Gerhard Stumm
Johannes Wiltschko
Wolfgang W. Keil
(Herausgeber)

Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung

Pfeiffer bei Klett Cotta
Stuttgart, 2003

Das Buch ist vergriffen.
Der Verlag hat den Herausgebern ermöglicht, den Inhalt des Buches als PDF-Dokument allen Interessent:innen kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Die Literaturangaben reichen nur bis 2002!

Inhalt

Vorwort	3
Liste der Grundbegriffe	5
Die Grundbegriffe	10
Persönlichkeiten	187
Herausgeber und Autoren	210

Vorwort

Mit diesem Band wird zum ersten Mal ein umfangreiches deutschsprachiges Kompendium der wesentlichen Grundbegriffe des Personzentrierten Ansatzes in der Psychotherapie vorgelegt, wie es dies für andere psychotherapeutische Ansätze wie z.B. Psychoanalyse, Individualpsychologie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie schon seit längerer Zeit gibt.
Die Personzentrierte bzw. Klientenzentrierte Psychotherapie, die in Deutschland auch unter der Bezeichnung Gesprächspsychotherapie bekannt ist, zählt zu den am meisten verbreiteten psychotherapeutischen Verfahren und weist bereits eine über 60-jährige Geschichte und Tradition auf. Naturgemäß haben sich im Lauf der Zeit unterschiedliche Ausprägungen und vielfältige Anwendungsbereiche herausgebildet, was – trotz bewusster Zurückhaltung bei der Konzeptbildung – eine Fülle von Begriffen hervorgebracht hat. Diese werden hier in ihrem Entstehungszusammenhang und Bedeutungsgehalt erläutert. Verweispfeile helfen beim Auffinden von Querbezügen und ermöglichen, thematische Kontexte herzustellen. Literaturangaben zu jedem Begriff sollen dazu beitragen, weiterführende bzw. vertiefende Quellen zu erschließen.[1]
Berücksichtigt werden einerseits die klassischen Konzepte und Termini der Personzentrierten Psychotherapie, andererseits aber auch jene, die aus neueren Entwicklungen hervorgegangen sind (z.B. experienzielle, prozessorientierte und störungsspezifische Ansätze). Besondere Beachtung findet dabei, wie es schon im Titel des Buches zum Ausdruck kommt, das Begriffsinventar der Focusing-orientierten Psychotherapie. Es ist ein Anliegen des vorliegenden Werks, die Konzepte dieser Richtung in den personzentrierten Rahmen zu stellen.
Neben speziellen Anwendungsfeldern wie z.B. Behindertenarbeit, Familien- und Paartherapie, Gerontopsychotherapie, Kinderpsychotherapie, Krisenintervention, Psychoonkologie, Psychosenpsychotherapie, Psychosomatik, Sucht- und Traumatherapie sowie Trauerbegleitung sind auch wichtige Störungskategorien einbezogen (z.B. Angststörungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, sexuelle Störungen, Zwang).
Eingebunden wurden auch Stichworte, die nicht als methodenspezifisch im engeren Sinne anzusehen, sondern von allgemeiner Bedeutung sind, wie z.B. Aggression, Deutung, Ethik, Übertragung, Gegenübertragung, Regression, Sexualität, Unbewusstes. Damit soll dokumentiert werden, dass diese Konzepte aus personzentrierter Sicht nicht ignoriert oder unterschätzt, sondern durchaus (kritisch) reflektiert werden.
Ferner werden eine Reihe von übergeordneten (philosophischen) Perspektiven (z.B. Begegnungsphilosophie, Existenzphilosophie, Hermeneutik, Humanistische Psychologie, Konstruktivismus, Phänomenologie, Systemtheorie, Thinking at the Edge) sowie Themen aus dem außertherapeutischen Bereich in ihrem Bezug zum Personzentrierten Ansatz aufgegriffen (z.B. Beratung, Encountergruppe, Gordon-Modell, Partnerschaftliches Focusing, signifikantes Lernen, Supervision).
Abgerundet werden die Stichworte von neun Darstellungen wichtiger Vertreter des Personzentrierten Ansatzes, allen voran Carl Rogers und Eugene Gendlin.

[1] Jahreszahlen in eckigen Klammern bedeuten bei Literaturangaben das Erscheinungsjahr des Originals; im Fließtext sind insbesondere bei Literatur von Rogers sowohl die Jahreszahl des englischen Originals als auch der deutschen Erstausgabe angegeben.

Ein derartiges Projekt, das eine mehrjährige Arbeit erfordert hat, konnte nur dank der Zusammenarbeit mit fachkundigen Kollegen[2] zustande kommen. Insgesamt haben sich sechzig Autoren und Autorinnen aus acht Ländern beteiligt. Ihnen allen danken wir. Dank gebührt auch Elisabeth Zinschitz, die englische und holländische Originaltexte in bewährter Weise übersetzt hat, Nora Nemeskeri und Jutta Ossenbach, die uns bei der Endredaktion mit ihren exakten Korrekturen behilflich waren, sowie Christine Treml und dem Verlag für die Förderung des Vorhabens und speziell für ihre Geduld bei der Realisierung dieses Werkes.

