

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2|2002

6. Jahrgang

ÄGG
APG-Forum
DPGG
IPS der APG
ÖGwG
SGGT

<i>Robert Kramer: „Ich wurde von Rank'schem Gedankengut angesteckt“: Die Wiener Wurzeln des Personzentrierten Ansatzes</i>	5
<i>Marion N. Hendricks-Gendlin: Ein Felt Sense ist mehr als nur ein Gefühl</i>	19
<i>Jobst Finke: Das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus</i>	26
<i>Diether Höger und Doris Müller: Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten</i>	35
<i>Elisabeth Zinschitz: Beziehung: Ein tausendfach reflektierender Spiegelsaal. Kontakt und Wahrnehmung als beziehungsgestaltende Elemente</i>	45
<i>Ludwig Teusch: Personzentrierte Angstforschung: Störungsbezogenes Vorgehen und Ergebnisse</i>	55
<i>Michael Behr, Nicole Doubek, Steffi Holl: Authentizität als Einheit von Erfahrung, Selbstkonzept und Echt-Sein am Beispiel von unterrichtenden Lehrern</i>	60
<i>Jobst Finke: Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlich- rechtlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland</i>	71

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: sggtsppc@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: verlag@wuv.cp.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: Christian Korunka, Gerhard Stumm

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

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

Inhalt

Editorial	3
-----------------	---

Fachbeiträge

Robert Kramer

„Ich wurde von Rank'schem Gedankengut angesteckt“: Die Wiener Wurzeln des Personzentrierten Ansatzes	5
--	---

Marion N. Hendricks-Gendlin

Ein Felt Sense ist mehr als nur ein Gefühl	19
--	----

Jobst Finke

Das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus	26
--	----

Diether Höger und Doris Müller

Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten	35
--	----

Elisabeth Zinschitz

Beziehung: Ein tausendfach reflektierender Spiegelsaal.

Kontakt und Wahrnehmung als beziehungsgestaltende Elemente	45
--	----

Ludwig Teusch

Personzentrierte Angstforschung: Störungsbezogenes Vorgehen und Ergebnisse	55
--	----

Michael Behr, Nicole Doubek, Steffi Holl

Authentizität als Einheit von Erfahrung, Selbstkonzept und Echt-Sein am Beispiel von unterrichtenden Lehrern	60
--	----

Berichte und Rezensionen

Jobst Finke

Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlich-rechtlichen Etablierung der

Gesprächspsychotherapie in Deutschland	71
--	----

Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Oswald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg.) (2002),

Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung

an der Jahrhundertwende	73
-------------------------------	----

Ryback, D. (2000), Emotionale Intelligenz im Management. Wege zu einer neuen Führungsqualität	78
---	----

Terjung, B./Kempf, T. (2001), Von der Klientenzentrierten Therapie zur Personzentrierten

Organisationsentwicklung (Person-Centered-Organisation-Development – PCOD)	78
--	----

Editorial

Auch dieses Heft der PERSON steht noch im weitesten Sinne im Zeichen des 100. Geburtstages von Carl Rogers. Es ist das zweite Heft, das die wichtigsten Beiträge des Symposiums „100 Jahre Carl Rogers – Reflexionen, Begegnungen, Perspektiven“ präsentiert. Das Symposium wurde von den österreichischen person-/klientenzentrierten Vereinigungen im Rahmen des dritten Weltkongresses für Psychotherapie in Wien 2002 veranstaltet.

Die Beiträge stellen ebenfalls eine selektive und hochwertige Auswahl der Präsentationen des Symposiums dar, die nun in überarbeiteten Versionen für dieses Heft der PERSON vorliegen.

Erneut wird in diesen Beiträgen nicht nur die Breite des Spektrums aktueller theoretischer und praktischer Auseinandersetzung und empirischer Forschung der Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie sichtbar, sondern auch die hohe Qualität des Diskurses. Derzeit durchläuft unser Ansatz eine Phase eines erneuten Schwungs von Theorie- und Praxisentwicklung, der in vielfältiger Weise sichtbar wird. Dies wird z. B. in der hohen Qualität der Beiträge der neuen Zeitschrift des Weltverbandes sichtbar, gerade aber auch die beiden Hefte der PERSON zum Weltkongress für Psychotherapie zeigen dies in besonderer Weise.

Ganz besonders freuen wir uns in diesem Heft über die erste deutschsprachige Veröffentlichung von Robert Kramer. Er ist nicht nur einer der fundiertesten Kenner des Werks von Otto Rank, er hat sich auch seit langer Zeit detailliert mit der Frage des Einflusses von Otto Rank auf Carl Rogers und damit auf die Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie beschäftigt. In seinem Vortrag letzten Sommer in Wien – der frühen Wirkungsstätte von Otto Rank, wo dieser als Freud-Schüler gelebt und gewirkt hat – hat Robert Kramer eindrucksvoll die „Wiener Ursprünge“ des Personzentrierten Ansatzes dargelegt. Sein schriftlicher Beitrag ist eine detaillierte und fundierte Auseinandersetzung mit dieser Thematik, die aufgrund seiner pointierten Positionen sicher zu einem weiteren Diskurs anregen wird.

Marion Hendricks Gendlin ist wohl weltweit eine der prominentesten Vertreterinnen der Experienziellen Psychotherapie. In ihrem Beitrag entwickelt sie in bester phänomenologischer Tradition Präzisierungen des „Felt Sense“, die für eine weitere konstruktive Auseinandersetzung der Vertreter der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie mit den Vertretern der Experienziellen Psychotherapie von großem Interesse sein werden.

Weitere grundlegende theoretische Beiträge in diesem Heft stammen von Jobst Finke, Dieter Höger & Doris Müller und Elisabeth Zinschitz. Jobst Finke beschäftigt sich – auf gewohnt hohem theoretischen Niveau – mit wissenschaftstheoretischen Aspekten der Aktualisierungstendenz. Dieter Höger und Doris Müller zeigen detailliert die Wechselbeziehungen der gerade in den letzten Jahren hochaktuellen Bindungsforschung und der Klientenzentrierten Psychotherapie auf. Elisabeth Zinschitz führt eine sehr aktuelle Theoriediskussion weiter, indem sie Überlegungen zu den „unterschätzten“ Bedingungen Kontakt und Wahrnehmung anstellt.

Ludwig Teusch gibt einen Überblick über die praktische Arbeit und Forschung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Essen im Bereich personzentrierter Arbeit mit Angststörungen.

Eine empirische Arbeit stellen Michael Behr, Nicole Doubek und Steffi Holl aus dem Bereich der pädagogischen Ausbildung vor. Es wurden Skalen zur Erfassung von Authentizität entwickelt und im Rahmen von drei Studien überprüft.

Besonders hervorheben möchten wir den kurzen Überblick über die schwierige – aber nach dem derzeitigen Stand sehr positive – Entwicklung der berufsrechtlichen und sozialpolitischen Anerkennung der Klientenzentrierten Psychotherapie in Deutschland.

Durch die Aufnahme der neuen Partner aus Deutschland durchläuft auch die Redaktionsarbeit eine weitere Phase der Veränderung und Professionalisierung. Wir sind dabei, Qualitätsstandards zu entwickeln, die nicht nur unsere Arbeit verbessern, sondern auch eine weiterhin hohe Qualität der Beiträge garantieren sollen. Wir möchten in diesem Zusammenhang person- und klientenzentrierte Autoren und Autorinnen insbesondere aus dem deutschen Sprachraum erneut einladen, Beiträge einzureichen.

Zuletzt noch eine kurze Vorschau auf die Hefte 2003: Das erste Heft 2003 wird sich schwerpunktmäßig mit der Praxis personzentrierter Arbeit beschäftigen. Das zweite Heft 2003 wird mit Jahresende erscheinen und soll in einem Schwerpunkt über die aktuelle Situation der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie in Forschung, Praxis und Ausbildung in Deutschland berichten.

Christian Korunka und Gerhard Stumm

Robert Kramer

„Ich wurde von Rank’schem Gedankengut angesteckt“: Die Wiener Wurzeln des Personenzentrierten Ansatzes¹

Zusammenfassung: Carl Rogers ist einer der wichtigsten Figuren in der Humanistischen Psychologie auf der ganzen Welt. Umso erstaunlicher ist es, dass fast niemand die ganze Geschichte kennt, wie er dazu kam, die Personenzentrierte Therapie zu entwickeln. Rogers hat immer anerkannt, dass eine persönliche Begegnung mit dem Wiener Psychologen Otto Rank 1936 seine Denkweise über Psychotherapie grundlegend veränderte, als er noch ein relativ unbekannter Counselor in Rochester, NY, war. „Ich wurde von Rank’schem Gedankengut angesteckt“, sagte Rogers über seine Begegnung mit Rank, der damals bereits ein weltberühmter Psychologe war. Diese Begegnung veränderte sein Leben. Mitte der zwanziger Jahre, nachdem er zwei Jahrzehnte an Freuds rechter Seite verbracht hatte, brach Rank mit der klassischen Psychoanalyse, da Freud die prä-ödipale Theorie und die experienzielle „Hier-und-Jetzt“-Therapie, für die Rank zusammen mit Sándor Ferenczi Pionierarbeit leistete, nicht akzeptieren konnte. Rank kritisierte Freud auch, da er die Kreativität zu einer bloßen Unbeständigkeit des Sexualtriebes reduzierte und nicht erkannte, was Rank den „kreativen Willen“ nannte. Das Ergebnis war, sagte Rank, „dass das wirkliche Ich oder Selbst mit seiner eigenen Kraft, nämlich dem Willen“ aus der Freud’schen Therapie „ausgeblendet wird“. Dieser Artikel erzählt die relativ unbekannt Geschichte von Otto Ranks Einfluss auf Carl Rogers.

Schlüsselwörter: Otto Rank, Rochester, Carl Rogers, Wurzeln des personenzentrierten Ansatzes

Résumé: « J’ai été contaminé par les idées de Rank » : les racines viennoises de l’approche centrée sur la personne. Carl Rogers est l’une des personnalités les plus importantes dans le domaine de la psychologie humaniste dans le monde entier. Il est d’autant plus étonnant que presque personne ne connaisse toute l’histoire de ce qui l’a amené à développer la thérapie centrée sur la personne. Rogers a toujours reconnu qu’une rencontre personnelle avec le psychologue viennois Otto Rank en 1936 avait fondamentalement changé sa manière de comprendre la psychothérapie. Alors qu’il n’était encore qu’un conseiller relativement inconnu à Rochester, NY, Rogers dit, de sa rencontre avec Rank : « J’ai été contaminé par les idées de Rank ». Celui-ci était déjà, à l’époque, un psychologue de renommée mondiale. Cette rencontre a changé sa vie. Au milieu des années vingt, après avoir passé deux décennies comme bras droit de Freud, Rank rompit avec la psychanalyse classique, Freud ne pouvant accepter la théorie pré-œdipale et la thérapie expérientielle « ici et maintenant », pour laquelle Rank, en collaboration avec Sándor Ferenczi, faisait un travail de pionnier. Rank critiquait également Freud, parce qu’il réduisait la créativité à une simple instabilité de l’instinct sexuel et ne reconnaissait pas ce que Rank appelait la « volonté créative ». Le résultat fut, dit Rank, « que le Je ou Soi avec sa propre force, à savoir la volonté » est « effacée » de la thérapie freudienne. Cet article raconte l’histoire relativement inconnue de l’influence d’Otto Rank sur Carl Rogers.

Mots clés: Otto Rank, Rochester, Carl Rogers, racines de l’approche centrée sur la personne

Vorbemerkung

Carl Rogers erkannte immer an, dass Otto Ranks Gedankengut mehr als irgendein anderes ihn inspiriert hatte, und zwar bereits in einer frühen Phase, als er in der Therapie noch auf die altmodische „direktive“ Art und Weise vorging. Verschiedene Autoren stellen zwar fest, dass es eine Verbindung zwischen Rank und Rogers gab (Cain/Seeman 2002, 13–14), aber fast niemand hat gemeint, dass diese Verbindung mehr als lediglich eine Fußnote in der Geschichte

der Psychologie wert ist. Als ich jedoch vor kurzem eine Sammlung von Ranks amerikanischen Vorträgen (Rank 1996²) überarbeitete, weckte die Verbindung zwischen Rogers und Rank meine Neugier. Ich wusste, dass Rogers Rank im Jahr 1936 persönlich begegnet war

1 Aus dem Amerikanischen übersetzt von Elisabeth Zinschitz.

2 Die Zitate von Otto Rank und Sigmund Freud beziehen sich im Text auf amerikanische Übersetzungen bzw. amerikanische Originalausgaben; die deutschen Originalarbeiten dazu sind im Literaturverzeichnis zu finden.

und von einigen Vorträgen, die Rank in Amerika hielt, sehr berührt worden war. Aber wie nahe waren sich diese beiden eigentlich auf philosophischer und intellektueller Ebene?

Zu meiner großen Überraschung entdeckte ich Spuren von Ranks Gedankengut in Rogers' späterem Werk, nicht nur in den dreißiger Jahren zum Zeitpunkt der Entstehung der klientenzentrierten Psychotherapie, sondern auch viel später in den siebziger Jahren, als ein tief spiritueller Rogers sich zu zeigen begann. Aber wie das Spirituelle selbst sind diese Spuren von Rank in Rogers Werk kaum sichtbar. Für jene, die Rank noch nicht gelesen haben, können sie sogar unsichtbar sein. Im Laufe der Entwicklung seiner eigenen ursprünglichen und überzeugenden Gedanken scheint Rogers sich nicht voll bewusst gewesen sein, in welchem Ausmaß er Ranks Gedankengut und Vokabular wiedergab. Dennoch, nachdem ich beide nebeneinander gelegt und gelesen habe, werde ich das unheimliche Gefühl nicht los, dass der Geist Ranks zwischen den Zeilen in Rogers Text gegenwärtig ist. Und gelegentlich, wenn wir uns die von Rogers bevorzugte Sprache genau ansehen – insbesondere seine Metaphern – kommt dieser Geist an die Oberfläche und spricht mit der Stimme Otto Ranks.

Indem ich Rogers' Nähe zu Rank aufzeige, möchte ich aber nicht im Geringsten Carl Rogers' genialen Geist herabwürdigen, denn sein Beitrag zur Psychologie ist außerordentlich. Für mich und für zahlreiche andere im sozialen Bereich bleibt Rogers, ohne zu übertreiben, „der wichtigste Psychologe in der Amerikanischen Geschichte“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a).

„Es gibt keinen Ersatz dafür, Rank zu lesen“

In den letzten dreißig Jahren gab es eine bemerkenswerte Wiederbelebung von Interesse für die Arbeit von Otto Rank. Auch wenn er von orthodoxen Psychoanalytikern grob attackiert wurde, weil er sich von Freuds Lehre entfernt hatte, wird sich nach Ansicht mehrerer Autoren zeigen, dass Rank „letzten Endes wahrscheinlich der beste Denker war, den die Psychoanalyse zur intellektuellen Geschichte beigesteuert hat“ (Jones 1960, 219).

Was in Ranks Ideen hat so viele humanistische und existenzielle Psychologen angesprochen? Rank war äußerst gebildet, durchdrungen von der Mythologie, den Klassikern, der Anthropologie, der Weltliteratur und der Philosophie – westlich und östlich – und stellt eine großartige Herausforderung für die modernen Psychologen dar, die wenig mit den Geistes- oder Humanwissenschaften in Berührung gekommen sind. Wo soll man anfangen? Den besten Zugang, um Ranks komplexe Denkweise zu verstehen, kommt womöglich von einer Quelle, an die noch keiner gedacht hat: Carl Rogers, dessen persönliche und bewegende Schriften aufgrund ihrer Klarheit allgemein bewundert werden. Aus diesem Grund möchte ich gerne beginnen, indem ich die praktisch unbekannte Geschichte einer intensiven Begegnung im Jahr 1936 zwischen einem jungen amerikanischen

Therapeuten und einem berühmten Wiener Psychologen, der ein Jahrzehnt vorher aufgrund „anti-ödipaler“ Häresie aus Freuds innerem Kreis ausgeschlossen worden war, erzähle.

Ich möchte möglichst genau die Übereinstimmung dieser beiden verwandten Seelen aufzeigen, die bezüglich Kultur und Herkunft so unterschiedlich und dennoch in ihrem Verständnis von Psychologie und von der Bedeutung des empathischen Verstehens für die Bestätigung des kreativen Willens der Menschen so ähnlich waren. Danach möchte ich, indem ich die Erfahrung der Empathie in ihrer ganzen Tiefe betrachte, uns auf eine Reise an die Grenze eines Reiches jenseits der wissenschaftlichen Psychologie führen, eine Reise an die Küsten des unbeschreiblichen, göttlichen Reiches, wie von einer anderen Welt, das Rogers, kurz bevor er starb, als „das Transzendente, das Unbeschreibliche, das Spirituelle“ beschrieb (Thorne 1992, 22). In diesem Reich sehen sich die Menschen von Angesicht zu Angesicht mit dem Unbekannten und dem Unkennbaren konfrontiert. In seinem Meisterwerk, *Art and Artist*, bezeichnete Rank dies als „das Problem des Jenseits Überwinden“ (Rank 1932a, 49). Wenn wir hier wirklich offen sind für die Ehrfurcht und Erhabenheit, die uns im Kern der Empathie erwartet, dann können wir die spirituelle Bedeutung der Kunst und der Liebe wiederentdecken und, was vielleicht genauso wichtig ist, an die Unwahrscheinlichkeit erinnert werden, an die reine Fremdheit – an die tragikomische Absurdität – der Existenz selbst (Kramer 1996).

Otto Rank und Carl Rogers

Zwischen 1928 und 1939 arbeitete Carl Rogers als Therapeut an der Society of Prevention of Cruelty to Children in Rochester, New York. Es war seine erste Stelle nach seinem Psychologiestudium an der Columbia Universität, wo er „einen streng naturwissenschaftlichen Ansatz in Kombination mit einer kühl objektiven statistischen Methodik“ übernommen hatte (Thorne 1992, 7). Da er nicht ganz zufrieden damit war, dass er nur auf dem Gebiet der Forschung ausgebildet worden war, lernte er in seinen Jahren in Columbia auch bei Therapeuten, die die Psychoanalyse anwendeten. „Wenn Rogers irgendeinen tiefgehenden therapeutischen Ansatz bevorzugte, als er nach Rochester kam“, schreibt sein Biograf, „dann war es die ‚interpretierende Therapie‘, deren Hauptziel es ist, dem Kind oder dem Elternteil zu helfen, Einsicht in ihr eigenes Verhalten und in ihre eigenen Motive in der Vergangenheit und in der Gegenwart zu bekommen“ (Kirschenbaum 1979, 86).

Unter dem Personal der Klinik in Rochester gab es einige Sozialarbeiter, die an der Akademie für Sozialarbeit an der Universität von Pennsylvania ausgebildet worden waren, wo Otto Rank, nachdem er wegen der Veröffentlichung von „Das Trauma der Geburt“ (1924) aus dem unmittelbaren Kreis um Freud verbannt worden war, seit 1926 lehrte. In diesem Buch stürzte Rank die grundlegenden Prinzipien der psychoanalytischen Bewegung um, indem er meinte, dass die

prä-ödipale Beziehung des Kindes zu seiner Mutter den Prototyp der therapeutischen Beziehung zwischen dem Analytiker und seinem Patienten darstelle (Kramer 1997; 1999; 2000a; 2000b).

Für die Heilung ist eine neue Erfahrung in einer tief emotionalen Beziehung zu einem empathischen Analytiker erforderlich. Ferenczi und Rank nannten dies in „Die Entwicklungsziele der Psychoanalyse“ (1924) als *Erlebnistherapie*. „Das ist dann das Neue“, sagte Rank, „das der Patient noch nie vorher erlebt hat“ (Rank 1936a, 65). Rank und Ferenczi bestanden darauf, dass noch mehr ödipale Interpretationen durch einen kühlen, distanzierten Analytiker eher traumatisierend als hilfreich sind. Der Analytiker solle nicht nur auf taktvolle Weise die Übertragung und Gegenübertragung analysieren und die Geschichte der Kindheit bis in ihre schmerzhaftesten Wurzeln ergründen, sondern auch eine emotionale Beziehung zum Patienten haben, eine Beziehung von Mensch zu Mensch, von Seele zu Seele – Ich-Du, Du-Ich – im Hier-und-Jetzt der analytischen Situation. Laut Rank beruht jegliches emotionales Leben auf der Gegenwart. „Ich stellte das Ich (Ego) des Patienten als Wille in den Mittelpunkt“, sagte Rank (ebd., 104). In *Technik der Psychoanalyse*, welche 1929–31 auf Deutsch erschien und 1931 von Jessie Taft als „*Will Therapy*“ ins Amerikanische übersetzt wurde, verwendete Rank den Begriff „hier und jetzt“ *zum ersten Mal* in der psychotherapeutischen Literatur: „Freud deutet die Verdrängung als historisches Ereignis, das heißt, er platzierte sie fälschlicherweise in die Kindheit des Einzelnen und wollte sie dann von dort befreien, während dieselbe Tendenz eigentlich im *Hier-und-Jetzt* wirksam ist“ (ebd. 39). Statt des Begriffes *Verdrängung*, der den Akzent auf die unbewusste Unterdrückung der Vergangenheit legt, verwendete Rank lieber den Begriff *Verleugnung*, der statt dessen auf den emotionalen Willen fokussierte, in der Gegenwart krank zu bleiben: „Der neurotische Mensch lebt zu sehr in der Vergangenheit [und] in solchem Ausmaß, dass er gar nicht lebt. Er leidet ..., weil er sich an [das Vergangene] festklammert, daran festhalten will, um sich vor dem *Erlebnis* zu schützen, denn das hieße, sich der Gegenwart emotional auszusetzen“ (ebd., 27).

Rank überreichte Freud das Manuskript von *Das Trauma der Geburt* als Geburtstagsgeschenk im Mai 1923 mit einer persönlichen Widmung. Da er anfangs für Ranks neuen Gedanken halb offen war, akzeptierte Freud die Widmung mit einem Zitat von Horaz, das seine Ambivalenz ausdrückte: *Non omnis moriar* – das bedeutet, „Ich werde nicht ganz ~~daran~~ sterben“ (Lieberman 1985, 202). Kurz danach jedoch wandte er sich ganz gegen das Buch. *Das Trauma der Geburt* ließ laut Ernest Jones bei Freud „die Alarmglocken läuten, da es sein ganzes Lebenswerk über die Ätiologie der Neurose in Frage stellte“ (Jones E. 1957, 59). Indem Rank die Rolle der Mutter für wichtiger als die des Vaters hielt, unterminierte er die kausale Bedeutung des Ödipuskomplexes (Kramer 1999). Als er mit Freuds entschiedenem Widerstand konfrontiert wurde, beschloss Rank aus Protest, seine führende Position als Vizepräsident der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, des Direktors von Freuds Verlag

und als Herausgeber von *Imago* und *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, den zwei wichtigsten psychoanalytischen Zeitschriften, zurückzulegen und nach Paris zu übersiedeln und später in die Vereinigten Staaten, wo er als Therapeut, Vortragender und Schriftsteller bis zu seinem Tod im Jahre 1939 großen Erfolg hatte (Lieberman 1985). Nachdem er Wien verlassen hatte, hielt Rank regelmäßig Vorträge an amerikanischen Universitäten, wie beispielsweise Harvard, Yale, Stanford, Minnesota und der New School for Social Research, und er arbeitete auch in Philadelphia als Professor an der School of Social Work der Universität von Pennsylvania, wo er sehr angesehen war (Rank 1996).

Carl Rogers erfuhr von seinen Sozialarbeitern, dass in der School of Social Work in Philadelphia der Schwerpunkt auf die „Beziehungstherapie“ („relationship therapy“) – anstelle von „interpretierender“ Therapie“ („interpretive therapy“) – lag. Er war davon sehr fasziniert und lud Otto Rank ein, ein Dreitagesseminar über seine neue, postfreudianische therapeutische Arbeit zu halten (Evans 1975, 28).

Was geschah wirklich, als Rogers an dieser dreitägigen Vortragsreihe von Otto Rank in Rochester teilnahm? Leider gibt es keinen Bericht über diese Vorträge. Rank erwähnt sie lediglich zweimal in einer Korrespondenz mit Jessie Taft, ohne aber den Namen von Carl Rogers zu nennen. „Gestern“, so schrieb er am 10. Juni 1936, „gab ich einen allgemeinen Vortrag, so ähnlich wie für die Studenten in Philadelphia“ (Taft 1958, 215). Er fügte hinzu: „Ich kündigte die Bücher an [*Will Therapy and Truth and Reality*] und bin mir sicher, dass die Meisten von ihnen sie kaufen werden“ (ebd., 216). Ein paar Tage später erzählte er Taft in einem anderen Brief: „Rochester war interessant und erfolgreich, aber ich bin müde“ (ebd.).

Und Rogers? Welche Auswirkung könnte das Seminar auf ihn gehabt haben? In einem Gespräch, das Jahrzehnte später stattfand, sprach Rogers, auch wenn er sich nicht direkt auf das Seminar bezog, auf nahezu enthüllende Art und Weise davon, wie er die Begegnung mit Ranks postfreudianischem Denken erlebt hatte:

Ich ließ mich von Ranks Gedanken anstecken, und mir wurde bewusst, welches Potential die Selbstbestimmung des Einzelnen birgt [...] Ich war eindeutig von Ranks Ideen fasziniert, aber übernahm seine Schwerpunkte nicht ganz für mich selbst, bis ich Rochester verließ. Aber der Kerngedanke war bereits dabei sich zu entwickeln. Ich glaubte immer mehr an die Fähigkeit des Einzelnen. Ich schätze die Würde und die Rechte des Einzelnen in ausreichendem Maße, so dass ich ihm nicht meine Vorgangsweise aufzwingen möchte. Diese beiden Aspekte des Kerngedanken haben sich seither nicht verändert. (Kirschenbaum 1979, 95)

Als er Mitte der siebziger Jahre gefragt wurde, ob er von Ranks Ideen beeinflusst worden war, antwortete Rogers: „Ja, [...], [durch seine] Gedanken über die Beziehung und die verstärkte Aufmerksamkeit für die unmittelbare Gegenwart [...] Es besteht gar kein Zweifel daran, dass meine Therapie von seinem Denken beeinflusst wurde“ (Evans 1975, 28–29). Im selben Atemzug, jedoch, ohne das weiter

auszuführen, merkte Rogers an, dass er sich nicht zu Ranks „Theorie“ hingezogen fühlte (ebd.). Vielleicht fand er Ranks Schriften, deren Übersetzung aus dem Deutschen mangelhaft war, zu kompliziert.

Jetzt nach mehr als einem halben Jahrhundert ist es unmöglich zu rekonstruieren, was Rank während diesem bemerkenswerten Seminar im Jahr 1936 sagte oder tat. Die meiste Zeit wird er wahrscheinlich frei gesprochen haben. Seine Technik, so sagte Rank einmal, „ist jedes Mal in jeder einzelnen Stunde desselben Falles anders ... Meine Technik besteht im Wesentlichen darin, dass ich keine Technik habe“ (Rank 1936a, 105). Rank war der erste, der Therapie als eine angewandte Kunst ausübte, und improvisierte daher eine neue Theorie für jeden Klienten, indem er den einzigartigen Ausdruck des Klienten der kreativen Spannung zwischen Lebensangst und Todesangst, Trennung und Vereinigung, Willen und Schuld würdigte. „In jedem einzelnen Fall“, sagte er, „ist es notwendig, sozusagen eine Theorie und eine Technik zu entwickeln, die für die Gelegenheit passt, ohne zu versuchen, diese individuelle Lösung auf den nächsten Fall zu übertragen“ (ebd., 3).

Wieviel von Ranks Schriften, die oft in einem sehr verschlungenen Schreibstil verfasst waren, hat Rogers wirklich gelesen? Niemand weiß es. „Man sucht in Rogers Texten vergeblich nach einem einzigen Zitat von Otto Rank“, schreibt Rogers Biograph, „oder sogar nach mehr als drei aufeinanderfolgenden Sätze über Ranks Gedankengut“ (Kirschenbaum 1979, 92). Dennoch war Rogers von dem Seminar mit Rank offenbar und später auch von den gut verständlichen Texten von Jessie Taft, die die wichtigste Schülerin von Rank in den Vereinigten Staaten wurde, in dem Maße berührt, dass seine Sichtweise der helfenden Berufe sich radikal veränderte. Rogers wurde einmal in einem Interview, das auf Video festgehalten wurde, gefragt, wer seine Lehrer gewesen waren. Darauf antwortete er: „Otto Rank und meine Klienten“ (Rogers 1984d).

Carl Rogers und die „Geburt“ der Klientenzentrierten Therapie

„Es wäre ziemlich absurd anzunehmen, dass man einen Tag nennen könnte, an dem die klientenzentrierte Therapie geboren wurde“, sagte Rogers, „dennoch glaube ich, dass es möglich ist, einen solchen Tag zu nennen, und das war der 11. Dezember 1940“ (Kirschenbaum 1979, 112). An diesem Tag hielt Rogers an der Universität von Minnesota seinen bahnbrechenden Vortrag mit dem Titel „Newer Concepts in Psychotherapy“.

Nachdem er öffentlich Otto Ranks Denken gewürdigt hatte, erzählte Rogers seinem Publikum in Minnesota, dass „das Ziel dieser neueren Therapieform nicht darin liegt, dass man ein bestimmtes Problem löst, sondern darin, dem Menschen in seinem Wachstum zu unterstützen“ (ebd., 113). Anders als die traditionellen Ansätze arbeitet dieser Ansatz nicht am Menschen; diese Therapie „behandelt“ den Menschen nicht, so wie eine Krankheit vom Arzt

behandelt wird, sondern sie setze in seinem Inneren ein kreatives Potential frei. „Zweitens misst diese Therapie den emotionalen Elementen, den Gefühlsaspekten der Situation mehr Bedeutung bei als den intellektuellen Aspekten [...] Drittens schenkt diese neuere Therapieform der unmittelbaren Situation mehr Aufmerksamkeit als der Vergangenheit des Menschen [...] Und schließlich legt dieser Ansatz den Schwerpunkt auf die therapeutische Beziehung selbst, und zwar als Wachstumserfahrung“ (ebd., 113).

Irgendwie hatte Otto Ranks Gedankengut entweder unmittelbar als Ergebnis des Seminars 1936 oder indirekt durch Ranks Schüler in Carl Rogers' Gehirn gekeimt. Kurz danach begann Rogers das Buch *Counselling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice* zu schreiben, das er dann 1942 veröffentlichte. „In diesem Buch“, schreibt Brian Thorne, einer von Carl Rogers Biografen, „wurde zum ersten Mal der Begriff ‚Klient‘ geprägt“ (Thorne 1992, 13).

Entsprechend Ranks europäischen Lebensphilosophie, wie er diese in *Kunst und Künstler* beschrieb – „die willentliche Bestätigung des Obligatorischen“ (Rank 1932d, 64) – definierte Rogers die „fully functioning person“ als jemand, der bewusst und auf kreative Weise „ja“ sagt zu dem, was er tun „muss“. Indem der Mensch dies tut, bestätigt er, dass das Leben eine Leihgabe ist, die am Ende unausweichlich und vollständig zurückerstattet, sozusagen dem Kosmos, dem All „zurückgegeben“ werden muss (Rank 1936a, 155). Ein solcher Mensch, schlussfolgert Rogers mit Worten, die jenen von Rank nahezu gleich klingen, „wählt und will bewusst das, was ebenso absolut vorbestimmt ist“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 418).

„Ich mag in der Übertragung nicht die Mutter sein“

Weshalb waren Ranks Ideen über Beziehung so bedrohlich für das psychoanalytische Establishment Mitte der zwanziger Jahre und so neuartig für Rogers? Um diese Frage zu beleuchten, möchte ich uns nun auf einen kleinen Ausflug in die Geschichte der „Sache“ mitnehmen, wie Freud seine Bewegung immer nannte. „Ich mache alles nur für die Sache, die wieder im Grunde meine ist“, gestand Freud einmal gegenüber Ferenczi. „Ich gehe auf durch und durch egoistische Weise vor“ (Brabant/Falzeder/Giampieri-Deutsch 1993, 33). Die Entdeckungen der Psychoanalyse, sagte Freud zu Ferenczi, seien der „harten Arbeit“ seiner Eigenanalyse zu verdanken, die den Ödipuskomplex hervorbrachte (ebd., 243).

Nachdem er den Ödipuskomplex aufgedeckt hatte, bestand Freud immer auf der herausragenden Bedeutung der Beziehung des Kindes zu seinem Vater. Die Mutter behandelte er lediglich als einen Gegenstand sexueller Begierde. Der emotionalen Qualität der Mutter-Kind-Beziehung schrieb er keinerlei Bedeutung zu (Sward 1980). Zum Beispiel betonte er in keiner seiner Fallgeschichten die Liebes- oder Schutzfunktion der Mutter. Und eigenartigerweise sah er auch die „böse“ oder mächtige Mutter erst sehr spät in seinem Leben, nämlich im Jahr 1930 nach dem Tod seiner eigenen Mutter,

Amalie, deren Begräbnis er nicht beiwohnen wollte (Kramer 1995; 1996). In seinem Artikel über technische Aspekte sah er die Begegnung des Analytikers mit dem Patienten selten als eine nährende Erfahrung oder auch als eine echte zwischenmenschliche Beziehung. „Ich mag nicht in der Gegenübertragung die Mutter sein“, sagte er einmal zu einem Patienten. „Das überrascht oder schockiert mich immer ein wenig. Ich fühle mich so männlich“ (in Sayers 1991, 8). Für Freud war der Vater das Symbol für Vernunft und Objektivität – und das waren auch die Endziele der Therapie.

Der Analytiker sollte auf der emotionalen Ebene neutral und distanziert bleiben und wenig Reaktionen zeigen, eine weiße Leinwand sollte er sein, auf die der Patient seine „intrapyschischen“ emotionalen Konflikte, Wünsche und Abwehr projizierte. Freud hatte sein Medizinstudium im 19. Jahrhundert absolviert, einer Epoche, in der das Subjekt scharf vom Objekt getrennt wurde. Daher war er ein Arzt, der die Neurose als Krankheit ansah, die wie jede andere Krankheit einer Behandlung unterzogen werden musste. Die „Behandlung“ bestand in sorgfältig dosierten und zur richtigen Zeit abgegebenen Interpretationen durch den Analytiker, die nach einem ausführlichen emotionalen „Durcharbeiten“ durch den Patienten diesem dann Einsicht in die unbewusste „Ursache“ seiner kindlichen ödipalen Konflikte vermitteln würde. Die Entwicklung von intellektuellen Einsichten würde die Krankheit heilen, und zwar aufgrund des Prinzips, dass Wissen über die „Ursache“ der Neurose eine heilende Kraft hat. Die Psychoanalyse, bestätigte Freud, ist eine Art der Nacherziehung (Freud 1916, 312).

Die Technik bedarf der *Gleichgültigkeit*, sagte Freud wiederholte Male (z. B. 1901, 72) – die „Gleichgültigkeit“ des Analytikers gegenüber dem Leiden des Patienten. „Wir müssen darauf achten“, sagte Freud, „so grausam es auch klingen mag, dass das Leiden des Patienten [...] nicht vorzeitig beendet wird“ (in Gay 1988, 304). Das Wort *Gleichgültigkeit* hat eine gefühllosere Konnotation als „Neutralität“. Ernst Falzeder, der Mitherausgeber der Freud-Ferenczi-Korrespondenz, meint: „Wenn Freud ‚Neutralität‘ im wohlwollenden oder unaufdringlichen Sinne des Wortes gemeint hätte, dann hätte er auf Deutsch das völlig adäquate Wort ‚Neutralität‘ benützt“ (Falzeder, persönliche Mitteilung).

Es war Interpretation und nur Interpretation, was der Analytiker dem Patienten anbot. Empathie von der Seite des Analytikers war höchstens ein Beobachtungsinstrument, sicherlich kein Heilmittel. Im schlimmsten Fall würde sie sogar den Heilungsprozess verzögern, denn der Patient sollte lernen, sein „Erleben“ oder sein emotionales Selbst von seinem „beobachtenden“ oder rationalen Selbst zu unterscheiden (Sterba 1934). *Wo es war, soll ich werden*, sagte Freud: Wo das Unbewusste war, wird das Bewusste sein. Wo der brodelnde Kessel der sexuellen Leidenschaft war, soll Beherrschung sein. Wo das ozeanische Gefühl der Emotion war, sollen die trockenen und ausdruckslosen Ansprüche der Vernunft sein. „Es ist wie Landbau – nicht unähnlich der Trockenlegung der Zuider Zee“, einem niederländischen Binnensee der Nordsee (Freud 1933, 80).

„Indem er seine Leistung mit der Trockenlegung der Zuider Zee verglich, brüstete Freud sich“, so Rank, damit, ... dass er es unter die Kontrolle des Menschen gebracht hatte“ (Rank 1941, 39).

Da er ideologisch dem Positivismus zugetan war, sah Freud sich selbst als einen objektiven Beobachter – einen Naturwissenschaftler –, nicht als einen teilnehmenden Beobachter in einem zwischenmenschlichen Bereich. Praktisch alle Wahrnehmungen des Patienten, sagte er, würden von dem eigenartigen Phänomen der „Übertragung“ verzerrt: Erwartungen, Wünsche und Gefühle des Patienten wären völlig selbst gemacht, und diese beruhten auf uralten Schablonen, die für immer in der kindlichen Vergangenheit geschmiedet worden wären. Die emotionale Neutralität und Anonymität des Analytikers wäre notwendig, um die Übertragung nicht zu beeinträchtigen. Auch wenn er empfahl, dass der Analytiker dem Patienten genau zuhören sollte – mit einer „gleichmäßig mitschwingenden Aufmerksamkeit“ (Freud 1912, 111) –, so schien Freuds Aufmerksamkeit doch immer genau am Ödipuskomplex hängen zu bleiben, am „Vater Imago“, wie er es nannte.

Die Wahrnehmungen des Patienten bezüglich der Person des Analytikers oder die Art der schwer definierbaren und phantasieträchtigen Begegnung zwischen den beiden wurden als „Widerstand“ definiert und mussten durch die Interpretationen des väterlichen Analytikers während des „Durcharbeitungsprozesses“ korrigiert werden. Der Analytiker und der Patient waren einander körperlich gegenwärtig, aber sonst völlig in einer „Ich-Es“-Beziehung involviert. „Ich kann es meinen Kollegen nicht stark genug ans Herz legen“, so schrieb Freud, „sich während der psychoanalytischen Behandlung wie ein Chirurg zu verhalten, der die Gefühle gänzlich beiseite stellt, sogar sein menschliches Mitgefühl, und seine geistigen Kräfte auf das einzige Ziel zu konzentrieren, nämlich die Operation möglichst gekonnt durchzuführen“ (Freud 1912, 115).

Wie wir wissen, hängt die Heilung [des Patienten] in erster Linie vom Zusammenspiel der Kräfte in ihm ab. Die Rechtfertigung dafür, dass der Analytiker emotionale Kälte an den Tag legen soll, liegt darin, dass diese [...] dem Arzt einen erwünschten Schutz für sein eigenes emotionales Leben bietet und dem Patienten die größte Stütze, die wir ihm heute geben können (ebd.)

Unerklärlicherweise hat Freud oft seine eigene Vorschriften verletzt, und manchmal lud er sogar Patienten zum Abendessen ein, gab ihnen Geld, wenn sie in finanziellen Schwierigkeiten waren, ließ sich auf angeregte Diskussionen ein und scherzte während einer Sitzung (Roazen 1994). Dennoch wurde die Vorschrift der *Gleichgültigkeit* für viele Analytiker, insbesondere jene in den Vereinigten Staaten und Großbritannien, zum Dogma. Jahrzehntlang war die eigentliche Beziehung zum Patienten im „Hier-und-Jetzt“ nahezu irrelevant. Erst in den letzten Jahrzehnten haben sich manche Analytiker unter dem Einfluss von Heinz Kohuts Selbstpsychologie, die der Personzentrierten Therapie verblüffend ähnlich ist (Tobin 1991), und von gewissen Objektbeziehungstheoretikern bereit gezeigt, eine

empathische Beziehung im „Hier-und-Jetzt“ als heilend in Betracht zu ziehen (Meissner 1991, 182–182). Manche Analytiker verweigern sich dem immer noch: „Ich bin überzeugt“, sagt Charles Brenner, der klassische Analytiker par excellence, „dass die Konzepte der therapeutischen Arbeitsallianz [...] weder gültig noch nützlich sind“ (in Slipp 1982, 329). Für „strenge“ Freudianer findet fast alles, was in einer analytischen Sitzung auftaucht, ausschließlich im Geist des Patienten statt und ist eine Übertragung aus der Vergangenheit. Deshalb ist eine echte Begegnung zwischen Analytiker und Patient nahezu unmöglich. Gegenseitigkeit ist un-psychoanalytisch. „Meiner Ansicht nach“, sagt Axel Hoffer, ein strenger Freudianer, „kann eine Beziehung, welche die freie Assoziation fördert und die tiefgehende Aufklärung eines Konfliktes fördert, keine gegenseitige sein“ (Hoffer 1994, 201). Wenn das Problem „intrapsychisch“ ist, dann ist die Heilung ebenso „intrapsychisch“. Klarerweise ist das eine „einseitige“ und keine „zweiseitige“ Psychologie.

Ranks Alternative: Beziehungs- und Erlebnistherapie

Mit seinem neuen Ansatz zur Psychotherapie focht Rank die Idee an, dass „Übertragung alles ist“, aber auch dessen Ableitung – welche sogar in der Selbstpsychologie und der Objektbeziehungstheorie noch immer üblich ist –, nämlich dass der Patient ein Erwachsener ist, in dem „ein einverleibtes Kind feststeckt, so wie eine Gräte im Kropf seiner Reife“ (Mitchell 1988, 170). Im Buch *Will Therapy (Technik der Psychoanalyse)* erkannte Rank die Übertragung und den regressiven Zug der Vergangenheit voll an, aber er sagte, dass der Wert der Therapie im neuen Erleben liegt, nämlich darin, in der Gegenwart zu leben, und nicht lediglich in einer Wiederholung des Kindlichen. „Der Neurotische lebt sowieso zu sehr in der Vergangenheit, das heißt [...] eigentlich lebt er gar nicht“ (Rank 1936a, 27).

In *Das Trauma der Geburt* (1924) verschob Rank das psychoanalytische „Moment“ der therapeutischen Handlung vom intellektuellen Verstehen zur empathischen Beziehung, indem er meinte, dass der Prototyp der analytischen Situation die prä-verbale Mutter-Kind-Dyade sei. Er hatte eine radikale Entdeckung gemacht. Zusammen mit Ferenczi bewegte sich Rank von einer „Interpretationstherapie“ hin zu einer „Beziehungstherapie“. Sobald ihm klar wurde, dass die Qualität des emotionalen Erlebens des Patienten mit dem Analytiker wichtiger war als die „Einsicht“ in den Ödipuskomplex, oder sogar in den prä-ödipalen Komplex, realisierte er, dass der Therapeut nicht heilt, indem er den Patienten „mit Interpretationen umerzieht“, wie Freud behauptet hatte.

Statt dessen lag die Heilung im Therapeuten selbst: „Das einzige Heilmittel, das die Psychotherapie anzuwenden gelernt hat, ist selbst ein Mensch, nämlich der Therapeut, dessen eigene Psychologie auch einen entscheidenden Einfluss auf die Behandlung und deren Erfolg haben muss“ (Rank 1936a, 1). Das Problem mit der

Freudianischen Interpretation der Vergangenheit, sagte Rank, liegt darin, dass sie sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten erlaubt, der emotional geladenen Gegenwart zu entkommen: dem Erlebnis, das zwei kreative Willen einander begegnen, widerstehen, vertrauen, hassen, lieben, heilen und verändern.

Rank, der weder distanziert noch widerwillig war, um Patienten zu konfrontieren, wenn er fühlte, dass dies hilfreich sein könnte, hörte nicht damit auf, in seinen Sitzungen anspruchsvolle Interpretationen abzugeben. Aber er verstand, dass Interpretationen immer subjektiv und tendenziell sind. Sogar die Interpretation der Gegenwart ist kaum gültig oder zuverlässig, während sie erfahren wird. „Es geht nicht um die Frage, wessen Interpretation die richtige ist“, sagte Rank 1930 in einem Vortrag, „denn es gibt keine richtige Interpretation oder absolute psychologische Wahrheit“ (Rank 1996).

Indem der Therapeut im analytischen Setting eine metaphorische Gebärmutter schafft, sollte er dem Patienten helfen, als autonomes Selbst wieder geboren zu werden, als ein neues Individuum, getrennt von und anders als alle andere Menschen, ohne all zu sehr darunter zu leiden, wenn er sich in der Abschlussphase der Therapie vom Therapeuten trennen muss. Daher „ist meine Theorie über das Geburtstrauma“, schlussfolgerte Rank, „ein universales Symbol der Selbst-Entdeckung [des Ich] und von dessen Trennung vom momentanen Helfer [dem Ich], ursprünglich der Mutter, jetzt dem Therapeuten“ (Rank 1936a, 108).

Und nach der geistigen Wiedergeburt findet die kontinuierliche Entwicklung der psychologisch gesunden Person im Muster des Pendelns zwischen Beziehung und Trennung statt, und zwar durch eine Abfolge von emotionalen Bindungen und Abhängigkeiten einerseits und von Trennung und Loslösung auf der Suche nach Unabhängigkeit andererseits. Dies geht einher mit der Entwicklung der Persönlichkeit und dem Entstehen einer Individualität als sich kontinuierlich entwickelnde und erweiternde Ziele. Von der primären Bindung und Trennung bei der Geburt bis zur endgültigen Lösung und Trennung beim Tod setzt sich dieser Prozess von Bindung und Befreiung über den gesamten Verlauf des menschlichen Leben fort (Karpf 1953, 74–75).

Deshalb ist eines der wichtigsten Dinge, die wir von Rank gelernt haben, dass Mensch und Gesellschaft keine Antagonisten sind, wie Freud steif und fest behauptete, sondern komplementär. Es gibt endlose Schwankungen zwischen dem Bedürfnis nach Individuation und dem Bedürfnis nach Bindung, zwischen dem Willen, sich zu trennen, und dem, sich zu verbinden, zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit, zwischen Hass und Liebe, zwischen Alleinsein und Intimität – zwischen der belebenden, kreativen Einsamkeit der Freiheit und der Liebe und Akzeptanz, die nur innerhalb der Gemeinschaft zu bekommen sind. Beide sind wesentlich, gleichzeitig. Mit dieser Dialektik umzugehen – dieses bezeichnete Rank als „das Teil-Ganzes-Problem“ (Rank 1936a, 134) – ist die Hauptaufgabe des Menschen im Prozess der Entwicklung zu einer „fully functioning

person“, im Prozess der „nie vollzogenen Geburt der Individualität“ (Rank 1936b, 11). Dieses „Teil-Ganzes-Problem“ muss man während seines gesamten Lebens immer wieder aufs Neue lösen, nicht nur in der Therapie (O'Dowd 1986).

Psychologische Gesundheit bedeutet, dass man das Unmögliche lebt – auf angstfreie und kreative Weise „gleichzeitig Isolation und Vereinigung sucht“ (Rank 1932a, 86).

„Geburtshilfe“

Bald nach seiner anregenden Begegnung mit Otto Rank begann Carl Rogers die drei „core conditions“ zu formulieren, die er für die Veränderung der Persönlichkeit als notwendig betrachtete. Diese drei Bedingungen sind täuschend einfach formuliert, aber bemerkenswert schwierig umsetzbar. Sie bieten Hinweise dafür, wie ein Mensch, unabhängig vom Geschlecht, bei der „geistigen Geburt“ einer anderen Person „Geburtshilfe“ leisten kann. „Ich freue mich“, schrieb Rogers in der Einleitung zu *Client-Centered Therapy* (1951a), „über das Privileg, bei der Geburt einer neuen Persönlichkeit zu assistieren, und ich bin voller Ehrfurcht ob dieser Entstehung eines Selbst, einer Person dabei; ich erlebe einen Geburtsprozess, in dem ich eine wichtige und stützende Rolle hatte“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 4). Welche waren die drei „core conditions“ für ein solches geistiges Neu-Geboren-Werdens?

Die erste und wichtigste Bedingung besteht darin, dass die helfende Person kongruent (in der Beziehung) sein muss, voll gegenwärtig im Hier-und-Jetzt, und nicht vortäuscht, dass sie emotional distanziert ist, also ohne professionelle Fassade. „Nur wenn sie in dieser Beziehung als Person völlig eins mit sich ist, mit den Gefühlen, die sie erlebt, und wenn sie sich dieser Gefühle gewahr ist und sie völlig kongruent zum Ausdruck bringen kann“, schrieb Rogers, „nur dann kann sie das Wachstum des Klienten in der Therapie stützen“ (Kirschenbaum 1979, 196). Dies wurde oft missverstanden als eine passive Spiegelung der Gefühle des Klienten, aber Rogers' Ansatz verlangte vom eigenen kreativen Willen, von der eigenen Individualität, vom eigenem Anderssein des Therapeuten eine positive Selbstbestimmtheit. Klarerweise hieß das nicht, dass der Therapeut seine Klienten mit seinen Problemen belastet oder dass er mit seinen Gefühlen impulsiv herausplatzt. Für Rogers jedoch bedeutete die volle Akzeptanz des Klienten nie, dass der Therapeut seine eigene Individualität verleugnen und alles zulassen sollte oder auch schwach und ineffektiv werden sollte. „Der Therapeut begegnet seinem Klienten direkt“, schrieb Rogers, „Es ist eine zwischenmenschliche Begegnung. Er ist er selbst und verleugnet sich selbst nicht“ (Kirschenbaum/Henderson 1989b, 12).

Zweitens muss der Therapeut bedingungslose positive Zuwendung für die Einmaligkeit – das Getrenntsein und das Anders-Sein – des Gegenübers aufbringen. Rogers definiert dies wie folgt: „sich für den Klienten als einen Menschen für sich interessieren, der seine

eigenen Gefühle, sein eigenes Erleben haben darf“ (Kirschenbaum 1979, 199). Die Wahrnehmungen des Klienten sind keine „Verzerrungen“ der „Realität“, die nur der Therapeut klar sehen kann. Ohne dass er die Möglichkeit von unbewussten Faktoren, die die Wahrnehmung von beiden Personen beeinflussen kann, ausschließt, akzeptiert der Therapeut die „Phänomenologie“ des Klienten als eine, die die ständig fluktuierenden Bedingungen des Augenblicks wiedergibt, unabhängig davon, wie die Wahrnehmungen des Klienten mit der Sichtweise des Therapeuten übereinstimmen. „Jeder Mensch ist eine Insel für sich, und er kann nur Brücken zu anderen Inseln bauen, wenn er in erster Linie bereit ist, er selbst zu sein, und wenn ihm auch erlaubt wird, er selbst zu sein“, schrieb Rogers. „So erfahre ich, dass, wenn ich einen anderen Menschen akzeptieren kann, [...] ich ihm helfe, seine Persönlichkeit zu entwickeln“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 22).

Für Rogers wie für Rank gibt es keine psychologischen Tatsachen, nur subjektive Interpretationen von Phänomenen. Und der Klient, nicht der Helfer, ist der „Experte“ bezüglich der Bedeutung dieser Phänomene, wie er sie erlebt. Kurz gesagt, es gibt keine für sich stehende Wirklichkeit. Deshalb bedarf es, um den Bezugsrahmen des Klienten zu akzeptieren, eines außerordentlich aktiven Zuhörens. Roger gab offen zu, dass praktisch gesehen die positive bedingungslose Zuwendung „ein Maßstab für jede Beziehung“ sei und dass er manchmal selbst „nur eine bedingte positive Zuwendung, und manchmal eine negative Zuwendung“ erlebe, „auch wenn das in einer wirksamen Therapie nicht wahrscheinlich ist“ (ebd., 225).

