst wurde immer aggressiver auf ihn; am liebsten hätte ich ihn manchmal geschüttelt. Allerdings war es gar nicht einfach, das, was mich genau daran aggressiv machte, zu identifizieren. Im Kontakt mir gegenüber wirkte er auf mich wie in einer Zwangsjacke steckend, während er mich gleichzeitig triumphierend böse anlächelte. Ich hatte zu diesem Zeitpunkt immer wieder das Bild, ich sei eine Lehrerin, er ein als Musterschüler getarnter „schlimmer“ Schüler, der sich diebisch freut, dass er mir Klebstoff auf den Sessel gestrichen hat. Ich

begann, meinen Ärger immer mehr auszudrücken. Da bemerkte ich, dass er wirklich triumphierte, wenn ich meinen Ärger zeigte, und zwar so, dass ich mich beschämt fühlte, in die Reihe seiner anderen Opfer gestellt. Auch die Gewalt, die er als Kind erfahren hatte, hatte er gefühlsmäßig ähnlich bewältigt. Nicht er erlebte sich als Opfer, sondern er fühlte sich als der Stärkere gegenüber dem schwachen Prügler, der die Kontrolle über sich verloren hat. Dies alles wurde mit ihm besprochen. Er wehrte sich heftig dagegen, wenn ich sein Verhalten als aggressiv benannte. Denn aggressiv wollte er überhaupt nicht sein, er suchte ja liebevollen Kontakt, was ich wiederum auch verstand. Er hielt es aber doch für möglich, dass er sich mit seinem Verhalten Ablehnung einhandelte. Dass diese für mich wirklich wichtige Hypothese bei ihm keinerlei tiefere Veränderungen auslöste, verunsicherte mich zwar in meiner Ansicht, gleichzeitig wurden meine Beobachtungen Stunde für Stunde bestätigt. Während wir also hier in den Stunden kämpften, berichtete er immer öfter von Erfolgserlebnissen in Kontakten in seinem Leben. Von Aktionen, in denen er die anderen auf seine charakterische Weise ärgerte, berichtete er jedoch nicht mehr. Dies scheint mir ein typisches Phänomen zu sein, dass es bereits Veränderungen gibt, während die Therapie zunächst noch mühsamer wird. Hier können wir den Vorhang des zweiten Akts schließen.

3. Akt: „Diese Freude auf meine Kosten wollte ich ihm nicht gönnen!“

Da meine Verstehenshypothese nicht ankam, sah ich einen Weg darin, mein eigenes Verhalten zu ändern, in der Hoffnung, dass dies zu einer Änderung bei ihm führen würde. Der dritte Akt wurde nun davon bestimmt, dass ich mich davor schützen wollte, beschämt zu werden. Ich dachte: Gut, er kann das ja so machen, ich brauche mich dem jedoch nicht auszusetzen. Mal sehen, wie er dann reagiert, wenn er keine Chance mehr bekommt, mich zu beschämen. Ich verstand zwar, dass er so Macht erleben konnte, dass er sich freute, wenn die anderen ihren Ärger zeigten, während er es schaffte, seinen Ärger zu kontrollieren. Trotzdem wollte ich ihm diese Freude auf meine Kosten nicht gönnen.

Also saß ich in nahezu „analytischer Abstinenz“ da und wartete auf seine Kontaktaufnahme. Auf Steinchen wollte ich nicht mehr reagieren, denn inzwischen erlebte ich seinen Triumph nicht nur wenn ich mich ärgerte, sondern auch dann, wenn ich auf seine halbherzigen Kontaktangebote einstieg. Mein verändertes Verhalten war ihm sichtlich unangenehm. Er äußerte sogar manchmal Unzufriedenheit über die Therapiestunden. Es war auch für mich sehr schwer, diese Härte durchzuhalten und ihm nur wenig entgegenzukommen. Er schien Sehnsucht nach Kontakt zu mir haben, ohne dass er diese wahrnehmen konnte. Stattdessen plagte er sich damit ab, ein Thema zu finden, das er behandeln wollte.

Unsere Beziehungssituation in dieser Phase versuchte ich mit einem Bild zu beschreiben. Er wirkte auf mich wie ein Tennispartner, der *meine* Bälle nicht zurück spielt, weil er damit beschäftigt ist,

seinen Ball im Gebüsch zu suchen. Ein Spielverderber, ein Spielverweigerer! Es wurde ihm sehr klar, dass er nur Spiele spielte, bei denen er als Sieger hervorging. Da er sich in diesem Punkt im Kontakt mit mir nicht so sicher war, achtete er darauf, „nur nicht zu verlieren“. Ich erkannte nun, in welchem Beziehungsdilemma ich mit ihm steckte: Auch ich wollte nicht mehr verlieren, denn sobald ich mich öffnete, triumphierte er. So konnte ich am eigenen Leib erleben, was er befürchtete, wie er die Beziehungen in seiner Kindheit erlebt haben musste.

Die Absurdität meiner „analytischen Distanz“ wurde mir klar und ich begann, sie wieder zu lockern, indem ich wieder mehr Beobachtungen und eigenes situatives Erleben einbrachte, ohne auf einer Öffnung seinerseits zu bestehen. Wenn ich mich beschämt fühlte, sagte ich es nun einfach, weil ich nun verstehen konnte, dass er an mir erleben musste, dass man dieses Gefühl haben kann und es trotzdem nicht vermeiden muss, sich zu öffnen.

Ich bin überzeugt davon, dass ich ohne meinen Versuch, mich zu schützen und dann damit zu scheitern, nicht zu diesem tiefen Verständnis gelangt wäre. Auf Grund vieler solcher Erfahrungen behaupte ich, dass die Beziehungsdiagnostik die sensibelste und genaueste ist – Rogers schreibt: „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose“ (1951a, 208).

4. Akt: „Der Viechdokter“

Eines hat sich inzwischen deutlich verändert: Er tut mir gar nicht mehr leid, ich sehe ihn als hartnäckiges Gegenüber, vor dem ich auf der Hut sein muss, vor dem ich auch Respekt habe. Ich bin also bezüglich der Forderung: „Der Therapeut erfährt bedingungslose positive Beachtung dem Klienten gegenüber“ einen erheblichen Schritt vorwärts gekommen. Ich erlebe ihn auch ein bisschen mehr bereit, von mir Hinweise und Beobachtungen anzunehmen.

Während dieser Therapiephase ist er übrigens wieder eine fixe Beziehung zu einer Frau eingegangen, in der er sich sehr wohl, wenn auch überlegen fühlt.

Beeindruckt von der Parallelität, in der auch ich zur gleichen Schutzstrategie wie er gegriffen hatte, empfand ich im folgenden Abschnitt der Therapie Sympathie für ihn, auch wenn er nach wie vor verschlossen blieb und sich in den Sitzungen das Leben damit erschwerte, ein Thema zu finden, an dem er sinnvoll „anknüpfen“ konnte. Liebevoll wies ich ihn immer wieder darauf hin, dass wir ständig ein Thema haben, das ihm scheinbar gar nicht als Thema auffiel, an dem er jedenfalls nicht „anknüpfen“ wollte. Ich fühlte mich dabei sehr liebevoll, fast verführerisch. Einmal als er sagte, sein Thema wäre „Beziehungsaufnahme“, beschrieb er, wie er den aktuellen Kontakt zu mir erlebte: ich wäre wie der „Viechdokter“ bei Peter Rosegger, der sich schon die Haare rauft, der alles probiert und trotzdem das Tier nicht heilen könne. Er verglich sich schmunzelnd mit dem Tier. Ganz kurz war es ihm möglich, den Genuss zu spüren, den er dabei erlebte, wenn sich jemand so um ihn bemühte. Er merkte auch, dass er sonst immer von sich verlangte, selbst aktiv

zu sein. Gleichzeitig entspannte er seine körperlich fast spastisch verkrampft anmutende Haltung. Wir verstanden also, dass er es genoss, passiv die Bemühung der anderen um ihn zu erleben, während er von sich das Gegenteil, nämlich Aktion, verlangte und dadurch seine Kontakte blockierte. Die Idee, die „Klopfmassage“, wie ich selbst mein Beziehungs-Verhalten ihm gegenüber bildhaft erlebte, einmal zuzulassen, bevor er dann vermutlich selbst aktiv werden würde, gefiel ihm.

Damit schließt der 4. Akt. Weitere werden vermutlich noch folgen.

Vor dem Hintergrund der „Pflegeelternschaft“ würde ich dieser Therapiebeziehung metaphorisch folgendes Stadium zuordnen: Ich habe einen etwa achtjährigen Buben aufgenommen, der sich sehr problemlos bei mir eingewöhnt hat. Erst mit wachsendem Vertrauen zeigt er mir seine problematische Seite und wagt es, es mir schwer zu machen. Und nur unter der Bedingung einer sehr verlässlichen Arbeitsbeziehung unter Erwachsenen, die sich gegenseitig achten, ist der oben beschriebene mühsame Beziehungsprozess möglich geworden.

4. Die kontinuierliche Vertiefung der Verstehenshypothesen fördert die Veränderung

Alle bisher behandelten Themenbereiche, die für sich selbst betrachtet bereits Veränderungsschritte einleiten können, verbinden sich nun in diesem Kapitel zu einer Einheit.

Während wir, wie ich hoffe unter Pkt. 3 gezeigt zu haben, unser Erleben in der Therapie weder kontrollieren können noch es kontrollieren sollen, ist es jedoch möglich, das Ausmaß unserer Empathie zu steuern. Um Empathie kann man sich aktiv bemühen. Mit einiger Schulung kann man sich das, was man zu einem gegebenen Zeitpunkt, in der Regel nach bzw. vor jeder Sitzung, von den Klientinnen verstanden hat, bewusst machen und in Worte fassen. Diese über Empathie erschlossenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für das Erstellen von Verstehenshypothesen. Eine Verstehenshypothese zeichnet sich dadurch aus, dass sie über das empathische Folgen im therapeutischen Gespräch hinausgeht. Es handelt sich dabei um therapeutische Aha-Erlebnisse, wie sie während der Sitzung aufblitzen oder in der Reflexion im Nachhinein passieren können.

Eine Verstehenshypothese ist eine Aussage darüber, wie man die Klientin in ihrer persönlichen Problematik zum aktuellen Zeitpunkt versteht. Sie berücksichtigt die folgenden Bezugspunkte und sucht bzw. erfasst Sinnzusammenhänge zwischen diesen einzelnen Items:

- die Erzählungen der Klientin (Inhalte, beschriebene Gefühle, Wünsche)
- die ursprüngliche Verstehenshypothese der Therapeutin
- das ursprüngliche Therapieziel der Therapeutin

- das vereinbarte gemeinsame Therapieziel
- die Symptome der Klientin
- die Persönlichkeitszüge bzw. der innere Bezugsrahmen der Klientin
- typische Szenen aus der Kindheit oder anderer prägender Erfahrungen in der Lebensgeschichte der Klientin
- die aktuelle Lebenssituation der Klientin
- das Erleben der Therapeutin (wertschätzend?/kongruent?/empathisch?; Tonbandkontrolle)
- gibt es eine Inkongruenz bei der Therapeutin? (nur durch Supervision erkennbar bzw. daran, dass man für sich selbst über längere Zeit hinweg zu keiner stimmigen Verstehenshypothese kommt)
- das Beziehungsangebot der Klientin
- das Beziehungsmuster zwischen Klientin und Therapeutin (wie verhält sich die Therapeutin gegenüber der Klientin und umgekehrt, was tun sie miteinander?)
- welche Gefühle der Klientin können nicht symbolisiert werden, wie werden sie abgewehrt?
- wie verändert sich dadurch die ursprüngliche Verstehenshypothese (wird sie widerlegt oder genauer)?

Merkmale dafür, dass eine sinnvolle Verstehenshypothese gefunden wurde, sind:

- wenn man die geforderte Grundhaltung wieder erlangt,
- wenn man die Persönlichkeitsstruktur der Klientin in einem sinnvollen Zusammenhang mit den oben angeführten Bereichen verstehen kann,
- wenn dieses Verständnis zu einer deutlichen Vorstellung davon führt, wie man dem Klienten daher auf veränderte Weise begegnen kann und
- wenn die Verstehenshypothese ein „Aha-Gefühl“ auslöst.

Durch diesen eigenen Auseinandersetzungsprozess, der zu Veränderungen auf Seiten der Therapeutin führt, werden Voraussetzungen dafür geschaffen, Veränderungen bei den Klientinnen zu ermöglichen, ohne inhaltlich lenkend zu sein. Denn eine Verstehenshypothese hat immer einen akzeptierenden Charakter. Es geht weniger darum, ob Verstehenshypothesen „richtig“ im objektiven Sinn sind. Wesentlich ist, dass man die eigene Erfahrung möglichst umfassend ins Bewusstsein holt und an dem vorhandenen gesammelten Datenmaterial überprüft. Durch diesen hermeneutischen Prozess entsteht ein tieferes Verständnis, das dann wieder Ausgangsmaterial für eine neue Verstehenshypothese bildet. Die Therapeutin ist also immer bereit, ihre vorläufigen Verstehenshypothesen kontinuierlich zu falsifizieren bzw. zu verifizieren oder zu modifizieren.

Mir ist dabei besonders wichtig, dass die einzelnen Verstehenshypothesen auch in ihrem Zusammenhang gesehen werden. Eine neue Verstehenshypothese beschreibt das Problem meist genauer als die ursprüngliche. Ich habe für diesen Sachverhalt das Bild

einer Tür gefunden, von der eine Wendeltreppe nach unten ins Ungewisse, in die Tiefe der Persönlichkeit führt. Die einzelnen Stufen entsprechen den immer genauer werdenden Verstehenshypothesen. Die „Tür“ steht für die erste richtige grundlegende Verstehenshypothese. Zu Beginn der Therapie sucht man meist nach der richtigen „Tür“, und da kann es sein, dass sich Verstehenshypothesen als grundlegend falsch erweisen. In einem längeren Prozess werden sie jedoch meist nur noch genauer und es fördert daher die Sicherheit der Therapeutin, wenn die früheren Hypothesen nicht „vergessen“ werden. Das lässt sich an obigem Bild verdeutlichen: Wenn der gesamte Raum noch unklar ist, steht man doch lieber auf einer Treppe als auf einer einzigen freischwebenden Stufe.

Als Supervisorin habe ich bemerkt, dass es offenbar sehr schwierig ist, die gefundenen Verstehenshypothesen im aktuellen Verhalten des Klienten bestätigt zu erleben bzw. wieder zu erkennen. Es ist offenbar nicht leicht, an diese eigenen, oft hart erarbeiteten Verstehenshypothesen zu glauben und sie umzusetzen. Wenn z. B. erkannt wurde, dass eine Klientin ihre Therapeutin „auf die Freundinnen-Ebene ziehen will“ (so wie die Klientin eben ihre eigene Mutter erlebt hatte, und dass es daher wichtig wäre, sich als Therapeutin mütterlich sorgend zu verhalten) und die Klientin plötzlich die Therapie nur mehr in zweiwöchigen Abständen fortsetzen möchte, könnte man das im Licht dieser Verstehenshypothese als neuerlichen Versuch der Klientin verstehen, die Therapeutin in ihrer mütterlichen Qualität zu testen. In der Therapie, in der es zu dieser Situation kam, hat die Therapeutin aus meiner Sicht richtig gehandelt, indem sie sich die Beibehaltung der Frequenz gewünscht hat, worauf die Klientin bereitwillig zustimmte. Aber die Therapeutin *wusste eben nicht*, ob es richtig und *warum* es richtig war und warum die Klientin so leicht umzustimmen war. Sie konnte mit ihren Verstehenshypothesen offenbar noch nicht so umgehen, dass sie selbst eine Entlastung erlebte. Anfängerinnen machen es sich häufig schwer, indem sie immer wieder von vorne zu denken beginnen und dabei ihre eigenen Verstehenshypothesen zu „vergessen“ scheinen.

Hat man die Verstehenshypothese zur Verfügung, kann man wirksamer intervenieren. Man könnte in obigem Beispiel daher nicht bloß sagen, man hätte gerne, dass die Frequenz gleich bleibt, sondern auf das oben erwähnte Ansinnen der Klientin reagieren, indem man die Antwort mit der Verstehenshypothese verknüpft – etwa so: „Ich habe den Eindruck, Sie fürchten sich davor, mich noch länger zu belasten, da Sie nicht erlebt haben, dass Sie Ihre Eltern strapazieren können.“

Auf der Suche nach einer praktischen Demonstration, die in den Rahmen dieses Artikels passt, bin ich auf die Idee gekommen, ein fiktives Gespräch als Grundlage zu nehmen, um zu zeigen, wie eine Verstehenshypothese aus der Reflexion der Grundhaltung im therapeutischen Gespräch entwickelt werden kann.

Gespräch	Kommentar
<p>K: Ich möchte über meine Zeiteinteilung sprechen, ich merke, dass ich zu gar nichts mehr komme ... ich verzettelt mich.</p> <p>Th.: Haben Sie momentan zu viel zu tun?</p>	<p><i>Empathie:</i> Hier bin ich nur zum Teil (also nicht) empathisch, ich habe eine Erklärung parat: Wenn man zu viel zu tun hat, ist man überfordert.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bin oberflächlich betrachtet schon akzeptierend, eher tröstend im Sinn von „mach doch einfach weniger, dann wird es dir besser gehen“.</p> <p><i>Kongruenz:</i> Irgendwie fühle ich mich im Kontakt überfordert. Als ob sie einen Zettelberg über mich drüber schütten würde – das nehme ich aber in der Situation nicht wahr. Erst jetzt beim Reflektieren bekomme ich das Gefühl, dass ich einen großen Druck spüre.</p>
<p>K: Na ja, ich glaub, das ist es nicht, jeder hat heutzutage viel zu tun. Irgendwie bin ich schlecht organisiert.</p> <p>Th: Wie meinen Sie das?</p>	<p>Also war die Intervention vorher nicht empathisch, denn die Klientin sagt: „Das ist es nicht.“</p> <p><i>Empathie:</i> Hier kann ich nicht empathisch sein, denn ich fühle mich zunächst zurückgewiesen. Mein Ansatz hat nicht gestimmt und ich versuche mich neu einzustimmen mit der Frage, die die Klientin, wie man unten sieht, zum Nachdenken bringt. Sie muss sich dabei anstrengen.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bemühe mich um Akzeptanz, empfinde sie aber noch nicht, ich bin eher ärgerlich und werde streng.</p> <p><i>Kongruenz:</i> Ich erlebe es jetzt schwierig, ich bemühe mich – ich spüre einen großen Anspruch: „Jeder hat heutzutage viel zu tun“, etwas sehr Strenges ...</p>
<p>K: Na ja, das ist schwer zu sagen, ... (Pause) ... ich hab immer viel zu tun und dann verzettelt mich, dann tu ich was anderes, nie mach ich das, was ich mir vornehme, und dann entsteht ein Chaos.</p> <p>Th.: Also Sie haben das Gefühl, Sie machen nie das, was Sie sich vornehmen.</p> <p>K: Ja, genau</p>	<p><i>Anmerkung:</i> Hier kann man sehen, dass die Klientin das Wort „verzetteln“ wieder aufgreift, das sie nun präzisiert.</p> <p><i>Empathie:</i> Ich greife einen Satz von ihr auf, im Bemühen, sie zu verstehen. Das kommt bei ihr gut an, sie sagt: ja genau. Das ist es, was ich erreichen wollte, also offenbar versteh’ ich sie richtig, aber ich versteh’ sie noch nicht wirklich.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bemühe mich sehr, wahrscheinlich erlebt sie das aber nicht wirklich als die Akzeptanz, die sie sich wünscht! – Ich hab nicht den Eindruck, dass sie sich akzeptiert fühlt von mir, wir kämpfen eher miteinander.</p>

Kongruenz: Ich bin verblüfft. Es beschäftigt mich: „Ich mache nie das, was ich mir vornehme“ – Was ist da los? Wie ein Saboteur. Aber kann ich ihr das schon sagen?

Beschreibung des Beziehungsmusters: Die Therapeutin erlebt die Klientin fordernd, anstrengend und streng, die Therapeutin bemüht sich sehr, es „richtig“ zu machen – es entsteht fast ein Kampf, ein Ringen miteinander. Auf Grund dieser Reflexion könnte man nun den Ansatz für eine *Verstehenshypothese* entwickeln: Ähnlich wie sich die Therapeutin fühlt, könnte es der Klientin mit ihrem Problem gehen. Sie ist sehr bemüht und doch macht sie es nicht richtig. Es fällt auch auf, dass die Therapeutin ihre Überforderung während des Gespräches gar nicht wahrnimmt, zu sehr ist sie darauf konzentriert, es „richtig“ zu machen. Geht es der Klientin auch so? Merkt sie womöglich ihre Fremd- und Selbstüberforderung gar nicht? Wenn nun die Klientin berichtet, sie macht nie das, was sie sich vornimmt, könnte man annehmen, dass sie sich so gegen ihre Anstrengung/ ihre Ansprüche wehrt, aber offenbar ohne Erfolg. In diesem Saboteur steckt jedoch auch ein lustvoller Anteil. Ich muss lachen bei der Vorstellung, wie sich der eine Teil gegen den anderen wehrt, obwohl es sich um ein- und dieselbe Person handelt.

Entwicklung einer umfassenden Verstehenshypothese auf Grund des Beziehungsmusters: Da es sich hier um ein fiktives Gespräch handelt, ist dieser Schritt nur bedingt zeigbar. Das gefundene Beziehungsmuster müsste nun noch mit den anderen Fakten (Therapieziel, Symptomen, etc.) in Beziehung gesetzt und an diesen geprüft werden. Erst bei der Entdeckung von sinnvollen Zusammenhängen kann eine umfassende Verstehenshypothese entwickelt werden. Dasselbe Beziehungsmuster bei Vorliegen einer depressiven Störung würde anders anmuten als im Kontext einer Angst- oder somatischen Erkrankung. Eine von Trennungen geprägte Kindheit ruft in Verbindung mit diesem Beziehungsmuster andere Empfindungen dazu wach als eine Kindheit, in der die Klientin aus einem stabilem Elternhaus stammt. Genauso würden die Konsequenzen für den therapeutischen Umgang mit dieser Hypothese davon abhängen, ob es sich um den Beginn oder eher das Ende eines Therapieprozesses handelt.

Mögliche Konsequenzen für den nächsten Kontakt mit dieser Klientin auf Grund des Beziehungsmusters: Die Therapeutin könnte sich darauf konzentrieren, den lustvollen Saboteur zu stärken, ihn bewusster zu machen. Dafür ist es zunächst notwendig, es sich selbst in der Beziehung leicht zu machen, ohne deswegen abweisend zu werden. So kann sie die ganze Problematik und die Klientin humor- und liebevoller anschauen und verstärkt das Muster nicht dadurch, dass sie selbst gleich reagiert wie die Klientin. Da sich im ersten Gespräch beide angestrengt haben, müsste diese Veränderung der Stimmung der Therapeutin gleichzeitig eine wichtige Veränderung

im Beziehungsmuster bewirken. Erlebensmäßig ist die Therapeutin damit außerdem näher der Grundhaltung als vorher.

In diesem Sinn möchte ich nun zeigen, wie es in einem nächsten Gespräch weitergehen könnte. Dazu habe ich zwei Varianten „erfunden“. In der ersten versucht die Therapeutin die Verstehenshypothese umzusetzen, in der zweiten Variante bleibt sie unverändert in ihrer bemühten Haltung.

Auf Basis der Verstehenshypothese	Therapeutin bleibt unverändert
KL.: Ich habe jetzt Ferien gehabt. Das ist jedes Mal ein Horror. Angeblich hab ich frei, aber ich bin geschlaucht, ärger als in der Arbeitszeit.	KL.: Ich habe jetzt Ferien gehabt. Das ist jedes Mal ein Horror. Angeblich hab ich frei, aber ich bin geschlaucht, ärger als in der Arbeitszeit.
Th.: Ah, Sie sind geschlaucht, haben Sie wieder all das nicht gemacht, was Sie von sich verlangt haben?	Th.: Es ist schlimm für Sie, auch in der angeblichen Freizeit so angestrengt zu sein.
KL.: Nein, so schlimm war es nicht. Ich habe jetzt ein tolles System, einen E-Mail-Kalender, entdeckt. In den hab ich eingetragen, was ich wann machen kann. Das hat mir dann Spaß gemacht, meine Pläne zu erfüllen ... aber kaum war ich unstrukturiert, war es dann wieder die Hölle!	KL.: Ja, furchtbar, irgendetwas mach ich falsch, das kann nur mit mir zusammenhängen. Th.: Es ist für Sie wirklich unerträglich und Sie denken, dass Sie etwas falsch machen.
Th.: Da wurden Sie gefoltert (lachend).	KL.: Wenn ich nur wüsste, was? Th.: Was könnte das sein? KL.: Keine Ahnung!
KL.: Ja kann man sagen (lacht mit).	Th.: Aber Sie haben das Gefühl, es liegt an Ihnen.
Th.: Also kaum sind Sie unstrukturiert, geht die Hölle los (wieder ernst).	KL.: Ja, an wem sonst, andere haben auch viel um die Ohren.
KL.: Ja, sobald ich nicht zu mir stehe ...	Th.: Sie sind sich sicher, dass es an Ihnen liegt.
Th.: Es ist also ein Abgrenzungsproblem. Wenn Sie nicht auf sich hören, haben Sie in sich die Hölle.	KL.: Ja, hab ich ja gesagt ... (aggressiv) Th.: Was war genau so schlimm in den Ferien?
KL.: Ja ... (Pause) ... Es ist aber schwer, mich gegen alle Ansprüche immer abzugrenzen.	KL.: Also wo soll ich da anfangen (genervt) ...
Th.: Es scheint zu viel, das immer von sich zu verlangen.	
KL.: Ja, scheinbar bin ich da zu unerbittlich zu mir.	

In der ersten Variante kann die Therapeutin, von ihren Verstehenshypothesen ausgehend, dem ersten Ansturm der Klientin („Horror!“ „Hölle!“) mit Humor begegnen. Der Prozess entwickelt sich daraufhin konstruktiv weiter. Die Klientin kommt zu neuen Einsichten.

In der zweiten Variante reagiert die Therapeutin zunächst korrekt, aber ohne die Klientin tiefer zu verstehen. Das ist eine zu wenig in-

tensive Intervention, und der Konflikt zwischen den beiden, der sich im ersten Gespräch in der Reflexion andeutet, eskaliert weiter.

Ich hoffe, mit diesem einfachen Beispiel gezeigt zu haben, welchen Wert die Entwicklung von Verstehenshypothesen hat und welche verändernde Wirkung von diesem intensiven Auseinandersetzungsprozess in der Therapeutin selbst ausgehen kann.

5. Zusammenfassung

Ich möchte zum Schluss auf die Ausgangsfragen zurückkommen. Es ging darum, wie man Veränderung erkennt, was man tut, wenn der Therapieprozess stagniert und wie man sich selbst durch die Therapie verändert.

- Impulse zur Veränderung gehen von mehreren Mikroschritten aus. Bereits der Entschluss, eine Psychotherapie zu beginnen, ist in der Regel eine wesentliche Veränderung. Ein weiterer Schritt ist die Formulierung von Therapiezielen, die in jeder Psychotherapie impliziert sind. Therapieziele bieten einerseits Orientierung für Therapeutin und Klientin auf dem unsicheren Gelände, in dem sich Therapie abspielt. Die kontinuierliche Veränderung der Therapieziele im therapeutischen Prozess markiert andererseits die Veränderung und hält sie in Gang.
- Im therapeutischen Gespräch selbst kann durch verschiedene Interventionsformen der Zugang zum Erleben gefördert werden, einerseits durch die Alter-Ego-Beziehung, also das empathische Folgen, aber andererseits vor allem auch durch den personalen Dialog, die Auseinandersetzung in der aktuellen Beziehung im Hier und Jetzt. Wenn der Zugang zum Erleben der Klientin gelingt, ist die Basis für Veränderung geschaffen.
- Veränderung braucht aber auch Zeit, da, wie mit dem Modell der Pflegeelternschaft als Metapher für die therapeutische Beziehung gezeigt werden sollte, viele Entwicklungsschritte und therapeutische Interventionen nur in einer Beziehung möglich sind, in der die gegenseitige Bindung so stark ist, dass Therapeutin und Klientin es riskieren können, die Beziehung zu belasten, ohne fürchten zu müssen, deswegen verlassen zu werden.
- Ein wesentliches Veränderungspotenzial wird jedoch gerade in der Bewältigung der Abweichungen von der in der Therapietheorie geforderten Beziehungsqualität gesehen. Dabei kommt der Erfassung und dem empathischen Verstehen der sich etablierenden Beziehungsmuster besondere Bedeutung zu, um die Gefühle, die durch diese Muster abgewehrt werden, zu verstehen.
- Therapeutische Veränderung lässt sich am sichersten in der kontinuierlichen Entwicklung von Verstehenshypothesen verfolgen, in Gang halten und belegen. Verstehenshypothesen bauen auf den Erfahrungen der Therapeutin in der Beziehung zur Klientin auf, prüfen aber Erkenntnisse, die durch Empathie und Erleben der Therapeutin erschlossen werden, an Aussagen, Verhalten und Sympto-

men der Klientin. Gerade die Kontinuität der Verstehenshypothesen in ihrem Zusammenhang zeigen den therapeutischen Fortschritt.

Parallel zum Therapieprozess passieren Veränderungen im Leben der Klientinnen, die in der Therapie mehr oder weniger deutlich werden. Obwohl ich am Anfang behauptet habe, ich interessiere mich nicht für Veränderungen der Klientinnen, so ist mir inzwischen aufgefallen, dass es natürlich – so nenne ich sie – „Erntestunden“ gibt. Da ich aber dabei kaum etwas zu tun habe, außer die Freude und die damit verbundene Rührung zuzulassen, vergesse ich diese auf Grund meiner Persönlichkeitsstruktur leider sehr schnell (siehe fiktives Therapiegespräch).

Die in diesem Artikel geschilderte Beziehungsarbeit fordert mich sehr, mich mit mir auseinander zu setzen und ich habe den Eindruck, dass ich mich immer mit den Klientinnen *mit verändere*. Jede Veränderung der Klientinnen fordert zunächst von mir eine Veränderung, ein Aussteigen aus eigenen eingefahrenen Mustern. „Wenn ich mich einen anderen Menschen wirklich verstehen lasse, riskiere ich, durch das Verständnis verändert zu werden.“ (Rogers 1961a/1973, 34). Ich genieße die Intensität dieser Beziehungserfahrungen, die durch dieses kontinuierliche Sich-selbst-Riskieren aufgebaut wird, obwohl es viel Kraft kostet.

Durch die langjährige therapeutische Arbeit habe ich mittlerweile eine sehr große Erfahrung im Erkennen von sowie im Umgang mit Beziehungsmustern bzw. Abwehrstrategien bekommen. Ich kann mit großer Sicherheit einen langen Therapieprozess durchtragen und darin den Überblick behalten. Meine neuen Klientinnen profitieren davon, weil ich rascher und mit größerer Sicherheit konfrontierende Interventionen wagen und insgesamt mehr Halt geben kann.

Ich stehe jetzt eher vor der Schwierigkeit, bewusst dosieren zu müssen, welche Intervention Klientinnen zum jeweiligen Zeitpunkt, abhängig von ihrer speziellen Störung zugemutet werden kann und welche nicht. Ich stelle fest, dass ich nicht mehr die Geduld habe, wie ich sie früher zwar aus Unsicherheit aber durchaus zum Nutzen von Klientinnen aufbringen konnte.

Als Anfängerin hatte ich Mühe, zu hören, was eine Klientin sagte, später dann, konzentrierte ich mich darauf, den emotionalen Bezugsrahmen zu erspüren. In den letzten Jahren beschäftige ich mich damit, wie ich in den Therapien möglichst kongruent sein kann. Wohl ausgelöst durch die vermehrte theoretische Auseinandersetzung mit Psychotherapie taucht nun die Frage auf, für welche Klientinnengruppen ich hilfreich bin und für welche nicht. Ich stoße damit verstärkt auf die Notwendigkeit, mich mit unterschiedlichen störungsspezifischen Erlebensformen auseinanderzusetzen.

Wenn ich meine Erfahrung verallgemeinere, so wiederholt offenbar die einzelne Therapeutin den Entwicklungsprozess der gesamten Klientenzentrierten Psychotherapie noch einmal für sich in ihrer eigenen Praxis.

Literatur

- Ainsworth, M. D./Blehar, M. C., Waters, E./Wall, S. (1978), Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale, N.Y., (Erlbaum)
- Auckenthaler, A. (1989), Statt zu deuten: Psychotherapie auf der Basis von Verstehenshypothesen (dargestellt anhand der Supervision einer klientenzentrierten Paartherapie), in: Reinelt, T./Datler, W. (Hg.), Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen, Berlin (Springer), 197–212
- Bauriedl, Th. (1984), Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 1995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, U./Binder, J. (1991), Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn (Klotz)
- Binder, U. (1994), Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn (Klotz)
- Bowlby, J. (1969) Attachment and loss, Vol 1 Attachment, New York (Basic Books); dt.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung, München (Kindler) 1975
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Gendlin, E. T. (1964), A theory of personality change, in: Worchel, Ph./Byrne, D. (eds.), Personality change, New York (Wiley), 206–247; dt.: Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung, in: Bommert, H./Dahlhoff, H.-D. (Hg.), Das Selbsterleben in der Psychotherapie, München (Urban & Schwarzenberg) 1978, 1–62
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse R./Howe J. (Hg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–222
- Keil, S. (2002), Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 353–376
- Keil, W. W. (1989), Warum es notwendig ist, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierten Ansatz zu trennen, in: Personzentriert 2, 5–10
- Keil, W. W. (1997), Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Therapie, in: Person 1, 1, 5–13
- Keil, W. W. (2002), Zur Erweiterung der personzentrierten Therapietheorie, in: Person 6, 1, 34–44
- Rogers, C. R. (1951), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1973; ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Frankfurt/Main (Fischer)
- Rogers, C. R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GWG) 1987
- Rogers, C. R. (1961), On becoming a person. A therapists view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Klett-Cotta (Stuttgart) 1973
- Rogers C. R. (1980), Client-centered psychotherapy, in: Kaplan, H. I./Saddock, B.J./Freedman, A. M. (eds.), Comprehensive textbook of psychiatry, III, Baltimore, MD (Williams and Wilkins), 2153–2168; dt.: Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P. F., Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz (Grünwald) 1991, 185–237
- Sachse, R. (1992), Zielorientierte Gesprächstherapie. Eine grundlegende Neukonzeption, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (1997), Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (2002), Zielorientierte Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 265–284
- Stumm, G./Keil, W.W. (2003), Personzentrierter Ansatz, in: Stumm, G./Wiltschko, J./Keil, W. W. (Hg.), Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie, Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta)
- Swidens, H. (1991), Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG)
- van Kessel, W./van der Linden, P. (1991), Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Der interaktionelle Aspekt, in: GwG-Zeitschrift 90, 19–32 und Der interaktionell orientierte Therapeut bei der Arbeit (Teil 2) in GwG-Zeitschrift 91, 18–28
- Wood, J. K. (1996), The person-centered approach: Toward an understanding of its implications, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P. F./Stipsits, R. (eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion, Frankfurt/Main (Lang), 163–181

Autorin

Sylvia Keil, 1956, diplomierte Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Lehrtätigkeit am Fachhochschulstudiengang für Sozialarbeit, Studium für Berufstätige des FH-Campus Wien sowie Mitarbeit in der Psychotherapie-Ausbildung der ÖGWG als Lehrtherapeutin und Ausbilderin.

Kontaktadresse

*Sylvia Keil
Albertgasse 39/6
A-1080 Wien
E-Mail: sylvia.keil@aon.at*

Klaus Heinerth

Woran erkenne ich, dass Veränderung beim Klienten geschieht?

Zusammenfassung: *Es werden aus der Praxis des Autors als Gesprächspsychotherapeut und Supervisor sowie aus der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem klientenzentrierten Konzept einige Fragen gestellt, sehr persönlich betrachtet und einzelne Antworten versucht, vorläufig und unsystematisch: Woran erkenne ich, dass Veränderung beim Klienten geschieht (quantitative Veränderungen, qualitative Veränderungen, Pseudoveränderungen)? Woran erkenne ich, dass kein Wachstum stattfindet? Was mache ich, wenn ich den Eindruck habe, es geschieht keine Veränderung? Wie verändere ich mich als Therapeut durch die Therapie?*

Schlüsselwörter: *Gesprächspsychotherapie, Klientenverhalten, Therapeutenverhalten, Therapieprozess*

Résumé: *A quoi puis-je reconnaître que quelque chose change chez le client? A partir de la pratique de l'auteur en tant que psychothérapeute centré sur la personne et superviseur ainsi qu'à partir d'une réflexion scientifique à propos du concept centré sur le client, quelques questions sont posées, examinées de manière très personnelle et des ébauches de réponses sont données de manière provisoire et non systématique: A quoi puis-je reconnaître qu'un changement s'opère chez le client (changements quantitatifs, changements qualitatifs, pseudo changements)? A quoi puis-je reconnaître qu'il n'y a pas de développement et de changement? Que fais-je lorsque j'ai l'impression qu'il n'y a pas de changement? Comment est-ce que j'évolue en tant que thérapeute au cours de la thérapie?*

Mots-clés: *Psychothérapie centrée sur la personne, comportement du client, comportement du thérapeute, processus thérapeutique*

Abstract: *How do I recognise that change is happening in the client? The author asks some questions coming from his practice as a client-centred psychotherapist and supervisor as well as from scientific thinking about the client-centred concept. He looks at them from a very personal stance and tries to give some answers in a provisional and unsystematic way: How do I recognise that change is happening in the client (quantitative changes, qualitative changes, pseudo-changes)? How do I recognise that no growth is taking place? What do I do when I have the impression that no changes are happening? How do I as a therapist change through therapy?*

Keywords: *Client-centred psychotherapy, client behaviour, therapist behaviour, therapy process*

Woran erkenne ich, dass Veränderung beim Klienten geschieht?