Gerhard Stumm, Johannes Wiltschko und Wolfgang W. Keil

[2] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit der Texte haben wir uns dafür entschieden, nahezu durchgehend die männliche Sprachform zu verwenden. Wir bitten um Verständnis für diese Maßnahme. Gleichwohl sind wir uns im vorliegenden Zusammenhang bewusst, dass Frauen sowohl unter den Personzentrierten Psychotherapeuten als auch unter den Klienten deutlich stärker vertreten sind.

Liste der Grundbegriffe

	Autoren	Seitenzahl
Absichtslosigkeit → Haltung im Focusing		
Abwehr	W. Keil	
Achtsamkeit → Haltung im Focusing		
Aggression	M. Gutberlet	
Aktualisierungstendenz	J. Kriz, G. Stumm	
Alibi	H. Swildens	
Alter-Ego-Beziehung → Beziehungsformen		
Angst	L. Teusch	
Angststörungen	L. Teusch	
Anthropologie → Menschenbild		
Anwendungen von Focusing		
außerhalb des therapeutischen Settings	M. Balk	
Anwendungsbereiche → Personzentrierter Ansatz		
Arbeitsbeziehung → Beziehungsformen		
Ärztliches Gespräch	T. Ripke	
Asking → Prozessfragen stellen, → Sechs-Schritte-Modell		
Ätiologiekonzeption	E. Biermann-Ratjen	
Ausbildung, klienten-/personzentrierte u. focusing-orientierte	W. Keil, G. Stumm, J. Wiltschko	
Authentizität → Echtheit		
Avenues	J. Wiltschko	
Basisvariablen → Grundhaltungen		
Beachtung, positive → Wertschätzung, unbedingte		
Bearbeitungsebene (Bearbeitungsangebot, -weise) → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie		
Bedürfnis nach positiver Beachtung	E. Biermann-Ratjen	
Befindlichkeit → Felt Sense		
Begegnungsphilosophische Perspektive	P. Schmid	
Begleiten	J. Wiltschko	
Behandlungsergebnisse → Wirksamkeit		
Behindertenarbeit	E. Zinschitz	
Beratung, personzentrierte	K. Sander	
Bewertungsbedingungen	E. Biermann-Ratjen	
Bewertungsinstanz, innere (organismische) → Organismus		
Beziehung im Focusing	J. Wiltschko	
Beziehung, therapeutische	S. Keil	
Beziehung, zwischenmenschliche	W. Keil	
Beziehungsangebot, klientenzentriertes → Grundhaltungen		
Beziehungsformen, therapeutische	J. Finke	
Beziehungsklären → Therapietechniken		
Bezugsrahmen, innerer → Erfahrung		
Bias Control → Prozessfragen stellen, → Traumarbeit im Focusing		
Borderline-Persönlichkeitsstörung	J. Eckert	
Carrying forward → Experiencing, → Fortsetzungsordnung		
Coaching → Supervision		
Co-Focusing	A. Wild-Missong	
Cross-Cultural-Communication → Großgruppen, Encountergruppe		
Dauer → Setting, → Prozess, therapeutischer, → Forschung, klientenzentrierte		
Depression	U. Binder	
Desorganisation → Abwehr		
Deutung	J. Finke	
Diagnose/Diagnostik	J. Sauer	