Drittens muss der Therapeut ein echtes empathisches Verständnis für den Klienten an den Tag legen. Empathisches Verstehen ist eine Form von nicht-besitzergreifender Liebe, die die alten Griechen *Agape* nannten, um es von Eros zu unterscheiden, einer besitzergreifenden Form von Liebe, die darauf abzielt, das eigene Bedürfnis zu befriedigen. Rogers machte deutlich, dass Empathie oder Liebe – sich selbst freiwillig einer anderen Person zur Verfügung stellen – nicht bedeutet, dass man sich selbst auf Dauer im anderen verliert. Es ist wesentlich, dass der Therapeut er selbst bleibt, damit der Klient ein Mensch für sich sein kann. Nur indem er das ist, wird Empathie möglich. „Wenn ich diese Kraft frei empfinden kann, diese Kraft, ein unabhängiger Mensch zu sein“, sagte Rogers, „dann merke ich, dass ich mich selbst viel mehr tief auf ein Verstehen und ein Akzeptieren [des Klienten] einlassen kann, da ich keine Angst habe, mich selbst zu verlieren“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 121). Der Schlüssel zur Heilung war die emotionale Erfahrung, in Beziehung zu sein, ganz als eigener Mensch und dennoch irgendwie mit dem Anderen verbunden.

Paradoxerweise, wie Rank betonte, war es eine empathische Beziehung, die der Individualität erlaubte, sich zu entwickeln, und die jene Selbstakzeptanz entstehen ließ, die notwendig ist, um das eigene Potenzial zu entdecken, oder besser gesagt, wiederherzustellen oder aufzudecken. Nur indem man in der Beziehung sich

selbst sein will, indem man das eigene Anders-Sein akzeptiert und indem ein Anderer dieses akzeptiert, kann man die Kreativität und Kraft finden, sich zu verändern.

Abgesehen von diesen drei core conditions war laut Rogers jegliche Technik irrelevant. Natürlich kann kein Mensch immer ganz kongruent, akzeptierend und empathisch sein. Deshalb visualisierte Rogers die Kernbedingungen als solche, die mehr oder weniger erfüllt sein müssen, wie auf einem Kontinuum. Und die Kunst des Therapeuten, so meinte Rogers, bestehe darin, sich immer weiter auf diesem Kontinuum entlang zu bewegen, das heißt, im Anbieten dieser Bedingungen immer besser zu werden und sie nicht nur zu befürworten. Rogers, der ob seines therapeutischen Könnens sehr bescheiden war und der nie davon überzeugt war, dass er die von ihm selbst formulierten Bedingungen vollkommen erfüllte, meinte, es sei ein Glück, dass „unvollkommene Menschen anderen unvollkommenen Menschen therapeutische Hilfe geben können“ (Rogers 1959a, 215).

Also was war in summa Carl Rogers Botschaft an die helfenden Berufe? „Ich kann die allgemeine Hypothese in einem Satz formulieren“, sagte Rogers. „Wenn ich eine gewisse Art von Beziehung herstellen kann, dann wird die andere Person in sich selbst die Fähigkeit entdecken, diese Beziehung für sein Wachstum zu nützen, und dann werden Veränderung und persönliche Entwicklung erfolgen“ (Rogers 1967, 33).

„Das Dämonische“

Otto Rank, der zusammen mit Ferenczi die „Beziehungstherapie“ entwickelt hat und so mit Freuds „Interpretationstherapie“ brach, würde Rogers' Hypothese von ganzem Herzen unterstützen. Wenn er jedoch gefragt werden würde, dann könnte es sein, dass er sich gegenüber Rogers für einen einzigen, aber wesentlichen Aspekt einsetzen würde: „die wesentliche Bedeutung der Konfrontation in der Therapie und im Leben. Das Rumpeln des *Dämonischen*, so Rank, „ist immer hörbar, wenn zwei subjektive Sichtweisen – zwei kräftige und kreative und destruktive Menschen – einander entdecken, austesten, lieben, hassen, heilen und verändern, innerhalb und außerhalb des Sprechzimmers“. Wie Rollo May vor langer Zeit feststellte, ist das *Dämonische* vielleicht das einzige menschliche Phänomen, das Rogers weder in sein therapeutisches Handeln noch in sein Leben völlig integrieren konnte. „Das *Dämonische*“, so erklärte May in *Liebe und Wille*, einem Werk, dessen Titel zeigt, wie sehr Rank May beeinflusst hat, „ist der Drang in jedem Wesen, sich selbst zu bestätigen, sich durchzusetzen, sich zu erhalten und zu erweitern [...], [die andere Seite] derselben Bestätigung ist das, was unsere Kreativität hervorruft“ (May 1969, 120).

Das ganze Leben ist ein Hin-und-Her zwischen diesen beiden Aspekten des *Dämonischen*. Wir können das *Dämonische* unterdrücken, aber wir können nicht verhindern, dass wir den Preis in

Form von Apathie und der Tendenz zu einer späteren Explosion zahlen, die eine solche Unterdrückung mit sich bringt (ebd., 123).

„Wenn das *Dämonische* in die Persönlichkeit integriert wurde“, sagte May zu Rogers in einem berühmten offenen Brief, „was meiner Ansicht nach Sinn und Zweck einer Psychotherapie ist, dann führt das zur Kreativität“ (Kirschenbaum/Henderson 1989b, 240) – das heißt, dass dazu das Konstruktive und der freie Willen freigesetzt wird.

Das *Dämonische* ist besonders präsent in der Endphase einer Therapie, meinte Rank, wenn der Patient und der Therapeut symbolisch in einem Liebeskonflikt verwickelt sind, in einem „Kampf“, sagte Rank in *Will Therapy (Technik der Psychoanalyse)*, und er übertrieb nur leicht, „auf Leben und Tod“:

In der einfachsten Formulierung, die ich aus meiner Erfahrung ableite, kann die Endphase [...] als ein Kampf um das Leben gesehen werden, ein Kampf, der zwischen zwei Menschen bis aufs Äußerste geht und bei dem einer der beiden sterben muss, damit der andere leben kann (Rank 1936a, 178).

Es besteht kein Zweifel, dass aus diesem Duell der Patient als Sieger hervorgehen muss, wenn er sich als geheilt, das heißt als lebensfähig fühlen soll. Die Gefahr des Therapeuten liegt darin, dass er instinktiv Sieger bleiben will, das heißt zu leben und nicht umgebracht zu werden [...] Die Genesung [des Patienten] besteht im Wesentlichen in der Freiheit der kreativen Kräfte, die zuerst auf aggressive Weise freigesetzt werden müssen, bevor sie in einer konstruktiven Lebensführung umgesetzt werden können (ebd., 179).

Es ist schwer, sich vorzustellen, dass Rogers, der sich nie ganz wohl dabei fühlte, wenn er die wütenden oder hasserfüllten Gefühle des Klienten ihm gegenüber akzeptieren sollte, die *dämonische* Kraft anerkannt hätte, die Rank und May unbedingt als zentralen Veränderungsfaktor in der Therapie, als die Kehrseite der Kreativität selbst ansahen. Man kann nur darüber spekulieren, weshalb Rogers, ein sehr gebildeter Mensch, der den Wahnsinn und den Schrecken, den die Menschheit über sich selbst und über den Planeten herein gebracht hat, sehr gut verstand, das *Dämonische* herunterspielte. Sicherlich sah er sowohl die Liebe als auch den Hass, die wie ein Vulkanausbruch innerhalb des Schmelztiiegels der therapeutischen Begegnung hervorquollen. Vielleicht vernebelte Rogers' eigenes starkes Bedürfnis nach Akzeptanz und Liebe von seinen Klienten seine Sicht auf das *Dämonische* und brachte dieses ihn dazu, die glühende Kraft der Wut und des Hasses in sich selbst und in seinen Klienten herunterzuspielen.

„Ich finde es schwierig, leicht oder schnell mir meiner Wutgefühle in mir selbst bewusst zu werden“, gestand Rogers ein. „Ich beklage dies und bin diesbezüglich dabei, allmählich etwas zu lernen“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 348). Und was noch mehr über ihn offenbart, in seiner Autobiographie bekennt Rogers, dass empathisches Verstehen das war, was er selbst immer gesucht hatte: „Ich bin mir seither immer bewusster geworden, dass die Sichtweise, die

ich in der Therapie entwickelt habe, jene Art von Hilfe ist, die ich mir selbst immer gewünscht habe“ (Rogers 1967a, 368).

Als einer der Ersten, der die Gegenseitigkeit der therapeutischen Begegnung erkannte, wusste Otto Rank, dass Klienten ihrerseits versuchen können, mit ihrer eigenen Liebe, ihrem eigenen empathischen Verstehen das Leiden des Therapeuten zu „heilen“. Aber wenn wir es von der extremen Seite ansehen, dann kann die „Liebe“ oder „Empathie“ des Klienten für seinen Therapeuten letztendlich, ohne es zu wollen, das teuer erkaufte, noch immer zerbrechliche Gefühl von Freiheit des Klienten verwirren. Während Rank wie Rogers jene Heilung, die er selbst durch die von seinen Klienten angebotenen Empathie erhielt, nicht ablehnte, vergaß er nie, dass das endgültige Ziel einer therapeutischen Beziehung paradoxerweise in der Trennung des Klienten und in der Wiederentdeckung und Bestätigung des Anders-Sein desselben liegt. Die Empathie hat eine Schattenseite. Wenn man sich mit dem Bild eines immer liebenden oder „alles verzeihenden“ (Rank 1936a, 21) Therapeuten identifiziert, dann kann es sein, dass man den Klienten letzten Endes wieder zum Kind werden lässt und so seine Kreativität hemmt. Dann bleibt der Klient durch Schuld in einer neurotischen Bindung mit dem Therapeuten gefangen. Klienten können dann so reagieren, „als ob [sie] den Therapeuten nicht verlassen können, da dieser zu sehr darunter leiden würde“ (ebd., 84).

Wenn das Bedürfnis des Therapeuten nach Heilung oder Liebe „zu einem Missverständnis oder, genauer gesagt, zu einer Fehlinterpretation der Situation führt, dann taucht eine so genannte ‚Gegenübertragung‘ auf“, sagte Rank 1927 in einem Vortrag. In seinem Weitblick definierte er damit das Phänomen, das moderne Therapeuten *projektive Identifikation* nennen. „Das besteht darin, dass der Analytiker über die Identifikation, die für das Verstehen des Patienten erforderlich ist, hinaus geht. Der Analytiker projiziert jetzt seinerseits auf den Patienten, der sich mit diesem projizierten Teil des Ichs des Analytikers identifiziert. Dies führt zu einer Form von emotionaler Beziehung, die wir ‚Vernarrtheit‘ nennen“ (Rank 1996, 178).

Wir können [Klienten aber] nicht helfen, indem wir sie wieder in die alten Identifikationen zurücktreiben oder ihnen neue Identifikationsmöglichkeiten anbieten. Man muss ihnen helfen, über den toten Punkt in ihrer Persönlichkeit hinauszukommen und im Prozess sich selbst zu finden. (ebd.)

Damit dies geschehen kann, muss der Klient in der Endphase imstande sein, den kreativen Willen zu finden, um den Therapeuten, metaphorisch gesehen, als Geburtshelfer und die therapeutische Beziehung zu „zerstören“ und sich von beiden zu trennen, ohne zuviel Schuld und Angst zu empfinden.

Will man die Kraft der Kreativität des Klienten akzeptieren, dann bedeutet das sowohl für Rank als auch für Rollo May, dass man diese destruktive und *dämonische* Seite, die Rank „Gegenwillen“ nannte, auch vorbehaltlos akzeptiert. Das *Dämonische*, als lebenswichtiges Element für die Differenzierung zwischen Selbst und Nicht-Selbst und für die Förderung der Individuation, ist, „so negativ das auch

sein mag, der Beweis für die Kraft des Willens, von dem der therapeutische Erfolg letzten Endes abhängig ist“ (Rank 1936a, 6).

Trotz des unterschiedlichen Gewichts, das sie auf das *Dämonische* legten, verdanken Therapeuten Carl Rogers, und vor ihm Otto Rank, „dem Vorläufer der klientenzentrierten Therapie“ (Thorne 1992, 58), den wunderbaren Gedanken, dass man Klienten „eine bestimmte Art von Beziehung“ (Rogers 1967a, 33) anbietet, um ihnen zu helfen, ein lebenswichtiges Gleichgewicht zwischen dem Teil und dem Ganzen, zwischen Unterschied und Ähnlichkeit, zwischen Selbst und Welt zu finden – kurz gesagt, zwischen dem Ich und dem Du. Eine empathische Beziehung oder „Heilung durch Begegnung“, wie Buber es ausdrückt, welches das Potenzial birgt, einer Person zu helfen, mit einem Ganzen zu verschmelzen, damit sie in seiner einzigartigen Individualität bereichert und spirituell erneuert wieder daraus hervorgeht. Durch das, was sie lehrten, und noch mehr durch ihre Arbeit eröffneten Otto Rank und Carl Rogers zahlreichen anderen helfenden Berufe den Weg um, „auch wenn dies der Ideologie des [Helfenden] widersprechen sollte, das Neue zu preisen ...“ (Rank 1936a, 105) um durch empathisches Verstehen die spirituelle Wiedergeburt ihrer Klienten zu preisen.

Aber was meinen wir genau, wenn wir vom spirituellen – im Gegensatz zum rein menschlichen – Kern der therapeutischen Beziehung sprechen?

„Ist dies die einzige Wirklichkeit?“

Gegen Ende seines Lebens erlebte Carl Rogers etwas, das einer göttlichen Offenbarung nahe kommt. Eine tiefe empathische Erörterung der inneren emotionalen Bedeutung des Lebens seiner Klienten brachte ihn, ohne dass er sich voll dessen bewusst war, an den Rand dessen, was er jetzt „das Transzendente, das Unbeschreibliche, das Spirituelle“ nannte (vgl. Thorne 1992, 22). Wie es aussieht, versuchte Rogers die ganze Zeit – auf seine kompromisslose und profane Weise – „das Problem des Jenseits zu überwinden“ (Rank 1932a, 49).

Wie Otto Rank, dessen letztes Buch den Titel *Beyond Psychology* (1941) trug, schlussfolgerte Rogers, nachdem er ein halbes Jahrhundert lang Psychotherapie gemacht hatte, dass es einen Bereich gibt, der über die Verständnisfähigkeit der „normalen“ Wissenschaft oder Psychologie hinausgeht. Bis zu den letzten zwanzig Jahren seines Lebens jedoch war Rogers widerwillig gewesen, sein „abschließendes, nicht wissenschaftliches Post-Scriptum“ zu offenbaren, vielleicht weil er sich fürchtete, dass seine spirituellen Sehnsüchte mit dem Dogmatismus des Christentums, den er in seiner Jugend abgelehnt hatte, verwechselt werden könnten (Thorne 1992). Aber in den Siebzigern forderte er zum Teil als Reaktion auf die lange Krankheit seiner Frau Helen die wissenschaftliche Psychologie mehr denn je heraus: „Ist das die einzige Wirklichkeit?“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 370). Oder noch prägnanter: „Brauchen wir wirklich ‚eine‘ Wirklichkeit?“ (ebd., 400).

Ich möchte das hier gerne auf ein persönlichere Art und Weise sagen. Ich hatte nie eine mystische Erfahrung noch hatte ich jemals irgendeine Erfahrung von paranormaler Wirklichkeit oder einen durch Drogen herbeigeführten Zustand, der mir einen Blick in eine Welt gab, die anders als unsere sichere ‚reale‘ Welt ist. Dennoch erhalte ich immer beeindruckendere Beweise ... (ebd., 371).

Vielleicht wird es in den kommenden Generationen jüngerer Psychologen [...] ein paar geben, die die Möglichkeit zu untersuchen wagen, dass es eine legitime Wirklichkeit gibt, die unseren fünf Sinnen nicht zugänglich ist; eine Wirklichkeit, in der Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft vermischt sind, in der Raum keine Barriere und die Zeit aufgehoben ist; eine Wirklichkeit, die nur wahrgenommen und bekannt werden kann, wenn wir passiv rezeptiv und nicht so sehr aktiv auf Wissen ausgerichtet sind. Das ist eine der aufregendsten Herausforderungen, vor welche die Psychologie sich gestellt sieht (ebd., 373).

Kurz bevor er starb, erkannte Rogers, der damals noch immer Agnostiker war, diese eigenartige „Wirklichkeit“ und sprach begeistert davon in Begriffen wie „das Transzendente, das Unbeschreibliche, das Spirituelle“ (in Thorne 1992, 22). Das war der Bereich, den Rogers in den zwanziger Jahren, als er seine theologischen Studien an dem Union Theological Seminary für eine Karriere im Bereich der wissenschaftlichen Forschung aufgab, zurückgewiesen hatte (ebd.).

In der Ich-Du-Beziehung wollte Rogers die zwingendsten Fakten zur Unterstützung seiner Hypothese, dass es einen Bereich jenseits der Psychologie gibt, finden. Ironischerweise war das Spirituelle immer da gewesen, verborgen in dem, was Rogers am Nächsten und am Vertrautesten war: der empathischen Verbindung zwischen dem Ich und dem Du.

„Ich kann nicht anders als glauben“, schrieb Rogers ein Jahr bevor er starb, „dass ich, wie viele andere auch, die Bedeutung dieser mystischen, spirituellen Dimension unterschätzt habe“ (ebd.). Nur gegen Ende seines Lebens, so scheint es, konnte Rogers die tiefere Bedeutung seines Lebenswerkes als Therapeut, die spirituelle Bedeutung der Empathie, selbst wirklich schätzen. Obwohl er die Wissenschaft nie abwertete, erkannte er jetzt, dass es eine nicht wissenschaftliche oder sogar mystische Dimension der psychotherapeutischen Arbeit gibt.

Könnte der Gedanke an Otto Rank Carl Rogers' wachsende Wertschätzung für die Spiritualität beeinflusst haben? Keiner weiß das sicher, da Rogers in diesem Zusammenhang nie von Rank sprach, aber wenn wir genau auf die von Rogers bevorzugten Metaphern horchen, dann könnte es sein, dass wir auf bemerkenswerte Weise an Rank erinnert werden.

An dieser Stelle möchte ich eine Frage untersuchen, deren Implikationen für Therapie wirklich erstaunlich sind. Eine Frage, deren Implikationen Rank in all seinen Schriften über Kreativität und Beziehung erkannte, schon beginnend im Jahre 1924 in seinem oft kritisierten Buch *Das Trauma der Geburt*, aber vielleicht am

stärksten in seinen beiden Meisterwerken *Art and Artist* (1932a) und *Will Therapy* (1936a). Die Frage ist diese: Was bedeutet es, in einem makrokosmischen Sinne bei der Geburt der „neuen Persönlichkeit“ eines Menschen „Geburtshelfer“ zu sein (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 4)? Was bedeutet es, geboren, geschweige denn, wiedergeboren zu werden? Wieder lebendig zu werden? Sich bewusst zu sein, dass man lebt? Ganz im Hier-und-Jetzt gegenwärtig zu sein? Und was ist genau dieses katastrophale primäre Trauma (aus dem Griechischen, es bedeutet „Wunde“), das Rank, ohne zu übertreiben, „das Geburtstrauma“ nannte? Im Zuge der Erörterung dieser Frage möchte ich gleichzeitig darüber nachdenken, was Rogers gemeint haben könnte, als er sein therapeutisches Credo mit diesen Rank auf gespenstische Weise ähnlichen Begriffen entwickelte: „Voller Ehrfurcht wohne ich der Entstehung eines Selbst, einer Person bei, wie einem Geburtsprozess, zu dem ich einen wichtigen und stützenden Teil beigetragen habe“ – der Geburt einer Person, die „darum ringt, sie selbst zu sein, und dennoch eine Todesangst davor hat, sie selbst zu sein“ (ebd., 3–4).

„Ein unerklärlicher Überrest“

In *Psychoanalysis and the Unconscious* sagt D. H. Lawrence (1921), dass das größte Rätsel kein anderes als der Mensch selbst sei – ein Rätsel, das über jegliches wissenschaftliches Verständnis hinausgeht. Der Mensch ist eine unerklärliche Lücke in der Kausalität, ein „Unterschied“, der sich im Kosmos materialisiert, aus dem Nichts geschaffen, aller Vernunft und Wissenschaft zum Trotz:

In der Natur des Kindes gibt es etwas, das etwas völlig Unbekanntes im jeweiligen Wesen der Eltern ist. Etwas, das nicht vom Wesen aller existierender Menschen oder gewesenen Menschen abgeleitet werden kann. Im Wesen des Kindes gibt es etwas, das ganz neu, nicht abgeleitet ist, etwas, das ohne Ursache ist und immer sein wird. Und dieses Etwas ist die unanalysierbare, undefinierbare Wirklichkeit des einzelnen Menschen. Jedes Mal im Moment der Empfängnis jedes höheren Organismus steigt ein individuelles Wesen auf unverständliche Art und Weise in das Universum, aus dem Nichts heraus. Trotz des ganzen Ursache-Wirkung-Prozesses der Generationen und der Evolution gibt es keine Erklärung für das Individuelle [...] Es gibt keine bestimmbar Ursache und keinen logischen Grund für Individualität. Im Gegenteil, Individualität scheint den wissenschaftlichen Gesetzen zu widersprechen, sogar der Vernunft zu widersprechen (ebd., 214).

Da das wissenschaftliche Verständnis nicht einmal für die Entstehung eines einfachen Löwenzahn auf diesem Planeten Rechenschaft ablegen kann und noch weniger für die eines neuen menschlichen Lebens, musste „ein unerklärlicher ‚Überrest‘ zugelassen werden“, sagte Rank in *Art and Artist*, „aber dieser Überrest umfasst nicht weniger als das ganze Problem der künstlerischen Kreativität“ (Rank 1932a, 63; Anführungszeichen wurden hinzugefügt). Das ist dann das Neue, das vorher nie erfahren wurde: Ein neues

Wesen, das auf unverständliche Weise empor getaucht ist, aus dem Nirgendwo, aus einem kosmischen Staub, aus dem Nichts. „Wir gehören uns nicht selbst“, sagte Rank, „egal, ob wir unsere Schuld auf einer religiösen Ebene gegenüber Gott empfinden oder auf sozialer Ebene gegenüber dem Vater oder auf biologischer Ebene gegenüber der Mutter“ (Rank 1936a, 101). „Wer“, fragte Carl Rogers einst, „kann diese ganze Person erschaffen?“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 370).

Die „naturwissenschaftliche“ Lösung für das Mysterium der Geburt, so Rank, der viel von Lawrences psychologischem Scharfsinn hielt (Taft 1958, 175), „befriedigt das Kind nicht im Geringsten, und wenn wir ehrlich sein wollen, müssen wir zugeben, dass es uns selbst auch nicht befriedigt. Es scheint uns nur zu befriedigen, da wir wissen, dass wir keine andere Antwort haben.“

Vielleicht erklärt das, weshalb der Erwachsene unter dem sexuellen Problem genauso sehr leidet wie das Kind, denn die biologische Lösung des Problems der Menschheit ist ebenso unerfreulich und inadäquat für den Erwachsenen wie für das Kind. Die religiöse Lösung war und ist immer noch viel erfreulicher, denn sie lässt das Unbekannte zu, ja sie erkennt es als den wichtigsten Faktor an, statt eine Allwissenheit vorzugeben, die wir nicht haben (Rank 1932b, 44).

Die „Wahrheit“ des biologischen oder kausalen Verständnisses, so fuhr Rank, der selbst ebenso wenig anti-wissenschaftlich wie Rogers war, fort, wird zu leicht mit der Realität verwechselt:

Wir können vielleicht die biologisch richtige Antwort auf die konkrete Frage eines Kindes nach der Herkunft eines kleinen Brüderchen oder Schwesterchen geben, aber wir berühren damit nicht die Lebensangst, die hinter der Frage des Kindes steckt und die nicht kausal erklärt werden kann, denn sie ist in der Angst vor dem Unbekannten und dem Unkennbaren verwurzelt [...] Aber dieses Verlangen nach Wahrheit ist eher ein fanatisches Suchen nach einer Wirklichkeit und findet daher ein jähes Ende, bevor die Wahrheit über unseren Mangel an Wissen eingestanden wird (ebd., 46-47).

„Wer bin ich? Wie kam ich auf die Welt? Warum hat man mich nicht gefragt?“

Wie D. H. Lawrence und Otto Rank kam Rogers zu der Schlussfolgerung, dass die Wissenschaft trotz all ihrer großartigen Beiträge zur Verbesserung des Schicksals der Menschheit, zur Heilung von Krankheiten und zur Erfindung des Mikroprozessors nichts über den Anfang oder das Ende des Lebens sagen kann. Egal wie viele Geheimnisse der Biologie, der Chemie oder der Physik die Wissenschaft aufdeckt, sie wird nie ein Wort darüber sagen können, was es bedeutet, während diesem winzigen Moment des Lichtes zwischen zwei Ewigkeiten von Dunkelheit bewusst zu sein, am Leben zu sein. „Denn was ist der Mensch letzten Endes in der Natur?“, fragte sich

Pascal, Philosoph des 17. Jahrhunderts. „Ein Nichts im Vergleich zu dem Endlosen, ein Absolutum in Vergleich mit nichts, ein zentraler Punkt zwischen nichts und allem [...] er ist unfähig dazu, das Nichts zu sehen, woher er kam, und das Unendliche, von dem er umhüllt wird.“

Deshalb kann für Otto Rank und Carl Rogers das Problem des Lebens, nämlich ganz gegenwärtig zu sein, in einer nahezu unbeantwortbaren Frage zusammengefasst werden: Wie entdeckt ein Mensch in sich den kreativen Willen, „Ja“ zu sagen zu dieser Kraft, diesem inneren „Muss“ des Lebens (Rank 1936b, 54), und zwar in vollem Bewusstsein des Leidens, des Grauens und des Todes, die das Leben für uns alle in sich birgt? „Wie können [wir] in einer Welt leben, wo wir alle allein sind“, fragt Rollo May, „wo wir alle sterben?“ (in Rabinowitz/Good/Cozad 1989, 439). Mit anderen Worten, können wir all unseren Mut zusammennehmen, um das zu wählen, das auch absolut vorbestimmt ist: unser Leben? Søren Kierkegaard, dessen Schriften Rank in seiner Jugend studiert hat (Taft 1958, 37) stellte einst die absurdeste und dennoch vielleicht komischste Frage, die es gibt:

Wer bin ich? Wie kam ich auf die Welt? Warum hat man mich nicht gefragt? [...] Und wenn ich schon dazu gezwungen bin, daran teilzunehmen, wo ist dann der Direktor? Ich möchte mich gerne bei ihm beschweren. Gibt es keinen Direktor? Wohin soll ich meine Beschwerde dann richten? [...] Wie ist das passiert, dass ich schuldig geworden bin? Oder dass ich nicht schuldig bin? Weshalb werde ich in allen menschlichen Sprachen so genannt? (Kierkegaard 1843, 114-115).

Wie sollen wir, nachdem wir kreischend und strampelnd aus der Gebärmutter geworfen wurden, den Mut finden, „die uns vom Schicksal aufgezwungene Existenz (willentlich) anzunehmen“ (Rank 1932a, 65), das gottähnliche, aber schmerzliche Bewusstsein annehmen, das uns, ohne dass wir darum gebeten haben, als ein eigenartiges Geschenk aus dem Jenseits geborgt wurde? Die Idee des Schicksals „beruht vielleicht auf der Tatsache unserer biologischen Existenz“ (Rank 1936a, 87), einer Tatsache, die so unwahrscheinlich ist, dass es jegliches menschliches Verständnis übersteigt.

In der Neurose „manifestiert sich“ die lebendige Energie des Individuums „als schicksalhaft“, als eine Verleugnung der Freiheit und der Verantwortung und als ein lebender Tod: auch wenn „das Individuum gleichzeitig Schöpfer und Geschöpf ist, ist [in der Neurose] der kreative Ausdruck dieses Willens negativ, denn er beruht auf der Verleugnung der schöpferischen Rolle“ (ebd.). Andererseits scheinen große Künstler, Wissenschaftler und Schriftsteller dem am Nächsten zu kommen, indem sie das Leben voll ausschöpfen, „das Schicksal bestimmen“ und nicht „Schicksal sind“ (ebd., 88). Sie nehmen die ganze Schöpfung in sich auf und werfen es dann wieder hinaus, um einen neuen Kosmos zu erschaffen, diesmal nach ihrem Vorbild gestaltet, und leben sich selbst in der kreativer Produktion aus. „Das Meiste, das jeder von uns tun zu können scheint“, laut Ernest Becker, „ist etwas zu gestalten – entweder ein Objekt oder uns selbst – und es in die Verwirrung hineinfallen zu lassen, es sozusagen der Lebenskraft als Opfer anzubieten“ (Becker 1973, 285).

Der „zwanghaften Wiederholung“ der biologischen Sexualität setzte Rank den kreativen Impuls des Menschen entgegen, den ebenso starken „Trieb“ nach Neuem und nach Anders-Sein, nach Produktion und nicht nur Reproduktion: ein lebenslanger, endloser Prozess, in einem unsicheren Gleichgewicht an der Grenze der Nicht-Existenz. „Nur im individuellen Akt des Willens“, sagt Rank in *Will Therapy*, „haben wir das einzigartige Phänomen der Spontaneität, das Herstellen einer neuen primären Ursache“ (Rank 1936a, 44). Und mit der Entstehung des Bewusstseins, des vollständigen Selbstbewusstseins beginnt jeder Mensch so wie Adam „eine neue Serie von Ursachen“ (ebd.).

„Ich wurde jenseits der Psychologie geboren“

Die Psychoanalyse ist nicht die einzige Wissenschaft, die Sexualität als „Ursache“ für alles sieht. Um die Ankunft eines neuen Menschen auf dem Planeten zu erklären, behauptet die durch Experimente belegte Molekularbiologie, dass der Geschlechtsverkehr zwei Arten von Keimzellen entstehen lässt, die „Mutter“ und „Vater“ genannt werden, um ihre Kerne miteinander zum Nichts verschmelzen zu lassen. Aus den Überresten dieser zwei Keimzellen taucht ein neues Keimplasma auf, wie der Phönix aus der Asche, um ein neues Leben zu beginnen. Im Grunde genommen „stammt“ das Geburtstrauma, räumt Rank ein, „aus dem Keimplasma“ (Rank 1924, 188). Aber ist Geschlechtsverkehr die „Ursache“ der Existenz? „Man ist fast dazu verleitet zu sagen“, so sinniert Rank in *Art and Artist*, „dass der Geschlechtsakt ‚kreativ‘ gemacht wurde durch den Vergleich mit der Generation des Feuers und nicht dass die Generation des Feuers sexualisiert werden musste“ (Rank 1932a, 174). Neues Leben entsteht, wenn zwei Mysterien sich paaren oder, genauer gesagt, zwei Gruppen von jeweils einer Billion von Mysterien (Kramer 1997).

„Die Bedeutung, die der sexuellen Erfahrung zugesprochen wurde, ist zu gering“, sagte Rank einst zu Anaïs Nin. „In der Psychoanalyse sehen wir immer noch die Folgen davon, nämlich im Trugschluss, dass die Sexualität, weil sie offensichtlich auf biologischer Ebene grundlegend ist, auch eine führende Rolle spielen muss“ (Nin 1966, 292). Auch wenn Rank die Sexualität nicht ablehnte, war er zu sehr in ästhetische Fragen vertieft, insbesondere in jene der Kreativität und der Willenshemmung – um die unermessliche Vielfalt der Menschen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, nämlich die Biologie. „Werden Menschen jemals lernen“, fragte Rank in *Beyond Psychology*, das er kurz vor seinem Tod in Oktober 1939 schrieb, „dass keine andere Gleichwertigkeit möglich ist als

das gleiche Recht von jedem Menschen, er selbst zu werden und zu sein, was eigentlich bedeutet, dass er sein eigenes Anders-Sein akzeptiert und dass andere dieses akzeptieren?“ (Rank 1941, 267).

Sowohl Rank als auch Carl Rogers haben verstanden, das grundlegende Problem der menschlichen Existenz ist das Anders-Sein, nicht die Sexualität. „Die reine Tatsache des Anders-Seins“, sagte Rank, „mit anderen Worten, die Existenz unseres eigenen Willens als gegensätzlich, als unähnlich, ist die Basis für die [Selbst]-Verurteilung, die sich als Minderwertigkeit oder Schuldgefühl manifestiert“ (Rank 1936a, 56).

Wie große Künstler haben Rank und Rogers ihre produktivsten Jahre damit zugebracht, „das Problem des Jenseits zu überwinden“ (Rank 1932a, 49). Es durch die zahllosen „Geburten“ im Sprechzimmer, bei denen sie „Geburtshelfer“ waren, durch die zahllosen Formen des Anders-Seins, die sie auf empathische Weise „priesen“ auf einer mikrokosmischen Ebene zu überwinden. Aber auch es in einem makrokosmischen Sinne durch ihre tiefe Wertschätzung des Potenzials für Transzendenz, das im empathischen Verstehen steckt, zu überwinden – wo Mikrokosmos und Makrokosmos sich begegnen, begegnet der Mensch dem Spirituellen.

Menschen sind nur imstande, im Geiste zu leben, indem sie sich auf einer äußerst persönlichen Ebene mitteilen. „Das Ich braucht ein Du, um ein Selbst zu werden“, sagte Rank in *Beyond Psychology* (1941, 290). Es ist paradox, aber in der „Begegnung“ zwischen Ich und Du, immer flüchtig und schwer greifbar, kann es sein, dass wir für einen Moment die Last des Anders-Seins aufgeben, für das Unbeschreibliche, für die überwältigende Pracht und Größe der Schöpfung, für das „Ganze“ (Rank 1936a, 155) – und, wenn die Anerkennung gegenseitig ist, bekommen wir uns selbst vielleicht wieder zurück, erneuert durch die Berührung mit dem Göttlichen. „[Wir] haben [unser] sterbliches Ich einen Moment lang furchtlos und sogar freudig enthüllt, um es im nächsten Moment zurück zu bekommen, um dieses universale Gefühl reicher“, schrieb Rank in *Art and Artist*. Es „ist mehr als nur eine Frage von einer vorübergehenden Identifizierung zweier Menschen, es ist die potenzielle Wiederherstellung einer Einheit mit dem Kosmos, die einst existierte und dann verloren ging“ (Rank 1932a, 110, 113).

„Ich wurde angesteckt von Rank’schem Gedankengut“, sagte Carl Rogers einst. Aber vielleicht hätte er genauso gut sagen können, dass er von Rank’schem Gedankengut geschwängert worden war. Zweimal im spirituellem Sinne geboren zu werden ist nicht mehr ein Wunder als einmal geboren zu werden. Daher kann ich mich des Gefühles nicht erwehren, dass lange nach 1939 der Geist des Wiener Psychologen Otto Rank im Geist, im Herzen und in der Seele des Amerikaners Carl Rogers lebendig war.

Literatur

- Becker, E. (1973), *The denial of death*, New York (The Free Press)
- Brabant, E./Falzeder, E./Giampieri-Deutsch, P. (Eds.) (1993), *The correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi*, Volume I, 1908–1914, Cambridge (Harvard University Press)
- Cain, D.J./Seeman, J. (2002), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, D.C. (American Psychological Association)
- Evans, R. (1975), *Carl Rogers: The man and his ideas*, New York (E. P. Dutton)
- Ferenczi, S./Rank, O. (1924), *The development of psychoanalysis* (translated by C. Newton), New York (Dover), 1956
- Freud, S. (1901), *The psychopathology of everyday life* in: Strachey, J. (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 6, London (Hogarth Press), 1960
- Freud, S. (1912), *Recommendations to physicians practicing Psycho-analysis* in: Strachey, J. (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 12, London (Hogarth Press), 1958, 109–120
- Freud, S. (1916), *Some character types met within psychoanalytic work*, in: Strachey, J. (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 14, London (Hogarth Press), 1958, 311–315
- Freud, S. (1933), *New introductory lectures on Psycho-Analysis*, in: Strachey, J. (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 22, London (Hogarth Press), 1964, 3–266
- Hoffer, A. (1994), *Ferenczi's search for mutuality: Implications for the free association method* in: Falzeder, E./Haynal, A., *100 Years of Psychoanalysis: Contributions to the history of Psychoanalysis*, London (Karnac Books), 199–204
- Gay, P. (1988), *Freud: A life for our times*, New York (W. W. Norton)
- Jones, E. (1957), *The life and work of Sigmund Freud: The last phase, 1919–1939*, Vol. 3, New York (Basic Books)
- Jones, J. (1960), *Otto Rank: A forgotten heresy*, in: *Commentary* 30, 219–229
- Karpf, F. (1953), *The psychology and psychotherapy of Otto Rank*, New York (Philosophical Library)
- Kierkegaard, S. (1843), *Repetition: An essay in experimental psychology* (translated by W. Lowrie), Princeton (Princeton University Press), 1946
- Kirschenbaum H. (1979), *On becoming Carl Rogers*, New York (Delacorte Press)
- Kirschenbaum H./Henderson, V. L. (Eds.) (1989a), *The Carl Rogers reader*, Boston (Houghton Mifflin)
- Kirschenbaum H./Henderson, V. L. (Eds.) (1989b), *Carl Rogers: Dialogues*, Boston (Houghton Mifflin)
- Kramer, R. (1995), *The "bad mother" Freud has never seen: Otto Rank and the birth of object-relations theory*, in: *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 293–321
- Kramer, R. (1996), *Foreword*, in: Menaker, E., *Separation, will and creativity: The wisdom of Otto Rank*, New York (Jason Aronson), 9–16
- Kramer, R. (1997), *„Otto Rank and the cause.“* in: Dufresne, T. (Ed.), *Freud under analysis: Essays in honor of Paul Roazen*, New York (Jason Aronson), 221–247
- Kramer, R. (1999), *„Einsicht und Blindheit: Zur Aktualität von Otto Rank,“* in: *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 53, 158–200
- Kramer, R. (2000a), *„What, exactly, was in Freud's unconscious?,“* in: *The Psychotherapy Review* 2, 10, 75–482
- Kramer, R. (2000b), *„Nincs Több Belátással Mint Egy Kisfiú: Ferenczi és Rank Szomorú, Régső Analízise Freudról“* [„No more insight than a small boy: Ferenczi and Rank's final, sad analysis of Freud“], in Meszaros, J. (ed), *A chapter in Ferenczi Sándor: Tanítványává Tett Minden Analitikust* [Sándor Ferenczi: He made all analysts his pupils], Budapest (Jószöveg Könyvek), 245–261
- Lawrence, D. H. (1921), *Psychoanalysis and the unconscious in fantasia of the unconscious and Psychoanalysis and the unconscious*, New York (Penguin Books), 1976
- Lieberman, E. J. (1985), *Acts of will: The life and work of Otto Rank*, New York (Free Press)
- May, R. (1969), *Love and will*, New York (W. W. Norton); dt.: *Liebe und Wille*, Köln (EHP), 1988
- Meissner, W. (1991), *What is effective in Psychoanalytic therapy: The move from interpretation to relation*, New Jersey (Jason Aronson)
- Mitchell, S. (1988), *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*, Cambridge (Harvard University Press)
- Nin, A. (1966), *Diary. Vol. I, 1931–34*, New York (Harcourt Brace Jovanovich)
- O'Dowd, W. T. (1986), *Otto Rank and time-limited psychotherapy*, in: *Psychotherapy*, 23, 140–149
- Rabinowitz, F./Good, G./Cozad, L. (1989), *Rollo May: A man of meaning and myth* in: *Journal of Counseling and Development*, 67, 436–441
- Rank, O. (1924), *The trauma of birth*, New York (Dover Books), 1994; dt.: *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*, I.P.B. Nr. 14, 1924; Fischer (Frankfurt), 1988
- Rank, O. (1932a), *Art and artist: Creative urge and personality development* (translated by C. Atkinson), New York (W. W. Norton), 1989; dt.: *Kunst und Künstler: Studien zur Genese und Entwicklung des Schaffensdranges*, (Herausgegeben von Hans-Jürgen Wirth unter Mitarbeit von Ludwig Janus. E. James Lieberman, Elke Mühlleitner und Bertram Müller), Gießen (Psychosozial-Verlag), 2000
- Rank, O. (1932b), *Modern education* (translated by M. Moxon), New York (Alfred A. Knopf)
- Rank, O. (1936a), *Will therapy: An analysis of the therapeutic process in terms of relationship* (translated by J. Taft), New York (W. W. Norton), 1978; dt.: *Technik der Psychoanalyse (I: Die analytische Situation, 1926; II: Die analytische Reaktion, 1929; III: Die Analyse des Analytikers, 1931)*, Leipzig/Wien (Deuticke), 1926–1931
- Rank, O. (1936b), *Truth and reality: A life history of the human will* (translated by J. Taft), New York (W. W. Norton), 1978; dt.: *Grundzüge einer genetischen Psychologie auf Grund der Psychoanalyse der Ichstruktur (I: Genetische Psychologie, 1927; II: Gestaltung und Ausdruck der Persönlichkeit, 1928; III: Wahrheit und Wirklichkeit, 1929)*, Leipzig/Wien (Franz Deuticke), 1927–1929
- Rank, O. (1941), *Beyond psychology*, New York (Dover Books), 1958
- Rank, O. (1996), *A psychology of difference: The American lectures of Otto Rank* (Edited and introduced by R. Kramer), Princeton (Princeton University Press)
- Roazen, P. (1994), *Freud's patients: First-hand accounts*, Talk delivered at Conference on Freud and His Patients, organized by R. Kramer, George Washington University, November 19, 1994
- Rogers, C.R. (1951a), *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, München (Kindler) 1973
- Rogers, C. (1959a), *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*, in: Koch, Sigmund (ed.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*, 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. (1967a), Autobiography, in: Boring, E. G./Lindzey, G. (eds.), A history of psychology in autobiography, Vol. 5, New York (Appleton-Century-Crofts) 1967, 341–384
- Rogers, C. (1984d), Conversations with Carl Rogers, Videotape produced by the Encinitas Center for Family and Personal Development, 1984
- Sayers, J. (1991), Mothers of Psychoanalysis: Helene Deutsch, Karen Horney, Anna Freud, Melanie Klein, New York (W. W. Norton)
- Slipp, S. (Ed.), (1982), Curative factors in dynamic psychotherapy, New York (McGraw-Hill)
- Sterba, R. (1934), The fate of the ego in analytic therapy, in: International Journal of Psychoanalysis, 15, 117–126
- Sward, K. (1980), Self-actualization and women: Rank and Freud contrasted, in: Journal of Humanistic Psychology, 20, 5–26
- Taft, J. (1958), Otto Rank: A biographical study based on notebooks, letters, collected writings, therapeutic achievements and personal associations, New York (The Julian Press)
- Thorne, B. (1992), Carl Rogers, London (Sage)
- Tobin, S.A. (1991), A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers's person-centered therapy, in: Journal of Humanistic Psychology, 31, 9–33

Autor:

Robert Kramer, Ph.D., ist der Direktor des „Key and OPM Executive Education Programs“ der School of Public Affairs, American University, Washington, DC. 1999 war er als Fulbright Professor an der Universität Budapest. Er ist ein weltweit anerkannter Kenner von Otto Rank und hat zahlreiche Arbeiten zu Otto Rank und zu den Beziehungen zwischen Otto Rank und Carl Rogers veröffentlicht.

Korrespondenzadresse:

*Robert Kramer, Ph.D.
Director of Executive Education Programs
School of Public Affairs
American University
Washington DC 20016
USA
E-Mail: Kramer@american.edu*

Marion N. Hendricks-Gendlin

Ein Felt Sense ist mehr als nur ein Gefühl¹

Zusammenfassung: Für Therapeuten in der Arbeit mit Klienten ist es wichtig, klar zwischen Felt Sense und Gefühl zu unterscheiden. Diese Unterscheidungsfähigkeit soll in der Ausbildung erlernt werden. So wichtig es auch sein mag, ein Gefühl wahrzunehmen, so verändert doch diese Wahrnehmung nicht das Muster, das zur Entstehung dieses Gefühls führt. Nur indem der Klient dieses Gefühl „anhält“, kann er mittels seines Felt Sense die Bedeutung verstehen lernen und auch was verändern.

Schlüsselwörter: Felt Sense, Gefühl, Erleben, Experiencing, Versioning

Résumé: Un felt sense n'est pas un sentiment, mais un nouveau développement humain. L'auteur met en évidence à quel point il est important pour le thérapeute dans le travail avec ses clients, de faire une distinction claire entre felt sense et sentiment, et que cette capacité de distinguer doit être apprise pendant la formation. Aussi important soit-il de percevoir un sentiment, cette perception ne change quand même pas le schéma qui conduit à la naissance de ce sentiment. Ce n'est qu'en « gardant » ce sentiment que le client peut apprendre à en comprendre le sens au moyen de son felt sense et y changer quelque chose.

Mots clés: felt sense, sentiment, expérimenter, versioning

Die verstärkte Beachtung des Erlebens des Klienten kennzeichnet eine fortwährende Entwicklung in der Psychologie. Eine der wichtigsten Wurzeln dieser Entwicklung ist die Zusammenarbeit zwischen Carl Rogers, dem Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie, und dem Philosophen Eugene Gendlin während der fünfziger Jahre an der Universität von Chicago. Gendlin, der in der philosophischen Tradition von Dilthey, Dewey, Merleau-Ponty und McKeon stand, entwickelte eine „Philosophie des Impliziten“ (Gendlin 1962; 1997) und legte das auf Rogers' Arbeit um. Gendlin untersuchte die Frage, was wirklich im Klienten und in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient geschieht, wenn Empathie vorhanden ist. Diese Zusammenarbeit führte zu einer grundlegenden Verschiebung, nämlich vom Inhalt – was besprochen wird – hin zum Prozess – wie der Klient und der Therapeut mit dem Erleben umgehen (Gendlin/Jenney/Shlien 1960). Gendlin/Zimring (1994) überprüften hunderte Bandaufnahmen von Therapiesitzungen und formulierten anhand ihrer Ergebnisse das Konzept der „Erlebensebene“. Die Prozessskala (Rogers 1959b) und später die Erlebensekala (Klein/Mathieu/Gendlin/Kiesler 1969) wurden entwickelt, um das Erleben des Klienten messen zu können.

Die Bedeutung der Gefühle in der Psychotherapie wurde schon lange anerkannt, aber sehr oft wurde das missverstanden, in dem Sinne, dass der Klient mit seinen Gefühlen in Kontakt kommen sollte. Ein intensives Erleben ist allerdings etwas anderes als ein Gefühl. Es geht eher darum, sich direkt auf implizit körperlich gefühltes Erleben beziehen zu können. Diese Schicht des Erlebens wird „Felt Sense“ oder auch „direct referent“ genannt.

Ein Beispiel für einen Felt Sense

Zum besseren Verständnis des nachfolgenden Beispiels ist es notwendig, den Kontext und einige Grundbegriffe zu kennen. Eine Klientin hat ein sehr intensives Erleben, das sie selbst sehr schätzt und das sie als „endlose Energie“ bezeichnet. Es fühlt sich für sie in erster Linie als Teil ihrer sexuellen Gefühle an. Die Energie scheint ihr aber mehr als nur sexuell zu sein, und sie möchte auch in anderen Bereichen daraus schöpfen können. Aber sie merkt, dass sie stecken bleibt, sobald sie versucht, diese Energie auf eine andere Art und Weise zu erleben. Sie fokussiert auf dieses „Stecken-Bleiben“.

Ihr Felt Sense kommt zum Ausdruck, wenn sie sagt: „Irgendwie will ich das nicht aufgeben, dass meine endlose Energie nur über die Sexualität zugänglich ist ...“ Der Felt Sense kennzeichnet sich

¹ Aus dem Amerikanischen übersetzt von Elisabeth Zinschitz.

immer durch Begriffe wie „irgendwie“. Sie *spürt etwas direkt, aber weiß noch nicht, was es ist*. Das ist die Definition des Felt Sense. Es ist etwas, das direkt gespürt wird, aber dessen Inhalt noch nicht weiter bekannt ist. Man merkt z. B. in einem Satz wie „Irgendwie will ich das nicht aufgeben“, dass hier keine Emotion wie Trauer, Wut oder Freude zum Ausdruck gebracht wird. Ein Felt Sense ist kein Gefühl. Er ist viel komplexer und ganzheitlicher.

Jeder Felt Sense „impliziert“ die genau passenden folgenden Worte oder Bilder oder Bewegungen, die sich noch nicht geformt haben. Das gehört auch zur Definition des Felt Sense. Nur ein genau passendes Wort oder eine genau passende Handlung will das, was implizit ist, *weiter tragen*. Wenn das geschieht, kommt es zu einer Veränderung im Körper, da der Körper es dann nicht länger impliziert. Dann ist wieder etwas Anderes implizit. Dieses Konzept des „Weiter-Tragens“ kann wie die üblichen körperlichen Prozesse beschrieben werden. Zum Beispiel impliziert Durst das, was den Durst löscht. Und nur gewisse „Objekte“ werden dieses Implizite, nämlich Wasser, aber nicht Salatöl, weiter tragen. Aber Orangensaft und eventuell irgendwelche unbekanntes Substanzen werden ebenfalls das, was der Durst impliziert, weiter tragen. Wir sagen, dass das Implizite „weder vorbestimmt noch willkürlich“ ist. Auch wenn nur gewisse, genau passende Symbole den Felt Sense weiter tragen, sind diese noch nicht da. Es könnte viele verschiedene Symbole geben, die das Implizite weiter tragen würden. Die impliziten Wörter, Bilder, Bewegungen, Handlungen haben noch keine Form angenommen, sind irgendwo im Unbewussten versteckt. Das Weiter-Tragen ist kein Repräsentationsprozess, wo das, was geformt, aber verborgen ist, wiedergegeben wird. Es geht dabei eher darum, dass aus dem im Körper Impliziten der nächste Schritt entsteht. Wenn dieses Implizite stattfindet, gibt es eine körperlich gefühlte Veränderung, einen *Felt Shift*. Die Spannung lässt nach, und es tritt ein Gefühl ein, das sagt: „Ja, genau so stimmt es, das ist genau, was es ist“. In dem unten stehenden Beispiel werden Sie sehen, dass direkt aus dem Felt Sense der Klientin einzigartige Sätze entstehen und dass diese Symbolisierung ihr Erleben weiter trägt.

„Irgendwie will ich das nicht aufgeben, dass meine endlose Energie nur über die Sexualität zugänglich ist ...“

(Sie weiß noch nicht, wie das passiert, aber sie kann spüren, dass es „irgend“wie passiert. „Irgendwie“ ist nicht etwas Abwesendes. Es ist gegenwärtig und wird gespürt, aber ist noch nicht klar definierbar; eben ein Felt Sense.)

„... so als ob ... das der einzige Ort ist, aus dem sie für mich immer schon kam. Also, wenn ich das überhaupt aufgabe ..., vielleicht habe ich dann gar nichts mehr ...“ (sie weint), „... dort ist es ...“ (sie weint)

(„Dort ist es“ drückt die körperliche Resonanz aus, dass diese Worte „richtig“ sind. Sie benennen, was dort ist, und sie spürt auch, dass genau an der Stelle mehr kommen wird. Der Felt Sense wird allmählich symbolisiert; der körperliche Shift und die Tränen kommen, sobald der Felt Sense sich zu öffnen beginnt (Tränen kommen oft, wenn jemand tief berührt ist).

„...Es ist, als ob ... es so wichtig ist, einen Zugang zu haben. Wenn sie kämen und sagten: ‚Na, geh da hinüber und dann findest du einen noch breiteren Zugang ...‘ Es ist so beängstigend“ (schluchzt), „denn“ (schluchzt), „was wenn du den einzigen Zugang, den du hast, auch noch verlierst ...“

(Es ist typisch für das Verhältnis Felt Sense-Symbolisierung, dass ungewöhnliche Sätze entstehen. Das kommt daher, dass das, was körperlich gespürt wird, sich nicht in den üblichen Wortbedeutungen ausdrücken lässt.)