Erste sehr kurze und selbstverständliche Antwort: mittels meiner Empathie verstehe ich Änderungen und bewerte meine Beobachtungen: handelt es sich um Selbstöffnung oder um Abwehr?

Zweite sehr abstrakte und für Gesprächspsychotherapeuten ungewöhnliche Antwort: Wenn ich es wissen und wissenschaftlich kommunizieren will, teste ich sie: erreicht der Klient günstigere Skalenwerte (z. B. in Selbstexploration)?

Dritte sehr vorläufige und zögerliche Antwort (auf die alleine ich weiterhin eingehen werde): diese Frage hat es in sich und bedeutet im Grunde: Wie reflektiere ich meine Empathie? Es ist die

schwierigste Frage, die mir seit langem gestellt wurde. Sie scheint so einfach und ist doch unübersehbar komplex. Das fängt damit an, dass ich zweifle, ob diese Frage überhaupt legitim ist bzw. fruchtbar werden kann. Der menschliche Erkenntnisapparat ist so gestaltet, dass wir im Grunde nur Veränderungen erkennen können, jedoch nicht Statisches, Unbewegliches, Selbstverständliches, Ubiquitäres (Heinerth 1999). Wir können nur das Veränderliche sehen, nur das, was sich als Vordergrund vor den Hintergrund schiebt, nämlich hier den fortgesetzten Prozess der emotionalen und kognitiven Veränderung auf dem psychotherapeutischen Weg. Insofern ist Psychotherapie überhaupt die Betrachtung, Bewertung und Steuerung von Veränderungsprozessen.

Die Abwesenheit von Veränderung ist Tod. Diese Feststellung bezieht sich nicht nur auf den physischen Tod, sondern auch auf die psychologische oder biologische Abwesenheit von Selbstaspekten, die nicht entwickelt (bei *versperrter Symbolisierung*, z. B. bei Persönlichkeitsstörungen, Heinerth 2002) oder wieder vernichtet wurden (bei *zerstörter Symbolisierungsfähigkeit*, z. B. bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, Heinerth 2003). Bei diesen Störungen geht es nicht um Veränderungen des entwickelten Selbstkonzepts, nicht um den sich differenzierenden Ausbau des Bestehenden (z. B. bei Neurosen aufgrund *verzerrter Symbolisierung*), sondern um den ersten Aufbau von etwas Fehlendem. Diese Veränderungen bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit, da diese Klienten in besonderem Maße von der Anerkennung des Therapeuten abhängig sind.

In der Psychotherapie geht es um Wahrnehmung und Verstehen von internen Prozessen, erst durch den Therapeuten, dann durch den Klienten selbst. Und wenn wir etwas wahrnehmen, das wie Stillstand aussieht, so ist auch dieser Stillstand tatsächlich ein Prozess. Ein Klient, der sich nicht bewegt, bewegt sich doch in den Grenzen seines Spielraums, er kann sich im Kreise drehen, er kann zwischen Polen hin und her gerissen werden, er kann vergeblich um ein Verstehen ringen, er kann sich wehren gegen eine Bewegung, was auch eine Bewegung ist, aber er kann sich nicht nicht bewegen.

Die Frage ist also nicht nur, woran ich Veränderungen im Erleben von Klienten erkenne, sondern woran ich förderliche oder ungünstige Prozesse erkenne, Wachstum oder Scheitern.

Quantitative Veränderungen

Der Komplexität der Frage wird gerecht, wenn wir verschiedene Ebenen unterscheiden, auf denen Veränderung geschieht, und wie sie zu bewerten ist. Der fruchtbarste Ansatz erscheint mir, den Veränderungsprozess, so wie ihn die klientenzentrierte Theorie vorsieht, im Detail zu betrachten. Hier geht es um quantitative Veränderungen von Qualitäten des Erlebens und des Ausdrucks der Klienten, und zwar von Merkmalen, die als positiv befunden werden. Da ist als erstes die Erhöhung der *Selbstexploration* zu nennen. Darüber gibt es genügend Wissen und Erfahrungen, die belegen, dass diese Veränderung erstens zu erwarten und zweitens günstig ist. Die Güte der Selbstexploration bemisst sich an Stufen:

- sich äußern
- sich verbal äußern
- über sich reden
- über eigene Gefühle und Werte reden
- angesprochene Gefühle auch erleben (irgendwann)
- angesprochene Gefühle hier und jetzt erleben
- angesprochene Gefühle hier und jetzt ausdrücken
- Psychokatharsis: Ausdruck und Verarbeitung von Wut und Schmerz
- Verstehen der eigenen Gefühle.

Veränderungen des Klienten lassen sich daran erkennen, wie die einzelnen Stufen erklommen werden. Wachstum ist an allen Phasenübergängen bemerkbar. Dabei gibt es so etwas wie einen Deckeneffekt. Selbstexploration ist nicht beliebig zu steigern. So bedarf es neben der Güte der Selbstexploration auch der Zeit. Eine optimale Selbstexploration ist nicht zu verbessern, sie gilt es zu erhalten.

Parallel zur Verbesserung der Selbstexploration ist eine *Verringerung von Externalisierungen* zu beobachten. Der Klient berichtet zunehmend von den Bewertungen seines Erlebens (das sind Gefühle) anstatt von bloßen Sachverhalten, deren persönliche Relevanz nicht zu sehen ist.

Ein besonderes Prozessgeschehen der Selbstexploration ist *Experiencing*, das wirkliche Erleben der angesprochenen Gefühle im Hier und Jetzt. Auch hier gibt es ein Optimum. Die Abwehr von Gefühlen ist ebenso ungünstig wie ein volles und blindes Einsteigen und Ausleben. Es bedarf der optimalen Distanz zu den eigenen Gefühlen. Diese Veränderungen, die das kathartische Erleben zwischen Kälte und Hysterie, eine wachstumsfördernde Balance, fördern, sind erkennbar.

Die *Selbstöffnung* ist ein weiteres Kriterium für Wachstum. Abwehr, das Gegenteil von Selbstöffnung, ist der Versuch zu verhindern, dass Gefühle erlebt werden, aus Furcht, sie seien zu schmerzhaft. Dieser Versuch der Verhinderung von Gefühlen kann nicht punktuell geschehen. So es ist nicht möglich, nur schmerzhaft Gefühle abzuwehren, es ist nur möglich, das Erleben und den Ausdruck von Gefühlen überhaupt abzuwehren. Beim Versuch Schmerzen abzuwehren, werden immer auch Gefühle der Freude und des Glücks geopfert. Selbstöffnung bedeutet dann immer das Erfahren von den bisher abgewehrten Gefühlen, also z. B. von Wut oder Schmerz, aber auch das Erleben von vermehrter Zufriedenheit und Freude. Beide Veränderungen werden sichtbar, mitunter auch gleichzeitig: Ein Weinen mag gleichzeitig Glück und Schmerzen bedeuten.

Ein anderer Indikator zur Feststellung von Veränderungen ist die *Selbstempathie*. Der Klient wird weniger berichten, was und wie es ihn durchschüttelt, sondern auch, warum es ihn durchschüttelt, was genau passiert, was die Bedingungen seines Erlebens sind. Er wird zunehmend sich selbst, d. h. seine Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle verstehen.

Ein paralleles Phänomen zur vermehrten Selbstempathie ist die Verbesserung der *unbedingten Wertschätzung*. Klienten werden befähigt, sich wohlwollender zuzuschauen, auch dann, wenn sie Mist machen, ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden.

Ein weiteres erfahrbares Kriterium ist die zunehmende *Empathie für den Therapeuten* oder für andere Bezugspersonen. Vor allem für persönlichkeitsgestörte Menschen gilt dies, da sie ja zunächst nur eine eingeschränkte Empathiefähigkeit für sich und andere aufweisen. Ihnen ist zu helfen, indem sich der Therapeut selbst einbringt, so dass der Klient Gelegenheit erhält, Empathie zu erwerben. Die Selbstempathie und die Selbstexploration des Therapeuten helfen

dem Klienten, den Therapeuten besser wahrzunehmen und zu verstehen. Das hilft ihm, selbst empathischer zu werden. Dieser Prozess ist wahrnehmbar.

Auch die *Wertschätzung gegenüber dem Therapeuten* verbessert sich. Wenn zuerst Misstrauen da ist, was besonders für persönlichkeitsgestörte Menschen zutrifft, dann wird immer weitergehend versucht, dem Therapeuten zu glauben. Dieses Vertrauen ist leicht zu erschüttern, zugleich wird aber das Vertrauen wahrgenommen als eine Kraft, zwischenmenschliche Beziehungen sinnvoll und befriedigend zu gestalten. Ich habe es immer wieder erlebt, wie meine Klienten Verständnis gezeigt haben für mein Fehlverhalten (z. B. Versprechungen zu vergessen), und zwar nicht, um sich anzupassen oder anzubiedern. Klienten werden fähiger, ihre eigene Enttäuschung in den Mittelpunkt zu stellen und nicht das Versagen von mir oder anderen.

Was auch einer beobachtbaren Entwicklung unterliegt, ist die *Freude* und *Akzeptanz* sowie die Anerkennung für meine Begleitung. Bei persönlichkeitsgestörten Menschen kann es leicht passieren, dass meine überraschende Empathie als ein Übergriff verstanden wird, der abgewehrt werden muss. Es ist eine typische Veränderung, dass der Klient mein Bemühen akzeptiert und mit Dankbarkeit meine Verbalisierungen annehmen kann. Wenn sie gut treffen und eine Lücke im Erleben des Klienten schließen, werden sie mit einem Seufzer, vielleicht auch mit einem Weinen quittiert, einem Weinen, das heilsam ist.

Der Abbau von Misstrauen, ein weiteres Kriterium, ist auch daran zu erkennen, wie leicht Körperkontakt möglich ist. Körperkontakt als unbedingter Sicherheitsauslöser kann nicht von vorneherein von allen Klienten sofort angenommen werden. Die hilfreichen Arme des Therapeuten sind zunächst eine Bedrohung. Zunehmendes *Vertrauen* zeigt sich darin, dass die Klienten dankbar die schützende, Geborgenheit spendende Umarmung des Therapeuten sich nicht nur geben lassen, sondern auch aktiv nachsuchen.

Ein untrügliches Zeichen für den Fortschritt von Klienten ist die zunehmende *Dankbarkeit*. Klienten kommen in Therapie und haben Erwartungen, dass sie befreit werden von Leiden. Mühsam ist der Weg zu lernen, dass dies nicht zu haben ist ohne eigene Mitarbeit, ohne eigene Verantwortung. Das wird zunächst auch enttäuschen. So lange der Klient Forderungen an den Therapeuten stellt, dass er bedient wird, so lange wird das Fass ohne Boden bleiben. Erst die Dankbarkeit gibt diesem Fass einen Boden und lässt das Bemühen des Therapeuten Früchte tragen.

Ein Merkmal des Fortschritts von Klienten ist auch, nicht nur zulassen zu können, dass sie gemocht und geliebt werden, sondern dass sie auch zunehmend unbedingt wertschätzen und lieben können. Diese *Liebesfähigkeit* ist nicht ohne Vertrauen in die Menschen möglich. Die Erfahrung, dass sie lieben können, ist ein großer Schritt und bedeutet einen besonderen Wert.

Des weiteren ist eine zunehmende *Triangulierung* zu erkennen, d. h. dass der Klient, der gewöhnlich damit beginnt, sein gegenwärtiges Leiden auszubreiten, dazu übergeht, sein Leiden nicht nur in

Bezug zu setzen zu anderen Menschen seiner Umgebung, sondern weiterhin in Bezug zu Personen seiner Vergangenheit, bis hinunter zu frühkindlichen Erfahrungen mit seinen Bindungspersonen, und schließlich sein Erleben der Beziehung zum Therapeuten einbezieht. Er erarbeitet sich so ein sichereres Verständnis von seinen Mustern aller seiner persönlichen Beziehungen und Bindungen. Wie sehr er da seine Beziehung zum Therapeuten einbeziehen kann, zeigt seine fortschreitende Beziehungsfähigkeit.

Dazu gehört eine zunehmende *Regressionsfähigkeit*, die es dem Klienten ermöglicht, sich dort abzuholen, wo er mit einigen seiner emotionalen Verarbeitungen stecken geblieben ist, nämlich in seiner Kindheit. Diese Regressionsfähigkeit ist wahlfrei, d. h. Regression kann gewünscht und auch nach Wunsch beendet werden. Eine maligne Regression hingegen ist davon zu unterscheiden. Sie geschieht bei mangelhafter Bezogenheit auf das Gegenüber zu schnell, zu distanzlos, zu unverstanden.

Der Klient kann zunehmend von seiner Vorwurfshaltung absehen, sie erübrigt sich mit zunehmender Übernahme seiner *Verantwortlichkeit*. Nicht mehr die anderen sind an seinem Leiden schuld, sondern er selbst sieht sich zunehmend als Täter und fühlt sich verantwortlich dafür, wie er mit seinen Erfahrungen, wie andere ihn behandeln oder misshandeln, umgeht.

Die Öffnung gegenüber den eigenen abgewehrten Schmerzen ist das eigentliche Ziel von Psychotherapie, um ein treffenderes Selbstkonzept zu ermöglichen, Inkongruenzen zu erübrigen. Die Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung geschieht nur auf der Basis von Angst vor Schmerzen. Dieser *Angstabbau* ist wahrnehmbar.

Qualitative Veränderungen

Neben den genannten quantitativen Veränderungen gibt es auch qualitative Veränderungen, d. h., dass bestimmte Prozesse nicht grundsätzlich als günstig zu bewerten, sondern in Abhängigkeit von den Umständen zu beurteilen sind. So ist eine Veränderung z. B. je nach Anforderung der Diagnose oder der Phase, in der ein Klient augenblicklich verweilt, zu betrachten.

Zunächst ist eine Weisheit zu berücksichtigen, die sich anschaulich in dem frühchristlichen Spruch zeigt:

*Der Herr gebe mir die Kraft, mit Gleichmut
anzunehmen, was ich nicht ändern kann,
er gebe mir den Mut, zu ändern, was geändert
werden kann und muss,
und er gebe mir die Weisheit, das eine vom anderen
zu unterscheiden.*

Diese wesentliche Differenzierungsarbeit ist vom Klienten zu leisten. Es handelt sich um unterschiedliche Bewältigungsstrategien je nach dem, ob es um ein Problem geht, das sich handelnd lösen

lässt, oder um einen Schicksalsschlag, den es emotional zu bewältigen gilt. Ein Beispiel: Ein Klient verliert seinen Partner. Hier ist einerseits für den Verlust Trauerarbeit zu leisten, und andererseits für das weitere Leben Mut zu fassen, hier gilt es, Entscheidungen zu fällen. Beide Strategien sind notwendig, aber gleichzeitig nicht möglich. Menschen drücken Schmerzen aus, um sie zu verarbeiten (Trauerarbeit, um sich anzupassen), und sie haben Wut, die Energie mobilisiert, um zu handeln (die Welt anzupassen). Wut und Schmerzen gleichzeitig und angemessen auszudrücken ist nicht möglich, sie sind inkompatibel. Ein unreifes Lösungsverhalten wäre, einerseits gegen den Verlust wütend zu protestieren, und andererseits, den neuen Lebensabschnitt in Überforderung, Anpassung, Weinerlichkeit und Depression verantwortungslos zu blockieren. Die zunehmende *Passung von Problemmodus und Lösungsstrategie* ist ein Zeichen günstiger Veränderung.

Anfänglich mögen Klienten versuchen, Wut und Schmerz gleichzeitig auszudrücken. Sie nennen diesen instabilen Zustand *Verzweiflung*. Der kann ewig dauern, anders als der Ausdruck von Wut oder Schmerz, der endlich ist. Ein sichtbarer Schritt der Veränderung ist, Wut- und Schmerzausdruck zu trennen, beides nacheinander zu erfahren, auszudrücken und zu verarbeiten.

Und wenn die Passung stimmt und *Trauerarbeit* fällig ist, geht es darum, die Schmerzen der Verletzung zu spüren, sich den Verletzungen und Enttäuschungen zu öffnen. Dann ist kathartisches Weinen ein weiteres Kriterium für eine erfolgreiche Veränderung. Ineffektives Weinen ist daran zu erkennen, dass es ungleich länger dauern kann, wenig expressiv ist, und dass es gefolgt ist von verweinten Augen und Kopfschmerzen sowie von Beschämung und Selbstverachtung. Dagegen ist ein kathartisches Weinen gekennzeichnet durch Kürze, Heftigkeit und anschließend durch Klarheit des mimischen Ausdrucks, sogar durch die sichtbare Erfahrung von Glück.

Ein weiterer Schritt zeigt sich, wenn ein persönlichkeitsgestörter Klient eine *Abhängigkeit* vom Therapeuten beklagt. Die Kraft der therapeutischen Beziehung veranlasst Menschen mit frühen Störungen dazu, Beziehungen einzugehen, die attraktiv sind, aber zugleich auch gefährlich erscheinen. Nicht umsonst ziehen sie sich in eine Autarkie zurück (und verfehlen damit ihre Autonomie). Menschliche Beziehungen bleiben für sie jedoch verbunden mit einer Sehnsucht, die zu häufig enttäuscht wurde, so dass die zunehmende Abhängigkeit vom Therapeuten auch verstanden wird als ein Verlust der Kontrolle, verbunden mit einer zunehmende Angst, wieder enttäuscht zu werden. Da aber eine emotionale Abhängigkeit für persönlichkeitsgestörte Menschen eine wesentliche Bedingung für den Therapieerfolg ist, muss hier eine Gefährdung beachtet werden, die es zu meistern gilt. Eine positive Entwicklung der Abhängigkeit zeigt sich darin, dass sie nicht in einem Klammern ausartet, sondern dass die Achtung vor dem Privatleben des Therapeuten ebenfalls zunimmt und dass verbalisiert werden kann, dass die positiven Gefühle, die als Abhängigkeit empfunden werden, etwas Schönes und Gutes sind und dass sie durch Klammern nicht verbessert werden können, dass

im Gegenteil ein Klammern die Beziehung gefährdet. Es ist es dann ein Zeichen von Reife, wenn der Wunsch nach und die Besorgnis vor dem Klammern verbalisiert werden kann, ohne dass das klammernde Verhalten gezeigt werden muss.

So wie zunehmende Abhängigkeit ein Zeichen sein kann für einen positiven Schritt, kann auch die zunehmende *Unabhängigkeit* wieder ein Zeichen für einen Schritt bedeuten. Ob Abhängigkeit oder Unabhängigkeit ein günstiger Schritt ist, hängt davon ab, in welcher Phase er geschieht. Die Abhängigkeit vom Therapeuten ist ein Durchgangsstadium und trennt die Phase der versuchten Autarkie vor Beginn der Therapie von der Phase der Autonomie am Ende der Therapie.

Die differentielle *Unterscheidung zwischen Gefühlen und Verhalten* ist ein Merkmal offenen Erlebens, dass nämlich Klienten z. B. lernen, dass sie so genannte böse Gefühle haben dürfen, solange sie nicht böse handeln. So ist ein Ärger auf den Partner wertzuschätzen. (Er wird seine einfühlbaren Gründe haben, im Partner oder in der Geschichte es Klienten). Ein mörderischer Hass ist unbedingt wertzuschätzen, ein Mordversuch hingegen nicht – selbst dann nicht, wenn er einfühlbar ist.

Ein Veränderungsprozess liegt vor, wenn aus Affekten, die erfahren werden, Gefühle werden, die verstanden werden. Der Übergang von unverstandenen Affekten (z. B. Panik) zu *kognitiv fassbaren Emotionen*, die verstanden werden („Ich habe Angst, weil ...“), ist unübersehbar und entspannend.

Ein weiteres Kriterium für die positive Veränderung ist der Schritt vom Ausdruck weinerlicher, *depressiver Gefühle* in Richtung Öffnung für Schmerzen, ihre Erfahrung und ihr Ausdruck. Von der Depressivität zur echten Trauer ist es ein großer Schritt, eher ein Doppelschritt. Einfacher ist es für Depressive, den Umweg über ihren Ärger zu nehmen:

Depressive wirken auf ihre Umgebung häufig aggressiv. Das hat seine Gründe. Seit Freud wissen wir, dass eine Depression eine nach innen gerichtete Aggressivität ist, die aber als solche nicht mehr wahrgenommen werden kann. Insofern ist ein *Ärger* eines depressiven Klienten ein Schritt auf dem Weg zur Umkehr, eine Möglichkeit, dass ihm seine Aggressivität bewusst wird.

Bei Ärger und Aggressivität jedoch kann es nicht bleiben, dies sind keine kathartischen Gefühle, die den Menschen befrieden. Für ärgerliche und aggressive Menschen ist der nächste Schritt, dass sie wirklich wütend werden. Erst die *Wut*, angemessen im Sinne der Lösungspassung, ausgedrückt und als Energie benutzt, um sein Leben zu ändern, ist kathartisch heilsam. Eine gute Wut ist wie alle wirklichen Gefühle (wie auch der Ausdruck von Freude durch Lachen) endlich.

Der Ausdruck von Wut befriedet, sofern dieser Ausdruck nicht neuerlich Verwundungen für andere bringt, die auf zwei Wegen zurückschlagen. Erstens durch Schuldgefühle, zweitens durch eine erhöhte Aggressivität auf der Gegenseite, die nicht ohne Wirkung bleiben wird. Der Ausdruck von Wut ist heilsam, wenn er sich nicht gegen andere richtet, sondern für sich selbst ausgedrückt wird.

Dieser *Impetus des Wuterlebens* ist Grundlage für eine wesentliche Veränderung. Es geht darum, dass ein Hass nicht mehr anderen Leuten gilt, denen die Verantwortung für das eigene Leiden zugeschrieben wird, sondern dass die Selbstverantwortung gestärkt wird, der Ärger sich gegen sich selbst richtet, ein Ärger über die eigene Unzulänglichkeit, Feigheit, das eigene Versagen. Hier ist es angemessen, wütend zu werden. Diese Verantwortungsübernahme für den Ausdruck lange anstehender Wut hilft, das eigene Leid in einem anderen Licht zu sehen, das Selbstkonzept umzustrukturieren.

Kathartische Gefühle sind das Erleben und der Ausdruck von Schmerz, von Wut und von Freude (Lachen). Auch das *Lachen* hat eine wesentliche kathartische Funktion, und wenn sich die Rate des Lachens, des wirklichen, herzlichen, humorvollen Lachens über sich selbst erhöht, ist dies eine Veränderung, die wünschenswert ist und sich deutlich abhebt vom Grinsen aus Scham oder Schadenfreude. Der Unterschied liegt erkennbar in der Wirkung. Kathartisches Lachen über eigene Unzulänglichkeit bedeutet eine liebevolle Akzeptanz, eine Verringerung des Abstands zwischen Selbst- und Idealbild, und befreit.

Schließlich sind noch allgemeine Änderungen des *Stressempfindens und Stressausdrucks* zu nennen. Generell lässt sich sagen, dass Therapie nicht stressfrei geschieht, da die Klienten immer am Rande ihrer Möglichkeiten operieren, immer im Bereich der Abwehr, der Angst, des Stresses. Dabei ist zu beobachten, dass in einer gelingenden Psychotherapie der Disstress zu Gunsten des Eustress abnimmt (Heinerth 2000). Die Aufregung der Therapie wird immer weniger ängstigend, immer mehr anregend und spannend erlebt und kann an bestimmten Phänomenen beobachtet werden.

Klienten verändern ihre *Sitzposition*, meist schon am Anfang einer Therapie. Vom Sessel Besitz zu ergreifen bedarf einer gewissen Gelassenheit und Sicherheit, die erst erarbeitet sein will. Noch ängstliche Personen lehnen sich nicht an, sitzen auf der Stuhlkante, als gälte es, notfalls leicht fliehen zu können.

Die Art des *Atmens* des Klienten ist ein wichtiger Indikator für den Stresszustand, der sich im Laufe einer gelingenden Therapie verändert. Eine Angstatmung zeigt sich im hohen Luftniveau in der Lunge und der Atempause im eingatmetem Zustand. Klienten atmen bis zum Anschlag ein, können nicht weiter einatmen, und erleben dabei Angst (sie laufen dabei Gefahr, eine Hyperventilation zu erleiden). Die Verlagerung der Atempause von oben nach unten ist ein untrügliches Zeichen der Entspannung. Beim Erleben von Schmerzen ist die Atmung sehr tief, mit einer Pause im ausgeatmeten Zustand, gelegentlich unterbrochen durch Schluchzen. Trauerarbeit gelingt nur in diesem Zustand, der leicht erkennbar ist.

Ein weiteres Indiz für Entspannung sind *Darmgeräusche*. Von Klienten beschämt festgestellt, können sie eine Quelle des Lachens werden, wenn geklärt ist, dass sie den Übergang vom Stress zur Entspannung begleiten.

Eine weitere Änderung lässt sich an der *Hauttemperatur*, am leichtesten der Hände, feststellen. Typisch sind kalte Hände unter

Stress, warme bei Entspannung. Am Händedruck lässt sich (unter Berücksichtigung anderer Faktoren wie Außentemperatur und Inanspruchnahme des Kreislaufs, z. B. wegen Eile) der Stress-Zustand sowie seine Änderung feststellen.

Pseudoveränderungen

Es gibt Veränderungen, die positiv erscheinen, aber differenziert zu bewerten sind. So besteht immer die Möglichkeit, dass der Klient sich nicht für sich, sondern sich für den Therapeuten verändert. Dies ist eine Vorleistung, die als solche für den Beziehungsaufbau genutzt werden kann. Es ist jedoch nur ein Versprechen, das noch einzulösen ist.

Zunehmende Emotionalisierung der Gesprächsinhalte wurde angesehen als eine positive Veränderung. Es ist aber auch denkbar, dass es sich um einen hypomanischen Prozess handelt. Wenn es den Klienten zu plötzlich, zu unverständlich besser geht, ist ein gewisses Misstrauen angebracht.

Misstrauen ist auch dann angebracht, wenn Klienten sehr plötzlich aufgrund äußerer Umstände glücklich sind und es den Anschein macht, als ob Therapie nicht mehr nötig wäre. Die Veränderung gilt es zu genießen, aber auch wachsam zu begleiten. Eine wirkliche Veränderung im Sinne einer Verbesserung ist erst dann sicher anzunehmen, wenn die Zufriedenheit auch anhält bei neuen Enttäuschungen und gewöhnlichen Frustrationen, die der Alltag bereit hält. Insofern ist erst die relative Stabilität von Zufriedenheit als günstige Änderung zu bezeichnen, weniger einmaliges Glück – das aber hoffen lässt.

Es gibt eine Veränderung, die gegen Ende einer Therapie geschehen kann und es einläutet: Statt zu reden, *damit* man sich versteht, geschieht ein Reden, *weil* man sich versteht. Dabei geht es weniger um die Selbstexploration, um Aufbau und Gestaltung der Beziehung, sondern um das Leben dieser Beziehung, um sie beenden zu können. Es ist eine tastende Normalität, zunehmender Smalltalk zum Abschied.

Woran erkenne ich, dass kein Wachstum stattfindet?

Eine mangelhafte Veränderung, neben einer Symptompersistenz, zeigt sich darin, dass immer dieselben Inhalte vom Klienten vorgebracht werden. Dies ist ein untrügliches Zeichen dafür, dass sich der Klient im Kern dieser Geschichte noch nicht verstanden fühlt. Der Klient wird so lange versuchen, sein Problem auszubreiten, bis er sich verstanden fühlt, bis er fähig ist, einen Schritt zu tun. Dieser Schritt befähigt den Klienten, sein Problem in einem anderen Licht zu sehen, d. h. er kann aufhören, immer dasselbe zu berichten, weil er nun seine Erfahrungen anders sehen und bewerten kann, weitere oder neue Perspektiven in Angriff nehmen kann.

Was mache ich, wenn ich den Eindruck habe, es geschieht keine Veränderung?

Eine schnelle Antwort ist banal: Wenn das Problem beim Klienten liegt, spreche ich es an, wenn ich es bei mir sehe, spreche ich es in meiner Supervision an (und das eine schließt das andere nicht aus). Etwas differenzierter möchte ich die Frage getrennt für Persönlichkeitsgestörte und für Neurotiker beantworten.

Bei Frühen Störungen gilt es, Geduld zu haben und nicht in Aktionismus zu verfallen, wenn eine Veränderung nicht sichtbar ist. Ich formuliere „nicht sichtbar ist“, weil sehr gut eine Veränderung trotzdem unscheinbar stattfinden kann. Ich erinnere mich an einen Fall, wo ich nach 20 Sitzungen etwas verunsichert fragte, was eigentlich die Ziele der Therapie seien. Diese Frage bedeutete für die Klientin einen erheblichen Mangel an Empathie. Die Klientin, eine Borderline-Persönlichkeit, war zutiefst erschrocken, weil in der Frage mitschwang, dass nichts passiere, sie bei mir nicht richtig sei. Übersehen hatte ich, dass es 20 Stunden brauchte, um überhaupt Vertrauen zu fassen. Es musste erst meine Zuverlässigkeit getestet werden, die ich mit dieser Intervention infrage stellte. Bei Neurotikern zeigt sich eine Stagnation weniger darin, dass eine Veränderung nicht sichtbar ist, sondern eher darin, dass immer wieder dieselben Geschehnisse auf gleiche Art exploriert werden. Das ist ein Hinweis darauf, dass sich der Klient hier noch nicht voll verstanden und anerkannt fühlt. Es gilt nun, auf Zusammenhänge zu achten, die ich bisher zu wenig beachtet habe.

Wie verändere ich mich als Therapeut durch die Therapie?

Rogers' Formulierung, dass er in der Beziehung mit einem Klienten, in jeder einzelnen Sitzung, wächst, kann ich heute nur zustimmen. Wenn ich Psychotherapie als ein Beziehungsgeschehen betrachte, so ist es notwendig, dass ich mich einbringe, und wenn ich mich selbst einbringe, selbst auch öffne, so wie ich es vom Klienten auch erwarte, dann erscheint es mir unumgänglich, dass ich mich auch verändere. Das gilt im Kleinen, wenn ich z. B. besser gelaunt aus einer Therapie herausgehe als ich reingegangen bin, oder wenn ich bestimmte Prozesse im Klienten besser verstehe (d. h. empathischer geworden bin), als auch im Großen: Für mich war es sehr beeindruckend zu erleben, dass ich bestimmte junge Männer schlecht verstanden habe und leicht ungeduldig wurde, bis mir aufging, dass ich mich selbst in frühen Jahren auf dem Klientenstuhl habe sitzen sehen. Diese Erkenntnis hat mich für das wirkliche Leiden dieser Menschen, wie für meine eigene Biographie, öffnen können. Das Anschauen der Abwehr dieser Klienten hat mir geholfen, meine eigenen Verletzungen wohlwollend zu sehen und meine Abwehr zu verstehen. Ich habe diese Klienten gebraucht, um mich selber weiter entwickeln zu

können. (Diese Entwicklung ist kein Missbrauch, denn die Nutznießer waren am Ende diese Klienten selbst.)

Meine Veränderungen durch meine psychotherapeutischen Tätigkeiten kann ich nicht mehr übersehen. Nach 33 Jahren aktiver therapeutischer Arbeit muss ich mir eingestehen, dass meine Wahl, Psychologie zu studieren, nicht zufällig war. Die Wahl basierte auf einer Neugier auf den Menschen, sicher auf mich, auf ein Neuland, so wie ich es mir selber damals auch war, ohne mir dessen bewusst gewesen zu sein. Insofern kann ich allen meinen Klienten danken, dass ich in der Beziehung mit ihnen habe auch wachsen dürfen.

Literatur

Dies ist ein sehr persönlicher Bericht geworden. Man sehe es mir nach, dass ich nur eigene Veröffentlichungen in Betracht gezogen habe.

Heinerth, K. (1999), Die Notwendigkeit des Fremden für das Eigene, in: PAB 2

Heinerth, K. (2000), Von der Akuten zur Posttraumatischen Belastungsreaktion, in: PAB 1

Heinerth, K. (2002), Versperrte und verzerrte Symbolisierungen: Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis, in: Iseli, C./Keil, W.W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid P.F./Wacker P.G. (Hg.), Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 145–180

Heinerth, K. (2003), Psychotherapieverfahren: Gesprächspsychotherapie (Erwachsene), in: Behnsen et al., Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (Loseblattsammlung), Heidelberg (R. v. Decker), Abschnitt 1820

Autor

Klaus Heinerth, 1940, Univ.-Prof. Dr., Studium der Psychologie, Philosophie, Soziologie und Psychopathologie, Universitätsprofessur in Frankfurt/Main, seit 1983 in München, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder in Gesprächspsychotherapie (GwG), Psychologischer Psychotherapeut (PsychThG). 1969 Gründung der GwG, 1995 Gründung des Instituts für Gesprächspsychotherapie (IGT) in München, 1998 Gründung der Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG).

Korrespondenzadresse

*Prof. Dr. Klaus Heinerth
Department Psychologie
Leopoldstraße 13
D-80802 München
E-Mail: Klaus@Heinerth.de
Online: www.Heinerth.de*

Rosina Brossi

Unzeitgemäss?¹ Gedanken einer Praktikerin zum Thema Langzeittherapien

Zusammenfassung: Entlang den Äusserungen von Klientinnen und Klienten wird die Erfahrung mit Prozessen in Langzeittherapien nachgezeichnet. Die Klientinnen und Klienten machen deutlich, dass sie für den Aufbau der therapeutischen Beziehung und speziell für die Phasen von Stagnationen im Wachstumsprozess viel Zeit und eine verlässliche, nicht wertende Anwesenheit der Therapeutin brauchen. Beschrieben wird auch, was die „Langsamkeit“ dieser Prozesse jeweils für das Erleben und Verhalten der Therapeutin – das heisst für die Konkretisierung des Beziehungsangebotes – bedeutet. Die Prozessschritte, die im Laufe des Artikels sichtbar werden, zeigen, wie die in der Veränderungstheorie beschriebenen Prozesse bei Menschen stattfinden können, die an einer schweren psychischen Störungen leiden.

Schlüsselwörter: Langzeittherapie, therapeutisches Beziehungsangebot, Stagnation, schwere psychische Störung, Integration neuer Erfahrungen ins Selbstkonzept

Résumé: *Anachronique? Réflexions d’une praticienne sur le thème des thérapies de longue durée.* L’expérience de processus dans le cadre de thérapies de longue durée est dessinée au fil des propos de clientes et de clients. Les clientes et clients font comprendre qu’ils ont besoin, pour la construction de la relation thérapeutique et particulièrement pour les phases de stagnation dans le processus de croissance, de beaucoup de temps et d’une présence de la thérapeute qui leur inspire confiance et ne les juge pas. Il est également décrit ce que la « lenteur » de ces processus signifie chaque fois pour le vécu et le comportement de la thérapeute – c’est-à-dire pour la concrétisation de l’offre relationnelle. Les étapes de processus qui deviennent visibles au fil de l’article, montrent comment les processus décrits dans la théorie de la transformation peuvent se passer chez des êtres qui souffrent de troubles psychiques graves.

Mots-clés: *Thérapie de longue durée, offre de relation thérapeutique, stagnation, trouble psychique grave, intégration de nouvelles expériences dans le concept de soi*

Abstract: *Anachronistic? A practitioner’s reflections on long term therapy.* Using statements of clients, the author describes her experiences with processes in long term therapies. The clients make it clear that they need a lot of time as well as the therapist’s reliable, non-judgmental presence in order to establish a therapeutic relationship, specifically for the phases of stagnation in the process of growth. The author also describes the meaning of the “slowness” of such processes for the therapist’s experiencing and behaviour, that is how she implements the relationship offer. The steps within the process, which become visible in the course of the article, show how in human beings suffering from a severe disorder, the processes as described by the theory of change can take place.

Keywords: *Long term therapy, therapeutic relationship, stagnation, severe mental disorder, integration of new experiences into the self concept*

1 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Redaktion).

Einleitung

„Es ist meine feste Überzeugung, dass wir alle viel zu wenig langsam sind.“ (Robert Walser)

Sich heute einer solchen Überzeugung anzuschliessen, scheint mir ein eigentliches Wagnis. Ebenso nachfolgend zu beschreiben, wie ich mit einigen meiner Klientinnen und Klienten über Jahre zum Teil Jahrzehnte psychotherapeutisch gearbeitet habe. So lange, bis diese eine stabile und anhaltende positive Veränderung bei sich wahrnehmen konnten.

Während all dieser Jahre veränderte ich mich natürlich zusammen mit ihnen. Mein Vertrauen in den Personenzentrierten Ansatz wuchs. Meine am Prozess orientierte Sichtweise von gesundem, beziehungsweise gestörtem Erleben wurde differenzierter, und ich vertrete diese Sichtweise immer radikaler.

Und die Rolle der Zeit als eines wichtigen Aspektes im Veränderungsprozess gewann für mich zunehmend an Bedeutung.

Aus meiner Praxis kenne ich Therapien, die von ungefähr zehn bis hin zu fünfhundert Stunden dauern, verteilt über eine Zeit von einigen Monaten bis zu sechzehn Jahren. Es ist in Fachkreisen anerkannt, dass die Länge einer Therapie von verschiedenen Faktoren abhängt: zum Beispiel vom Alter der Klientinnen, von der Art und dem Ausmass ihres Leidens und von ihrem Umgang mit diesem. Dann auch vom gewünschten Ziel: Sollen die Symptome beseitigt werden oder sollen eine Veränderung des Selbstkonzepts und der interpersonellen Fähigkeiten erreicht werden (Eckert 2002, 445; Brockmann et al. 2002, 347).

Es besteht jedoch durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens ein immer intensiverer Druck, Veränderungsprozesse innerhalb immer weniger Stunden erreichen zu müssen. Dabei wird nicht spezifiziert, welche Prozesse für eine dauerhafte Veränderung nötig wären. Diesem Druck sehe ich oft auch Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten in der Psychotherapieausbildung ausgesetzt. Sie kommen damit schlecht zu Rande und fühlen sich ineffizient, sobald Prozesse längere Zeit brauchen.

Schreiben über meine Erfahrungen mit langjährigen Therapien bedeutet für mich, dass ich diesem Druck etwas entgegensetze. Ich möchte damit dazu ermutigen, sich weiterhin auf komplexe, unvorhersehbare, manchmal überraschende Prozesse einzulassen mit dem Ziel einer stabilen Veränderung des Selbstkonzeptes. Dies braucht Zeit. Unterschiedlich viel Zeit.

Im Folgenden werde ich vor allem über die Arbeit mit jenen Klientinnen berichten, deren therapeutischer Prozess von langen Phasen des Stagnierens gekennzeichnet war. Sie brauchten innerhalb der therapeutischen Beziehung viel Zeit, um bis anhin als bedrohlich erlebte Erfahrungen neu als Selbsterfahrungen in ihr Selbstkonzept

integrieren zu können. Es wird eine persönliche Auswahl von Momenten sein, die das Wesentliche meiner Erfahrungen mit schwierigen Prozessen zeigen sollen. Ich werde die Klientinnen und Klienten selber über ihre Erfahrungen und deren Bewertung berichten lassen. Sie sind es, die mich vor allem gelehrt haben, genau hinzuhören. Dabei werde ich weniger Inhalte hervorheben, sondern zeigen, wie sie starres Erleben, das ja im Dienste der Selbsterhaltung steht, ausdrücken und wie eine Entwicklung zu flexiblerem Umgang mit Erleben spürbar werden kann. Ich werde sie zudem über ihren Veränderungsprozess berichten lassen und darüber, welche Wirkfaktoren sie in der therapeutischen Beziehung wahrgenommen haben.

Ich werde auch meinen eigenen Erfahrungsprozess bei der Begleitung dieser Prozesse beschreiben, mein Stagnieren, meine Angst und meine Hoffnung, die mich immer wieder antreibt. Dann möchte ich über meine eigene Veränderung berichten, die diese Begleitung bei mir auslöste.

Stillstand oder Veränderung in Zeitlupe?

Zeitlupe ist eine Technik, die bei Normalgeschwindigkeit mit freiem Auge nicht sichtbare Dinge sichtbar machen kann.

Stagnierende oder fragile Prozesse sind langsame Prozesse. Der Weg der Veränderung ist lang, weil sich früh in der Entwicklung der betroffenen Personen nur ein brüchiges Selbst bilden konnte. Dies führte zu weiteren schwierigen Erfahrungen. Das Tempo der Veränderung ist langsam, denn es ist sehr schmerzhaft, diese Erfahrungen zuzulassen. Deshalb besteht eine starke Ambivalenz im Umgang damit. Veränderungen werden gewünscht, ja herbeigesehnt und gleichzeitig gefürchtet. Bewältigungsstrategien werden als lästig erlebt und doch auch benötigt. Auf Beziehungen ist man angewiesen und doch erscheinen sie einem auch bedrohlich.

So ist es für mich als Therapeutin nötig, selber das Tempo zu drosseln, mich auf diese ganz langsamen Bewegungen einzustellen, aufmerksam darauf zu sein. Mich darauf einstellen, heisst, mich um bedingungslose Wertschätzung zu bemühen. Mir scheint oft, dass ich als Zeugin gebraucht werde, die diese minimalen Bewegungen wahrnimmt und das Wahrgenommene mitteilt. Die Bewegung friert manchmal fast ein, es wäre leicht, sich davon ab- und Bewegterem zuzuwenden. Ein feiner Übergang, eine leichte Veränderung würde so nicht wahrgenommen, manchmal auch ein unerwarteter Sprung übersehen. Ich erlebe es oft als anstrengend, genau da zu bleiben, an diesen unscheinbaren, diffusen Übergängen, dieses fast Immobilen zuzulassen. Es sieht ja aus wie Nichtstun, „was mache ich da überhaupt?“, denke ich dann oft. Trotz besseren Wissens löst das manchmal Scham- und Insuffizienzgefühle bei mir aus.

Wenn die Veränderung als zu beängstigend erlebt wird, gilt es auch zuzulassen, dass nach einer Vorwärtsbewegung wieder ein Schritt rückwärts erfolgen kann.

Doch entsteht so – für mich immer wieder neu und eine Überraschung – eine Bewegung vorwärts, die sich weiterschraubt, manchmal minim, dann wieder sprunghaft, meist unvorhersehbar.

Und das Ganze ist nur möglich, weil mein Bemühen, das alles nicht zu bewerten und zumindest ansatzweise zu verstehen, auch als solches mit all dem damit verbundenen Misstrauen von den Klientinnen wahrgenommen wird.

Anhand von deren Aussagen möchte ich nun mögliche Ausdrucksformen von Stagnation im psychotherapeutischen Prozess aufzeigen. Ich habe die Gesprächsausschnitte wohl übersetzt, sie aber aus Gründen der Authentizität nahe am Schweizerdeutschen gelassen.

„Eigentlich wollte ich gar nicht kommen“

„Eigentlich wollte ich gar nicht kommen, weil es mich einfach angeschissen hat, aber ich habe einfach gedacht, jetzt gehst du trotzdem noch, ja irgendwie ist es nicht fair, wenn ich das dann einfach vergesse ... Vielleicht weil ich auch im Moment wieder nicht so recht weiss, wie geht es mir eigentlich, ähm, ich merke, dass ich sehr schnell aus dem Gleichgewicht gerate, ja. Ich will dann jeweils nicht darüber reden und nicht wirklich hinschauen, wie es ist, oder nicht wirklich nachspüren müssen, ich glaube, es kommt dann jeweils ein Haufen zusammen, es ist einfach dann: ‚äh, ja, leck mich doch am Arsch‘, also nicht gegen Sie ... Ja, ich habe mir dann auch gesagt, ich kann ja kommen und das erzählen und kann dann wieder gehen, muss ja auch nicht die ganzen 50 Minuten dasitzen, ähm, ja viel gibt es irgendwie nicht, doch, es gibt schon einiges.“

Frau A. (24-jährig) „kam“ schon seit über zwei Jahren in Psychotherapie. Ihre Angst und Ambivalenz drückte sie bis dahin aber nicht verbal im Kontakt mit mir aus, sondern in ihrem Verhalten. Sehr oft kam sie einfach nicht, „vergass“ es, vor allem anfänglich. Später entschuldigte sie sich manchmal vor, manchmal nach der Stunde auf dem Telefonbeantworter. Oft brauchte es von mir eine schriftliche Nachfrage, damit sie sich wieder melden konnte. Sie schämte sich über ihr, wie sie sagte, unreifes Verhalten. Manchmal meldete sie sich von alleine wieder. Nach einer etwa dreimonatigen Pause verblüffte sie mich mit der Aussage, sie wolle wieder kommen, weil ihr der „wertfreie“ Raum gefehlt habe. Der obenstehende Gesprächsausschnitt stammt aus der darauf folgenden Stunde. Ich habe mich darüber gefreut, zeigt sie doch damit eine Veränderung: sie drückt ihre Erfahrung neu unmittelbar in der Beziehung aus und versteht, dass es in der Psychotherapie gerade darum geht. Ich war mir sicher, dass nun eine neue Phase begonnen hatte.

Meine Reaktion auf das Verhalten der Klientin war in diesen Jahren ambivalent. Auf der einen Seite war mir die Tatsache, dass sie immer wieder erschien, eine Bestätigung, darauf zu vertrauen, dass sie mit dem psychotherapeutischen Angebot ansatzweise die Hoffnung verband, etwas positiv verändern zu können. Ihr Nichtkommen löste bei mir aber gelegentlich Unsicherheit und auch Wut aus. Ich musste immer wieder darum ringen, sie mit ihrer Abwehr

anzunehmen und damit weiter auf ihre Möglichkeit zur Veränderung zu vertrauen. Ihre trotzig pubertäre Art ging mir zuweilen auf die Nerven, doch spürte ich das ungeliebte, bedürftige Kind dahinter, das ich nicht aufgeben konnte.

Die Klientin hat sich mittlerweile vermehrt auf die therapeutische Beziehung eingelassen. Doch darüber werde ich weiter unten berichten.

„... wenn ich zu Hause bin, ist das Wollen plötzlich weg“

Stagnation im Wachstumsprozess wird vor allem in Phasen spürbar, in denen sich die Selbsterhaltung gegenüber der Selbstentfaltung behaupten will. Dabei nimmt das Klagen über die Symptome oft breiten Raum ein, und die dahinterliegenden Gefühle werden vermieden, bisweilen ziemlich abrupt abgewehrt. Obwohl die Symptome als lästig erlebt werden, können sie nicht aufgegeben werden.

Dieses Dilemma beschreibt Frau B. (40-jährig), die wegen ihrer Alkoholsucht schon mehrere Entziehungskuren hinter sich hat und trotz multidisziplinärer Unterstützung immer wieder rückfällig geworden ist, so:

„Ich möchte aufhören, wegen der Kinder – obwohl, vielleicht finden sie es gar nicht so schlimm, ich versuche ihnen ja alles zu geben. Immer wenn ich weg bin, auch als ich in der Suchtklinik war, will ich aufhören. Wenn ich zu Hause bin, ist das Wollen plötzlich weg ... Manchmal habe ich schon Angst vor den Folgen, doch oft nicht wirklich.“

Frau B. beteuert immer wieder, wie gerne sie das Problem weg hätte, vor allem, weil sie sich dann weniger schämen und sich nicht so schuldig fühlen müsste. Sie versucht auch immer wieder ernsthaft, etwas dagegen zu unternehmen. Ist sie aber rückfällig, versucht sie ihr Leiden zu verharmlosen. Sie spricht nur dann über ihre Sucht, wenn ich sie darauf anspreche. Dann fühlt sie sich entlastet und ist für einen Moment bereit, zu explorieren.

Frau C. (30-jährig) hingegen hat nicht gerne, wenn ich meine gefühlsmässige Reaktion auf die von ihr beschriebenen Erfahrungen ausdrücke. Sie reagiert ärgerlich:

„Nein, so schlimm war das nicht, ich finde, dass Sie übertreiben, nein, das hat mir nichts ausgemacht. Ich dachte einfach, jetzt spinnt er mal wieder (der jähzornige Vater). Ich habe mich einfach in mein Zimmer eingeschlossen.“

Sie wird von verschiedensten Ängsten und diffusen Schuldgefühlen geplagt, die sie im Alltag einschränken. Sie findet es aber „komisch“, dass ihre Ängste etwas mit ihren Erfahrungen zu tun haben sollen. Ihre eintönigen Beschreibungen von Erlebnissen wirken oft leblos. Darauf angesprochen, äussert sie:

„Ja, ja, da war auch nichts, ich lebte wie unter einer Käseglocke, ich lebte eigentlich gar nicht, so von zwölf bis ich etwa vierundzwanzig war, ging das so.“

Sagt's und will nichts mehr damit zu tun haben, sondern beginnt sofort über etwas weniger Bedrohliches zu sprechen.

Wieder etwas anders mit ihrer Ambivalenz geht die an Panikattacken leidende 45-jährige Frau D. um. Die Stunden mit ihr verlaufen meist ähnlich: am Anfang beklagt sie sich über die Symptome, sucht nach Erklärungen, nach Lösungen, um dann vermehrt Gefühle zuzulassen. So fühlt sie sich zum Beispiel unfähig, eigene Wünsche auszudrücken, sowohl solche nach mehr Nähe, vor allem aber auch solche, die ihre Grenzen betreffen.

„Ich habe oft das Gefühl, ich bekomme keine Luft mehr, in den unpassendsten Momenten, kaum ist es ruhig und ich muss ruhig sitzen, dann ist das so. Es wäre eine lockere Sache eigentlich, doch es passiert mir in letzter Zeit häufig, vor allem wenn es unpassend ist. Es darf nicht unpassend sein, und ich kann es niemandem sagen. Platzangst, das kann ich sagen, das ist eine gesellschaftlich anerkannte Panik. Beim Essen komme ich auch so in eine Panik, dann sage ich, ich habe eine Erkältung ... Ich habe das Gefühl, ich kann sowieso nur mir selber helfen, wieso soll ich dann das jemandem erzählen ... Aber ich wäre extrem froh, wenn das aufhören würde. Stattdessen wird es immer stärker, so 2-3 mal am Tag, keine Luft, das Herz hört auf klopfen ... Es muss irgend etwas sein, das mich plagt. Etwas, das mir zu nahe kommt. Es hat immer etwas mit Luft und mit Schlucken zu tun. Es hängt vielleicht schon auch damit zusammen, dass es für mich so schwierig ist, irgend welche Schwächen zuzugeben, das, was ich als Schwäche anschau.“

Mit Hilfe der therapeutischen Beziehung kommt Frau D. in den Stunden ihrem Erleben jeweils etwas näher, wenn ihr auch ganz vieles sehr unverständlich erscheint. Zwischen den Stunden ist sie mit diesem noch Unklaren überfordert. Dass die Symptome stärker werden, zeigt aber, wie sehr sich das Erleben aktualisiert.

Zum Schluss dieses Kapitels lasse ich noch die umtriebige Frau E. (28-jährig) sprechen. Sie hüpfte in der Stunde von einem Thema zum andern und schaut, dass ich ihr ja nicht zu nahe komme, indem sie mich mit ihren Erlebnissen überhäuft und mich möglichst nicht zu Wort kommen lässt. Sie drückt am deutlichsten aus, wie sehr es ihr zuwider ist, sich früheren schmerzhaften Erfahrungen zuzuwenden:

„Aus irgendeinem Grund habe ich plötzlich an meinem Ex-Mann gedacht, aber ich will nicht daran denken, das war ein anderes Leben, das ist jetzt abgeschlossen. Ich versuche, ihn als Mensch und die Zeit des gemeinsamen Lebens so weit als möglich fortzuschieben, weil für mich das Ende von dieser Ehe so schlimm war. Da möchte ich nicht mehr dran denken, ich möchte das alles in einen Schuhkarton reinpacken und verstauen und fort damit, in den Rhein werfen ... Ja, aber es ist, weil ich das selber so verdränge, wenn ich in Basel bin denke ich immer, hoffentlich läuft er mir nie mehr über den Weg, das ist irgendwie ziemlich unverdaut, das Ganze.“

In all diesen Gesprächsausschnitten begegnen wir dem Dilemma, Erfahrung abzuwehren oder ansatzweise zuzulassen. Da ein Dilemma immer eine Wahl zwischen zwei nicht wirklich guten Alternativen bedeutet, ist eine Entscheidung sehr schwierig! Das Erstarren geht auf Kosten der eigenen Lebendigkeit, beim vermehrten Zulassen setzt man sich etwas Unbekanntem, Bedrohlichem aus.

Für mich als Therapeutin ist es natürlich angenehmer, wenn Bewegung in die Stagnation kommt, sie nährt mein Vertrauen auf Veränderung und ich kann „etwas tun“, nämlich mit der Klientin zusammen das erst Angedeutete vermehrt zu verstehen suchen. Ich kann einen flexibleren Symbolisierungsprozess begleiten.

Doch weiss ich, wie schmerzhaft das Zulassen von bestimmten Erfahrungen sein kann, und dass es deshalb naheliegend ist, sich dagegen zu wehren.

Der Umgang mit dem Stagnieren ist für mich herausfordernder. Er konfrontiert mich mit eigenen unangenehmen Gefühlen und negativen Bewertungen „Jetzt hab dich doch nicht so!“, „Sei doch nicht so feige!“, „Ist das mühsam!“, gehört zum Freundlicheren, was sich in Gedanken bei mir abspielt. Ärgerlich machen mich vor allem die Bewältigungsstrategien, die mein Bemühen um Verstehen allzu offensichtlich unterwandern. Das Trennende in der therapeutischen Beziehung kann mich sehr belasten. Ich brauche Raum für meine schwierigen Gefühle, innerlich oder in der Supervision, sie gehören zu diesem Zeitpunkt nicht in die therapeutische Beziehung.

Verstehe ich mich in meinen Gefühlen, gelingt es mir auch wieder, die Klientinnen in ihren zu verstehen. Ich kann ihnen wieder besser in ihrer Erfahrung begegnen, darin, dass sie für diese bis jetzt abgewehrten Gefühle nie Anerkennung fanden und Angst davor haben, dass diese Erfahrung sich hier wiederholen könnte. Dieses empathische Wissen entlastet die therapeutische Beziehung.

„... ein einziges Chaos“

„Es ist gemein, hier zu sitzen und nicht abschalten zu können, so viele Gedanken gehen mir durch den Kopf, drehen sich im Kreis, ein einziges Chaos. Mein Körper schmerzt, ist gespannt, ich möchte heulen können, aber es geht kaum. Ich mag mich diesem Lebenskampf nicht mehr stellen. Ich habe solche Angst. Zur Zeit fühle ich mich aus allem herausgerissen, nehme mich selber aus allem raus, weil ich das Gefühl habe, ich bin nur etwas und nur wichtig, wenn ich erzählen kann, was ich alles geleistet habe.“ (Frau F., 36-jährig)

Ist das Festhalten an Symptomen ein Versuch, Distanz zum eigenen Erleben zu behalten, entsteht im Chaos, in welchem Ängste übermächtig werden, zu viel Nähe dazu. Auch so können Erfahrungen nicht angemessen symbolisiert werden. Drängt Erleben, das bis anhin nicht zugelassen werden konnte, an die Oberfläche, oft besonders schmerzhaft bei schwer traumatisierten Menschen, können Krisen auftreten, je nachdem werden Kriseninterventionen nötig.

Frau A., die sich nun, wie ich oben beschrieben habe, vermehrt auf die Therapie eingelassen hat, ist momentan in einer akuten Krise. Es wird konkret spürbar, was sie mir und sich bisher nicht zumuten wollte: sie beginnt über ihre latente Suizidalität zu sprechen, darüber, wie sie ihren Selbstmordversuch, den sie mit sechzehn Jahren beging, erlebt hat. Sie sehnte sich seit ihrem zwölften Lebensjahr, als ihr geliebter an Aids erkrankter Onkel gestorben sei, nach einem

friedlicheren Ort, wo sie nie mehr geplatzt würde, wo sie geliebt würde. Sie ist traurig und verzweifelt, fühlt sich auf dieser Welt nicht willkommen und ihr Zustand beängstigt sie:

„Ich hoffe immer, das hört jetzt dann auf mit dem Weinen, tagelang weine ich, am Morgen schon, ich mag jetzt dann nicht mehr. Es sollte doch aufhören, aber ich falle immer weiter nach unten. Ich habe Angst. Sie möchten mich jetzt sicher in die Klapsmühle stecken, Sie denken sicher, ich spinne.“

Sie braucht mich jetzt sehr, bleibt aber misstrauisch und unsicher, ob ich sie aushalten und halten kann.

Lange Zeit hatte ich das Gefühl, mit Frau G. (46-jährig) im Nebel herumzuirren. Sie kam mir vor wie eine Überlebende, die sich an die therapeutischen Beziehung wie an einen Strohhalm klammerte. Sie war ständig sehr traurig, weinte meist, war oft mit psychotischem Erleben beschäftigt. Im Alltag fand sie gegenüber anderen Menschen – vor allem Männern – keine Möglichkeit, sich zu schützen. Sie erzählte mir erst nach Monaten von der jahrelangen sexuellen Ausbeutung durch ihren Onkel. Warum erst nach so langer Zeit, obwohl ich sie nach möglichen Grenzüberschreitungen gefragt hatte? Sie habe gedacht, es sei nur der Onkel gewesen. Dies sei ja sicher nicht so schlimm, der habe ja nicht so richtig zur Familie gehört. Von der massiven Gewalt, der sie von Seiten ihres Vaters ausgesetzt gewesen war, hatte sie schon früher erzählt. Der gehörte zur Familie.

Ab diesem Zeitpunkt hat sich der Nebel gelichtet, das psychotische Erleben verschwand. Aber es folgten Jahre mit immer neuen, zum Teil massiven Krisen, begleitet von Depressionen, von somatischen und psychosomatischen Krankheiten. In einer dieser Krisen entstand das folgende Gedicht, das etwas von ihren Gefühlen zur Zerstörung ihrer Integrität erahnen lässt.

Einsamkeit

schwarzes Messer unter dem Herzen,
eingewachsen in's Gedärme
Berührung erzeugt brennenden Schmerz
ich möchte so nicht leben

Sehnsucht nach Nähe
Sehnsucht nach Berührung
Sehnsucht, dass jemand das Messer entfernt,
die Klinge entschärft,
dass ich mich bewegen kann,
dass ich mich berühren lassen kann.

Angst vor Nähe,
Angst vor dem Schmerz,
Hass gegen den, der mich berührt,
der das Messer bewegt,
brennender Schmerz,
ich möchte so nicht leben

Damit Chaos überhaupt aushaltbar ist, bin ich als Therapeutin diejenige Person, die den Überblick und die Hoffnung behalten muss. Diejenige, die ernst nimmt, wie schlimm diese Erfahrungen wirklich sind. Ich muss in meiner Betroffenheit spürbar sein, ohne dass ich

selber die nötige Distanz verliere. Ich muss bereit sein, Zusatzstunden und Telefonkontakte anzubieten.

Es gilt das Wachstumspotenzial, das in diesen Krisen liegt, wahrzunehmen. Krusten werden aufgeweicht, Erleben wird zugänglich, eine Integration von neuen Selbsterfahrungen ins Selbstkonzept wird möglich.

Ich fühle mich in dieser Phase einer Therapie meist freier. Die Klientinnen haben manchmal keine andere Wahl mehr, als sich auf mich zu verlassen, und ich habe das Gefühl, dass dadurch mein Bemühen um Akzeptanz eher wahrgenommen wird.

Die zentrale Erfahrung, die die Klientinnen bis dahin machen konnten, scheint mir diejenige zu sein, dass ich sie nicht aufgebe. Dass ich sie in ihrem So-Sein wahr- und annehme. Sowohl dann, wenn sie sich auf die Symptome und wenn sie sich aus der Beziehung in sich zurückziehen. Aber auch dann, wenn sie sich an der Beziehung wie an einem Rettungsanker festhalten. Das ist das Mindeste und gleichzeitig das Meiste, was ich ihnen anbieten kann. So können sie sich mit der Zeit aus der Erstarrung lösen und allmählich den Mut fassen, neue Selbsterfahrungen zu machen und neue Schritte zu wagen.

Aber wie erleben Klientinnen selbst ihre Veränderung? Was erleben sie als wirksam in der therapeutischen Beziehung?

Bewegende neue Selbsterfahrungen

„Ich bin jetzt wirklich flexibler geworden“

Frau H. (45-jährig) kommt seit vielen Jahren in die Therapie. Anfänglich als eine auf dieser Welt total verlorene Existenz. Sie konnte mit mir kaum in Kontakt treten. Jahrelang war die Therapie für sie einfach überlebensnotwendig. Seit einiger Zeit kann sie das in der Beziehung mit mir neu Erfahrene im Alltag vermehrt umsetzen.

Sie kam zehn Minuten zu spät in die Stunde, weil sie eine Fahrradpanne gehabt hatte.

„Ich habe mich nicht mal so aufgeregt, ich habe gedacht, es ist jetzt einfach so, jetzt versuche ich das Beste daraus zu machen. Seit ich Fahrrad fahre, hatte ich ja schon viele Reifenpannen. Was mir auffällt: ich bin jetzt wirklich flexibler geworden im Handeln. Manchmal denke ich jetzt, es ist besser, den Zug zu nehmen. Früher dachte ich gar nichts. Wenn ich eine Reifenpanne hatte, hatte ich schon fast das Rad draussen, also, ich habe gar nicht überlegt, ist das jetzt schlau, hier den Reifen zu flicken, oder gäbe es noch andere Möglichkeiten. Ja, da merke ich jetzt eigentlich schon einen Fortschritt ... also irgendwie scheint es mir, ich verliere mich nicht so in der Situation, ich bleibe bei mir ... ich frage mich, was wäre jetzt das Beste ... ich hatte kein schreckliches Gefühl mehr. Das zeichnet sich überall ab. Ich fühle mich nicht mehr ausgeliefert. Ich kann Sachen jetzt auch mehr von aussen anschauen.“

Es wird deutlich spürbar, wie sehr sich Frau H. heute mit dem Leben verbunden und dadurch bereichert fühlt.

Auch im nächsten Ausschnitt berichtet eine 35-jährige Klientin mit sichtlichem Stolz von ihrer Veränderung im zwischenmenschlichen Verhalten:

„Ich habe einen lang gehegten Vorsatz, mal mit meinen Eltern deutlicher zu reden, umgesetzt. Ich glaube, ich war oft zu wenig deutlich, nicht laut, immer anständig, was schon tief in mir drin sitzt. Jetzt habe ich's total gut erlebt, also ich habe mich anders gefühlt. Ich konnte meine Anliegen gut und sec hinlegen. Sie, es war unschlagbar! Mein Vater wie ein Fisch, der nach Luft schnappte, versuchte immer wieder dazwischenzureden. Ich habe mein Alter reingebracht, was mir gut täte an Unterstützung von ihnen, die Verantwortung übernehme ich schon selber. Für mich war das wie eine Befreiung, ich spürte viel Energie. Ich kann ja etwas verändern an dieser Beziehung, bin nicht darauf angewiesen, dass meine Eltern etwas verändern. Ja, es muss von mir kommen. Ich darf mich durch ihre möglichen Reaktionen nicht zu sehr daran hindern lassen.“

In dieser Phase der Therapie verändert sich auch die therapeutische Beziehung. Ich werde zunehmend als ein Gegenüber wahrgenommen, dessen Reaktionen interessieren. Frau I. (33-jährig) war unsicher, ob sie die Therapie beenden sollte oder ob sie noch weiter kommen wollte:

„Ich habe mir lange überlegt wegen dem Weitermachen und es stimmt auf jeden Fall. Dass ich es mir so lange überlegen musste, hat auch mit der Frage tun, ob ich mir in etwas Wichtiges dreinreden lasse. Ich habe es aber toll gefunden, was Sie mir dazu gesagt haben, wie Sie das so klar spezifiziert haben und ich finde das auch schön, dass Sie sich so Überlegungen zu mir machen. Ich habe halt gedacht, du solltest es jetzt selber schnallen, aber ich merke ja, wie es mir gut tut. Erst seit ein paar Wochen merke ich auch in meinem Verhalten Veränderungen: ich wehre mich mehr gegen Leute, die mir zu nahe treten. Ich lasse aber auch mehr auf mich zukommen im Positiven, habe weniger Angst, wenn etwas zwischen mir und einer andern Person ins Rollen kommt.“

Frau K. (39-jährig), die anfänglich unter schweren Zwängen und Zwangsgedanken litt, hat in der Zwischenzeit eine Ausbildung gemacht und sich ein eigenständiges, zufriedenstellendes Leben aufgebaut. Sie wird sich immer wieder schmerzlich bewusst, dass ihrer Veränderung auch Grenzen gesetzt sind. Hier beschreibt sie, wie es für sie ist, wenn an sie viele Anforderungen gleichzeitig gestellt werden:

„Es ist für mich immer ein Stück weit: ja, so ist das Leben, es ist so, aber ich merke dann immer, dass ich, wie soll ich sagen, dass ich dann da Mühe habe, dass ich überfordert bin. Es ist zu schnell und zuviel. Wenn ich etwas höre oder sehe, auf das ich reagieren sollte, da bleibt es bei mir lang hängen, so muss ich es beschreiben. Wenn ich aus Distanz schaue, gefällt mir das Leben so, ich finde es hat einen guten Rhythmus, aber ich komme manchmal emotional einfach nicht nach. Es ist, ach es ist schade, dass ich nicht mehr kann ... Vielleicht ist schon das das Leben, immer wenn etwas ist, dann geht es ja schon wieder weiter ... (sehr leise) das ist, glaube ich, schon eine Kunst, wenn man das kann, von einem zum nächsten gehen. Es geht ja um die Gefühle, und das kann ich nicht so schnell – uff – ...“

Wir begegnen hier selbstverantwortlich handelnden Personen, die ihre Möglichkeiten erweitern konnten und sich ihrer Grenzen bewusst sind. Dies hat wiederum einen Einfluss darauf, dass sie sich selbstbewusster verhalten können.

Machen Klientinnen ihre Veränderungen im Selbstkonzept so spürbar, empfinde ich eine tiefe Dankbarkeit. Es beglückt mich, nach langer von Stillstand, Verzweiflung und Trauer geprägten Zeit, daran teilhaben zu dürfen. Leitete mich vorher das Hoffen darauf, dass Veränderung möglich ist, bin ich in diesen Momenten tief berührt, wenn das Wachstumspotenzial so deutlich seinen Weg findet und so differenziert ausgedrückt werden kann.

„Ich konnte Vertrauen aufbauen“

Es kommt vor, dass ich den Abschluss einer Therapie nach so vielen Jahren der gemeinsamen Arbeit als abrupt erlebe. Als hätte etwas in mir gar nicht mehr mit dieser Möglichkeit gerechnet. So erging es mir auch bei Herrn L. (50-jährig), dessen Therapie fünf Jahre gedauert hat. Er war ein rigider und verschlossener Mann. Im Laufe der Therapie erlitt er zwei psychotische Zusammenbrüche. Er musste jeweils in die Klinik eintreten. Zu meinem Erstaunen wollte er danach jeweils die Therapie bei mir fortsetzen. Ich erlebte ihn mir gegenüber als sehr misstrauisch, und das setzte mir zu. Die Stunden mit ihm waren deswegen und weil er sich lange Zeit im Kreis drehte und nichts finden konnte, wofür er sich hätte interessieren können, anstrengend. Alles und Alle enttäuschten ihn immer wieder. Dann, ich war wirklich überrascht, entschloss er sich zu einer beruflichen Weiterbildung im landwirtschaftlichen Bereich. Vor dieser hatte er sich bis anhin sehr gefürchtet. Die Weiterbildung gefiel ihm, er wurde beweglicher. Er beschloss, wiederum überraschend für mich, die Therapie abzuschließen. Nach der letzten Stunde bekam ich eine Postkarte von ihm: ein Seerosenbild von Monet. Er sandte mir „blumige Grüße“ und schrieb:

„wie bereits erwähnt, bin ich Ihnen für die Therapie dankbar, ich konnte Vertrauen aufbauen, auch im Leben und viel lernen: meine Wünsche präzisieren, Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden, Konfliktsituationen angehen.“

Frau G., deren Gedicht ich weiter oben zitiert habe, begleitete ich am längsten, insgesamt über 16 Jahre, zeitweise in geringer Frequenz. In diesem Zeitraum begann sie zunächst eine Lehre, später absolvierte sie erfolgreich ein Studium und arbeitete an verschiedenen Stellen im sozialen Bereich. Sie lebte in verschiedenen Wohngemeinschaften, einige Zeit mit einem Partner, heute lebt sie alleine. Ich hatte mich darauf eingestellt, dass sie „ewig“ kommen würde.

Der Prozess mit ihr war oft sehr schmerzhaft. Er war gekennzeichnet davon, dass die Klientin immer von Neuem Wünsche und Vorstellungen loslassen musste. Fast alles, was sie sich in ihrem Leben aufzubauen versuchte, musste sie wieder aufgeben, da sie sich in der jeweiligen Situation nicht schützen konnte und ihr meist nur der Ausweg in die Krankheit blieb. Nachdem sie an ihrer letzten Stelle lange krankgeschrieben war, rang sie sich mit Unterstützung von mir und der eines Psychiaters dazu durch, eine Invalidenrente zu beantragen.

Danach ging es ihr langsam besser. Es gelang ihr nun – unter we- niger Druck –, sich besser zu spüren, zu wählen, wo sie sich einlassen wollte und wo nicht, Wünsche zu äussern. „Plötzlich“ auch denjeni- gen, die Therapie abzuschliessen. Sie spüre, „dass das stimme“, ob- wohl es ihr auch Angst mache. Anfänglich verunsichert, unterstützte ich sie darin. In der Schlussstunde wollte sie keine Rückschau halten, das käme ihr zu nahe, sagte sie. Sie wollte aber ein Nachgespräch vier Monate später. Bei diesem wirkte sie sehr lebendig auf mich. Sie habe schon noch ihre Krisen, sagte sie, aber sie spüre viel mehr Energie, könne das Leben auch geniessen und ihre Freundschaften pflegen. Sie sei froh um die Rente. Sie sei aber auch froh, dass das Geld knapp reiche. Ihre Sparsamkeit betrachte sie als ihren eigenen Beitrag dazu. Sie sei mit der Beraterin bei der Invalidenrente auch im Ge- spräch, weil sie gerne wieder einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen möchte, gerne „für Menschen etwas tun, aber nicht mehr so nahe mit Menschen zusammen sein.“ Sie sagte im Nachgespräch:

„Es tut mir gut, dass ich nach dieser langen Zeit, die Therapie abschlies- sen konnte. Wobei ich betonen möchte, dass ich keine einzige Stunde zuviel gekommen bin“ und „ich war noch nie so nahe bei mir selber.“

Einen breiten Raum nahmen darauf ihre Fragen an mich ein: wie es meinen (inzwischen erwachsen gewordenen!) Söhnen gehe und wie ich mich in meiner neuen Wohnung fühle. Wir sprachen über die neuesten Filme, die wir gesehen hatten. Es wurde deutlich, die The- rapie war abgeschlossen. Unsere Unterhaltung nahm die Form eines freundschaftlichen Gespräches an. Ich konnte mich von jemandem verabschieden, der von einer überlebenden zu einer lebenden Per- son geworden war.

„Ich habe Ihre Wahrnehmung und Ihre Akzep- tanz immer sehr geschätzt und gebraucht“

Zum Schluss kommen Klientinnen mit Aussagen zu den Wirkfaktoren der Therapie zu Wort. Zuerst Frau M. (44-jährig), die eine sechsjäh- rige Therapie abschloss:

„Ich musste in dieser Zeit viel aufgeben. Sie arbeiteten mit mir an mei- nem Selbstwert, dass ich mich selber besser wahrnehmen und erst- nehmen lernte. Ich habe Ihre Wahrnehmung und Ihre Akzeptanz immer sehr geschätzt und gebraucht. Ich ging immer beruhigt von Ihnen weg. Sie haben mir gut getan. So habe ich habe Kampf gegen mich selber beenden können.“ (Frau M.)

Frau F., die die Therapie nach zehn Jahren abschliessen wollte, sagte in der letzten Stunde:

„Vielleicht finden Sie komisch, was für mich so Wendepunkte in der Therapie gewesen sind: einmal, als ich mich innerlich gegen Sie und mich verschloss und ich mich ziemlich elend fühlte, haben Sie mir einen Tee gemacht. Als zweites fällt mir ein, dass Ihr Hund, (der sich nie in meinem Praxisraum, sondern in der Küche aufhält) einmal zu mir ins Wartezimmer geschlichen kam und seinen Kopf auf meinen Oberschen- kel legte. Da dachte ich: ‚Wenn Ihr Hund mich mag, dann bin ich doch nicht so schlecht.‘“

Die schwer traumatisierte Frau N. (30-jährig) begleitete ich neun Jahre. Sie sagte am Schluss:

„Ihre Geduld hat mir sehr geholfen. Sie haben mir nie das Gefühl gege- ben, dass ich schneller vorwärts kommen müsste. Sie haben mich ge- lehrt, dass es am meisten hilft, etwas zu akzeptieren, wie es ist. Wenn mir das heute nicht gelingt, stelle ich mir immer vor, was Sie jetzt zu mir sagen oder was Sie mich fragen würden.“

Frau O. (33-jährig) sagte in ihrem Abschlussgespräch:

„Seit ich mich besser spüre, bin ich offener für andere. Ich empfand die Arbeit hier mit Ihnen als eine zutiefst soziale. Was ich mit Ihnen erlebt habe, kann ich jetzt auch übertragen auf andere Beziehungen.“

Sie schenkte mir zum Abschied ein schönes Büchlein aus ver- schiedenen, von ihr mit Text ergänzten, Postkarten. Ihre Aussagen stehen als letzte in dieser Darstellung des therapeutischen Prozes- ses aus Klientinnensicht:

„– Manchmal war mir alles zuviel und sehr undurchsichtig“ (auf der Karte sieht man eine Frau, die von vielen Körben fast verdeckt ist).