„Da ist noch mehr“ (Felt Sense). „... Was ist das? ... warum ist das so beängstigend?“

(Das ist keine kognitive oder deduktive Frage. Sie fragt direkt ihren Felt Sense und wartet ab, was kommt. Dann öffnet sich etwas, und zwei weitere Aspekte ihres Erlebens tauchen auf.)

„Da ist auch so etwas drinnen wie ...“ (schluchzt...). „Indem ich den Zugang nur auf der sexuellen Ebene gehalten habe, konnte bisher weniger Energie durchkommen oder so ... teilweise ist es wirklich beängstigend, weil ... vielleicht könnte ich wirklich dauernd mit all dieser Energie in Kontakt sein, wenn ich sie nicht auf diesen Zugang beschränken würde.“

Im Prozess des Explizierens des Felt Sense dieser Klientin lassen sich drei Phasen unterscheiden:

- Irgendwie will sie es nicht aufgeben, die Energie auf den sexuellen Zugang zu beschränken.
- Da ist Angst, dass sie, wenn sie den Zugang nicht weiterhin darauf beschränkt, „den einzigen Zugang, den ich habe, verlieren könnte“.
- Einen Moment lang spürt sie, dass sie eigentlich wirklich immer mit dieser Energie in Kontakt sein könnte.
- Es fühlt sich beängstigend an, dauernd mit einer so starken Energie in Kontakt zu sein.

Da ist etwas Paradoxes: Zuerst hat sie Angst, das Erleben einer so starken Energie zu verlieren, und dann hat sie Angst, dass sie die ganze Zeit spüren könnte. Das ist ein Beispiel für die experimentelle Logik oder „Inhaltsveränderung“ dieses Prozesses, der sich von einem deduktiven, logischen Vorgang unterscheidet. Ein Therapeut, der diese Ebene nicht kennt, mag den Klienten für verwirrt halten. Er könnte übersehen, dass die Klientin einen Schritt macht. Dieser Schritt besteht darin, dass sie das Gefühl hat, dass sie wirklich dauernd mit dieser starken Energie in Kontakt sein könnte. Das wiederum lässt ein eigenes Angstgefühl entstehen. Wir wissen nicht, weshalb die Vorstellung, dauernd mit dieser starken Energie in Kontakt zu sein, so beängstigend für sie ist, aber darauf könnte sie als Nächstes fokussieren. Von da aus wird sie wieder weiter gehen, ausgehend von dem neuen Felt Sense zu all dem, was in dem Moment da ist. Sie ist nicht dieselbe wie vorher, als sie zu fokussieren begann.

Wenn Menschen in der Psychotherapie Fortschritte machen, dann stocken sie und suchen nach Wörtern oder Bildern oder Metaphern, um ihr unklares Körpergefühl, wie sie sich in der Situation gerade fühlen, beschreiben zu können. Sie denken nicht einfach über die Situation nach und sie gehen nicht in ihren Emotionen unter.

Sie schenken ihrer „körperlich gefühlten Bedeutung“ einer Situation oder eines Problems (Hendricks 1986) Beachtung. Dieser Prozess der Symbolisierung eines Felt Sense ist anders als ein Gefühlsausdruck. Er ist ein „Motor für Veränderung“ in der Psychotherapie.

Ein Felt Sense führt zu Veränderungsschritten, die nicht durch Gefühle entstehen würden

Ein Felt Sense ist das ganze Gefühl, das man zu einer bestimmten Situation hat, und er manifestiert sich als körperliche Empfindung. Im oben stehenden Transkript der Therapiesitzung wird das „emotionale Geschehen“ sichtbar. Die Klientin schluchzt. Aber die Veränderungsschritte (die Ahnung, dass sie vielleicht dauernd in Kontakt mit dieser Energie sein könnte) kommt nicht daher, dass sie „mit ihren Gefühlen in Kontakt ist“. Das Weinen ist eine ganzkörperliche Reaktion darauf, dass der Felt Sense sich für die Symbolisierung öffnet. Würde die Klientin auf die Frage fokussieren, weshalb sie weint, könnte sich das als eine Mischung von Trauer über die lange Einschränkung einerseits und andererseits von Erleichterung darüber, dass diese sich zu lösen beginnt, beschreiben lassen. Die Klientin sagt auch, dass sie „Angst“ spürt, was meistens als ein Gefühl betrachtet wird. Aber sie macht einen Schritt von der „Angst“ weg und bekommt eine Ahnung davon, was „das Ganze“ in dem Moment für sie bedeutet, statt von emotionalen Empfindungen der Angst überwältigt zu werden. Der Felt Sense trägt den Boden in sich, auf dem das Gefühl wächst, nicht nur das Gefühl selbst.

„Wir können ein Gefühl immer wieder aufrufen, einfach indem wir uns irgendeine Situation in den Sinn rufen, die dieses Gefühl in uns hervorruft – und immer wieder hervorrufen wird. Sobald das entsteht, haben wir nicht mehr ein Gefühl zu der ganzen Situation, die das Gefühl hervorgerufen hat. [...] Nur wenn wir das breitere Gefühl in Form eines Felt Sense entstehen lassen, können wir in diesem breiteren Kontext, der zu diesem Gefühl geführt hat, Veränderungsschritte zu Wege bringen. Gefühle entstehen aus einem breiteren Kontext, der dann enger wird, sobald die Gefühle auftauchen. Man kann nicht den Ursprung eines Gefühls nachspüren, indem man nur das Gefühl selbst wahrnimmt.“ (Gendlin 1997)

Klientenzentrierten Therapeuten hilft die Unterscheidung zwischen Gefühl und Felt Sense, um zu klären, was wir meinen, wenn wir davon sprechen, „Gefühle zu reflektieren“. Offensichtlich versuchen wir nicht, eine Gefühlsentladung zu bewirken, sondern das, was der Klient erlebt, empathisch zu begreifen und ihm unser Verständnis und unsere Akzeptanz zu vermitteln. Wir lehren und sagen oft, dass wir das tun, indem wir Gefühle reflektieren, aber in Wirklichkeit reflektieren wir die komplexen gefühlten Bedeutungen, die Menschen zum Ausdruck bringen, und wir mögen es, wenn sie unsere Reflexionen überprüfen und tiefer in den Felt Sense hineingehen, aus dem sie die Bedeutung holen. Wenn ein Klient „ein Gefühl“ hat, anerkennen wir das, aber wir erhalten einen Freiraum für persönliche Bedeutungen, für das ganze „Gewebe“ dieses Erlebens aufrecht.

Wir können ganz bei der Klientin sein, während sich diese gefühlte Bedeutung wie im oben stehenden Beispiel entfaltet. Aber nach klientenzentrierter Manier nur Gefühle als solche zu reflektieren, würde wahrscheinlich nicht zu einem Symbolisierungsprozess des Felt Sense führen. Und nur das Gefühl der Klientin nachzuspüren, verhilft uns nicht zu empathischem *Verstehen*. Im oben stehenden Beispiel können wir verstehen, dass die Klientin „Angst“ hat, aber wir selbst werden dabei nicht von einem Angstgefühl überwältigt. Wir haben eine gewisse Distanz, die es uns möglich macht, zu der Person, die Angst hat, als Ganze ein Gefühl zu bekommen. Wir reagieren auf die Person, nicht auf ihre Angst. Sobald dieses „beängstigend“ der Klientin klarer wird, entwickeln wir parallel zur Klientin ein empathisches Körpergefühl, das sagt: „Ah, das ist, was ‚beängstigend‘ ist“.

Philosophische Herleitung des Unterschiedes zwischen Gefühlen und einem Felt Sense

In „A Process Model“ beschreibt Gendlin (1997) ein Schema des Verhältnisses eines Felt Sense zu allen anderen Ebenen des Lebensprozesses. Dieses Schema geht nicht nach der üblichen Methode vor, wo mit einfachen Aufbaueinheiten begonnen wird, die dann kombiniert werden, um komplexere Systeme zusammenzustellen, sondern es geht von der menschlichen Fähigkeit zur Entwicklung eines Felt Sense aus und legt dies dann auf andere Aspekte des Lebensprozesses um. Es wird danach gefragt, welche Gefühle, welche Sprache, welches Verhalten, welche Gesten, welcher Körperprozess die Entwicklung eines Felt Sense möglich machen. Diese Entwicklung eines Felt Sense findet dann eher gleichzeitig mit der Entwicklung aller anderen Ebenen des Lebensprozesses statt und ist nicht nur eine lose Schicht, die nochmals auf einen Organismus drauf gelegt wird. Aber sie unterscheidet sich auch wesentlich von allen anderen Prozessen.

Gefühle sind instinktiv und kulturgebunden

Tiere erleben sich selbst genau wie Menschen fortwährend auf der Empfindungsebene, ihre Lebensgeschichten mit eingeschlossen (d. h. zu wissen, wo Nahrung zu finden ist, sich gerne bei ihrem liebsten Menschen ankuseln, wenn der auf der Couch sitzt, genau wissen, wie der es gerne hat, nämlich nicht auf seinen Schoß zu klettern, sondern nur daliegen mit den Pfoten auf seinem Schoß). Aber sie nehmen dieses fortwährende Empfinden nicht als solches wahr. Zusätzlich zu dem Empfinden haben Tiere auch so etwas Ähnliches wie ein „Gefühl“. Bei Tieren sind die Gefühle Teil eines festgelegten Handlungsmusters. Wenn die Katze friedlich in der Sonne liegt, sich in ihrer bekannten Umgebung und in ihr bekannten Situationen wohl fühlt, und ein Hund oder eine Katze kommt

plötzlich hereinspaziert, wird dieses weite Empfinden dramatisch eingeengt. Der Schwanz wird hinaufgestreckt und die Aufmerksamkeit wird auf genau dieses Ereignis eingeengt. Alles andere wird unwichtig. Bei Tieren sind die „Gefühle“ Teil „festgelegter Handlungsmuster“. Festgelegte Handlungsmuster sind Studiengegenstand eines Bereiches der Tierpsychologie, die sich „Ethologie“ oder auch Verhaltensforschung nennt. Ethologen sagen, dass Verhalten in den Körper „eingebaut ist“.

Bei Tieren ist ein Gefühl ein Verhalten in Reaktion auf eine unmittelbare Situation, nicht eine innere Einheit für sich. Die Katze streckt den Schwanz nicht hoch, da sie über eine Situation nachdenkt oder weil sie das Bild einer anderen Katze sieht. Ihr Schwanz wird nur in Anwesenheit der fremden Katze hoch gestreckt. Gefühle sind gegenwärtig im Verhalten. Wenn Tiere festgelegte Verhaltensmuster wahrnehmen könnten, hätten sie Gefühle wie wir, dann, wenn sie ihre ganze fortwährende Empfindung in einer Situation wahrnehmen könnten.

Im Gegensatz zu Tieren können Menschen sowohl Gefühle als auch einen Felt Sense haben und diese bewusst wahrnehmen, ohne dass die Situation buchstäblich vorhanden ist. Wie unsere Empfindungen und unser Verhalten sich grundsätzlich anfühlen, nehmen wir innerlich wahr durch einen Prozess, der „versioning“ genannt wird. Dies findet statt, wenn das *Verhalten angehalten* wird. Während das geschieht, „haben“ wir, „fühlen“ wir die ganze Situation ohne diese Veränderung, die von einem Verhalten hervorgerufen würde. Das übliche Verhalten verändert die Situation. (Eigentlich können wir tatsächlich sagen, dass Verhalten situationsverändernd ist.) Wenn das Verhalten angehalten wird, erhalten wir eine symbolische Version der Situation oder eine Musterversion davon. Symbolisch bedeutet hier eine Art von „Verdopplung“ der Verhaltenssequenz. Ein Verhalten macht einen Unterschied aus, sowohl in der buchstäblichen physisch vorhandenen Situation als auch in einer nicht buchstäblich vorhandenen Situation. Wenn Sie beispielsweise gefragt werden, in einem Raum voller Menschen mittels erhobener Hand für oder gegen etwas zu stimmen, dann ist das Erheben dieser Hand gleichzeitig eine Stimmabgabe als auch ein Versuch, vorsichtig zu sein, damit sie den Menschen neben Ihnen nicht treffen, während Sie die Hand heben. Beides verändert die Situation, aber nicht auf dieselbe Art und Weise. Die Veränderung, die die Abstimmung hervorruft, ist nicht im Hier und Jetzt auf der Verhaltensebene sichtbar. Das „abstimmende“ Heben der Hand ist kein Verhalten in einer physisch vorhandenen Situation. Sie verändern die Situation nicht mit ihrem Arm, wie es der Fall wäre, wenn Sie jemanden damit treffen würden. Ein und dieselbe Sequenz ist sowohl symbolisch als auch buchstäblich vorhanden. Sie ist verdoppelt.

Solche verdoppelten oder symbolischen Sequenzen in Menschen sind kulturell bedingt. Wir könnten sagen, dass *menschliche Gefühle kulturell bedingte festgelegte Handlungsmuster* sind. Gefühle entstehen an gewissen kulturellen Kreuzungen, wenn spezielle Verhaltenssequenzen und Erwartungen erzeugt werden. Zum Beispiel

entsteht in einer Kultur, wo fehlender Respekt auf eine bestimmte Art und Weise gezeigt wird, ein Gefühl von Ärger, wenn dieses Verhalten an den Tag gelegt wird. Oder wenn man durch bestimmte Leistungen zu einem gewissen Status kommt, dann entstehen Stolz und Scham, wenn diese Leistungen vollbracht bzw. nicht vollbracht wurden. Unser körperliches Leben besteht aus Situationen oder „Geschichten“, und an bestimmten Kreuzungen *innerhalb* dieser Geschichten haben wir bestimmte Gefühle. Kultur besteht aus den bekannten Routinehandlungen und -gefühlen, die eine Situation kennzeichnen. Kultur gehört „uns allen innerhalb einer Gemeinschaft“. Jede Kultur bietet eine Anzahl unterschiedlicher Möglichkeiten, wie man auf eine Situation reagieren und sich darin fühlen kann, aber jede dieser Arten würde von den anderen Angehörigen dieser Kultur als vertraut erlebt werden. Wenn Menschen nicht auf die erwartete Art und Weise fühlen und reagieren, dann wird das als der Untergang dieser Kultur erlebt. Wenn Situation X entsteht, wird erwartet, dass wir Gefühl Y haben, und wenn das nicht der Fall ist, dann stimmt irgendwas nicht mit uns. Es wird nicht von uns erwartet, dass wir die Kultur individuell „versionieren“.

Ein Felt Sense ist ein Körpergefühl darüber, wie die Situation als Ganzes für uns ist

Ein Felt Sense entwickelt sich anhand der Sprache, der Kultur und der Gefühle. Alle Menschen haben viele Erlebensstränge, die differenziert werden könnten und die nicht in die kulturellen Muster hineinpassen. Aber damit das Ganze dieser fortwährenden Empfindung sich zu einer körperlich gefühlten Bedeutung entwickeln kann, muss man die kulturelle Geschichte anhalten. Das ist immer noch ein wenig neu für die meisten Menschen. Wenn wir einen Klienten fragen, der über die Scheidung seines Sohnes emotional erregt ist, was diese „ganze Erregtheit“ eigentlich ist oder wie sie sich anfühlt oder was da drinnen ist, wird er wahrscheinlich fast empört antworten: „Was meinen Sie damit? Würden Sie sich darüber nicht aufregen?“ Alle Menschen halten an von ihrer Kultur bestimmten Stellen an und haben Gefühle. Aber statt nur das zu fühlen, was man in einer kulturellen Situation fühlen sollte, kann man die ganze Situation in einer impliziten Bedeutung präsent haben – die körperlich gelebte Geschichte dessen, was zu diesem Moment geführt hat, was man als Nächstes tun wird, von vielen anderen Situationen, die man bereits erlebt hat, ein großes Netzwerk von Erlebensweisen, die implizit funktionieren, um eben jetzt diesen Felt Sense zu bilden. Der Felt Sense ist die innere Wahrnehmung dessen, „wie die ganze Situation für mich ist“. Das ist mehr als das, was eine typische von ihrer Kultur bestimmte Person fühlt.

Gefühle engen das körperliche Empfinden der ganzen Situation ein. Sie halten uns davon ab, uns der ganzen Situation bewusst zu werden. Wir alle kennen die Vorgabe, dass wir, wenn wir wütend sind, bis zehn zählen sollen, bevor wir handeln. Der Grund dafür

liegt darin, dass wir mit großer Wahrscheinlichkeit viele Aspekte der Situation übersehen, wenn wir wütend sind, und dass wir Dinge sagen, von denen wir uns später wünschen, dass wir sie nicht gesagt hätten. Das ist die einfache Formulierung dafür, dass Gefühle unser Empfinden der ganzen Situation einengen. *Da das zum kulturellen Muster selbst gehört, kann die Wahrnehmung eines Gefühls nicht das Muster, das dazu geführt hat, verändern.* Wenn wir uns beispielsweise öffentlich beleidigt fühlen und uns deswegen ärgern und zurück schreien, können wir durch das Schreien die Situation verändern, aber wir verändern nicht das Muster, dass das Schreien in uns entstehen lässt. Wenn dieselbe öffentliche Beleidigung wieder passiert, werden wir darüber wieder in Wut geraten. *Ein Gefühl ist eine enorme Veränderung in uns und kann auch die Situationen verändern, aber ist nicht die Veränderung eines Musters. Es ist eher eine Veränderung in uns und unseres Verhaltens, welches das Muster selbst vorschreibt.*

Wenn Klienten in der Therapie ihre Gefühle anhalten können und die ganze Situation in einen Felt Sense übersetzen können, dann gibt es eine Art von Veränderung, die nicht unbedingt so ist, wie man erwartet hätte. Es liegt im Wesen der Klientenzentrierten Psychotherapie, dass die Klientin ihre „Persönlichkeit entwickeln“, und „sie selbst“ werden kann. Es gehört zur Radikalität unserer Arbeit und Theorie, dass wir nicht die Person anhand von erwarteten kulturellen Vorgaben und Gefühlen „interpretieren“. Wir versuchen nicht, Menschen an ihre Kultur anzupassen oder vorgeschriebene Entwicklungssequenzen zu erzeugen. Wenn eine Klientin in die Bereiche ihres eigenen Gefühls über ihre jeweilige Situation hineinspürt, hat sie sofort ihre eigene individuelle Bewertung der Kultur und ihres eigenen Erlebens.

„... der ‚direct referent‘ ist innerlich sehr komplex, ein Mensch erlebt sich als ‚in Kontakt mit sich selbst‘, wenn er darauf Bezug nimmt, während Gefühle innerlich nur eine Qualität haben [...] sie sind ‚rein‘ (Anm. d. Übers.: im Sinne von ausschließlich). Sie halten oft davon ab, das in sich selbst zu spüren, was die eigentliche komplexe Grundlage des Gefühls ist [...] Gefühle wie Schuld, Scham, Peinlichkeit oder das Gefühl, ‚böse‘ zu sein, sagen etwas über mich oder über diesen Aspekt meines Erlebens und dessen Bedeutung für mich aus. Diese Gefühle selbst sind nicht das Erleben und dessen Bedeutungen für mich. [...] wir spüren [sie], statt dass wir das spüren, weshalb wir Scham, Schuld und ‚Böse-Sein‘ erleben [...] diese Gefühle schließen unser Gefühl zu dem, was das alles für uns bedeutet, aus [...], denn sie verpassen den Moment, wo wir [...] die unvollständige implizite Bedeutung [...] vervollständigen könnten oder darauf reagieren bzw. dem Aufmerksamkeit schenken könnten.“ (Gendlin 1964).

Der Prozess, in dem ein Felt Sense entsteht und der es möglich macht, eine Bedeutung daraus zu entwickeln, ist eine neue Sequenz, wo das übliche Verhalten und Gefühl angehalten werden. Indem diese angehalten werden, kann ein „Versioning“ (Felt Sense) des gesamten Kontexts stattfinden. Wenn die Tänzerin Isadora Duncan einen neuen Tanz choreographierte, dann stellte sie sich in die Mitte ihres Studios und bewegte sich lange Zeit nicht. Von außen sah es so aus, als würde sie nichts tun. Innerlich jedoch hielt sie ihr übliches

Verhalten an und ließ einen Felt Sense zu dem, was sie erschaffen wollte, entstehen. Sie bewegte sich zwischen ihrer Aufmerksamkeit und dem entstehenden Felt Sense des Tanzes hin und her.

„In dieser neuen Sequenz hat die Bewegung, die sie in Richtung eines noch vagen Gefühls macht, eine Auswirkung auf dieses Gefühl, was wiederum die nächste Bewegung, die in ihrem Körper entsteht, beeinflusst. Jetzt sind die Bewegungen noch keine Tanzschritte, keine Wörter, keine Bilder, sondern sie sind ihre Interaktion mit diesem Gefühl, sie sind ihr Hinzeigen oder ihr Nachspüren oder ihr Warten darauf [...] Sie macht irgendeine Bewegung zu diesem Gefühl hin, und dieses verändert sich, damit ihr Körper zu einer neuen Bewegung weiter getragen wird. So ist die neue Sequenz eine Reihe von Veränderungen im gesamten Kontext, eine Art von Veränderung in diesem Gesamten, die nicht durch das Tanzen entstehen könnte. Aber im Sinne der Ebene der Sprache, der Gefühle und der Kultur bleibt die Situation stets dieselbe [...] sie tanzt nicht. Sie wartet noch immer. Dieselbe Situation wartet und wird angehalten. Die Sequenz, wo der Felt Sense entsteht, verändert auf eine neue Art und Weise das, was in der Art der Sprache, der Gefühle und der Kultur dasselbe bleibt. [...] Jede neue Gesamtsituation ist also eine Version ‚derselben‘ Tanzsituation. So wie es mit weiteren neuen Sequenzen der Fall ist, besteht unsere neue Sequenz aus einer Reihe von Versionen desselben angehaltenen, bereits bestehenden Kontextes. Aus dieser Sequenz von Versionen fällt das gehabte Gefühl oder Objekt aus der Reihe von Versionen heraus. Das ist, was ‚ein Gefühl‘ immer ist. Es ist das kontinuierliche Weiter-Tragen einer Reihe von körperlichen Zuständen, die Veränderung dessen, was wir als ‚ein Gefühl‘ wahrnehmen.“ (Gendlin 1997)

Der Grund, weshalb diese Unterscheidung für uns Psychotherapeuten so wichtig ist, liegt darin, dass, wenn man einen Felt Sense zur ganzen Situation entwickeln kann, dies neue Möglichkeiten impliziert, um den Prozess voran zu tragen, und diese ergeben sich nicht aus den üblichen kulturell-emotionalen Sequenzen.

Die Unterscheidung zwischen Gefühl und Felt Sense ist relevant für die Praxis

Vor fünfzehn Jahren rief einer meiner Studenten, als er den Unterschied zwischen einem Felt Sense und einem Gefühl verstand, aus: „Sie meinen, ich muss nicht einfach diese acht oder zehn anerkannten Gefühle spüren! Das ist es, was ich will. Wo ich her komme, da war es egal, was du spürtest, es musste immer eines der Standardgefühle sein.“

Wir wissen, dass diese Unterscheidung dazu führt, dass wir anders in uns hineinhorchen oder unseren Klienten zuhören. In einer Reihe von Untersuchungen hat Sachse (1990) sehr genaue Analysen gemacht und herausgefunden, dass die „Verarbeitungsvorschläge“ des Therapeuten die darauf folgenden Reaktionen des Klienten vertiefen oder verflachen können. Er entwickelte klienten- und therapeutenseitige Prozessskalen, die auf Gendlins Experiencing-Theorie basieren. Die höheren Stufen geben das Focusing auf einen Felt Sense wieder. Eine Initialstudie, in der 1520 „Dreiergruppen“ (Einheiten von Klient/Therapeut/Klient-Aussagen) von 152 Klienten in der mittleren Phase ihrer Therapie untersucht wurden, kam zu dem

Ergebnis, dass die Klienten 70% der Zeit imstande waren, ihren Prozess zu vertiefen, wenn der Therapeut einen vertiefenden Vorschlag machte, und 73% der Zeit ihren Prozess verflachten, wenn der Therapeut eine entsprechende Intervention machte. Mit anderen Worten, wenn die Therapeuten auf eine Art reagierten, die auf den Felt Sense des Klienten gerichtet war, entweder als Einladung oder als Erkennung oder als Hinweis, dann fiel es dem Klienten leichter, einen Felt Sense zu entwickeln und diesen zu benennen. Weiters machten Therapeuten von therapeutisch erfolgreichen Klienten öfter vertiefende Vorschläge als jene von weniger erfolgreichen Klienten, und die erfolgreicher Klienten akzeptierten die vertiefenden Vorschläge ihrer Therapeuten öfter als die weniger erfolgreichen Klienten. Diese Ergebnisse werden von einer Untersuchung bestätigt, in der ebenfalls die Experiencing-Skala zur Anwendung kam (Adams 1999).

Unten sehen Sie ein Beispiel, wo der Therapeut versucht, die Klientin empathisch zu verstehen, aber sich nicht selbst des Felt Sense bewusst ist und so diese Ebene der Klientin übersieht.

Die Klientin hat da ein wahrnehmbares „Etwas“, während der Therapeut denkt, dass es lediglich ein Mangel an Klarheit ist, und deshalb lädt er sie nicht ein, dem Beachtung zu schenken.

Klientin: Und dennoch fühle ich ... *da ist etwas unter all dem, aber ich weiß nicht was ...* (Felt Sense), und wenn ich irgendwie wüsste, was es ist ... könnte ich mich anders fühlen, ich weiß nicht. Aber es ist *im Moment vage*.

Therapeut: Ok. Wenn die Dinge etwas *ausgeprägter* wären. Wenn Sie wirklich imstande wären, die *Ursache zu finden* ...dann, so glauben Sie, würden Sie wirklich damit *umgehen* können. Aber jetzt können Sie es nicht klar kriegen, worum es *eigentlich* geht.

Klientin: Hmm ... und ... das ... wenn Sie das sagen ... das macht mich wütend, denn ich fühle ... wissen Sie, so wie, ich bin ... intelligent. Ich kann vieles verstehen. Und dennoch ... gerade jetzt weiß ich nicht, was zum Teufel mit mir los ist.

Die Interventionen des Therapeuten sind bezüglich des Inhaltes nicht unrichtig. Aber er reagiert nicht auf den Felt Sense der Klientin, diese reichhaltige, schwer verständliche, noch unbekannt Stelle, aus der eine neue Bewegung entstehen könnte. Die Klientin hat eine klare Beschreibung davon gegeben, was als Nächstes geschehen sollte. Sie sagt dem Therapeuten, dass sie spürt, dass, wenn sie nur mehr in diese Stelle hineinspüren könnte, sich etwas von dort aus weiter bewegen könnte. Da der Therapeut diese Ebene nicht kennt, spricht er auf einer kognitiven, geschlossenen, festgelegten Art und benützt Wörter, die nicht auf ihren Felt Sense hinweisen oder diesen einladen, sich zu öffnen. Die Klientin bleibt eher selbstkritisch bezüglich ihrer „Unklarheit“ und ärgert sich nicht über den Therapeuten, weil er die „schwängere Qualität“ ihrer Unklarheit nicht verstehen kann. Diese Art der Interaktion unterstreicht die Tatsache, dass Therapeuten in ihrer Ausbildung eine Sensibilität für die Ebene des Felt Sense entwickeln müssen. Um auf

den Felt Sense zu reagieren, könnte der Therapeut einfach sagen: „Du kannst etwas direkt darunter spüren ...“. Eine solche Antwort hätte der Klientin geholfen, bei ihrem Gefühl zu bleiben, damit es sich öffnet.

Während es zum allgemeinen Verständnis der Psychotherapie gehört, dass da mehr als nur kognitive Einsicht vermittelt werden soll und dass der Klient „mit seinen Gefühlen in Kontakt kommen“ soll, müssen wir auf die nächste Ebene gehen. Menschen können in ihren Gefühlen stecken bleiben. Ein Gefühl ist oft das immer wiederkehrende Erleben, dass sich nichts ändert. Es findet keine neue Bewegung statt, die das Muster verändern könnte. Wenn man nur das Gefühl wahrnimmt und reflektiert, kann es sein, dass dieses nur stärker wird, ohne dass sich etwas verändert. Indem man das Gefühl anhält, kann man Möglichkeiten spüren, die noch nicht geschehen sind, aber stattfinden könnten. Wir können dem Klienten helfen, sein Gefühl anzuhalten, indem wir ihn dazu einladen, mehr zu spüren als nur das Gefühl, nämlich die Situation, die zu dem Entstehen dieses Gefühls geführt hat, als Ganze. Wie fühlt sich *das Ganze* an, das der Klient hier und jetzt spürt? In diesem weiteren Sinne kann etwas Neues entstehen, das noch nie da war, aber möglich wäre. Das Anhalten und das Achtsam-Sein kann neue Möglichkeiten eröffnen, während Gefühle Teil des Musters sind, das sie entstehen lässt, sodass keine Veränderung möglich ist. Wenn wir uns selbst dieser Unterscheidung bewusst sind, können wir statt „Sie haben Angst“ sagen „Sie haben zu dem Ganzen ein Gefühl von Angst“. Die Worte „Ein Gefühl von ...“ und „das Ganze“ ermöglicht die Entstehung eines Felt Sense. Sie deuten auf das „Mehr“ hin, das unmittelbar gespürt werden kann, aber noch nicht in Symbolen ausgedrückt wird. Eine solche Reaktion bringt unseren Wunsch zum Ausdruck, das Erleben des Klienten empathisch zu verstehen. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, dies weiter zu erörtern, aber es wurden viele Schritte ausgearbeitet, die uns und damit den Klienten helfen können, uns nicht von den Gefühlen überwältigen zu lassen (siehe insbesondere das Material darüber, wie man einen „Freiraum schafft“ und „die richtige Distanz“ zu etwas findet, damit man ein Gefühl zu einer Situation als Ganzes oder zu einem Thema als Ganzes bekommt und nicht in einem Gefühl untergeht; vgl. Gendlin 1996; Weiser-Cornell 1996).

Einen Felt Sense zu bilden und zu explizieren ist eine neue menschliche Entwicklungsform. Es ist eine Erweiterung der menschlichen Kapazität, den ganzen Kontext als ein „Dieses“ fühlen zu können. Wir brauchen Zugang zu dieser Ebene, um mit der gegenwärtigen Komplexität in menschlichen Situationen und Problemen umgehen zu können.² Vom Felt Sense kann eine Veränderung

2 Untersuchungen haben gezeigt, dass das Erreichen der Erlebensebene in einer frühen Phase der Therapie das Ergebnis vorhersagen kann. Klienten, die zu Beginn ihrer Therapie bereits imstande waren, sich auf ihr inneres Erleben zu beziehen, ging es gut, und jene, die das nicht konnten, lernten es nicht unbedingt und hatten schlechtere Ergebnisse. Als Reaktion auf das Problem, dass Versagen aus der Anfangssituation vorhersagbar war, wurden spezifische Anleitungen entwickelt,

ausgehen, die nicht von Gefühlen ausgeht. Wenn Klienten diese Ebene kennen lernen, sagen sie oft: „Ich bin in zehn Minuten weiter gekommen als in den ganzen Jahren vorher.“ Es ist wichtig, auf die zentrale Bedeutung dieser Dimension hinzuweisen und sie explizit in unsere Ausbildung einzubauen.

Literatur

- Adams, K. (1999), The effects of therapist's experiential focus, York University (Doctoral Dissertation)
- Gendlin, E. T. (1962), Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective, New York (Free Press of Glen-coe) [Reprinted and published as paperback by Northwestern University Press 1997]
- Gendlin, E. T. (1964), Personality change, in: Worchel, P./Byrne, D. (Eds.), A theory of personality change, New York (John Wiley & Sons), 102–148
- Gendlin, E. T. (1996), Focusing-oriented psychotherapy, New York (Guilford Press)
- Gendlin, E. T. (1997), A process model, New York (The Focusing Institute)
- Gendlin, E. T./Zimring, F. (1994), The qualities or dimensions of experiencing and their change, in: The Person-Centered Journal 1, 2, 55–67
- Gendlin, E. T./Jenney, R. H. / Shlien, J. M. (1960), Counselor ratings of process and outcome in client-centered therapy, in: Journal of Clinical Psychology 16, 2, 210–213
- Hendricks, M. (1986), Experiencing level as a therapeutic variable, in: Person-Centered Review 1, 2, 141–162
- Klein, M. H./Mathieu, P. L./Gendlin, E. T./Kiesler, D. L. (1969), The experiencing scale. A research and training manual, Vol. I & II, Madison (University of Wisconsin Press)
- Rogers, C. R. (1959b), A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy, in: Rubinstein, E./Parloff, M. B. (Eds.), Research in psychotherapy. Proceedings of a conference, Washington D.C., April 9–12, 1958, Washington, D.C. (American Psychological Association), 96–107
- Sachse, R. (1990), The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client, in: Person-Centered Review 5, 3, 321–347
- Weiser Cornell, A. (1996), The power of Focusing, Oakland, CA (New Harbinger Publications)

Autorin:

Marion N. Hendricks-Gendlin, Ph.D., Leiterin des „Focusing Institutes“ in New York; Sie leitet Workshops und hält Vorträge weltweit zur „Focusing-Oriented Psychotherapy“ und wurde an der University of Chicago in Klientenzentrierter Psychotherapie ausgebildet; Sie ist auch ein Gründungsmitglied von „Changes“, einem kommunalen Therapienetzwerk. Über zehn Jahre war sie ein Mitglied der Fakultät der „Illinois School of Professional Psychology“ (Chicago), wo sie eine klientenzentriert-experienzielle Ausrichtung etabliert und gelehrt hat.

Korrespondenzadresse:

*Marion N. Hendricks-Gendlin, Ph.D.
The Focusing Institute
34 East Lane, Spring Valley NY 10977, USA
E-Mail: info@focusing.org*

um Menschen beizubringen, wie sie diesen wichtigen Prozess in Bewegung, der „Focusing“ genannt wurde, setzen können. In den vergangenen vierzig Jahren wurde Focusing in anderen Bereichen, wie der Medizin, der Wirtschaft, der Pädagogik, bei kreativem Schreiben und in der Theologie sowie in experienziellem Denken angewendet und erforscht.

Jobst Finke

Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus

Zusammenfassung: *Angesichts der in Natur- und Humanwissenschaften aktuellen Naturalismus-Kulturalismus-Kontroverse hat sich die Personenzentrierte Psychotherapie zu positionieren und für sich zu klären, ob sie in ihren fundamentalen Begründungen stark humanistischen oder eher biologistisch-physikalistischen Argumentationslinien folgt. Da sich aus den Entwürfen der Humanistischen Psychologie personalistisch und subjekttheoretisch begründete Positionen ergeben, Positionen, die konträr zu naturalistischen Ansätzen stehen, werden diesbezügliche Selbstdefinitionen des PCA untersucht. Besonders am für die Persönlichkeitstheorie des PCA zentralen Konzept der Aktualisierungstendenz und des „Wachstums“ sowie etwa der diesbezüglichen Bezugnahmen auf moderne Autopoiesismodelle wird die gelegentlich doppeldeutige, oft eindeutig naturalistische Argumentationsweise innerhalb des PCA gezeigt. Dabei werden auch die Konzepte von „Natur“ (der Natur im Allgemeinen, der menschlichen im Besonderen) in ihren oft sehr differenten Erscheinungsweisen beschrieben. Es wird für ein dezidiert humanistisches, d. h. personalistisch, subjekttheoretisch wie kulturhistorisch begründetes Menschenbild des PCA plädiert.*

Schließlich soll das Konzept der Aktualisierungstendenz unter einer eher anwendungsorientierten, aber auch humanistischen Perspektive konkretisiert werden. So wird versucht, die „Aktualisierungstendenz“ in den Äußerungsformen personalen Lebensvollzuges zu fassen. Als solche Äußerungsformen werden das Selbstkonzept, die Lebensthematik und die Lebenstechnik herausgestellt.

Schlüsselwörter: *Humanismus vs. Naturalismus, Personalismus, Selbstorganisation vs. Selbstbestimmung, romantische Naturphilosophie, Holismus, personale Erscheinungsformen der „Aktualisierungstendenz“*

Résumé: Le conception de l'homme dans l'approche centrée sur la personne: entre humanisme et naturalisme. *Compte tenu de la controverse naturalisme – culturalisme actuelle dans les sciences naturelle et humaine, la psychothérapie centrée sur la personne doit se positionner et clarifier pour elle-même si elle suit, dans ses motivations fondamentales, des lignes d'argumentation fortement humanistes ou plutôt biologiques – physiques. Des ébauches de la psychologie humaniste émergent des positions personalistes et fondées sur la théorie subjective. Celles-ci s'opposent aux approches naturalistes et l'auteur analyse les définitions propres à l'ACP qui en découlent. On découvre des argumentations naturalistes ou parfois ambiguës, à l'intérieur même de l'ACP jusqu' autour de concepts fondamentaux tels que ceux de la tendance à l'actualisation et de la « croissance », au cœur de la théorie de la personnalité, de même que des références aux modèles d'autopoiesis modernes. Y sont également décrits les concepts de « nature » (la nature en général, la nature humaine en particulier) dans ses manifestations souvent très différentes. L'auteur plaide pour une conception résolument humaniste de l'être, c'est-à-dire une conception de l'être de l'ACP personaliste, fondée sur la théorie subjectiviste et culturaliste.*

Enfin le concept de la tendance à l'actualisation doit pouvoir se concrétiser de façon pratique et humaniste. L'auteur veut repérer la « tendance à l'actualisation » dans le quotidien de la vie de la personne: dans le concept de soi, la thématique de vie et la technique de vie.

Mots clés: *humanisme versus naturalisme, personalisme, auto-organisation versus autodétermination, philosophie naturelle romantique, holisme, manifestations personnelles de la « tendance à l'actualisation »*

Problemstellung

In den Wissenschaftsdiskursen über „die Natur“ des Menschen spielt heute die Naturalismus-Kulturalismus-Kontroverse eine herausragende Rolle. Hierbei stehen sich Positionen eines naturalistischen,

also vor allem physikalistischen und biologistischen, und eines methodisch eher geisteswissenschaftlich-hermeneutisch geprägten Menschenbildes gegenüber. Durch die Fortschritte auf dem Gebiet der Neurophysiologie, der Molekularbiologie einschließlich der Molekulargenetik, der Evolutionsbiologie und der Künstliche-

Intelligenz-Forschung wird von Seiten dieser Wissenschaften zunehmend ein Bild vom Menschen artikuliert, in dem dieser nur noch als Widerschein seiner Gene oder als mehr oder weniger perfektes Informationsverarbeitungssystem im Sinne des Computermodells erscheint. Im Rahmen dieser „Naturalisierung des Mentalen“ (Wingert/Kettner 2002) wird die kulturwissenschaftliche Grundthese in Frage gestellt, dass der Mensch ein primär von Sinnkonzepten und Wertorientiertheit geleitetes Wesen sei und die Sprache als Bedeutungsträgerin und Traditionsvermittlerin eben diese menschliche Verfasstheit mit konstituiere.

Nach Überzeugung des Kulturalismus sind Sinnentwürfe und Wertbezüge, die in ihrer menschliches Handeln leitenden Funktion überhaupt erst so etwas wie Kultur und Geschichte ermöglichen, anthropologische Bestimmungsstücke, die von einer naturwissenschaftlichen Forschungslogik nicht einzuholen sind. Die Naturalisierungsprojekte der oben genannten Ansätze jedoch wie auch z. B. die sogenannte Philosophie des Geistes („philosophy of mind“; wohl besser zu übersetzen mit „Philosophie der Kognition“) wollen solche Positionen unterlaufen, indem sie zu zeigen versuchen, dass die geistig-seelischen Eigenschaften des Menschen rein kausal, letztlich durch physiologisch-chemische Prozesse zu erklären sind, dass der Gehalt mentaler Repräsentation auf Naturtatsachen zurückzuführen ist (Röska-Hardy 2002).

Diese Kontroverse kann die Psychotherapie im Allgemeinen und die Personenzentrierte Psychotherapie im Besonderen schon deshalb nicht unberührt lassen, weil das Menschenbild, das sich hier letztlich auch auf der Ebene gesamtgesellschaftlicher Überzeugungen durchsetzt, Rückwirkungen auf die Rahmenbedingungen von Psychotherapie überhaupt haben wird.

Zudem scheint es angesichts solcher Diskurse auch geboten, dass die Personenzentrierte Psychotherapie ihr eigenes Verhältnis zu diesbezüglichen Positionen klärt. Ein Versuch in diese Richtung soll hier unternommen werden. Dabei wird die These vertreten, dass die Personenzentrierte Therapie, soweit sie sich weiterhin als ein Verfahren der Humanistischen Psychologie versteht, sich in ihren zentralen Konzepten nicht auf naturalistische Positionen beziehen kann. Denn ein Gründungsmoment dieser Bewegung bestand gerade in einem Sich-absetzen von solchen Positionen. Es soll gezeigt werden, dass aber genau diese Bezugnahme oft vorgenommen wird. Dies geschieht besonders bei der Explikation jenes Konstruktes, das für das Menschenbild dieses Ansatzes eine so bedeutsame Rolle spielt, die Aktualisierungstendenz.

Schließlich soll aufgezeigt werden, wo die praxisorientierte Bedeutsamkeit des Konzeptes „Aktualisierungstendenz“ zu suchen wäre. Dabei soll dieses zunächst ja sehr allgemeine Konzept sowohl unter persönlichkeits- wie therapietheoretischen Anwendungsspekten konkretisiert werden.

Denkt Rogers naturalistisch?

Was bei der Lektüre von Rogers manchmal verwirren könnte, ist dessen Neigung, sich hinsichtlich der Skizzierung seines Menschenbildes sowohl auf humanistische wie auch auf scheinbar naturalistische Positionen zu beziehen. Dabei sollen hier in traditioneller Weise als humanistisch jene Positionen verstanden werden, die das Besondere des Menschseins (auch gegenüber anderen Lebewesen) hervorheben. Im Gründungsmanifest der Humanistischen Psychologie (vgl. Quitmann 1985) wird, in Kontraposition zur Psychoanalyse und vor allem zum Behaviorismus, gegen eine reduktionistische Einengung des Forschungshorizontes die Ausrichtung auf eine spezifisch menschliche Thematik wie Wertempfinden, Sinnbedürfnis, Kreativität, Selbstverwirklichung gefordert und in der Phänomenologie sowie der Existenzphilosophie werden wichtige Leitwissenschaften gesehen. Dies bedeutet eine nachdrückliche Distanzierung von jedem naturalistischen Reduktionismus, wie man ihn besonders im Behaviorismus verwirklicht sah.

Rogers, Gründungsmitglied der Humanistischen Psychologie, hat nun allerdings zur Veranschaulichung seines Konzeptes der Aktualisierungstendenz (im Folgenden AT) Hinweise gegeben, die einen gewissen Biologismus nahe legen könnten. So hat er etwa in der von Driesch gezeigten Wachstumspotenz geteilter Seeigelleier ein Indiz für die Gültigkeit seines Modells der AT gesehen (Rogers/Wood 1974a). Rogers sieht in der „Tendenz zur Entfaltung“, in dem „Drang zur Selbstaktualisierung“, die „Haupttriebfeder des Lebens“, und sie ist für ihn „letztlich die Tendenz, von der die ganze Psychotherapie abhängt“ (Rogers 1961a, 49). Diese Entfaltungstendenz ist nach Rogers nicht nur den Menschen eigen, sondern allen Lebewesen. Die Tendenz zur zunehmenden Komplexität sieht er in scheinbar gleicher Weise in der Koloniebildung von Korallenriffen. Der Mensch ist in dieser Tendenz nur ein Teil des Evolutionsstromes. Der „Trieb zur Selbstvervollkommnung“, diese „formative Tendenz“, durchzieht das ganze Universum und bestimmt letztlich auch die Bewegung der Gestirne. Der Mensch muss auf diese Kraft in sich hören, er muss sich von ihr tragen lassen (Rogers 1980a, 69–84). Der hier zunächst nahe liegende Vorwurf des Naturalismus bzw. des Biologismus ist zu klären und zu differenzieren.

Einerseits führt Rogers in diesem Zusammenhang auch humanistische Aspekte ein, so etwa, wenn er schreibt, dass es sich bei der AT um „einen Trieb zur Selbstvervollkommnung“ handle, die auch eine „gesteigerte Selbst-Bewusstheit“ impliziert und es ermöglicht, eine freiere, eine „aufgeklärtere Wahl“ zu treffen (Rogers 1980a, 78). Dezidiert humanistisch gedacht ist es, wenn Rogers (1961a, 171) schreibt: „Vor allem entwickelt sich der Klient in Richtung auf Autonomie. Damit meine ich, dass er es ist, der nach und nach die Ziele auswählt, wohin er sich entwickeln möchte. Er übernimmt die Verantwortung für sich selbst. ... Ich möchte nicht den Eindruck erwecken, dass sich meine Klienten heiter oder zuversichtlich in diese Richtung bewegen. Keinesfalls. Die Freiheit, sich selbst zu

sein, ist eine beängstigende, verantwortungsbeladene Freiheit; das Individuum bewegt sich vorsichtig, ängstlich und anfangs fast ohne Vertrauen darauf zu.“ Die Selbstverwirklichung wird hier also nicht als naturhaftes Wachstum gesehen, sondern als ein personhaftes Ringen um „Eigentlichkeit“ und „Jemeinigkeit“ (Heidegger 1929, 42f.). Rogers argumentiert hier ganz subjekttheoretisch.

Andererseits ist zu sagen, dass Rogers mit den oben skizzierten Ausführungen nur einen schwachen, sehr gemäßigten Naturalismus vertritt. Denn er unternimmt nicht die kausal-erklärende Rückführung menschlichen Wesens auf physiologisch-chemische bzw. biologische oder informationstheoretisch definierte Grundbausteine. Schwierig ist es natürlich, wenn Rogers in diesem Sinne naturalistische und humanistische Positionen ohne erläuternde Vermittlung nebeneinander stellt, denn was sollen die oft leidvolle und vom Sinnbedürfnis geprägte Suche nach dem eigenen Selbst und die Wachstumstendenzen des Korallenriffs miteinander gemeinsam haben? Zwar könnte diese Nebeneinanderstellung als ein Versuch verstanden werden, der „Doppelnatur“ des Menschen, sowohl erste wie „zweite Natur“, d. h. sowohl Naturwesen wie Kulturwesen zu sein, gerecht zu werden. Doch fehlt hier die Beschreibung der Brücke zwischen diesen beiden Ebenen.

Allerdings, und hier liegt vielleicht ein Ansatz zu einer Erklärung dieser Unterlassung, zeigt sich bei genauerem Studium der Schriften von Rogers auch bei seinen tendenziell naturalistischen Bezugnahmen nicht ein mechanistischer Physiologismus, sondern eine Nähe zum Neovitalismus und zur Lebensphilosophie mit ihren Konzeptualisierungen „des Lebens“ als einer den ganzen Kosmos durchwirkenden Kraft, als eine schöpferische Potenz der gesamten organischen Natur. Der Drang zur Entfaltung, der „elan vital“ (Bergson 1962), der allen Lebewesen einen unaufhaltsamen Schwung gibt, ist demnach ein nur dem organischen Leben eigenes Merkmal, dass nicht physikalistisch oder mechanistisch gedeutet werden kann. In Frontstellung zum Rationalismus und Kognitivismus sieht Dilthey (1927) im Erleben das zentrale Moment menschlicher Welterschließung und -erkenntnis, das Erleben ist Ausgangspunkt des Fremd- wie des Selbstverstehens. Von diesem Konzept der Lebensphilosophie wurden auch die Gestalt- und Ganzheitspsychologie der Berliner und Leipziger Schule inspiriert. Von diesen Bewegungen wurde wiederum Goldstein (1947) beeinflusst in seinen Beschreibungen des Organismus als einer zur Ganzheitlichkeit und Vollenkung drängenden Organisation.

In diesem Zusammenhang ist letztlich zu fragen, ob es sich bei den geschilderten Bezugnahmen von Rogers überhaupt um einen Naturalismus im engeren Sinne handelt. Denn Rogers reduziert ja keine menschlichen Entitäten auf kausal erklärbares, z. B. neurophysiologische Prozesse, sondern er postuliert nur Verbindungen dieser Entitäten mit einem allgemeinen Naturgeschehen. „Natur“ wird dabei aber gerade nicht kausal-analytisch als verdinglichte Natur im Sinne der Naturwissenschaften beschrieben, sondern organizistisch-holistisch bzw. synthetisch und vor allem auch

antimechanistisch. Aus positivistisch-naturwissenschaftlicher Perspektive wäre von einem spekulativen, hylozoistischen, ja spirituellen Naturverständnis zu sprechen, da Natur hier gleichsam vergeistigt bzw. beseelt als eine allumfassende Einheit erscheint.

Natur als selbstschöpferischer Organismus: Die romantische Naturphilosophie

Fragt man nach den ideengeschichtlichen Wurzeln einer solchen Position, so ist hier die romantische Naturphilosophie eines Schelling (1988) und eines Novalis (1997) zu nennen. Gegen den Rationalismus des 18. Jahrhunderts, gegen das Paradigma einer rationalistischen und dualistischen Weltbetrachtung, in der die Vernunft der Materie, die Intelligibilität der reinen Körperlichkeit, das Subjekt dem Objekt gegenübergestellt wurden, haben die Romantiker die Einheit von Natur und Geist proklamiert. Schelling (1988) wendet sich gegen eine mechanistische Naturauffassung, die die Natur aus toten, atomaren Elementen aufgebaut denkt. Die Natur ist vielmehr von Beginn an von Geist durchdrungen und das Ganze der Natur ist bei ihm ein lebendiger Organismus, der selbstproduktiv danach strebt, die Entzweiung von Geist und Natur zu überwinden und die ursprünglich schon angelegte Einheit sich entfalten zu lassen.

Der Begriff des Organismus als einer ganzheitlich wirkenden und den ganzen Kosmos durchdringenden Kraft, die Vorstellung einer sich aus sich selbst heraus entfaltenden und sich selbst produzierenden Natur, die „natura naturans“, das Konzept der Empathie als ein Verstehen der Natur durch Teilhabe und Mitvollzug, nicht durch distanzierte Beobachtung, das waren Leitideen der romantischen Naturphilosophie.

Rogers selbst dürfte kaum unmittelbaren Kontakt mit den Werken dieser Philosophie gehabt haben. Die Gedanken dieser Philosophie und die des deutschen Idealismus wurden in den USA vor allem durch Emerson (1911) bekannt, mit dem sich Rogers schon in seiner Jugend auseinandersetzte (Korunka 2001). Es ist so wahrscheinlich, dass Rogers über diesen Weg schon früh mit den Ideen der romantischen Naturphilosophie in Berührung kam.

Das romantische Konzept einer beseelten Natur, eines mit Geist erfüllten, allumfassenden Organismus klingt jedenfalls auch bei Rogers an, wenn er sagt, dass der sich voll entfaltende Mensch in dem Wissen handelt, „dass sein totaler Organismus klüger als sein Bewusstsein sein könnte und es oft auch ist“ (Rogers 1961a, 191). Die Klugheit des „totalen Organismus“, die jenseits platter Rationalität in umfassender Ganzheitlichkeit konstruktiv wirkt, dies ist bis in die Begrifflichkeit hinein ein zentraler Topos der romantischen Naturphilosophie. Ihr Grundgedanke taucht in der Lebensphilosophie und im Neovitalismus der Jahrhundertwende sowie, wenn auch mit etwas anderer Akzentsetzung, in der Anthroposophie eines Rudolf Steiner (1990) wieder auf. In unserer Zeit sind Gedanken

dieser Naturphilosophie im Ansatz des New Age eines Fritjof Capra (vgl. 1975; auf den Rogers auch ausdrücklich Bezug nimmt; Rogers 1980a) und in der Ökologiebewegung wieder aktiv. Der letzteren geht es ja um ein neues, d. h. die anthropozentrischen Implikationen von Naturwissenschaft und Technik überwindendes, Verhältnis zur Natur, in dem diese nicht nur als beherrsch- und ausbeutbares Naturding erscheint. Vielmehr soll sie ganz im Sinne der Romantik als ein „beseeltes“, jedenfalls Achtung und Partnerschaftlichkeit gebührendes Wesen angesehen und behandelt werden (Gloy 1996).