„– Manchmal fand ich es sehr schwer, mich zu verstehen“ (ein Hase mit Zebrastrreifen).

„– So oft ging mir alles zu langsam – ich schien mir zu langsam“ (eine Schnecke, die einen Frosch auf ihrem Haus trägt).

„– So oft haben Sie für mich hingeschaut“ (ein Ausschnitt, der vor allem die Augen eines Schlittenhundes zeigt).

„– Und so aufmerksam hingehört“ (ein Luchs).

„– Ich finde es schön, wie viel Humor Sie haben – und dass Therapie nicht etwas ausschliesslich Tödernes ist“ (eine Miss Marple ähnliche Dame, die auf einem Motorrad sitzt).

„– Ich habe mich nie allein gefühlt“ (drei ältere, etwas schräge Damen, die auf einer Parkbank sitzend Tee trinken).

„– Und in Sicherheit“ (eine spiralförmige Muschel).

Es fällt auf, dass in all diesen Aussagen die Grundhaltung der positiven Beachtung oder unbedingten Wertschätzung als zentral angesehen wird. Alle Sätze drücken aus, dass es diese Grundqua- lität meines Beziehungsangebots war, die ihnen ermöglicht hat, Vertrauen aufzubauen, um sich in der therapeutischen Begegnung allmählich selber besser verstehen zu lernen.

Reflexion

„Vielleicht konnten Sie auch auf eine Art profitieren“

- wünschte mir Herr L. auf seiner Karte zum Abschluss. Wie ich pro- fitierte, werde ich nun zu beschreiben versuchen.

Wie habe ich mich durch Begleitungen, wie die oben beschrie- benen, in meiner Arbeit als Psychotherapeutin weiter entwickelt?

Ich bin eine weisse, mitteleuropäische Frau, mittelständisch, mittlerweile mittelalterlich, feministisch und politisch links den- kend. Diese Eigenschaften beinhalten Möglichkeiten und Grenzen.

Sie sind Teil der konkreten Färbung meines personenzentrierten therapeutischen Angebotes.

Mein eigener Veränderungsprozess in der psychotherapeutischen Arbeit ist auf diesem Hintergrund zu sehen. Er ist einerseits mit den Erfahrungen verbunden, die ich mit meinen Klientinnen gemacht habe. Andererseits resultiert er aus der Auseinandersetzung mit der Theorie des Personenzentrierten Ansatzes und mit dessen neueren Entwicklungen.

Konstruktive Veränderung von Erleben wurde von Rogers als Bewegung auf der Prozessskala vom eher starren zum flexiblen Pol beschrieben. Ich kann meine Veränderung als Therapeutin auch am besten so darstellen. Am Anfang meiner Tätigkeit war ich wohl fasziniert von Rogers' Beschreibungen des Wesens von Veränderungsprozessen und den Zielen der personenzentrierten Psychotherapie. Bei der Umsetzung in die Praxis war ich aber durch einen starken Leistungsanspruch und durch Ängste, zu versagen, eingeschränkt. Die Klientinnen zeigten mir aber, dass Psychotherapie funktioniert und ermöglichten mir, mich in meiner Rolle zunehmend zurechtzufinden und mich auf die Komplexität des Geschehens einzulassen. Ich wurde dadurch freier, gelassener, auch präsenter. Ich konnte genauer hin hören und Unerwartetes, Fremdes bedrohte mich immer weniger.

Die Langzeitklientinnen haben mich in erster Linie Bescheidenheit und Respekt gelehrt. Respekt für ihren Weg, ihr Tempo, ihr Bedürfnis nach Schutz, für ihren Mut hinzuschauen.

Das erfordert in der Arbeit viel Kraft, sowohl von den Klienten als auch von mir. Trotz der Sicherheit, die ich zunehmend gewonnen habe, ist es paradoxerweise so, dass mich die jeweilige konkrete Situation umso mehr verunsichern kann. Diese ist immer wieder einmalig und neu. Es ist unabdingbar, mich immer wieder ganz auf dieses Neue einzulassen. Und es ist auch unabdingbar, das jeweils Erfahrene zu reflektieren.

Das eine ist ohne das andere nicht denkbar. Das empathische Nachdenken in Inter- und Supervision ist mir deshalb sehr wichtig. Auch wichtig ist mir die Beschäftigung mit der Therapietheorie.

Im Laufe der Zeit hat sich mein Umgang mit ihr verändert. Ich erlaube mir heute, vermehrt mein Erleben als Gütemassstab anzusetzen. Inwieweit wird meine Arbeit durch einen Beitrag bereichert und erweitert? Aus verschiedenen Perspektiven kann ich so das konkrete Geschehen ausleuchten, um diesem in seiner Komplexität besser gerecht werden zu können.

So profitiere ich etwa aus der Perspektive der Mikroprozesse vom Experiencing: vom Erkennen von kleinen Veränderungen am Rande des Gewährerdens in scheinbarem Stillstand (Gendlin 1998). Die systemtheoretischen Erkenntnisse machen mich gelassener: es ist hilfreich, Komplexität zuzulassen, Chaotischem Raum zu geben und darauf zu vertrauen, dass sich dadurch eine neue sinnvolle Ordnung ergibt. Meine Erfahrung, dass Prozesse im nachhinein zwar

beschreibbar, aber niemals voraussagbar sind, wird hier benannt und erklärt (Kriz 1998).

Die entwicklungspsychologische Perspektive hilft mir, die Person in ihrem Geworden-Sein, in ihrem So-Sein besser zu verstehen. Es stellen sich mir dadurch Fragen, welche Art Beziehung sie in der jeweiligen Situation als hilfreich erleben könnte und als wie fragil sich die Beziehung bisweilen erweisen kann (Biermann-Ratjen et al. 1995).

Högers Ausführungen zu „Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung“ haben für mich viel geklärt im Bezug auf das Verständnis von Bewältigungsstrategien.

Von Prouty (Prouty et al. 1998) und Warner (2002) habe ich viel über verletzten Kontakt gelernt. Auch meine Auseinandersetzung mit Diagnostik – zum Beispiel mit Smith Benjamin (2001) – vertieft mein Verstehen.

Die genannten Beiträge (zusammen mit anderen, die hier jetzt keine Erwähnung finden) befriedigen in hohem Masse meinen Wunsch, in meinen Erfahrungen, meinen Gedanken und meinem Erleben als Therapeutin verstanden zu werden, sowie denjenigen, meine Klientinnen besser zu verstehen.

Zum Schluss

Die therapeutische Beziehung ist eine zeitlich begrenzte. Manchmal kann es – wie wir gesehen haben – lange dauern, bis sie nicht mehr nötig ist. Es stellt sich die Frage, was als lange definiert wird. Welches sind die Kriterien dafür? Wieso empfinde ich etwas als zu lang oder als zu kurz, als langweilig oder kurzweilig? Was heisst es, jemandem Zeit zu geben?

So komplex das Thema Zeit ist, so komplex ist auch die Beschreibung des zentralen Gehalts der therapeutischen Beziehung. Bezogen auf die vorher beschriebene Arbeit mit Langzeittherapien will ich aber doch zum Schluss eine Zusammenfassung meiner Erfahrungen wagen:

Personen, die frühe Missachtung und Verletzung erfahren haben, konnten nur ein brüchiges Selbst entwickeln. In der Folge gelang ihnen nur eine dysfunktionale Beziehungsgestaltung.

Sie werden auch in der therapeutischen Beziehung mit Zweifeln und Misstrauen zu kämpfen haben und brauchen Verständnis dafür, dass sie manchmal ausführlich Erfahrungen sammeln müssen, um herauszufinden, ob Psychotherapie für sie wirklich hilfreich ist und ob sie dieser konkreten Therapeutin trauen können. So kommt es oft zu einer längeren Motivationsphase.

Diese Personen sind auch stärker gefährdet in Bezug auf Re-traumatisierungen. Krisen können häufig vorkommen. Innerhalb des therapeutischen Prozesses kommt es oft zu Kriseninterventionen (Brossi 1998). Das Bedürfnis nach Schutz ist gross und manchmal lange anhaltend.

Von den drei Grundhaltungen des personenzentrierten Angebotes braucht es in diesen Therapien in den langen Phasen der Stagnation und der möglichen Zusammenbrüche vor allem das Vermitteln von positiver Beachtung oder unbedingter Wertschätzung und ein Verstehen, welches das Bedrohliche von Selbstexploration und Selbsterfahrung anerkennt. Es braucht Empathie für die Notwendigkeit der Selbstbehauptung. Die Empathie dafür lässt mit der Zeit an den Rändern Neues zu. Wie die Vegetation, die sich an Stadträndern und auf ausgedienten Fabrikarealen wieder ausbreitet und zu blühen beginnt, werden dadurch mit der Zeit Veränderungen möglich.

So können auf dem Boden des Verstehens, dass Erfahrungen nicht zu Selbsterfahrungen werden konnten, innerhalb der therapeutischen Beziehung erstmals Erfahrungen zu Selbsterfahrungen werden. Das Selbstkonzept wird damit erweitert. Auch in dieser Phase der Therapie braucht es Zeit, damit Wunden verheilen können, Grenzen akzeptiert werden können. In der Beziehung mit einer wichtigen kongruenten Person wollen die Klientinnen in ihren neuen Selbsterfahrungen Anerkennung finden und wahrgenommen werden, so dass ihr Selbst konsistenter werden kann. Nun ist vermehrt eine Begegnung möglich, in der die Gefühle und Reaktionen der Therapeutin gewünscht werden. Allgemein erleben sich die Klientinnen beziehungsfähiger. Damit wird ein Abschluss der Therapie möglich. Die Klientinnen haben die therapeutische Beziehung verinnerlicht.

Ich erlebe es als Erweiterung meines eigenen Selbsterlebens, dass in den letzten eineinhalb Jahren doch einige meiner „ewig dauernden Therapien“ zum Abschluss kamen. Ich weiss nun, dass meine Geduld, mein Dranbleiben, meine Fähigkeit auf kleinste Bewegungen zu achten und auch ziemlich chaotisches Erleben und Verhalten zuzulassen, Qualitäten sind, die mit den Zielen des Personenzentrierten Ansatzes durchaus kompatibel sein können. Sie ermöglichen mit, dass Therapien auch nach vielen Jahren einen konstruktiven Abschluss finden.

Ein zweites Zitat von Robert Walser soll diesen Artikel abschliessen. Walser, der bis zu seinem fünfzigsten Geburtstag bedeutsame Werke der Schweizer Literatur verfasst hatte, lebte, nach einem psychotischen Zusammenbruch, bis zu seinem Tode 1956 fast dreissig Jahre in der psychiatrischen Klinik in Herisau:

„Nur was ich selbst erlebt, erfüllt habe, wird mir zu einem Besitz, und nur wenn ich etwas Wirkliches besitze, kann ich in Wirklichkeit etwas geben.“ (Walser 1998)

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz H.J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 71995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Brockmann, J./Schlüter, T. et al. (2002), Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten, in: Psychotherapeut 47, 6, 347–355
- Brossi, R. (1998), Krisenintervention auf der Grundlage des klientenzentrierten Konzeptes, in: Brennpunkt 74, 26–45
- Eckert, J. (2002), Kurzzeit- und längerfristige Psychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 445–466
- Gendlin, E.T. (1998), Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode, München (Pfeiffer)
- Höger, D. (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: J. Eckert, J./Höger, D./Linster, H. (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1, Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes, Köln (GwG), 17–41
- Kriz, J. (1998), Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner, Wien (Facultas)
- Prouty, G./Pörtner, M./van Werde, D. (1998), Prä-Therapie, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Smith Benjamin, L. (2001), Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, München (CIP-Medien)
- Walser, R. (1998), Lektüre für Minuten, Zürich (Suhrkamp)
- Warner, M. S. (2002), Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie, in: Person 6, 1, 45–58

Autorin

Rosina Brossi, 1952, lic. phil. Psychotherapeutin und Ausbilderin SGGT, arbeitet in eigener Praxis.

Kontaktadresse

*Rosina Brossi
Grenzacherstrasse 10
CH-4058 Basel
E-Mail: rosinabrossi@bluewin.ch*

Corinne Rickenbacher-Fromer

Die Ingredienzen des therapeutischen Prozesses

Zusammenfassung: Der Artikel versucht die wichtigsten Elemente des therapeutischen Prozesses zu erfassen. Er thematisiert auch die Komplexität und die Schwierigkeiten dieses Prozesses. Wichtig ist das mitmenschliche Engagement der Therapeutin sowie die Bereitschaft der Klientin, sich auf das Beziehungsangebot der Therapeutin einzulassen. Der therapeutische Prozess ermöglicht durch das Engagement der Therapeutin emotionale Beziehungskorrekturen. Es ist wichtig, der Klientin die Werkzeuge auf den Weg zu geben, die ihr helfen, sich zu aktualisieren. Die Therapeutin muss also jede Therapie auf die konkrete Klientin abstimmen. Dieser Prozess verändert schliesslich¹ die Therapeutin und die Klientin.

Schlüsselwörter: Therapeutischer Prozess, Engagement der Therapeutin, Bereitschaft der Klientin sich einzulassen, Prozessveränderungen

Résumé : Les ingrédients du processus thérapeutique. L'article cherche à répertorier les éléments les plus importants du processus thérapeutique. Il a également pour thème la complexité et les difficultés de ce processus. L'important est l'engagement humain de la thérapeute et la disposition de la cliente à accepter l'offre relationnelle de la thérapeute. Le processus thérapeutique permet des corrections émotionnelles de la relation par l'engagement de la thérapeute. Il est important de donner à la cliente sur le chemin les outils qui l'aideront à s'actualiser. La thérapeute doit donc adapter chaque thérapie à sa cliente concrète. Au bout du compte, ce processus transforme la thérapeute et la cliente.

Mots-clés : Processus thérapeutique, engagement de la thérapeute, disposition de la cliente à s'engager, changements de processus

Abstract: The ingredients of therapeutic process. This article tries to grasp the most important elements of the therapeutic process. It also discusses the complexity and the difficulties of this process. Important is the interpersonal commitment of the therapist as well as the client's willingness to let him- or herself become involved in the relationship offered by the therapist. Because of the commitment of the therapist the therapeutic process facilitates corrections on the level of the emotional relationship. It is important to provide the client with tools which help him or her to actualize him- or herself. So in each therapy, the therapist needs to tune in on the concrete client. This process finally changes the therapist as well as the client.

Keywords: Therapeutic process, commitment of the therapist, willingness of the client, become involved, process changes

Was ist überhaupt ein psychotherapeutischer Prozess?

Ein therapeutischer Prozess regt die Selbstauseinandersetzung an. Die Klientin² setzt sich mit ihren Konstrukten und Annahmen über die Welt auseinander. Die Selbstreflexion stellt einen wichtigen Teil des Prozesses dar. Dies impliziert, dass so etwas wie ein beobachtendes Ich existiert. Dies ermöglicht eine liebevolle und nicht wertende Haltung. Die nicht wertende Haltung ist die Basis,

die es der Klientin ermöglicht, in einen Introspektionsprozess einzutreten. Dies kann man auch als Verarbeitungsprozess bezeichnen. Die neuen Erkenntnisse werden mit anderen Wissensbeständen verknüpft, dadurch entstehen neue Einsichten, Verhaltensmuster, das heisst Veränderungen. Damit die Klientin überhaupt in diesen Prozess eintreten kann, braucht sie ein Gegenüber, das sich zu ihr in Beziehung setzt. Dies ist die Rolle der Therapeutin. Die Therapeutin bezieht sich auf das Erleben der Klientin. Sie entwertet nicht, sie versucht sich einzufühlen in den inneren Bezugsrahmen. Sie teilt das Verstandene mit, fragt nach, stellt erweiternde und neue Fragen. Sie begegnet mit Achtung und Wohlwollen. Dies ermöglicht der Klientin nachzudenken, Fragen zu stellen, ohne zu befürchten, entwertet zu werden. Die Therapeutin erschafft nicht nur den Raum, um zu reflektieren, sondern sie regt auch an, indem sie sich als Person

1 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Red.).

2 Wenn in diesem Beitrag von der Therapeutin und der Klientin die Rede ist, sind immer beide Geschlechter gemeint.

in den Prozess hineinbringt. So hilft sie auch Selbstverständlichkeiten in Frage zu stellen. Der therapeutische Prozess ermöglicht durch das Engagement der Therapeutin emotionale Beziehungskorrekturen. Die Klientin macht neue, positive Beziehungserfahrungen und kann Beziehungsschemata entwickeln, die ihr andere offenere und befriedigendere Beziehungsgestaltungen ermöglichen.

Viele psychische Störungen resultieren aus ungünstigen sozialen Interaktionen. Die drei Variablen Empathie, positive Beachtung, Kongruenz dienen sowohl als Basisvariablen, um überhaupt eine Beziehung gestalten zu können, als auch als Handlungs- und Kontrollvariablen für die Therapeutin.

Mit Hilfe einer Therapeutin kann die Klientin nun sich neue erweiternde Fragen stellen, die zu einer Veränderung von behindernden Annahmen und Dogmen führen und ihr eine Weiterentwicklung ermöglichen. Das innere Zwiegespräch wird wieder angeregt.

Eine psychische Störung impliziert eine Stagnation des inneren Zwiegesprächs. Ich sehe es als meine Aufgabe als Therapeutin, dieses Gespräch wieder anzuregen und der Klientin zu helfen, sich als Mensch aktualisieren zu können.

Schwierigkeiten des therapeutischen Prozesses

Wie bereits erwähnt, müssen verschiedene Grundbedingungen vorhanden sein, um überhaupt einen Prozess gestalten zu können.

Die Klientin muss ansatzweise bereit sein sich einzulassen. Sie sollte über ein beobachtendes Ich verfügen, das ihr ermöglicht, aus einer gewissen Distanz heraus nachzudenken. Sie sollte keine Angst aufweisen vor Gefühlen und bereit sein, sich emotional berühren zu lassen. Das kritisierende Ich sollte im Laufe des Prozesses in ein empathisches, sich einfühlendes Ich verwandelt werden.

Die Therapeutin ihrerseits sollte eine positiv beachtende, nicht entwertende, kongruente und empathische Haltung einnehmen, sich bemühen, diese Empathie immer wieder herzustellen und zu vermitteln. Versuchen, den Bezugsrahmen der Klientin zu verstehen. Gegenwärtig, präsent und engagiert sein. Als Mensch voll spürbar. Sie muss wie die Klientin über ein beobachtendes Ich verfügen sowie über die Fähigkeit, nachzudenken. Sich in Frage stellen zu können und immer wieder darüber reflektieren können, wie sie den Kontakt zur Klientin herstellen kann. Wie sie den Bezugsrahmen der Klientin erfassen könnte.

Und hier beginnen die Schwierigkeiten. In meiner therapeutischen Praxis kommen oft Klientinnen zu mir, die Angst davor haben sich einzulassen. Die ihre Gefühle weder spüren noch zeigen möchten. Die nicht über ein beobachtendes Ich verfügen. Es fällt ihnen schwer, nachzudenken und zu mir in eine Beziehung zu treten. Sie möchten nicht erfasst werden und sprechen unklar. Eigentlich möchten sie überhaupt nicht verstanden werden, sondern erhoffen sich von mir Heilung, ohne sich daran beteiligen zu müssen. Sie verspüren keine Lust, sich auf einen Weg mit mir aufzumachen.

Paradoxerweise verfügen die meisten Klientinnen nicht über die Fähigkeiten, die sie eigentlich haben müssten, um von einem therapeutischen Prozess zu profitieren. Und oft ist ihr Leiden gerade Ausdruck davon. Interpretationen von Rogers im Sinne von Schmid (2002) scheinen mir zu sehr idealistisch und dogmatisch geraten und decken sich nicht mit meinem therapeutischem Alltag.

So schreibt Schmid (2002):

„1. Klient und Therapeut kooperieren auf der Basis eines fundamentalen ‚Wir‘. 2. Vom Klienten geht der Anspruch aus; er ist der Experte der ‚Kunde‘. 3. Der Therapeut antwortet existenziell auf diesen Anspruch mit seiner Präsenz.“ (Schmid 2002, 29)

Diese Vorgehensweise scheint mir nicht klientenzentriert zu sein, sondern eher ideologiezentriert. Geht diese Sichtweise nicht vom konkreten Klienten aus, der uns in der Praxis begegnet, sondern von einer abstrakten Idee des gemeinsamen Dialogs. Wären unsere Klienten nämlich Experten, kämen sie oft nicht zu uns. Sie kommen, weil sie leiden und ihnen oft die nötigen Erkenntnisse und Werkzeuge fehlen, um ihr Leiden zu vermindern.

In dem Sinne stimme ich mit Wolfgang Keil in seiner folgenden Aussage überein:

„Das grössere Missverständnis sehe ich aber in Form einer rigid eindimensionalen Auffassung vom personenzentrierten Therapiekonzept. Dieses wird dabei so verstanden, dass therapeutische Intentionen und Absichten hier keinen Platz hätten, weil sie dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und das Selbstheilungs- und Entwicklungspotenzial des Klienten widersprechen würden. In diesem Verständnis verhindert Experte-Sein das Person-Sein. Therapeutische Diagnosen, therapeutische Methoden und Techniken, störungsspezifisches oder zielorientiertes therapeutisches Vorgehen u.Ä. werden als mit einer Personenzentrierten Psychotherapie wesentlich unvereinbar angesehen. Diese sei vielmehr ausschliesslich als un-mittelbare und absichtslose personale Begegnung zu verstehen. ... *Zusammenfassend möchte ich all diese Auffassungen so charakterisieren, dass sie gerade die professionell-klinischen Aspekte der Psychotherapie ablehnen.*“ (Keil 2002, 35, Hervorh. K. R.-F.)

Aufgrund einer abstrakten Idee von gemeinsamer Identität werden Aktualisierungstendenzen und Weiterentwicklungen von personenzentrierten Therapeutinnen als nicht konform angesehen, ihre Ideen werden oft boykottiert. Identität heisst in dieser Sichtweise identisch mit Rogers' Weltbild zu sein. Wobei dieses Weltbild auch nicht so klar definierbar scheint. So spricht Schmid gar von der „Notwendigkeit einer *identifizierbaren Position*: um erkennbar zu sein, also ein Gesicht zu haben“ (Schmid 2002, 19).

Hier geht es nun also wirklich nicht mehr um die Person, die zu uns mit ihrem Leiden kommt, sondern um die Verteidigung der reinen Lehre. Psychotherapie wird hier zu einem religiösem Glaubensbekenntnis.

Ich meinerseits versuche der konkreten Klientin gerecht zu werden. Das ist auch der spannende Teil des Berufes: herauszufinden,

was jeweils der konkrete Mensch, der mir gegenüber sitzt, braucht, um sich zu aktualisieren und sein Leiden zu vermindern.

Ich versuche ihn zu verstehen. Verstehen ist durchaus ein komplexer Prozess, der sich auf der Inhalts-, Bearbeitungs- und Beziehungsebene abspielen kann. Manchmal erfasse ich den Bezugsrahmen der Klientin auf der Beziehungsebene, indem ich spüre, dass sie bei mir gewisse negative Gefühle auslöst. So muss ich mich dann fragen, was auf der Interaktionsebene zwischen uns gerade passiert, dass ich mich verärgert fühle. Ich muss also versuchen, meine Kongruenz herzustellen, um wieder empathisch auf sie eingehen zu können. Ich spüre vielleicht in der Reflexion, dass ich mich bestimmt, manipuliert fühle und verstehe, indem ich darüber nachdenke, dass die Klientin glaubt, dass sie nur mittels manipulativem Verhalten erreicht, dass man sich um sie kümmert, sie als Mensch anerkennt. Sie hat vielleicht gelernt, dass sie nicht automatisch Zuwendung bekommt. Dieses Verhalten gilt es zu verstehen und zu thematisieren, denn daran leidet sie in den interpersonellen Beziehungen.

Manchmal offenbart sich das Leiden jedoch in der Art und Weise, wie die Klientin mit sich umgeht. Sie entwertet sich, sie schaut nicht in sich hinein. Sie verhindert mit ihrem Verhalten den Prozess der Auseinandersetzung. Sie fürchtet sich vor sich selbst. Dies gilt es zu verstehen, zu vermitteln. Hier scheint es oft auch wichtig, der Klientin Werkzeuge auf den Weg zu geben. Ihr zum Beispiel zu zeigen, wie das überhaupt geht, in sich hineinzuschauen. Wie man Lösungswege erarbeitet etc.

Manchmal bewegt sich die Therapie wirklich ausschliesslich auf der Inhaltsebene. Hier ist es wichtig, ganz gegenwärtig zu sein und zu verstehen, was die Klientin mir mitteilen möchte, um ihr Selbstverstehen anzuregen.

Je nach der Ebene, auf der sich der therapeutische Prozess bewegt, muss ich als Therapeutin verschieden intervenieren. Ausführlich bei Finke (1999) beschrieben. Ein sehr empfehlenswertes Buch.

Wie erkenne ich, dass sich bei der Klientin etwas verändert hat?

- Daran, dass ich weniger aktiv intervenieren muss. Die Klientin ist mehr bei sich, setzt sich mit ihren Gedanken, Gefühlen auseinander. Ich fasse zusammen, helfe, ihr Selbstverstehen zu vertiefen.
- Es herrscht eine andere Intensität in der Stunde, die auch körperlich spürbar ist. Ich fühle mich ganz gegenwärtig, belebt, glücklich und empfinde den psychotherapeutischen Beruf als grossartig.
- Mein Unbewusstes verbindet sich mit dem Unbewussten der Klientin. Ich verstehe sie wirklich. Die Bedeutungen ihrer Aussagen sind mir klar, ich kann sie ihr mitteilen.
- Der Dialog fühlt sich an wie ein gemeinsamer Fluss. Als teilten wir einen gemeinsamen Erlebensstrom. Es entsteht bei mir eine Resonanz auf das Gesagte. Ich kann mitschwingen.

- Ich fühle mich kongruent, positiv beachtend und empathisch. Ich fühle mich voller Liebe für diesen Menschen, der so bei sich ist, so authentisch und auseinandersetzend.

- Ich erlebe die Klientin in ihrer ganzen Mimik und Haltung so anders. Es leuchtet von innen heraus. Sie ist in diesen Momenten wirklich sehr schön und entspannt. Aschenputtel verwandelt sich durch die innere Liebe zu sich in eine Schönheit.

- Die Klientin schaut mich nicht mehr die ganze Zeit an, sie versucht die Antworten bei sich zu finden, erlebt sich als Handelnde. Sie ist aktiv mit dem beschäftigt, was bei ihr auftaucht. Sie sucht die Antworten nicht bei mir, sondern bei sich. Sie ist bei sich, bei ihrem Erleben, bei den unmittelbaren Gefühlen, die aus diesem Strom auftauchen, sie setzt sich mit sich auseinander und gewinnt neue Erkenntnisse, die ohne grosse Anstrengung auftauchen.

Mit den Worten eines meiner Klienten: „Ich bin ehrlich zu mir, ich bekomme dadurch klarere Antworten. Ich lasse es, wie es ist. Ich habe ein Bild dafür. Es ist wie ein Wunderblütenbaum. Es welken und wachsen Blätter. Es ist organisch und dynamisch.“

- Es ist ein Handeln aus dem eigentlichen authentischen Selbst. Aus der eigenen Mitte: der Klient vertraut seiner inneren Stimme und kann nun wirklich in einen empathischen Dialog mit sich treten. Der Wachstumsprozess kann beginnen und sich entfalten.

- Der Therapieprozess fühlt sich leicht und beschwingt an. Die Zeit vergeht schnell. Es entstehen spontane Bilder und Erkenntnisse.

Was mache ich, wenn sich nichts verändert?

Mit Rogers stimme ich überein, dass die Menschen, wie andere lebendige Organismen, über eine Aktualisierungstendenz verfügen. Ich glaube jedoch, dass sie diese nicht immer entwickeln können. Die Tendenz, unsere Selbstkonzepte und Weltbilder zu erhalten, ist oft viel grösser. Hier stossen wir auch an die Grenzen der Psychotherapie. Und letztendlich bleibt die Frage unbeantwortet, warum gewisse Menschen sich auf den Weg begeben und andere nicht.

Auch wenn wir uns noch so bemühen, empathisch, kongruent und positiv beachtend zu sein und den inneren Bezugsrahmen der Klientin zu verstehen, kann es sein, dass sich gar nichts bewegt.

Bevor man jedoch aufgibt, lohnt es sich, doch noch zu verstehen, was eigentlich im therapeutischen Prozess passiert. Wenn ich das Gefühl habe, es verändert sich nichts, der therapeutische Prozess stagniert, dann muss ich mir zuerst mal Hilfe holen. Ich berate mich mit meinem Partner, der auch als Psychotherapeut tätig ist. Oft kann jemand, der nicht in den Prozess involviert ist, genauer wahrnehmen, was abläuft.

Manchmal braucht der Klient auch seine eigene Zeit, um sich zu entwickeln, das heisst entfalten zu können. Dies erlebe ich oft bei schweren Traumatisierungen, schwierigen Lebensgeschichten. Eine Klientin von mir, die sehr kritisch und abwertend mit sich umging, brauchte sieben Jahre intensive und bemühte Beziehungsarbeit,

um wieder liebevoll und akzeptierend mit sich umzugehen. Ich bin fest davon überzeugt, dass es eine Aktualisierungstendenz gibt, die konstruktive Veränderungen anregt. Nur weiss ich manchmal nicht, wie lange man warten soll und ob sie sich wirklich bei allen Klientinnen entwickelt.

Es ist oft auch wichtig zu verstehen, auf welcher Ebene man als Therapeutin intervenieren sollte. Wo der Prozess stockt.

Durch die Auseinandersetzung mit meinem Partner wird mir dann auch klar, auf welcher Ebene ich weiter intervenieren muss. Es wird mir klar, ob es Interventionen auf der Bearbeitungsebene braucht, das heisst, ob der Prozess vielleicht stagniert, weil die Erlebens- und Bearbeitungsebene zu wenig tief ist. Liegt es mehr auf der Beziehungsebene, hat die Klientin z. B. eine so grosse Sehnsucht nach einer Mutter, dass sie die Interaktionen so gestaltet, dass ich mich permanent um sie kümmern muss. Aus diesem Verstehen heraus, kann ich das Gemeinte ihrer Handlungen empathisch aufgreifen. Im Sinne von: „Ich spüre da ist eine grosse Sehnsucht nach einer Mutter in ihnen“. Ich kann meine Interventionen noch erweitern indem ich eine Deutung hinzufüge. „Sie wünschten sich manchmal, dass ich wie eine Mutter für sie da wäre.“ etc. Verstehen heisst auch Selbstverstehen. Indem ich mich aktiv in den Prozess hineinbegebe und die Interventionen mache, die es im Moment für diesen Verstehensprozess braucht, helfe ich der Klientin sich selber zu verstehen. Zu spüren, was das einsame ungeborgene Mädchen in ihr noch braucht. So benötigt sie nicht mehr unbewusste, manipulierende Interaktionen.

Manchmal stagniert der Prozess jedoch, weil die notwendige Tiefe des inneren Erlebens fehlt. Dies liegt vielleicht daran, dass die Klientin die Tiefe vermeiden will, und dann sollte dies verstanden, das heisst, thematisiert werden. Oder vielleicht weiss die Klientin wirklich nicht, wie man eine innere Tiefe herstellt. Das heisst, dass sie nicht weiss, was es eigentlich heisst, in sich hineinzuspüren oder in sich hineinzuschauen. Sie ist in einem Milieu aufgewachsen, das ihr eigene Gefühle nicht gestattete. Es ist ihr fremd, in sich hineinzuspüren. Hier ist es meines Erachtens wichtig, der Klientin ganz konkret zu helfen. Man kann ihr den Focusingprozess beibringen oder imaginative Verfahren.

Für mich bedeutet „klientenzentriert“ zu arbeiten, der Klientin das anzubieten, was sie braucht, um ihr Leiden zu vermindern und den Aktualisierungsprozess anzuregen.

Wenn alle Interventionen nichts nützen sollte auch dies zum Thema gemacht werden. Die Angst der Klientin, sich zu verändern. Manchmal hilft jedoch auch das Ansprechen nicht mehr weiter, und hier komme ich ganz persönlich an meine Grenzen und muss mich entscheiden, ob ich die Therapie unter diesen Bedingungen weiterführen möchte. Wie lange soll man überhaupt zuwarten? Vielleicht wäre dies auch mal einen Beitrag wert. Was macht man wirklich, wenn Leute sich nicht verändern wollen? Wie lange sollte man eine Therapie so laufen lassen?

Wie verändere ich mich als Therapeutin?

Im Verlaufe des therapeutischen Prozesses spüre ich, dass ich mich emotional gegenüber der Klientin mehr öffne. Sie rückt mir gefühlsmässig näher. Ich verspüre immer mehr Liebe zu ihr. Die Beziehung wird freundschaftlicher, dichter. Ich verspüre Stolz über den Weg der Klientin. Stolz und Glück. Ich fühle mich glücklicher, je weiter ein Prozess fortschreitet. Ich komme auch näher zu mir. Die Selbstexplorationen der Klientin regen auch meine eigene Auseinandersetzung an. Es kommt mir so vor als wäre auch ich ein Stück Weg gegangen. Als hätte auch ich mich aktualisiert.

Ja, ich hoffe, mit meinem Beitrag einige Anregungen gegeben zu haben und freue mich natürlich auch auf andere Beiträge und Zuschriften. Psychotherapieprozesse sind komplex, spannend und manchmal zermürend.

Literatur

- Finke, J. (1999), Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Schmid, P. F. (2002), Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personenzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie., in: Person 6, 1, 16-33
- Keil, W. W. (2002), Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie., in: Person 6, 1, 34-44

Autorin

Corinne Rickenbacher, 1958, Dr. phil. Derzeit tätig als selbstständige Psychotherapeutin in einer Gemeinschaftspraxis in Luzern. Arbeit mit Einzelnen, Paaren und Familien.

Korrespondenzadresse

*Corinne Rickenbacher
Birkenstrasse 14
CH-6003 Luzern
E-Mail: corifro@tiscali.ch*

Christian Korunka, Wolfgang W. Keil und Kristin Haug-Eskevig

Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich

Eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Sicht

Zusammenfassung: Die vorliegende Studie setzte sich zum Ziel, die Durchführung ambulanter Klientenzentrierter Psychotherapie in Österreich aus einer praxeologischen Perspektive zu beschreiben. Dazu wurden Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (Mitglieder der ÖGwG) u. a. gebeten, ihre „letzten beiden ordnungsgemäß abgeschlossenen Klientenzentrierten Psychotherapien“ zu beschreiben. Die vorliegenden Daten von 92 TherapeutInnen beziehen sich auf 175 Einzeltherapieprozesse und erlauben die Beschreibung eines weitgehend repräsentativen Bildes klientenzentrierter Praxis.

In Übereinstimmung mit früheren Studien reicht das Spektrum Klientenzentrierter Psychotherapie von kurzen Therapien bis zu längeren therapeutischen Prozessen – wobei ein Großteil der Therapien rund 20–80 Stunden umfasst. Die Klientenzentrierte Psychotherapie kommt dabei – im Sinne eines Breitbandkonzepts – bei sehr unterschiedlichen Störungsbildern, darunter auch zahlreichen schweren Störungen, zum Einsatz. Die Ergebnisse stehen im Wesentlichen mit einer Studie von Eckert (1994) für die BRD in Übereinstimmung. Insgesamt bestätigt die Studie eine gute Verankerung der Klientenzentrierten Psychotherapie in der ambulanten Psychotherapieversorgung in Österreich.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychotherapieforschung, ambulante Psychotherapie

Résumé: *Psychothérapie ambulatoire centrée sur le client en Autriche – Un bilan du point de vue praxéologie.* L'objectif de la présente étude est la description de psychothérapies centrées sur le client ambulatoires en Autriche dans la perspective de l'analyse de la pratique. Pour cela, il a été demandé à des psychothérapeutes centrés sur le client (membres de la ÖGwG) de décrire, entre autres, leurs «deux dernières psychothérapies centrées sur le client» menées à terme. Les données présentées ont été récoltées auprès de 92 thérapeute et concernent 175 processus thérapeutiques individuels. Ceci donne une image largement représentative de la pratique centrée sur le client.