Sind die modernen Autopoiesis-Konzepte mit humanistischen Positionen vereinbar?

Es ist umstritten, ob die modernen Selbstorganisationskonzepte mit den Modellvorstellungen autopoietischer Systeme zumindest implizit etwas vom Anliegen der romantischen Naturphilosophie übernommen haben. Immerhin wird auch hier ein gewisser Indeterminismus vertreten und der Blick auf das „Naturding“ scheint sich zu ändern, seit diesem auch gewisse schöpferische Potenzen zuerkannt werden. Rein thematisch besteht hier eine gewisse Nähe. Vom Grundansatz her ist aber eine Differenz auszumachen. Schelling sieht die Natur von Anfang an von Geist erfüllt, und diese ursprüngliche Einheit ist lediglich vom Verständnis der Natur, d. h. auch von ihrem Selbstverständnis, wieder einzuholen: Die Natur muss in der Auseinandersetzung mit dem Geistigen und Schöpferischen wieder ganz zu sich selbst kommen, sie muss ihr ursprüngliches Ganzsein wiedergewinnen.

Die modernen Selbstorganisationstheoretiker dagegen sehen eben diese Selbstorganisation als einen in der realen Zeit sich vollziehenden und mit naturwissenschaftlicher Methodik darstellbaren evolutionären Prozess (Gloy 1996). So bewegen sich die meisten Vertreter dieser Konzepte strikt in den Grenzen naturwissenschaftlicher Forschungslogik, innerhalb derer dem ganzheitlichen Anliegen der Romantik nicht entsprochen werden kann. Zumindest muss offen bleiben, ob hier wirklich schon ein Paradigmenwechsel in der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise eingetreten ist. Aber selbst wenn man hier, wie Rogers, der sich in diesem Zusammenhang auf Prigogine beruft (Rogers 1980a), einen solchen Wechsel sieht, so ist doch zu fragen, ob diese Selbstorganisationsmodelle als paradigmatische Metapher für die Personenzentrierte Therapie fungieren sollten. Denn durch den Verzicht auf eine mechanistische Position und die Betonung eines selbstregulativen Wachstumspotenzials sind diese Modelle noch nicht per se humanistisch im Sinne einer Zentrierung auf die menschliche Person. Sofern diese Modelle nur physikalisch-chemische oder biologische Prozesse beschreiben, sind sie naturalistisch.

Für einen Personenzentrierten Therapeuten dürfte der Nachweis von Wachstumstendenzen auch bei niedrigen Organismen wenig relevant sein. Er ist auf die personhaften Vollzüge des Lebens

zentriert. Für ihn werden in erster Linie die spezifisch personhaften Formen von Selbstverwirklichung und ihre spezifischen Behinderungen von Interesse sein. Und bei der Frage, wie stark strukturierend oder eben wie nicht-direktiv er bei einem Klienten mit dieser oder jener Störung vorgehen muss oder kann, werden ihm hoch allgemeine biologische Theorien keine Antwort geben können. Das therapeutischen Vertrauen in die (natürlich unterschiedlichen) Selbstheilungskräfte von (unterschiedlichen) Patienten ist auf dieser Ebene nicht zu begründen (und auch nicht zu diskreditieren). Die Rechtfertigung einer personzentrierten, die Würde der Person achtenden, die Ressourcen aktivierenden und die Freiheit fördernden Haltung kann nicht auf einer biologischen oder gar physikalischen Ebene erfolgen, sondern nur normativ durch das stringente Konzept eines entsprechenden Menschenbildes und empirisch-wissenschaftlich durch kontrollierte Ergebnisstudien.

Entsprechend „humanistisch“ sollte z. B. auch das Konzept der AT konzeptualisiert werden. Unter humanistischer Perspektive ist die AT nur peripher auch so etwas wie Reifung, vor allem ist sie Selbstbestimmung und Aneignung von Persönlichkeitsstruktur. In der Tat hat sich die Humanistische Psychologie hinsichtlich ihres Menschenbildes, wie schon aus ihren Gründungsmanifesten hervor geht, auf Positionen der Phänomenologie und vor allem der Existenzphilosophie festgelegt (Bühler/Allen 1974). Das bedeutet, dass so etwas wie Selbstwerdung nicht als quasi pflanzenhafte Entfaltung, sondern eher als Intentionalität, also als interessiertes Bezogensein und als Verwirklichung eines Entwurfes, als Wahl eines handlungsleitenden Selbstkonzeptes gedacht werden muss (Sartre 1965). Aus der Perspektive der Humanistischen Psychologie ist die Selbstverwirklichung nicht als ein naturhaft-subjektloses Wachstum, wie selbstorganisiert auch immer, sondern als personaler Akt, als Entscheidungsprozess für das innere Schicksal, als Entschlossenheit für die eigenen Seinsmöglichkeiten zu definieren.

So muss unter einer humanistischen Perspektive auch der Versuch einiger Autoren des Personenzentrierten Ansatzes (neben Rogers selbst 1980a, u. a. Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995; Höger 1993; Kriz 1999), Referenzen bei den Naturwissenschaften zu suchen, als problematisch erscheinen. Hier sind es besonders die Diskurse um Konzepte der Selbstorganisation, wie sie in der Physik und der Biologie geführt werden (Eigen 1987; Prigogine 1979; Prigogine/Stengers 1986; Varela/Maturana/Uribe 1974), auf die im Sinne einer Bestätigung des Aktualisierungsmodells der Personenzentrierten Psychotherapie verwiesen wird. Dabei mag es dem flüchtigen Leser manchmal erscheinen, als würde in den z. B. in der Thermodynamik beobachteten Phänomenen der Selbstregulation von Ordnungszuständen verschiedener Flüssigkeiten fast ein Indiz für die Berechtigung des Selbstheilungspostulats in der Psychotherapie gesehen werden. Selbstregulationsprozesse in der Biologie oder gar in der Physik taugen aber natürlich höchstens als

Metapher, um das, was in den Human- und Kulturwissenschaften mit Selbstbestimmung und Autonomieentfaltung gemeint ist, gewissermaßen gleichnishaft zu veranschaulichen. Zwar wird durch gelegentliche Verweise auf die biologische Forschung noch kein Naturalismus etabliert, aber gerade wo ein solcher nicht intendiert wird, ist der Sinn solcher Verweise zu erläutern.

Selbstorganisationsprozesse werden in der Biologie völlig apersonal und subjektlos gedacht. Die durch Rückkoppelungsprozesse sich selbst steuernde Maschine ist hier oft die leitende Modellvorstellung. Maturana (1982) betont ausdrücklich, dass es sich bei seinen Überlegungen zunächst um eine rein mechanistische Theorie handle (vgl. Weingarten 1993). So würde es sich eigentlich für Vertreter der Humanistischen Psychologie merkwürdig ausnehmen, in solchen maschinentheoretischen Entwürfen eine Referenz für die eigene Position zu suchen. Dieses Problem wird auch dadurch nicht entschärft, dass in Selbstorganisationstheorien, so etwa in den kognitiven Neurowissenschaften der Ursache-Wirkungs-Zusammenhang sehr viel komplexer und weniger eindeutig determiniert konzipiert wird. Denn ein wichtiger Gründungsimpetus der Humanistischen Psychologie bestand ja gerade in einer Rückbesinnung auf das Eigentliche des Menschseins, auf das „Humanum“, auf das Personsein, also auf das, was an ihm gerade nicht „Natur“ ist. Dies implizierte damals ein sich Absetzen von jenem Naturalismus, wie man ihn im Behaviorismus und der frühen Verhaltenstherapie wegen ihrer reflexologischen Konzepte und in der Psychoanalyse wegen ihrer triebenergetischen und deterministischen Vorstellungen verwirklicht sah. Der Begriff „Wachstum“ muss also aus der Perspektive der Humanistischen Psychologie etwas ganz anderes bedeuten als in der Biologie. Wenn man Bezugspunkte dieses Konzeptes außerhalb der Psychologie benötigt, wären sie eher in den Kulturwissenschaften als in der Biologie oder Physik zu suchen.

Die Kulturgeschichte als konstitutives Moment eines humanistischen Ansatzes

Das Besondere des Menschseins, das also, was den Menschen zur Person macht und ihn von Pflanzen und Tieren unterscheidet, besteht in der Möglichkeit, so etwas wie Kultur auszubilden, d.h. zwischen sich und die Welt eine Praxis des Deutens und des Sinngebens zu stellen, und hier zeigt sich vor allem seine Potenz zur kreativen Entfaltung und Selbstbestimmung. Sein je besonderes Verhältnis zur Welt ist dem Mensch nicht einfach unmittelbar, d. h. „von Natur aus“ gegeben, sondern er versucht es in Magie, Mythos und Religion zu bestimmen, zu definieren. Diese Praxis des Deutens und des Sinnsetzens hat ihre Geschichte, die einher geht mit dem Prozess der zunehmend komplexeren Vergesellschaftung des Menschen. Ist nicht in dieser Geschichte von der frühen Steinzeit bis heute eine besonders nachdrücklicher (wenn auch im Ergebnis ambivalenter) Beweis für das Wirken der AT zu sehen? Ist es da noch nötig

aufzuweisen, dass sich in einem sehr entfernten Sinne analoge Tendenzen auch auf biologischer Ebene beschreiben lassen?

Das einzelne Individuum wirkt jeweils an dieser kulturgeschichtlichen Entwicklung mit, gleichzeitig wird es von ihr geprägt. Deshalb ist so etwas wie der organismische Bewertungsprozess auch keinesfalls naturwüchsig, vielmehr ist er auf weite Strecken das Produkt einer Kulturgeschichte. Es gehen in ihn die zivilisationsgeschichtlich bedingten Änderungen und Neubildungen von Mustern des Wertens, Fühlens und Erlebens ein. Die ausgeprägte Abhängigkeit scheinbar ursprünglichen Fühlens und Werterlebens von kultur- bzw. zivilisationsgeschichtlichen Prozessen hat überzeugend Elias (1976) nachgewiesen. Es liegt demnach jeweils eine Täuschung vor, wenn wir etwa in dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und dem Gefühl beglückender Freiheit und Unabhängigkeit den Eindruck eines ganz authentisch-individuellen und unvermittelten Erlebens haben (Jüttemann 1995). Vielmehr handelt es sich hier um ein kulturgeschichtlich vielschichtig vermitteltes Erleben. Der Steinzeitmensch (und auch noch der Mensch vieler Epochen nach ihm) hätte mit der Rede vom Bedürfnis nach Selbstverwirklichung nichts anzufangen gewusst, auch wenn man sich sehr um eine angemessene Übersetzung bemüht hätte. Auch andere Gefühle, wie etwa das der erotischen Liebe, sind in ihren jeweiligen Ausprägungen kulturgeschichtlich geformt. Dennoch erscheinen sie dem einzelnen Individuum wie etwas ganz Originäres, aus ihm selbst Kommendes. Weil die Sozialisation des Menschen zu Strukturbildungen führt, die ihn kulturell Vermitteltes wie unmittelbar Eigenes, wie etwas ganz Organismisches erleben lässt, hat man auch von der Ausbildung einer zweiten Natur als für den Menschen konstitutiv gesprochen (Rath 1994). Wenn der PCA seinem Anspruch, das spezifisch Personhafte zu thematisieren, gerecht werden will, muss er sich in seinen Begründungen vor allem auf diese „zweite Natur“ beziehen und in seinen Konzeptbildungen das Aufeinanderbezogenheit von Individual- und Kulturgeschichte berücksichtigen, dann muss er auch Historische Psychologie sein (Jüttemann 1995). In der Konsequenz einer humanistischen Position liegt natürlich besonders die Berücksichtigung der individuellen Geschichtlichkeit eines jeden Menschen (Zurhorst 1987), die z. B. den Wandel der verschiedenen Facetten der AT im Verlaufe des menschlichen Lebens konzeptualisiert und dabei die AT als das Ergebnis einer sowohl individuellen wie kollektiven, d. h. zivilisationsgesellschaftlichen, Bildungsgeschichte erscheinen lässt.

Im Sinne der Möglichkeit des Menschen zur kulturellen Schöpfung, d. h. im Sinne seiner Fähigkeit zur Kreativität, versteht Schmid (1994) die AT, und er expliziert damit das oben Gesagte hinsichtlich eines für die humanistische Sichtweise sehr bedeutsamen Aspektes. Jenseits aller biologischen Notwendigkeiten wirke im Menschen ein Gestaltungsdrang, der ihn zu den Schöpfungen in Dichtung, Kunst und Wissenschaft führt. Diese Kreativität ist in ihren Erscheinungsformen wiederum nur zu verstehen als Ergebnis der „Wirkungsgeschichte“ von kulturellen Schöpfungen anderer (Gadamer 1975).

Wenn heute von einigen Vertretern des PCA versucht wird, die AT unter systemtheoretischer Perspektive zu beschreiben (Kriz 1999), sollte gerade auf diese Zusammenhänge Bezug genommen werden. Denn konzipiert man das Individuum als selbstorganisiertes System, so ist hinsichtlich der Handlungen und Entscheidungen dieses „Systems“ seine Auseinandersetzung mit der sozialen und kulturellen Umwelt bedeutsam. Allerdings tendieren systemtheoretische Ansätze generell dazu, das System „Individuum“ apersonal und subjektlos zu konzipieren (Habermas/Luhmann 1971), weshalb ihre Übernahme als erklärende Einheiten anthropologischer Konzeptbildungen innerhalb des PCA nicht ganz vorbehaltlos geschehen kann.

Was bedeutet das Konzept der Ganzheitlichkeit im PCA?

Im PCA, aber auch aber auch in der Humanistischen Psychologie allgemein, wird eine holistische Grundorientierung betont. Aber worauf bezieht sich hier so etwas wie Ganzheitlichkeit, was soll hier als ein Ganzes erscheinen?

Als ein Ganzes ist die menschliche Person zu konzipieren, die mehr ist als die Summe ihrer Teile und auch nicht als primär aufgespalten in verschiedene Konfliktsphären zu denken ist (Ein solch holistischer Entwurf widersetzt sich übrigens auch auf methodologischer Ebene den kausal-analytischen Konzepten der Naturwissenschaften). Nun wurde aber schon oben bei den verschiedenen Zitaten von Rogers angedeutet, dass für diesen der Bezugspunkt dieses Ganzen auch in der Natur „als ganzer“, bzw. im universellen Prinzip des Kosmos zu sehen ist: Der Mensch ist demnach nur als Teil einer kosmischen Einheit angemessen zu verstehen. Dieses Konzept einer gleichsam kosmologischen Ganzheitlichkeit spielte auch, wie gezeigt, in der romantischen Naturphilosophie und ihren modernen Folgeerscheinungen (z. B. der New-Age-Bewegung) eine Rolle. Mit der vor allem für den späten Rogers charakteristischen Position eines „mystischen Universalismus“ habe dieser jedoch, so etwa van Belle (1990), eigentlich die Perspektive der Humanistischen Psychologie als „dritter Kraft“ verlassen, zugunsten einer „vierten Kraft“, der Transpersonalen Psychologie.

Es ist nämlich zu bezweifeln, ob ein Konzept universeller Ganzheitlichkeit mit einer humanistischen, d. h. eben auch personalistischen Sichtweise vereinbar ist. Denn der Humanismus, so wie er sich seit der Renaissance entfaltet hat, impliziert einen gewissen Anthropozentrismus: Im Mittelpunkt steht der Mensch als erlebendes und handelndes Subjekt, als verantwortliche Person, als autonomes Individuum. Humanistische Perspektiven sind also personalistisch und subjekttheoretisch geprägt und schon von daher mit Konzepten kosmologischer Ganzheitlichkeit, die konsequenter Weise auch Positionen einer Transpersonalität implizieren, nicht ohne Weiteres vereinbar. Eher dürfte zwischen einem subjekttheoretisch fundierten Personalismus und einem kosmolo-

gischen Transpersonalismus ein gewisser Widerspruch, zumindest eine unaufgeklärte Argumentationslücke, bestehen.

„Ganzheitlichkeit“ kann aber auch bedeuten, dass die Person und ihre Lebensvollzüge möglichst umfassend und nicht reduktionistisch beschrieben und aus einem Sinnnganzen verstanden werden (Bühler/Allen 1974; Thomae 1968). Nur in diesem Sinne einer personalen Einheit kann und muss so etwas wie Ganzheitlichkeit eine Forderung der Humanistischen Psychologie sein (Diese Position wird auch nicht durch die postmoderne Kritik am Konzept personaler Identität unterlaufen; vgl. Kriz 2002).

Für das Menschenbild des PCA dürften so weder ganzheitliche Konzepte der romantischen Naturphilosophie und ihre modernen Varianten noch die reduktionistischen, kausal-analytischen Modellbildungen der Naturwissenschaften angemessene Referenztheorien sein.

Anwendungsorientierte Konkretisierung der „Aktualisierungstendenz“

Das Konzept der AT und das daraus abgeleitete Selbstheilungspostulat sind in der Allgemeinheit, in der sie häufig diskutiert werden, trivial. Kaum ein Behaviorist und kaum ein Psychoanalytiker würde ihnen auf der Ebene solcher Allgemeinheit widersprechen. Brisanz erhält dieses Konzept erst in seiner Konkretion, wenn es darum geht, es sowohl persönlichkeits-theoretisch ausdifferenzieren als auch das therapeutische Vorgehen bei konkreten Patienten zu begründen. Neben der oben genannten Klärung der Differenz von naturhaft-biologischer und subjekthaft-personaler Ebene innerhalb dieses Konzeptes und damit der Förderung seiner Stringenz wie seiner Komplexität wäre es deshalb auch nötig, es stärker zu operationalisieren, um es für die therapeutische Praxis, z. B. für persönlichkeits- und störungsdiagnostische Belange, tauglicher zu machen.

Was leistet das Konzept der AT für die therapeutische Praxis? Was bedeutet es für die Urteilsfindungen und Entscheidungen des Therapeuten? Eine Antwort ist hier von vornherein nahe liegend. Eine praktische Konsequenz dieses Konzeptes ist das Vertrauen des Therapeuten in die Selbstheilungskraft des Patienten. Das bedeutet auch, worauf Rogers (1961a) bereits hinwies, dass der Therapeut sich nicht ständig unter Druck setzt, unmittelbar verändernd eingreifen zu müssen. Er soll nicht forciert etwas bewirken wollen, sondern sich mit einer heilsamen Gelassenheit darauf beschränken, die inneren Bewegungen des Patienten nachzuvollziehen und dessen Selbstauseinandersetzung anzuregen. In diesem Verzicht auf jeden unmittelbaren Änderungszwang ist ein wichtiges Moment der Personenzentrierten Therapie zu sehen. Diese Distanz zu einer technokratischen Kontrollideologie ist auch ein wesentliches Merkmal der Humanistischen Psychologie.

Ein solcher Änderungsoptimismus wirkt Ressourcen mobilisierend und damit therapeutisch konstruktiv. Andererseits könnte es gerade die Überzeugung von der in jedem Patienten unzerstörbar wirkenden Selbstheilungskraft gewesen sein, die einer detaillierten Theoriebildung insofern im Wege stand, als sie überflüssig erschien. Sobald jedoch erwogen wird, ob zumindest bestimmte psychische Störungen eine Behinderung gerade der AT darstellen, ergäbe sich die Modellvorstellungen anregende Frage, welche Aspekte der AT jeweils besonders betroffen sind und welche Aspekte hier überhaupt zu unterscheiden sind.

Darüber hinaus ergäbe sich die Frage, ob und unter welchen Bedingungen das Konzept der AT ein besseres Verstehen des Klienten ermöglicht, ob unterschiedliche Störungen und Lebensverläufe durch die Anwendung dieses Konzeptes besser verstanden werden können. Das Erschließen einer möglichen heuristischen Potenz dieses Konzeptes setzt voraus, es zu präzisieren, das heißt, es detailliert und differenzierend zu beschreiben. Eine solche Beschreibung, die auch immer aus einer humanistischen Perspektive erfolgen sollte, soll hier angeregt werden.

Dies bedeutet auch, das Konzept der AT stärker mit Inhalten zu füllen, die es gestatten, Klienten mit konkreten Störungen und Problemkonstellationen unter einer personenzentrierten Perspektive zu beschreiben. Auch sind Verbindungen zu anderen wichtigen Konstrukten personenzentrierter Theorie herzustellen, z. B. dem der Inkongruenz. Die Inkongruenz impliziert konzeptuell eine zumindest partielle Blockade der AT, hieraus ergeben sich viele störungs- und therapietheoretische Fragen.

Die folgenden Ausführungen sind lediglich als Verdeutlichung der hier beschriebenen Aufgabe zu verstehen, sie wollen nicht schon deren Lösung sein. Höchstens kann hier die Richtung angedeutet werden, in der eine mögliche Lösung zu suchen ist. Aus diesem Grund erfolgt auch die Bezugnahme auf Literaturquellen nur sporadisch und vorwiegend nur auf solche Autoren, die sich relativ früh mit dem jeweiligen Thema beschäftigt hatten.

Das Wirken der AT ist an den Gestaltungen menschlichen Lebens, an der Daseinsführung der Person abzulesen. Drei Äußerungsformen und damit drei Beschreibungsdimensionen der AT sollen hier postuliert werden: das Selbstkonzept, die Lebensthematik und die Bewältigungstechnik.

Das Selbstkonzept als Äußerungsform der AT

Auf der Ebene des subjektiven Erlebens zeigt sich die AT im Selbstkonzept. Dieses ist gewissermaßen die subjektiv erlebnishaft Äußerungsform der AT. Rogers (1961a) hatte im Rahmen seiner Selbstkonzeptforschung ein ideales Selbst von einem realen (wahrgenommenen) Selbst unterschieden und in der (mittels dem Q-Sort erfassten) Änderung der Differenz von Ideal-Selbst und Real-Selbst ein wichtiges Erfolgsmaß für die Psychotherapie gesehen. In der

Dynamik dieser Änderung zeigt sich das Wirken der AT. Blockaden der AT sind als Störungen in diesem Selbstsystem zu interpretieren (Epstein 1984). Für die Belange der therapeutischen Praxis, die ein Verstehen unterschiedlicher Klienten mit sehr unterschiedlichen Störungen nötig macht, ist es erforderlich, differenzierende Kategorien zur Beschreibung des Selbstkonzeptes zu entwickeln (Finke 1994). Diese Aufgabe kann hier nicht geleistet werden. Sie setzt eine Berücksichtigung der Selbstkonzeptforschung ebenso voraus wie eine Betrachtung psychischer Störungen unter personenzentrierter Perspektive. Dabei sind auch verschiedene Beschreibungsdimensionen zu berücksichtigen. Neben mehr inhaltlich ausgerichteten Beschreibungsversuchen, auf deren Wichtigkeit hier besonders hingewiesen werden soll, wäre ein mehr formaler Beschreibungsansatz nach folgenden polar geordneten Kriterien denkbar:

- Die Prägnanz bzw. Vagheit des Selbstkonzeptes
- Die Konstanz bzw. Wechselhaftigkeit des Selbstkonzeptes
- Die Feldunabhängigkeit bzw. Feldabhängigkeit des Selbstkonzeptes
- Die positive bzw. negative Selbstwertzuschreibung (positives vs. negatives Selbstkonzept)

Hinsichtlich des letztgenannten Punktes ist die Diskrepanz zwischen Selbstbild und Leitbild bedeutsam, die ja schon in den frühen Ergebnisforschungen von Rogers als Änderungsmaß eine wichtige Rolle spielte. In dieser Diskrepanz drückt sich sehr unmittelbar die Dynamik der AT aus. In der berühmten, die Selbstaktualisierung umschreibenden Formulierung „das Selbst zu werden, das man in Wahrheit ist“ wird diese Diskrepanz zwischen einem Istzustand und einem angezielten Sollzustand benannt. Eine Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und dem Leitbild kann motivierend und anregend wirken, das eigene Ideal doch zu verwirklichen. Eine zu große Diskrepanz kann jedoch auch lähmend und entmutigend sein und damit die Selbstverwirklichung blockieren, insbesondere wenn das Selbstbild primär sehr negativ ist. Eine detaillierte Beschreibung dieser Selbstbild-Idealbild-Dynamik scheint gerade vom Anspruch einer humanistischen Position geboten.

Die Lebensthematik als Äußerungsform der AT

Einen eher objektiven, das heißt für die Perspektive des Außenbeobachters zugänglichen, Ausdruck findet die AT in den bedeutsamen Lebensthemen eines Individuums. Diese Themen spiegeln den Sinnhorizont eines Individuums. Sie zeigen die Bedeutungszuschreibungen des Individuums. Sie geben darüber Auskunft, was ihm als Lebensziel wichtig ist, worin es seine mögliche Erfüllung sieht. Diese Lebensthemen reflektieren auch das, was als der Entwurf eines Daseins beschrieben wurde (Heidegger 1927), und sie geben insofern auch Hinweise auf eine mögliche Entwicklungsrichtung. Die Lebensthemen einer Person kennzeichnen auch ihre zentralen

Bedürfnisse und stehen insofern in Zusammenhang mit den Lebensmotiven (Maslow 1954; Murray 1951; Thomae 1968).

Diese Motive können z.B. definiert werden als der Wunsch nach:

- Muße und Kontemplation
- Anregung und Aktivität
- Sicherheit und Bindung
- Bewundertwerden und Berühmtheit
- Kreativität und Leistung
- Gebrauchtwerden und Anerkanntsein
- Geselligkeit und soziale Integration
- Selbstständigkeit und Individualität

Dies ist nur eine sehr willkürliche, begrenzte Auflistung möglicher Lebensthemen. Die Liste ließe sich, und das ist ihre Problematik, fast beliebig verlängern.

Dazu ist allerdings schon vor längerer Zeit gerade von Autoren aus dem Kreis der Humanistischen Psychologie Wichtiges erarbeitet worden, so z. B. von Bühler/Allen 1974, Maslow (1954) und Thomae (1968). Es käme nun darauf an, unter Rückgriff auf diese Autoren einen Katalog von jenen lebensthematischen Kategorien zu erarbeiten, die besonders für den Personenzentrierten Ansatz bedeutsam sind und auf seine Störungs- und Therapietheorie Bezug nehmen.

Bewältigungstechniken als Äußerungsformen der AT

Für das Realisieren der Entwicklungstendenzen und des Entfaltungspotenzials eines Individuums sind auch seine Bewältigungsstrategien und Lebenstechniken bedeutsam. Diese können die Verwirklichung dieses Potenzials fördern, aber auch behindern. Im letzteren Fall könnte von dysfunktionalen Techniken oder Verhaltensweisen die Rede sein. Ursache solcher dysfunktionaler Verhaltensweisen ist oft eine Inkongruenz, also eine Unvereinbarkeit von verschiedenen Lebensthemen bzw. -bedürfnissen, in deren Dienst diese Bewältigungsstrategien stehen. Hier handelt es sich oft um einen Konflikt zwischen Selbsterhaltung und Selbstentfaltung. Lebenssichernde und bewahrende Tendenzen stehen gegen lebenssteigernde, explorative und kreative Bedürfnisse. Oft behindern Strategien, die im Dienste der ersteren stehen, jede Kreativität und damit oft jede Entfaltung noch nicht realisierter Möglichkeiten. Es lassen sich so den eher regressiven, abwehrenden Techniken progressive, entwicklungsfördernde Verhaltensweisen gegenüber stellen.

Diese Ausführungen sollten, wie gesagt, nur ein kurzer Hinweis auf einen möglichen Aspekt der Entwicklung eines personenzentrierten Begriffsinventars sein. Insgesamt kommt es darauf an, das Konzept der AT so zu operationalisieren, zu konkretisieren und zu spezifizieren, dass es möglich wird, Zustände von Gestörtheit und Lebensverläufe von Klienten unter einer personenzentrierten und humanistischen Perspektive differenzierter als bisher zu beschreiben.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. / Eckert, J. / Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) ⁷1995
- Bergson, H. (1962), *L'energie spirituelle*, Paris (Presses Universitaires de France)
- Bühler, Ch. / Allen, M. (1974), *Einführung in die Humanistische Psychologie*, Stuttgart (Klett) 1972
- Capra, F. (1975), *The Tao of physics*, Bolder Colorado (Shambala)
- Dilthey, W. (1927), *Erleben, Ausdruck und Verstehen*, in: *Gesammelte Schriften*. Bd. VII, Leipzig-Berlin (Teubner)
- Eigen, M. (1987), *Stufen zum Leben*, München (Beck)
- Elias, N. (1976), *Über den Prozeß der Zivilisation*. Bd. 2, Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Emerson, R. W. (1911), *Nature*, London (Harrap)
- Epstein, S. (1984), *Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie*, in: Philipp, S.-H. (Hg.), *Selbstkonzeptforschung. Probleme-Befunde-Perspektiven*, Stuttgart (Klett-Cotta) ²1984, 15–45
- Finke, J. (1994), *Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart (Thieme)
- Gadamer, H. G. (1975), *Wahrheit und Methode*, Tübingen (Mohr)
- Gloy, K. (1996), *Das Verständnis der Natur*. Bd. II, München (Beck)
- Goldstein, K. (1947), *Human nature in the light of psychotherapy*, Cambridge (Harvard University Press)
- Habermas, J. / Luhmann, N. (1971), *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung?*, Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Heidegger, M. (1927), *Sein und Zeit*, Tübingen (Niemeier), 1963
- Höger, D. (1993), *Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – Die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie*, in: Eckert, J. / Höger, D. / Linster, H. (Hg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Bd. 1, Köln (GwG), 17–41
- Jüttemann, G. (1995), *Historische Psychologie in gegenstandskritischer Absicht*, in: Jüttemann, G. (Hg.), *Wegbereiter der Psychologie. Der geisteswissenschaftliche Zugang – von Leibniz bis Foucault*, Weinheim (Beltz/PVU) ²1995, 507–533
- Korunka, C. (2001), *Die philosophischen Grundlagen und das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes*, in: Frenzel, P. / Keil, W. W. / Schmid, P. F. / Stözl, N. (Hg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*, Wien (Facultas), 33–56
- Kriz, J. (1999), *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*, Wien (Facultas/UTB)
- Kriz, J. (2002), *Was kann „personenzentriert“ am Beginn des 21. Jahrhunderts bedeuten?*, in: Iseli, C. / Keil, W. W. / Korbei, L. / Nemeskeri, N. / Rasch-Owald, S. / Schmid, P. F. / Wacker, P. (Hg.), *Identität – Begegnung – Kooperation, Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*, Köln (GwG), 37–49
- Maslow, A. (1954), *Motivation und Persönlichkeit*, Reinbek (Rowohlt), 1984
- Maturana, H. (1982), *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie*, Braunschweig (Vieweg)
- Murray, H. A. (1951), *Some basic psychological assumptions and conceptions*, in: *Dialectica* 5, 266–292
- Novalis (von Hardenberg, F.) (1997), *Die Lehrlinge zu Sais*, Stuttgart (Reclam)
- Prigogine, I. (1979), *From being to becoming*, San Francisco (Freeman)
- Prigogine, I. / Stengers, I. (1986), *Order out of chaos: Mans new dialogue with nature*, London (Flamingo)

- Quitmann, H. (1985), Humanistische Psychologie. Zentrale Konzepte und philosophischer Hintergrund, Göttingen (Hogrefe)
- Rath, N. (1994), Jenseits der ersten Natur. Kulturtheorie nach Nietzsche und Freud, Heidelberg (Asanger)
- Rogers, C. R. (1961a), Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett), 1973
- Rogers, C. R. (1980a), Der neue Mensch, Stuttgart (Klett-Cotta), 1981
- Rogers, C. R. / Wood, J.K. (1974a), Klientenzentrierte Theorie, in: Rogers, C. R., Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1977, 131–165
- Röska-Hardy, L. (2002), Die Naturalisierung des Geistes, in: Rösen, J. (Hg.), Jahrbuch 2001/2002 des Kulturwissenschaftlichen Institutes im Wissenschaftszentrum NRW, Essen (Eigenverlag), 130–150
- Sartre, J.-P. (1965), Der Existentialismus ist ein Humanismus, Reinbek (Rowohlt)
- Schelling, F. W. J. (1988), Einleitung zu Entwurf eines Systems der Naturphilosophie, Stuttgart (Reclam)
- Schmid, P. F. (1994), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie, Bd. 1, Köln (Edition Humanistische Psychologie)
- Steiner, R. (1990), Wie erlangt man Erkenntnisse von höheren Welten?, Dornach (R. Steiner Verlag)
- Thomae, H. (1968), Das Individuum und seine Welt, Göttingen (Hogrefe)
- Van Belle, H. A. (1990), Rogers' later move toward mysticism: Implications for Client-centered therapy, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and Experiential psychotherapy in the nineties, Leuven (Leuven University Press), 47–57
- Varela, F. G./Maturana, H. R./Uribe, R. (1974), Autopoiesis: The organization of living systems. Its characterization and a model, in: Biosystems 5, 187–196
- Weingarten, N. (1993), Organismen – Objekte oder Subjekte der Evolution?, Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgemeinschaft)
- Wingert, L./Kettner, M. (2002), Was macht eine Lebensform human?, in: Rösen, J. (Hg.), Jahrbuch 2001/2002 des Kulturwissenschaftlichen Institutes im Wissenschaftszentrum NRW, Essen (Eigenverlag) 339–342
- Zurhorst, G. (1987), Die Dimension der Subjektivität in der Biographieforschung, in: Jüttemann, G./Thomae, H. (Hg.), Biographie und Psychologie, Springer (Heidelberg), 97–107

Autor:

Finke, Jobst, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Stellvert. Vorsitzender der ÄGG, Ausbilder in der GwG, Weiterbilder der Ärztekammer Nordrhein. Buchpublikationen: Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Psychotherapie. Thieme-Verlag. Beziehung und Intervention – Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeits- und therapie-theorie des PCA, Störungsbezogene Konzepte in der Psychotherapie, Emotionspsychologie.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Jobst Finke
Psychiatrische Landes- und Hochschulklinik
Barkhovenallee 171
D-45239 Essen
E-Mail: jobst-finke@uni-essen.de*

Diether Höger und Doris Müller

Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten

Zusammenfassung: *In diesem Beitrag soll theoretisch begründet und mit einem Fallbeispiel veranschaulicht werden, wie anhand der von Bowlby und Ainsworth begründeten Bindungstheorie das Beziehungsangebot der Personzentrierten Psychotherapie und dessen Wirksamkeit theoretisch begründet werden kann. Darüber hinaus gibt sie auch für die Praxis entscheidende Hinweise für die Gestaltung therapeutischer Interventionen, die auch unter schwierigen Bedingungen vom Patienten als zugleich empathisch und bedingungsfrei akzeptierend wahrgenommen werden können.*

Schlüsselwörter: *Klinische Psychologie, Psychotherapieforschung, Wirkannahmen der Gesprächspsychotherapie*

Résumé: *La théorie de l'attachement comme base pour la réponse empathique à l'offre de relation des patients. Se fondant sur la théorie et l'exemple d'un cas particulier, cet article veut illustrer comment l'offre de relation de la psychothérapie centrée sur la personne et son efficacité peuvent être prouvées théoriquement en se basant sur la théorie de l'attachement établie par Bowlby (1969) et Ainsworth (voir Ainsworth et al. 1978). Par ailleurs, il donne aussi des indications importantes au niveau de la pratique des interventions thérapeutiques. Cette intervention peut être perçue par le patient, comme à la fois empathique et inconditionnellement acceptante même dans des conditions particulièrement difficiles.*

Mots clés: *psychologie clinique, recherche en psychothérapie, effets de la psychothérapie centrée sur la personne*

Einleitung

Nach den von Rogers (1957a; 1959a) genannten sechs Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen hängt der therapeutische Prozess vom empathischen Verstehen durch den in der Beziehung zum Patienten kongruenten Therapeuten ab, sofern dies von dessen bedingungsfreier Wertschätzung begleitet ist und vom Patienten¹ auch so wahrgenommen wird. Folgen wir der Definition von Rogers (1959a), dann besteht das empathische Verstehen in der Psychotherapie aus zwei Komponenten:

1. Dem empathischen Verstehen als einer elementaren Funktion der sozialen Wahrnehmung des Menschen (vgl. Bischof-Köhler 1989; 1991) sowie
2. der angemessenen Mitteilung des empathisch Verstandenen an

den Patienten, wobei die Art der Mitteilung dann „angemessen“ ist, wenn sich der Patient akzeptiert und verstanden fühlt.

Nach Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995) ist eines der Indikatorkriterien für Klientenzentrierte Psychotherapie, dass „der Klient das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahrnehmen und annehmen kann“ (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995, 155). Wir erweitern diesen Ansatz, denn nach dem Beziehungskonzept von Hinde (1997) *ist die therapeutische Beziehung das dialektisch-prozessuale Produkt zweier Beziehungsangebote, nämlich dem des Therapeuten und dem des Patienten*. So gesehen ist für den therapeutischen Prozess entscheidend und wird damit zur Aufgabe des Therapeuten, das Beziehungsangebot des Patienten, auch dann, wenn es sich als schwierig und irritierend erweist, empathisch zu verstehen, bedingungsfrei zu akzeptieren und das so Verstandene dem Patienten auf eine Art und Weise mitzuteilen, dass er diese Mitteilung als empathisch und akzeptierend wahrnehmen kann.

¹ Wir wählen der einfacheren Lesbarkeit halber die allgemeine Form, mit der Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

Therapeutisch relevante Aspekte der Bindungstheorie

Für diese Aufgabe bietet die dem Klientenzentrierten Konzept in ihrer Fragestellung und Forschungsmethodik weitgehend verwandte Bindungstheorie (Bowlby 1969; Höger 2002) einen theoretisch wie auch empirisch begründeten Orientierungsrahmen. Folgen wir ihr, so lässt sich festhalten:

1. Psychotherapie ist eine bindungsrelevante Situation. Ein Patient, der sich in Psychotherapie begibt, befindet sich in einem Zustand von Kummer und Not, aus dem er sich nicht aus eigener Kraft und Kompetenz befreien kann. Nach der Bindungstheorie ist in einem solchen Zustand sein *Bindungssystem* aktiviert (Bowlby 1988). Ziel eines aktivierten Bindungssystems ist es, eine Situation zu finden, in der sich die Person bei einem anderen Menschen frei von Bedrohung fühlen kann und ein hinreichendes Maß an Hilfe, Schutz und Sicherheit erfährt („secure base“; vgl. Bowlby 1988). Genau das bietet ihm das klientenzentrierte Beziehungsangebot des von bedingungsfreier Wertschätzung begleiteten empathischen Verstehens, allerdings unter der Bedingung, dass der Patient es auch in dieser Weise wahrnehmen kann.

Der Begriff „Bindung“ ist insofern zu relativieren, als er nur einen Teil dessen wiedergibt, worum es bei dem Verhaltenssystem „Bindung“ eigentlich geht. Zwar erklärt er das Phänomen weitgehend überdauernder spezifischer Bindungsbeziehungen zwischen Menschen. Seine durch die Evolutionsgeschichte der Menschheit gegebene *Funktion* ist es jedoch, der Person in Situationen von Kummer und Not die lebensnotwendige Hilfe und Unterstützung durch andere Menschen zu gewährleisten, an die sich zunächst der Säugling und das Kleinkind wenden können. Insofern wäre die Bezeichnung „Notfallsystem“ gleichermaßen sinnvoll. Um die benötigte Hilfe und Fürsorge zu gewährleisten, ist es besonders effizient, eine spezielle Beziehung zu einer begrenzten Anzahl von Personen herzustellen, an die sich die Signale vorzugsweise richten, und die sich dann ihrerseits verantwortlich fühlen und auf diese Signale reagieren, eben die Bindungspersonen. Wie Untersuchungen gezeigt haben, bleibt diese Funktion des Bindungssystems auch im Erwachsenenalter erhalten, auch wenn es sich dann an andere Bindungspersonen richtet (Ainsworth 1985; Feeney 1999; Hazan/Zeifman 1999).

2. Von der sicheren Basis aus kann im Zustand hinreichender Sicherheit die Aktivierung des *Explorationssystems* erfolgen, das seinerseits die Funktion hat, spontan und von sich aus unbekannte, unvertraute und daher ängstigende Aspekte der Welt und damit auch des eigenen Erlebens zu erkunden sowie neue Verhaltensweisen zu erproben. Damit treten konstruktive Veränderungen ein, die Kompetenzen des Patienten im Umgang mit sich selbst und seiner Umgebung erweitern sich; in der Sprache des klientenzentrierten Konzepts: Der entfaltende Aspekt der Aktualisierungstendenz (Höger 1993) greift Platz und Inkongruenz wird reduziert.

Rogers (1951a, 52) hat diesen Sachverhalt schon sehr früh beschrieben: „In der emotionalen Wärme der Beziehung mit dem Therapeuten erfährt der Patient ein Gefühl der Sicherheit, wenn er merkt, dass jede von ihm ausgedrückte Einstellung fast auf die gleiche Weise verstanden wird, wie er sie wahrnimmt, und gleichzeitig akzeptiert wird“. Er sei dann z. B. in der Lage, ein von ihm erfahrenes vages Schuldgefühl zu erforschen oder den feindlichen Sinn bestimmter Aspekte seines eigenen Verhaltens wahrzunehmen und zu verstehen, warum er sich schuldig gefühlt hat und warum er dies vor seinem Bewusstsein leugnen musste.

3. Das aktivierte Bindungssystem des Patienten zeigt sich in dessen Beziehungsangebot an den Psychotherapeuten und besteht insofern aus *Bindungsverhalten*. Dieses ist allgemein definiert als alles Verhalten mit dem Ziel, die Nähe und Zuwendung der Bindungspersonen herbei zu führen, und richtet sich in der Psychotherapie an den Therapeuten. Dieses von außen sichtbare Verhalten ist von inneren Prozessen (Kognitionen, Bedürfnissen und Emotionen) begleitet und wird in seiner jeweils individuellen Eigenart durch die *Bindungsmuster* (Ainsworth/Blehar/Waters/Wall 1978) bestimmt, die üblicherweise als „sicher“, „unsicher-vermeidend“ und „unsicher-ambivalent“ unterschieden und beschrieben werden.

Main (1990) hat diese Bindungsmuster als adaptive Strategien des Bindungssystems interpretiert, die sich im Verlauf der bisherigen Bindungserfahrungen einer Person mit ihren Bindungspersonen (vor allem in ihrer frühen Kindheit) als für die Sicherung der eigenen Existenz relativ optimal erwiesen haben. Diese Bindungserfahrungen beruhen auf der Art und Weise, wie die Bindungspersonen auf die Bindungsbedürfnisse bzw. das Bindungsverhalten und das damit verbundene Erleben dieser Person eingegangen sind. Zusammenfassend werden diese adaptiven Strategien von Main klassifiziert als:

1. *Primäre Strategie*, sofern in der bisherigen Entwicklung die Bindungsbedürfnisse in weitgehend zuverlässiger und vorhersehbarer Weise verstanden und befriedigt worden sind. Sie besteht in der direkten Suche nach (möglichst vertrauten) Personen, die Nähe oder Hilfe gewähren können, und ist verbunden mit dem Vertrauen, deren Zuwendung und Hilfe auch zu erhalten („sicheres“ Bindungsmuster).
2. *Sekundäre Strategien* entwickeln sich, wenn die Bedingungen für das Entwickeln der primären Strategie nicht gegeben waren. Zwei Varianten lassen sich unterscheiden:
 - a) *Deaktivierung des Bindungsverhaltens*: Sie entwickelt sich, wenn Bindungsbedürfnisse konstant frustriert wurden („unsicher-vermeidendes“ Bindungsmuster). Das zugehörige Patientenverhalten kann dann u. a. bestehen:
 - im Vermeiden von Signalen der Hilfsbedürftigkeit,
 - im Zurückweisen von (therapeutischen) Hilfsangeboten,
 - im Unwillen bzw. der Unfähigkeit, das eigene Erleben, insbesondere Gefühle, wahrzunehmen und/oder anderen mitzuteilen und

- im Vermeiden aller Formen von Nähe und Vertrautsein.
- b) *Hyperaktivierung des Bindungssystems*: Sie entwickelt sich, wenn die Befriedigung oder Frustration von Bindungsbedürfnissen durch die Bindungspersonen nicht vorhersehbar war („unsicher-ambivalentes“ Bindungsmuster). Diese Strategie von Patienten zeigt sich in der Therapie u. a.
 - in übersteigerten, d. h. den Therapeuten letztlich überfordernden, Ansprüchen an dessen Zuwendung und Hilfsbereitschaft,
 - in Angst vor Zurückweisung und Verlassenwerden,
 - in Misstrauen in Hinblick auf die Aufrichtigkeit und Zuverlässigkeit des therapeutischen Beziehungsangebots,
 - in widersprüchlichen oder gar paradoxen Kommunikationen von Bedürfnissen nach Hilfe und Zuwendung des Therapeuten (z. B. wenn sich hinter dem Zurückweisen, unfairen Kritisieren und Beschimpfen des Therapeuten letztlich der Wunsch nach Zuwendung und Akzeptiertwerden verbirgt).

Der Vorteil dieses Strategiekonzepts nach Main (1990) ist, dass Personen hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens nicht von vorne herein auf einen „Bindungstyp“ festgelegt werden müssen. Vielmehr ist es möglich, notwendige Differenzierungen vorzunehmen, indem einzelne *Verhaltensweisen in bestimmten Situationen* einer der genannten Strategien des Bindungssystems zugeordnet werden. Dann geht es weniger um der Person zugeschriebene Eigenschaften, sondern um deren jeweils aktuelles Verhalten und Erleben.

Konsequenzen für die therapeutische Beziehung

Diese von den bisherigen Bindungserfahrungen der Patienten abhängigen Strategien treten bei aktiviertem Bindungssystem, also vorzugsweise in Situationen von Kummer und Not, in Funktion, also auch und vor allem dann, wenn sich ein Patient in Psychotherapie begibt. Sie bestimmen sein Beziehungsangebot an den Psychotherapeuten und können vor allem als sekundäre Strategien (die bei Psychotherapie-Patienten fast die Regel sind) nur allzu leicht dessen therapeutisches Selbstverständnis bedrohen, Abwehrprozesse bei ihm auslösen und in Form von Problemen der Akzeptanz und des empathischen Verstehens sein klientenzentriertes Beziehungsangebot an den Patienten ernsthaft in Frage stellen. Patienten sind jedoch auf ihre Strategien des Bindungssystems angewiesen, denn sie hatten sich in der frühen Kindheit und in den folgenden Jahren als buchstäblich überlebenswichtig erwiesen, um Zustände des Verlassenseins zu ertragen sowie ein zumindest relatives Optimum an Zuwendung der Bindungspersonen zu erlangen. Dabei sind sie in aller Regel im Bewusstsein nicht symbolisiert und damit der Reflexion nicht zugänglich.

Vor diesem Hintergrund wird die Frage, ob der Patient mit seinem Bindungsmuster auf das ursprünglich von Zuwendung und akzeptierend-empathischem Verstehen bestimmte Beziehungsangebot des Klientenzentrierten Therapeuten eingehen kann, nicht mehr zur Frage nach der *Indikation* für Klientenzentrierte Psychotherapie, sondern statt dessen zur *Herausforderung an den Psychotherapeuten*. Und sie wird dies umso mehr, als es nach dem klientenzentrierten Konzept eindeutig darum geht, das Verhalten und Erleben des Patienten, *genau so, wie es eben ist*, zu akzeptieren und empathisch zu verstehen, und zwar ohne dabei irgend welche Bedingungen zu stellen, wie etwa an dessen Fähigkeit bzw. Bereitschaft zur Selbstexploration.

Auf der Basis der beschriebenen bindungstheoretischen Sichtweise kann der Klientenzentrierte Therapeut

- sich auch ein irritierendes Beziehungsangebot eines Patienten erklären, indem er es auf dessen Bindungserfahrungen zurückführt. Er kann es dann nicht als gegen sich selbst gerichtet, sondern als das Ergebnis einer lebensnotwendigen Adaptation begreifen. Dadurch kann es ihm wesentlich leichter fallen, irritierende Verhaltensweisen eines Patienten nicht als Bedrohung zu erleben, und er kann sie bei aller Schwierigkeit bedingungs-frei akzeptieren;
- wertvolle Hinweise für sein einführendes Verstehen erhalten, indem er die früheren bindungsrelevanten Erfahrungen sowie (vor allem!) die augenblickliche Befindlichkeit des Patienten, d. h. dessen inneren Bezugsrahmen, leichter und besser nachvollziehen kann, selbst wenn dieser ihm persönlich mehr oder weniger fremd ist;
- angemessene therapeutische Handlungsweisen entwickeln, mit denen er dem Patienten das Verstandene in einer Weise mitteilt, die dieser mit seinen (im Bindungsmuster begründeten) Erwartungen und Befürchtungen nicht als bedrohlich erlebt. Sie sollen es ihm darüber hinaus ermöglichen, sich verstanden, akzeptiert und unterstützt zu erleben, so dass er sich in einer zuverlässigen (Bindungs-)Beziehung aufgehoben fühlen kann, in der sein Explorationssystem aktiviert wird und er sich mit all dem, was für ihn an sich selber fremd, irritierend und ängstigend ist (seinen „Inkongruenzen“), auseinandersetzen und es klären kann – worauf schließlich seine therapeutische Veränderung beruht.

Was das empathische Verstehen als eine der sechs von Rogers postulierten Bedingungen für therapeutische Veränderung betrifft, so kann sich das dort angesprochene „Mitteilen“ des empathisch Verstandenen an den Patienten nicht nur auf das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte (Truax 1961) oder das Sprechen über das Selbst des Patienten (Tausch/Tausch 1979) beschränken. Vielmehr besteht das gesamte verbale und nonverbale Verhalten des Therapeuten aus expliziten wie auch impliziten Mitteilungen – ob er will oder nicht, denn es wird vom Patienten so erfahren. Nach Höger (1995; 2000)

hat Rogers (1959a) versucht, allgemeine Prinzipien therapeutischen Handelns zu beschreiben, und dementsprechend seine sechs Bedingungen auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert. Aus Gründen der Logik *lassen sich daraus konkrete Verhaltensweisen nicht eindeutig ableiten*. Umgekehrt ist es allerdings möglich, konkrete Verhaltensweisen eines Therapeuten in einem gegebenen Kontext darauf hin zu beurteilen, inwieweit sie übergeordneten Prinzipien entsprechen. Vor allem: Patienten erfahren sehr genau – auch wenn sie dies nicht im Bewusstsein symbolisieren – inwieweit sie sich akzeptiert und verstanden fühlen.

Sicherlich können anhand der Bindungstheorie Thesen zur individuellen Genese von Merkmalen des Verhaltens und Erlebens eines Menschen formuliert werden, ebenso für die von psychischen Störungen und Krankheiten. Dies ist jedoch hier nicht unser eigentliches Ziel. Worum es uns vor allem geht, ist das Verstehen des Verhaltens und Erlebens eines Patienten in der therapeutischen Beziehung, insbesondere im jeweiligen Augenblick, wobei „Verstehen“ in zweierlei Sinn gemeint ist: Zum Einen als „erklären können“, zum Anderen um das Einfühlen in die innere Situation des Patienten – wobei letzteres vor allem in der unmittelbaren Interaktion mit dem Patienten bedeutsam ist, ersteres mehr in den Zeiten, in denen wir über unsere Patienten nachdenken.

Konkret kann das z. B. bei einer *deaktivierenden Strategie* bedeuten, dass ein Patient gegenüber dem Hilfsangebot eines Psychotherapeuten skeptisch ist oder es gar rundheraus ablehnt. Ebenso weiß er mit dem Angebot, über sein Erleben zu sprechen, nichts anzufangen. Wenn ein Therapeut auf einem Beziehungsangebot beharrt, das die Kooperationsbereitschaft und Selbstexploration des Patienten voraussetzt, so fehlt es ihm an bedingungsfreier Akzeptanz des Patienten und er bedroht dessen überlebenswichtige adaptive Strategie, nämlich Bindungsverhalten zu unterdrücken und sich statt dessen selbst helfen zu müssen, Gefühle zu vermeiden und sein Bedürfnis nach Nähe abzuwehren. Einem in diesem Sinne bedrohlichen Beziehungsangebot des Therapeuten muss er sich entziehen.