Comme pour les études antérieures, le domaine de la psychothérapie centrée sur le client comprend des thérapies courtes ainsi que des processus thérapeutiques plus longs – la majeure partie des thérapies se situant entre 20 et 80 heures. La psychothérapie centrée sur le client y est utilisée – dans le sens large du concept – pour des problèmes très divers, parmi lesquels de nombreux troubles graves. Les résultats concordent pour l'essentiel avec ceux d'une étude d'Eckert (1994) pour la RFA. Au total, l'étude confirme un bon ancrage de la psychothérapie centrée sur le client dans le domaine des soins psychothérapeutiques ambulatoires en Autriche.

Mots-clés: *Psychothérapie centrée sur le client, recherche en psychothérapie, psychothérapie ambulatoire*

Abstract: *Out-patient client-centred psychotherapy in Austria. State of the art from a practitioner's perspective.* This study aimed at describing the implementation of client-centred psychotherapy in Austria from a practitioner's perspective. Therefore client-centred psychotherapists (members of the ÖGwG) and others were asked to describe their "last properly finalised client-centred psychotherapeutic cases". The data from 92 therapists refer to 175 processes of individual therapy and allow a description of a largely representative picture of client-centred practice. Consistent with earlier studies, the spectrum of client-centred psychotherapy stretches from short-term therapy to longer therapy processes, the larger part of them lasting 20–80 hours. Client-centred therapy is applied—in the sense of a wide ranging concept—for very different disorders, including very severe ones. The results are largely in agreement with a study done by Eckert (1994) in Germany. In all, the study confirms that client-centred psychotherapy is well anchored in out-patient mental health care in Austria.

Keywords: *Client-centred psychotherapy, psychotherapy research, out-patient psychotherapy*

Forschung war für Carl Rogers stets ein wichtiges Anliegen. Er verstand menschliche Erfahrungen – wie etwa in der Psychotherapie – niemals als bloße Anhäufung von rein individuellen, zufälligen und isolierten Ereignissen, sondern als Geschehnisse, die von überindividuellen inneren Ordnungen und Strukturen her geprägt sind. Forschung ist demnach das Bemühen, solche Ordnungen in den subjektiven Erfahrungen zu entdecken und damit deren tieferes Verstehen zu ermöglichen. Weiters besteht Wissenschaft für Rogers dann darin, die entdeckten Zusammenhänge in Theorien einzuordnen. „Ich kann gar nicht umhin, die Bedeutung, die Regelmäßigkeit oder die Gesetzmäßigkeit in jedem großen Erfahrungskomplex zu suchen. [...] Diese spezifische Neugier [...] hat mich dazu gebracht, Theorien zu entwickeln, um die Ordnungsstruktur dessen zu erfassen, was schon Erfahrung ist, und diese Ordnungsmuster neuen und unerforschten Bereichen aufzulegen, um sie weiter zu prüfen.“ (Rogers 1961a, 40) Diese Theorien sollen keinesfalls zu Dogmen erstarrten, sondern als Hypothesen wieder neue Perspektiven eröffnen für weitere Forschung und damit für besser passende Theorien.

Die Österreichische Gesellschaft für klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG) hat im Jahre 2001 eine Untersuchung über die ambulante klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich veranlasst. Im Sinn des Wissenschaftsverständnisses von Rogers wollten wir die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht bloß als mehr oder weniger interessante Statistik ansehen, sondern versuchen, darin über subjektive Mutmaßungen hinaus einige gesicherte Charakteristika bzgl. dieses Faktums zu erfassen und dessen „innere Ordnungen“ zu verstehen. Im Folgenden soll nun ein zusammenfassender Überblick über diese Untersuchung, die dahinter stehenden Anliegen und die dabei gewonnenen Ergebnisse gegeben werden.

1. Das Anliegen der Untersuchung

Die Untersuchung sollte ein repräsentatives Bild über die Verbreitung sowie von einigen inhaltlichen Charakteristika und verschiedenen weiteren Merkmalen und Rahmenbedingungen der klientenzentrierten Psychotherapie¹ in Österreich ermöglichen. Zugleich wollte die ÖGwG dazu beitragen, dass die Tätigkeit (eines Großteils) ihrer Mitglieder in empirisch-wissenschaftlicher Form dokumentiert wird.

Im Rahmen der Untersuchung wurden klientenzentrierte TherapeutInnen hinsichtlich ihrer Therapiepraxis befragt. Sie wurden gebeten, einige Fragen zu ihren letzten beiden einvernehmlich

abgeschlossenen Psychotherapien zu beantworten und einige allgemeine Informationen zu ihrer Therapiepraxis zu geben.

Die Fragestellung wurde z. T. von einer Untersuchung übernommen, die Jochen Eckert² 1994 in Deutschland unter den Mitgliedern der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) durchgeführt hatte, um gesicherte Daten darüber zu bekommen, welche KlientInnen wie lange und mit welcher Behandlungsfrequenz von den klientenzentrierten TherapeutInnen tatsächlich behandelt werden. Die Frage der Dauer von normalen und erfolgreichen klientenzentrierten Psychotherapien stand dabei im Vordergrund des Interesses.

Die Definition eines vollen und abgeschlossenen therapeutischen Prozesses bzw. die Thematik der kunstgerechten Beendigung einer Psychotherapie und der Kriterien dafür bedürfen einer näheren Erörterung. Die Fragestellung bei unserer Untersuchung hat ausdrücklich auf das Kriterium der Übereinstimmung von TherapeutIn und KlientIn Bezug genommen. Vordergrundig geht es dabei darum, dass TherapeutIn und KlientIn darin übereinstimmen, dass in etwa soviel erreicht wurde, dass man die Therapie beenden kann. Den Hintergrund sollte hier aber immer das sich aus dem jeweiligen Therapiekonzept ergebende Verständnis von den Therapiezielen bzw. von den Kriterien eines abgeschlossenen Therapieprozesses bilden. In der klientenzentrierten Therapie stellt die Veränderung des Selbst(konzepts) das generelle Therapieziel dar, das über das Gewährwerden der eigenen Inkongruenzen bzw. über die Klärung und Explikation des eigenen inneren Bezugssystems erreicht werden soll. Die geforderte Übereinstimmung kann somit darin gesehen werden, dass es der Therapeutin/dem Therapeuten gelingt, der Klientin/dem Klienten kontinuierlich kongruent wertschätzend und empathisch zu begegnen, so wie es der Klientin/dem Klienten gelingt, die ihm von der Therapeutin/vom Therapeuten angebotene Beziehung kontinuierlich zu sich selbst einzunehmen.³

Wie für jede Art von Psychotherapie ist es auch für die klientenzentrierte Therapie eine wichtige Fragestellung, für welche Menschen mit welchen Problemen und Störungen sie sich eignet bzw. ob und wie sich die verschiedensten Therapiemotive in das eben dargestellte generelle Therapieziel dieser Richtung integrieren lassen. Dazu können zwei aus dem Therapiekonzept sich ergebende Aspekte festgehalten werden. Die klientenzentrierte Therapie ist einerseits grundsätzlich nicht problem- oder symptomzentriert, sondern personzentriert, andererseits ist sie jedoch nicht als Breitbandverfahren, sondern als Breitbandkonzept⁴ zu verstehen. Das konkrete Vorgehen (das Therapieverfahren) ist demnach immer den Personen (mit ihren Störungen) entsprechend differenziell, die Therapieprinzipien (das Therapiekonzept) bleiben jedoch die

1 Nach dem derzeitigen Stand der gesetzlichen Anerkennung werden TherapeutInnen mit abgeschlossener Ausbildung bei der ÖGwG mit der Zusatzbezeichnung „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und TherapeutInnen mit abgeschlossener Ausbildung in einer der beiden Sektionen der APG bzw. des VRP mit der Zusatzbezeichnung „Personenzentrierte Psychotherapie“ in die Liste des österreichischen Gesundheitsministeriums eingetragen.

2 Vgl. dazu Eckert/Wuchner (1994) und Wuchner/Eckert (1995).

3 In Anlehnung an die Zielformulierungen von Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995).

4 Die Unterscheidung wurde erarbeitet von Höger (1989).

gleichen. Dabei gilt, dass das konkrete Vorgehen zwar einerseits mit den Prinzipien übereinstimmen muss, es sich jedoch andererseits nicht aus ihnen, sondern erst aus der konkreten Situation ableiten lässt. Daraus lässt sich auch folgern, dass die Indikation sich nicht nach „objektiven“ Kriterien (Arten von Störungen z. B.) richtet, sondern „subjektive“ Faktoren, v. a. die Erreichbarkeit einer guten Beziehung zwischen *dieser* Klientin und *dieser* Therapeutin, die wesentlichere Rolle spielen. Zu diesen subjektiven Faktoren ist auch die „Ansprechbarkeit“ der Klientin/des Klienten für das im Therapiekonzept bzw. in der therapeutischen Zielsetzung zum Ausdruck kommende Welt- und Menschenbild zu zählen⁵. Die genauere Erforschung der so verstandenen „Passung“ von KlientInnen und TherapeutInnen übersteigt allerdings bei Weitem den Rahmen unserer Untersuchung. Diese kann lediglich ein erstes Bild von den realen KlientInnen unserer Therapieform liefern, das von eher äußeren Parametern (v. a. den Diagnosen, aber auch Daten wie Geschlecht, Alter, Bildung, therapeutische Vorerfahrung u. a. m.) bestimmt wird.

Die Entwicklung einer klientenzentrierten therapeutischen Beziehung bzw. der Prozess einer Veränderung des Selbst(konzepts) brauchen genügend Zeit und genügend Raum. Aus dem Therapiekonzept ergeben sich somit Folgerungen für das therapeutische Setting. So ist es – jedenfalls bei längerfristigen klientenzentrierten Therapien – üblich, zu Beginn keine Zeitbegrenzung zu setzen bzw. ausdrücklich ein offenes Ende zu vereinbaren. Es war ein Anliegen unserer Untersuchung, dieser Frage und vor allem der Frage der tatsächlichen Dauer von klientenzentrierten Therapien in der Praxis nachzugehen.

Über die Frage der Dauer von normalen klientenzentrierten Psychotherapien hat es bis vor einiger Zeit noch etliche Unklarheiten gegeben. Zur Zeit ihrer Entstehung und darüber hinaus schien die klientenzentrierte Psychotherapie – u. a. in Absetzung zur Psychoanalyse – oberflächlich gesehen wie eine Kurztherapieform aufzutreten. Tausch (1973, 47f) vertritt etwa die Lehrmeinung, dass klientenzentrierte Therapien bei einem „hohen Ausmaß der wesentlichsten Psychotherapeutenvariablen“ im Allgemeinen eine Dauer von 4–20 Kontakten aufweisen. Dem entsprach auch, dass bei der Vielzahl von empirischen Untersuchungen in unserer Richtung zumeist relativ kurze, d. h. etwa 20 Stunden kaum übersteigende Therapieverläufe vertreten waren. Andererseits ist jedoch zu bedenken, dass diese Therapieform nie als dezidierte Kurztherapie mit den dafür nötigen Charakteristika (etwa nach Linster/Rückert (1998): spezifische Indikation, Fokus- bzw. Zielbegrenzung, spezifisches Beziehungsangebot – „Arbeitsorientierung“, vorgängige

Zeitbegrenzung) konzipiert wurde. Im Gegenteil: es braucht ja Zeit, bis in der therapeutischen Beziehung die Grundhaltungen bzw. die sechs „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ einigermaßen kontinuierlich gegeben sein können. Folgerichtig hat Rogers (1954b, 407 orig.) schon aus den ersten umfassenden empirischen Untersuchungen den Schluss gezogen, dass klientenzentrierte Psychotherapie bei kurzer Dauer ihre Wirksamkeit viel weniger entfalten könne als bei längerem Verlauf. Die Praxis scheint dies zu bestätigen. So haben Binder et al. bereits 1979 der Lehrmeinung von Tausch widersprechen können: bei einer kleinen Untersuchung von 180 abgeschlossenen klientenzentrierten Therapien in Deutschland berechneten sie eine durchschnittliche Dauer von 39 Sitzungen bei einer Spanne von 2 bis 240 Sitzungen. Eckert und Wuchner konstatieren 1994 einen weiteren Anstieg der durchschnittlichen Behandlungsdauer (jedenfalls in Deutschland) auf rund 70 Stunden, verteilt auf etwa 2 Jahre. Eckert (2002, 448f) begründet diesen Trend u. a. mit dem heute deutlich höheren Durchschnittsalter der KlientInnen zu Therapiebeginn sowie mit der Erweiterung der Indikation auf bereits chronisch gewordene Störungen bzw. überhaupt weit über den Bereich der klassischen Neurosen hinaus.

2. Zur Durchführung der Untersuchung

Für die Befragung der TherapeutInnen wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt, in dem zunächst eine Reihe von Fragen bezüglich der „letzten zwei ordnungsgemäß abgeschlossenen ambulanten klientenzentrierten Psychotherapien“ gestellt wurden. Eine ordnungsgemäß abgeschlossene Therapie“ wurde dabei definiert als: „Meine Klientin/mein Klient und ich stimmen darin überein, die Behandlung aufgrund des Erreichten abschließen zu können“. Es sollten somit in erster Linie solche Therapieverläufe untersucht werden, die – unabhängig davon, ob es sich um Kurztherapien oder längerfristige Therapien handelt –, einen *vollen und abgeschlossenen therapeutischen Prozess* repräsentieren. Bei der Auswahl und Formulierung der Fragen wurde auf eine Vergleichbarkeit mit der Studie von Eckert (1994) geachtet.

Der Fragebogen wurde Ende Juli 2001 im Rahmen einer Vereinsaussendung an alle Mitglieder der ÖGwG zu diesem Zeitpunkt (n=567)⁶ verschickt. Zur Erhöhung des Rücklaufs diente eine Erinnerung-E-Mail und eine nochmalige Aussendung im Herbst 2001.

5 Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 72) resümieren qualitative Unterschiede bei erfolgreichen Therapien verschiedener Richtungen; demnach legen Gesprächstherapie Klienten (im Vergleich mit Psychoanalyse- und Verhaltenstherapie-Klienten) mehr Wert auf bessere Kontakt- und Beziehungsfähigkeit als auf Symptomfreiheit oder „Einsicht“.

6 Zur Problematik, die Anzahl der klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich zu erfassen: die staatliche PsychotherapeutInnenliste enthält 553 klientenzentrierte TherapeutInnen, die ÖGwG zählt 567 (freiwillige) Mitglieder. Von Letzteren sind ca 100 Ausbildungsteilnehmer und einige wenige Nicht-TherapeutInnen; von den Ersteren sind nicht (mehr) alle ÖGwG-Mitglieder und es gibt eine relativ große Zahl, die die ÖGwG-Ausbildung absolviert, aber nicht abgeschlossen hat und daher eingetragene PsychotherapeutInnen ohne den Zusatztitel „klientenzentriert“ sind.

Der Rücklauf betrug $n=92$ (16%). Dieser relativ geringe Wert ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass ein Teil der Mitglieder AusbildungsteilnehmerInnen sind (ca. 100 Personen), und dass angenommen werden kann, dass eine nicht unbeträchtliche Personengruppe die Ausbildung zwar abgeschlossen hat, jedoch nicht therapeutisch praktisch tätig ist.⁷ Aufgrund der genannten Zahlen und Schätzungen ist anzunehmen, dass der Rücklauf, bezogen auf aktiv tätige PsychotherapeutInnen, etwa bei 25–27% liegt.

Von den 92 TherapeutInnen wurden 175 Einzeltherapien mit Erwachsenen und 8 Einzeltherapien mit Kindern/Jugendlichen beschrieben. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden diese 8 Fälle in die folgenden Auswertungen nicht einbezogen.

Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien hat Kristin Haug-Eskevig (2002) die Ergebnisse der Untersuchung ausführlich dargestellt. Die Daten der Untersuchung werden außerdem von Ursula Truls (ÖGwG) im Rahmen einer Studie über die Klientenzentrierte Psychotherapie als Kurzzeit- vs. längerfristige Therapie weiter ausgewertet werden.

3. Exkurs: Zur Verbreitung der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie in Österreich

Bevor wir im Detail auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie eingehen, möchten wir in einem Exkurs einen knappen Überblick über die Situation der Klienten- und Personenzentrierten Psychotherapie innerhalb der österreichischen Psychotherapieszene geben, die wesentlich durch eine ziemlich vorbildliche gesetzliche Regelung aus dem Jahre 1990 geprägt wurde. Das Psychotherapiegesetz definiert Psychotherapie als eigenständigen (Zweit-)Beruf, der vorgängige Berufs- und Lebenserfahrung (Mindestalter) voraussetzt. Der Zugang wird dabei ausdrücklich für viele „Quellenberufe“, auch für nicht-akademische Ausbildungsgänge, offen gehalten. Die psychotherapeutische Ausbildung wird durch das Gesetz extensiv normiert; sie ist aufgliedert in ein „Propädeutikum“, das eine allgemeine psychotherapeutische Grundbildung vermittelt, und in ein methodenorientiertes „Fachspezifikum“.

Vor der Gesetzgebung befand sich die nicht-ärztliche Psychotherapie in einem gesellschaftlichen Graubereich und war mehr oder weniger vom möglichen Vorwurf der Kurpfuscherei bedroht.⁸ Dennoch wurde – und das besonders nachdem die humanistischen Richtungen etwa in den 70er Jahren Fuß fassen konnten – Psycho-

therapie in Österreich in einem respektablen Ausmaß betrieben. Wie eine Untersuchung aus den 80er Jahren belegt, hat die Klientenzentrierte Psychotherapie einen großen Anteil daran. Tabelle 1 zeigt, dass die Klientenzentrierten TherapeutInnen damals etwa ein Drittel und seit der gesetzlichen Regelung durchgehend etwa 10% aller PsychotherapeutInnen stellen.

Tabelle 1: Anzahl der PsychotherapeutInnen in Österreich

	1986 ¹		1995 ²		2003 ³	
	N	%	N	%	N	%
Gesamtzahl PsychotherapeutInnen	1.200		3.737		5.502	
Klientenzentrierte Psychotherapie (ÖGwG)	400	33,3%	352	9,4%	553	10,1%
Personenzentrierte Psychotherapie (APG, VRP)	20	1,7%	71	1,9%	182	3,3%
Gesamt	420	35,0%	423	11,3%	735	13,4%

1 Quelle: Jandl-Jäger/Stumm (1988)

2 Eingetragene PsychotherapeutInnen nach Stumm/Brandl-Nebehay/Fehlinger (1996)

3 Quelle: Liste der eingetragenen PsychotherapeutInnen des Gesundheitsministeriums, Stand Februar 2003

Bei der Beurteilung des vorliegenden Zahlenmaterials ist die Einführung des österreichischen Psychotherapiegesetzes im Jahre 1991 zu berücksichtigen. Zahlen vor diesem Datum beruhen auf Schätzungen bzw. den Angaben der jeweiligen Ausbildungsvereine. Die für diese Zeit vorliegenden Zahlen bestätigen den hohen Stellenwert Klienten-/Personenzentrierter Psychotherapie. Seit 1991 kann auf die Datenbank der Eintragungen in die „PsychotherapeutInnenliste“ des österreichischen Gesundheitsministeriums zurückgegriffen werden. Bei der Bewertung dieser Daten ist jedoch einerseits eine gewisse Verzerrung aufgrund der Eintragungspraxis in der ersten Phase der Gesetzeseinführung (zahlreiche Eintragungen von PsychotherapeutInnen ohne Zusatzbezeichnung bzw. ohne abgeschlossene schulenspezifische Ausbildung) und andererseits die „Angebotsorientierung“ (zahlreiche neue Ausbildungen bzw. Ausbildungsrichtungen wurden in den letzten 10 Jahren anerkannt) zu berücksichtigen. Beides ist Ursache für den scheinbaren Rückgang der Klienten-/Personenzentrierten PsychotherapeutInnen auf einen Anteil von rund 10%, der aber insgesamt über die Zeit hinweg eine leichte Tendenz eines Anstieges aufweist. Aufgrund der relativ hohen Anzahl an AusbildungsteilnehmerInnen in den Klienten-/ Personenzentrierten Fachspezifika ist für die Zukunft ein weiterer leichter Anstieg zu erwarten. Langfristig betrachtet positioniert sich die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich als stabil bzw. leicht wachsend – aufgrund der vorliegenden Zahlen knapp hinter den systemischen Schulen – als eine der meist verbreiteten psychotherapeutischen Richtungen in Österreich.

Die folgende Tabelle zeigt die regionale Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich insgesamt und für die Klienten- bzw. Personenzentrierte Psychotherapie.

7 Stumm (1999) schätzt diese Zahl auf ca 15% aller PsychotherapeutInnen.

8 Die Anfänge dieser „Tradition“ können etwa mit dem Gerichtsverfahren gegen Theodor Reik 1926 und Freuds Schrift zur „Frage der Laienanalyse“ datiert werden.

Tabelle 2: Regionale Verteilung psychotherapeutischer Versorgung in Österreich

	PsychotherapeutInnen insgesamt		PsychotherapeutInnen pro 10.000 Einwohner	Anteil Klientenzentrierte Psychotherap.		Anteil Personenzentrierte Psychotherap.	
	N	%		N	%	N	%
Burgenland	61	1,1%	1,8	5	8,2%	4	6,6%
Kärnten	263	4,8%	4,7	26	9,9%	2	0,8%
Niederösterreich	483	8,8%	3,1	33	6,3%	26	5,4%
Oberösterreich	547	9,9%	4	69	12,6%	9	1,7%
Salzburg	541	9,8%	10,5	67	12,4%	—	0,0%
Steiermark	580	10,5%	4,9	76	13,1%	6	1,0%
Tirol	444	8,1%	6,6	111	25,0%	4	0,9%
Vorarlberg	263	4,8%	7,5	26	9,9%	2	0,8%
Wien	2.312	42,0%	15,9	139	6,0%	129	5,6%
unbekannt	8	0,0%	—	1	0,0%	—	0,0%
ÖSTERREICH	5.502	100,0%		553	10,1%	182	3,3%

Quellen: Liste der eingetragenen PsychotherapeutInnen (Stand Februar 2003) und Volkszählung 2001

Betrachtet man die regionale Verteilung der PsychotherapeutInnen insgesamt, so zeigt sich das für die Psychotherapie bekannte Bild des überproportionalen Anteils im städtischen Bereich, dessen Ursachen einerseits in der erhöhten sozialen Akzeptanz der Psychotherapie im städtischen Umfeld und andererseits im in der Regel städtisch angebotenen Ausbildungsangebot liegen. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl sind PsychotherapeutInnen überdurchschnittlich stark in Wien und in Salzburg (hier v. a. in der Stadt Salzburg) und auch noch in Vorarlberg zu finden. Die dazu unterschiedlichen regionalen Verteilungen der Klienten- und Personenzentrierten PsychotherapeutInnen resultieren aus der Struktur der Ausbildungsvereine: Während die ÖGwG traditionell eine starke gesamtösterreichische Ausrichtung (mit Sitz in Linz und Schwerpunkten in Tirol, Oberösterreich, Salzburg und Steiermark) besitzt, führt die APG ihre Ausbildungen größtenteils in Wien und Umgebung durch. Gemeinsam hat dies jedoch eine relativ gute regionale Verteilung der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie auf den gesamten österreichischen Raum zur Folge.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich gut in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft verankert ist. Sie ist derzeit – nach den systemischen Schulen – die am meisten verbreitete therapeutische Richtung. Der relative Anteil der Klienten-/Personenzentrierten PsychotherapeutInnen weist eine leicht steigende Tendenz auf. Aufgrund ihrer historisch unterschiedlichen regionalen Positionierungen weisen die Klienten- und Personenzentrierten PsychotherapeutInnen gemeinsam ein gutes regionales Versorgungsangebot auf.

4. Ergebnisse der Studie

In den folgenden Abschnitten werden vorerst Merkmale der TherapeutInnen analysiert und die Frage der Repräsentativität der Erhebung diskutiert, im Hauptteil erfolgt die Beschreibung der klientenzentrierten Therapieprozesse, im Anschluss werden die Ergebnisse mit den Befunden von Eckert (Eckert/Wuchner 1994) verglichen.

4.1. Merkmale der befragten TherapeutInnen

Insgesamt gibt es in Österreich rund doppelt so viele Psychotherapeutinnen als Psychotherapeuten. Stumm (1999, 7) belegt, dass diese Proportion bei den Klienten- und Personenzentrierten TherapeutInnen noch stärker in Richtung Frauenanteil tendiert. Ähnliches wurde beim durchschnittlichen Alter der PsychotherapeutInnen konstatiert. Dieses betrug in der Studie von Stumm (1999) 43,2 Jahre; wobei Klientenzentrierte TherapeutInnen etwas älter waren.

Im Vergleich damit liegt das Alter der 92 in unserer Studie befragten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen zwischen 30 und 65 Jahren (Mittelwert: 47,5; Std.abw.: 8,1); der Anteil der Therapeutinnen beträgt 69,6%. Die Stichprobe kann daher bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung als weitgehend repräsentativ für die österreichischen PsychotherapeutInnen betrachtet werden⁹.

Die Berufserfahrung unserer befragten PsychotherapeutInnen liegt zwischen 2 und 28 Jahren (Mittelwert: 13,2; Std.-abw.: 7,3).

⁹ Die Alters- und Geschlechtsverteilung entspricht ebenfalls weitgehend den ÖGwG-Mitglieder-Daten.

Dieser relativ hohe Wert korrespondiert erwartungsgemäß mit dem Alter der TherapeutInnen, er liegt über den in den einschlägigen Arbeiten erhobenen Werten (vgl. Schaffenberger/Glatz/Frank/Rosian 1997; in der Folge als ÖBIG-Studie zitiert).

Mehr als die Hälfte der TherapeutInnen (52,2%) gibt als „Quellenberuf“ Psychologie an, alle anderen „Quellenberufe“ weisen relativ geringe Anteile auf (z. B. Pädagogik: 14,2%; Sozialarbeit: 6,5%; Medizin: 5,4%). Diese Verteilung stimmt zwar mit den Daten der ÖGwG weitgehend überein, unterscheidet sich aber von der Gesamtverteilung der „Quellenberufe“ österreichischer PsychotherapeutInnen (insbesondere durch den relativ hohen Anteil an PsychologInnen).

Rund $\frac{1}{3}$ der TherapeutInnen verfügt über eine abgeschlossene Ausbildung in zumindest einer weiteren Therapierichtung, besonders häufig wurden hier systemische Familientherapie und Körpertherapie genannt. Auch dieses Merkmal ist weitgehend erwartungskonform für Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (vgl. Stumm 1999).

Inwieweit die befragten PsychotherapeutInnen in Institutionen bzw. in freier Praxis tätig sind, kann aus den Angaben zu den KlientInnen rückgeschlossen werden; nur 14% der beschriebenen Fälle stammen aus institutionellen Settings. Dieser Anteil stimmt gut mit den vorhandenen Vergleichswerten überein; so schätzt Stumm (1999), dass 15-20% der PsychotherapeutInnen ausschließlich in einer Institution arbeiten; nach dem aktuellen Stand der PsychotherapeutInnenliste des Gesundheitsministeriums (Februar 2003) arbeiten 697 Personen (12,7%) ausschließlich in Institutionen, und jeweils etwas mehr als 40% nur in freier Praxis bzw. in freier Praxis und institutionellen Settings.

Die TherapeutInnen unterscheiden sich stark – bei insgesamt relativ hohen Werten – bezüglich ihrer Arbeitsbelastung; im Mittel werden 16,6 KlientInnenstunden pro Woche abgehalten (Std. abw.: 11,4). Dieser Wert entspricht zwar hinsichtlich der Streuung den Daten der ÖBIG-Studie¹⁰, liegt aber etwas über dem dort angegebenen Mittelwert (14,7).

Interessant dabei ist, dass 81% der befragten TherapeutInnen mit ihrer Arbeitsbelastung zufrieden sind (im Mittel arbeitet diese Gruppe von TherapeutInnen mit 15,4 KlientInnenstunden); 15% geben eine zu hohe Arbeitsbelastung an (Mittelwert: 27,9 KlientInnenstunden), nur 4% eine zu geringe Arbeitsbelastung (Mittelwert: 7,7 KlientInnenstunden).

Ein weiterer Hinweis auf das Ausmaß und die Struktur der Tätigkeit der PsychotherapeutInnen ergibt sich aus ihrem „KlientInnendurchsatz“, definiert analog zur ÖBIG-Studie als die Anzahl der

Erstgespräche sowie der begonnenen und beendeten Psychotherapien pro Jahr. Tabelle 3 stellt die Mittelwerte der ÖBIG-Studie unseren Befunden gegenüber.

Tabelle 3: „KlientInnendurchsatz“ der Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Vergleich zur ÖBIG-Studie

	Erstgespräche/ Jahr (Mittelwert)	Begonnene Therapien/ Jahr (Mittelwert)	Beendete Therapien/ Jahr (Mittelwert)
ÖBIG 1997 – in freier Praxis	17,1	11,1	8,0
ÖBIG 1997 – in Institutionen	44,2	19,7	14,7
ÖGwG 2001 – in freier Praxis	24,3	23,8	10,1
ÖGwG 2001 – in Institutionen	55,6	21,4	16,6

Bei der Beurteilung dieser Angaben ist zu beachten, dass es sich hier um (vermutlich nicht ganz exakte) Schätzungen der befragten TherapeutInnen handelt; in unserer Befragung wurde eine Schätzung für einen konkreten Monat (Mai 2001) verlangt, die hier für den Vergleich mit den ÖBIG-Daten realistisch hochgerechnet wurde (Monatsangaben x 10).

Es fällt jedoch auf, dass der „KlientInnendurchsatz“ insgesamt über den Vergleichswerten liegt; insbesondere die TherapeutInnen in freier Praxis geben hier z. T. wesentliche höhere Werte an.

Daten zum Setting wurden in unserer Befragung nicht erhoben, da sich die erfragten KlientInnendaten nur auf Einzelsettings bezogen. Man kann jedoch plausibel annehmen, dass die Vergleichsdaten der ÖBIG-Studie (1997) im wesentlichen auf die Arbeit der Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen übertragbar sind (68% Einzelsetting, 16% Gruppensetting, 12% Familiensetting, 4% anderes).

Im Mittel nehmen die befragten TherapeutInnen 3,3 Supervisionsstunden pro Monat in Anspruch, wobei besonders häufig 4 Stunden (je eine Einzelstunde pro Woche bzw. 2x2 Gruppensstunden pro Monat) angegeben wurden.

Es kann festgehalten werden, dass die befragten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in wesentlichen Kennwerten als repräsentativ für die österreichischen PsychotherapeutInnen bezeichnet werden können. Dies betrifft insbesondere soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht), und Arbeitsform (freie Praxis bzw. Institution). Bezüglich der „Quellenberufe“ und des relativ hohen Anteils an zusätzlichen Ausbildungen ist die befragte Gruppe repräsentativ für Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen der ÖGwG.

Die Angaben zur Arbeitsbelastung und zum „KlientInnendurchsatz“ deuten darauf hin, dass es sich hier um eine eher überdurchschnittlich psychotherapeutisch tätige Gruppe handelt. Dies ist vermutlich auf ein erhöhtes Interesse und damit eine erhöhte Beteiligung an der Befragung durch stark mit dem TherapeutInnenberuf identifizierte Personen zurückzuführen. Damit in Übereinstimmung steht die vergleichsweise hohe Berufserfahrung der TherapeutInnen und die Angaben zur Zufriedenheit mit der Berufsbelastung.

¹⁰ In der ÖBIG-Studie sind folgende Angaben (KlientInnen pro Woche) zu finden: bis 5 (18%), 6-10 (27%), 11-15 (18%), 16-20 (14%), 21-25 (11%), 26-30 (7%), über 30 (5%).

In Hinblick auf die nun folgenden Angaben zu den KlientInnen kann daher angenommen werden, dass diese Angaben ein ausgesprochen gutes und repräsentatives Bild für die klientenzentrierte Therapiepraxis von relativ erfahrenen und gut in der Praxis verankerten TherapeutInnen darstellen.

4.2. Die KlientInnen

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf die Angaben der TherapeutInnen zu ihren „letzten beiden ordnungsgemäß abgeschlossenen ambulanten klientenzentrierten Psychotherapien“ bei Erwachsenen im Einzelsetting (n=175, davon 74% in freier Praxis).

119 der KlientInnen (68%) waren weiblich¹¹. Das Alter der Klientinnen betrug im Mittel 36,9 Jahre (Std. abw.: 11,1), das der Klienten 38,3 Jahre (Std. abw. 9,5). Sowohl Alters- als auch Geschlechtsverteilung decken sich weitgehend mit den vorhandenen Vergleichsdaten (vgl. ÖBIG 1997).

Nicht unerwartet sind die Befunde zur höchsten Ausbildungsstufe der KlientInnen: 22% besitzen einen Hochschul-/Universitätsabschluss, 36% Matura/Abitur, 16% einen Fachschulabschluss, 17% einen Lehrabschluss und nur 7% einen Pflichtschulabschluss. Damit unterscheidet sich das Bildungsniveau der KlientInnen hochsignifikant von der österreichischen Durchschnittsbevölkerung¹². Dementsprechend deuten auch die Angaben der Berufe der KlientInnen auf eine überdurchschnittlich hohe soziale Schicht hin: 18% höhere Angestellte, 6% Selbstständige, 55% Angestellte, und nur 4% Arbeiter und 1,7% Arbeitslose.

Die (Einzel-)KlientInnen der klientenzentrierten PsychotherapeutInnen entsprechen weitgehend den (noch immer) „typischen“ KlientInnen insofern, als der Frauenanteil relativ hoch ist und die Bildung bzw. soziale Schicht als deutlich überdurchschnittlich bezeichnet werden kann.

53% der KlientInnen leben in einer Partnerschaft, 47% leben alleine. Diese Verteilung entspricht in etwa der österreichischen Soziodemografie¹³.

Mehr als 1/3 der KlientInnen (21,7%) besaß bereits Vorerfahrung mit Psychotherapie, die früheren Therapien dauerten im Mittel 15 Monate. Es handelt sich hier um ein typisches Phänomen, mit

vermutlich weiterhin steigender Tendenz (in der Praxisstudie von Brockman/Schlüter/Brodbeck/Eckert (2002) betrug dieser Anteil bspw. mehr als 30%).

Ein Großteil der KlientInnen kam aus Eigeninitiative (68,6%), rund einem Viertel (27,4%) wurde die Psychotherapie (meist von einem praktischen Arzt oder Psychiater) empfohlen. Wenn man bedenkt, dass diese Angaben von den TherapeutInnen nach Abschluss der Therapie gemacht wurden, ist hier jedoch von gewissen Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen auszugehen. Ein bemerkenswertes – aus einer Genderperspektive allerdings nicht unerwartetes – Ergebnis ist in diesem Zusammenhang, dass Frauen hochsignifikant häufiger aus eigener Initiative eine psychotherapeutische Behandlung beginnen (Eigeninitiative: Frauen 77,3%, Männer 50,0%; Empfehlung/Überweisung: Frauen 21%, Männer 41%; $\chi^2=14,7$, $p \leq .000$).

Ein Hinweis auf die Krankheitswertigkeit der behandelten Störungen ist bereits aus dem relativ hohen Anteil an KlientInnen, die Psychopharmaka einnahmen (32,6%, davon entfällt der überwiegende Teil auf Antidepressiva), abzuleiten. Dementsprechend hoch ist auch der Anteil an von der Krankenkasse mitfinanzierten Psychotherapien (78,7%), bei denen als Voraussetzung eine entsprechende „Krankheitswertigkeit“ gegeben sein muss.

Die Diagnosen der KlientInnen wurden nach dem ICD-10 erhoben. Die folgende Tabelle fasst die genannten Diagnosen zusammen:

Tabelle 4: Diagnosen/Störungsgruppen der KlientInnen nach ICD-10, gereiht nach der Häufigkeit

Diagnose/Störungsgruppe nach ICD-10	Häufigkeit in %
Neurotische Störungen	45,6
Affektive Störungen	28,1
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	7,6
Persönlichkeitsstörungen	7,7
Schizophrenie	1,8
Sucht und Abhängigkeitserkrankungen	1,2
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend	1,2
Nicht näher bezeichnete Störungen	1,2
Keine Diagnose	5,8

Die Verteilung der Störungsbilder bestätigt nicht nur klientenzentrierte Psychotherapie als Breitbandkonzept aus einer praxeologischen Perspektive, es zeigt auch, dass ein beträchtlicher Anteil an schweren Störungsbildern (je nach Definition rund 1/3) diagnostiziert wurde¹⁴. Auf der Ebene der Einzeldiagnosen ergibt sich folgende Reihung der Häufigkeiten:

11 Ein bemerkenswertes „Nebenergebnis“ ist in der Tatsache zu sehen, dass 74% der Klientinnen die Therapie mit einer Therapeutin durchführen, während 43% der Klienten einen Therapeuten wählen. Dies ist ein signifikantes Ergebnis im Sinne einer leichten Tendenz zu einer „Geschlechtspaarung“ Klientin/Therapeutin bzw. Klient/Therapeut ($\chi^2=5,23$, $p \leq .05$).

12 Nach den Daten des österreichischen statistischen Jahrbuchs (1991) besaßen 5,2% der österreichischen Bevölkerung einen Hochschul-/Universitätsabschluss, 9,8% Matura/Abitur, 11,4% einen Fachschulabschluss, 32% einen Lehrabschluss und 42% einen Pflichtschulabschluss.

13 Laut Statistik Austria (www.statistik.at.; Daten von 2001) beträgt der Anteil an verheirateten Erwachsenen in Österreich 45,3%.

14 Die Verteilung der Diagnosen bei weiblichen und männlichen KlientInnen unterscheidet sich nicht ($\chi^2=10,01$, $p=0,26$).

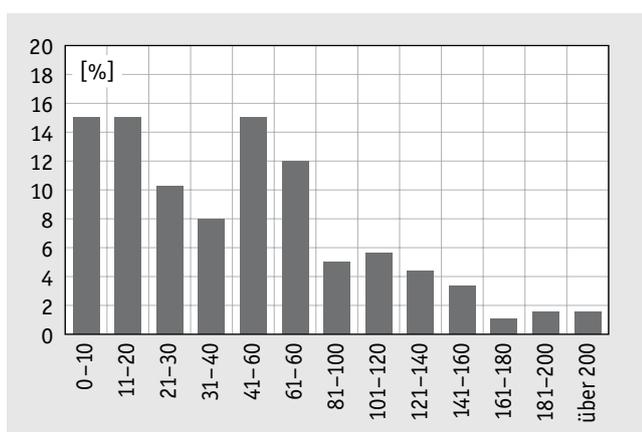
Tabelle 5: Einzeldiagnosen der KlientInnen nach ICD-10, gereiht nach der Häufigkeit

Einzeldiagnose nach ICD-10	Häufigkeit in %
34.1 Dysthymia/Neurotische Depression	13,1
40.0 Agoraphobie	6,9
43.2 Anpassungsstörung	6,9
43.0 Akute Belastungsreaktion	4,6
41.0 Panikstörung	2,9
41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	2,9
50.1. Atypische Anorexia Nervosa	2,3
50.2 Bulimia Nervosa	2,3
60.31 Borderline	1,7

Klientenzentrierte Psychotherapie als Breitbandkonzept bestätigt sich in der Vielfalt der Diagnosen auch im ambulanten Bereich. Die vorliegende Stichprobe umfasst alle wesentlichen psychotherapie-indikativen Störungsbilder und Diagnosen zumindest zu einem wesentlichen Prozentsatz. Entsprechend der Schwere der Störungen findet sich auch ein wesentlicher Anteil an KlientInnen, die Psychopharmaka einnehmen; beim überwiegenden Teil der KlientInnen erfolgt eine Kostenrückverrechnung mit der Krankenkasse.

In Übereinstimmung mit dem klientenzentrierten Konzept wurde am Beginn von rund ¾ der beschriebenen Psychotherapien kein Zeitrahmen bzw. ein offenes Therapieende vereinbart; bei den 25,1% der Fälle, in denen ein Zeitrahmen vereinbart wurde, war dieser von Fall zu Fall sehr verschieden (Mittelwert: 35,3 Stunden, Std. abw.: 50,9).

Die folgende Abbildung fasst die Längen (Stundenumfänge) der beschriebenen Psychotherapien zusammen:

Abb. 1: Verteilung der Stundenumfänge der beschriebenen Klientenzentrierten Psychotherapien

Aus der Abbildung ist die große Streuung der Längen der beschriebenen Psychotherapien erkennbar. Der Mittelwert beträgt 61,1 Stunden, wobei aufgrund der Verteilung der Median von 41 die Daten besser beschreibt (jeweils 50% der Therapien liegen unter

bzw. über 41 Stunden). Die Hälfte der Therapien dauern zwischen 17 und 78 Stunden; ausgesprochen kurze (unter 10 Stunden: 14,7%) bzw. lange (über 120 Stunden: 12,5%) sind relativ selten. Wenn man Psychotherapien unter 30 Stunden als „Kurzzeittherapie“ verstehen will, dann erfüllen rund 40% der beschriebenen Therapien dieses Kriterium. Die Mehrzahl der Klientenzentrierten Psychotherapien zählt jedoch auch in unserer Studie nicht zu dieser Kategorie.

Der überwiegende Anteil (83,4%) der beschriebenen Klientenzentrierten Psychotherapien wurde in einer Behandlungsfrequenz von einer Stunde pro Woche durchgeführt; variable Behandlungsfrequenzen wurden in 12,6% der Fälle vereinbart. Eine „Ausdünnung“ der Behandlungsfrequenz in den letzten Abschnitten der Psychotherapie ist relativ häufig (45%).

Aus den Stundenumfängen und den Behandlungsfrequenzen resultiert eine mittlere Behandlungsdauer von rund 21 Monaten (Median: 16). Die Behandlungsdauer der Hälfte der beschriebenen Psychotherapien liegt in etwa zwischen 5 Monaten und zwei Jahren.

Die Stundenumfänge bzw. die Behandlungsdauer stehen weder mit soziodemografischen Merkmalen der KlientInnen noch mit Merkmalen der TherapeutInnen oder auch der Finanzierungsform (Krankenkasse) in einer signifikanten Beziehung.

Ein interessantes Ergebnis besteht darin, dass KlientInnen, die aus Eigeninitiative eine Therapie in Anspruch nahmen, längere Behandlungszeiten aufweisen, als solche, denen die Therapie angeraten wurde ($F=6,54$, $p \leq .00$). Die Ursache dafür ist vermutlich in der höheren Motivation zur persönlichen Auseinandersetzung bei selbst initiiertem Psychotherapie zu sehen. Dies kann wohl als ein typisches Merkmal einer psychotherapeutischen Orientierung, die in ihrem Selbstverständnis über Symptom- bzw. Lösungsorientierung im engeren Sinne weit hinausgeht, betrachtet werden.

Eine zu erwartende strukturelle Einflussgröße auf die Länge der Psychotherapien ist die Organisationsform: Therapien in freier Praxis weisen längere Behandlungszeiten auf als solche in Institutionen¹⁵, wobei hier eine Wechselwirkung mit dem Schweregrad der behandelten Störungen als Ursache dafür anzunehmen ist.

Erwartungskonform ist der wesentlichste Einflussfaktor auf die Länge der Psychotherapie die Diagnose bzw. die Form der Störung ($F=7,82$, $p \leq .000$). So weisen beispielsweise Persönlichkeitsstörungen eine rund 3x längere Behandlungszeit auf als neurotische Störungen.

Die Befunde zeigen, dass die Längen „typischer“ Klientenzentrierter Psychotherapien sehr unterschiedlich sind. Auf der einen Seite verdient ein wesentlicher Teil der Therapien die Bezeichnung „Kurztherapie“, andererseits finden – insbesondere bei schweren Störungen – auch mehrjährige Therapieprozesse statt. „Typische“ Klientenzentrierte Psychotherapien werden einmal pro Woche abgehalten und dauern zwischen

15 Als „Institutionen“ sind hier sowohl ambulante Beratungsstellen als auch (in den meisten Fällen) stationäre Therapieeinrichtungen zu verstehen.

5 Monaten und zwei Jahren. Die praxeologische Analyse bestätigt den Stellenwert von Motivation und Eigeninitiative der KlientInnen sowie das klientenzentrierte beziehungsorientierte Selbstverständnis, das über eine Symptomorientierung im engeren Sinne weit hinaus geht.

4.3 Vergleich mit der Studie von Eckert (1994)

Der Befragung der TherapeutInnen der GwG, die von Eckert/ Wuchner im Frühjahr 1994 durchgeführt wurde, liegen Daten von 379 GesprächspsychotherapeutInnen zugrunde. Es wurden insgesamt 324 Einzeltherapien mit Erwachsenen beschrieben, die im Folgenden mit unseren Befunden verglichen werden. Aufgrund der analogen Konzeption des Erhebungsinstruments und der Durchführung der Befragung ist ein methodisch fundierter Vergleich möglich;.

Die folgende Tabelle vergleicht wesentliche Kennwerte der beiden Studien:

Tabelle 6: Vergleich wesentlicher Kennwerte der Studie von Eckert/Wuchner (1984) mit unseren Ergebnissen

	<i>Eckert/Wuchner 1984</i>	<i>ÖGwG 2001</i>	<i>Signifikanz</i>
TherapeutInnen			
Alter	44,6 Jahre	47,5 Jahre	p ≤ .01
Geschlecht (Anteil Therapeutinnen)	59%	70%	n. s.
Therapieerfahrung	14,4 Jahre	13,2 Jahre	p ≤ .01
Alter der KlientInnen	34 Jahre	37,3 Jahre	p ≤ .01
Anteil an Klientinnen	73%	68%	n. s.
Diagnose: Neurosen (ICD-9) bzw. neurotische Störungen (ICD-10)	48%	45,6%	n. s.
Behandlungsumfang (Mittelwert)	69,2	61,1	p ≤ .01
Behandlungsumfang (Median)	61	41	p ≤ .01
Behandlungsfrequenz 1x/Woche	55,5%	84,9%	p ≤ .00

Beim Vergleich der beiden Studien ist festzuhalten, dass aufgrund der relativ hohen Fallzahlen signifikante Ergebnisse bereits bei relativ geringen Unterschieden (Effektstärken) zu beobachten sind. Wenn man dies berücksichtigt, zeigen sich nur unwesentliche Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungen. Das vermutlich bedeutsamste Ergebnis ist ein um rund 15% kürzerer Behandlungsumfang in der österreichischen Studie, wobei dies aufgrund der Problematik der Vergleichbarkeit der Diagnosen nur mit Vorsicht beurteilt werden sollte.

Die österreichische Studie bestätigt nach knapp 10 Jahren die Befunde von Eckert/Wuchner aus der BRD. Sowohl TherapeutInnen als auch KlientInnen weisen vergleichbare soziodemografische Merkmale auf; die österreichischen Daten deuten auf einen etwas geringeren Behandlungsumfang; die fast ausnahmslos wöchentliche Behandlungsfrequenz scheint ein österreichisches Spezifikum zu sein.

5. Resümee

Die Intention unserer Studie war, in der Tradition von Carl Rogers eine Beschreibung der Praxis von Klientenzentrierter Psychotherapie in Österreich mit dem Ziel des Aufdeckens von Ordnungsprinzipien. Es ging daher nicht um eine Analyse von Erfolgsfaktoren der Psychotherapie, sondern um eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Perspektive.

Die Stichprobengröße und die soziodemografischen Merkmale der befragten TherapeutInnen lassen darauf schließen, dass die Befunde zumindest für gut in der Praxis verankerte Klientenzentrierte TherapeutInnen repräsentativ sind. Vor dem Hintergrund der weitgehenden Ähnlichkeit der Konzepte und der Komplementarität der regionalen Verteilung in Österreich ist der vorsichtige Schluss zulässig, dass die Befunde auch für Personzentrierte Psychotherapie – und damit für die gesamte Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie in Österreich Gültigkeit besitzen und damit die ambulante

Praxis eines Ansatzes abbilden, der seit Jahrzehnten zu einem der wichtigsten therapeutischen Richtungen in der Psychotherapieversorgung gehört.

Der insgesamt relativ geringe Rücklauf muss jedoch leider auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass Praktiker die empirische Evaluation ihres eigenen Handelns (noch immer) nicht ernst genug nehmen und damit letztlich der Weiterentwicklung ihres eigenen Ansatzes schaden oder zumindest nicht dienlich sind (vgl. Laireiter/Stieglitz/Baumann 2001).

Die ambulante Psychotherapie wird zu einem überwiegenden Teil in

freier Praxis durchgeführt, wobei der „KlientInnendurchsatz“ hier nur etwas geringer als in institutionellen Settings ist – die befragten TherapeutInnen sind dementsprechend auch überwiegend mit ihrer Auslastung zufrieden, es liegt sogar eine Tendenz zur subjektiven Überlastung vor. Trotz der relativ hohen Zahl zugelassener PsychotherapeutInnen in Österreich scheint es den Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen weiterhin gut zu gelingen, eine beruflich zufrieden stellende Praxis aufzubauen und diese professionell zu gestalten (vgl. die Angaben zur eigenen Supervision).

Die soziodemografischen Merkmale der KlientInnen bestätigen leider noch immer, dass eine Durchdringung der Psychotherapie in alle gesellschaftlichen Schichten – zumindest im Kontext der ambulanten Psychotherapie – nicht gelungen ist. Andererseits nimmt die psychotherapeutische Vorerfahrung der KlientInnen, die eine Bereitschaft besitzen, eine psychotherapeutische Behandlung in

Anspruch zu nehmen, vermutlich weiter zu. In Übereinstimmung mit diesen Überlegungen zeigt sich, dass ein Großteil der KlientInnen aus Eigeninitiative in die Psychotherapie kommt – was zwar im Sinne von Eigenverantwortung und Beziehungsaufbau förderlich für eine Klientenzentrierte Psychotherapie ist, jedoch auch zeigt, dass der Weg in die Psychotherapie und auch die Überweisungspraxis noch zu verbessern wären (vgl. Slunecko et al. 2003).

Die Befunde zeigen aus einer praxeologischen Perspektive, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie nicht nur ein Breitbandkonzept (Höger 1989) ist, sondern auch zur Behandlung schwerer und schwerster Störungen eingesetzt wird. Die Längen der Psychotherapien umfassen dabei ein Spektrum, das von „Kurzzeittherapie“ bis zu sehr langen therapeutischen Prozessen reicht, wobei ein Großteil der Therapien – bei wöchentlicher Frequenz – in einem Zeitraum von ½ Jahr – 2 Jahren liegt.

Eine Außenperspektive – die Behandlungsdauer steht in Bezug zur Diagnose – legt eine differenzielle Betrachtungsweise nahe. Aus einer dem Ansatz immanenten phänomenologischen Perspektive resultiert jedoch die Länge der abgeschlossenen Psychotherapien aus der erfolgreichen Beziehungsgestaltung und der personalen Begegnung zwischen KlientIn und TherapeutIn. Der Zusammenhang der Therapielänge mit der Eigeninitiative bestätigt diese Perspektive. Aus einer praxeologischen Sicht stehen daher differenzielles und personales/beziehungsorientiertes Verständnis von Psychotherapie in keinem Widerspruch, sondern stellen Prozessbeschreibungen aus unterschiedlichen Beobachterperspektiven dar. Grundlage und Bestätigung für beide Perspektiven ist die Professionalität der Durchführung der Psychotherapie, die u. a. darin zum Ausdruck kommt, dass die Länge der Psychotherapie weder mit TherapeutInnenmerkmalen, noch mit soziodemografischen Merkmalen der KlientInnen oder mit der Finanzierungsform in Beziehung steht.

Der Vergleich mit den Befunden aus der BRD zeigt ein weitgehend ähnliches Bild ambulanter klientenzentrierter Praxis in der BRD und Österreich für die letzten rund 10 Jahre. Inwieweit die etwas kürzeren Stundenumfänge in Österreich ein artifizielles Ergebnis oder Ausdruck gesellschaftlicher Veränderungen bzw. auch Auswirkung von etwas anderen Behandlungssettings sind, ist nur schwer zu beurteilen.

Ein Spezifikum des emanzipatorischen Verständnisses des Personenzentrierten Ansatzes ist die kritische Auseinandersetzung mit Genderfragen (vgl. Schmid/Winkler 2002). Mehrere Einzelbefunde aus unserer Studie könnten hier ein „empirisch fundierter“ Anstoß für eine weitere Entwicklung der Genderperspektive in unserem Ansatz sein.

Wir hoffen, dass die vorliegende Studie als Anstoß und Aufforderung für weitere empirische Reflexionen der klienten-/personenzentrierten Praxis – und damit für die notwendige empirisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung – gesehen wird.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 71995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, H.-J./Binder, U./Kratzsch, S./Schmalzriedt, L. (1979), Behandlungsdauer bei klientenzentrierter Psychotherapie: Eine kritische Analyse, in: GwG-info 36, 1–21
- Brockmann, J./Schlüter, T./Brodebeck, D./Eckert, J. (2002), Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten, in: Psychotherapeut 47, 6, 347–355
- Eckert, J. (2002), Kurzzeit- und längerfristige Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 445–466
- Eckert, J./Wuchner, M. (1994), Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie bei Erwachsenen, in: GwG Zeitschrift 95, 17–20
- Haug-Eskevik, K. (2002), Strukturen der Inanspruchnahme von Klienten-/Personenzentrierter Psychotherapie in Österreich, Diplomarbeit an der Universität Wien
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–22
- Jandl-Jäger, E./Stumm, G. (Hg.) (1988), Psychotherapie in Österreich. Eine empirische Analyse der Anwendung von Psychotherapie, Wien (Deuticke)
- Laireiter, A. R./Stieglitz, R. D./Baumann, U. (2001), Dokumentation in der klinischen Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie, in: Stieglitz, R. D./Bauman, U./Freyberger, H. (Hg.), Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Stuttgart (Enke), 82–102
- Linster, H./Rückert, D. (1998), Gesprächspsychotherapie als Kurztherapie oder Klientenzentrierte/Personenzentrierte Kurztherapie, in: Psychotherapie Forum 6, 225–235
- Rogers, C. R. (1954b), The case of Mr. Bebb, the analysis of a failure case, in: Rogers, C. R./Dymond R. F. (eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach, Chicago (University of Chicago Press), 349–409
- Rogers, C. R. (1961a), On becoming a person. A therapists view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Klett-Cotta (Stuttgart) 1973
- Schaffnerberger, E./Glatz, W./Frank, W./Rosian, I. (1997), Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich, Wien, ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)
- Schmid, P. F./Winkler, M. (2002), Die Person als Frau und Mann. Zur Geschlechterdifferenz in Personenzentrierter Therapie und Beratung, in: Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg.), Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 65–91
- Slunecko, T./Mayer, H./Vorderwinkler, C./Fischer-Kern M./Zimerleiter, O. (2003), Zugänge zur Psychotherapie: Die Qualität der Therapiemotivation; unveröffentlichter Abschlussbericht des FWF-Projekts 14318
- Stumm, G. (1999), Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich, in: Person 3, 1, 5–10

Stumm, G./ Brandl-Nebehay, A./ Fehlinger, F. (1996), Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen, Wien (Falter)

Tausch, R. (1973), Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe) ⁵1973

Wuchner, M./ Eckert, J. (1995), Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil I1: Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen, in: GwG Zeitschrift 97, 17–20

AutorInnen

Christian Korunka, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Wien (Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- Organisations- und Gesundheitspsychologie), Personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Gesundheitspsychologe, Leiter von Universitätslehrgängen an der Universität Wien, Ausbilder im IPS der APG.

Wolfgang Walter Keil, 1937, Mag. rer.soc.oec., Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Lehrtherapeut in der ÖGwG; Gruppentherapeut und Gruppendynamiktrainer im „Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)“; Ehrenobmann der ÖGwG.

Kristin Haug-Eskevig, Mag., Psychologin, führte im Rahmen ihrer Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien die Erhebungen der in diesem Artikel beschriebenen Daten durch.

Korrespondenzadressen

*A. Univ. Prof. Dr. Christian Korunka
Institut für Psychologie
Universität Wien
Universitätsstraße 7
A-1010 Wien
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at*

*Mag. Wolfgang W. Keil
Albertg. 39/6
A-1080 Wien
E-Mail: wolfgang.keil@aon.at*

Humanismus und/oder Naturalismus

Eine Auseinandersetzung zum Menschenbild und zum Verständnis der Aktualisierungstendenz im PCA

Im letzten Heft der PERSON (2/2002, 26–34) erschien ein Beitrag von Jobst Finke mit dem Titel „Das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus“. Er reflektiert dort kritisch naturwissenschaftliche Verständniszugänge zur Aktualisierungstendenz und plädiert für ein „dezidiert humanistisches, d. h. personalistisch, subjekttheoretisch wie kulturhistorisch begründetes Menschenbild des PCA“.

Jürgen Kriz, derzeit der Träger der renommierten „Lazarsfeld-Gastprofessur“ der Human- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, fühlte sich durch den Beitrag von Jobst Finke zu einer im folgenden dargestellten pointiert formulierten Replik veranlasst.

Diesen Beginn eines spannenden und auch für das praktische Verständnis unserer Ansatzes wichtigen wissenschaftstheoretischen Diskurses zum aktuellen Verständnis des Menschenbildes nahmen wir zum Anlass, einige Vertreter des PCA, die sich bereits früher zu den angesprochenen Themen geäußert hatten, um eine Stellungnahme zu den Auffassungsunterschieden von Jobst Finke und Jürgen Kriz zu ersuchen.

Wir hoffen, dass dies erst der Beginn einer spannenden Auseinandersetzung ist, die den Stand der Theorieentwicklung unseres Ansatzes im besten Sinne aufzeigt, und würden uns über weitere Beiträge in den nächsten Nummern der PERSON freuen.

Christian Korunka, im Namen der Redaktion

Humanisme et/ou naturalisme – Une discussion sur la conception de l'être et sur la compréhension de la tendance à l'actualisation dans l'approche centrée sur la personne. *Dans la dernière numéro de PERSON (2/2002, 26–34) un article de Jobst Finke intitulé « La conception de l'homme dans l'approche centrée sur la personne : entre humanisme et naturalisme » a été publié. Il examine de manière critique les différentes manières de compréhension de la tendance à l'actualisation appartenant aux sciences physiques et naturelles et plaide pour une conception de l'être de l'ACP « résolument humaniste, c'est-à-dire personaliste, fondée sur la théorie subjectiviste et sur l'histoire culturelle. »*

Cet article a amené Jürgen Kriz, à l'époque titulaire de la célèbre « chaire de professeur invité Lazarsfeld » de la faculté des sciences humaines et sociales de l'Université de Vienne, à répliquer de manière très pointue.

Nous avons mis à profit ce début d'un discours de philosophie scientifique passionnant et important pour la compréhension pratique de notre approche portant sur la compréhension actuelle de la conception de l'être, pour demander à certains représentants de l'ACP qui s'étaient déjà exprimés précédemment sur les thèmes abordés, de faire des commentaires par rapport aux divergences de vues entre Jobst Finke et Jürgen Kriz.

Nous espérons que ceci n'est que le début d'une discussion passionnante qui montre l'état de l'évolution de la théorie de notre approche dans le meilleur sens, et serions heureux de publier d'autres articles dans les prochains numéros de PERSON.

Christan Korunka au nom de la rédaction

Humanism or naturalism—a controversial discussion about the view of human beings and the understanding of the actualising tendency in the Person-Centred Approach. *In the last issue of our journal (PERSON 2/2002, 26–34) Jobst Finke published a paper under the title „The anthropological foundations of the Person-Centred Approach between humanism and naturalism“. In this paper he presents a critical reflection on an anthropological understanding of the Person-Centred Approach and of the actualising tendency based on natural science only, and he pleads for “decided humanistic, i.e., personalistic, subject-theoretical and cultural-historical anthropological foundations of the PCA”.*

Finke's paper made Jürgen Kriz, presently holder of the renowned “Lazarsfeld Visiting Professorship” of the Faculty of Human and Social Sciences of the University of Vienna, feel obliged to formulate a rejoinder as follows.

This initiation of an interesting theoretical discourse which is also important for a practical reflection of the PCA, prompted the editors to invite scientific person-centred experts who have already published papers in the above mentioned areas to comment on this controversy between Finke and Kriz. We hope this presentation will initiate an ongoing and stimulating discussion which will give evidence of the actual state of theoretical development of the PCA at its best. We would like to encourage further contributions to this dialogue which eventually will be published in forthcoming issues of our journal.

Christian Korunka for the editorial team of PERSON

Jürgen Kriz

Mechanistischer Humanismus statt humanistischer Systemtheorie?

Eine Replik auf den Beitrag von Jobst Finke

Zunächst ist es mir wichtig, wesentliche Gemeinsamkeiten mit Jobst Finke zu betonen: Ich habe seinen Beitrag so verstanden, dass es ihm, wie auch mir, darum geht, die Perspektive der Humanistischen Psychologie im Allgemeinen und des Personzentrierten Ansatzes (PCA) im Besonderen im Diskurs (und in der Praxis) therapeutischer Ansätze nicht verschwinden zu lassen. Denn selbst wenn seriöse Metaanalysen über die Wirksamkeit des PCA *nicht* zu so guten Ergebnissen geführt hätten, wäre dieser Ansatz immer noch eine der bedeutsamen Antworten auf die Frage, wie wir leben wollen. Jenseits aller gegenwärtigen unerfreulichen berufs- und ständepolitischen Ränkespiele repräsentiert der PCA einen wesentlichen Standpunkt im Spektrum menschlicher Perspektiven in einer pluralistischen Gesellschaft. Daher ist es auch wichtig, dass dieser Ansatz nicht mit anderen Strömungen so verwässert oder von anderen Prinzipien unterlaufen wird, dass das Wesentliche des PCA zur Unkenntlichkeit verzerrt wird. Hierin sind wir wohl einig.

Dies festzuhalten ist nicht nur aus sachlichen Gründen wichtig. Vielmehr gehört es m. E. wesentlich zu einer humanistischen Grundhaltung, das „communicare“ – die Suche nach gemeinsamem Verstehen – nicht für ein „disputare“ – das Bemühen, den anderen in der Kontroverse zu besiegen – preiszugeben. Dies erfordert aber elementar, dem anderen erst einmal zuzuhören oder, im schriftlichen Dialog, das hinreichend zu lesen, worauf man vorgibt, sich zu beziehen.

Indem Finke – und hier nun unterscheiden wir uns diametral – die Selbstorganisations- und Systemtheorien als inkompatibel zum PCA verortet, vermissem ich leider dieses Bemühen. Denn wenn er Systemtheorie als „naturalistischen Reduktionismus“ brandmarkt, von „kausal-analytisch als verdinglichter Natur im Sinne der Naturwissenschaften“ spricht, betont, dass Maturana (z. B. 1982) mit dem „Autopoiese-Konzept“ von einer „rein mechanistischen Theorie“ spreche, usw. usw. vermengt er in unzulässiger Weise Aspekte und Positionen, um deren Trennung es gerade in der von ihm zitierten Literatur (etwa bei Kriz 1999) geht. Schon „Autopoiese“ als naturalistisches Konzept zu deuten und dies gegen „Kultur“, „Sinn“ etc. auszuspielen, ist – so allgemein – schlicht falsch. Denn „Autopoiese“ ist auch ein zentrales Konzept in der Theorie des Soziologen Luhmann, wo es nun gerade explizit um Kultur, Sinn usw. geht. Aber Finkes Autopoiese-Vorhalte greifen doppelt daneben, denn er hätte nicht nur diese Differenzierung „der“ Autopoiese (Kriz 1999) finden können, sondern, weit bedeutsamer, die Tatsache, dass ich dort

(wie in mindestens einem Dutzend weiterer Arbeiten) ausführlichst die Untauglichkeit auch der kulturellen Theorie „Autopoiese“ zum Verständnis *therapeutischer* Prozesse zu zeigen versuche.

Vielmehr wird dort eine Systemtheorie vertreten, für welche die Finkesche Dichotomie „Naturalismus“ – „Humanismus“ ebenso inadäquat ist, wie seine Frage: „Denkt Rogers naturalistisch?“ Rogers denkt nämlich nicht naturalistisch (auch nicht „schwach, sehr gemäßigt“ wie Finke befindet). Rogers denkt vielmehr „rogerianisch“! Es *kann* Sinn machen, Rogers' Denken zum besseren (oder schlechteren) Verständnis, zur eigenen Orientierung etc. bestimmten Kategorien *zuzuordnen*. Die daraus gezogenen Schlüsse und Wertungen haben dann aber mit der Art der Kategorisierung und nicht unbedingt mit dem Kategorisierten zu tun. Die Problematik solcher bei Finke häufigen Argumentationsfiguren wird – um nur ein weiteres Beispiel zu nennen – auch deutlich, wenn er schreibt, dass der „Humanismus, so wie er sich seit der Renaissance entfaltet hat [...] einen gewissen Anthropozentrismus (impliziert)“, und daher zum Schluss kommt, dass eine ganzheitliche Position nicht mit dem PCA vereinbar sei. Ich bezweifle aber, dass die Humanistische Psychologie mit dem Ziel entstand, irgendetwas aus der „Renaissance“ zu entfalten! Die Motive der Menschen waren unterschiedliche, bestanden aber sicher nicht darin, als Realisation irgendeiner abstrakten ideengeschichtlichen Kategorie aufzutreten.

Um die Problematik solcher Argumentationsfiguren nochmals prägnant zu formulieren: Es werden komplexe, einmalige Phänomene – dazu gehört Rogers' Denken, die Anliegen und Entwicklungen, die dann unter „Humanistischer Psychologie“ zusammengefasst wurden, oder das Bemühen personenzentrierter Therapeuten, mithilfe der Systemtheorie bestimmte Prozesse und Prinzipien verstehbar zu machen – von Finke in bestimmte Kategorien eingeordnet und dann daraus Schlüsse gezogen. Doch diese Schlüsse betreffen m. E. eben öfter nicht die zu diskutierenden Phänomene selbst, sondern Finkes problematische Zuordnungen.

Deswegen ist z. B. der o. a. Unvereinbarkeits-Schluss zwischen dem PCA und einer ganzheitlichen Position keineswegs zwingend – ganz abgesehen davon, dass m. E. ein wohl verstandener Anthropozentrismus, der menschliche Anliegen zum Maßstab macht, gerade heute nicht gegen Ganzheitlichkeit ausgespielt werden kann. Zunehmend wird doch deutlich, dass die Lebensgrundlagen und Lebensprozesse des Menschen in seinen Umgang mit der Natur eingebettet sind.

Kommen wir nun zur modernen Systemtheorie, so sehe ich deren Bedeutsamkeit darin (und so verstehe ich auch Rogers' großes Interesse an den sich damals abzeichnenden Entwicklungen), dass hier durch die Naturwissenschaften gerade jene Prinzipien betont werden, für welche der PCA in Überwindung des mechanistisch-reduktionistischen Weltbildes des 19. Jahrhunderts angetreten ist. Gegenwärtige Systemtheorie und der entsprechende interdisziplinäre Diskurs vertreten eben gerade eine nicht-reduktionistische, nicht-mechanistische, nicht auf Kontrollideologie und lokal-kausaler Intervention beruhende Konzeption. Und ich verstehe nicht, wie Finke dies in der von ihm zitierten Literatur entgangen ist und er deren zentrale Anliegen ins Gegenteil verkehrt. Wenn Finke immer wieder Systemtheorie und sein Weltbild aus dem 19. Jahrhundert zu „der Naturwissenschaft“ zusammenmengt, hätte er sich bereits bei Rogers (oder in Kriz 1999) darüber informieren können, dass er einer völligen Fehlinterpretation gerade dieser neueren Entwicklungen aufsitzt. Im Kern argumentiert Finke so gegen seine eigenen Missverständnisse (woher diese auch immer rühren mögen).

Bedeutsam scheint die Frage, ob wir Modelle aus den Naturwissenschaften brauchen. Aber auch diese Frage ist nur bedingt angemessen gestellt: Nach rund 350 Jahren klassisch-abendländischer Wissenschaft und ihrer Technologie ist unsere Alltagssprache nämlich immer noch voll mit Wörtern und Konzepten dieses alten mechanistischen Weltbildes. Diese Konzepte begründen (oder fördern) leider oft die leidvolle Weise, in der Patienten ihre Beziehungen zu sich selbst, zu anderen Menschen und zur Welt verstehen und gestalten. Und auch die Geschichten und Rekonstruktionen von Therapeuten sind durch diese Alltagssprache voll von solchen Metaphern – und sie sind z. B. auch im Beitrag von Finke nachzuweisen (s. u.). Es geht somit nicht darum, ob wir naturwissenschaftliche Konzepte brauchen, um Lebens- und Erlebensprozesse der Menschen zu verstehen. Sondern es geht darum, die Fülle *vorhandener*, *lebensinadäquater*, mechanistischer und reduktionistischer Konzepte, welche die Lebenswelten unserer Klienten, gesellschaftliches Handeln und ihre Diskurse sowie auch die Beschreibungen humanistischer Therapeuten oft durchziehen, zunächst einmal durch angemessenere Konzepte und Metaphern zu ersetzen.

Finke missversteht zudem völlig, dass „systemisch“ keine *ontologische* Kategorie ist, die einen bestimmten Realitätsbereich beschreibt, sondern eine *epistemologische* Kategorie, also eine bestimmte Betrachtungsweise – und eine, die m. E. dem PCA sehr angemessen ist. Seine Aussage, z. B.: „sofern diese Modelle nur physikalisch-chemische oder biologische Prozesse beschreiben, sind sie naturalistisch“, ist daher zwar durchaus richtig, aber geht (wie viele ähnliche Stellen) völlig ins Leere: So geht es eben etwa bei „Kriz 1999“ mit den „Sinn-Attraktoren“, also der Frage und Rekonstruktion, wie sich komplexe Sinnzusammenhänge oft leidvoll verdichten und unveränderlich werden, sicher nicht um „physikalisch-chemische oder biologische Prozesse“!

Gerade die Naturwissenschaft des 20. Jahrhunderts hat (schon vor der Systemtheorie) längst die ontologisierende Anmaßung aufgegeben, zu wissen, wie die Welt „wirklich ist“ oder „wirklich funktioniert“. Prägnant hat dies Werner Heisenberg bereits 1955 auf einem Philosophenkongress so ausgedrückt: „Wenn von einem Naturbild der exakten Naturwissenschaften in unserer Zeit gesprochen werden kann, so handelt es sich eigentlich nicht mehr um ein Bild der Natur, sondern um ein Bild unserer Beziehung zur Natur.“ Es geht somit auch in den Naturwissenschaften darum, dass *Menschen in Beziehung zur Welt* treten. Diese menschliche Beziehungswelt fokussiert in den Naturwissenschaften primär auf Aspekte der Materie, in den Humanwissenschaften primär auf Aspekte des Lebens, der Psyche und der Kultur. Allerdings ist dieses Verständnis der *Welt-Begegnung* nach 350 Jahren abendländischer Wissenschaft mit dem Programm der *Welt-Kontrolle, -Beherrschung* und *designhaften Veränderung* noch keineswegs Basis für die gängigen Metaphern der Alltagswelt und auch der *Mainstream-Wissenschaft*. Diese klassische Haltung zur Welt durchzieht aber Teile der Naturwissenschaft genauso wie der Humanwissenschaft und der Alltagswelt. Daher halte ich die Dichotomie „Kultur vs. Natur“ für eine Einordnung des PCA für weit weniger klärend, als die Unterscheidung in eine Haltung der Weltbegegnung, die u. a. inhärenten Strukturen und Eigenwertigkeiten des Gegenüber (be-)achtet, und eine Haltung, welche vor allem auf Beherrschung und Kontrolle aus ist. Beide Haltungen finden wir jeweils sowohl in den Natur- als auch in den Kultur- und Humanwissenschaften. Und ich verstehe das Anliegen der Humanistischen Psychologie und des PCA so, dass sie nicht gegen die Naturwissenschaft angetreten ist, sondern gegen diese Kontroll- und Machbarkeitsideologie, welche Naturwissenschaft und Humanwissenschaft durchzog und durchzieht. Und dem eben erteilt auch die Systemtheorie eine deutliche Absage.

Ich zweifle nicht, dass Finke sich zu einer humanistischen Position bekennt. Aber indem er eben nicht bereit ist, den durch die Systemtheorie forcierten Verständnisswandel moderner Naturwissenschaft nachzuvollziehen (aber auch nicht so konsequent phänomenologisch bleibt, wie es Autoren wie Peter Schmid in Wien beispielsweise versuchen; vgl. Schmid 1994), fällt es ihm schwer, sich aus den verdinglichenden, ontologisierenden, mechanistischen Metaphern zu lösen, die unsere gesellschaftlichen Denkwelten immer noch durchziehen.

Für mich ist es daher nicht nur nicht systemisch, sondern eben auch für Grundhaltung des PCA problematisch, wenn Finke etwa von „Blockierungen“ spricht (also eine lokal-kausale Metapher verwendet statt des Verständnisses von einem spezifischen aktualisierten Muster oder Attraktor), oder von „Bewältigungstechnik“: So transportiert doch z. B. „Bewältigung“ die Vorstellung, dass etwas „fremd“ Verursachtes hingenommen (und bewältigt, also repariert, kompensiert, gestützt etc.) werden muss. Während die systemische Vorstellung einer spezifischen dynamischen Struktur für deren Gewordenheit und Bedeutung im Gesamtzusammenhang

sensibilisiert und somit Verstehensprozesse fördert. Ebenso legt etwa das klassische Konzept von „Zielen“ Aspekte von Planbarkeit, Kontrolle, richtig-falsch-Bewertungen etc. nahe. Das systemische Äquivalent von teleologisch-imaginativer Prozessstruktur hingegen betont eher, dass das zu Erreichende oft erst auf dem Weg selbst Konturen gewinnt, und dass kreative Lösungen sich gerade erst aus der Vagheit und Unschärfe ergeben und durch fixierte Zielvorstellungen vielleicht eher behindert werden.