In einer solchen Situation kann der Psychotherapeut dem Patienten sein akzeptierendes Verstehen beispielsweise indirekt mitteilen, indem er die Entscheidung über das (stark personbezogene) Hilfsangebot einer Psychotherapie erst einmal aufschiebt und statt dessen anbietet, zunächst über (das mehr „sachliche“) Symptom bzw. die Probleme und Umstände zu sprechen, die ihn in die Therapie geführt haben (vgl. Reisch 1997; 2002). Das Erleben des Patienten wird er dann nur sehr vorsichtig und lediglich so weit ansprechen, wie dieser sich darauf einlassen kann. Er kann dies beispielsweise tun, indem er beschreibt, wie ihm anstelle des Patienten zumute wäre, und ihm dabei völlig freistellt, zu prüfen, inwieweit dies möglicherweise auch für ihn zutreffen könnte. Er wird ferner sorgfältig darauf achten, in seiner Zuwendung an den Patienten zwar beharrlich zu bleiben, sie aber so zu dosieren, wie dieser sie annehmen kann, ohne dass er Zeichen des Unbehagens und der Distanzierung erkennen lässt.

Hyperaktivierende Strategien hingegen stellen den Psychotherapeuten u. a. vor das Problem, sich mit den übergroßen, oft mit Misstrauen gepaarten Ansprüchen an seine Zuwendung auseinander zu setzen, die der Patient in seiner sozialen Lerngeschichte auch schon anderen Personen gegenüber gezeigt hat. Deren übliche Reaktion war es in der Regel gewesen, auf diese zunächst einzugehen, sich aber dann angesichts der kaum erfüllbaren Ansprüche wieder zurück zu ziehen. Sie taten dies meistens, ohne es näher zu begründen, was ihn in seinen pessimistischen Erwartungen wiederum nur bestätigen musste. Und so bestimmen inzwischen diese pessimistischen Erwartungen die soziale Wahrnehmung eines solchen Patienten und damit auch die Art und Weise, wie er die Interventionen des Therapeuten einordnet. Sein intensiver Wunsch nach Zuwendung besteht zusammen mit der Erwartung, als Person abgelehnt zu werden (Höger 1999), und so misstraut er der Zuwendung des Therapeuten bzw. kann sie erst gar nicht als solche erkennen. Entscheidend für den Therapeuten ist es dann, nicht zu erwarten, seine Zuwendung werde vom Patienten als solche erkannt oder gar durch Dankbarkeit honoriert. Er kann dann, ist die therapeutische Beziehung erst einmal etabliert, akzeptierend mitgeteilte Rückmeldungen darüber geben, welche Reaktionen (positive wie negative) der Patient mit seinem Verhalten beim Psychotherapeuten auslöst. Er kann so dem Patienten ein realistischeres Bild über seine Wirkung auf andere vermitteln, was für ihn wiederum eine Grundlage für ein angepassteres, weil realitätsgerechteres, Verhalten und Erleben gibt.

Insgesamt gesehen geht es darum, dem Patienten in der therapeutischen Beziehung die Möglichkeit zu geben

- korrigierende bindungsrelevante Erfahrungen zu machen und dabei neue Formen der adaptiven Strategien seiner Bindungssystems zu entwickeln und
- seine Erfahrungen, insbesondere die bindungsbezogenen, vollständiger zu symbolisieren und in sein Selbstkonzept zu integrieren.

Die Konsequenz wird für ihn sein:

- eine bessere Nutzung sozialer Ressourcen sowie
- die Steigerung seiner Kompetenzen bei seiner Lebensbewältigung.

Falldarstellung einer Gesprächspsychotherapie

Die folgende Falldarstellung soll zeigen, wie aufgrund des Bindungsmusters und der damit verbundenen Beziehungserwartung einer Patientin das „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“ als vorwiegender Ausdruck von Empathie vor allem zu Beginn der Behandlung nicht angemessen war, um das therapeutische Beziehungsangebot für sie erlebbar und annehmbar zu machen. Bezogen auf die Störung sowie die individuelle Eigenart der Patientin erschien hingegen ein alternatives Verhalten angemessen, um

speziell ihr eine „sichere Basis“ zu bieten. Es war auf diese Weise möglich, die Blockade ihrer Aktualisierungstendenz erheblich zu mindern und somit mehr Raum für Entfaltung und autonomes Verhalten entstehen zu lassen. Dabei werden von den Vorgehensweisen vor allem diejenigen dargestellt, die etwas mit den sichtbar gewordenen Bindungsstrategien zu tun hatten.

Zur Vorgeschichte²: Die Patientin war zu Beginn der Therapie Mitte 30, verheiratet, kinderlos und technische Zeichnerin. Ihre Eltern waren sehr jung (18 und 21 Jahre), als sie schnell nacheinander fünf Kinder bekamen, von denen die Patientin das dritte war. Die Familie war sehr arm. Zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr hat sehr wahrscheinlich ein kontinuierlicher sexueller Missbrauch stattgefunden, die Patientin konnte aber nur andeutungsweise Mitteilungen machen. Sie hat sich damals ihrer Mutter anvertraut, die ihr aber nicht glaubte und statt dessen drohte, niemand wolle mit ihr zu tun haben, wenn sie solche Geschichten erzähle.

Die Patientin kaute Nägel (was sie immer noch tut), litt als Kind unter Alpträumen und hatte immer panische Angst, wenn der Vater nach Hause kam. Von ihm gab es unberechenbar Schläge. Die einzige positive Erinnerung der Patientin an die Kindheit gilt ihren Besuchen bei der Großmutter mütterlicherseits. Von ihr fühlte sie sich akzeptiert und herzlich behandelt und hier hat sie wohl erfahren, dass es so etwas wie Schutz und Zuwendung gibt.

Die Mutter verschuldete sich regelmäßig beim Spielen und forderte häufig von der Patientin Geld, das sie ihr auch gab, sich dabei aber selbst verschuldete. Später konnte sie sich gegen die Mutter diesbezüglich besser durchsetzen und durch viele Überstunden ihre Schulden zurückzahlen. Jahrelang überforderte sie sich bis zur totalen Erschöpfung, ohne dass sie ihr Befinden spüren konnte.

Schon früh verließ die Patientin das Elternhaus und wohnte in einer Wohngemeinschaft. In dieser Zeit nahm sie Drogen. Auf Veranlassung ihres damaligen Chefs unterzog sie sich einer monatelangen Behandlung in einer psychosomatischen Klinik. Zehn Jahre vor der hier beschriebenen psychotherapeutischen Behandlung wurde die Patientin vergewaltigt. Bald danach hatte sie eine Entzündung, die nicht ausheilte. In der Folgezeit konnte sie nicht mehr gehen, was ihr in der ersten Klinik, in der sie behandelt wurde, als Simulation ausgelegt wurde. Schließlich wurde die Symptomatik in einer anderen Klinik auf die unausgeheilte Entzündung als Ursache zurückgeführt. Die Patientin war damals über ein Jahr lang krank geschrieben.

Die Patientin hat viele Bekannte, für die sie immer da ist. Die Bitte einer Bekannten abzulehnen hat für sie die Bedeutung einer vollständigen Absage an die Freundschaft. Umgekehrt zeigt sie aber für jeden Verständnis, der ihr eine Bitte abschlägt – allerdings

begibt sie sich erst gar nicht in diese Gefahr, indem sie niemanden um Hilfe bittet.

Vor einigen Jahren hatte sich die Patientin sehr eng an eine Frau angeschlossen, die ihr zur wichtigsten Freundin wurde. Ihr gegenüber entwickelte sie, ohne dass sie sich dessen bewusst war, sehr große Erwartungen. Dieser Freundin erzählte sie zum ersten Mal die Geschichte ihres Missbrauchs und der Vergewaltigung, was für sie ganz kurz erleichternd war. Bald danach distanzierte sich jedoch die Freundin. Die genauen Umstände waren nicht zu eruieren, bestätigt hat sich jedoch die Vermutung, dass die Freundin von den relativ plötzlich entstandenen, der Patientin nicht bewussten Riesenerwartungen (bindungstheoretisch entsprechen sie einer hyperaktivierten Strategie des Bindungssystems) völlig überfordert war und sich etwas zurückzog – allerdings ohne die Absicht, die Freundschaft zu beenden. Die Patientin fasste diesen Rückzug aber als totale Absage auf (entsprechend ihrer Vermutung, wie man auf ein „Nein“ von ihr reagieren würde). Sie war überzeugt, die Beziehung zerstört zu haben, und dieser Verlust machte für sie ihr Leben sinnlos.

Psychischer Befund bei Behandlungsbeginn und Diagnose: Die Patientin war nur bedingt emotional ansprechbar und kontaktfähig. Sie war beherrscht von massiven Ängsten, Schuldgefühlen, Verzweiflung und Suizidgedanken, die sie nicht mehr abwehren konnte. Jahrelang war es ihr offensichtlich möglich gewesen, durch Abspalten und Leugnen die Wahrnehmung nicht akzeptierter Gefühle und Konflikte zu vermeiden. Ihre Motivation zur Psychotherapie war ambivalent: Einerseits suchte sie dringend Hilfe, gleichzeitig schämte sie sich wegen ihrer Hilfsbedürftigkeit, so dass sie sich sehr zurückzog. Hier zeigt sich ein Wechsel zwischen hyper- u. deaktivierenden Strategien ihres Bindungssystems.

Die Patientin wurde von der zwanghaften Wahnidee gequält, dass sie die einzige sinnvolle Beziehung ihres Lebens zerstört hat. Ihre Antriebs- und Affektstörungen hatten psychotischen Charakter. Sie können als Ausdruck eines hyperaktivierten Bindungsmusters verstanden werden. Es zeigt sich in ihren heftigen Bindungsbedürfnissen die intensive Suche nach Zuwendung und Unterstützung in der Not, die sie aber gleichzeitig als bedrohlich und gefährlich bewerten muss, denn nach ihren bisherigen Erfahrungen bringt Zuwendung die Gefahr der Ablehnung, des Missverständnisses oder gar des Missbrauchs mit sich. Zum Zeitpunkt des Beginns der Psychotherapie war dementsprechend nach ICD-10 die Diagnose F32.3: Schwere depressive Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen auf dem Hintergrund einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Verlauf der Psychotherapie: Die Psychotherapie umfasste insgesamt 110 Sitzungen.

Die *erste Phase* war dem „Überleben“ der Patientin sowie dem Beziehungsaufbau gewidmet und umfasste einschließlich der probatorischen ca. 30 Sitzungen. Diese Phase wird am ausführlichsten

² Aus Datenschutzgründen wurden die Daten verändert, ohne die wesentlichen Merkmale zu beeinträchtigen.

beschrieben, weil hier die Notwendigkeit am größten war, auch mit ungewöhnlichen Interventionen empathisch-akzeptierend auf die spezielle Eigenart der Patientin einzugehen.

Die Patientin meldete sich telefonisch, um einen Termin zum kennen lernen zu vereinbaren. Sie sagte, ihr Hausarzt habe sie gedrängt, sich bei mir³ zu melden. Sie könne ja mal kommen und dann weiter sehen. Entsprechend einer deaktivierenden Strategie gibt sie sich nicht selber als diejenige aus, die Hilfe sucht, sondern als von anderen gedrängt. Ihrer eigenen Hilfsbedürftigkeit misst sie nicht genügend Gewicht bei, vielmehr soll die dringende Empfehlung anderer ihrer Anfrage den nötigen Nachdruck geben. Auch schützt sie sich vor Enttäuschungen, indem sie ihr Bedürfnis nach Hilfe und Zuwendung nicht im Bewusstsein symbolisiert und sich damit nicht zu eigen macht.

Als die Patientin zum Erstgespräch kam, wirkte sie sehr ängstlich, unkoordiniert in ihren Bewegungen, als wisse sie nicht „wohin mit sich“. Ich bot ihr im Therapiezimmer einen Sessel an, konnte aber ihrer Mimik entnehmen, dass sie nicht in der Lage war, Platz zu nehmen. Ich habe dieses Verhalten als hochgradige allgemeine Erregung im Zusammenhang mit einer entsprechenden Aktivierung des Bindungssystems verstanden und ging darauf ein, indem ich ihr anbot, in dem größeren Gruppenraum und der Diele umher zu gehen. Ich selbst setzte mich weit von der Tür weg, um ihr den möglichen „Fluchtweg“ nicht zu blockieren. Damit teilte ich ihr nonverbal mit, dass ich ihr jede Bewegungsfreiheit lasse und sie sich nicht bedroht fühlen muss.

Ohne Blickkontakt aufzunehmen (also unter Vermeiden einer direkten Beziehung), berichtete die Patientin unzusammenhängend, stockend und mit langen Pausen, wie sie die Beziehung zu ihrer besten Freundin kaputt gemacht habe, weil sie ihr etwas erzählt habe. Den (vermeintlichen) Bruch der Freundschaft erlebte sie ganz so, als sei hier die Drohung der Mutter wahr geworden (s. o.). Sie hatte die wahnhaftige Schuldvorstellung, durch das Erzählen ihrer Geschichte die für sie so wichtige Freundschaft zerstört zu haben.

Auf Nachfragen konnte die Patientin nur mit Nicken und Kopfschütteln eingehen. Sie äußerte heftige Zweifel, ob ihr überhaupt jemand helfen könne, aber andererseits werde sie die „Bilder nicht los“ und wisse auch nicht, ob sie das „überhaupt aushalte“. In diesem Verhalten zeigt sich eine charakteristische Mischung aus Hyper- und Deaktivierung des Bindungssystems: „Ich halte das nicht aus“ ist ein äußerst dringender, dabei aber nur indirekter und damit verdeckter Appell an die Zuwendung der Therapeutin. Der fehlende Blickkontakt hingegen, ebenso das stockende und nur andeutende Erzählen, zeigt die deutliche Unterdrückung bzw. Deaktivierung eines direkten, Schutz, Nähe und Zuwendung suchenden Bindungsverhaltens. Früher, so die Patientin, habe sie „immer alles im Griff“

gehabt (auch dies ist als ein charakteristisches Ziel einer auf sich selbst gestellten, das Suchen von Zuwendung vermeidenden Strategie zu sehen). Aus den wenigen Mitteilungen der Patientin konnte geschlossen werden, dass ihr depressive Episoden nicht fremd sind. Allerdings sei es noch nie so schlimm gewesen wie jetzt, dass sie die „Bilder aus der Vergangenheit“ nicht mehr „wegschieben“ könne.

In diesem Erstkontakt war ich eher unsicher, wie intensiv ich mein Beziehungsangebot und meine Bereitschaft, ihr zu helfen, äußern sollte. Ich sagte ihr deutlich, dass ich bereit sei, mit ihr zu arbeiten, auch sei ich sicher, dass sie davon profitieren könne, überließ aber ausdrücklich ihr die Entscheidung. Ich bin aber ziemlich sicher, dass meine Ausstrahlung etwas zurückhaltend war. Zum Einen berücksichtigte ich intuitiv ihre Angst vor Nähe, sicher spielte es aber auch (wie ich bei nachträglicher Reflexion bemerkte) eine Rolle, dass ich die auf mich zukommende harte Arbeit ahnte, falls die Patientin sich zur Therapie entschließen würde – was dann auch tatsächlich zutreffen sollte. Aus meiner heutigen Sicht hätte die Patientin an dieser Stelle ein klareres Signal der Bereitschaft zur Zuwendung gebraucht, denn es dauerte immerhin drei Monate bis sie sich wieder bei mir meldete, und zwar telefonisch mit der Mitteilung, dass sie sich jetzt sofort umbringen wolle.

Der von ihr gewählte Appell löste geradezu zwingend Hilfeverhalten aus. Bei diesem Telefonat äußerte ich zunächst einführendes Verstehen in Bezug auf ihre Sehnsucht nach ewiger Ruhe vor den quälenden Gedanken und Selbstvorwürfen. Dann versuchte ich, sie zu beruhigen und ihr Hoffnung zu geben, um ihr dann konfrontativ mitzuteilen, die Tatsache, dass sie mich angerufen habe, sei ein Beleg dafür, dass sie sich in Bezug auf das Sterben wollen noch nicht so ganz sicher sei. Als nächstes war ich direktiv: Ich schickte sie mit dem Glas voller aufgelöster Schlaftabletten zur Toilette und „befahl“ ihr sozusagen, es auszuschütten – dann würde ich mit ihr weiter sprechen. Das tat die Patientin, und ich konnte mit ihr probatorische Sitzungen verabreden.

Nach der dritten Sitzung meldete sie sich telefonisch, um mir mitzuteilen, dass sie sich nicht mehr aus dem Haus und Autofahren traue. Ich fasste das als einen weiteren, indirekten Hilferuf auf, der mir ihre elementare Hilflosigkeit signalisieren sollte. Mein Angebot von Hausbesuchen nahm sie an. Hausbesuche sind eine bei Psychotherapie eher ungewöhnliche Maßnahme. Meiner Erfahrung nach hat sie sich jedoch bei Patienten mit schweren Störungen und hochgradiger Verunsicherung (vor allem bei psychotischer Symptomatik) sehr bewährt. Sie haben so die Möglichkeit, in der Umgebung zu bleiben, in der sie sich noch am sichersten fühlen. Aus dieser minimalen Sicherheit heraus ist dann der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu einer fremden Person etwas leichter. Eine angedachte stationäre Behandlung lehnte die Patientin kategorisch ab.

Bei den Hausbesuchen (zweimal die Woche) saß sie meist in eine Decke gehüllt in der Küche, so dass zeitweilig von ihr nur die Haarspitzen zu sehen waren. Wenn sie die Haustür öffnete, schaute sie mich nicht an und huschte sofort wieder unter die Decke. Ich

3 Die Ich-Form wird hier gewählt, weil sich der Bericht der Therapeutin D.M. direkt auf ihr eigenes Erleben und Handeln bezieht.

vergewisserte mich am Anfang bei ihr, wo ich mich hinsetzen sollte, und bekam ein Nicken, wenn es passend war. Die Patientin sprach kaum, meine Interventionen waren vor allem beruhigend in dem Sinne, dass ich Dinge sagte, wie „Ich bin da“, „Ich bleibe jetzt eine Stunde“, „Sie müssen im Moment gar nichts tun“, „Es ist völlig in Ordnung, wenn Sie nicht mit mir sprechen wollen“, „Ich werde ganz sicher am ... um ... Uhr wiederkommen“. Wenn es mir gelang, ihre momentane Befindlichkeit in Qualität und Intensität genau zu erfassen, nahm sie kurz Blickkontakt auf und es war eine leichte Entspannung bemerkbar. Sehr erleichtert wirkte sie bei meiner geäußerten Vermutung, dass ihr Schweigen wohl auch damit zu tun habe, dass sie befürchtet, auch den Kontakt zu mir zu verlieren, wenn sie ihre Geschichte erzählt.

Nach und nach konnte sie Bruchstücke von sich mitteilen und war auch bereit, mit mir einen Arzt aufzusuchen, um sich ein Antidepressivum verschreiben zu lassen. Dieses hatte jedoch keine Wirkung, da sich herausstellte, dass sie einen Abführmittelabusus betrieb.

Eines Nachts bekam ich einen Anruf des Ehemannes, die Patientin sei fortgelaufen mit der Absicht, sich umzubringen. Ich besprach mit ihm nötige und mögliche Maßnahmen. Kurz danach gab er „Entwarnung“, denn er hatte sie gefunden. Später stellte sich dann heraus, dass zuvor die Mutter der Patientin sie telefonisch sehr bedrängt hatte.

Bei meinem nächsten Hausbesuch wurde mir die Tür von der Mutter der Patientin geöffnet, die mich sogleich beschimpfte, dass ich ihrer Tochter nicht helfe. Die Patientin war nicht am gewohnten Platz unter ihrer Decke. Statt dessen fand ich sie schließlich woanders, in einer Ecke zusammengekauert, zitternd vor Angst. Ich sagte ihr, dass ich jetzt die Mutter aus dem Haus werfen werde, was sie mir nicht glaubte, denn sie hielt die Mutter für „allmächtig“. Es gelang mir aber, die Mutter buchstäblich durch die Haustür hinaus zu schieben. Diese Aktion erwies sich insofern als für die Patientin empathisch, als sie ihr so dringend benötigtes Vertrauen förderte, dass ich jemand sein könnte, bei dem sie sich einigermaßen sicher fühlen kann. Zudem hatte sie direkt erleben können, dass ihre Mutter nicht unbesiegbar ist. Auch diese Art des Handelns im Rahmen einer Psychotherapie mag befremdlich erscheinen: Meine Erfahrung bei schwer beeinträchtigten Patientinnen und Patienten ist, dass das aktive Schützen vor bedrohlichen Bezugspersonen die Herstellung der „sicheren Basis“ fördert.

In der Folge wurde ich eine kürzere Zeit lang mit Telefonaten der Eltern der Patientin überhäuft, denen ich sehr entschieden klar machen musste, dass ich mich mit ihnen nicht über ihre erwachsene Tochter unterhalte.

Da ich ein paar Wochen nach diesen Ereignissen einen längeren Urlaub geplant hatte, die Patientin aber nach wie vor als körperlich und seelisch sehr instabil und suizidgefährdet einschätzte, motivierte ich sie zu einem Klinikaufenthalt. Als einen während meiner Abwesenheit greifbaren Anhaltspunkt für die Kontinuität

der therapeutischen Beziehung gab ich ihr zum Abschied ein „Übergangsobjekt“ (ein Marmorei, das sich rund anfühlt und zum Festhalten dienen kann) und beschrieb ihr die Stationen meiner Urlaubsreise. Es ging mir in dieser Phase darum, dass sich die Patientin aus der Beziehung zur Therapeutin Stabilität und akzeptierende Zuwendung versprechen und sie sich darauf, wenn auch vorsichtig, einlassen kann. Gleichzeitig war es für mich bei allen Interventionen besonders wichtig, der Patientin stets größtmögliche Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie dabei zur Selbstwahrnehmung zu ermuntern: „Was tut mir gut?“, „Was kränkt mich?“, was sich in dieser Phase insbesondere auf das Erleben von Nähe und Distanz bezog.

Die *zweite Phase* der Therapie mit ca. 25 Sitzungen war vorwiegend den sozialen Ängsten der Patientin und deren Reduzierung gewidmet. Von nun an war neben „empathischem Handeln“ zunehmend das traditionelle gesprächspsychotherapeutische Vorgehen zur Förderung von Selbstwahrnehmung und Selbstexploration möglich und sinnvoll.

Die Patientin war neun Monate in der Klinik gewesen. Leider hatte ich versäumt, mit ihr eine Vereinbarung über ein eventuelles Kontakthalten während der Zeit des Klinikaufenthalts zu treffen. (Normalerweise biete ich in solchen Fällen an, nach Absprache schriftlich, fernmündlich oder per Besuch zu signalisieren, „Ich bin im Hintergrund da“.) So war ich etwas unsicher, ob ich mich melden soll. In jedem Falle wollte ich vermeiden, dass sie sich von mir nach der Art ihrer Mutter bedrängt fühlt. Schließlich schrieb ich ihr nach einiger Zeit einen Brief, in dem ich ihr – neben den üblichen Genesungswünschen – mitteilte, dass ich, wenn sie das wünscht, bereit bin, nach dem Klinikaufenthalt mit ihr weiter zu arbeiten. Sie wandte sich dann auch wieder an mich und erschien in erheblich besserer psychischer und körperlicher Verfassung (ohne psychotische Symptome) und war in der Lage zu sprechen.

Von ihren Problemen standen nun die sozialen Ängste (die Patientin ist in ihrem kleinen Ort sehr bekannt und steht unter dem Druck, ein dreiviertel Jahr Klinik „rechtfertigen“ zu müssen), Versagensängste (vor allem im Zusammenhang mit ihrer Wiedereingliederung in die Berufstätigkeit) und die Borderline-Persönlichkeitsstruktur im Vordergrund. Die Patientin war weiterhin für drei Monate krank geschrieben, danach aber sollte ihre berufliche Wiedereingliederung erfolgen.

Aus Angst, Bekannten zu begegnen, ging die Patientin zunächst wieder nicht aus dem Haus (fuhr aber Auto, so dass sie zu mir in die Praxis kommen konnte). Nach dem langen Klinikaufenthalt und ohne einen strukturierten Arbeitstag war sie außerdem nicht in der Lage, ihren Alltag zu organisieren. In den nächsten drei Monaten mit wöchentlich zwei Sitzungen machten wir Pläne zur Strukturierung ihres Alltags und „eroberten“ das soziale Umfeld. Ein paar Mal fuhr ich wieder zu ihr, um zunächst mit ihr zusammen im Dunkeln außer Haus zu gehen, später im Hellen, bis sie wieder alleine

ausgehen konnte und beispielsweise wieder das Einkaufen wagte. Auf diese Weise konnte sie im Schutz einer Bindungsperson für sie bedrohliche Situationen explorieren. Nach etwa zwei Monaten fand sie auch wieder ihren eigenen Tagesrhythmus.

In Bezug auf die nach und nach sich bei ihr wieder einstellenden zahlreichen Bekannten, die sehr schnell wieder auf die große Hilfsbereitschaft der Patientin zählten, bekam sie von mir konkrete Anregungen zu „kommunikativen Selbstschutzmaßnahmen“, z. B. nicht gleich „ja“ zu sagen, sondern statt dessen: „Ich werde es mir überlegen und Bescheid geben“. Eine m. E. besonders wichtige Art der Intervention in dieser Phase waren Informationen, indem ich der Patientin ab und zu verschiedene menschliche und zwischenmenschliche Zusammenhänge aufzeigte und ihr beispielsweise erklärte, dass es leichter sei, die Dinge anzupacken, vor denen sie eher wenig Angst hat, als gleich mit dem bedrohlichsten Vorhaben zu beginnen; oder: dass es nicht (wie ihre Mutter ihr zeitlebens vermittelt hatte) egoistisch sein muss, zu müde für eine gemeinsame Unternehmung zu sein.

Die *dritte Phase* mit etwa 40 Sitzungen galt der beruflichen Wiedereingliederung, der vertieften Selbstexploration und der Kontaktaufnahme der Patientin mit ihrer Mutter. Um ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, begann sie zunächst halbtags zu arbeiten. Zuvor hatte sie einige Angsthürden (z. B. Gespräche mit Vorgesetzten, Vorstellung in der Firma) zu überwinden. Unter großer Scham bekannte sie, bei ihrer früheren Berufstätigkeit von Kollegen kritisiert worden zu sein, konnte sich aber nicht denken, weshalb. Jetzt, in der neuen beruflichen Anfangszeit, war es für sie hilfreich, von der Psychotherapeutin zu hören, wie ihre Verhaltensweisen auf sie wirken. Dies erleichterte es der Patientin, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen, was sie diplomatischer werden ließ.

Die größte Angst hatte die Patientin vor zukünftigen Begegnungen mit ihrer Mutter. Seitdem die Mutter während der psychotischen Phase der Patientin zwangsweise das Haus verlassen musste, hatte die Patientin mit ihr keinerlei Kontakt mehr gehabt. Sie befürchtete nach wie vor, sie werde, wenn sie Kontakt mit der Mutter aufnehmen würde, nicht in der Lage sein, sich abzugrenzen, und statt dessen ihrer „Inbesitznahme“ ausgeliefert sein. Von ihren Geschwistern wurde sie jedoch unter Druck gesetzt, sich mit der Mutter in Verbindung zu setzen.

Als empathische, weil auf ihre innere Situation akzeptierend eingehende, Interventionen wurden mit ihr „Sicherheitsstrategien“ entwickelt (z. B. Planung einer für sie günstigen Sitzordnung bei eventuellen Familientreffen, die Möglichkeit stützender Anrufe bei mir). Die Tatsache, dass sich die Patientin mit ihrer Angst von mir ernst genommen sah, führte dazu, dass sie ihre Angst überhaupt zum ersten Mal akzeptieren konnte, ohne sich deshalb als Versagerin zu fühlen, und dass sie auf diese Weise Bedrohungen besser begegnen konnte. In diesem Zusammenhang war sie auch zum ersten Mal in der Lage, anderen ihre Befürchtungen mitzuteilen und es

zuzulassen, von anderen unterstützt zu werden. Ihre Begegnungen mit der Mutter bewältigte die Patientin zunehmend souverän, was ihr große Erleichterung verschaffte. Entsprechend stand in den Therapiesitzungen die Bearbeitung der Beziehung zur Mutter immer mehr im Vordergrund, und es war ihr dann auch möglich, positive und negative Gefühle der Mutter gegenüber wahr- und ernst zu nehmen. Sie konnte ansatzweise der Mutter die Verantwortung für deren eigenes Leben überlassen und gleichzeitig einen Weg für sich selbst finden, um sich eigenverantwortlich um sich zu kümmern und mit geringerer Angst der inneren und äußeren Mutter zu begegnen.

Insgesamt war in dieser Phase die übliche gesprächspsychotherapeutische Förderung der Selbstexploration deutlich vorherrschend.

Die *vierte und Abschlussphase* umfasste ca. 15 Sitzungen mit größeren Abständen dazwischen. Die Aussicht auf das Ende der Behandlung erlebte die Patientin wieder sehr ambivalent: Einerseits konnte sie rückblickend eher selbstwertschätzend wahrnehmen, was sie im Laufe der drei Jahre geleistet hatte – anstatt wie früher ihre Inanspruchnahme von Psychotherapie immer nur als Anzeichen ihres Versagens anzusehen. Dem entsprechend freute sie sich auf ihre neue und andersartige Selbstständigkeit. Andererseits versuchte sie, sich vor dem aktiven Abschiednehmen zu drücken, indem sie Termine absagte und sich dann zunächst erst nicht mehr meldete. Ich musste dann wieder auf sie zugehen.

In dieser Abschiedsphase war es bei der Bearbeitung der noch wirksamen Selbstwertproblematik das vorrangige Ziel, auch durch Rückmeldungen von mir eine weitere Stärkung ihres Selbstwertgefühls sowie die Festigung der bisher erzielten Erfolge zu erreichen („Ich erlebe sie zur Zeit ...“). In Vorbereitung auf den Abschied bekam sie von mir das Angebot, sich auch nach Ablauf der von der Kasse bewilligten Sitzungen wieder melden zu können, falls sie meine Unterstützung brauche.

Abschließende Bemerkungen

Die gesamte beschriebene Psychotherapie kann man als Stabilisierung ansehen, bei der das Herstellen einer sicheren Basis durch empathiegeleitetes Handeln im Vordergrund stand. Dabei galt es vor allem, die für die Patientin problematischen Strategien ihres Bindungssystems zu berücksichtigen und die therapeutischen Interventionen entsprechend zu gestalten. Im einzelnen geschah dies in diesem Falle durch

- Berücksichtigen der nonverbalen Signale der Patientin,
- feinfühliges Gestalten von räumlicher Nähe und Distanz,
- aktives Beruhigen,
- Hausbesuche,
- aktives Beschützen gegen Übergriffe von außen,

- Begleiten beim Aufsuchen bedrohlicher Situationen und
- gezieltes Informieren.

Die so gestaltete sichere Basis war Voraussetzung für die Exploration des Selbst, die genauere Symbolisierung der Erfahrungen sowie die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Patientin.

Eine Bearbeitung der sich in der Entwicklungsgeschichte der Patientin abzeichnenden Traumata fand nicht statt, denn auf jede vorsichtige Annäherung an derartige Themen reagierte die Patientin mit Destabilisierung, Angst, Unruhe und heftigem Widerstand. Gleiches galt für ihre frühere Krankheitsphase. Auch die Mutter-Tochter-Beziehung konnte nicht abschließend bearbeitet werden. Es kann als sicher gelten, dass die Patientin hierfür eine weitere psychotherapeutische Behandlung benötigt. Sicher ist aber auch, dass ihre jetzige Erfahrung, bedingungsfrei akzeptiert, verstanden und unterstützt zu werden, es ihr erleichtern wird, Hilfe und Unterstützung zu suchen, falls wieder ein Leidensdruck entstehen sollte, und noch mehr Mut zur Selbstexploration aufzubringen.

Die Ergebnisse der Bindungstheorie stützen und ergänzen die von Rogers (1959a) formulierten Bedingungen für konstruktive therapeutische Veränderungen und geben einen fruchtbaren Rahmen für ein kreatives Ausweiten der Möglichkeiten therapeutischer Interventionen. Entscheidend ist dabei weniger, was ein Klientenzentrierter Psychotherapeut tut, sondern der Zusammenhang, in dem dies geschieht, ebenso wie die Art und Weise, wie er es tut, nämlich kongruent und empathisch-akzeptierend, und dies so, dass es vom Patienten auch so erlebt wird.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (1985), Attachments across the life span, in: Bulletin of the New York Academy of Medicine 61, 792–812
- Ainsworth, M. D. S./Blehar, M. C./Waters, E./Wall, S. (1978), Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale, N. J. (Erlbaum)
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1995
- Bischof-Köhler, D. (1989), Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition, Bern (Huber)
- Bischof-Köhler, D. (1991), The development of empathy in infants, in: Lamb, M. E./Keller, H. (Eds.), Infant development: Perspectives from German-speaking countries, Hillsdale, NJ (Erlbaum), 245–273
- Bowlby, J. (1969), Attachment and loss, Vol. 1: Attachment, New York (Basic Books); dt.: Bindung, München (Kindler) 1975
- Bowlby, J. (1988), A secure base. Clinical applications of attachment theory, London (Routledge)
- Feeney, J. A. (1999), Adult romantic attachment and couple relationships, in: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.), Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications, New York (Guilford), 355–377
- Hazan, C./Zeifman, D. (1999), Pair bonds as attachments. Evaluating the evidence, in: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.), Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications, New York (Guilford), 336–354
- Hinde, R. A. (1997), Relationships. A dialectical perspective, Hove (Psychology Press)
- Höger, D. (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG), 17–41
- Höger, D. (1995), Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 100, 47–54
- Höger, D. (1999), Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten, in: Psychotherapeut 44, 159–166
- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ – Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie?, in: Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft 7, 5–17
- Höger, D. (2002), Rogers und die Bindungstheorie, in: Person. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung 5, 42–45
- Main, M. (1990), Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies, in: Human Development 33, 48–61
- Reisch, E. (1997), Somatisierungsstörung, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. W. (Hg.), Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen, Stuttgart (Kohlhammer), 118–130
- Reisch, E. (2002), Zur Arbeit mit Personen mit psychosomatischen Störungen, in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer), 551–562
- Rogers, C. R. (1951a), Client-centered therapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München (Kindler) 1973
- 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, Carl R./Schmid, Peter F., Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991; 2000, 165–184
- 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 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, 1991
- Tausch, R./Tausch, A.-M. (1979), Gesprächs-Psychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben, Göttingen (Hogrefe) 1979
- Truax, C. B. (1961), A scale for the measurement of accurate empathy, in: Psychiatric Institute Bulletin I, 12

Autor/Autorin:

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

Doris Müller, 1945, Dipl.-Psych., niedergelassene Psychotherapeutin, Supervisorin, Notfallpsychologin PECON, Ausbilderin GwG, Dozentin in der Erwachsenenbildung.

Korrespondenzadressen:

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

*Dipl.-Psych. Doris Müller
Danzigerstraße 13
D-86842 Türkheim
E-Mail: mueller.d.a@t-online.de*

Elisabeth Zinschitz

Beziehung: Ein tausendfach reflektierender Spiegelsaal

Kontakt und Wahrnehmung als beziehungsgestaltende Elemente¹

Zusammenfassung: Ziel dieses Artikels ist es, Überlegungen darüber anzustellen, welche Grundfähigkeiten der Mensch haben muss, um überhaupt von einer therapeutischen Beziehung profitieren zu können. Die personenzentrierte Literatur beschäftigt sich in erster Linie mit den vom Therapeuten zu erfüllenden Bedingungen der Empathie, Akzeptanz und Kongruenz. Hier jedoch liegt das Augenmerk auf der ersten und sechsten Bedingung, die vom Klienten erfüllt werden müssen und in denen es um Kontaktfähigkeit und Wahrnehmung geht. Im Folgenden wird zuerst die personenzentrierte und dann die entwicklungspsychologische Perspektive herangezogen, um zu verstehen, welche Fähigkeiten für diese beiden Funktionen erforderlich sind. Abschließend wird noch überlegt, dass diese Erkenntnisse für die psychotherapeutische Arbeit mit geistig behinderten und psychotischen Klienten von Interesse sein können.

Schlüsselwörter: Beziehung, Kontakt, Wahrnehmung, Rogers' erste und sechste Bedingung

Résumé: La relation : Une galerie des glaces aux mille reflets. Contact et perception en tant qu'éléments constitutifs de la relation. Le but de cet article est de réfléchir aux conditions de base qu'une personne doit réaliser pour pouvoir profiter d'une relation thérapeutique. La littérature centrée sur la personne s'occupe en premier lieu des conditions d'empathie, d'acceptation et de congruence à remplir par le thérapeute. Ici en revanche, l'accent est mis sur la première et la sixième condition thérapeutique qui appartient au client : la capacité de contact et de perception. Ensuite l'auteur, en vue de comprendre les capacités requises pour remplir ces deux conditions, s'arrête sur la perspective de l'approche centrée sur la personne, puis sur celle de la psychologie du développement. Pour terminer il remarque que ces considérations pourraient être intéressantes pour le travail psychothérapeutique avec des clients handicapés mentaux et psychotiques.

Mots clés: relation, contact, perception, la première et la sixième conditions de Rogers

Kontakt und Wahrnehmung

In seiner Formulierung der sechs Bedingungen für eine Beziehung, die therapeutische Veränderung hervorrufen soll, beginnt und endet Rogers mit zwei grundlegenden Elementen jener Fähigkeit, die der Mensch für soziale Interaktion und für das In-der-Welt-Sein überhaupt braucht: Damit zwei Menschen eine therapeutische Beziehung haben können, müssen sie miteinander in Kontakt sein und

einander wahrnehmen. Wenn wir also über Kontakt und Wahrnehmung sprechen, dann beschäftigen wir uns mit der therapeutischen Beziehung. Im Folgenden soll erörtert werden, welche Grundbedingungen der Mensch überhaupt braucht, um zu einem anderen Menschen Kontakt herstellen oder ihn wahrnehmen zu können.

1. Zwei Personen befinden sich in Kontakt.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz; sie ist verletztlich oder voller Angst.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist kongruent in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet bedingungslose positive Beachtung gegenüber dem Klienten.

¹ Ein Teil dieses Artikels erschien unter dem Titel „Contact and perception in client-centred therapy with clients with learning disabilities“, in: Wyatt, G./ Sanders, P. (Eds.) (2002), Rogers' therapeutic conditions. Vol 4: Contact and perception, Ross-on-Wye (PCCS Books) 133–152.

5. Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.
6. Der Klient nimmt zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 wahr, nämlich die bedingungslose positive Beachtung des Therapeuten ihm gegenüber und das empathische Verstehen des Therapeuten (Rogers 1959a, 40).

In seiner Formulierung der ersten Bedingung spricht Rogers von Kontakt zwischen „zwei Personen“. In der sechsten Bedingung jedoch ist nur die Rede vom Klienten, der die Bedingungen, die ihm vom Therapeuten angeboten werden, wahrnehmen muss, damit eine Veränderung überhaupt stattfinden kann. Im Falle eines Kontakts beschäftigen wir uns demnach mit beiden in einer gemeinsamen Aktivität involvierten Personen, bei der Wahrnehmung liegt das Augenmerk auf dem Klienten als Empfänger, während der Therapeut als Sender Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung anbietet. Die Tatsache, dass die Wahrnehmung eine Aktivität des Empfängers ist, wird relevant, wenn wir uns anschauen wollen, welche Fähigkeiten dafür erforderlich sind.

In diesen Überlegungen werde ich auf die klientenzentrierte Therapientheorie und Philosophie zurückgreifen. Auch wenn entwicklungspsychologische Perspektiven nicht ursprünglich Teil des traditionellen personenzentrierten Denkens² sind, werde ich mich ebenfalls auf Wissen über die menschliche (neuro-)biologische und psychologische Entwicklung beziehen. Zu Beginn soll aufgezeigt werden, wie Kontakt und Wahrnehmung innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes definiert werden, um zu schauen, was notwendig ist, damit der Klient mit dem Therapeuten in Kontakt sein und dessen Beziehungsangebot wahrnehmen kann. Dann wird die Entwicklung von Fähigkeiten im Bereich der Sinne und der Kognition beleuchtet.

Diese Überlegungen können nützlich sein, um ein genaueres Verständnis von der therapeutischen Beziehung allgemein, aber insbesondere auch neue Erkenntnisse über die Gestaltung dieser Beziehung mit geistig behinderten oder psychotischen Klienten zu gewinnen. Hier werde ich mich jedoch nur auf die Erörterung von Kontakt und Wahrnehmung beschränken.³

Kontakt und Wahrnehmung in der Personenzentrierten Psychotherapie

Eine umfangreiche Besprechung der Art und Weise, wie Kontakt und Wahrnehmung in der personenzentrierten Literatur diskutiert werden, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Deshalb habe

ich hier drei Autoren ausgewählt, deren Betrachtungen bezüglich des Themas meinen Überlegungen am nächsten kommen. Einerseits eignen sich Rogers' Definitionen als Grundlage für die Diskussion; andererseits beziehe ich mich auf Olaf de Haas, der die Wechselseitigkeit von Kontakt hervorhebt; drittens hat Prouty eine sehr detaillierte Kontaktphilosophie herausgearbeitet, die sogar die Arbeit mit Klienten, welche lediglich ein sehr basales Niveau von Kontaktfähigkeit haben, möglich macht. Zum Zwecke der Deutlichkeit werde ich auch das unterschiedliche, aber teilweise auch überlappende Verständnis der Begriffe Wahrnehmung, Gewährwerdung und Bewusstsein bei diesen drei Autoren näher beleuchten.

Kontakt

In Definition 27 schreibt Rogers, „Menschen befinden sich in psychologischem *Kontakt* oder haben das Minimum an Beziehung, wenn sie eine offene oder unterschwellig *wahrgenommene* Veränderung des Erlebnisfeldes des anderen erzeugen“ (Rogers 1959a, 34, Hervorhebungen durch die Autorin). Er meint also, dass Kontakt und Wahrnehmung unmittelbar zusammenhängen. Weiter betrachtet Rogers Kontakt als ein grundlegendes Element, ja sogar als Ausgangspunkt jeder Beziehung. Er vermerkt: „Der vorliegende Begriff wurde ausgewählt, um deutlich zu machen, dass es sich um das Erfahrungsmilieu handelt, das man Beziehung nennen kann“ (ebd.).

Mehr zu diesem Thema findet sich bei de Haas (1991, 370–371); er schreibt, dass Beziehung aus zwei Dimensionen besteht, nämlich einer *Kontaktdimension*:

„Zwei Menschen sind miteinander in Kontakt, unter der Voraussetzung, dass sie sich einander gegenüber öffnen. Kontakt impliziert eine Bereitschaft, sich dem Einfluss des anderen auszusetzen. Der Kontakt wird dann unterbrochen, wenn einer sich dem anderen verschließt. [...] Indem sie sich gegenseitig einander gegenüber öffnen oder verschließen, regulieren Menschen sowohl die Intensität als auch die Art ihres Kontaktes. Guter Kontakt [...] verlangt, dass man sich subtil aufeinander einstimmt, sowohl wenn man sich öffnet als auch wenn man sich verschließt“⁴.

und einer *Interaktionsdimension*:

„Wir sprechen von Interaktion, wenn zwei (oder mehrere) Personen versuchen, sich bezüglich ihres verbalen oder nonverbalen Verhaltens solcherart aufeinander abzustimmen, dass man einerseits von gegenseitiger Beeinflussung, andererseits von Anpassung aneinander sprechen kann.“

In seinen weiteren Betrachtungen über therapeutische Interventionen konzentriert sich de Haas lediglich auf die Bemühungen des Therapeuten, sich dem Klienten gegenüber zu öffnen, um ihn akzeptieren zu können. Seine Aufmerksamkeit gilt nicht dem Klienten, und ebenso wenig beschäftigt er sich damit, wie dieses Sich-Öffnen

2 Im deutschsprachigen Raum hat in der Zwischenzeit insbesondere Eva-Maria Biermann-Ratjen die entwicklungspsychologische Perspektive mehrfach und ausdrücklich angemahnt und eingenommen (z. B. Biermann-Ratjen 1996; 2002).

3 Für eine ausführlichere Betrachtung zur Arbeit mit geistig behinderten und psychotischen Klienten siehe die in Fußnote 1 zitierte Arbeit.

4 Übersetzung von der Autorin dieses Artikels.

zustande kommt. Er gibt uns lediglich ein wenig mehr Einsicht in die Implikationen von Rogers' erster Bedingung, indem er Kontakt als eine Aktivität beschreibt – sich öffnen und sich verschließen – und als eine Bewegung – in Richtung der anderen Person.

Die Interaktionsdimension bringt uns zur sechsten Bedingung und fügt ihr auch etwas hinzu. Rogers verwendet in seiner Formulierung der sechsten Bedingung den Begriff „Interaktion“ nicht. Er schaut sich nur *eine Richtung* an (vom Therapeuten zum Klienten), während de Haas den dynamischen Charakter betont, indem er seine Interaktionsdimension als eine Bewegung beschreibt, als ein *Hin-und-Her* zwischen zwei Menschen, solange die Kontaktphase dauert.⁵ Wenn der Klient die Haltung, die der Therapeut ihm entgegen bringt, wahrnimmt, das heißt, offen ist für Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung (Kontaktdimension), dann kann er sich davon beeinflussen lassen (Interaktionsdimension). Auch wenn die Wahrnehmung in diesen Reflexionen nicht explizit genannt wird, ist sie dennoch implizit. Der Therapeut bemüht sich, in seiner Interaktion empathisch und akzeptierend zu sein. Der Klient wird dadurch beeinflusst, sobald er dies wahrnimmt. Die Qualität dieses Einflusses wird von der Bedeutung bestimmt, die der Klient dem, was er wahrnimmt, gibt.

De Haas meint weiter, dass Kontakt Interaktion braucht, denn Kontakt ohne Interaktion wird auf die Dauer abgebrochen, da die Beteiligten die Situation wahrscheinlich als bedrückend erleben werden. Wenn es zum Beispiel ein langes Schweigen gibt, wird in den meisten der Fälle einer der beiden irgendwann doch etwas sagen. Andererseits ist Interaktion nicht möglich ohne Kontakt, denn die kontinuierliche Bewegung von Aktion und Reaktion wird unterbrochen, sobald kein Kontakt mehr da ist. Dies erklärt die Bedeutung des psychologischen Kontaktes sowie die Relevanz der sechsten Bedingung für die psychotherapeutische Beziehung: Kontakt stellt Beziehung her, die Interaktion definiert deren Qualität.

Prouty verwendet den Begriff „existenzieller Kontakt“, welchen er als „die natürliche, alternierende Bewegung von unmittelbarem prä-reflexivem Bewusstsein hin zur natürlichen Gegenwart von Welt, Selbst oder Andere“ definiert (Prouty 1994, 34). Er meint, dass dieser Kontakt mit einfacher Beobachtung und intentionalem Bewusstsein beginnt. Dabei bezieht er sich auf Merleau-Ponty (1962), der in der Struktur des phänomenalen Feldes der gelebten Erfahrung drei Ebenen unterscheidet: „... gewöhnliches, alltägliches, natürliches Bewusstsein kann als kommend von, gerichtet auf und verbunden mit Welt, Selbst und Andere verstanden werden“ (vgl. Prouty/Pörtner/van Werde 1998, 30). In dieser Definition steht wieder der soziale Charakter sowie die Bewegung zum Anderen hin im Vordergrund. Von Bedeutung ist hier, dass Prouty ganz klar jene Klienten, deren Wahrnehmung auf einer prä-reflexiven Ebene stattfindet, mit einbezieht.

Wahrnehmung

Rogers' Definition zeigt also, dass Kontakt und Wahrnehmung nicht von einander zu trennen sind. Sobald irgendeine Form von Kontakt da ist, ist auch Wahrnehmung da (oder nach Rogers auch „subception“ – unterschwellige Wahrnehmung).

Rogers (1959a) zitiert Kelley (1955), der Wahrnehmung definiert als „das, was ins Bewusstsein eindringt, wenn Reize, in der Hauptsache Licht oder Schall, von außen auf den Organismus einwirken“, und fügt hinzu, dass Wahrnehmung und *Gewahrwerdung* Synonyme sind. In Definition 6 umschreibt Rogers *Gewahrwerdung* „als die symbolische Repräsentation eines Teils unserer Erfahrung. Diese Repräsentation mag verschiedene Grade von Schärfe oder Klarheit aufweisen. Von einer dumpfen *Gewahrwerdung* von etwas, was tief innen existiert, bis hin zu einer scharfen *Gewahrwerdung* von etwas, was im Brennpunkt steht.“ (Rogers 1959a, 25)

Rogers definiert seinerseits Wahrnehmung als „eine Vermutung oder eine Vorhersage (für eine) Handlung [...], die im Gewahrsein entsteht, wenn Reize auf den Organismus einwirken. Wenn wir wahrnehmen, ‚Dies ist ein Dreieck‘, ‚Dies ist ein Baum‘, ‚Diese Person ist meine Mutter‘, dann heißt das, dass wir eine Vorhersage machen; nämlich, dass die Objekte, von denen wir die Reize empfangen, auch bei anderen Gelegenheiten Eigenschaften offenbaren würden, die wir aufgrund unserer Vorerfahrung als charakteristisch für Dreiecke, Bäume, Mütter usw. ansehen“ (ebd.).

Wahrnehmung als der engere Begriff bezieht sich auf „die Bedeutung [...], die Reize in einem Prozess besitzen“, während *Gewahrwerdung* der „breitere Terminus (ist), der Symbolisierungen und Bedeutungen abdeckt, die zum einen aus rein internen Reizen (z. B. Erinnerungsspuren, Körperempfindungen, u. ä.), zum anderen ebenso aus äußeren Reizen entstehen“ (ebd.). Meines Erachtens findet Wahrnehmung auf einem basaleren Niveau statt, wo in erster Linie unser zentrales Nervensystem und unsere Sinne miteinander verbunden sind, während *Gewahrwerdung* eng mit Bedeutung verknüpft ist und deshalb außerdem noch höherer kognitiver Fähigkeiten bedarf, die Abstrahierung und Symbolisierung ermöglichen.

Wahrnehmung, Gewährwerdung, Bewusstsein

Die Vermischung der Begriffe *Bewusstsein*, *Wahrnehmung* und *Gewahrwerdung* kann zur Verwirrung führen, denn sie scheinen auf dasselbe Phänomen hinzuweisen. Zur Verdeutlichung erscheint es angemessen, dem ein wenig Aufmerksamkeit zu schenken und zu sehen, was das für die Definition von Kontakt bedeutet.

In Definition 6 beschreibt Rogers *Bewusstsein* als ein Synonym für *Gewahrwerdung*: „*Gewahrwerdung*, *Symbolisierung*, *Bewusstsein* werden [...] als symbolische Repräsentation (nicht notwendigerweise in verbalen Symbolen) eines Teils unserer Erfahrung gesehen“ (ebd., 24). Wenn wir allerdings Proutys Verständnis von

5 Es ist anzunehmen, dass in jeder therapeutischen Beziehung nicht nur der Klient eine Veränderung erfährt, sondern auch der Therapeut wird gegen Ende der Beziehung nicht mehr derselbe sein wie zu Beginn.

Bewusstsein anschauen⁶, wird klar, dass dieser von etwas spricht, das basaler ist. Er bezieht sich auf das *prä-reflexive Bewusstsein*, das er als „die unmittelbar gespürte Wahrnehmung des Erlebens“ beschreibt (Prouty 1994, 33). Reflexives Bewusstsein bedarf der Aktivität von höheren Nervenzentren, die es uns ermöglichen, über uns selbst und unsere Lebensgeschichte nachzudenken. Laut Husserl, auf den Rogers sich bezieht, sind beide intentional: „Alles Bewusstsein ‚richtet sich auf‘ ein ‚Objekt‘“ (ebd., 34).