Wenn wir – bei aller hier gebotenen Kürze – also durch eine systemische Perspektive ein Verständnis für ganzheitliche Prozesse, für Entwicklungssprünge, für nicht-kausale Intervention, für Geschichtlichkeit etc. fördern und eher Reparatur-, Kontroll- und Planbarkeitsvorstellungen kritisch gegenüber werden, so wäre das für die Weiterentwicklung des PCA sicher nicht schlecht. Und wenn wir damit am interdisziplinären wissenschaftlichen Diskurs teilneh-

men, so werden Menschen mit ihre Deutungs- und Verstehensprozessen deswegen keineswegs mit „Flüssigkeiten“ oder „pflanzenhafter Entfaltung“ gleichgesetzt oder verwechselt, es sei denn, man denkt selbst unzulässig reduktionistisch. Eine Verketzerung moderner naturwissenschaftlicher bzw. systemischer Konzepte vermag m. E. jedenfalls keinen Humanismus zu begründen, sondern steht in Gefahr, stillschweigend und unterschwellig die gängigen mechanistischen Metaphern weiter zu transportieren. Das aber genau wollte der PCA nicht.

Prof. Dr. Jürgen Kriz

Derzeit: Institut für Psychologie der Universität Wien

Liebiggasse 5, A-1010 Wien

E-Mail: juergen.kriz@univie.ac.at

Jochen Eckert

„Entweder – Oder“ oder „Sowohl – Als auch“ oder „Weder – Noch“, sondern nur Pappkameraden?

Zunächst möchte ich auf meine besondere Situation hinweisen: Ich bin von der Redaktion der Zeitschrift zu einer Stellungnahme zu dem Aufsatz von Jobst Finke und der Replik von Jürgen Kriz gebeten worden. Da mir also beide Beiträge vorliegen, komme ich in die Position – zumindest gegenüber diesen Personen – das „letzte Wort zu haben“. Ich sitze am längeren Hebel. Auch besteht die Gefahr, dass ich mich mit einem von beiden gegen den anderen verbünde, denn sie beziehen kontroverse Positionen. Wenn ich mich zu einer dieser Positionen bekenne, ist Streit vermutlich vorprogrammiert.

Wenn ich mich dennoch verpflichtet fühle, diesem nicht aus dem Wege zu gehen, dann hat das mit den überzeugenden Ausführungen von Hans Swildens (2002) zu tun, der eine wesentliche Bremse in der Weiterentwicklung des klientenzentrierten Konzepts darin sieht, dass theoretische Auseinandersetzungen vermieden worden sind, auch wenn unterschiedliche Positionen vertreten worden sind: „Differences of opinion within the context of the humanistic-person-centered view of human beings should be resolved peacefully and without dispute. This way of dealing with conflicts points to a problem at the paradigm level. The paradigm itself blocks progress because it makes conflict impossible“ (ebd. 126). Ich sehe das allerdings noch etwas pessimistischer: Meinungsunterschiede sind in der Regel nicht „peaceful“ gelöst, sondern durch Ignorieren und Verleugnen ausgeschwiegen und damit auch ausgesessen worden. Eine rühmliche Ausnahme stellt in jüngster Zeit allerdings das Buch „Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie“ dar (Keil/Stumm 2002), das die verschiedenen Entwicklung einander

gegenüberstellt und auch Hinweise auf undiskutierte Konzeptveränderungen nicht scheut, z. B. bei dem von Speierer benutzten Inkongruenzbegriff (Speierer 2002, 19).

Studierende der Psychologie, die das Lehrbuch Klinische Psychologie von Davison/Neal (1996) zum Lernen heranziehen, werden gleich zu Beginn darüber aufgeklärt, dass die Geschichte der Psychologie geprägt ist von Kontroversen über das richtige Erklärungsmodell. So wurde viel Energie in die Frage gesteckt, ob psychische Krankheiten besser somatogenetisch oder psychogenetisch zu erklären seien. Spätestens seit Kuhn weiß man, dass die Frage, welche die richtige und welche die falsche Theorie ist, falsch gestellt ist. Kuhn (1962) erklärt die Existenz unterschiedlicher Erklärungsmodelle für ein und dasselbe Phänomen als Ausdruck der Existenz unterschiedlicher Paradigmen. Ein Paradigma ist ein konzeptueller Rahmen, auf den sich Wissenschaftler geeinigt haben. Dieser Rahmen wird auf ein bestimmtes Universum von wissenschaftlichen Fragestellungen angelegt, wobei sowohl die Methoden festgelegt sind, mit denen diese Fragestellungen untersucht werden, als auch die Regeln zur Interpretation der erhobenen Daten. So lernen Psychologiestudierende, dass es in der Klinischen Psychologie mindesten fünf verschiedene Paradigmen gibt, die denselben Sachverhalt, z. B. die Entstehung einer Depression, ganz unterschiedlich erklären.

Als fortschrittliche Modelle gelten solche, die verschiedene Sichtweisen zusammenführen, wie das Diathese-Stress-Modell, oder andere sog. bio-psycho-soziale Modelle.

Fazit: Die Entscheidung für den einen oder den anderen Erklärungsansatz im Sinne eines „Entweder-Oder“ gilt in der Psychologie seit langem als überwunden.

Finke glaubt nun eine „aktuelle Naturalismus-Kulturalismus-Kontroverse“ ausmachen zu können, die es notwendig mache, dass sich die Personzentrierte Psychotherapie positioniere – und das natürlich auf der richtigen Seite. Die beiden Quellen, auf die er sich beruft (Röska-Hardy 2002; Wingert/Kettner 2002), sind zwei Beiträge in einem Jahrbuch eines kulturwissenschaftlichen Instituts in Nordrheinwestfalen.

Ich kann nicht erkennen, wo in der Psychotherapie diese Kontroverse geführt wird und von wem. Zu erkennen ist, dass das sehr alte Hirn-Seele-Problem durch die Fortschritte in der Neuropsychologie erneut an Aktualität gewonnen hat. In dem sehr lesenswerten Buch des Psychoanalytikers Fritz Deneke (1999) „Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten“ findet sich die Feststellung: „Von einer Lösung des Hirn-Seele-Problems und einer Antwort auf die zentrale Frage ‚Wie ist das Erleben mit seinen subjektiven Qualitäten neuropsychologisch erklärbar?‘ sind wir nach wie vor weit entfernt“ (ebd. 122).

Das Dilemma, das bei dem Versuch entsteht, die Frage zu entscheiden, ob eine dualistische oder eine monistische Weltauffassung richtiger sei, demonstriert Deneke am sog. Bieri-Trilemma, das aus folgenden drei Basissätzen besteht.

1. Mentale Probleme sind nichtphysische Phänomene.
2. Mentale Phänomene sind im Bereich physischer Phänomene kausal wirksam.
3. Der Bereich physischer Phänomene ist kausal geschlossen.

Obwohl man auch als Anhänger des klientenzentrierten Konzepts allen drei Aussagen spontan zustimmen könnte, beweist Bieri, dass nicht alle drei Aussagen zugleich richtig sein können. Warum das so ist, kann man bei Deneke (ebd. 116 ff) nachlesen.

Es erhebt sich also die Frage, warum Carl Rogers und wir in eine Kontroverse hineingezogen werden sollen, die es m. W. in der von Finke vorgestellten Form in der Psychotherapieszene nicht gibt. Das Gegenteil scheint der Fall zu sein: Die Befunde der hirnhysiologischen Forschung weisen neue Wege in der Psychotherapie auf, z. B. für die Traumatherapie (Sachsse 2003), und sie werden „nicht nur aufgenommen, sondern geradezu aufgesogen“ (Berner/Sachsse 2003, 3)

Oder hat Finke einen Pappkameraden bemüht? Zur Erinnerung: Ein Pappkamerad ist eine Figur, die in Ermangelung oder statt eines wirklichen Feindes aufgestellt wird und die dann als Feind gehalten muss. Ein Feind scheint die Systemtheorie zu sein bzw. die Personen, die die Systemtheorie in das Klientenzentrierte Konzept eingeschmuggelt und dabei die Unverträglichkeit der Systemtheorie mit dem humanistischen Ansatz übersehen haben, da doch systemtheoretischen Ansätze, so Finke, „generell dazu tendieren, das System ‚Individuum‘ apersonal und subjektlos zu konzipieren“.

Kriz hat in seiner Antwort auf Finkes Ausführungen darauf verwiesen, dass es sich bei dieser Auffassung von Systemtheorie ebenfalls um einen Pappkameraden handele, der mit dem, was Systemtheorie ist und an Erklärungswert bietet, nicht viel zu tun hat.

Dem habe ich nichts hinzuzufügen.

Univ. Prof. Dr. Jochen Eckert
Loehrsweg 1, D-20249 Hamburg
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Günter Zurhorst

Personzentrierter Ansatz und Neuro-Phänomenologie

Eine kurze Replik auf den Beitrag von Jobst Finke

*„Hinter deinen Gedanken und
Gefühlen steht ein mächtiger
Gebieter, ein unbekannter Weiser –
der heißt Selbst.
In deinem Leibe wohnt er, dein Leib ist er“.*
(Friedrich Nietzsche)

Jobst Finke thematisiert in seinem Beitrag eine zentrale Problematik, die aktuell auch für die Psychotherapie von großer Bedeutung ist und mittlerweile auf allen Psychotherapie-Kongressen der unterschiedlichen Verfahrensrichtungen diskutiert wird: Wie ist das

Verhältnis von körperlichen, psychischen und sozialen Vorgängen und Prozessen bei psychischen Leidenszuständen genauer zu verstehen? Und da sich die Biologie selbst zur „Leitwissenschaft“ des 21. Jahrhunderts erklärt hat und die Neurowissenschaften allgemein auf dem universitären Vormarsch sind, ist die Psychotherapie insgesamt alarmiert und herausgefordert, sich mit den neuen Erkenntnissen der Hirnforschung auseinanderzusetzen. Denn in der Zuspitzung z. B. eines Wolf Singer wird nichts weniger behauptet, als dass das gesamte psychische Geschehen durch biochemische und molekularbiologische Vorgänge – demnächst – erklärbar ist. Gegen diesen reduktionistischen „Naturalismus“ führt

Finke die Essentials der Humanistischen Psychologie (Werte, Sinn, Kreativität, Selbstverwirklichung) und ihre Verankerung in phänomenologischer und existentialistischer Philosophie ins Feld. Doch räumt er ein, dass bei Rogers selbst sich einige biologische Elemente nachweisen lassen, die mit der Grundannahme der Aktualisierungstendenz verbunden sind. Zu Recht weist er hier auf den untergründigen Vitalismus/Neo-Vitalismus mit seiner gewiss problematischen organistischen Ganzheitslehre hin, auf die sich Rogers intensiv bezogen hat. Jedoch möchte Finke diese Versatzstücke lebensphilosophischer Positionen einerseits für seine „kulturwissenschaftliche Grundthese“ retten, indem er sie in starke Opposition zu allen „mechanistischen Erklärungsversuchen“ der andrängenden Neurowissenschaften zu bringen sucht. Andererseits kritisiert er diese organistischen Ganzheitsvorstellungen jedoch als gegen humanistische Grundauffassungen gerichtet, da sie die Bedeutung der Person und des Subjektes negieren. Bloß: Wenn der Rogers'schen Aktualisierungstendenz der organistische Zahn gezogen wird, was bleibt dann an Naturhaftem noch übrig? Finke kann dann schließlich nur noch die „Selbstheilungskraft“ des Menschen beschwören und diese nur in Form einer dünnen und blutleeren existentialistischen Ethik ins Spiel bringen. Doch das ist entschieden zu wenig und unterläuft die aktuellen Auseinandersetzungen um die Neurowissenschaften durch altbekannte abstrakte Gegenpositionen von Natur hier, Kultur dort.

Was könnte hier weiterhelfen, wie könnte ein dem Personenzentrierten Ansatz gemäßer Begriff von Natur aussehen, der die mit rassistischen Konnotationen einhergehenden organistischen Ganzheitskonzepte vermeidet? (Zur Erinnerung: Das Konzept des Holismus stammt von dem südafrikanischen General Smuts!)

Mein Vorschlag wäre, die Phänomenologie der „Leiblichkeit“ (im Unterschied zur „Körperlichkeit“) stark zu machen, wie sie z. B. von Bernhard Waldenfels („leibliches Selbst“) und auch von einigen Neurowissenschaftlern selbst ins Spiel gebracht worden ist.

Dazu ein paar kurze Ausführungen!

Bezüglich des Zusammenhangs von körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen ist es außerordentlich interessant zu sehen, dass sich zurzeit in den Kognitionswissenschaften ein bedeutsamer Paradigmenwechsel von einer repräsentationalen und computationalen Theorie des Geistes zu einem neurobiologischen Wahrnehmungsparadigma vollzieht, das sich wesentlich auf phänomenologische Erkenntnisse (vor allem von Merleau-Ponty) stützt. Menschliche Gehirne funktionieren eben nicht wie serielle Rechenmaschinen, und auch das konnektionistische Paradigma, demzufolge die Verarbeitungsvorgänge im Gehirn als ein Vorgang der Selbstorganisation in neuronalen Netzen – und dies z. T. nach gestaltpsychologischen Grundannahmen – stattfinden, reicht noch nicht aus, um die traditionell vorherrschende atomistisch-reduktionistische Ontologie zu überwinden. Die Mediziner und Hirnforscher Engel und König sind der Überzeugung, dass eine neue Grundlage erforderlich ist: „Wir stützen uns hierbei unter anderem auf die phänomenologisch-

hermeneutische Tradition, da wir (ohne einer nostalgisch gefärbten Rückkehr zu klassischen philosophischen Positionen das Wort reden zu wollen) der Meinung sind, dass sich hier heuristisch wertvolle Intuitionen herauslösen und für die Kognitionswissenschaften nutzbar machen lassen“ (Engel/König 1998, 173).

Ihren alternativen Theorie-Entwurf nennen sie „Neuro-Phänomenologie“: „Aus den ... anti-reduktionistischen Argumenten ergibt sich die Vermutung, dass die neurobiologische Beschreibung allein nicht zur Erfassung kognitiver Prozesse ausreicht. Um zu einer angemessenen Wahrnehmungstheorie beizutragen, muss die neurobiologische Beschreibung [...] rückgebunden bleiben an eine überzeugende *Phänomenologie der Kognition*, das heißt an eine Deskription von kognitiven Prozessen auf der Ebene der Handlungen des Gesamtsystems. [...] Dies bedeutet unter anderem, dass hier die Leiblichkeit des kognitiven Subjekts stärkere Berücksichtigung finden muss, da kognitive Prozesse nur ‚leiblich engagierten‘ Subjekten überhaupt zugeschrieben werden können. [...] Eine solche Theorie würde zudem die personale Ebene wieder in den Blick bringen, sie würde Sehen als Handlung einer Person thematisieren, und nicht als elektrische Aktivitätsmuster in einem ihrer Organe“ (Engel/König 1998, 191).

Die beiden Autoren führen im Einzelnen aus, wie die Grundlinien ihrer „Neuro-Phänomenologie“ aussehen: Abkehr von bloß „weltabbildenden“ hin zu „handlungsbezogenen“ Kognitionen; Einführung des Begriffs der „Situiertheit“, demzufolge das wahrnehmende Subjekt der Situation nicht bloß gegenübersteht, sondern selbst integraler Bestandteil der Situation (also „situier“) ist; Einführung einer ‚holistischen Hirntheorie‘, derzufolge Leistungen einzelner Sinnessysteme immer nur mit Bezug auf den Kontext des Systemganzen adäquat beschrieben werden können etc. Dem „Neuro-Chauvinismus“ eines Crick und Koch von 1990 („... we believe that the problem of consciousness can, in the long run, be solved only by explanations at the neural level“) wird hier also eine konstruktive Ablehnung erteilt.

Was meint nun die Rede vom „leiblichen Selbst“? Unter anderem im Ausgang von Nietzsches „Philosophie des Leibes“ (Zarathustra), der zufolge hinter unseren Gedanken und Gefühlen ein mächtiger Gebieter und unbekannter Weiser steht: nämlich das Selbst, das in unserem Leibe lebt bzw. *unser Leib selbst ist*, hat die Phänomenologie versucht, Strukturen und Bedeutung des Leibseins diesseits aller wissenschaftlichen Zurichtungen herauszufinden. Der Ausgangspunkt befindet sich dabei jenseits aller psychophysiologischen, cartesianischen Dualismen von Natur und Geist, Körper und Seele, Außen und Innen, Körper und Bewusstsein etc. „Mein Leib ist der Gesichtspunkt aller Gesichtspunkte“: er ist permanent da; er ist von sich aus auf sich selbst in prä-reflexiver Weise zurück bezogen (*Sich-Empfinden*, *Sich-Bewegen* etc.); er ist affektiv („Schmerz wählt man nicht, sondern macht sich selber bemerkbar“); er ist geschlechtlich und sozial auf andere bezogen, kurz: jede gegenständliche Leibauffassung (Leib als „Körper“) setzt einen präreflexiven

fungierenden Leib voraus: „Das leibliche Da bedeutet eine Vorgegebenheit von Welt, Selbst und Anderen, hinter die wir nicht zurückkönnen, und fernerhin ist diese Vorgegebenheit kein bloßes factum brutum, gegen das unsere Sinnentwürfe anrennen, vielmehr heben die Prozesse der Sinnbildung selber an mit einer leiblichen Spontaneität und schlagen sich nieder in leiblichen Gewohnheiten“ (Waldenfels 1980, 17).

Diese kurz skizzierte These vom „leiblichen Selbst“ könnte vielleicht der entscheidende Vermittler zwischen „Natur“ und „Kultur“

auf humanspezifischem Niveau sein. Es könnte sich daher lohnen, diesen Begriff für den Personzentrierten Ansatz differenziert auszuarbeiten.

*Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Birkbuschstr. 16
D-12167 Berlin
E-Mail: zurhorst@htwm.de*

Christian Fehringer

Replik auf den Beitrag von Jobst Finke „Das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus“

Finkes Befürchtung, der flüchtige Leser könne von systemtheoretischen Konzepten und Theorien zur Selbstorganisation eine Bestätigung des Modells der Aktualisierungstendenz ableiten, kann ich nachvollziehen. Dass Finke sich dabei aber selber als flüchtiger Leser der Systemtheorie erweist, er Äpfel (Ontologie) und Birnen (Epistemologie) vergleicht, dient seinem Anliegen nicht. Die Schwierigkeit bei Finkes Artikel sehe ich darin, dass er hochkomplexe wissenschaftstheoretische Phänomene als Argumentationsfiguren in bestimmte Kategorien einbettet und sie als dem PCA passend, ein bisschen passend, oder als inkompatibel kategorisiert.

Die Geschichte vom erhabenen Wesen „Mensch“ ist abhandeln gekommen. Weder seine „Gottesebenbildlichkeit“ noch seine Vernunft scheinen zu überzeugen. Dass die humanistische Anthropologie der europäischen Tradition an eine ontologische Metaphysik gebunden war, wird heute niemand mehr bestreiten. In dieser Tradition wurde die Frage nach dem Wesen des Menschen gestellt, oder was der Mensch an sich selbst sei. Der Beschreibung des Menschseins wurde eine konkrete Unterscheidung zugrunde gelegt, nämlich die Unterscheidung von Mensch und Tier. Das hatte dann zur Bestimmung des Menschenseins durch Vernunft geführt. Vernunft wurde dabei als Natur des Menschen begriffen, aber Natur kann offensichtlich natürlich oder widernatürlich sein. „Natur“ und „Mensch“ sind beides Begriffe, die in ihrer spezifischen Ausprägung und Akzentuierung keinesfalls apriorischer Natur sind, sondern kontingente Geschöpfe eines bestimmten Geistes und realgeschichtlichen Kontextes. Wenn es z. B. in der Antike heißt, etwas sei nicht natürlich, dann wird darunter verstanden, dass es den sozialen Regeln nicht entspricht. Die Natur war entweder die Gesellschaft oder ein ökologisches Ideal, das auf Selbstbeherrschung oder Autarkie abzielte. Damit bin ich beim Thema.

Auf- und Einteilungen sind einer Auseinandersetzung nicht unbedingt förderlich. Jede wissenschaftliche Disziplin wählt ihre Systemreferenz aus. Festzuhalten ist, dass sowohl die Systemtheorie in Verbindung mit konstruktivistischen Konzepten als auch der Personzentrierte Ansatz eindeutig gegen eine linear-kausale, reduktionistisch-mechanistische Weltanschauung Stellung beziehen. Autopoiese nur als naturalistisches Konzept zu begreifen ist kurzsichtig, und dieses Konzept gegen Kultur und Sinn auszuspielen, dient der Sache nicht. Die Anliegen der Systemtheorie liegen genau in dem Bereich, den Finke kritisiert: nämlich ontologisierende Begrifflichkeiten zu überwinden und einen Diskurs zu fördern, der „Wahrheiten“ in ihrer Kontextualität zu begreifen und zu relativieren versucht. Systemtheorie ist ein wissenschaftliches Beobachtungsprogramm. Es macht Sinn, personzentrierte Konzepte unter dieser oder jener Perspektive zu betrachten und zu fragen, welche Motivationslagen für wen, wann und auch wofür wichtig sind. Das wäre eine personzentrierte, wie auch systemtheoretisch/ konstruktivistische Form der Fragestellung, die berücksichtigt, dass der Konstruktivismus keine Anthropologie, sondern eine Epistemologie ist. Die wichtigsten Fragen der Systemtheorie sind nicht, was wird beobachtet, sondern wer beobachtet und warum so und nicht anders. Denken in Gewissheiten oder gar Absolutheiten wird außer in religiösen Glaubenssystemen nirgendwo mehr reklamiert oder praktiziert. Zudem existiert eine Vielzahl verschiedener Varianten des Konstruktivismus. Die Unterschiede sind teilweise enorm und entstehen aus den unterschiedlichen Forschungsgegenständen und Erkenntnisinteressen, aus der Positionierung zur Außenwelt, der Interpretation der Erreichbarkeit der Außenwelt (Ontologie) und schließlich daraus, wie viel Außenwelt ihre Vertreter gewillt sind, an den internen Operationen des Bewusstseins mitwirken zu lassen.

Finke bezieht sich in seinem Artikel auf Maturanas Autopoiese-konzept (vgl. Maturana 1982) und auf Luhmann (z. B. 1994), der diese biologische Perspektive in der Soziologie formuliert. Luhmann argumentiert, dass das Konzept der Autopoiese nicht auf die Biologie beschränkt werden sollte. Die Herausforderung dieser Theorie liegt für unser Metier darin, dass Luhmann den Mensch als Wechselwirkungsfaktor sieht und auch sehr stringent argumentiert, weshalb er den Schritt in die Apersonalität und Subjektlosigkeit unternimmt. Diese Debatte zwischen einem biologischen und einem soziologischen Ansatz prägt in sehr hohem Ausmaß den systemtheoretischen Diskurs, hat in der aktuellen Standesphilosophie, im Gegensatz zur Naturalismus-Kulturalismus Kontroverse, größte Aufmerksamkeit, und es ist aus personenzentrierter Sicht fatal, diesen Diskurs auf die Frage zu reduzieren, ob „unsere“ Theorie Modelle aus den Naturwissenschaften braucht oder nicht. Passender wäre zu überlegen, ob es möglich ist, bestehende personenzentrierte Konzepte durch angemessenere und förderlichere Narrative / Metaphern weiterzuentwickeln. Von Interesse wäre, wie förderlich es ist, Anteile einer humanistischen Emphase zu kürzen und dem Begriff der Kontingenz auch in unserem Metier Aufmerksamkeit zuteil werden zu lassen.

Theorie galt für Rogers immer eher als beifälliges intellektuelles Resultat jahrelanger empirischer Arbeit mit Klienten. Seine „Philosophie“ ist geleitet von den konkreten Erfordernissen einer auf Persönlichkeitsentwicklung ausgerichteten Therapie, auf deren Erfolg allein die Theorie zielt. Das – beharrende – Zugrundelegen eines bestimmten Menschenbildes („ganzheitlich“, „personenzentriert“, „humanistisch“ etc.) ist keinesfalls schon per se affin zur Philosophie, und ist auch etwas dürftig. Seit dem Beginn ihrer Geschichte fragt die Philosophie nach den Grundannahmen, wieso gerade dieses und nicht ein anderes Bild des Menschen zu bevorzugen ist. Sie hat dabei zugleich ein zunehmend ausdifferenziertes begriffliches Repertoire für ihre Versuche entwickelt, diese Voraussetzungen zu beschreiben und vor allem zu begründen. Spätere Versionen ihres Tuns gehen darauf, Begründungen zu begründen, und lassen so ihr ausschließlich textimmanentes Verfahren transparent werden. In ihren ständig sich wandelnden Konzepten von „Begründungen“ ist dann ein bestimmter, historisch zu einem gegebenen Zeitpunkt jeweils „befriedigender“ Reflexionsstand zum Ausdruck gebracht. Konkurrierende Menschenbilder werden auf dieser Basis diskutiert und begrifflich weiterentwickelt und ausdifferenziert. Dies trifft auf personenzentrierte Theorie, aus philosophischer Sicht, nicht zu. Diese Tatsache spricht an sich nicht gegen personenzentrierte Theorie, darf aber nicht zur – philosophischen – Sackgasse werden. Rogers selbst bezeichnet sein Denken als eine hausgemachte Abart existenzialistischer Philosophie. (Rogers 1977, 192) Meint Finke dazu, dass Rogers einmal so oder so denkt?

Für eine Systemtheorie Luhmannscher Prägung ist die Universale „Mensch“ und damit auch jegliches Menschenbild unter den Bedingungen der Moderne gesellschaftlich funktionslos geworden, da sie fälschlicherweise suggeriert, es gäbe eine gemeinsame onto-

logische Basis, die von allen Menschen gleichsinnig und gleichermaßen eingesehen werden könnte, eben den „Mensch“. Aber das Signum der Moderne ist die doppelte Kontingenz. Statt Ontologie also radikale Relativität, negativ formuliert Orientierungslosigkeit, die nur scheinbar, bloß rhetorisch, durch die Universale „Mensch“ kompensatorisch überwunden werden kann. Daher sollte man sie fallen lassen, lautet Luhmanns Argument. Luhmann argumentiert als Soziologe, hat daher auch kein Problem damit, Menschen als Wechselwirkungsfaktoren zu begreifen, um in seiner Theorie stringent arbeiten zu können. Diese Perspektive ist für unseren Bereich so nicht anzuwenden; das soll auch nicht das Anliegen sein. Jegliche Alltagspraxis, therapeutische Alltagspraxis, Kommunikation und die Gesellschaft selbst, die ja systemtheoretisch mit doppelter Kontingenz gleichzusetzen ist, scheint ohne eine solche Universale – den Menschen als sicheren Wert – durch eben diese doppelten Kontingenzen in ihrer Funktion gefährdet, da sie sich auf keine Sicherheiten mehr berufen könnte, die bei ihrem erfolgreichen Ablauf jedoch immer vorauszusetzen ist.

Fürchtet Finke, dass Selbstorganisation, wenn man sie nicht in eine „gute“ Aktualisierungstendenz einbindet, ungerichtet ist, „wild“ werden kann? Dass selbstorganisierte Systeme nur ein einziges Ziel kennen – sich zu erhalten; fern von jeglicher „Wachstumstendenz“. Beim personenzentrierten Axiom der Aktualisierungstendenz erwachen Reminiszenzen an die ontologisch-metaphysische Gedankenwelt der Antike. Natur wie Mensch werden bei Aristoteles nach der Metapher des Organismus erklärt, gemäß der sich alles Leben auto-teleologisch („entelechiä“) auf den Vollsinn seines Seins hin entwickelt – wenn nichts „dazwischenkommt“. Dieser (Neo-)Vitalismus leitet aus seinem Bewusstsein Begriffe wie Totalität und Finalität ab, verstanden als substantielle Form und als schöpferische Kraft, als geistige Energie. Da diese Begriffe gegeben erscheinen, wird kein Versuch unternommen, sie einer epistemologischen Kritik zu unterziehen. Die personenzentrierte Idee, so scheint es, hat ihre Theorie der Aktualisierungstendenz mit einem normativen Index („wahr“) versehen und kommt so ungewollt in die Nähe einer – anthropozentrischen – Metaphysik, als Vorschrift für die Richtung der Sinnsuche im Namen eines einzigen, wahren Sinns, einer gerichteten Kraft. Habermas (1981, 129) schreibt, dass mit Descartes das Subjekt an die Stelle Gottes tritt, was zu einer quasi-religiösen Aufwertung des Menschen führt. Bezieht man diesen Prozess auf die Entwicklung der Metaphysik, so bildet sich mit der Zentrierung der Welt auf den Menschen und seine Vernunft eine spezifisch neuzeitliche Metaphysik heraus. „Was jeweilig innerhalb dieser traditionellen Metaphysik als das zuhöchst Seiende angesetzt wurde, das ist unterschiedlich. Aristoteles bestimmte als zuhöchst Seiendes den Gott, die moderne Metaphysik setzte an die Stelle Gottes den absoluten Geist und schließlich den Menschen. Diese Unterschiede mögen bedeutsam sein, aber ihrer Struktur nach geschieht in ihnen dasselbe: ein Seiendes wird gesucht, das gründend für alles andere ist.“ (Schulz 1957, 49)

Mein Vorwurf an Finke lautet daher, dass er ein „seriöses“, vor-modernes und traditionell-ontologisches Verständnis von Theorie und ihrem Verfahren gegenüber ihrem Gegenstand, besser ihrem Anliegen – dem Menschen – hat. Rogers hat aber im Rahmen seiner Möglichkeiten, als Psychologe und „Nichtphilosoph“, im Laufe der Entwicklung des Ansatzes viele Ideen und Denkstrukturen, die zeitgenössische Philosophen beschäftigen, für seine theoretisierenden Nachfahren nicht nur möglich gemacht, sondern immer wieder ausdrücklich auf die Begrenztheit seiner Theorie hingewiesen.

Die Phänomene und die damit verbundenen Fragestellungen, die Finke beschreibt, sind es wert, diskutiert zu werden. Es ist sinnvoll, zu fragen, in welchem Verhältnis verschiedene Konzepte zueinander stehen können. Es ist nicht sinnvoll Zuordnungen zu treffen, wenn sich Wissenschaftsbereiche auf unterschiedliche Referenzsysteme beziehen und anschließend zu behaupten, das sei nicht kompatibel. Jede Theorie ist eine Theorie beobachtender Systeme. Sie muss daher eine Systemreferenz angeben, und sei es sich selber. Dafür gibt es keine Vorschriften. Die Welt sagt nicht, wie sie es haben will (Luhmann 1994, 52). Es ist dem Personenzentrierten Ansatz zu ermöglichen, an der Beobachtung zweiter Ordnung teilzunehmen. Wir können zwar dadurch die Voraussetzungen unseres eigenen Beobachtungsschemas nicht aufheben, wohl aber uns selber dabei beobachten, wie wir andere Funktionssysteme beobachten. Luhmann argumentiert, wenn man der Frage nach dem Beob-

achter einen metaphysischen Primat (Metaphysik aber für welchen Beobachter?) gibt, lösen sich die alten Probleme der Ontologie, des Wahrheitskonsenses auf. Man gewinnt neue Möglichkeiten der Beschreibung des Reichtums der Welt. Die Welt wird zum Rahmen, in dem verschiedene Beobachter dasselbe verschieden unterscheiden können (Luhmann 1994, 53). Er weist deshalb dem Menschen den Platz in der Umwelt des Gesellschaftssystems zu und orte die massive Kritik daran in humanistischen Erblasten. Er stößt aber bei genauer Analyse dieser Tradition auf Denkvorsetzungen, die er heute für unakzeptabel hält. Mit Orientierung an Menschenbildern hat man schlechte Erfahrungen gemacht, und bei seinem Theoriekonzept ist es der Gesellschaft nicht verwehrt, sich „menschlich“ zu entwickeln (ebd. 55). Luhmanns Angriff gegen „den“ Menschen ist ein Angriff gegen einen reduktiven Moralismus als Problemlösungsstrategie unserer Gesellschaft und damit Verkürzung des Problemhorizonts. Der Sinn des Dialogs über dieses Thema ist nicht Mitteilung der „Sache selbst“, sondern Erhellung des je eigenen Selbstverständnisses. Auf dieser Basis ist die Auseinandersetzung zu führen.

*Mag. Christian Fehringer
Roten Löwengasse 13/15
A-1090 Wien
E-Mail: christian.fehringer@acw.at*

Jobst Finke

Komplexität und Differenz

Antwort auf die Replik von Jürgen Kriz

Die Absicht meines Artikels im vorigen Heft von PERSON war der Versuch einer Auseinandersetzung mit den theoretischen, vor allem anthropologischen Grundlagen des PCA. Mein Anliegen galt dieser sachlichen Klärung und Differenzierung von Begriffen und war nicht als Kampfansage an bestimmte Positionen gemeint. Da es als solche aber offensichtlich von Jürgen Kriz verstanden wurde, will ich mich fragen, was ich zu diesem Missverständnis beigetragen haben könnte.

Ich mag an manchen Stellen meines Artikels etwas überspitzt formuliert haben. In dieser formalen Hinsicht möchte ich der Kritik von Jürgen Kriz nicht widersprechen. Inhaltlich bin ich aber doch über seinen so empört formulierten Widerspruch äußerst überrascht, glaubte ich doch, mit nicht wenigen Argumenten in seinem Sinne zu sprechen. Da ich dies offensichtlich nicht getan habe, kann ich nur versichern, dass ich ihn nicht kränken und seine wissenschaftliche Leistung in keiner Weise in Zweifel ziehen wollte.

Die Zuspitzung mancher meiner Formulierungen haben sich in diesem Falle auch insofern als kontraproduktiv erwiesen, als sie es Jürgen Kriz offensichtlich erschwerten, genau wahrzunehmen und abzuwägen, was ich eigentlich gesagt habe. So muss ich jetzt manche inhaltlichen Entstellungen meines Textes in seiner Replik korrigieren. Übersichtshalber werde ich auf die einzelnen Stichworte des Gesamtthemas getrennt eingehen.

Zu „Systemtheorie“

Jürgen Kriz kritisiert, dass ich die Systemtheorie als „naturalistischen Reduktionismus gebrandmarkt“ hätte. Solches steht in meinem Artikel nicht. Ich habe lediglich geschrieben, dass Systemtheorien dazu neigten, den Menschen subjektlos zu konzipieren. Kriz selbst wirft zumindest der Systemtheorie Luhmanns vor, dass mit deren Ausformulierung des Autopoiese-Konzeptes eine Ausklammerung oder zumindest eine Unterbelichtung personaler Aspekte gegeben sei (Kriz 1999, 111ff, 121). So sieht Kriz die Notwendigkeit, für eine personenzentrierte Systemtheorie erst ausdrücklich

die Berücksichtigung der Person zu fordern (Kriz 1999, 129); jedoch ist darüber hinaus zu fragen, ob bei der systemtheoretisch konzipierten „Person“ auch wirklich humanistische Aspekte des selbstbestimmten, moralischen Subjektes wie Werterleben und verantwortliche Wertentscheidung angemessen ausformuliert werden. Es war ja gerade der Einwand von Habermas gegen Luhmann, das letzterer z. B. auch Werte rein funktionalistisch interpretiere und damit jeden auf Wahrheitsfähigkeit zielenden Begründungsanspruch von Werten aufhebe (Habermas/Luhmann 1971, 142ff).

Bei der Beschreibung der für die Systemtheorie wichtigen Kategorie des Prozesses habe ich bei Kriz eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen dem Geschehen eines subjekthaften Erlebens und einem (je nach Ordnungszustand unterschiedlich eindeutig) bedingungsanalytisch erfassbaren, mathematisch formalisierbaren Ablauf in einem biologischen oder technischen System nicht finden können. Da ein Prozess entlang einer Zeitachse verläuft, wird so beim erlebnishaften Geschehen im gleichen Maße die „physikalische“ Zeit zugrundegelegt, wie beim technischen Ablauf. Diese zwar dynamistische, aber eben auch funktionalistische Perspektive sehe ich auch bei Kriz (1999, 137ff), wenn er etwa zur Beschreibung der für die Person so wichtigen Sinn-Kategorie Begriffe der Kybernetik heranzieht und von „Sinnattraktoren“ spricht (was auch eine erhebliche Verengung des Sinn-Verständnisses bedeutet). Durch diesen systemtheoretisch-kybernetischen Blick auf die Person wird zwar nicht schon ein Naturalismus definitiv vorgegeben, doch die Möglichkeit der Einführung eines solchen gebahnt, da die zugrunde liegenden Modellbildungen prinzipiell auch (und oft sogar primär) für biologische wie für technische Systeme gelten sollen.