Werfen wir nun einen Blick darauf, wie diese Begriffe in den verschiedenen Kontaktdefinitionen verwendet werden, können wir zusammenfassend sagen, dass Rogers' psychologischer Kontakt sich eher auf reflektives Bewusstsein zu beziehen scheint, während Proutys existenzieller Kontakt viel basaler ist⁷ und sich auf die konkrete Phänomenologie bezieht. Andererseits hebt Warner hervor, dass Rogers' Definition von Kontakt minimalistisch ist: „Rogers' Definition von Kontakt beschäftigt sich mit Wahrnehmungen und keineswegs mit der Organisation der Bedeutung dieser Wahrnehmungen [...] Rogers' minimalistische Definition von Kontakt versucht nicht, die Qualität eines solchen Kontaktes oder dessen Einfluss auf den therapeutischen Prozess zu beschreiben.“ (Warner 2002, 78)

Es stimmt zwar, dass Rogers in seiner ersten Bedingung auch solche Klienten, die die Gegenwart des Therapeuten und die durch ihn hervorgerufene Veränderung ihres Erlebnissfeldes *unterschwellig wahrnehmen*, berücksichtigt, aber in der sechsten Bedingung wird diese basale Qualität nicht mehr explizit erwähnt (Rogers 1959a). Auch wenn er nicht explizit ein reflexives Bewusstsein als Bedingung für zwischenmenschlichen Kontakt fordert, fehlt dennoch im Weiteren die Unterscheidung zwischen zwei unterschiedlichen Bewusstseinsqualitäten der Wahrnehmung, der naiven („Ich sehe eine Blume“) und der reflexiven („Ich erlebe mich als jemanden, der eine Blume sieht“) (Bischof 1996). Hätte er *existenziellen Kontakt* in der ersten Bedingung explizit hinzugenommen, würde das bedeuten, dass nicht nur solche Klienten, die zur Selbstreflexion fähig sind, von Empathie und bedingungsloser positiver Wertschätzung profitieren würden, sondern auch jene, die sich in einem prä-reflexiven Zustand befinden.⁸

Rogers scheint schon immer wieder auf andere Kontaktebenen hinzuweisen. Beispielsweise findet sich ein Hinweis auf eine Verbindung zwischen Proutys *prä-reflexivem Bewusstsein* und Rogers' *unterschwelliger Wahrnehmung* (subception). Rogers definiert *unterschwellige Wahrnehmung* als ein „Konstrukt, um damit das Unterscheidungsvermögen ohne Gewährsein zu bezeichnen. [...] Der

Organismus kann also Reize und deren Bedeutung für den Organismus unterscheiden, ohne dass höhere Nervenzentren, die bei Vorgängen im Bewusstsein eine Rolle spielen, beteiligt sind. Diese Fähigkeit erlaubt dem Individuum, eine Erfahrung als bedrohlich zu erkennen, ohne dass die Bedrohung im Gewährsein symbolisiert wurde“ (Rogers 1959a, 25–26). Aber insgesamt fehlt im Weiteren die Konsequenz, nach den Implikationen dieser Unterscheidung für die therapeutische Arbeit zu fragen.

Wenn wir in der Folge fragen, welche Fähigkeiten für die oben genannten Beziehungselemente erforderlich sind, dann scheint es, dass es diesbezüglich eine hierarchische Ordnung gibt. Im nun folgenden Abschnitt werden wir uns dies genauer ansehen.

Kontakt und Wahrnehmung aus der entwicklungspsychologischen Perspektive

Wahrnehmung und Kontakt als allgemeine menschliche Fähigkeiten können beide sowohl von der physischen als auch von der psychischen Ebene ausgehend definiert werden. Die physische Ebene dient in unserer Entwicklung als Grundlage für psychologischen Kontakt und für die Wahrnehmung psychologischer Elemente in diesem Kontakt. Um unsere Kontakterfahrungen organisieren und verarbeiten können, brauchen wir kognitive Fähigkeiten, die es uns ermöglichen, soziale Interaktionen zu verstehen.

Physischer Kontakt

Damit wir uns selbst als in Kontakt wahrnehmen können, sind wir auf unsere Sinne angewiesen. Auch Rogers inkludiert die Funktion der Sinnesorgane in seiner Definition von Wahrnehmung: „Wahrnehmung ist das, was ins Bewusstsein eindringt, wenn Reize, in der Hauptsache Licht oder Schall, von außen auf den Organismus einwirken“ (Rogers 1959a, 25). Die Sinnesorgane sind jene Teile des Organismus, die diese Reize aufnehmen und weiterleiten, sodass Wahrnehmung stattfinden kann. In allen sensorischen Bereichen fördert Kontakt die Bewusstwerdung der Grenzen, die uns von anderen Menschen sowie von den Dingen und der Welt um uns trennen, und die Entwicklung eines Bewusstseins von *Selbst, Welt* und *Anderen*. Jene Organe, die für die Wahrnehmung notwendig sind, gelangen zwischen der 8. und der 12. Woche der Gestationszeit zur vollen Reife (Oerter/Montada 1987, 132). Zu diesem Zeitpunkt kann der Fötus aufgrund der Synapsen und der Axone, die zwischen den Sinneszellen und dem Gehirn entstanden sind, Information aufnehmen und weitergeben. Die erste Kontakterfahrung unseres Lebens, noch intrauterin, finden über die Ohren und die Zunge und in geringerem Ausmaß über die Augen und die Haut statt. Experimente haben gezeigt, dass der Fötus schon Geräusche wie den Herzschlag der Mutter hört sowie verschiedene Geschmacksnuancen

6 Prouty sagt auch, dass „Bewusstsein sich auf natürliche und alternierende Weise in Richtung Existenz bewegt“ (1994, 34), was darauf hinweist, dass es eine Funktion der Aktualisierungstendenz ist.

7 Für eine eingehende Besprechung der Unterschiede zwischen Proutys und Rogers' Sichtweisen zu Kontakt siehe auch Warner (2002).

8 Darin liegt die Bedeutung und das Potenzial von Proutys Prä-Therapy (vgl. Prouty 1994).

der Gebärmutterflüssigkeit schmecken kann. Der Kontakt mit der Umwelt über Geruchs- und Sehsinn wird in den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt stärker⁹ (Oerter/Montada 1987, 147).

Die Aufnahme von Reizen durch unsere Sinne ist mit *Sich-Öffnen* bei de Haas vergleichbar. Im Laufe seiner Entwicklung entfaltet sich das Neugeborene und öffnet sich immer mehr für immer komplexere Reize. Der Kontakt mit anderen in dieser ersten Phase findet zum Beispiel in Form von Hautkontakt statt. Diese Erfahrung vermittelt dem Kind die Gewahrnehmung einer Grenze, eines Unterschieds zwischen ihm und etwas oder jemand anderem. Sie bedeutet: „Ich weiß, wo ich anfangen und aufhören und wo du anfängst und aufhörst“. Dasselbe wird durch Augenkontakt erreicht, indem das Kind die Bezugsperson anschaut, durch die Ohren, indem es die Geräusche, die die Bezugsperson macht, hört und so weiter. Die motorische Entwicklung trägt zu seiner Fähigkeit bei, die Außenreize immer besser aufnehmen zu können und zu differenzieren, und erweitert den Erfahrungsraum des Kindes. Zuerst bietet allein schon die einfache Fähigkeit, den Kopf von einer Seite auf die andere zu drehen, eine große Bandbreite an visuellen Erfahrungen. Dann kann das Kind durch die Entwicklung motorischer Fähigkeiten nach Gegenständen greifen, was in der Folge die kognitive Fähigkeit zu *be-greifen* erweitert.

All diese Reize fördern die Entwicklung neuer neuronaler Netzungen, und das führt wiederum zu einer Erweiterung der Wahrnehmung und der dazu erforderlichen kognitiven Fähigkeiten und zu einer Veränderung des Kontaktverhaltens.

Eine Voraussetzung für diese Entwicklung ist, dass die für die Wahrnehmung erforderlichen Organe vorhanden und voll funktionsfähig und dass die motorischen Fähigkeiten verfügbar und kohärent sind. Weiter muss es ein „neurologisches Bewusstsein“ geben, das heißt, dass das Gehirn für Reize aufnahmefähig, also offen sein muss. Und schließlich muss eine adäquate kognitive Verarbeitung der aufgenommenen Reize stattfinden können.

Dies zeigt, dass Kontakt und Wahrnehmung auch auf der Entwicklungsebene eng miteinander verknüpfte Phänomene sind. Auch in Rogers' Therapietheorie wurde dies evident. Ohne Kontakt gibt es keine Wahrnehmung, das heißt, keine Stimulierung der Sinnesnerven, und es gibt keinen Kontakt, wenn dieser nicht von den beiden betroffenen Personen wahrgenommen wird. Man kann einen anderen Menschen mit der Hand berühren, aber wenn dieser das nicht spürt, wird das keine Veränderung in seinem Erlebnisfeld ausmachen (siehe Rogers' Definition 27; 1959a, 34). Damit die Berührung eine Bedeutung und also einen Einfluss auf die Person hat, wie es die sechste Bedingung verlangt, ist es notwendig, dass sie die Berührung spürt oder sieht oder hört, also wahrnimmt, ihr eine Bedeutung gibt und so in irgendeiner Weise davon beeinflusst wird. Wahrnehmung

und Kognition verleihen dem erlebten Kontakt eine Bedeutung, die uns auf die Ebene des psychologischen Kontaktes führt.

Psychologischer Kontakt

Durch die Entfaltung seiner Fähigkeiten bewegt sich das Neugeborene von einer undifferenzierten Form des In-der-Welt-Seins hin zu einer aktiveren Art, zu dieser Welt Beziehung aufzunehmen.

Schauen wir nun, welche Fähigkeiten nötig sind, um in Kontakt sein zu können, dann sehen wir, dass auch auf einer psychologischen Ebene in den verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedliche Fähigkeiten entwickelt werden, die bestimmen, wie der Säugling mit sich selbst, der Welt und Anderen in Kontakt tritt. Binder hebt die Bedeutung des sozialen Kontakts für die Entwicklung der kindlichen Wahrnehmung dieser drei Elemente hervor. „Die beziehungsherstellenden Aktivitäten des Kindes sind wesentlich für die Entwicklung des Selbst [...], der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung von Anderen“ (Binder/Binder 2001, 165).

Es ist bemerkenswert, wie groß das Potenzial sozialer Interaktion bereits in einer sehr frühen Lebensphase ist. Das Neugeborene zeigt eine eindeutige Präferenz für Reize, die eng mit sozialer Interaktion verbunden sind. Seine Augen richten sich auf jene der Bezugsperson und folgen sich bewegenden Objekten. Seine Bewegungen folgen synchron den Lauten der menschlichen Sprache. Sein Kopf dreht sich zur Quelle der akustischen oder olfaktorischen Reize. Neugeborene beruhigen sich, wenn sie aufgehoben und gewiegt werden. Wenn sie ihren Kopf wegrehen oder ihr Körper steif wird, signalisieren sie, dass sie den Kontakt abbrechen: Sie verschließen sich (vgl. de Haas 1991).

Das zeigt, dass ein Neugeborenes zum Zeitpunkt der Geburt nicht nur für die Aufnahme von Nahrung, sondern auch für soziale Interaktion ausgestattet ist. Außerdem bestätigt es die Tatsache, dass Kontakt eines der existenziellen menschlichen Bedürfnisse ist (Oerter/Montada 1987, 150–151). Ursprünglich wurde in den klassischen psychoanalytischen Entwicklungstheorien davon ausgegangen, dass das Neugeborene sich in einem Zustand des „normalen Autismus“ befindet und deshalb in einem längeren Zustand der Undifferenziertheit verharrt, in dem sozialer Kontakt nur insofern vorhanden ist, als andere Menschen seine Bedürfnisse befriedigen. Die Säuglingsbeobachtung jedoch hat zu neuen Verstehensweisen der sozialen Bezogenheit des Säuglings in einer sehr frühen Lebensphase geführt. Diese existiert um ihrer selbst willen und beruht nicht auf physiologischen Bedürfniszuständen (Stern 1992, 70).

Die Art und Weise, wie das Neugeborene Kontakt herstellt und diesen erlebt und wahrnimmt, hängt von seiner jeweiligen Entwicklungsstufe ab. Stern (ebd.) beobachtete Kinder unter dem Gesichtspunkt der sozialen Aktivität und des sozialen Erlebens, und er scheint dabei von einem phänomenologischen Ansatz ausgegangen zu sein. Er kam dabei zur Unterscheidung verschiedener

⁹ Die größte Sichtweite eines Neugeborenen beträgt 19–25 cm (Oerter/Montada 1987, 147).

Entwicklungsphasen des Selbstempfindens, die er als das *auf-tauchende Selbst*, das *Kernselbst*, das *subjektive Selbst* und das *verbale Selbst* bezeichnete. Es folgt eine kurze Übersicht dieser Phasen, da dies uns hilft zu verstehen, welche psychologischen Fähigkeiten für Kontakt und Wahrnehmung erforderlich sind.

Kontakt und Wahrnehmung in der Phase des auftauchenden Selbst

Laut Stern beginnt die Phase des *auf-tauchenden Selbst* nach der Geburt, bevor qualitative Veränderungen in der Art, wie das Kind in der Welt ist, so wie direkter Augenkontakt, Lächeln usw., sichtbar werden. In den ersten zwei Monaten seines Lebens lebt das Neugeborene in einer Art prä-sozialer, prä-kognitiver und noch nicht organisierter Lebensphase. Neugeborene arbeiten aktiv an der Entwicklung des Empfindens dieses auftauchenden Selbst, indem sie Reize aufnehmen, während sie in einem Zustand so genannter wachsamem Inaktivität sind. Sie zielen auf eine Stimulation ihrer Sinnesorgane durch Reize ab. Es gibt Reize, die Neugeborene bevorzugen, und solche, die sie ablehnen, was darauf hinweist, dass sie Reize von einander unterscheiden können und dass sie dabei sind, Grenzen zu erforschen, um eine organismische Vorstellung davon zu erhalten, wie sie selbst und andere beschaffen sind. Sie wiederholen Erfahrungen so oft wie möglich, so dass sie Hypothesen darüber zu erstellen scheinen, was in der Welt geschieht, und diese überprüfen, bevor sie sie integrieren oder ablehnen. Die kognitiven Prozesse sind in dieser Phase noch eins mit den affektiven Prozessen: Das Kind *ist* seine Affekte und *hat* sie noch nicht.

Stern meint, dass Neugeborene sich am Anfang in einem Zustand undifferenzierten Erlebens befinden, aber mit einer angeborenen Lernfähigkeit, die ihre Entwicklung weiter trägt. Dieses Lernen findet durch den Kontakt mit und die Wahrnehmung von sensorischen Reizen statt. Das bedeutet, dass Lernen seinen Ausgangspunkt in Bezogenheit findet. Die genetisch veranlagte Fähigkeit der Neugeborenen, zwischen Reizen zu unterscheiden, versetzt sie auf die Dauer in die Lage, ihre Erfahrung von einem Objekt auf das andere zu übertragen, das heißt, zu abstrahieren. Zum Beispiel kann das Kind dann ein Lächeln als solches „verstehen“, unabhängig davon, ob es von der Mutter oder von einer anderen Person kommt.

Dieses „Verstehen“ findet nicht auf einer kognitiven Ebene statt, sondern eher in Form einer erlebten körperlichen Spannung. Das Kind hat die selbe körperliche Reaktion auf jedes Lächeln. Kognitionen und Affekte finden nicht getrennt statt.

In dieser Phase werden Kontakt und Wahrnehmung als eins erlebt und finden auf einer physischen Ebene statt.

Kontakt und Wahrnehmung in der Phase des Kern-Selbst

Zwischen dem zweiten und dem sechsten Monat fangen die Kinder an, sich physisch als ein Ganzes und als von ihren Eltern getrennt wahrzunehmen. Sie entwickeln ein Erleben von Affekten sowie auch

eines kontinuierlichen Selbst. Letzteres macht die Gedächtnisleistung möglich. Sie sind imstande, zwischen ihrem eigenen Handeln und jenem anderer zu unterscheiden, und erwarten, dass ihr Verhalten Auswirkungen hat.

Sie besitzen ein integriertes Empfinden eines Kern-Selbst und eines Kern-Anderen und sie entdecken, dass sie selbst und Andere Gefühle, Motive und Absichten haben, die hinter den körperlichen Ereignissen liegen. Die Integration verschiedener Arten von Selbstwahrnehmung findet statt – des Selbst, das handelt, des Selbst, das fühlt, und des Selbst, das seinen Körper spürt. Das alles führt dazu, dass Neugeborene beginnen, auf einer persönlichen Ebene Beziehungen herzustellen.

In ihren Interaktionen erleben Neugeborene den Anderen als denjenigen, der ihr Selbst-Erleben reguliert, indem er bei ihnen innere Reaktionen hervorruft (siehe die Interaktionsdimension bei de Haas). Dabei geht es um ein Erleben, das das Kind nie selbst hervorrufen könnte. Laut Stern (1992, 150) kann in diesem Alter ein großer Teil des gesamten affektiven Spektrums, das das Kind wahrnehmen kann, nur in der interaktiven Gegenwart einer anderen Person erlebt werden. Das soziale Verhalten dieses anderen, der das Selbst des Kindes reguliert, beeinflusst klarerweise auch das Erleben des Kindes.

In ihrem *Kontaktverhalten* werden die Kinder aktiver und zielgerichteter. Ihre *Wahrnehmung* der anderen kennzeichnet sich durch die Wahrnehmung des Getrennt-Seins. Das bedeutet, dass beide Funktionen sich allmählich von der physischen auf die psychologische Ebene verschieben. Kognition und Affekte scheinen für sich stehende Prozesse zu werden.

Kontakt und Wahrnehmung in der Phase des subjektiven Selbst

Die Phase zwischen dem siebten und dem neunten Monat ist eine von großen Entdeckungen: Der Säugling wird sich seines *subjektiven Selbst* und eines *subjektiven Anderen* bewusst und dass Gefühle mit dem Anderen geteilt und ihm mitgeteilt werden können. Inter-subjektivität – grundlegend für die Entwicklung der Empathie – wird möglich. Kommunikation bekommt allmählich eine wichtigere Rolle. Das Kern-Selbst, das dadurch gekennzeichnet ist, dass das Kind sich allmählich seines Getrennt-Seins, seiner „getrennten inneren Befindlichkeit“ (Stern 1992, 179) bewusst wird, bleibt aufrecht, denn es ist eine Voraussetzung dafür, dass subjektives Erleben stattfinden kann. Gleichzeitig aber erweitert sich die Selbstwahrnehmung des Kindes und seine Bezogenheit wird intersubjektiv. Diese Entwicklung wird wunderbar durch die Tatsache veranschaulicht, dass das Kind auf einen Gegenstand, auf den die Bezugsperson zeigt, schaut und nicht mehr, wie vorher, auf deren Zeigefinger. Das bedeutet nämlich erstens, dass das Kind sich dessen bewusst ist, dass der Finger zur anderen Person gehört, zweitens dass die Fingerbewegung eine Bedeutung hat, nämlich auf etwas Drittes hinzuzeigen, dem beide, Kind und Bezugsperson, zusammen Aufmerksamkeit schenken, und drittens dass die andere Person eine

Reaktion im Kind hervorruft, indem sie auf den Gegenstand zeigt und eine gemeinsame Aufmerksamkeitserfahrung möglich macht.

Durch diese Entwicklung wird das Kind fähig zur psychischen Intimität und beginnt sich auch der Empathie gewahr zu werden, welche die Bezugsperson ihm entgegenbringt.

Die Empathie der Betreuungsperson wird nun anders erlebt. Es ist eines, wenn der Säugling auf das äußere Verhalten reagiert, das die Empathie der Mutter, z. B. ihr tröstendes Verhalten im richtigen Moment, widerspiegelt. Für den ganz jungen Säugling bleibt der empathische Prozess selbst unbemerkt, er nimmt nur die empathische Reaktion wahr. Etwas ganz anderes ist es, wenn der Säugling spürt, dass ein empathischer Prozess als Brücke zwischen den beiden inneren Befindlichkeiten aufgebaut worden ist. Die Empathie der Betreuungsperson, dieser für die Entwicklung des Säuglings so ungemein wichtiger Prozess, wird nun unmittelbar zum Gegenstand der kindlichen Erfahrung. (ebd., 181)

Wiederholte Erlebnisse dieser Art, nämlich dass Andere sich auf das Kind empathisch einstimmen, führen dazu, dass das Kind sich dessen gewahr wird, dass Andere an seinen Gefühlen teilhaben, das heißt, diese verstehen können. Das ist wesentlich für eine gute Entwicklung, denn „eine Fehlabstimmung zwischen Eltern und Kind wirkt zutiefst verstörend“ (Goleman 1999, 133).

In dieser Phase der Entwicklung des Selbstempfindens beginnt das Kind von sich aus *Kontakt* aufzunehmen, um Erfahrungen zu teilen, und es *nimmt* die andere Person als ein getrenntes, zu Gemeinsamkeit fähiges Wesen wahr, der in ihm Reaktionen hervorruft und reguliert. Es gibt eine deutliche Trennung zwischen Kognition und Affekt.

Kontakt und Wahrnehmung in der Phase des verbalen Selbst

Im Alter von ungefähr fünfzehn Monaten treibt die Entwicklung der Sprache die Symbolisierung erheblich voran. Das Selbstbewusstsein wird klarer sowie auch die Wahrnehmung des Anderen, denn Selbst und Andere haben jetzt ein Medium, mittels dessen sie gemeinsame Bedeutungen entwickeln können. Da nun das *verbale Selbst* in den Vordergrund kommt, lernen Kinder, auf symbolische Weise (im Spiel) zu handeln sowie auch über sich selbst nachzudenken und sich auf sich selbst als objektive Einheiten zu beziehen; außerdem können sie über Gegenstände und Personen kommunizieren, die abwesend sind.

Es ist wichtig zu verstehen, dass in dieser Entwicklung die drei anderen Formen des Selbst weiterhin aufrecht bleiben. Ihre Bedeutung wird lediglich geringer, dadurch dass das *verbale Selbst* die Oberhand gewinnt. Die Sprache ist nur zu einem Teil imstande, jenes Erleben mit einzuschließen, das auf den anderen drei Ebenen stattfindet.

Kontakt wird auf dieser Entwicklungsebene durch Sprache hergestellt. Die *Wahrnehmung* konzentriert sich auf das Verstehen der Bedeutung dieser Sprache.

Erforderliche Grundbedingungen für Kontakt und Wahrnehmung

Wir haben jetzt gesehen, wie Kontakt und Wahrnehmung innerhalb des personenzentrierten Denkens gesehen werden und wie ihr Funktionspotenzial sich über die ersten beiden Jahre des menschlichen Lebens entwickelt. Indem wir diese Perspektiven kombinieren, können wir überprüfen, auf welcher Entwicklungsebene ein Mensch, ein Klient seinerseits die Bedingungen für therapeutische Veränderung erfüllen kann (siehe Tabellen 1 und 2).

Wie erwähnt enthalten die verschiedenen Kontaktdefinitionen vier Elemente: (1) „sich öffnen“ (de Haas), (2) „eine offene oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnisfeldes des anderen erzeugen“ (Rogers) und (3) „eine natürliche, alternierende Bewegung des unmittelbaren prä-reflexiven Bewusstseins hin zur natürlichen Gegenwart von Welt, Selbst und Andere“ (Prouty). Wenn Kontakt hergestellt wird, dann wird die Interaktion von der Empathie und der Akzeptanz getragen, die der Therapeut dem Klienten anbietet und die ihn als solche beeinflussen (4).

(1) Es ist kein Zufall, dass *sich öffnen* hier an erster Stelle steht. Es scheint, dass dafür die ganz basalen Fähigkeiten ausreichend sind. Hinreichend funktionierende Sinnesorgane sind die Fenster zum Gehirn, durch die Reize wie Sonnenstrahlen einströmen können, um Entwicklung und Wachstum zu fördern. Natürlich verändert sich die Art des Kontaktes mit jeder Phase, da die kognitiven und sozialen Kapazitäten des Kindes erweitert werden, aber die grundlegenden Funktionen dafür stehen in der Phase des *aufwachsenden Selbst* bereits zur Verfügung.

(2) Rogers' Formulierung verlangt eine differenziertere Erörterung, denn er unterscheidet zwei Ebenen von Wahrnehmung. Wenn die Veränderung des Erlebnisfeldes eines Menschen von diesem *unterschwellig wahrgenommen* wird, dann findet diese Unterscheidung ohne Symbolisierung und Bedeutung statt. Es scheint, dass diese Fähigkeit zur unterschweligen Wahrnehmung in der Phase des *aufwachsenden Selbst* beginnt, wenn das Neugeborene bereits imstande ist, Unterschiede wahrzunehmen. *Wahrnehmung* impliziert ein Bewusstsein, dass Reize auf den Organismus einwirken. Dieses Bewusstsein kommt voll zum Ausdruck in der Phase des *Kern-Selbst*, wenn die Grenzen zwischen Selbst und Anderen bewusst werden. Rogers schreibt weiter, dass Wahrnehmung die Fähigkeit mit einschließt, eine Vorhersage über die Eigenschaften der wahrgenommenen Objekte zu machen und dass wir uns dafür auf bereits gemachte Erfahrungen beziehen. Deshalb brauchen wir ein Gedächtnis, in dem das Ergebnis unserer wiederholten Erfahrungen gespeichert ist. Dies deutet ebenfalls auf die Phase des Kern-Selbst hin, wo das Selbst als etwas Kontinuierliches erlebt wird, und dadurch entwickelt sich seinerseits das Gedächtnis wieder weiter. Rückblickend auf die in Kap. 2.3. angeführte Hierarchie, verlangt die *Gewahrwerdung* höhere Funktionsebenen, die die Entwicklung von Abstrahierung und Symbolisierung möglich machen. Die erforderlichen Fähigkeiten

Tabelle 1: Erforderliche Funktionen für Kontakt und ihre Verfügbarkeit

Elemente der ersten Bedingung	Maximale Funktionen, die dafür erforderlich sind	Verfügbar ab der Phase des
Sich öffnen	Gut funktionierende Sinnesorgane Aufnahme von Sinnesreizen (auf der Ebene der Organe und des zentralen Nervensystems)	auftauchendes Selbst
Unterschwellige Wahrnehmung der Veränderung des Erlebensfeldes des anderen	Unterscheidung von verschiedenen Reizen	auftauchendes Selbst
Wahrnehmung der Veränderung des Erlebensfeldes des anderen	Bewusstsein des Getrennt-Seins	Kern-Selbst
Geteiltes Bewusstsein	Bewusstsein des Teilens von gemeinsamen Erfahrungen mit Anderen Symbolisierung und Bedeutung herstellen	subjektives Selbst (verbales Selbst) ¹⁰
Prä-reflexives Bewusstsein	Beobachtung + Intentionalität: Gezieltes Handeln und Bewusstsein des Getrennt-Seins	Kern-Selbst

Tabelle 2: Erforderliche Funktionen für Wahrnehmung und ihre Verfügbarkeit

Elemente der sechsten Bedingung	Maximale Funktionen, die dafür erforderlich sind	Verfügbar ab der Phase des
Wahrnehmung	Bewusstsein des Getrennt-Seins	Kern-Selbst
Interaktion	Erleben von Akzeptanz und Empathie Bewusstsein, dass der andere Mensch eine Reaktion in einem hervorruft	auftauchendes Selbst und Kern-Selbst subjektives Selbst

tauchen in der Phase des *subjektiven Selbst* auf, wenn das Kind wahrzunehmen beginnt, was die Bezugsperson ihm anbietet – wie beispielsweise Empathie –, und kommen in der Phase des *verbalen Selbst* voll zur Entfaltung, wenn nämlich die Entwicklung gemeinsamer Bedeutungen ebenso wie verbale Symbolisierung möglich werden.

(3) In seiner Definition von existenziellem Kontakt inkludiert Prouty *prä-reflexives Bewusstsein*, das sich durch eine *Vorwärtsbewegung*, das heißt *Intentionalität*, und *Beobachtung* kennzeichnet. Dieses ist aus folgenden Gründen der Phase des *Kern-Selbst* zuzuordnen. Für die Fähigkeit zur Beobachtung braucht der Mensch gut funktionierende Sinnesorgane, aber darüber hinaus ist Beobachtung auch eine gezielte Aktivität. Intentionalität ist eine Orientierung zum Anderen und zur Welt hin und verlangt, dass man sich als von ihnen getrennt erleben kann. Über beide Funktionen verfügt der Mensch ab dem zweiten Lebensmonat. Im Vergleich erfordert ein *reflexives* Bewusstsein die Fähigkeit, über sich selbst und über die eigene Lebensgeschichte nachzudenken, und dafür müssen Symbolisierung und die Herstellung von Bedeutung möglich sein. Somit kann es der Phase des *verbalen Selbst* zugeordnet werden.

(4) De Haas betont die Verbindung von *Kontakt* und *Interaktion*. Letzterer Begriff impliziert, dass die beiden Teilnehmer einander *beeinflussen*. Die sechste Bedingung verlangt, dass der Klient das Angebot an Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung wahrnimmt, damit eine Persönlichkeitsveränderung möglich wird, das heißt, er muss für den Einfluss des Therapeuten offen sein. Unterschwellige Wahrnehmung oder Wahrnehmung dieses Einflusses, das heißt der Auswirkung von der Empathie und der Akzeptanz der Bezugspersonen, wird bereits in der Phase des *auftauchenden*

Selbst und des *Kern-Selbst* möglich, wenn die Entwicklung eines getrennten Selbstempfinden voranschreitet. Die Beschreibung der Entwicklung eines gemeinsamen Erlebens deutet jedoch darauf hin, dass die Phase des *subjektiven Selbst* erreicht werden muss, damit der Mensch sich der empfangenen Empathie und Akzeptanz gewahr werden kann, – im Sinne von Rogers' Definition von Gewährerdung –, denn dann entsteht auch die Gewährerdung, dass der Andere getrennt von einem selbst funktioniert und erlebt. Damit der Klient über die Implikationen einer solchen Beziehung nachdenken kann, muss er die Ebene des *verbalen Selbst* erreicht haben.

Die Implikationen für Psychotherapie

Nun stellt sich die Frage, inwiefern die oben stehenden Ausführungen für die psychotherapeutische Arbeit von Interesse sein können. Meines Erachtens lassen sich dabei zwei Ebenen unterscheiden. Einerseits kann dieses Wissen zu einem besseren Verständnis der Bedeutung der Beziehung für die Persönlichkeitsentwicklung beitragen und andererseits auch zu einer besseren Beziehungsgestaltung bei jedem einzelnen Klienten, indem das therapeutische Angebot auf den individuellen Stand der Wahrnehmungs- und Kontaktfähigkeit des Klienten abgestimmt werden kann.

¹⁰ Die Stufe des „verbalen Selbst“ ist dafür nicht unbedingt erforderlich, da Symbolisierung und Bedeutungsherstellung nicht unbedingt einer verbalen Fähigkeit bedarf, wie sich beispielsweise im Falle gehörloser Kinder zeigt; das Verbalisieren fördert lediglich die Abstrahierungsfähigkeit.

Die angeführten Erkenntnisse über die Entwicklung von Kontakt und Wahrnehmung betonen noch einmal die Wichtigkeit der Bezo-genheit und der Beziehung für die Entwicklung und das Wachstum des Menschen. Auch wenn manche der für Wahrnehmung und Kontaktaufnahme erforderlichen Fähigkeiten angeboren sind, ist dennoch eine externe Reizquelle notwendig, damit das angeborene Potenzial zur vollen Entfaltung kommen kann. Ein weiterer wesentlicher Faktor dabei ist die ständige Wiederholung dieser Interaktionserfahrungen, damit ihre Integration stattfinden kann. Dies gilt sowohl für die Entwicklung des Menschen generell als auch für den therapeutischen Prozess. So wie in den ersten Jahren unseres Lebens die Bezugspersonen unsere ständig fließenden Reizquellen sind, so ist dies in der therapeutischen Beziehung der Therapeut. Ihr Einfluss zeigt sich sowohl auf einer quantitativen als auch qualitativen Ebene. Gabbard (2000), der eine „neurobiologische Sicht auf Psychotherapie“ anbietet, berichtet von Forschungsergebnissen, die andeuten, dass das, was auch immer genetisch bestimmt ist, nicht nur auf die Art der Reize reagiert, sondern diese auch beeinflusst: „Die genetische Veranlagung des Menschen hat auch einen Einfluss auf die Qualität des Umgangs anderer mit ihm, und diese Entwicklungsförderung von seinen Eltern und anderen Menschen in seinem Umfeld kann wiederum die weitere Ausformung des Genoms beeinflussen“ (ebd., 118). Das bedeutet, dass das soziale Verhalten der Eltern (und des Therapeuten) auch von der Seinsweise des Kindes (und des Klienten) sowie ihrer Wahrnehmung dieser Seinsweise und ihrer Erwartungen daran bestimmt wird; und das beeinflusst wieder diese Seinsweise. Unter diesem Gesichtspunkt werden Interaktionen zu einem tausendfach reflektierenden „Spiegelsaal“, wo Ursache und Wirkung nicht mehr so einfach unterschieden werden können“ (ebd.)

Ausführlichere Überlegungen darüber, was diese Sichtweise für das Verständnis der therapeutischen Beziehung bedeuten könnte, würden genügend Stoff für zahlreiche weitere Artikel geben. Hier sei nur gesagt, dass dadurch die Bedeutung der Beziehung für die Persönlichkeitsentwicklung durch diese Erkenntnisse lediglich noch mehr bestätigt wird und dass Anlass zur Vermutung besteht, dass diese Wichtigkeit noch viel weiter reichen könnte, als bisher angenommen wurde.

Die Beziehungsgestaltung kann insofern von diesen Überlegungen profitieren, als der Grad der Wahrnehmungs- und Kontaktfähigkeit des Klienten den Psychotherapeuten feinfühlicher und genauer in der Anpassung seiner Vorgangsweise in jeder einzelnen therapeutischen Beziehung macht. Dies ist insbesondere wichtig in der Arbeit mit Klienten mit geistigen Behinderungen, Dissoziationen und Persönlichkeitsstörungen sowie auch Psychosen. Auch wenn die klientenzentrierte Therapietheorie die drei Grundhaltungen des Therapeuten für ausreichend hält, so ist doch auch dort bekannt, dass bei diesen Gruppen von Klienten eine Feinabstimmung des therapeutischen Beziehungsangebots für den Erfolg der Therapie wesentlich ist.

Abschließend lässt sich sagen, dass die geringe Aufmerksamkeit, die der ersten und sechsten Bedingung bisher geschenkt wurde, nicht gerechtfertigt ist. Eine tiefere Erörterung der Implikationen dieser Bedingungen gibt uns Informationen darüber, wie die dritte, vierte und fünfte Bedingung (Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie) geartet sein müssen, um die erste (psychologischer Kontakt) und die sechste (Wahrnehmung der drei Bedingungen) möglich zu machen und zu fördern. So beeinflusst in der Beziehung der Klient durch seine Seinsweise den Therapeuten in seiner Vorgangsweise und der Therapeut mit seiner Vorgangsweise die Seinsweise des Klienten: „ein tausendfach reflektierender Spiegelsaal“.

Literatur

- Biermann-Ratjen E. M. (1996), Entwicklungspsychologie und Störungslehre, in: Boeck-Singelmann, C./ Ehlers, B./ Hensel, Th./ Kemper, F./ Monden-Engelhardt, C. (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen . Bd. I. Grundlagen und Konzepte, Göttingen (Hogrefe), 9–28
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2002), Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts, in: Keil, W.W./ Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien/New York (Springer), 123–146
- Binder, U./ Binder, J. (2001), A theoretical approach to empathy, in: Haugh, S. / Merry, T. (Eds.), Rogers' therapeutic conditions: Vol 2: Empathy, Ross-on-Wye (PCCS Books), 163–191
- Bischof, N. (1996), Das Kraftfeld der Mythen. Signale aus der Zeit, in der wir die Welt erschaffen haben. München (Piper)
- Gabbard, G. O. (2000), A neurobiologically informed perspective on psychotherapy, in: British Journal of Psychiatry 177, 117–122
- Goleman, D. (1999), Emotionale Intelligenz, München-Wien (Carl Hanser) [Orig.: Emotional Intelligence, New York (Bantam Books) 1994]
- Haas de, O. (1991), Psychotherapeutisch intervenieren binnen de Klientgerichte benadering, In: Swildens, H./ Haase de, O./ Lietaer, G./ Van Balen, R. (Eds.) Leerboek Gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering, Utrecht (De Tijdstroom), 355–376
- Kelley, E. C. (1955), Education in communication, in: Etc., Summer 1955, 12, 248–256
- Merleau-Ponty, M. (1962), The phenomenal field, in: Honderich, T. (Ed.), The phenomenology of perception, London (Routledge), 60
- Oerter, R./ Montada, L. (1987), Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. München-Weinheim (Psychologie Verlags Union). 21987

- Prouty, G. F. (1994), Theoretical evolutions in Person-centered/Experiential Therapy. Applications to schizophrenic und retarded psychoses, Westport (Praeger)
- Prouty, G. F./Pörtner, M./van Werde, D. (1998), Prä-Therapie, Stuttgart (Klett-Cotta)
- 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 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
- Stern, D. (1992), Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart (Klett-Cotta) [Orig.: The interpersonal world of the infant, New York (Basic Books) 1985]
- Warner, M. (2002), Psychological Contact, Meaningful Process and Human Nature. A Reformulation of Person-Centered Theory, in: Wyatt, G., Sanders, P. (2002), Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Contact and Perception, Vol. 4, Ross on Wye (PCCS-Books), 76-95

Autorin:

Elisabeth Zinschitz, 1959, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis mit Schwerpunkt auf Behinderung und Trauma; Supervisorin für BehindertenbetreuerInnen, Frühförderung und Elternberatung im Behindertenbereich, Leitung eines Kinderschutzzentrums und Übersetzung verschiedener Artikel und Bücher; mehrere Artikel über Psychotherapie mit behinderten Menschen, Vorträge und Workshops über Behindertenarbeit und Prä-Therapie.

Korrespondenzadresse:

*Elisabeth Zinschitz
Stiftgasse 15-17/4
A-1070 Wien
E-Mail: e.zinschitz@chello.at*

Ludwig Teusch

Personzentrierte Angstforschung: Störungsbezogenes Vorgehen und Ergebnisse

Zusammenfassung: Die Entwicklung und Ergebnisse der Essener Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung zur Behandlung von Panik und Agoraphobie werden vorgestellt. In Anlehnung an das Phasenmodell von Swildens wurde ein manualgeleitetes therapeutisches Vorgehen entwickelt. In Therapie- und Verlaufsstudien wurde nachgewiesen, dass die Gesprächspsychotherapie effektiv die Leitsymptomatik Panik und Agoraphobie und die den Angststörungen zugrunde liegenden Persönlichkeitsdefizite vermindert. Therapietheoretisch hervorzuheben ist, dass nachgewiesen werden konnte, dass die Gesprächspsychotherapie über eigene Wirkmechanismen zur Angstreduktion führt. Verglichen mit einer Kombination aus Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation reduziert ausschließliche Gesprächspsychotherapie besonders nachhaltig die übergroße Hilfsbereitschaft, die körperliche Affektresonanz und die subjektive Stressbelastung. Im Anschluss an die Gesprächspsychotherapie nehmen die Therapieeffekte noch weiter zu. Diese „Nachbesserung“ im Katamnesezeitraum weist auf die „aktualisierenden Tendenz“ hin.

Schlüsselwörter: Angststörungen, Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Prozess- und Ergebnisforschung

Résumé: Recherches centrées sur la personnes des troubles anxieux: procédures spécifiques et résultats. L'auteur présente les résultats du Groupe de travail de recherche d'Essen sur la psychothérapie centrée sur la personne pour le traitement de la panique et de l'agoraphobie. Suivant l'exemple du modèle des phases de Swildens un guide décrivant la procédure thérapeutique a été développé. A travers des études de thérapies et de leur évolution, il a été démontré que la psychothérapie centrée sur la personne réduit efficacement les déficit de personnalité qui sont à l'origine de la symptomatique de la panique, de l'agoraphobie et de l'anxiété. Il convient de souligner au niveau de la théorie de la thérapie qu'il a pu être prouvé que la psychothérapie centrée sur la personne réduit les peurs par des mécanismes d'action propres. Comparé avec une combinaison de psychothérapie centrée sur la personne et de confrontation avec les stimuli négatifs dans le cadre d'une thérapie comportementale, la psychothérapie centrée sur la personne seule, réduit de manière particulièrement durable la soumission excessive, la résonance corporelle des affects et le stress subjectivement ressenti. Les effets de la thérapie augmentent encore après la fin d'une psychothérapie centrée sur la personne. Cette « amélioration » pendant la période d'après la thérapie illustre bien la « tendance à l'actualisation ».

Mots clés: troubles liés à la peur, psychothérapie centrée sur la personne axée sur les peur, recherche sur le processus et les résultats

Die „Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung“ in Essen

Die Behandlung von Patienten mit Angststörungen ist seit jeher eine Domäne der Gesprächspsychotherapie. Lange wurden systematische störungsbezogene Konzepte für entbehrlich, wenn nicht sogar – mit Blick auf den unvoreingenommenen, ganz an den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen orientierten Therapeuten – für schädlich gehalten (Finke/Teusch 2002). Störungsbezogene Überlegungen finden sich allerdings bereits früh in Berichten über die Arbeit mit schizophrenen Patienten, etwa von Gendlin (1964). In den letzten 15 Jahren wurden vor allem von Swildens (1991),

Sachse (Sachse/Maus 1991), Finke (1994) und Teusch (1986) systematische störungsbezogene Konzepte für fast alle psychiatrischen Störungen vorgestellt. Die von der Essener „Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung“ entwickelten Konzepte reichten bis hin zu Gesprächspsychotherapie-Manualen. Einen Schwerpunkt bildeten Untersuchungen zur Panik und Agoraphobie. Systematische Therapie- und Verlaufsstudien zeigten, dass Panikattacken, Agoraphobie und die damit einhergehende Depressivität im Verlauf einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung signifikant abnehmen und dass es über eigene Wirkmechanismen zu charakteristischen Änderungen auf der Persönlichkeitsebene kommt (Teusch/Finke 1999). Im vorliegenden Beitrag sollen die Ergebnisse und

der Weg unserer Forschung und die daran in besonderem Maße beteiligten Personen vorgestellt werden. Ohne deren engagiertes Zusammenwirken wäre eine empirische Forschung entgegen dem kognitiv-behavioralen oder biologisch orientierten Mainstream und auch dem „störungsfeindlichen“ Mainstream der gesprächspsychotherapeutischen Bewegung nicht möglich gewesen.

Die Untersuchungen wurden in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Essen durchgeführt. Der Psychotherapiebereich, in dem die Behandlung erfolgte, liegt in einer Parklandschaft am Stadtrand von Essen. Hier erfolgten keine Akutaufnahmen, sondern geplante Aufnahmen nach ambulantem Screening hinsichtlich der Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

Durch Jobst Finke, einen der beiden leitenden Oberärzte, wurde 1974 die gesprächspsychotherapeutische Orientierung in die Klinik getragen. Ab 1986 kam mit dem Verfasser ein zweiter Gesprächspsychotherapeut als Oberarzt in die Abteilung, so dass die therapeutische Leitung von einer personenzentrierten Einstellung geprägt wurde. Die Mitarbeiter wurden personenzentriert ausgebildet und auf ein entwicklungsförderndes Klima Wert gelegt (Finke/Teusch 1986; Finke 1992).

Die Gesamtleitung der Psychiatrischen Universitätsklinik wurde 1987 von Markus Gastpar übernommen. Er war psychotherapeutischen wie biologischen Forschungsansätzen verpflichtet, legte großen Wert auf empirische Forschung und stellte die hierfür notwendige Infrastruktur bereit. Hildegard Böhme, eine gesprächspsychotherapeutisch und verhaltenstherapeutisch erfahrene Diplompsychologin, wurde für wissenschaftliche Aufgaben freigestellt und übernahm mit der ihr eigenen Energie die Begleituntersuchungen einschließlich umfangreicher Katamnesen sowie die methodische Aufbereitung der Ergebnisse.

In diese Zeit fiel ein Paradigmawechsel in Diagnostik und Therapie angstneurotischer Störungen. An die Stelle des psychoanalytischen Paradigmas traten methodenoffene diagnostische Konzepte. Angesichts der Erfolge der Psychopharmakotherapie und der Reizkonfrontation bei der Panikstörung mit Agoraphobie lag die erste Herausforderung darin, die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei diesen Patienten nachzuweisen. Grawe (1976) und Plog (1976) hatten bereits viele Jahre zuvor bei Patienten mit gemischten Angststörungen eine mit verhaltenstherapeutischen Strategien gleichwertige hohe Effektivität der Gesprächspsychotherapie nachweisen können. Allerdings war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht unterschieden worden zwischen spezifischen Angststörungen, und die Behandlung war noch nicht mit der Reizkonfrontation durchgeführt worden, die sich später als besonders effektiv erwies.

In unserer ersten Studie mit naturalistischem Design wurde eine unausgelesene Stichprobe von Patienten einbezogen. Von diesem Vorgehen ist eine besonders hohe klinische Relevanz bzw. Versorgungsrelevanz zu erwarten, da die für randomisierte Studien notwendigen Ein- und Ausschlusskriterien entfallen. Wir haben stationär behandelte Patienten mit Panik und Agoraphobie

bei Aufnahme und Entlassung sowie nach einem Jahr untersucht (Teusch/Böhme 1991). Wir waren natürlich sehr gespannt, wie sich unsere Behandlung langfristig auf der Symptomebene, also auf die phobischen Symptome auswirkt, zumal unser Augenmerk stärker den innerpsychischen und zwischenmenschlichen Veränderungen gegolten hatte. Wir waren insofern skeptisch, als uns vereinzelte spontane Rückmeldungen von Patienten nach der Entlassung fast ausschließlich auf erneut aufgetretene Angstzustände aufmerksam gemacht hatten. Umso erfreuter waren wir über die Ergebnisse: Es kam zu einer hochsignifikanten Abnahme der Panikattacken und der Agoraphobie im Behandlungsverlauf und, was noch wichtiger war, die Ergebnisse blieben im Jahr nach der Entlassung stabil. Wir waren also glücklicherweise dem „bias“ aufgesessen, dass sich unzufriedene Patienten eben häufiger melden, als erfolgreiche Patienten.

Die Entwicklung eines Gesprächspsychotherapie-Manuals

Bei der Präsentation dieser Ergebnisse auf Fachtagungen und in wissenschaftlichen Zeitschriften wurde deutlich, dass es nicht ausreicht, auf die gesprächspsychotherapeutischen Grundprinzipien zu verweisen, sondern dass das therapeutische Vorgehen bei Angststörungen detailliert beschrieben werden muss. Änderungen im klinikinternen Ausbildungscurriculum machten es zudem notwendig, die Therapeuten – überwiegend Assistenzärzte ohne längere psychotherapeutische Vorbildung – in kurzer Zeit einzuarbeiten. Vor diesem Hintergrund entwickelten wir ein kurzgefasstes Gesprächspsychotherapie-Manual für die Behandlung von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie (Teusch/Finke 1995). Dieses Manual bündelt in erster Linie die Erfahrungen aus der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung vieler Angstkranker i. S. einer „bottom up“-Entwicklung.

Es fußt auf entwicklungspsychologischen Konzepten, die aufgrund der Behandlung (Finke 1994; Teusch/Finke 1995) einschließlich systematischer Therapie-Transkriptstudien (Speierer 1994) gewonnen wurden. Sie lassen – idealtypisch – bei Agoraphobiepatienten eine unzureichende Selbständigkeitsentwicklung erkennen. Durch einen Mangel an elterlicher Empathie gegenüber den Bedürfnissen des Kindes und vor allem durch mangelndes Akzeptieren und Anerkennen von Selbstständigkeitsregungen bleibt die Entwicklung zur Autonomie unvollständig. Das Selbstbild ist gekennzeichnet durch mangelndes Vertrauen in die eigenen Kräfte und das Selbstideal durch Wünsche nach Beherrschtheit, Kontrolliertheit und Unabhängigkeit (Speierer 1994). Die Betroffenen suchen Schutz und Geborgenheit und befürchten vor allem verlassen zu werden und Einsamkeit. Die Ambivalenz zwischen Autonomie und Abhängigkeitsbestrebungen wird als Grundlage für die Entstehung von Panik und Agoraphobie angesehen. Auslöser sind aktuelle

Spannungen oder Konflikte im Zusammenhang mit phantasierter, drohender oder realer Trennung.

Gestützt auf diese entwicklungspsychologischen Überlegungen und auf die Erfahrungen in der therapeutischen Begegnung mit zahlreichen Agoraphobiepatienten wurde für die jeweiligen Therapiephasen ein schrittweises Vorgehen entwickelt, mit unterschiedlichen Schwerpunkten in der Symptomphase, der Beziehungs- und Konfliktphase und der Abschiedsphase in Anlehnung an die Phaseneinteilung nach Swildens (1991). In der Symptomphase liegt der Schwerpunkt auf dem geduldigen und differenzierenden Umgang mit dem Angsterleben. Eine akzeptierende Haltung und ein differenziertes Spektrum von Interventionen sollen dem Patienten in dieser Phase helfen, seine erlebten Symptome zu „entkatastrophieren“, ihn bei den von ihm selbst ausgehenden Schritten zur Angstbewältigung zu ermutigen – allerdings ohne irgend eine Form der Expositionsinstruktion – und ihn auch für Zusammenhänge zwischen Angstsymptomen und seelischen Belastungen zu sensibilisieren. Viel zu früh verweisen konfliktzentrierte Therapeuten auf eine verhaltenstherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung, wenn der Patient darauf beharrt, er sei nur körperlich krank, ihm drohe wirklich ein Herzinfarkt, oder seine massiven Schwindelgefühle und die Angst umzukippen seien Folge von Schädigungen des Gleichgewichtsinns. Ein geduldiges, intensives Eingehen auf das Symptomerleben ist in dieser Phase die vertrauensbildende Voraussetzung für die weitere Therapie. Sie ist damit auch in besonderer Weise adaptiert auf Patienten mit diesen Störungen und insofern besonders person- bzw. patientenzentriert.

Natürlich kann ein gesprächspsychotherapeutisches Manual keine strikte und starre Behandlungsanweisung sein. Vielmehr beschreibt es Phasen, die viele Patienten im Therapieverlauf durchleben mit charakteristischen inhaltlichen und therapietechnischen Schwerpunkten in der Symptomphase, der Beziehungs- und Konfliktphase und der Abschiedsphase (Teusch/Finke 1995). Es soll dem Therapeuten helfen, den Patienten möglichst umfassend wahrzunehmen und charakteristische Klippen in der therapeutischen Beziehung wahrzunehmen und zu umschieben.

Behandlungssettings

Die Behandlung von Patienten mit schweren, z.T. chronischen Angststörungen erfolgte stationär in unterschiedlichen Settingbedingungen:

Setting GPT: Gesprächspsychotherapie nach dem Manual von Teusch und Finke (1995). Sie wurde als Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt, ergänzt um Körpertherapie und Gestaltungstherapie. Die Behandlung erfolgte in gemischten Neurosegruppen. Die Supervision erfolgte durch Jobst Finke.

Setting GPT+EXP: Zusätzlich zum Setting GPT wurde eine verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation nach dem Manual von

Mathews, Gelder und Johnston (1988) durchgeführt in einem räumlich getrennten Bereich der Klinik. Ziel war es, durch eine Kombination von Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation die Ergebnisse weiter zu verbessern. Nachdem der Verfasser bei Isaak Marks am Institut of Psychiatry in London die Expositionstherapie (Marks 1987) gewissermaßen an der Quelle aufgesogen hatte, begannen wir mit dem Aufbau des kombinierten Therapieprogramms. Die Supervision erfolgte durch den Verfasser.

Nach Etablierung der beiden Programme führten wir eine prospektive randomisierte Studie durch, in der Angstpatienten nach dem Zufallsprinzip in die ausschließliche Gesprächspsychotherapie oder in das Angstspezialprogramm mit Gesprächspsychotherapie und Reizkonfrontation kamen. Unsere Arbeitshypothese war, dass die kombinierte Behandlung der Monotherapie überlegen sei. Vor allem der Verfasser und sein Team waren von deren Überlegenheit überzeugt.

Die Ergebnisse waren für uns überraschend: Wir fanden auf der Symptomebene eine signifikante Abnahme der Panik und der agoraphoben Vermeidung ohne wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Settingbedingungen. Diese Besserung hielt auch ein Jahr nach Ende der Therapie an und es kam sogar zu einer leichten „Nachbesserung“ im Katamnesezeitraum (Teusch 1995; Teusch/Böhme/Gaspar 1997; Teusch/Finke 1999). Ohne eine Anleitung oder ein Training zur Angstbewältigung war es über das personenzentrierte Beziehungsangebot zu einer dramatischen Abnahme der Angstsymptomatik gekommen. Fast alle Patienten konnten ihren Lebensradius wieder erweitern und völlig oder zumindest weitgehend frei von Panik leben. Was hat ihnen geholfen? Auch wenn wir nicht über systematische Studien verfügen über die Beziehung zwischen therapeutischen Bedingungen, Abnahme der Inkongruenz und Änderungen auf Symptomebene können wir zumindest Vermutungen anstellen. Wir denken, dass eine akzeptierende, haltgebende Zuwendung besonders wichtig war angesichts der subjektiv oftmals existenziell bedrohlich erlebten Symptome und angesichts ausgeprägter Harmoniewünsche der Betroffenen. Wichtig war sie auch hinsichtlich ihrer verborgenen Autonomiewünsche, die sich zunächst oft nur in dem Beharren auf einem Somatogenese-konzept zeigten, später auch in anfangs verborgenen Unabhängigkeitsphantasien. Verstehende Interventionen, insbesondere das selbstkonzeptbezogene Verstehen, erleichterten die Sensibilisierung für Zusammenhänge zwischen körperbezogenen Angstsymptomen und Inkongruenz (Teusch/Degener 1990; Teusch 1991).

Um messbare Aufschlüsse über den therapeutischen Prozess zu gewinnen, haben wir das Expositions-konzept des Patienten mit einer 99mm-visuelle Analogskala gemessen. Darin hat der Patient die Aufgabe, auf einer Skala, die von 1 bis 99 reicht, zu markieren, wo er sich aktuell zwischen den Polen: „*Ich setze mich angstbesetzten Situationen immer aus*“ versus „*Ich setze mich angstbesetzten Situationen nie aus*“ befindet. Es zeigte sich, dass das Expositions-konzept nicht entscheidend für die Abnahme von Panik und Agora-

phobie war, wie von Marks (1987) postuliert wurde, sondern dass die Gesprächspsychotherapie über andere Prozesse zur Angstreduktion führte (Teusch/Böhme, 1999). Wir konnten zeigen, dass die Bereitschaft des Betroffenen, sich angstbesetzten Situationen auszusetzen, unterschiedlich ist, je nach dem ob eine rein gesprächspsychotherapeutische Behandlung, eine kombinierte Behandlung oder eine rein verhaltenstherapeutische Behandlung erfolgte. Hierzu wurden die Ergebnisse von Hand/Angenendt/Fischer/Wilke 1986 aus einer vergleichbaren Population herangezogen. Interessanterweise übernahmen die Patienten, die an der kombinierten Therapie teilnahmen, das Expositions-konzept entsprechend den Patienten der „reinen“ Verhaltenstherapie.

Für die Gesprächspsychotherapeuten waren natürlich die Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene von besonderem Interesse. Sie wurden mit dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI) und dem Giessen-Test erfasst: Neben vielfältigen Verbesserungen, etwa einer Zunahme der Lebenszufriedenheit und einer Abnahme der sozialen Rückzugstendenz in beiden Behandlungsgruppen, kam es speziell bei ausschließlicher Gesprächspsychotherapie zu differentiellen Änderungen, wie in Blick auf die Effektstärken besonders eindrucksvoll zeigt: Ausschließliche Gesprächspsychotherapie führt dazu, dass die eigenen Bedürfnisse besser erkannt und geschützt werden. Die überstarke Hilfsbereitschaft (Soziale Orientierung) nimmt signifikant stärker ab und damit auch die subjektive Überbeanspruchung und die körperliche Affektresonanz im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Die Monotherapie, in der Betroffene und Therapeuten gewissermaßen alles auf die „Karte Gesprächspsychotherapie“ setzen, zeigt ungeahnte Power (Teusch/Böhme/Finke 2001). Weiterhin zeigte sich, dass die Soziale Akzeptanz (Giessen-Test) nach „reiner“ Gesprächspsychotherapie nur langsam zunahm, bei zusätzlicher Reizkonfrontation jedoch rasch und anhaltend. Die Interpretation liegt nahe, dass die Exposition die Erwartungen der Außenwelt erfüllt, „gegen die Angst anzugehen“ und infolge dessen rasch dazu führt, sich sozial akzeptiert zu fühlen, während der gesprächspsychotherapeutisch angestoßene Prozess erst verzögert zur positiven sozialen Resonanz führt.

Diese in der stationären Psychotherapie gewonnenen Ergebnisse sollten im ambulanten Setting repliziert werden. Sie sind ermutigend, belegen sie doch die hohe und spezifische Wirksamkeit bei einer schweren, unbehandelt meist zur Chronifizierung führenden Angststörungen.

Literatur

- Finke, J. (1992), Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie, in: *Psycho* 12, 848-855
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J./Teusch, L. (1986), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie in: *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 5, 361-366
- Finke, J./Teusch, L. (2002), Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.) *Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie*, Wien/New York (Springer), 147-162
- Gendlin, E. T. (1964), Schizophrenia: Problems and methods of psychotherapy, in: *Review of Existential Psychology* 4, 168
- Grawe, K. (1976), *Differentielle Psychotherapie I*, Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- Hand, I./Angenendt J./Fischer, M./Wilke C. (1986), Exposure in-vivo with panic management for agoraphobia: Treatment rationale and long-term outcome, in: Hand, I./Wittchen, H. U. (Eds) *Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatments*, Berlin/Heidelberg/New York (Springer), 104-127
- Marks, I. M. (1987), *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety, and their disorders*, Oxford/New York (Oxford University Press)
- Mathews, A./Gelder, M./Johnston, D. (1988), *Platzangst. Ein Übungsprogramm für Betroffene und Angehörige*, Berlin/Heidelberg/New York (Springer)
- Plog, U. (1976), *Differentielle Psychotherapie II*, Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- Sachse, R./Maus, C. (1991), *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart/Berlin/Köln (Kohlhammer)
- Speierer, G. W. (1994), *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*, Heidelberg (Asanger)
- Swildens, H. (1991), *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*, Köln (GwG-Verlag)
- Teusch, L. (1991), Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*, Heidelberg (Asanger), 45-57
- Teusch, L. (1986) Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten, in: *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 5, 391-398
- Teusch, L. (1995), *Gesprächspsychotherapie in Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Panikstörung mit Agoraphobie – Grundlagen und klinisch-experimentelle Überprüfung*, Universität Essen (Habilitationsschrift)
- Teusch L./Böhme H. (1991), Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer Ein-Jahres-Katamnese, in: *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 41, 68-76
- Teusch, L./Böhme, H./Gastpar, M. (1997), The benefit of an insight oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 66, 293-301

- Teusch, L./Böhme, H. (1999), Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure, in: *Psychotherapy Research* 9, 1, 115-123
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J. (2001), Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung, in: *Nervenarzt* 72, 31–39
- Teusch, L./Degener, T. (1990), Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Angstkranken in einem mehr-dimensionalen Behandlungskonzept – ein Erfahrungsbericht, in: Meyer-Cording, G./Speierer, G. W. (Hg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie heute*, Köln (GwG-Verlag), 148–162
- Teusch, L./Finke, J. (1995), Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie, in: *Psychotherapeut* 40, 88–95
- Teusch, L./Finke, J. (1999), Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse, in: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 30, 4, 241–254

Autor:

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

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

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel
Grutholzallee 21
D-44577 Castrop-Rauxel
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de*

Michael Behr, Nicole Doubek, Steffi Holl

Authentizität als Einheit von Erfahrung, Selbstkonzept und Echt-Sein am Beispiel von unterrichtenden Lehrern

Zusammenfassung: Die klientenzentrierte Theorie beschreibt Authentizität als Einheit von Erfahrung, Selbstkonzept und Echt-Sein mit anderen. Drei Studien prüfen, ob es nützlich ist, Authentizität in zwei Konzepte zu unterteilen: intrapersonale Authentizität als Kongruenz von Erfahrung und Selbst, und interpersonale Authentizität als Echt-Sein mit anderen. In drei Studien werden je 30 bis 35 unterrichtende Lehrer auf ihr Echt-Sein getestet. Selbstkonzept-Maße der Lehrer zeigen niedrige Korrelationen zwischen intra- und interpersonaler Authentizität. Erleben von entweder zu wenig oder von überflutenden Emotionen prädiziert unterschiedliche Muster bei den Selbstkonzept-Maßen. Drei Subskalen für Echt-Sein in der Schule besitzen gute Inter-Rater-Reliabilität und Validität. Sie können bei pädagogischen Ausbildungen und in der Forschung eingesetzt werden.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Lehrer-Schüler-Interaktion, Authentizität, Kongruenz, Schule

Résumé: L'authenticité comme unité d'expérience, de concept de soi et d'être authentique vue à travers l'exemple d'enseignants dans l'exercice de leur fonction. La théorie centrée sur le client décrit l'authenticité comme unité d'expérience, de concept de soi et d'être authentique avec les autres. 3 études analysent s'il est nécessaire de subdiviser l'authenticité en deux concepts: l'authenticité intrapersonnelle en tant que congruence entre expérience et soi, et l'authenticité interpersonnelle en tant qu'être authentique avec les autres. L'authenticité de 30 à 35 enseignants dans l'exercice de leur fonction est évaluée dans le cadre de 3 études. La mesure du concept de soi des enseignants fait apparaître des corrélations faibles entre authenticité intra- et interpersonnelle. Le fait de ressentir trop peu d'émotions ou d'être au contraire submergé par elles relève de modèles différents au niveau des mesures du concept de soi. 3 sous-niveaux d'évaluation pour l'être authentique à l'école possèdent une bonne fiabilité inter-évaluations et validité. Elles peuvent être utilisées dans les formations pédagogiques et dans la recherche.

Mots-clés: psychothérapie centrée sur le client, interaction enseignant-élèves, authenticité, congruence, école

Die personzentrierte Theorie der Persönlichkeit und des zwischenmenschlichen Verhaltens definiert Authentizität gleichermaßen als einen Persönlichkeitstrait und als ein interaktionelles Verhalten (Rogers 1951a; 1959a). Eine authentische Person nimmt ihr Erleben weitgehend vollständig und selbstwertschätzend wahr: sie symbolisiert es im Bewusstsein etwa in Form von sprachlichen Begriffen, Imaginationen, Metaphern, organismischen Vorgängen. Dies wird in der Regel als Kongruenz bezeichnet. Darüber hinaus teilt sie sich mit ihrem Erleben vollständig und übereinstimmend anderen mit; dies wird oft Echt-Sein genannt. Die Person gilt als authentisch, wenn der intrapersonelle und der interpersonelle Aspekt eine Einheit bilden: Eine Person nimmt sich selbst gut wahr, ist also in positivem Kontakt mit sich und mit ihrem emotionalen Erleben (Kongruenz) – und sie kommuniziert auch eindeutig und vollständig, in Übereinstimmung mit ihrem Erleben (Echt-Sein). (Tausch/Tausch 1990; Lietaer 1992; Weinberger 1992; Mearns/Thorne 1996; Bier-

mann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1997; Schmid 2001; Wyatt 2001). Die Begriffe werden allerdings mit zum Teil unterschiedlichen Bedeutungsspektren verwendet: Authentizität beschreibt manchmal, vor allem in sozialwissenschaftlichen Gedankenfiguren, über das hier Definierte hinaus eine bestimmte Lebensweise bzw. Wertorientierung im Leben. Kongruenz meint manchmal auch den interpersonellen Teil von Authentizität – hier aber nicht. Echt-Sein meint manchmal nur die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Kommunikationskanälen einer Person wie z. B. Gesichtsausdruck, Tonfall, Text („Kanalkongruenz“). Wie viel von ihrem Erleben die Person mitteilt wird dann mit dem Subkonstrukt Selbstdarstellung (Self-Disclosure) erfasst. Hier meint Echt-Sein beides, was weiter unten spezifiziert wird.

Die Forschung zu förderlichen Prozessen in der Psychotherapie, Beratung, Erziehung, Seelsorge usw. bestätigt, dass Echt-Sein im Verhalten der Helferperson eine der notwendigen Bedingung für

die Wirksamkeit von Entwicklungsförderung im Rahmen interpersoneller Beziehung darstellt. Dieser Aspekt von Authentizität, also der interpersonelle, bildet im Kontext der klientenzentrierten Beratungstheorie als „Echt-Sein“ eine der drei Kernbedingungen für Beraterverhalten. Die Messung aber bereitet Probleme. Zu Forschungs-, später auch zu Trainingszwecken, wurden Skalen für ein Fremdrating der Helferson entwickelt (Rogers 1951a; Carkhuff 1969). Die Carkhuff-Skalen erlauben die Einschätzung des interpersonellen Aspektes von Authentizität, nämlich Echt-Sein, allerdings nur im Sinne von Kanalkongruenz – Selbstdarstellung wird in einer Zusatzskala erfasst. Sie wurzeln in der amerikanischen Psychotherapieforschung der 60er Jahre und wurden für den Anwendungsbereich Erziehung/Schule (Aspy/Roebuck 1972; 1974; 1975; 1977; Aspy 1972) und für den deutschen Sprachraum adaptiert (Tausch/Tausch 1990; 1991). Reliabilität und Validität all dieser Skalen erscheinen jedoch als optimierbar.

Unsere Arbeit verfolgt zwei Ziele: 1. Sie überprüft die Einheitlichkeits-Hypothese der Authentizität als intra- und zugleich interpersonelles Konstrukt. Dazu bedient sie sich des Beispiels von unterrichtenden Lehrern. Fremdratings von trainierten Beobachtern über deren Echt-Sein werden korreliert (a) mit Maßen für intrapersonelle Kongruenz als Übereinstimmung von Erfahrung und Selbstkonzept und (b) mit Selbstkonzept-Fragebogeninventaren. 2. Sie entwickelt Fremdrating-Skalen zum Echt-Sein von Pädagogen, die das Konstrukt in praktisch relevanter Weise operationalisieren und die so eine bessere Validität und Inter-Rater-Reliabilität aufweisen.

Ratingskalen für das Echt-Sein von Pädagogen

Fremdrating-Skalen zur Operationalisierung und Erfassung des Psychotherapeutenverhaltens für Echt-Sein wurden zunächst von Truax und Carkhuff (1967; vgl. auch Carkhuff 1969) formuliert und in der Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie angewandt. Bei der Übertragung der klientenzentrierten Beziehungstheorie auf den Bereich von Unterricht und Erziehung führten Aspy und Roebuck (Aspy 1972; Aspy/Roebuck 1977) extensiv Lehrertrainings durch und evaluierten unter Verwendung der Skalen von Truax und Carkhuff sowie später anhand eigener, von diesen abgeleiteter Skalen. In der Regel rateten trainierte, blinde Beobachter aufgrund von Tonbandmitschnitten von Unterrichtsstunden von jeweils 3 bis 5 Minuten Dauer das Verhalten der Lehrer. Werte über die Reliabilität der Skalen werden, gemessen an Zahl und Umfang der Studien, nur sparsam mitgeteilt. In einer Untersuchung, bei der die Carkhuff-Skalen dem Rating zugrunde lagen (Aspy/Roebuck 1972, 366), erzielten drei Rater, Trainingsdauer nicht angegeben, eine Übereinstimmung (offenbar der Mittelwerte) von $r = .76$. Aspy formulierte dann eine eigene Skala zum Echt-Sein, um dem Untersuchungsfeld Schule und dem Material (Tonbandmitschnitte) gerechter zu werden

(Aspy 1972, 69–80). Er operationalisierte Echt-Sein dahingehend, dass eine spontane, natürliche Konversation betreibende Stimme hörbar werden sollte, im Gegensatz zu einer „school-teacher’s-voice“, die eher rituell, rollengebunden, mechanisch wirkt. Auf einer 5er Skala kann der jeweilige zeitliche Anteil abgestuft werden. Es fand sich eine Interrater-Reliabilität von „above .85“ (Roebuck/Aspy 1974). Aspy und Roebuck (1975, 218) beschreiben dann noch ein Verfahren, nachdem ihre Rater solange trainiert wurden, bis sie mit mindestens $r = .85$ mit zuvor erfolgtem Experten-Rating übereinstimmen.

Im deutschen Sprachraum wurde von Tausch und Tausch eine Operationalisierung und Skalierung des Merkmals Echt-Sein vorgelegt, die gleichermaßen bei Studien zur Psychotherapie und im Bereich Unterricht und Erziehung verwandt wurde (Tausch/Tausch 1990; 1991). Sie umschreibt das Merkmal Echt-Sein anhand von 12 kurzen Sätzen (Beispiele: „Eine Person sagt das, was sie denkt und fühlt. Sie gibt sich so, wie sie wirklich ist. Sie ist aufrichtig und heuchelt nicht.“). Auf einer 5er Skala kann der Grad der Ausprägung abgestuft werden. Bei der Anwendung dieser Praxisfeld-unspezifischen Skala auf Transkripte von Unterricht erzielten Höder/Tausch/Weber (1979, 234) eine Interrater-Übereinstimmung von .61, bei der Anwendung auf je 4-minütige Tonbandmitschnitte von Unterricht erzielten Wittern/Tausch (1983, 129) Interrater-Übereinstimmungen von jeweils $>.80$, bei der direkten Beobachtung von Übungsleitern in Sportvereinen erzielten Thiel und Rossmann (1981, 155) eine Interrater-Übereinstimmungen von 88% (Koeffizient nicht erläutert). Behr/Baegerau/Drebes/Kunzner/Rupieper (1997) wandten eine Übersetzung von Carkhuff-Skalen auf Videomitschnitte von Unterrichtsstunden an und rateten 3 bis 8 Sekunden lange Ausschnitte auf den Skalen Echtheit, $r = .63$, Selbstdarstellung, $r = .28$ und Direktheit, $r = .60$. Dieses Team entwickelte daraufhin eine deutschsprachige Operationalisierung von Echt-Sein für den Bereich von Unterricht und Erziehung in Form von drei vierstufigen Subskalen, die das Konstrukt Echt-Sein in pädagogischen Beziehungen differentiell erfasst für die Bereiche Direktivität (wie echt ist die Pädagogenperson, wenn sie Macht ausübt oder abgibt), interpersonelle Nähe (... , wenn es um Nähe, Zuwendung, Beziehung geht), Inhalt (... , wenn es um den Unterrichtsgegenstand, Themen, Aktivitäten geht). Die Skalenstufen wurden jeweils mit 6 bis 10 Sätzen umschrieben. (Behr/Baegerau/Drebes/Kunzner/Rupieper 1997). Diese Skalen erbrachten bei der Anwendung auf 3 bis 8 Sekunden lange Videomitschnitte von Unterricht nach 8-stündigem Ratertraining (Studierende des Lehramtes) Interrater-Reliabilitäten von .76 für Echt-Sein bzgl. Direktivität, .34 für Echt-Sein bzgl. Nähe und .74 für Echt-Sein bzgl. Inhalt.

Mit diesen Skalen liegen nunmehr differenziertere Operationalisierungen des Konstruktes Echt-Sein im pädagogischen Bereich vor, jedoch ist die Interrater-Reliabilität zum Teil inakzeptabel, und es erscheint die Arbeit mit nur sekundenlangen Videosequenzen im Praxisfeld als unpraktikabel. Auch gibt es noch keine Validierungen.

Intra- und interpersonelle Authentizität

Das Konzept von Authentizität als Einheitlichkeit von Erfahrung, Bewusstsein und Kommunikation einer Person wurde bislang keiner empirischen Kontrolle unterzogen. Dies ist vom Erkenntnisinteresse her nachvollziehbar: Emotionen als Bestandteile des Selbst bewusst und wertschätzend erleben können gilt von je her als zentrales Ziel von Beratungsprozessen in der klientenzentrierten Theorie. Der Klient nähert sich diesem Zustand über den Prozess der Selbstexploration, welche in der Psychotherapieforschung so wie andere Zustandsmaße auf Klientenseite stets als abhängige Variable konzipiert ist. Der kommunikative Aspekt von Authentizität, nämlich Echt-Sein als eindeutige, aufrichtige, selbstoffenbarende, transparente, nicht rollengebundene, ritualisierte Äußerungen, wird stets als Berater- bzw. Therapeutenvariable und als unabhängige Variable gesetzt – und so werden die interpersonellen Bedingungen für hilfreiche Prozesse auf Klientenseite herausgearbeitet. Dieses praktische Interesse hat zur Folge, dass das theoretische Postulat des Authentizität-Konstruktes im Rahmen der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie, nämlich die Einheitlichkeit hinsichtlich der Wahrnehmung und der Kommunikation von Emotionen, bislang nicht geprüft wurde.

Ziele der Studien

Zweck der vorliegenden Arbeit ist somit zum einen, eine Operationalisierung von Echt-Sein im pädagogischen Bereich so zu optimieren, dass unter Praxisbedingungen zufrieden stellende der Interrater-Reliabilitäten erzielt werden. Dazu werden die Skalen in einer optimierten Form bei direkten Live-Unterrichtsbeobachtungen, nach unterschiedlich langen Rater-Trainings und mit verschiedenen Rater-Teams eingesetzt. Die Studien 1 und 2 dienen der Vorbereitung dieses Ziels. In Studie 3 soll dann die Einheitlichkeitsannahme des Authentizität-Konstruktes in der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie überprüft werden. Es wird der korrelative Zusammenhang zwischen (1) dem Fremdrating von Echt-Sein im Pädagogenverhalten, (2) der Kongruenz als Übereinstimmung von organismischer Erfahrung und Selbstkonzept, sowie (3) verschiedenen Selbstkonzept-Konstrukten herausgearbeitet, welche der personenzentrierten Theorie zufolge mit Authentizität korrelieren sollten. Dies sind zum Beispiel Selbstkonzept-Skalen, welche ein positives Verhältnis zu eigenen emotionalen und kognitiven Prozessen und zu positiven Selbstanteilen, etwa eigenen Fähigkeiten, beschreiben.

Aufgrund der Einheitlichkeitsannahme des Authentizität-Konstruktes hypothetisieren wir, dass sich mittlere bis starke Korrelationen zwischen diesen drei Variablen-Gruppen zeigen. Die Situation unterrichtender Lehrer sollte dabei in besonderer Weise eine hohe externe Validität sichern. Echt-Sein ist nicht nur eine

therapeutische Kernbedingung, sondern im personenzentrierten Denken auch eine allgemeine Beziehungsvariable in jedweden zwischenmenschlichen Situationen. Das Echt-Sein der Lehrperson vor der Klasse wird auf mehreren Ebenen auf eine harte Probe gestellt, da zum Teil kontrastierende Anforderungen bewältigt werden müssen wie Schülermotivierung, Erhalt der Kontrolle über die Klasse, Herstellen von Nähe und Vertrauen, effektive Vermittlung von Wissen. Wir untersuchen so Personen, die über 45 Minuten hinweg ständig herausgefordert sind, in zentralen Bereichen zwischenmenschlicher Interaktion Verhalten zu zeigen.

Studie 1

Methode

Teilnehmer: Es nahmen freiwillig und unehonoriert 15 Lehrer und 15 Lehrerinnen teil, 11 Grundschul-, 5 Hauptschul- und 14 Realschullehrer, das Durchschnittsalter betrug 37 Jahre (S.D. = 11). Die Auswahl erfolgte aufgrund der Bekanntschaft der Raterinnen mit diversen Lehrern und Schulleitern und kann als zufällig gelten. Als Rater fungierten drei Studentinnen des Lehramtes mit einem Durchschnittsalter von 22 Jahren (S.D. = 1).

Instrumente: Zur Einschätzung des Echt-Seins der Lehrperson wurden Ratingskalen verwendet, die den Skalen von Behr/Baegerau/Drebes/Kunzner/Rupieper (1997) nicht umschriebene Zwischenstufen hinzugefügt und so siebenstufige Ratings erlaubten.

Vorgehen: Es fand ein Rater-Training mit einer Dauer von insgesamt 24 Stunden statt, bei dem anhand von Videoaufzeichnungen von Unterrichtsstunden das Lehrerverhalten bezogen auf die gesamte Stunde anhand der Ratingskalen eingeschätzt wurde. Abweichungen wurden diskutiert und gemeinsame Standards festgelegt.

Danach beobachteten die Raterinnen von jedem Teilnehmer eine Unterrichtsstunde und rateten getrennt voneinander das Lehrerverhalten.

Ergebnisse und Diskussion

Die Rater-Übereinstimmung betrug zwischen je zwei Raterinnenpaaren und im Mittelwert:

Skala Echt-Sein bzgl. Macht: .84 – .85 – .91, $x = .87$

Skala Echt-Sein bzgl. Nähe: .95 – .95 – .96, $x = .95$

Skala Echt-Sein bzgl. Inhalt: .96 – .94 – .98, $x = .96$

Tabelle 1: Inter-Korrelationen der Rating-Skalen bei Studie 1

Skalen	1.	2.	3.
1. Echt-Sein bzgl. Macht		.67**	.70**
2. Echt-Sein bzgl. Nähe			.89**
3. Echt-Sein bzgl. Inhalt			

Anmerkungen: n = 30; ** p < .01 (zweiseitig)

Die Inter-Rater-Reliabilität ist sehr hoch. Tabelle 1 zeigt die Interkorrelationen der gemittelten Skalenwerte. Die zu hohen Interkorrelationen der Skalen erlauben es nicht, von unabhängigen Skalen zu sprechen.

Studie 2

Methode

Teilnehmer: Es nahmen freiwillig und unehonoriert 16 Lehrer und 14 Lehrerinnen teil, 15 Grundschul- und 15 Hauptschullehrer, das Durchschnittsalter betrug 47 Jahre ($S.D.=6$). Die Auswahl erfolgte aufgrund der Bekanntschaft der Raterinnen mit diversen Lehrern und Schulleitern und kann als zufällig gelten. Als Rater fungierten drei Studentinnen des Lehramtes mit einem Durchschnittsalter von 23 Jahren ($S.D.=1$).

Instrumente: Zur Einschätzung des Echt-Seins der Lehrerpersion wurde die schon in Studie 1 verwendete Skala Echt-Sein bzgl. Macht eingesetzt.

Vorgehen: Es fand außer einer 20-minütigen Einweisung in die Skala kein Rater-Training statt. Die Raterinnen beobachteten von jedem Teilnehmer eine Unterrichtsstunden und rateten getrennt voneinander das Lehrerverhalten.

Ergebnisse und Diskussion

Die Rater-Übereinstimmung betrug zwischen je zwei Raterinnenpaaren und im Mittelwert:

Skala Echt-Sein bzgl. Macht: $.57 - .86 - .61$, $x = .68$

Diese ohne Rater-Training erzielten Werte erbringen keine befriedigende Reliabilität und lassen so ein gewisses Training als notwendig erscheinen.

Studie 3

Methode

Teilnehmer: Es nahmen freiwillig und unehonoriert 21 Lehrer und 14 Lehrerinnen teil, 9 Grund-, 9 Haupt-, 8 Realschul- und 9 Gymnasiallehrer, mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren ($S.D.=12$) und durchschnittlich 14 Jahren Berufserfahrung ($S.D.=12$). Die Auswahl erfolgte aufgrund der Bekanntschaft der Raterinnen mit diversen Lehrern und Schulleitern und kann als zufällig gelten. Als Rater fungierten zwei 23jährige Studentinnen des Lehramtes.

Instrumente: Für die Fremdratings des Echt-Seins der Lehrerpersion wurden die Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP) eingesetzt (siehe Anhang). Dies sind die in den vorigen Studien verwandten Skalen, die in ihren Skalenstufenbeschreibungen präzisiert und optimiert wurden.

Zur Messung des intrapersonalen Merkmals Kongruenz (Übereinstimmung von organismischer Erfahrung und dem Selbstkonzept) wurden drei selbstentwickelte Selbstauskunft-Skalen mit 4 bzw. 5 Items und fünfstufiger Likert-Skala verwendet. Sie stellen eine Vorform der Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) dar (Behr/Becker 2002; Behr/Becker in Druck). Skala 1 misst die Wahrnehmung organismischer Erfahrungen der Person, Beispiel-Items: „Es ist leicht für mich, meine Empfindungen zu beschreiben.“ – „Meine Körpersignale bemerke ich schnell“, 5 Items, $r_{it} = .35$, $\alpha = .72$.

Skala 2 misst das Erleben der Person, zu wenig Gefühle zu haben, Beispiel-Item: „Ich würde gerne innerlich mehr erleben“, 4 Items, $r_{it} = .50$, $\alpha = .79$.

Skala 3 misst das Erleben der Person, von Gefühlen überflutet zu werden, Beispiel-Item: „Ich bin so voller Gefühle, dass ich mich selbst oft damit nicht ausstehen kann“, 5 Items, $r_{it} = .44$, $\alpha = .80$.

Als vierte Variable wurde ergänzend die Skala Extraversion des FDE (Bastine 1977) verwendet.

Selbstkonzept-Skalen: Es wurden verwendet

- die 8 Skalen der Frankfurter Selbstkonzept-Skalen (FSK) (Deusinger 1986),
- die 9 Skalen des Inventars zur Selbstkommunikation (ISE) (Tönnis 1986),
- der Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK) (Krampen 1991).

Vorgehen:

Es fand ein insgesamt 12-stündiges Rater-Training statt, bei dem anhand von Videoaufzeichnungen von Unterrichtsstunden das Lehrerverhalten bezogen auf die gesamte Stunde anhand der Rating-skalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP) eingeschätzt wurde. Abweichungen wurden diskutiert und gemeinsame Standards festgelegt. Dabei wurden die Skalen optimiert.

Danach beobachteten die Raterinnen Unterrichtsstunden und rateten getrennt voneinander das Lehrerverhalten. Nach der Stunde erhielten die Lehrer die Fragebogen nach Pkt. 2 und 3, die sie zuhause ausfüllten und anonym zusandten. Die Anonymität wurde durch ausschließliche Verwendung von Codes gewahrt.

Ergebnisse

Skalen-Kennwerte der REP

2 Raterinnen trainierten insgesamt 12 Stunden am Videomaterial. Bei den anschließenden Ratings während der Unterrichtsstunden erzielten sie die in Tabelle 2 berichteten Skalen-Kennwerte.

Die Interrater-Reliabilitäten sind sehr gut und ermutigen zu weiteren Versuchen mit kürzerem Ratertraining. Die Verteilung der Ratings erweist sich allerdings durchweg als rechtsschief, der Range wird nicht ausgeschöpft, wobei die unteren Skalenstufen 1 und 2 durchgängig nicht genutzt werden. Möglicherweise wird eine

Tabelle 2: Skalen-Kennwerte der Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP)

Skala	Raterin	Mittelwert	Standardabweichung	Min.	Max.	Schiefe	Kurtosis	Inter-Rater-Reliabilität
Echt-Sein bzgl. Macht	Raterin 1 ^a	5.5	1.0	3	7	-0.59	0.24	.88 ^b
	Raterin 2 ^b	5.5	0.9	3	7	-0.50	-0.72	
Echt-Sein bzgl. Nähe	Raterin 1 ^a	5.5	0.9	4	7	-1.08	0.99	.90 ^b
	Raterin 2 ^b	5.7	0.7	3	7	-0.28	0.27	
Echt-Sein bzgl. Inhalt	Raterin 1 ^a	5.5	1.0	4	7	-0.92	1.07	.89 ^b
	Raterin 2 ^b	5.7	0.8	3	7	-0.27	-0.10	

Anmerkungen: a: n=35; b: n=30

ausgeglichenerer Verteilung erzielt, wenn Studierende und Berufsanfänger einbezogen werden, die vorliegende Stichprobe bestand aus berufserfahrenen Lehrpersonen.

Für die Berechnungen der Skaleninterkorrelationen in Tabelle 3 wurde jeweils der gemittelte Wert der beiden Ratings verwendet.

Tabelle 3: Inter-Korrelationen der Rating-Skalen zum Echt-Sein bei Pädagogen (REP) bei Studie 3

Skalen	1.	2.	3.
1. Echt-Sein bzgl. Macht		.40*	.39*
2. Echt-Sein bzgl. Nähe			.62**
3. Echt-Sein bzgl. Inhalt			

Anmerkungen: n=30; * p < .05; ** p < .01 (zwei-seitig)

Die mittelhohen Koeffizienten zeigen, dass die drei Skalen nur eingeschränkt als unabhängig voneinander betrachtet werden können. Wir hatten allerdings noch höhere Koeffizienten erwartet, da es sich beim Raten weiterhin als schwierig erwies, die drei Bereiche voneinander zu trennen, auf die sich das Echt-Sein bezieht.

Im Folgenden arbeiten wir darum mit einem Gesamtrating-Score für Echt-Sein als Mittelwert der 2x3 Ratings ($r_{it} = .52, \alpha = .87$).

Die Tabellen 4 bis 6 berichten die jeweils zweiseitigen Zusammenhänge zwischen dem Fremdrating des Echt-Seins, der Kongruenz und den Selbstkonzeptmaßen.

Tabelle 4: Korrelationen der gemittelten Fremdratings für Echt-Sein mit Selbstauskunft-Maßen für Kongruenz

Maße für Kongruenz	Fremdrating der Lehrperson als echt
Gutes Wahrnehmen von organismischen Erfahrungen	.38 ^t
Erleben eines Defizits an Gefühlen	-.18
Erleben einer Gefühlsüberflutung	-.01
Extraversion (FDE)	.34 ^t

Anmerkungen: FDE = Fragebogen zur direktiven Einstellung. n=27, t = Tendenz: p < .05 (ein-seitig)

Tabelle 5: Korrelationen der gemittelten Fremdratings für Echt-Sein mit Selbstkonzept-Skalen

Selbstkonzept-Skalen	Fremdrating der Lehrperson als echt
Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE)	
Selbstzufriedenheit	.36*
Selbstunzufriedenheit	-.13
Selbstermutigung	-.23 ^t
Selbstentmutigung	-.27 ^t
Psychische Befindlichkeit positiv	.32*
Psychische Befindlichkeit negativ	.09
Positive Selbstkommunikation	.28 ^t
Negative Selbstkommunikation	-.10
Totale Selbstkommunikation	.13
Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSK)	
allgemeine Leistungsfähigkeit	.13
allgemeine Problembewältigung	-.09
Verhaltens- und Entscheidungssicherheit	.34*
allgemeine Selbstwertschätzung	.03
(wenig) Empfindlichkeit und (gute) Gestimmtheit	-.11
Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutenden anderen	.55**
(gute) Kontakt- und Umgangsfähigkeit	.32*
(Erleben von) Wertschätzung durch andere	.22
(Wenig) Irritierbarkeit durch andere	.39*
(gute) Gefühle und Beziehungen zu anderen	.28 ^t
Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)	
positives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	.41**
Internalität	.09
Sozial bedingte Externalität	-.42**
fatalistische Externalität	-.24 ^t
generalisierte (internale) Selbstwirksamkeitsüberzeugungen	.29 ^t
generalisierte Externalität	-.40**
(gute) internale vs externale Kontrollüberzeugung	.37*

Anmerkungen: Angaben in Klammer verdeutlichen die aus der Skalenbezeichnung nicht hervorgehende Polung der Skala. n=35; t = Tendenz: p < .05 (ein-seitig); * p < .05; ** p < .01 (zwei-seitig)

Tabelle 6: Korrelationen der Maße für Kongruenz mit Selbstkonzept-Skalen

<i>Selbstkonzept-Skalen</i>	<i>Gutes Wahrnehmen von organismischen Erfahrungen</i>	<i>Erleben eines Defizits an Gefühlen</i>	<i>Erleben einer Gefühlsüberflutung</i>	<i>Extraversion (FDE)</i>
Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE)				
Selbstzufriedenheit	.44*	-.31	-.42*	.51**
Selbstunzufriedenheit	.21	-.02	.26	.02
Selbstermutigung	-.28	-.02	-.06	-.05
Selbstentmutigung	.02	-.19	.33*	-.09
Psychische Befindlichkeit positiv	.51**	-.54**	-.49**	.53**
Psychische Befindlichkeit negativ	.01	-.25	.50**	.06
Positive Selbstkommunikation	.44*	-.45**	-.50**	.52**
Negative Selbstkommunikation	.10	-.16	.40*	.01
Totale Selbstkommunikation	.42*	-.47**	-.04	.40*
Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSK)				
allgemeine Leistungsfähigkeit	.16	-.24	-.54**	.35*
allgemeine Problembewältigung	-.04	-.19	-.58**	.33*
Verhaltens- und Entscheidungssicherheit	.23	-.30	-.35*	.42**
allgemeine Selbstwertschätzung	.02	-.20	-.49**	.20
(wenig) Empfindlichkeit und (gute) Gestimmtheit	-.24	-.11	-.64**	.08
Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutenden anderen	.40*	-.45**	-.20	.63**
(gute) Kontakt- und Umgangsfähigkeit	.43*	-.68**	.04	.51**
(Erleben von) Wertschätzung durch andere	-.02	-.52**	-.13	.38*
(Wenig) Irritierbarkeit durch andere	.26	-.48**	-.35*	.47**
(gute) Gefühle und Beziehungen zu anderen	-.04	-.47**	-.09	.38*
Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)				
positives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	.23	-.12	-.46**	.43**
Internalität	.42*	-.41*	-.30	.40*
Sozial bedingte Externalität	.00	.35*	.14	-.38*
fatalistische Externalität	.15	.27	.49**	-.21
generalisierte (internale) Selbstwirksamkeitsüberzeugungen	.37*	-.27	-.42*	.42**
generalisierte Externalität	.11	.33*	.35*	-.37*
(gute) internale vs externale Kontrollüberzeugung	.11	-.28	-.46**	.49**

Anmerkungen: Angaben in Klammer verdeutlichen die aus der Skalenbezeichnung nicht hervorgehende Polung der Skala. FDE = Fragebogen zur direktiven Einstellung. n = 27; t = Tendenz; p < .05 (ein-seitig); * p < .05; ** p < .01 (zwei-seitig)

Das *Fremd-Rating des Echt-Seins* hängt nur schwach mit dem Erleben von Kongruenz und dem Erleben von Extraversion zusammen (Tabelle 4). Die zwei-seitige Signifikanz wird knapp verfehlt. Tendenziell, ein-seitig signifikant, werden 14% gemeinsame Varianz bestätigt.

Tabelle 5 zeigt saliente Selbstkonzept-Anteile bei Lehrern, die als *echt geratet* wurden. Sie sind mit sich selbst zufrieden und fühlen sich seelisch gut (ISE), sie schreiben sich Fähigkeiten zu und haben eine internale Kontrollüberzeugung (FKK), bei den FSK-Skalen zeigen sich zwar keine besonderen Zusammenhänge zu den allgemeineren Selbstkonzept-Anteilen, ausgesprochen deutliche aber zu den sozialen Aspekten des Selbstkonzeptes: *Standfestigkeit gegenüber*

Gruppen und bedeutenden anderen, wenig Irritierbarkeit durch andere, Kontakt- und Umgangsfähigkeit.

Tabelle 6 berichtet die Zusammenhänge der Maße für Kongruenz und den Selbstkonzept-Maßen. Ebenso wie das Fremd-Rating von Echt-Sein korreliert auch das *Wahrnehmen von organismischen Erfahrungen* mit den die sozialen Beziehungen betonenden FSK-Skalen *Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutenden anderen* und *Kontakt und Umgangsfähigkeit*. Gleichfalls korreliert es mit positiver Selbstkommunikation (ISE) und mit internaler Kontrollüberzeugung (FKK). Auch Extraversion, also der Ausdruck von Erfahrungen und Gefühlen, korreliert in ähnlicher Weise und eher stärker mit den Selbstkonzept-Skalen.

Die Maße für mangelnde Kongruenz, *Erleben eines Defizits an Gefühlen* und *Erleben einer Gefühlsüberflutung*, korrelieren nach unterschiedlichem Muster mit den Selbstkonzept-Maßen: insbesondere korrelieren alle *die sozialen Beziehungen betonenden FSK-Skalen* negativ mit dem *Erleben eines Defizits an Gefühlen*. Dagegen korrelieren die eher *allgemeinen selbstwert- und fähigkeitenbezogenen Skalen*, auch beim FKK, negativ mit dem *Erleben einer Gefühlsüberflutung*. Beim FKK erleben sowohl die *gefühlsüberfluteten Teilnehmer* als auch die ein *Gefühlsdefizit* spürenden eine generell *externale Kontrollüberzeugung*. Während die gefühlsüberfluteten jedoch eher eine *fatalistische Externalität* (etwa: ich werde vom Schicksal bestimmt) erleben, nehmen die *gefühlsdefizitären Teilnehmer* eher eine *soziale Externalität wahr* (mächtige Andere bestimmen mich). Auch beim ISE zeigen sich hierzu Unterschiede im Detail: *Erleben eines Gefühlsdefizits* korreliert stark negativ mit *positiver Befindlichkeit*, mit *positiver Selbstkommunikation* und mit *totaler Selbstkommunikation*. Es fehlt Selbstkommunikation, insbesondere die positive. Gefühlsüberflutung korreliert dagegen stark mit *allen negativen Selbstkommunikationsakten*. Selbstkommunikation ist durchaus vorhanden, aber sie ist deutlich negativ.

Diskussion

Die Bedeutung unserer Ergebnisse lässt sich so zusammenfassen:

- (1) Die Ergebnisse legen es nicht nahe, ein Konzept der Einheitlichkeit von intrapersonaler Authentizität (Kongruenz als Übereinstimmung von Erfahrung und Selbstkonzept) und interpersoneller Authentizität (Echt-Sein gegenüber anderen) aufrecht zu erhalten.
- (2) Die verschiedenen Zusammenhänge zwischen Kongruenz und den Selbstkonzept-Skalen zeigen aber, dass ein differentielles Konzept von Inkongruenz sinnvoll ist.
- (3) Die theoriekonformen Zusammenhänge des Fremd-Ratings von Echt-Sein durch die Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP) mit den Selbstkonzeptskalern sprechen für deren Validität. Hier liegt ein zudem sehr reliables Instrument vor, dass das Echt-Sein der Pädagogenperson differenziert operationalisiert und messbar macht.

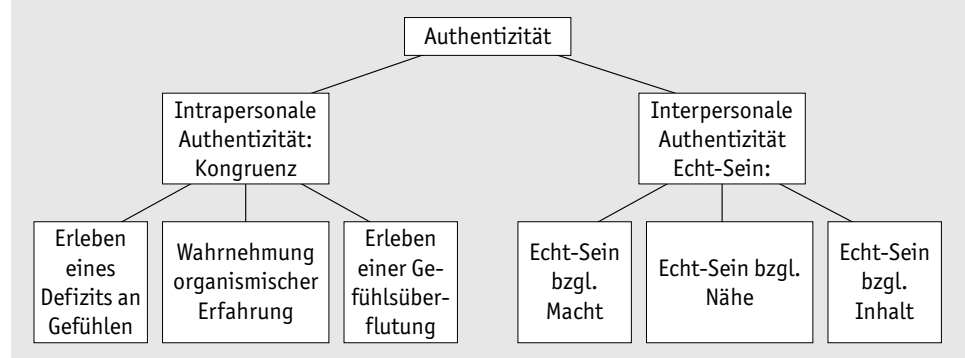
Kongruenz erweist sich als ein sehr facettenreiches und differenzierbares personenzentriertes Konstrukt. Die eher niedrige Korrelation mit dem Fremdrating des Echt-Seins von .38 spricht dafür, Kongruenz und Echt-Sein gegenüber anderen als zwei Sub-Konstrukte zu unterscheiden. Allenfalls könnte mess-

theoretisch argumentiert werden, dass ein solcher Koeffizient zwischen einem Selbstauskunftsmaß und einem Fremdrating durchaus beachtlich sei. Auch erscheint der Zusammenhang aufgrund der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie insgesamt als schlüssig: Eine Person, die ihre organismischen Erfahrungen verzerrt oder gar nicht wahrnimmt, wird von anderen im interpersonellen Kontakt als weniger eindeutig erlebt. Das Erleben eines Defizits an und einer Überflutung mit Gefühlen korreliert denn auch nicht mit Echt-Sein. Insgesamt erscheint es uns aber als angemessener, zwei verschiedene Subkonstrukte zu konzeptualisieren.

Im weiteren legen unsere Daten auch nahe, Kongruenz differentiell zu sehen. Je nach dem, ob ein Zuviel oder ein Zuwenig an Gefühlen erlebt wird, ergeben sich zu allen drei herangezogenen Selbstkonzept-Inventaren spezifische Zusammenhangsmuster. Die Spielform der Inkongruenz prädiziert Selbstkonzeptstrukturen: Erleben eines Defizits an Gefühlen geht einher mit Problemen in sozialen Beziehungen, sozialer externaler Kontrollüberzeugung und mit wenig Selbstkommunikation. Erleben einer Überflutung mit Gefühlen geht einher mit geringem allgemeinen Selbstwert und niedrigem Fähigkeitenkonzept, fatalistischer externaler Kontrollüberzeugung und negativer Selbstkommunikation. Hier scheinen weitere Forschungen über differentielle Formen der Wahrnehmung, des Erlebens und des Bewertens von eigenen Gefühlen und Gedanken sehr vielversprechend zu sein in Hinblick auf die Weiterentwicklung der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie und auch der Beratungspraxis.

Echt-Sein als interpersonelle Authentizität wurde in dieser Studie von vorne herein in drei Subkonstrukte differenziert aufgrund der Arbeit von Behr/Baegerau/Drebes/Kunzner/Rupieper (1997). Die Interkorrelationen der drei Subskalen sind zu hoch, um Unabhängigkeit zu hypothesieren, jedoch nicht höher als in den meisten mehrdimensionalen Messinstrumenten. Die Subskalen können durchaus einzeln verwendet werden, angepasst an spezielle Fragestellungen oder für einen differentiellen diagnostischen Bedarf. Zudem gründen sie theoretisch auf dem Dimensionenmodell von Tausch/Tausch (1978). In Studie 3 wurden die Skalen so optimiert, dass sie sehr gute Interrater-Reliabilitäten bei vertretbarem

Abbildung 1: Ein hierarchisches Modell von Authentizität und seinen Subkonstrukten basierend auf der personenzentrierten Persönlichkeits- und Beziehungstheorie.



Rater-Trainingsaufwand erlauben. Die Situation unterrichtender Lehrer vor der Klasse wurde hier als ein besonders geeignetes Setting gewählt, dass wegen der außerordentlichen Herausforderung an das Echt-Sein der Lehrperson für die Fragestellung als optimal erschien. Zusätzlich stellen die hier nun vorliegenden Skalen aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive die Operationalisierung eines Lehrermerkmals dar, das in der Lehrerausbildung und -tätigkeit seit langem diskutiert und gefordert wird.

Abbildung 1 visualisiert das hier herausgearbeitete hierarchische Modell von Authentizität mit seinen Subkonstrukten. Für zukünftige Forschung könnte es vielversprechend sein, die Subkonstrukte

von Kongruenz weiter zu differenzieren, etwa in Korrespondenz mit den neuen Arbeiten von Speierer (1994; 2002), Iberg (2002), Behr/Becker (2002) und Geller/Greenberg (2002). Für das Echt-Sein wurde in die vorliegenden Skalen das Konstrukt der wahrgenommenen und intendierten Selbstdarstellung (self-disclosure) (Carkhuff 1969) integriert. Es wird hier als ein Indiz für die höchste Ausprägung von Echt-Sein gesetzt. Diese Zusammenführung folgt einer eher ursprünglichen, ganzheitlichen Sichtweise von Echt-Sein und macht die getrennte Konzeptualisierung von Selbstdarstellung rückgängig. Dies hat sich für den hier erforderlichen praxisfeldnahen Einsatz bewährt.

Anhang

Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP)

Stufe 1	Die Person verschleiert ihre Lenkungs- und Kooperationsabsichten deutlich. Sie versucht, die Lenkung beispielsweise hinter falschen Aussagen und scheinbar kooperativen Angeboten zu verbergen, gibt jedoch in Wahrheit versteckte Anweisungen. Die Person versucht, eigene Unsicherheit vollständig zu überspielen oder sonst wie zu kontrollieren. Es gibt einen besonders großen Widerspruch zwischen dem, was sie sagt und dem, was ihre Stimme und gesamte Körpersprache signalisieren. Selbst Körpersprache, Stimmfärbung und Betonungen harmonisieren nicht immer.
Stufe 2	
Stufe 3	Die Person verbirgt ihre Lenkungs- und Kooperationsabsichten zum Teil. Aufforderungen und Befehle können beispielsweise durch Feststellungen und Fragen oder durch das Vorschieben der Interessen einzelner Kinder, durch „pädagogische Floskeln“, zum Teil versteckt werden. Mögliche Unsicherheit bei der Lenkung des Gruppengeschehens wird zum Teil überspielt. Die Person verschleiert ihre tatsächlichen Absichten nur soweit, dass einzelne Motive und Unsicherheiten teilweise transparent werden. Das „Nonverbale“, Körpersprache, Stimmfärbung und Betonung harmonisieren, stehen allerdings im leichten Widerspruch zu dem, was sie sagt.
Stufe 4	
Stufe 5	Die Person macht ihre Lenkungs- und Kooperationsabsichten deutlich. Sie lenkt die Kinder direkt, mit klaren Anweisungen oder sie gibt eindeutig Freiheiten: „Ihr könnt..., Wer möchte ...“. Aussagen, Stimmfärbung, Betonungen und Körpersprache harmonisieren. Die Person macht mögliche Unsicherheiten, und was sie von den Kindern will oder ihnen lässt, deutlich. Sie artikuliert dies aber nicht ausdrücklich als ihr persönliches Anliegen und handelt nicht immer bewusst.
Stufe 6	
Stufe 7	Die Person unterstreicht, zusätzlich zu Stufe 5, ihr persönliches Anliegen, meist in Form von „Ich-Aussagen“. Sie wirkt nicht nur stimmig und eindeutig, sondern tritt mit ihrem Willen bewusst ganz individuell in Erscheinung. Mit ihren Unsicherheiten, ihren Lenkungs- und Kooperationsabsichten macht sie sich ohne Schutz transparent und unmittelbar erfahrbar.