Ich bitte nun aber inständig darum, zu unterscheiden zwischen einer „Verketzerung der Naturwissenschaft“, wie Kriz sie mir vorwirft, und der Grenzziehung zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Sichtweisen. Ich befürworte unter dem Aspekt bestimmter Aufgabenstellungen, wie z. B. störungs- und auch therapietheoretischer Konzeptbildungen, durchaus die partielle Anwendung systemtheoretischer Betrachtungsweisen im PCA und messe diesen eine wichtige heuristische Bedeutung zu. Die Perspektive eines funktionalistischen Zweckerationalismus ist in bestimmter Hinsicht auch für den PCA unumgebar, wenn er wissenschaftlich und „gesundheitspolitisch“ anschlussfähig bleiben will. Der Beitrag der Systemtheorie ist dabei willkommen. Ich bin lediglich gegen eine Verabsolutierung dieser Sichtweise. Dabei verkenne ich keineswegs, wie Kriz mir unterstellt, dass für ihn die Systemtheorie eben nur eine Sichtweise, nur eine Methode ist, wobei allerdings hinzuzufügen wäre, dass die jeweilige Sichtweise immer auch ihren Gegenstand mitkonstituiert. Mir ist allerdings unklar, ob Kriz von einem universellen Geltungsanspruch eben dieser systemischen Sichtweise ausgeht, ob er hier die „unity of science-Perspektive“ vertritt, also hier die alle Gegenstandsbereiche erfassende Einheitsmethode gefunden zu haben glaubt. Wenn Kriz etwa an Peter F. Schmid lobend

hervorhebt, dass dieser „konsequent phänomenologisch“ bleibe, so unterschlägt er nicht nur die ausgeprägt personalistische und dialogphilosophische Sichtweise dieses Autors, sondern er scheint auch andeuten zu wollen, dass sich Schmid jeder die Geltung der Systemtheorie begrenzenden methodischen Festlegung enthalte. Denn mit „phänomenologisch“ hat Kriz vermutlich nicht den spezifischen Erkenntnisgang Husserl'scher Prägung gemeint, sondern lediglich die jeder speziellen Methodik entsagende Bescheidung auf ein rein deskriptives und heuristisch unbestimmt bleibendes Vorgehen.

Also, sieht Kriz in der Systemtheorie die alles bestimmende Methode? Immerhin gibt es Äußerungen bei Kriz, die zur Systemtheorie konkurrierende Methoden nicht auszuschließen scheinen. Im Sinne des altehrwürdigen und auch für den PCA gültigen Prinzips der „hermeneutischen Billigkeit“, nach dem ein Text so auszulegen ist, dass dem Geist des Autors am konstruktivsten entsprochen wird, will ich die Äußerungen von Kriz über narrative Konzepte und Systemtheorie (Kriz 1999, 123ff) so lesen, dass auch das systemische Denken nur eine Erzählform unter anderen ist, dass also ein möglicher Geltungsuniversalismus der Systemtheorie von der Narrationstheorie unterlaufen wird. Unter dieser Prämisse bleibt mir allerdings die Empörung von Jürgen Kriz gegenüber meinen Äußerungen umso mehr unverständlich.

Zu „Autopoiesis“

Jürgen Kriz scheint mir zu unterstellen, ich hätte speziell gegen seine Autopoiese-Konzeption argumentiert. Das trifft aber in gar keiner Weise zu.

Jürgen Kriz wirft mir vor, dass ich den Paradigmenwechsel in den modernen Naturwissenschaften, wie er sich gerade am Autopoiese-Konzept zeige, nicht zur Kenntnis nehmen wolle. Obwohl ich doch ausdrücklich die antimechanistischen und antideterministischen Perspektiven dieses Konzeptes erörtert habe. Allerdings habe ich auch von der Einführung naturalistischer Positionen (womit keinesfalls ein ausschließlich mechanistisches Naturverständnis gemeint ist) gesprochen, wenn man die entsprechenden Ausführungen Maturanas unmittelbar zur Begründung eines personenzentrierten Menschenbildes heranzieht. In dieser Hinsicht fühle ich mich durch Kriz selbst bzw. durch seine Zitierweise Maturanas bestätigt. Hier steht nämlich als Zitat Maturanas (Kriz 1999, 84) u. a.: „Menschliches Erkennen ist ein biologisches Phänomen und [...] durch die Struktur des Organismus determiniert“. In diesem Zitat spricht sich mit entwaffnender Prägnanz das aus, was man gemeinhin Biologismus oder Naturalismus nennt, unabhängig davon, ob man in diesen definitorischen Konsens einstimmen will oder nicht. Andererseits hat (ebenfalls nach Kriz 1999, 85, 87) Maturana selbst sein Autopoiese-Konzept zunächst auf die Betrachtung des Lebens in einer Zelle bzw. auch auf mehrzellige Organismen beschränkt sehen wollen und sich gegen eine Übertragung dieser Konzeption auf andere Systeme, etwa auf soziale Systeme, gewehrt. Der Neurobiologe

Maturana selbst würde dann also die Gegenstandsangemessenheit seiner (biologischen) Perspektive sehr wohl beachten und keine (biologische) Grenzüberschreitung begehen wollen. Auch in diesem Punkt verstehe ich also den empörten Protest von Jürgen Kriz auf meine Ausführungen nicht.

Was ich hier sagen wollte, nun noch einmal: Der „klassische“ Humanismus geht von der Unvollständigkeit des natürlichen Menschen aus, der erst durch Selbstbildung und Selbstvervollkommen die Humanitas in sich entwickeln muss. Im Existentialismus Sartres ist der Mensch dadurch bestimmt, dass er sich selbst konzipieren, sich selbst in seinem Wesen erst wählen muss, und Sartre (1965) sieht gerade in dieser Position einen dezidierten Humanismus. Die hier angesprochenen humanspezifischen Vollzüge der Selbstbildung, Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung sollten (auch und vor allem) mit Theorieansätzen beschrieben werden, die primär an diesem Humanspezifischen ausgerichtet sind.

Zu „Ganzheitlichkeit“

Jürgen Kriz unterstellt mir die Behauptung einer Unvereinbarkeit des PCA mit einer ganzheitlichen Position. Davon steht so in meinem Artikel kein Wort. Ich habe vielmehr unterschieden wissen wollen zwischen einer auf die menschliche Person einerseits und den Kosmos andererseits bezogenen Ganzheitlichkeit, also zwischen einer personalen und einer kosmologischen Ganzheitlichkeit. Das Konzept einer personalen Ganzheitlichkeit ist unverzichtbares Merkmal einer humanistischen Position. Das Konzept einer kosmologischen Ganzheitlichkeit, in der der Mensch sich in einer All-Einheit aufgehoben glaubt, ist indes, so schrieb ich, mit humanistischen Auffassungen und, so füge ich jetzt hinzu, streng wissenschaftlichen Positionen nur schwer vereinbar.

Zu „Rogers“

Kriz schreibt, dass der Denkansatz von Rogers „ein komplexes, einmaliges Phänomen“ sei; Rogers denke nicht naturalistisch, sondern einfach „rogerianisch“. Wenn Kriz damit andeuten will, was auch seine weitere Argumentation nahe legt, dass das Denken von Rogers a priori jeder Möglichkeit einer kategorisierenden Zuordnung (zu historisch Bekanntem) enthoben ist, so dass hier jeder Versuch einer ideengeschichtlichen Kontextualisierung scheitern muss, dann käme dies in eine gefährliche Nähe zu den Denkmustern einer antiwissenschaftlichen Heiligenverehrung. Vielleicht wollte Kriz aber auch nur sagen, dass ich den Denkansatz von Rogers falsch verortet habe. Ich bitte ihn dann aber, meine Bewertung vieler Aspekte dieses Ansatzes als ausgesprochen humanistisch nicht zu übersehen. Allerdings vertritt Rogers neben humanistischen Positionen einen Organismus, also die bekannte Konzeption vom Organismus als einem ganzheitlichen System, das nicht nur für das einzelne Individuum, sondern für den ganzen Kosmos bestimmend ist. Ich hatte die ideengeschichtlichen Wurzeln dieses Organismus dargestellt und in diesem Zusammenhang

erörtert, dass hier gerade nicht von einem Naturalismus im Sinne der Naturwissenschaften gesprochen werden kann. Ich sehe allerdings weiterhin die ungelöste Schwierigkeit einer Synthese von Humanismus und organismischen Konzepten, ein Problem, über das ich auch mit Jürgen Kriz gern diskutiert hätte (keinesfalls mit der Erwartung einer Zustimmung in allen Punkten). Aber Kriz hat leider, so verstehe ich ihn, die gesamte Problemstellung eher ärgerlich abgewehrt. Dies bedauere ich, denn zum Unternehmen „Wissenschaft“ sollte es doch auch gehören, die Voraussetzungen und impliziten Vorannahmen des eigenen Ansatzes nicht undurchschaut zu lassen, vielmehr um deren Explikation und Konsistenz bemüht zu sein.

Zu „Humanismus“

Jürgen Kriz bezweifelt, dass „die Humanistische Psychologie mit dem Ziel entstand, irgendetwas aus der Renaissance zu entfalten“ und „als Realisation irgendeiner abstrakten ideengeschichtlichen Kategorie aufzutreten“. Diese Formulierung scheint sagen zu wollen, dass keine inhaltlichen Bezugnahmen der Humanistischen Psychologie auf das bestehen, was nicht nur in der Philosophie fest als Humanismus definiert ist, eine Definition, die in einem engen Zusammenhang mit der Geschichte dieses Begriffes und dieses Denkens steht. Dies wäre in der Tat ein brisanter Befund. Denn er würde den Vorwurf rechtfertigen, dass die Humanistische Psychologie eigentlich einen Etikettenschwindel betreibt oder dass zumindest deren Begründer den Begriff „humanistisch“ der Beliebigkeit willkürlichen Umdeutens anheimgegeben haben. In der Tat gibt es Autoren (etwa Graumann 1980), nach denen die Humanistische Psychologie nicht wirklich humanistisch ist. Ich war bisher der Überzeugung, solchen Ansichten widersprechen zu müssen, da ich bei Rogers, wie in meinem Artikel dargestellt, auch ausgeprägt humanistische Positionen sehe. Mir ist hier daran gelegen, diesen Widerspruch auch angesichts der heutigen Vertreter des PCA aufrechterhalten zu können. Wenn allerdings Jürgen Kriz gegen alle philosophische Tradition und gegen die aktuellen Diskurse in den Human- und Kulturwissenschaften die Dichotomie von Naturalismus und Humanismus als „inadäquat“ ansieht und damit wichtige Unterscheidungen bei der Begründung des personenzentrierten Menschenbildes für entbehrlich hält, dann wäre zu erörtern, unter welchen Prämissen diese Dichotomie vermeintlich aufgehoben ist, und was dann noch der Terminus „humanistisch“ (nicht „human“!), der seinen Gehalt zum nicht geringen Teil seinem Gegenbegriff verdankt, bedeuten soll.

*Prof. Dr. Jobst Finke
Psychiatrische Landes- und Hochschulklinik
Borkhovenallee 171
D-45239 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*

Literatur

- Berner, W./Sachsse, U. (2003), Editorial zu Persönlichkeitsstörungen und Körper, in: Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie (PTT) 7, 3
- Davison G. C./Neal J. M. (1996), Klinische Psychologie, Weinheim (Psychologie Verlags Union), 4¹⁹⁹⁶
- Deneke, F.-W. (1999), Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten, Stuttgart (Schattauer)
- Engel, A./König, P. (1998), Das neurobiologische Wahrnehmungsparadigma, in: Gold, P./Engel, A. (Hg.), Der Mensch in der Perspektive der Kognitionswissenschaften, Frankfurt/Main (Suhrkamp), 156–194
- Graumann, C. F. (1980), Psychologie – humanistisch oder human? In: Völker, U. (Hg.), Humanistische Psychologie, Weinheim (Beltz), 39–50
- Habermas, J./Luhmann, N. (1971), Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Habermas, J. (1981), Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Keil, W.W./Stumm, G. (2002) (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer)
- Kriz, J. (1999), Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner, Wien (Facultas)
- Kuhn, T.S. (1962), The structure of scientific revolutions, Chicago (University of Chicago Press)
- Luhmann, N. (1994), Die Tücke des Subjekts und die Frage nach den Menschen, in: Fuchs, P./Göbel, A. (Hg.), Der Mensch – das Medium der Gesellschaft, Frankfurt/Main (Suhrkamp), 40–56
- Maturana, H. (1982), Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie, Braunschweig (Vieweg)
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987, 3¹⁹⁹¹
- Rogers, C. R. (1977), Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, München (Kindler)
- Röska-Hardy, L. (2002), Die Naturalisierung des Geistes, in: Rösen, J. (Hg.), Jahrbuch 2001/2002 des kulturwissenschaftlichen Instituts im Wissenschaftszentrum NRW, Essen (Eigenverlag), 130–150
- Sachsse, U. (2003), Distress-Systeme des Menschen. Persönlichkeitsstörungen, in: Theorie und Therapie (PTT) 7, 4–15
- Sartre, J.-P. (1965), Der Existentialismus ist ein Humanismus, Reinbek (Rowohlt)
- Schmid, P. F. (1994), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. 1: Autonomie und Solidarität, Köln (Edition Humanistische Psychologie)
- Schulz, (1957), Der Gott der neuzeitlichen Metaphysik, Pfullingen
- Speierer, G. W. (2002), Das differenzielle Inkongruenzmodell, in Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer)
- Swildens, H. (2002), Where did we come from and where are we going? The development of person-centered psychotherapy, in: Person-Centered & Experiential Psychotherapies 1, 111–131
- Waldenfels, B. (1980), Der Spielraum des Verhaltens, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Waldenfels, B. (1991), Der Kranke als Fremder, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen, Heidelberg (Asanger), 95–123
- Waldenfels, B. (1998), Grenzen der Normalisierung, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Waldenfels, B. (2000), Das leibliche Selbst, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Wingert, L./Kettner, M. (2002), Was macht eine Lebensform human? In: Rösen, J. (Hg.), Jahrbuch 2001/2002 des kulturwissenschaftlichen Instituts im Wissenschaftszentrum NRW, Essen (Eigenverlag), 339–342

REGISTER Hefte 1 | 1997 – 2 | 2002

Schwerpunktheft

- 10 Jahre nach dem Tod von Carl Rogers – Das Vermächtnis als Herausforderung, Schwerpunktheft 1 | 1998
- Der Personenzentrierte Ansatz außerhalb der Psychotherapie, Schwerpunktheft 1 | 1999
- Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie am Wiener Weltkongress 1996, Schwerpunktheft 1 | 1997
- Person-/Klientenzentrierte Supervision, Schwerpunktheft 2 | 2000
- 100 Jahre Carl Rogers, Schwerpunktheft 2 | 2001

Beiträge

- Auckenthaler, Anna (2001), Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie, in: PERSON 2 (2001) 98–102
- Bahr, Christiane (1999), Entwicklungspsychologische Möglichkeiten im höheren Lebensalter am praktischen Beispiel des Sozial- und Gesundheitszentrums Gng, in: PERSON 1 (1999) 69–75
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (2001), Levels of loneliness and connection: Crisis and possibility, in: PERSON 1 (2001) 58ff
- Behr, Michael/Doubcek, Nicole/Höfer, Steffi (2002), Authentizität als Einheit. Authentizität als Einheit von Erfahrung, Selbstkonzept und Echt-Sein am Beispiel von unterrichtenden Lehrern, in: PERSON 2 (2002) 60–70
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria (1997), Eine klientenzentrierte Krankheitslehre, in: PERSON 1 (1997) 48–55
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria (1998), Das Phänomen Aggression betrachtet im Rahmen der Klientenzentrierten Entwicklungspsychologie, in: PERSON 1 (1998) 64–68
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria (2001), Zur Entwicklungspsychologie von Rogers, in: PERSON 2 (2001) 38–42
- Böhmisch, Wolf R./Freisler-Traub, Andrea/Frenzel, Peter (1999), Ein personenzentrierter Ansatz in der Hochschuldidaktik. Bericht und Reflexion zu einem selbstgesteuerten Lernexperiment im (wirtschafts)universitären Kontext, in: PERSON 1 (1999) 38–46
- Bruckback, Maria (1997), Die Verbalisation des Selbst, in: PERSON 1 (1997) 72–74
- Butterfield-Meisel, Christine/Hadinger, Boglarka/Keil, Wolfgang W./Kurz, Wolfram/de Mendelssohn, Felix/Schmid, Peter F./Schwager-Scheinost, Marianne (1997), Dialog der Schulen: Ähnlichkeiten und Differenzen. Podiumsdiskussion im Rahmen des Weltkongresses für Psychotherapie 1996, in: PERSON 1 (1997) 25–39
- Cain, David J. (2001), „Die Fakten sind freundlich“. Belege aus der Forschung für die Effizienz der Klientenzentrierten und Experientziellen Psychotherapien, in: PERSON 2 (2001) 29–31
- de Peretti, André (2002), Die Globalisierung, der Personenzentrierte Ansatz und die Kultur des Barock, in: PERSON 1 (2002) 88–94
- Diethardt, Ulrike/Korunka, Christian (2000), Editorial, in: PERSON 1 (2000) 3
- Eckert, Jochen (1997), Welcher Klient mit welcher Störung profitiert von einer Gesprächspsychotherapie? Entwicklung und Stand der Indikationsfrage in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 1 (1997) 40–47
- Eckert, Jochen (2001), Zur Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 2 (2001) 27f
- Fairhurst, Irene (2001), Das Werk von Carl Rogers aus einer feministischen Perspektive, in: PERSON 2 (2001) 48–50
- Fartacek, Reinhold (1999), Aspekte Klientenzentrierter Psychotherapie in der Psychiatrie am Beispiel einer stationären Krisenintervention, in: PERSON 1 (1999) 25–31
- Fennes, Irmgard (2001), Im Prozess der Wandlung. Spirituelle Aspekte in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 1 (2001) 32ff
- Finke, Jobst (1999), Das Verhältnis von Krankheitslehre und Therapietheorie in der Gesprächspsychotherapie, in: PERSON 2 (1999) 131–138
- Finke, Jobst (1999), Rezension: Peter F. Schmid, Im Anfang ist Gemeinschaft. Bd. III: Personenzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie, Stuttgart (Kohlhammer) 1998, in: PERSON 2 (1999) 131–138
- Finke, Jobst (2001), Rezension: Dietrich H. Moshagen (Hrsg.), Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen, in: PERSON 1 (2001) 77f
- Finke, Jobst (2001), Die Therapietheorie der Personenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 2 (2001) 34–36
- Finke, Jobst (2002), Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus, in: PERSON 2 (2002) 26–34
- Finke, Jobst (2002), Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlich-rechtlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, in: PERSON 2 (2002) 71f
- Frenzel, Peter (1997), Fortschritte in der eigenen Identitätswandlung. Bericht über die Vierte Internationale Konferenz für Klientenzentrierte und Experientielle Psychotherapie, Lissabon, Juli 1997, in: PERSON 2 (1997) 116–119
- Frenzel, Peter (1998), Vielfalt versus Beliebigkeit. Wie das Vermächtnis von Carl R. Rogers im Institut für Personenzentrierte Studien (IPS) als Herausforderung verstanden wird, in: PERSON 1 (1998) 45–56
- Frenzel, Peter (1999), Editorial, in: PERSON 2 (1999) 99f
- Frenzel, Peter (2000), Personenzentrierte Supervision. Entwicklung durch dialogische Kreation funktionaler Wirklichkeiten in einer Umwelt der Organisation, in: PERSON 2 (2000) 28–39
- Fuchs, Renata (1999), Personenzentrierte Beratung bei Arbeitslosigkeit, in: PERSON 1 (1999) 76–80
- Garbsch, Madeleine (2000), Geschichte der Psychotherapieforschung. Welchen Beitrag hat der Personenzentrierte Ansatz geleistet?, in: PERSON 1 (2000) 32–42
- Gaul, Sylvia (1998), Carl Rogers – Legitimität der Nachfolge im Spiegel person(en)klientenzentrierter Vereinigungen in Österreich, in: PERSON 1 (1998) 57–63
- Gaul, Sylvia (2001), Rezension: Barrett-Lennard, Godfrey, Carl Rogers' helping system. Journey and substance, London (Sage) 1998, in: PERSON 1 (2001) 74ff
- Gaul, Sylvia/Sauer, Joachim (1999), Editorial, in: PERSON 1 (1999) 3f
- Gaylin, Ned L. (1997), Client-Centered Family Therapy. Individual and ecosystemic issues, in: PERSON 1 (1997) 82–85
- Graf, Walter/Pfingstner, Reinhold (1999), Personenzentrierte Outdoorarbeit – Begegnung in der Natur, in: PERSON 1 (1999) 11–15
- Greening, Tom (2001), Carl Rogers als „direktiver“ Psychotherapeut, in: PERSON 2 (2001) 37
- Gutberlet, Michael (1999), Die Entfaltung von Personal Power im Personenzentrierten Ansatz. Vortrag zum ÖGwG-Symposium 21.–23. Mai 1998 in Linz, in: PERSON 2 (1999) 101–109
- Gutberlet, Michael (2001), Friedensarbeit im Sinne von Carl Rogers beginnt in der Person. Jetzt! in: PERSON 2 (2001) 45–47
- Hegar, Karin/Katsivalaris, Margret/Kucera, Martina/Margulies, Frank/Rehr, Michael/Schwarz, Michael/Theurer, Maria/Tichy, Harald E. (2001), Zur Aktualität des Rogersansatzes in der heutigen Psychotherapie-Ausbildung. Statements von Auszubildenden/Innen aus der APG, ÖGwG und SGGT, in: PERSON 2 (2001) 109–117
- Helmer Bernd/Frohburg, Inge (2002), Empathie in der psychotherapeutischen Praxis. Eine empirische Untersuchung zur Frage ihrer Dimensionalität, in: PERSON 1 (2002) 59–64

- Hendricks Gendlin, Marion N. (2002), Ein Felt Sense ist mehr als nur ein Gefühl, in: PERSON 2 (2002) 19–25
- Holdstock, T. Len (1997), Paradoxes and challenges facing the person-centered approach, in: PERSON 1 (1997) 56–61
- Höger, Diether/Müller, Doris (2002), Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten, in: PERSON 2 (2002) 35–44
- IPS der APG und ÖGwG (1997), Person-/Klientenzentrierte Supervision und Organisationsentwicklung. Status und Ausbildungsordnung von ÖGwG und IPS der APG, in: PERSON 2 (1997) 160–167
- Jandl-Jäger, Elisabeth (1998), Psychotherapieforschung und Psychotherapeutische Praxis, in: PERSON 1 (1998) 69–74
- Kabelka, Walter (1999), Bericht vom Symposium der ÖGwG im Mai 1998, in: PERSON 1 (1999) 85f
- Kahn, Ed (1999), The Intersubjective Perspective and the Person-Centered Approach. Are They One at Their Core?, in: PERSON 2 (1999) 110–121
- Keil, Wolfgang W. (1997), Geschichtliche Entwicklung und inhaltliche Ausrichtung der ÖGwG (Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung), in: PERSON 2 (1997) 111–116
- Keil, Wolfgang W. (1997), Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 1 (1997) 5–13
- Keil, Wolfgang W. (1997), Zum gegenwärtigen Stand der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 2 (1997) 128–137
- Keil, Wolfgang W. (1998), Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 1 (1998) 32–44
- Keil, Wolfgang W. (2000), Rezension: Peter F. Schmid, Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch, Bd. I: Solidarität und Autonomie, Köln (EHP) 1994, in: PERSON 2 (1999) 144f
- Keil, Wolfgang W. (2000), Rezension: Sander, Klaus, Personenzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis, in: PERSON 2 (2000) 65
- Keil, Wolfgang W. (2001), Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGwG in der Ukraine 1994–1999, in: PERSON 1 (2001) 65ff
- Keil, Wolfgang W. (2001), Das für Psychotherapie notwendige Erleben Oder: Personenzentrierter und experientzieller Ansatz gehören zusammen, in: PERSON 2 (2001) 90–97
- Keil, Wolfgang W. (2002), Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie, in: PERSON 1 (2002) 34–44
- Keil, Wolfgang W. (2002), Rezension: Ryback, D., Emotionale Intelligenz im Management. Wege zu einer neuen Führungsqualität & Terjung B./Kempf T., Von der Klientenzentrierten Therapie zur Personenzentrierten Organisationsentwicklung (Person-Centered Organization-Development – PCOD), in: PERSON 2 (2002) 78f
- Keil, Wolfgang W./Gaul, Sylvia (2001), Editorial, in: PERSON 1 (2001) 3f
- Kilborn, Mary (2000), The Second PCA Colloquium, Kranichberg, Austria, 10.–12. Juli 1999. A Personal Impression, in: PERSON 1 (2000) 62–65
- Kirschenbaum, Howard (2002), Carl Rogers' Leben und Werk: Eine Einschätzung zum 100. Jahrestag seines Geburtstags, in: PERSON 1 (2002) 5–15
- Klinglmair, Alfred im Gespräch mit Sauer, Joachim (1999), Im Spannungsfeld zwischen Person und Organisation. Möglichkeiten und Grenzen des Personenzentrierten Ansatzes in der öffentlichen Verwaltung, in: PERSON 1 (1999) 32–37
- Korbei, Lore Korbei (1997), Editorial, in: PERSON 2 (1997) 95
- Korbei, Lore (1997), „Was Peter über Paul sagt...“ Supervision aus der Sicht einer Psychotherapeutin, in: PERSON 2 (1997) 155–159
- Korbei, Lore (1999), Rezension: Eugene T. Gendlin, Focusing – orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode, München (Pfeiffer) 1998, in: PERSON 2 (1999) 142f
- Korbei, Lore (1999), Rezension: Eugene Gendlin/Johannes Wiltshcko, Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag, München (Pfeiffer) 1999, in: PERSON 1 (2000) 70f
- Korbei, Lore (1999), Vergabe des 1. Internationalen Sigmund-Freud-Preises für Psychotherapie der Stadt Wien an Prof. Dr. Sylvester Notm Madu, in: PERSON 2 (1999) 155
- Korunka, Christian (1997), Editorial, in: PERSON 1 (1997) 3f
- Korunka, Christian/Nora Nemeskeri/Joachim Sauer (2001), Carl Rogers als Psychotherapieforscher. Eine kritische Würdigung, in: PERSON 2 (2001) 68–89
- Korunka, Christian/Sauer, Joachim/Steinhardt, Kornelia/Lueger-Schuster, Brigitte (2000), Der Stellenwert des Personenzentrierten Ansatzes in der Supervision. Eine empirische Bestandsaufnahme, in: PERSON 2 (2000) 5–14
- Korunka, Christian/Stumm, Gerhard (2002), Editorial, in: PERSON 2 (2002) 3
- Korunka, Christian/Zinschitz, Elisabeth (1998), Editorial, in: PERSON 1 (1998) 3f
- Kramer, Robert (2002), „Ich wurde von Rank'schem Gedankengut angesteckt“. Die Wiener Wurzeln des Personenzentrierten Ansatzes, in: PERSON 2 (2002) 5–18
- Krebitz, Heimo (1999), Personale Begegnung in der Körperlichkeit. Ein personenzentrierter Ansatz in der Medizin, in: PERSON 1 (1999) 21–24
- Kriz, Jürgen (2001), Rogers' Verhältnis zur Wissenschaft, in: PERSON 2 (2001) 23–26
- Kriz, Jürgen (2002), Rezension: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.): Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 1 (2002) 95f
- Lottz, Angelo (2002), Das Unausgesprochene zu Wort bringen. Gedanken zur Psychotherapie mit Opfern der Folter, in: PERSON 1 (2002) 77–87
- Mitterhuber, Beatrix (2000), Person als Schaltstelle von Veränderungsprozessen. Eine Brille der mehrdimensionalen Betrachtung, in: PERSON 2 (2000) 40–43
- Network of the European Associations for Person-Centred Counseling and Psychotherapy (NEAPCCP) (1999), Statutes, in: PERSON 2 (1999) 156–158
- Neville, Bernie (1997), The Person-Centred Ecopsychologist, in: PERSON 1 (1997) 75–81
- Niebrzydowski, Leon (1997), Self-disclosure empathy and sexual dissatisfactions as the factors conditioning a successful marriage, in: PERSON 1 (1997) 86–89
- O'Hara, Maureen (1998), Personenzentrierte und experientielle Psychotherapie in einem kulturellen Übergangszeitalter, in: PERSON 1 (1998) 5–14
- O'Hara, Maureen (2000), Moments of eternity. What Carl Rogers has to offer brief therapists, in: PERSON 1 (2000) 5–17
- O'Hara, Maureen/Wood, John K. (2001), Das Bewusstsein von morgen kultivieren: Der personenzentrierte Prozess als transformierende Schulung, in: PERSON 2 (2001) 51–54
- Pelinka, Brigitte (2000), Klientenzentrierte Kindertherapie. Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitslehre von Carl Rogers, in: PERSON 1 (2000) 43–51
- Person-Centered Association in Austria (PCA) (1999), Erklärung psychotherapeutischer Vereine zur politischen Situation, in: PERSON 2 (1999) 154
- Pörtner, Marlis (1997), Wider die Beliebigkeit – spezifische Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 1 (1997) 66–71
- Prouty, Garry (2001), Carl Rogers und die experientziellen Therapieformen: eine Dissonanz?, in: PERSON 1 (2001) 52ff
- Ratzinger, Hans-Peter/Zinschitz, Elisabeth (2001), Innensichten – Außensichten. Carl Rogers im Licht biografischer Texte, in: PERSON 2 (2001) 9–19
- Reisel, Barbara (2001), The clinical treatment of the problem child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut, in: PERSON 2 (2001) 55–67
- Rogers, Natalie (2001), Carl Rogers' Theorie der Kreativität ins Leben umsetzen, in: PERSON 2 (2001) 21f
- Rudie, Ditta (1999), Der Personenzentrierte Ansatz in der journalistischen Arbeit, in: PERSON 1 (1999) 64–68

- Schmid, Peter F. (1997), „Einem Menschen begegnen heißt von einem Rätsel wachgehalten werden.“ (E. Lévinas). Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personenzentrierten Ansatzes, in: PERSON 1 (1997) 14–14
- Schmid, Peter F. (1997), „to further cooperation on an international level in the field of psychotherapy and counseling ...“, Zur Gründung der World Association for Person-Centred Counseling and Psychotherapy (WAPCCP). An Association for the Science and Practice of Client-Centered and Experiential Psychotherapies and Counseling, in: PERSON 2 (1997) 168–171
- Schmid, Peter F. (1997), Die „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG) – Vereinigung für Beratung Therapie und Gruppenarbeit“, Geschichte, Entwicklungen, Zielsetzungen, in: PERSON 2 (1997) 97–110
- Schmid, Peter F. (1997), Förderung von Kompetenz durch Förderung von Kongruenz. Inhaltliche und berufspolitische Aspekte Personenzentrierter Supervision, in: PERSON 2 (1997) 144–154
- Schmid, Peter F. (1998), State of the Art personenzentrierten Handelns als Vermächtnis und Herausforderung, in: PERSON 1 (1998) 15–23
- Schmid, Peter F. (1999), „to further cooperation between person-centred institutions in Europe in the field of psychotherapy and counseling ...“, Zur Gründung des Network of the European Associations for Person-Centred Counseling and Psychotherapy (NEAPCCP), in: PERSON 1 (1999) 87–89
- Schmid, Peter F. (1999), Person-Centred Essentials – Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personenzentrierter Ansätze in der Psychotherapie, in: PERSON 2 (1999) 139–141
- Schmid, Peter F. (2000), Begegnung und Reflexion. Personenzentrierte Supervision als Förderung der Person im Spannungsfeld von Persönlichkeitsentwicklung und Organisation, in: PERSON 2 (2000) 15–27
- Schmid, Peter F. (2000), Personale Theologie – personale Seelsorge. Zum Diskurs zwischen Theologie bzw. Seelsorge und dem Personenzentrierten Ansatz, in: PERSON 1 (1999) 81–84
- Schmid, Peter F. (2000), World Association for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counseling. Das Selbstverständnis. Die neuen Statuten, in: PERSON 2 (2000) 62–64
- Schmid, Peter F. (2001), Herausforderungen. Neun Vignetten zum Stand eines Syntagmenwechsels, in: PERSON 2 (2001) 103–108
- Schmid, Peter F. (2002), Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personenzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie, in: PERSON 1 (2002) 16–34
- Schmid, Peter F./Spielhofer, Hermann (2000), Editorial, in: PERSON 2 (2000) 3f
- Schneider, Ilse (1997), Begegnung mit Natalie Rogers. Personenzentrierte Ausdruckstherapie (12.–14. Sept. 97), Weggis, Schweiz, in: PERSON 2 (1997) 138–143
- Schneider, Ilse (1999), Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes für die Organisationspsychologie, in: PERSON 1 (1999) 56–63
- Schroder, Wolfgang (2000), Wer oder was bringt soziale Gebilde in Bewegung? Überlegungen zu Konservativismus, Wandel und Entwicklung in sozialen Gefügen, in: PERSON 2 (2000) 49–55
- Schwanzar, Helmut (2000), Empathie als Erkennungsinstrument und Veränderungskonzent, in: PERSON 2 (2000) 44–48
- Schwanzar Helmut, Jubiläumssymposium 2000 in Salzburg. 30 Jahre ÖGwG – 25 Jahre ÖGwG – 20 Jahre SGGT – 20 Jahre APG, in: PERSON 1 (2000) 67f
- Schweers, Geerd (2000), Personenzentrierter Ansatz und Supervision, in: PERSON 2 (2000) 56–61
- Schweinschwall, Thomas/Rainer, Barbara (1999), Theaterpädagogik als Förderung von Probanden. Der Personenzentrierte Ansatz in der Theaterpädagogik, in: PERSON 1 (1999) 16–20
- Slunecko, Thomas (1998), Diesseits und jenseits von Begegnung. Zur Integration psychotherapeutischer Schulen aus personenzentrierter Sicht, in: PERSON 1 (1998) 24–31
- Snijders, Hans (1999), Rezension: Peter F. Schmid, Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis – Ein Handbuch, Bd. II: Die Kunst der Begegnung, Paderborn (Junfermann) 1996, in: PERSON 2 (1999) 146–149
- Speierer, Gerd-Walter (1997), Personenzentrierte Krisenintervention, in: PERSON 1 (1997) 62–65
- Speierer, Gerd-Walter (2002), Qualitätskontrolle und Prozessevaluation in der personenzentrierten Selbstretierungsgruppe. Empirische Ergebnisse, in: PERSON 1 (2002) 65–76
- Spielhofer, Hermann (1999), Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 2 (1999) 122–130
- Spielhofer, Hermann (2001), Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personenzentrierten Ansatz, in: PERSON 1 (2001) 5ff
- Spielhofer, Hermann (2002), Rezension: Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg.), Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, in: PERSON 2 (2002) 73–77
- Stumm, Gerhard (1999), Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich, in: PERSON 1 (1999) 5–10
- Stumm, Gerhard (1999), Rezension: Jobst Finke, Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie. Stuttgart (Thieme) 1999, in: PERSON 2 (1999) 152f
- Stumm, Gerhard (2001), Carl Ransom Rogers, in: PERSON 2 (2001) 7f
- Stumm, Gerhard (2001), Der Personenzentrierte Ansatz und die Selbstpsychologie, in: PERSON 1 (2001) 19ff
- Stumm, Gerhard/Korunka, Christian/Zinschitz, Elisabeth (2002), Editorial: in: PERSON 1 (2002) 3f
- Stumm, Gerhard/Sauer, Jochen (2001), Editorial, in: PERSON 2 (2001) 3f
- Süfke, Björn (2000), Rezension: Wolfgang Neumann, Spurensuche als psychologische Erinnerungsroutine, in: PERSON 1 (2000) 69f
- Swidens, Hans (2001), Carl Rogers – Übernahme der Erbschaft, ohne Idealisierung, in: PERSON 2 (2001) 32f
- Teml, Hubert (1999), Der Personenzentrierte Ansatz in Schule und Lehrerbildung, in: PERSON 1 (1999) 47–55
- Teusch, Ludwig (2002), Personenzentrierte Angstforschung. Störungsbezogenes Vorgehen und Ergebnisse, in: PERSON 2 (2002) 55–59
- Thorne, Brian (2000), Spirituelle Verantwortung in einem säkularen Beruf, in: PERSON 1 (2000) 23–31
- van Kalnouth, Martin (2000), Towards an integrated person-oriented psychotherapy, in: PERSON 1 (2000) 18–22
- Wakolbinger, Christine (2000), Der Therapieprozess in der Personenzentrierten Kindertherapie, in: PERSON 1 (2000) 52–62
- Warner, Margaret S. (2002), Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie, in: PERSON 1 (2002) 45–59
- World Association for Person-Centred Counseling and Psychotherapy (WAPCCP). An Association for the Science and Practice of Client-Centered and Experiential Psychotherapies and Counseling (1997), Provisional Statutes, in: PERSON 2 (1997) 172f
- Zinschitz, Elisabeth (1997), Der Personenzentrierte Ansatz in der Behindertenarbeit, in: PERSON 2 (1997) 120–127
- Zinschitz, Elisabeth (2001), Prä-Therapie – Eine Antwort auf eine lange nicht beantwortete Frage. Die Klientenzentrierte Psychotherapie in der Arbeit mit psychisch kranken oder geistig behinderten Menschen, in: PERSON 1 (2001) 44ff
- Zinschitz, Elisabeth (2002), Beziehung: Ein tausendfach reflektierender Spiegelsaal. Kontakt und Wahrnehmung als beziehungsgestaltende Elemente, in: PERSON 2 (2002) 45–54