**Echt-Sein bezüglich
Macht**

Echt-Sein bezüglich Nähe

Stufe 1	Die Person versucht, ihr Gefühl zu den Kindern vollständig zu verschleiern und Unsicherheit zu verbergen. Ihr Lächeln ist verkrampft oder bricht plötzlich ab. Sie lobt stark übertrieben. Freude, Interesse, Zuneigung erscheinen deutlich als gespielt und unecht. Es gibt einen besonders großen Widerspruch zwischen dem, was die Person sagt und dem, was ihre Stimme und gesamte Körpersprache signalisieren. Darüber hinaus kann ein einzelnes nicht-verbales Signal ihr wahres Beziehungserleben deutlich machen.
Stufe 2	
Stufe 3	Die Person versucht, ihr Gefühl zu den Kindern zum Teil zu verdecken oder Unsicherheit zum Teil zu verbergen. Sie will Ablehnung überspielen, ein mögliches Lob wirkt etwas überzogen. In einer Entertainer- oder kumpelhaften Rolle erscheint sie zwar in sich eher stimmig, doch die Rolle selbst wirkt aufgesetzt durch extreme Betonungen, auffälligen dynamischen Einsatz von Stimme und Körper. Körpersprache, Stimmfärbung und Betonung harmonisieren, stehen allerdings im leichten Widerspruch zu dem, was die Person sagt.
Stufe 4	
Stufe 5	Die Person lässt ihr Gefühl zu den Kindern und Unsicherheit offen zu Tage treten. Sprache, Stimme, Körper und Bewegung drücken die Gefühle und das Beziehungserleben zum Kind stimmig aus. Der Blickkontakt hält meist lang an. Mimik, Gestik und Körperhaltung sind eher ausgeprägt und stimmen überein, etwa mit Scherzen, freundlichem Hochnehmen, intensivem Eingehen oder auch mit Kritik, Sarkasmus, Wut. Mögliche Gleichgültigkeit stimmt mit genereller Ausdrucksschwäche überein. Die Person spricht ihre Gefühle jedoch nicht direkt an und handelt nicht immer bewusst.
Stufe 6	
Stufe 7	Zusätzlich zu Stufe 5 handelt die Person bewusst. Sie fasst ihre Gefühle und ihre Beziehung zum Kind, etwa mit „Ich-Aussagen“, deutlich in Worte oder sie zeigt sie durch eindeutige Körpergesten, freundliche, bzw. unfreundliche Berührung usw.. Ihre Gefühle und ihr Beziehungserleben zeigt sie ungeschützt als ihr persönliches.

Echt-Sein bezüglich Inhalt

Stufe 1	Die Person verschleiern vollständig, welche persönliche Bedeutung die aktuellen Inhalte der pädagogischen Arbeit für sie haben. Etwa persönliches Desinteresse am Thema wird durch sachbezogenes Lob, falsche Behauptungen usw. verborgen. Wenn sie hinsichtlich des Inhalts unsicher ist, versucht sie, das vollständig zu verbergen und zu überspielen. Die Person versucht, beispielsweise durch inhaltliche Äußerungen Interesse zu zeigen. Ihre Stimmfärbung und/oder die gesamte Körpersprache signalisieren jedoch, dass sie ohne persönliches Engagement handelt. Obwohl durch einen eklatanten Machtkampf oder emotionalen Konflikt Absichten bei ihr auf den anderen Ebenen entstehen können, verharrt sie auf der Inhaltsebene.
Stufe 2	
Stufe 3	Die Person verbirgt zum Teil, welche persönliche Bedeutung die Inhalte für sie haben. Inhaltliche Unsicherheiten werden teilweise verschleiert. Sie will z.B. Engagement zeigen, ist aber desinteressiert und eher unkonzentriert. Sie formuliert Inhalte auf eine Weise, dass durch sie Anweisungen transportiert werden und die Machtebene nur teilweise transparent wird. Über inhaltliche Äußerungen kann auch Kontakt, Zuwendung oder Ablehnung indirekt ausgedrückt werden. Bei Ablenkung vom Inhalt durch eine andere Ebene bleibt die Person beim Thema, kann aber leichte Unsicherheiten zeigen. Sie wiederholt sich, liefert überflüssige Erklärungen, mehr Verlegenheitswörter und kleine Pausen.
Stufe 4	
Stufe 5	Die Person lässt erkennen, welche persönlichen Bedeutungen die Inhalte für sie haben. Je nach Engagement für das Thema zeigt sich der Tonfall bestimmt, ausdrucksstark, die Betonungen stark, die Aussprache fließend, die Körpersprache stimmig und der Blickkontakt lang anhaltend oder eben Betonungen und Ausdruck schwach. Die Person wirkt in ihrem Verhältnis zum Inhalt stimmig, handelt jedoch nicht immer bewusst. Unsicherheiten sowie die persönliche Bedeutung des Inhalts werden nicht verborgen, allerdings auch nicht ausdrücklich benannt.
Stufe 6	
Stufe 7	Zusätzlich zu Stufe 5 benennt die Person ausdrücklich die persönliche Bedeutung, die der Inhalt für sie hat. Bei der Behandlung eines Themas tritt ihr Engagement oder Desinteresse spürbar in Erscheinung. Inhaltliche Unsicherheiten oder Unkenntnis werden ggf. offengelegt. Die Person äußert sich bewusst.

Literatur

- Aspy, D. N. (1972), *Toward a technology for humanizing education*, Champaign (Research Press Company)
- Aspy, D. N./Roebuck, F. N. (1972), An investigation of the relationship between student levels of cognitive functioning and the teacher's classroom behaviour, in: *The Journal of Educational Research*, 65, 365–368
- Aspy, D. N./Roebuck, F. N. (1974), From humane ideas to humane technology and back again many times, in: *Education*, 95, 2, 163–171
- Aspy, D. N./Roebuck, F. N. (1975), The relationship of teacher-offered conditions of meaning to behaviors described by Flanders interaction analysis, in: *Education*, 95, 3, 216–222
- Aspy, D. N./Roebuck, F. N. (1977), *Kids don't learn from people they don't like*, Amherst, MA (HRD Press)
- Bastine, R. (1977), Fragebogen zur direktiven Einstellung (F-D-E), Göttingen (Hogrefe) ²1977
- Behr, M. (1987), Carl R. Rogers und die Pädagogik, in: *Neue Sammlung*, 27, 425–439
- Behr, M. (1989), Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung, in: Behr, M./Petermann, F./Pfeiffer, W. M./Seewald, W. (Hg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*. Band I, Salzburg (Müller), 152–181
- Behr, M./Baegerau, A./Drebes, I./Kunzner, A./Rupieper, M. (1997), „Wenn die Beziehung stimmt, läßt sich pädagogisch alles machen“ – Bindungstheorie, Säuglingsforschung und Authentizität der Pädagogenperson, in: Deter, D./Sander, K./Terjung, B. (Hg.), *Konkurrenz und Solidarität*, Köln (GwG-Verlag), 27–48
- Behr, M./Becker, M. (in Druck), *Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)*, Göttingen (Hogrefe)
- Behr, M./Becker, M. (2002), Congruence and Experiencing Emotions: Self-report Scales for the Person-centered and Experiential Theory of Personality, in: Watson, J./Goldman, R./Warner, M. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS Books), 150–167
- Biermann-Ratjen, E./Eckert, J./Schwartz, H. (1997), *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*, Stuttgart (Kohlhammer) ⁸1997
- Carkhuff, R. (1969), *Helping and human relations*. Vol. I. Selection and training, New York (Holt, Rinehart and Winston)
- Carkhuff, R. (1969), *Helping and human relations*. Vol. II. Practice and research, New York (Holt, Rinehart and Winston)
- Deusinger, I. (1986), *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen*, Göttingen (Hogrefe)
- Geller, S./Greenberg, L. (2002), Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter, in: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1, 1, 71–86
- Höder, J./Tausch, R./Weber, A. (1979), Die Qualität der Schülerbeiträge im Unterricht und ihr Zusammenhang mit drei personenzentriertenhaltungen ihrer Lehrer, in: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 3, 232–243
- Iberg, J. (2002), Psychometric Development of Measures of In-session Focusing Activity: The Focusing-oriented Session Report and the Therapist Ratings of Client Focusing Activity, in: Watson, J./Goldman, R./Warner, M. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS Books), 221–246
- Krampen, G. (1991), *Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung*, Göttingen (Hogrefe)
- Lietaer, G. (1992), Die Authentizität des Therapeuten, in: In Stipsits, R./Hutterer, R. (Hg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen*, Wien (WUV Universitätsverlag), 92–116
- Mearns, D./Thorne B. (1996), *Person-centred counselling in action*, London (Sage)
- Roebuck, F. N./Aspy, D. N. (1974), Grade level contributions to the variance of Flanders' interaction categories, in: *The Journal of Experimental Education*, 42, 3, 86–92
- Rogers, C. R. (1951a), *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, München (Kindler) 1973
- 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 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
- Schmid, P. F. (2001), Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond, in: Wyatt, G. (Ed.), *Congruence*, Ross-on-Wye (PCCS Books), 217–232
- Speierer, G. W. (2002), Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*, Springer (Wien), 163–185
- Speierer, G. W. (1994), *Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM) Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*, Heidelberg (Asanger)
- Tausch, R./Tausch, A. (1978), *Erziehungspsychologie*, Göttingen (Hogrefe) ⁷1978
- Tausch, R./Tausch, A. (1990), *Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe) ⁹1990
- Tausch, R./Tausch, A. (1991), *Erziehungspsychologie*, Göttingen (Hogrefe) ¹⁰1991
- Thiel, G./Rossmann, E. D. (1981), Über die Bedeutung von personenzentrierter Haltung von Übungsleitern in Sportvereinen, in: *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 28, 154–160
- Tönnis, S. (1986), *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene*, Weinheim (Beltz)
- Truax, C. B./Carkhuff, R. R. (1967), *Toward effective counseling and psychotherapy*, Chicago, IL (Aldine)
- Weinberger, S. (1992), *Klientenzentrierte Gesprächsführung*, Weinheim (Beltz) ⁵1992
- Wittern, J. O./Tausch, A. M. (1983), Personenzentrierte Haltungen und Aktivitäten von Lehrern und seelische Lebensqualität ihrer Schüler im Unterricht, in: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 30, 128–134
- Wyatt G. (2001), (Ed.), *Congruence*, Ross-on-Wye (PCCS Books)

Autorenhinweis:

Die Studien 2 und 3 wurden durchgeführt mit Unterstützung der Zentralen Forschungsförderung der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Autor/Autorin:

Michael Behr, Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Psychologischer Psychotherapeut und Ausbilder für personenzentrierte Beratung, Gesprächspsychotherapie und für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in der GwG und am Institut in Stuttgart.

Forschungsarbeiten und Publikationen zur Lehrer-Schüler-Interaktion, Förderunterricht, Elternberatung, heilpädagogischer/psychotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, Emotionalen Intelligenz und zur Institution Schule.

Nicole Doubek, Lehrerin an einer Grund- und Hauptschule.

Steffi Holl, Lehrerin an einer Grund- und Hauptschule.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Michael Behr

Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd

Oberbettringer Straße 200

D-73525 Schwäbisch Gmünd

E-Mail: michael.behr@ph-gmuend.de

Jobst Finke

Der Kampf um Anerkennung

Die Geschichte der öffentlich-rechtlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland

In Deutschland (vormals der BRD) sind seit 1968 auch so genannte neurotische Störungen als Krankheiten im Sinne der „Reichsversicherungsordnung“ anzusehen, und damit bestand für die gesetzlichen Krankenkassen seit dieser Zeit eine Leistungspflicht für Psychotherapie. Auf Grund ihrer relativ langen Tradition wurden seinerzeit die Psychoanalyse und die unmittelbar aus ihr abgeleiteten Verfahren wie z. B. die Tiefenpsychologie kassenrechtlich als einzige Verfahren zur Durchführung von Psychotherapie anerkannt. Die Verhaltenstherapie wurde erst in den 80er Jahren kassenrechtlich legitimiert.

Das Bemühen um eine öffentlich-rechtliche, vor allem auch kassenrechtliche, Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (im Folgenden GPT) geht schon bis in die 70er Jahre zurück, obschon es zu dieser frühen Zeit auch innerhalb der GPT selber unterschiedliche Positionen zu der Frage gab, ob man eine solche Anerkennung in dem gegebenen sozialrechtlichen Kontext überhaupt erstreiten und damit die an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Institutionen anerkennen sollte.

Seit Anfang der 80er Jahre jedoch erhielten Vertreter der GPT häufig, fast alle drei bis fünf Jahre, die Gelegenheit, vor dem Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen unter Federführung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) den Antrag auf kassenrechtliche Anerkennung der GPT durch Darlegung der Störungs- und Therapietheorie zu begründen. Diese Anträge wurden regelmäßig mit der Begründung abgelehnt, dass die GPT über keine umfassende wie konsistente und differenzielle Störungstheorie verfüge und auch nicht nachweisen habe können, dass es sich hierbei um einen vor allem gegenüber der Psychoanalyse völlig eigenständigen Ansatz handele. Die empirischen Erfolgsstudien der GPT spielten bei dieser Argumentation noch gar keine Rolle, der Verweis auf diese Ebene fand keine Berücksichtigung.

1997 wurde in Deutschland das ebenfalls lang umkämpfte Psychotherapeutengesetz verabschiedet, womit Diplom-Psychologen nach einer entsprechenden psychotherapeutischen Ausbildung (Approbation) das Recht auf selbstständige Ausübung von (psychotherapeutischer) Heilkunde zuerkannt wurde. Für diese Approbation

sollten nur „wissenschaftlich anerkannte“ Psychotherapieverfahren zugelassen werden. (In der ärztlichen psychotherapeutischen Weiterbildung waren zu dieser Zeit als Hauptverfahren die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie, als Zweitverfahren u. a. die GPT anerkannt.) Der 1998 einberufene und von den zuständigen Bundesländern anerkannte „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer“ sollte die verschiedenen Verfahren auf ihre Wissenschaftlichkeit hin überprüfen, wobei die bisher schon kassenrechtlich anerkannten Verfahren, die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie, ohne weitere Prüfung als wissenschaftlich legitimiert galten. Als Prüfkriterien sollten ausschließlich empirische Effizienznachweise zur Anwendung kommen, womit sich die Verhaltenstherapeuten im Beirat gegen die Psychoanalytiker durchgesetzt hatten.

Die GPT wurde schon ziemlich bald (1999) aufgrund vieler eingereichter Effizienzstudien und einer umfassenden Synopsis von Rainer Sachse als wissenschaftlich ausgewiesen anerkannt. Allerdings war dies nur eine eingeschränkte Anerkennung: Die GPT wurde für die Ausbildung nur als Zusatz- oder Zweitverfahren, nicht als Hauptverfahren, anerkannt (wie bisher schon in der ärztlichen Weiterbildung). Dies wurde mit der Studienlage begründet, wonach nicht für eine genügend große Zahl von Störbereichen (Krankheiten) die geforderten Studien vorlagen (neben vielen Studien zu „gemischten Neurosen“ jeweils 2 Studien zu 4 Störbereichen).

Die in der Folgezeit unter Federführung der GwG nachgereichten Studien wurden vom Beirat wegen angeblicher methodischer Mängel (Art der Stichprobe, ungenügendes Kontrollgruppendesign, fragliche Spezifität des gewählten therapeutischen Vorgehens) immer wieder abgelehnt. Von einigen Mitgliedern des Beirates wurde auch öffentlich kundgetan, dass man die Anerkennung von weiteren Hauptverfahren für die Ausbildungssituation als ungünstig beurteile.

Von Seiten der GwG wurde neben intensiven Kontakten mit den zuständigen Ministerien auf Länderebene schon der Klageweg erwogen, als dann im Frühjahr 2002 vom Beirat doch die Anerkennung der GPT als Vollverfahren angedeutet und definitiv am 16.9.02

ausgesprochen wurde. Damit ist die GPT das einzige Verfahren, das bisher die Vollanerkennung des Beirates gefunden hat, und sie ist so in der Ausbildung neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie die „dritte Kraft“.

Hiermit ist aber zunächst nur die berufsrechtliche Anerkennung, also die Anerkennung der GPT als Hauptverfahren in der Ausbildung, nicht jedoch die sozial- also kassenrechtliche Anerkennung erreicht. Um eine solche laufen zur Zeit intensive Bemühungen. Ende 2002 legten die Gesellschaft für wissenschaftliche

Gesprächspsychotherapie (GwG), die Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) und die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) einen umfassend begründeten Antrag zur sozialrechtlichen Anerkennung dem Bundesausschuss und der KBV vor. Bei den hier anstehenden Überlegungen wird die „Wissenschaftlichkeit“ des Verfahrens nur ein Kriterium unter anderen sein.

Die Geschichte des Kampfes um die Anerkennung ist also noch nicht zu Ende.

Rezensionen

Hermann Spielhofer

Iseli, C. / Keil, W. W. / Korbei, L. / Nemeskeri, N. / Rasch-Oswald, S. / Schmid, P. F. / Wacker, P. G. (Hg.) (2002), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*

GwG-Verlag, Köln, ISBN 3-926842-35-0, 540 Seiten, € 35,90

Anlässlich der Jubiläen mehrerer deutschsprachiger person- bzw. klientenzentrierter Vereinigungen ist im Februar 2000 von APG, GwG, ÖGwG und SGGT ein gemeinsames Symposium veranstaltet worden mit dem programmatischen Titel *Identität, Begegnung, Kooperation*. Die Beiträge dieses Symposiums sind nun im vorliegenden gleichnamigen Buch veröffentlicht, das im Auftrag der Veranstalter herausgegeben worden ist. Nun erwartet man von derartigen Jubiläumsfeiern vor allem Festreden sowie positive Selbstdarstellungen und optimistische Ausblicke. Diesmal gab es im Rahmen des Symposiums jedoch durchaus innovative und auch kritische Beiträge zu grundlegenden Themen und die Artikel bieten schon wegen der übergreifenden Mitarbeit der Vereinigungen der drei deutschsprachigen Länder einen guten Einblick in den derzeitigen Stand der Entwicklung unseres Ansatzes sowie in die unterschiedlichen Orientierungen und Perspektiven; auch wenn nicht die gesamte Elite der deutschsprachigen Autoren vertreten war – nicht zuletzt aufgrund konkurrierender Fraktionen und Gruppierungen (was ebenfalls die komplexe und unübersichtliche aber auch dynamische Situation der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende widerspiegelt).

Bei der Rezension von so umfangreichen Sammelbänden wie im vorliegenden Fall mit mehr als fünfhundert Seiten und nahezu dreißig Beiträgen ergibt sich das Problem, dass es nicht möglich ist, alle Arbeiten gebührend zu berücksichtigen. Ich kann daher nur einige, mir im Hinblick auf den gegenwärtigen Diskurs der Personzentrierten Psychotherapie wesentlich erscheinende Artikel und Aspekte herausgreifen und persönlich dazu Stellung nehmen. Die Beiträge in diesem Buch sind breit gestreut und beziehen sich sowohl auf die gesellschaftspolitische Herausforderung des Ansatzes wie auch auf die konzeptuelle Ebene und die verschiedenen Anwendungsbereiche. *Jobst Finke* betont in seinem einleitenden Artikel, *Wachstum, Begegnung, Inkongruenz*, dass die Identität einer Methode vor allem durch die Störungslehre und Therapietheorie bestimmt wird,

wobei er in der Entwicklung der Therapietheorie bei Rogers drei unterschiedliche Phasen beschreibt, die auch zu unterschiedlichen Ausrichtungen der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie geführt haben. Außerdem spielt für die Störungslehre und Therapietheorie gerade in der Personzentrierten Psychotherapie das Menschenbild eine zentrale Rolle. Finke stellt in diesem Zusammenhang die grundlegende Frage, die meist ausgeklammert bleibt, da sie doch eine zentrale Grundannahme in Frage bzw. zur Diskussion stellt, nämlich, was Rogers nun eigentlich unter der „Natur“ (des Menschen) versteht, nachdem hier sowohl humanistische Ansätze wie auch naturwissenschaftliche Begriffe einfließen. Die Annahmen von „organismischer Erfahrung“ und der „Weisheit der Natur“ sind für ihn Hinweise, dass Rogers insbesondere in seinem Spätwerk Natur als Teil eines schöpferischen Kosmos betrachtet und damit die seit Descartes bestehende Trennung von materieller und geistiger Welt aufzuheben versucht. Finke kritisiert die romantisierenden Tendenzen nach einer „neuen Unmittelbarkeit, d. h. nach einem unverfälschten Verhältnis zur Natur“, die zum Teil die Attraktivität der klientenzentrierten Therapie auszumachen scheint und verweist darauf, dass Autonomie und Individualität nicht naturwüchsig vorgegeben, sondern Ergebnis einer bestimmten geschichtlichen Entwicklung und daher kulturell vermittelt sind.

Im zweiten Teil des Buches werden Positionen des Personzentrierten Ansatzes im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs dargestellt, wie die Begriffe von Gesundheit und Krankheit oder Konzepte über Geschlechterrollen. *Jürgen Kriz* greift in seinem Artikel die Frage auf: *Was kann ‚personzentriert‘ am Beginn des 21. Jahrhunderts bedeuten?* Dabei geht es ihm vor allem um die Erhaltung der zentralen Anliegen der Personzentrierten Psychotherapie mit ihren humanistischen Werten innerhalb der gesellschaftspolitischen und ideologischen Strömungen mit deren Primat der Rentabilität und Effektivität. Ein bzw. *das* zentrale Anliegen ist für Kriz die Aktualisierungstendenz, „die spezifische, dem Leben inhärente Form der

allgemeineren ‚formativen Tendenz‘ und er betont die Notwendigkeit, „die natürlichen Entfaltungs- und Wachstumsprozesse des Menschen durch Bereitstellen adäquater ‚Umgebungsbedingungen‘ [...] zu fördern“. Damit weist sich Kriz als Vertreter der Wachstums-konzeption aus, die Rogers zu Beginn entwickelt hat und auf die er später nochmals zurück kommt. Dieses Konzept wurde bereits wegen der einseitigen biologistisch-naturwissenschaftlichen Begriffe kritisiert, die schwer mit dem humanistischen Ansatz und dessen Forderung nach Autonomie, Identität und Selbstbestimmung vereinbar sind, wie dies auch Finke betont. Kriz versucht vielmehr dieses Konzept der Aktualisierungstendenz und des Wachstums durch eine „moderne, naturwissenschaftlich fundierte“ Theorie, nämlich durch die Systemtheorie wissenschaftlich zu begründen. Damit besteht allerdings die Gefahr, dass die ontologischen Fragestellungen nach der „Person“ oder dem „Organismus“ durch die Konstruktion von selbstreferenziellen Prozessen und Strukturen verloren geht oder auf Modalitäten des zirkulären Fragens reduziert wird - obwohl Kriz andererseits davor warnt, „die Vorstellung einer ‚Person‘ als eines relativ stabilen Bezugspunktes des Handelns aufzugeben“ und er hält *Person*, „die man tief im Inneren wirklich ist“ außerdem für ein weiteres unverzichtbares Konzept des personzentrierten Ansatzes. So fruchtbar der systemische Ansatz für die wissenschaftstheoretische Diskussion sein mag - und gerade Kriz hat dabei einen wesentlichen Anteil - so besteht andererseits bei der Anwendung auf das Menschenbild oder auf die Persönlichkeitstheorie die Gefahr, dem „biologistischen Selbstmissverständnis“ Rogers weiter Vorschub zu leisten.

Josef Pennauer gibt in seinem Beitrag, *Entwicklung von Gesundheit*, einen Überblick über Konzepte einer personzentrierten Störungs- bzw. Gesundheitslehre. Ausgehend vom „Gesundheits- und Krankheitsbegriff, wie er bei Rogers zu finden bzw. direkt von ihm ableitbar ist“ versucht er Übereinstimmungen und Verbindungen mit „neueren Beiträgen aus verschiedenen Fachrichtungen“ sowie den Paradigmen- oder umfassender, den *Syntagmawechsel* (v. Üexküll) im Bereich des Krankheitsverständnisses darzustellen. Abgesehen davon, dass man korrekterweise nicht von dem Gesundheits- oder Krankheitsbegriff Rogers' sprechen kann, gerät dieser Artikel beim Versuch einer möglichst umfassenden Begründung des *personzentrierten Begriffs von Krankheit und Gesundheit* (so der Untertitel) zu einer unsystematischen Aufzählung unterschiedlicher Theorien und Konzepte ohne die zugrundeliegenden Annahmen und die dabei ins Spiel kommenden Forschungsmethoden zu berücksichtigen, die zu unterschiedlichen Gegenstandsbestimmungen führen. So ist davon die Rede, dass die Beziehung des Individuums zum Selbst, die Selbst-Beziehung „durchaus auch körperlich-biologisch verstanden werden [kann]“. Diese Problematik der phänomenologischen Zugangsweise wird in der person-/klientenzentrierten Literatur meines Erachtens generell zu wenig berücksichtigt. So kommt es zu unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen und Menschenbildern, je nachdem, ob man die anatomischen Gegebenheiten oder

physiologischen Prozesse mit naturwissenschaftlichen Verfahren untersucht, ob man das Verhalten von Probanden in Lernexperimenten beobachtet und analysiert, oder ob man mittels empathischem Verstehen, d. h. im Rahmen eines phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnisverfahrens versucht, die emotionalen und kognitiven Konstrukte einer Person, ihre Selbstkonzepte zu erfassen. Diese unterschiedlichen Zugänge zum Menschen liegen auf unterschiedlichen ontologischen und epistemologischen Ebenen und es gibt bislang keine meta-theoretischen Konzepte, mit denen diese unserem abendländischen Denken inhärenten kategorialen Bestimmungen zu vermitteln oder im Sinne Hegels dialektisch *aufzuheben* wären. Gegenstand der Psychotherapie kann immer nur das Erleben des Klienten sein; biologische oder soziale Phänomene haben nur eine Bedeutung, soweit sie im Erleben des Betroffenen in der je eigenen subjektiven Weise repräsentiert sind.

Die Arbeiten von *Marietta Winkler* und *Peter F. Schmid* zur *Person als Frau und Mann* stellen eine Art Resümee aus einem Workshop beim Salzburger Symposium dar. Wie einleitend vorsichtig festgestellt wird, ist dieses Thema innerhalb unseres Ansatzes „nicht gerade überbelichtet“, hat doch Rogers stets geschlechtsneutral von der „Person“ oder dem „Individuum“ gesprochen und damit eher das Gemeinsame betont. Inzwischen können wir, wie die Autoren feststellen, nicht mehr hinter die Diskussion der Frauenbewegung und die entsprechenden sozio-ökonomischen Untersuchungen zurückgehen und die unterschiedlichen Rollenbilder von Frau und Mann sowie ihre ungleichen Sozialisations- und Lebensbedingungen in einer nach wie vor patriarchalischen Gesellschaft ignorieren. Inzwischen sind Arbeiten zu diesem Thema eines „Zwei-Geschlechter-/Ein-Werte-Systems“ im Person-/Klientenzentrierten Ansatz nach wie vor spärlich und insofern ist es vor allem Winkler zu danken, dass sie sich in ihrer Arbeit konsequent mit dieser Problematik auseinandersetzt, auch wenn sie damit auf geteilte Zustimmung stößt, wie sie feststellt.

Im dritten Teil des Buches werden *Entwicklungen innerhalb der personzentrierten Konzepte* dargestellt. Die Schweizer Autoren, *Rainer Bürki* und *Ruth Hobi* gehen in ihrem Artikel, *Kein Apfel fällt von selbst vom Baum*, davon aus, dass der Personzentrierte Ansatz in seiner Grundidee eine systemische Konzeption darstellt, die im Unterschied zum person- bzw. individuum-zentrierten Aspekt nicht im gleichen Maß weiter verfolgt worden ist. Sie versuchen nun diese systemische Komponente weiter zu entwickeln und stellen vor allem am Konzept der Aktualisierungstendenz, dem Inkongruenzmodell und den Veränderungsprozessen dar, wie sie eine *systemzentrierte Gesprächspsychotherapie* auf der konzeptuellen Ebene verstehen. Wie bereits zum Beitrag von Kriz dargestellt, können naturwissenschaftlich fundierte Theorien, wie die Systemtheorie bei der Darstellung und Begründung biologischer Konzepte nützlich sein, ebenso bei wissenschaftsmethodischen Überlegungen mit ihren Begriffen von Emergenz und Entropie. Für die Persönlichkeitstheorie oder die Störungslehre, wo es neben den Prozessen und Strukturen

auch um Inhalte geht, stellt sich für mich jedoch die Frage, wie anhand anonym miteinander kommunizierender Systeme das autonome, selbstbestimmte Individuum dargestellt oder wie anhand „struktureller Koppelungen“ empathisches Verstehen begründet werden kann.

Von Klaus Heinerth kommt ein interessanter Beitrag, in dem er zwischen *versperrter* oder abgewehrter und *verzerrter Symbolisierung* bei der Entwicklung des Selbstkonzepts unterscheidet und daraus ein differentielles Verständnis von Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Störungen ableitet. Er veranschaulicht dabei das Selbst anhand der Metapher eines Hauses mit unterschiedlichen Räumen, die verschiedenen Erfahrungsbereichen, wie Bindungs- oder Aggressionserfahrungen, entsprechen. Fehlt in der frühen Phase der Selbstentwicklung ein Gegenüber, welches das Erleben des Kindes empathisch begleitet und beantwortet, so kann dieses Erleben nicht in das Selbstkonzept aufgenommen werden, diese (Erfahrungs-)Räume sind unzugänglich, versperrt. „Ohne Interpretation von Signalen entsteht keine Information, also kein Wissen und damit auch kein Selbstkonzept“. Dies entspricht nach Heinerth den Persönlichkeitsstörungen, wo bestimmte Bereiche abgespalten werden; es bildet sich ein fragmentiertes Selbst und ein mangelndes Identitätsgefühl. Wenn allerdings bestimmte Erfahrungsbereiche benannt wurden und damit im Selbst repräsentiert sind, aber nicht positiv von der Umwelt bewertet wurden, so können diese Räume zwar bewohnt, aber nicht entsprechend den eigenen Wünschen eingerichtet werden; das Kind beugt sich dabei den Bewertungsbedingungen der Anderen; es kommt zur verzerrten Symbolisierung. Dabei entstehen eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Idealbild und ein mangelndes Selbstwertgefühl sowie Anpassungsstörungen. Aus dieser Unterscheidung leitet Heinerth auch entsprechende Formen des Umgangs damit ab; so geht es bei der Persönlichkeitsstörung vor allem darum, durch Empathie und Ansprechen von Gefühlen (etwa im Sinne einer Prätherapie) die nicht erlebten Bereiche bzw. die verschlossenen Räume zugänglich zu machen. Bei den neurotischen Störungen muss es vielmehr darum gehen, durch unbedingte Wertschätzung für das Erleben des Klienten die Selbstanerkennung und die eigene Wertschätzung zu fördern. Dieser Artikel stellt für mich einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Entwicklung der Selbststruktur sowie der daraus resultierenden Störungen dar. Hier wird auch die Bedeutung der Sprache einer Gemeinschaft für die Inhalte und Strukturen des Selbst dargestellt; je nachdem welche Erfahrungsbereiche kommuniziert werden und welche ausgeschlossen, *exkommuniziert* sind. Er verweist dabei auf Wittgenstein, wenn er betont: „Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt“.

Wolfgang W. Keil bezieht sich in seiner Arbeit, zum Stellenwert der *Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie* auf die Kontroversen zu diesem Thema und versucht einen Überblick über die „Spannbreite und damit die Unterschiedlichkeit im Verständnis von Methoden in der Psychotherapie“ zu erörtern. Es

ist Keil jedenfalls zuzustimmen (und darüber dürfte es wohl keine Diskussion geben), dass „der Erwerb einer grundsätzlichen methodischen Kompetenz bzw. eines grundlegenden therapeutischen Handwerkszeugs“ Voraussetzung für professionelles therapeutisches Handeln ist. Für ihn geht es in der Therapie vor allem darum, den therapeutischen Kontakt so zu intensivieren, dass die für die Veränderung nötige Tiefe des Erlebens erreicht und gehalten wird. Für Keil kann dies am besten durch das Arbeiten am Experiencing-Prozess erreicht werden. Allerdings bleibt offen, was unter der „für die Veränderung nötigen Tiefe des Erlebens“ zu verstehen ist und weshalb sie durch die Orientierung am Erlebensprozess eher zu erreichen ist als durch die Realisierung eines förderlichen Beziehungsangebots im Sinne der notwendigen und hinreichenden Bedingungen Rogers' (obwohl Keil andererseits in „radikaler Weise“ eine „personale therapeutische Beziehung“ fordert). Die Diskussion darüber, inwieweit das experienzielle Verfahren von Eugen Gendlin noch als personenzentriert gelten kann ist jedenfalls noch offen und sie ist vor allem unter Bezugnahme auf die anthropologischen und ethischen Grundlagen zu führen und nicht nur auf der Ebene der persönlichen Einschätzungen oder ideologischer Standpunkte. Ohne Rückbindung an diese Grundsätze verkommt Psychotherapie zwangsläufig zur bloßen Technik und verliert ihren emanzipatorischen und aufklärerischen Anspruch.

Peter F. Schmid stellt in seinem Beitrag die grundsätzliche Frage: *Was ist personenzentriert?* Es geht dabei um *Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung* des personenzentrierten Ansatzes, um die Bestimmung der Kriterien und Voraussetzungen für die Zugehörigkeit. Er tritt für Profil und Identität ein sowie gegen Beliebigkeit, aber auch für den Dialog mit den anderen Positionen, um die Unterschiede zu klären und nicht zu verwischen. Für Schmid ist die Grundsatzentscheidung für Psychotherapie insgesamt sowie insbesondere für diesen Ansatz vor allem eine ethische Frage; eine Frage des sich in Anspruch nehmen lassen und der Ver-Antwort-ung. Dabei ist die systematische Erfahrung und Reflexion therapeutischen Handelns entscheidend, um verantwortungsvoll auf das Angesprochen-werden antworten zu können. Er geht davon aus, dass die von Rogers formulierten Bedingungen für eine Persönlichkeitsveränderung nicht nur *notwendig* sondern auch *hinreichend* sind, d. h. keiner Ergänzung bedürfen und er bezieht dabei eine Gegenposition zu Keil: „Die grundlegenden Positionen von Rogers sind weder überholt noch von anderen Ansätzen her ergänzungsbedürftig; sie sind in ihrer Radikalität, ihrem tiefen Humanismus und ihrem kritischen Potential noch nicht einmal eingeholt und ausgeleuchtet“. Schmid gibt eine Standortbestimmung des personenzentrierten Ansatzes bezogen auf die wesentlichen Bereiche wie Ethik, Anthropologie, Persönlichkeits- und Therapietheorie usw. Diese fundamentalen philosophischen Annahmen und Forderungen bedürfen allerdings der Vermittlung mit empirisch psychologischen Konzepten, um sie für die Störungslehre und für die Therapietheorie fruchtbar zu machen und sind nicht einfach eins zu eins übertragbar.

Im vierten Teil des Buches wird das Thema, *Personzentriert-Sein*, angesprochen, die *Präsenz* und das *Gegenwärtig-sein* in der therapeutischen Beziehung. Den Autorinnen, *Sylvia Gaul* und *Brigitte Macke-Bruck*, geht es in ihrem Beitrag, *Gedanken zum Anspruch „gegenwärtig zu sein“* um das Selbstverständnis als Therapeut/in angesichts der vielfältigen Anforderungen und unterschiedlichen theoretischen Konzepte. Wesentlich dabei ist für die Autorinnen auch der Umgang mit dem Spannungsverhältnis von Anteilnahme, Identifikation sowie eigener Verletzlichkeit und Hilflosigkeit auf der einen Seite und Klarheit des eigenen Selbstverständnisses sowie Professionalität auf der anderen Seite. *Elfriede M. Ederer* und *Hiltrud J. Gruber* beschreiben in ihrem Artikel, *Therapeutische Präsenz und ihre prozessuale Entfaltung im dynamischen Beziehungsfeld*, ihr Modell der wirksamen Determinanten, die den Therapeutenhaltungen zugrunde liegen und das sie am Symposium im Rahmen eines Workshops vorgestellt hatten. Diese Wirkmechanismen sind für sie die *Präsenz* oder das *Gegenwärtig-sein* des Therapeuten und das gemeinsam geschaffene *dynamische Beziehungsfeld*. Dabei wird durch dieses Beziehungsfeld als Resonanzraum die *Präsenz* gefördert und vertieft und so ein gemeinsamer Entwicklungsprozess ermöglicht, der durch einen Fokussierungsvorgang hin zu einem überpersönlichen Feld, in einen spirituellen Raum hinein erweitert werden kann. Dieses Modell bewegt sich allerdings zum Teil auf einer sehr spekulativen Ebene, abseits von therapietheoretischen und methodischen Begründungen, insbesondere wenn, mit Bezugnahme auf den späten Rogers, von „formativer Kraft“ oder „transzendenten“ Beziehungserfahrungen gesprochen wird. *Michael Gutberlet* berichtet in dem Beitrag *On Becoming Congruent* von einem Workshop, in dem es um das Kongruent-Werden des Therapeuten oder Beraters als Person ging, dem wesentlichsten „Werkzeug“ der Personzentrierten Psychotherapie. Er betont in seinem Beitrag, dass es sich bei der Kongruenz um eine *Erfahrung im Hier und Jetzt* handelt und nicht um eine Eigenschaft oder Fähigkeit, die man besitzt; man muss sich ständig neu darum bemühen, offen zu sein für das eigene Erleben. Gutberlet dürfte allerdings die Bedeutung der Theorie unterschätzen, wenn er das Kongruent-werden des Therapeuten als die bestmögliche Art ansieht, in differenzierter Weise auf den Klienten einzugehen oder wenn sich *Verstehen* allein aus dessen inneren Bezugsrahmen vollzieht. Unsere Erfahrung ist nicht voraussetzungslos, sondern wird bestimmt durch unsere Geschichte und unsere berufliche Sozialisation und unsere Konzepte, ohne die wir überhaupt nichts erkennen und einordnen könnten. Jede Erfahrung ist bereits eine Interpretation und es geht darum, die zum Teil impliziten, theoretischen und weltanschaulich geprägten Konzepte zu reflektieren. Wie Finke an anderer Stelle betont, geht es um die Frage, woraufhin der Klient verstanden werden soll und in welchen Zusammenhang der Sinn des zunächst noch Unverstandenen gesucht werden soll.

Im fünften und sechsten Teil des Buches werden *Bereiche klientenzentrierter therapeutischer Praxis* und *personzentrierter Beratung*

beschrieben. *Ute Binder* erörtert Empathie bei der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen, bei denen es sich primär um Störungen im emotionalen Bereich handelt, die das Verstehen und Sich-verständlich-machen in Beziehungen betreffen. Sie differenziert dabei zwischen „Empathie“ und „kognitiver sozialer Perspektivenübernahme“ und betont, dass es sich bei Empathie um ein „*prosoziales*, emotional-affektives Wahrnehmungs- und Bewertungssystem“ handelt, womit auch ein ethischer Anspruch eingefordert wird. *Elisabeth Zinschitz* beschäftigt sich in ihrem Artikel mit Empathie in der psychotherapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Aufgrund der unterschiedlichen und vielfach eingeschränkten Erfahrungsmöglichkeiten spielt das Wissen über die Bedeutung der jeweiligen Behinderung für Entwicklung der Persönlichkeit und insbesondere des Selbstkonzepts für das empathische Verstehen eine wesentliche Rolle.

Gert-W. Speierer stellt in seinem Beitrag eine Untersuchung zum Erleben von Klienten bei Behandlungsbeginn vor, wobei anhand von standardisierten Fragebögen die Erlebnisintensität in vier Bereichen sowie inhaltliche Schwerpunkte erhoben wurden. Derartige empirisch-statistische Erhebungen können gewisse Hinweise bringen und sind vor allem zur Legitimation gegenüber staatlichen Behörden und Krankenkassen wichtig, können aber wenig zur Theoriebildung beitragen. Daten, die aufgrund standardisierter Items oder Tests erhoben werden, können nicht unmittelbar zur Überprüfung von Theorien herangezogen werden, da sie durch bestimmte nomothetisch empirische Modelle generiert werden, d. h. ihren Sinn bekommen und es ist vor allem nicht möglich mit reduktionistischen, quantitativ-empirischen Konzepten die komplexen Prozesse in der Therapie auch nur annähernd zu beschreiben. Wenn nun Speierer behauptet, dass mit solchen Ergebnissen über das Erleben der Klienten nicht nur die Überprüfung der personzentrierten Theorie der Persönlichkeit und der Psychotherapie „steht und fällt“, sondern dass sie auch über Erfolg und Misserfolg der therapeutischen Praxis entscheiden, so muss hier ein verkürztes positivistisches Wissenschaftsverständnis und das Ausblenden der wissenschaftstheoretischen Diskussionen der letzten Jahre und Jahrzehnte unterstellt werden.

Harald Doppelhofer und *Lore Korbei* behandeln in ihren Beiträgen die Einbeziehung von körperlichen Interventionen in der Person-/Klientenzentrierten Therapie. Sie betonen die Notwendigkeit, den Menschen als Einheit zu sehen und die Polarisierung in Körper und Geist zu überwinden; obwohl sie andererseits feststellen, dass der Ansatz von Rogers ohnehin eine ganzheitliche Sichtweise impliziert und „in der Psychotherapie“, so Doppelhofer, „ist der Körper immer schon miteinbezogen“. So ist im Selbstkonzept stets und vor allem der Körper (als *Leib*, der wir sind), repräsentiert, über den wir uns selbst und die Umwelt erleben. Insofern ist Psychotherapie immer auch Körpertherapie, was insbesondere bei der Behandlung von *psycho-somatischen* Störungen deutlich wird. Es ist daher schwer nachzuvollziehen, wenn Doppelhofer andererseits

betont, dass ich mich erst „mit der Einbeziehung des Körpers in die praktische Arbeit [...] an die ganze Person [richte]“. Was nun die „körperlichen“ Techniken betrifft, so stellen sie für mich sehr aktive und zwangsläufig manipulative Interventionsformen dar, die über den phänomenologisch-hermeneutischen Zugang zum Verständnis des Klienten hinausgehen und die nicht immer kalkulierbare und gravierende affektive Reaktionen auslösen können. Daher ist es nicht nur notwendig mit einer „erhöhten Sensibilität“ vorzugehen, wie Korbei schreibt, sondern es erscheint mir sowohl aus fachlichen wie ethischen Gründen eine fundierte methodische Reflexion erforderlich und zwar auf der Basis von Konzepten, aus denen abgeleitet werden kann, welche Interventionstechniken ich wann einsetze, mit welchem Ziel und was sie vor allem für den Prozess und die therapeutische Beziehung bedeuten. Da es solche Konzepte erst in Ansätzen gibt, halte ich es für notwendig, die Diskussion auch in diesem Bereich, wie auch bezüglich anderer Formen von „ergänzenden Techniken“ weiterzuführen und es sollte deren Einsatz nicht allein der Intuition oder der Befindlichkeit des Therapeuten überlassen bleiben – so wichtig sie dabei sein können.

Auch in dieser Publikation der Symposiumsbeiträge von Salzburg kommen die unterschiedlichen Strömungen und Orientierungen innerhalb unseres Ansatzes zum Ausdruck sowie die Problematik der Integration bzw. Abgrenzung – oder, wie es im Titel heißt der „Identität, Begegnung, Kooperation“ – die sich u. a. auch in der Diskussion um einen gemeinsamen Namen manifestiert. Meist wird als Kriterium für die Zugehörigkeit zur Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie die Übereinstimmung von Konzepten praktischer Arbeit mit dem Menschenbild und den ethischen Grundsätzen gefordert. Allerdings ist Rogers selbst dabei ein unzuverlässiger Zeuge, da er seine Begriffe und Konzepte immer wieder modifiziert und

ihnen unterschiedliche Bedeutungen unterlegt hat; er kann daher nicht einfach „beim Wort genommen“ werden, ohne den jeweiligen Kontext zu berücksichtigen. Zum Teil beruhen die Missverständnisse auch darauf, dass ethische oder philosophisch-anthropologische Grundannahmen, wie etwa die Aktualisierungstendenz, als wesentliches Bestimmungsstück unseres Menschenbildes, unmittelbar auf den Bereich psychologischer Konzepte, wie der Persönlichkeitstheorie oder der Krankheitslehre übertragen werden. Geht es in der Anthropologie um Grundsätze oder „basic beliefs“, die postuliert werden als gemeinsame Grundorientierung, so sind psychologische Konzepte einerseits aus diesen Grundannahmen abzuleiten, sie haben sich aber andererseits auch im Rahmen empirischer Befunde der Psychologie und anderer benachbarter Wissenschaften zu bewähren. Eine Aktualisierungstendenz, die die im Organismus angelegte Potentiale, gleichsam als das „wahre“ oder „organismische Selbst“ verwirklichen soll, kann heute im Rahmen der Entwicklungstheorie nicht mehr unabhängig von den geschichtlichen Erfahrungen des Individuums, gleichsam ahistorisch bestimmt werden. Um die Diskussion über Identität und Integration von neuen Strömungen unseres Ansatzes auf eine andere Basis zu stellen, ist es meines Erachtens notwendig, neben den epistemologischen Fragen die anthropologischen Grundannahmen und insbesondere die Ableitungs- und Implikationsregeln bei der Entwicklung der psychologischen Konzepte zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Es ist daher zu hoffen, dass die Ansätze, wie sie u. a. in der vorliegenden Publikation zur Darstellung kommen, weiterverfolgt werden und dies auch bei der Diskussion der theoretischen Konzepte zu Begegnung und Kooperation führt, was bisher vielfach zu kurz gekommen ist. Es gibt heute keine einheitliche Personzentrierte Psychotherapie, aber es sollte, in Anlehnung an eine Formulierung von Habermas über die Philosophie, einen personzentrierten Diskurs der Moderne geben.

Wolfgang W. Keil

Ryback, D. (2000), Emotionale Intelligenz im Management. Wege zu einer neuen Führungsqualität

Übertragen aus dem Amerikanischen von Elisabeth Zinschitz.

GwG-Verlag, Köln, ISBN 3-926842-30-X, 224 Seiten, € 29,65

Terjung, B. / Kempf, T. (2001), Von der Klientenzentrierten Therapie zur Personzentrierten Organisationsentwicklung (Person-Centered-Organisation-Development – PCOD)

Mit einer Einführung aus systemtheoretischer Perspektive von Heinz Hummitzsch.

GwG-Verlag, Köln, ISBN 3-926842-34-2, 114 Seiten, € 9,80

Der GwG-Verlag hat dankenswerterweise zwei gehaltvolle Publikationen zum personzentrierten Ansatz in der Managements- und Organisationsentwicklung herausgebracht, die sich u. a. durch ihre interessante Unterschiedlichkeit auszeichnen. Während David Ryback spürbar inspiriert von seiner persönlichen Begegnung mit Carl Rogers für emotionale Intelligenz in Management, Teamarbeit und betrieblicher Menschenführung plädiert, ermöglicht es die Aufsatzsammlung von Beatrix Terjung, das Entstehen ihres konsequent erarbeiteten autochthonen Konzepts einer personzentrierten Organisationsentwicklung mitzuverfolgen.

David Ryback, zunächst Pädagoge und Klinischer Psychologe und dann Managementberater, hat an verschiedenen Organisationen und Publikationen der Humanistischen Psychologie prominent mitgearbeitet und ist dem Kreis der Personen zuzuzählen, die gelegentlich mit Rogers direkt zusammengearbeitet haben. Als Beispiel dafür kann etwa auf den zusammenfassenden Artikel von Rogers und Ryback über eine personzentrierte Konfliktbewältigung in Gesellschaft und Politik verwiesen werden.¹ In dem nun hier vorliegenden Buch „Putting emotional intelligence to work“, das von der früheren PERSON-Redakteurin Elisabeth Zinschitz ins Deutsche übersetzt wurde, beschreibt Ryback mit großer Begeisterung Entwicklung und Qualitäten von emotionaler Intelligenz und Führungsintelligenz. Wesentlich sind dabei v. a. das Schärfen der Wahrnehmung für (auch unterschwellige) Gefühle, die (kongruente) Kontrolle eigener Impulse, authentische Ehrlichkeit, effektives Zuhören, selbstbestimmte Teamarbeit sowie wirksame

Methoden zur Vermeidung bzw. zum Abbau von Stress. Bei dieser Darstellung wird zugleich die Entwicklung von rigid-hierarchischen Auffassungen über japanische Selbstmanagementkonzepte bis zum Einbezug sozialpsychologischer und humanistisch-psychologischer Ideen in das Management in lockerer Form gestreift. Einen besonderen Reiz dieses Buches macht es aus, dass Ryback jeden Abschnitt mit Ausschnitten aus seinen Gesprächen mit Rogers einleitet, wobei die personzentrierten Grundlagen für die jeweiligen Themenbereiche in alltagssprachlicher Form – wie eben der einer Unterhaltung beim Strandspaziergang – zum Ausdruck gebracht werden.

Die Materialiensammlung von Beatrix Terjung und Thomas Kempf enthält eine Reihe von Artikeln und Kongressbeiträgen von Ersterer und einige von beiden Autoren gemeinsam aus den Jahren 1984 bis 1998 sowie eine einleitende und grundlegende Skizze personzentrierter Organisationsentwicklung aus einer systemtheoretischen Perspektive von Heinz Hummitzsch. Anhand der Darstellung ihrer konkreten Aufträge aus Wirtschaft und Verwaltung beschreibt Terjung, wie sie zunehmend ein konsequent personzentriertes Konzept des Vorgehens im Bereich des subjektiven Erlebens auf allen Ebenen von Organisation und Organisationsentwicklung (explorative Einzelinterviews, hierarchieübergreifende Gruppengespräche, Teamtraining, selbstbestimmte Entwicklungssteuerung u. a. m.) erarbeitet hat. Im Rahmen des dabei entwickelten „Dualen Kompetenz-Teilungs-Konzepts“ kooperiert die personzentrierte Beraterin immer mit einem „strukturzentrierten“ Berater, der alle Bereiche der Organisationsentwicklung, soweit sie „außerhalb der Person“ liegen, betreut. Persönlich ganz wesentliche Vorerfahrungen für die hier beschriebene Tätigkeit hat Terjung in ihrer über 10 Jahre dauernden personzentrierten Arbeit mit Obdachlosen gewonnen, die in den ersten beiden Beiträgen der vorliegenden Materialiensammlung dargestellt wird. Durch diese, sie bis an ihre persönlichen Grenzen

1 Rogers, C. R. / Ryback, D. (1984), One alternative to nuclear planetary suicide, in: Levant, R. F. / Shlien, J. (Eds.), Client-centered therapy and the person-centered approach. New directions in theory, research and practice, New York (Praeger), 400–422

fordernde Arbeit hat Terjung ein tieferes Verständnis des Power-Konzepts von Rogers gewonnen. „Personal power“ ist demnach darin zu sehen, dass durch die wertschätzende Beachtung eigenen inneren Erlebens die Macht anderer, einer Person Schuldgefühle, Angst oder Hemmungen aufzuerlegen, vermindert und Herrschaft über das eigene Selbst ermöglicht wird. Bei frühgestörter Selbstentwicklung – wie bei Verwahrlosten – oder bei rigiden Kommunikationsformen – wie in hierarchischen und kompetitiven Institutionen – kann man aber nicht ohne Weiteres zur wertschätzenden Beachtung des inneren Erlebens im Sinn von „personal power“ kommen. In diesem Zusammenhang möchte ich vor allem Terjungs Erfahrung hervorheben, dass das einfühlsame (Mit-) Erleben der Obdachlosen eben nicht zu „personal power“, sondern nur zur weiteren Verstärkung des negativen Selbsterlebens führt. Es kann hier daher nicht von einer Inkongruenz im Sinn einer dynamischen Dissonanz zwischen organismischem Erleben und Selbst, die nach Veränderung

und Überwindung des Leidensdrucks drängt, gesprochen werden. Diesen dynamischen Faktor muss die personenzentrierte Beraterin vielmehr erst induzieren, indem sie etwa bei Verwahrlosten unbedingt auf deren Wahrnehmung und Anerkennung von (anfangs vielleicht nur minimaler) positiver Erfahrung besteht oder indem sie kompetitive Manager liebenswürdig, aber ebenso unbeirrt, mit ihrer eigenen Gefühllosigkeit konfrontiert.

Diese Überlegungen haben eine Relevanz weit über den Bereich von Management und Organisationsentwicklung hinaus und können alle Vertreter des personenzentrierten Ansatzes in ihrer Arbeit inspirieren. Sie stellen Ansätze zur weiteren Ausdifferenzierung von Rogers' Persönlichkeits- und Therapietheorie dar und würden es verdienen, systematisch und ausführlich ausgearbeitet zu werden. Gleichzeitig soll damit aber auch ausgedrückt werden, dass die beiden vorliegenden Publikationen weit über den Bereich von Management und Organisationsentwicklung hinaus von Interesse sind.