Dialog-Beziehung → Beziehungsformen,
→ Begegnungsphilosophische Perspektive
Differenzielles Inkongruenzmodell (DIM) G. Speierer
Direct reference, direct referent → Experiencing
Dispositionelle Inkongruenz → DIM
Echtheit (inkl. Kongruenz, Transparenz, Selbsteinbringung) G. Lietaer
Effizienz/Effektivität → Wirksamkeit
Einfühlendes Verstehen → Empathie
Emotionally-focused therapy
→ Process-Experiential Psychotherapy
Empathie U. Binder, J. Binder
Encountergruppe P. Schmid
Entwicklungstheorie, klientenzentrierte E. Biermann-Ratjen
Erfahrung, Erleben (inkl. innerer Bezugsrahmen,
Phänomenales Feld, Selbsterfahrung) K. Heinerth
Erleben → Experiencing
Erlebensmodalitäten J. Wiltschko
Ethik M. Leijssen
Existenzielle Perspektive G. Stumm
Experiencing J. Wiltschko
Experiential → Experiencing, → Experiential Psychotherapy
Experiential Psychotherapy J. Wiltschko
Experimente in der Focusing-Therapie S. Ebert-Wittich, J. Wiltschko
Explizieren → Experiencing
Explizit → Experiencing
Expressive Arts Therapy M. Wewalka
Facilitator → Encountergruppe
Familienkonferenz → Gordon-Modell
Familientherapie W. Keil
Felt Sense J. Wiltschko
Felt Shift → Felt Sense
Focusing J. Wiltschko
Focusing-Therapie J. Wiltschko
Formative Tendenz → Aktualisierungstendenz
Forschung J. Eckert
Forschung im Focusing R. Sachse
Fortsetzungsordnung J. Wiltschko
Freiraum, Freiraum schaffen J. Wiltschko
Frühe Störungen → Ätiologie → Entwicklungstheorie
Fully functioning person B. Teichmann-Wirth
Ganzheitliches Lernen → Signifikantes Lernen
Gegenreaktion → Resonanz
Gegenübertragung J. Finke
Genauern → Prozessfragen stellen
Gerontopsychotherapie C. Bahr
Geschichte → Historische Entwicklung
Gesprächsführung, personzentrierte
→ Beratung, personzentrierte
Gesprächstherapie → Gesprächspsychotherapie
Gesprächspsychotherapie J. Eckert
Gesundheitsbegriff → Fully functioning person
Gewahrsein, -werden N. Nemeskeri
Gordon-Modell J. Blaschitz
Großgruppen W. Wascher, C. Weixler
Grundhaltung(en), therapeutische J. Eckert
Gruppenarbeit K. Sander
Gruppen-Felt-Sense J. Wiltschko
Gruppenfocusing C. Krause
Gruppenpsychotherapie W. Keil
Guiding J. Wiltschko
Haltung im Focusing J. Wiltschko

Haltung, klientenzentrierte
→ Grundhaltung(en), therapeutische
Handlungsmodalitäten → Erlebensmodalitäten
Hermeneutische Empathie W. Keil
Hermeneutische Perspektive J. Finke
Historische Entwicklung
(der Klientenzentrierten Psychotherapie) G. Stumm
Humanistische Psychologie R. Hutterer
Ich im Focusing J. Wiltschko
Imaginäre Rollenübernahme → Experimente
Implizit → Experiencing
Indikation J. Eckert
Inhalt → Experiencing
Inkongruenz W. Keil
Inkongruenz, dispositionelle → DIM
Inkongruenz, lebensereignisbedingte → DIM
Inkongruenz, sozial-kommunikative → DIM
Innerer Bezugsrahmen → Erfahrung
Innere(r) Kritiker J. Wiltschko
Interactive Focusing S. Ebert-Wittich
Interaktionelle Orientierung W. Keil
Interpretation → Deutung
Kernvariablen → Grundhaltungen
Joker-Fragen → Prozessfragen stellen
Kinder, Arbeit mit, im Focusing M. Stapert
Kinderpsychotherapie B. Reisel
Klientenzentrierte Psychotherapie
→ Personzentrierte Psychotherapie
Konfrontieren → Therapietechniken
Kongruenz → Echtheit
Konkretisieren → Therapietechniken
Konstruktivistische Perspektive C. Fehringer
Kontakt, psychologischer → Beziehung, personzentrierte;
→ Pre-Therapy
Kontraindikation → Indikation
Konzepte im Focusing J. Wiltschko
Körper, Körperarbeit im Focusing J. Wiltschko
Körpereinbezug B. Teichmann-Wirth
Krankheitsbegriff → Inkongruenz
Krankheitslehre → Ätiologie, → Inkongruenz
Krise S. Keil
Krisenintervention S. Keil
Kunsttherapie → Expressive Arts Therapy
Lebensereignisbedingte Inkongruenz → DIM
Lehrtherapie → Ausbildung
Lernen, personzentriertes → Signifikantes Lernen
Listening J. Wiltschko
Markieren → Listening
Menschenbild P. Schmid
Mini-Focusing → Sechs-Schritte-Modell
Modalitätenwechsel → Erlebensmodalitäten
Mythe H. Swildens
Neurose H. Swildens
Neurosenlehre → Störungslehre
Non-direktiv R. Hutterer
Organismische Bewertung → Organimus
Organismische Erfahrung → Erfahrung
Organismus G. Stumm
Paarbeziehung, Theorie der → Paartherapie
Paartherapie A. Auckenthaler
Palliative Care → Trauerbegleitung
Panikattacken → Angststörungen

Partialisieren → Listening
Partnerschaftliches Focusing H. Neidhardt
Person P. Schmid
Personale Begegnung → Person,
→ Begegnungsphilosophische Perspektive
Persönlichkeitsstörungen H. Swildens
Persönlichkeitstheorie K. Heinerth
Personzentrierter Ansatz G. Stumm
Personzentrierte Psychotherapie G. Stumm
Personzentrierte Systemtheorie
→ Systemtheoretische Perspektive
Phänomenales Feld → Erfahrung
Phänomenologische Perspektive H. Spielhofer
Phobien → Angststörungen
Pre-Therapy (nach G. Prouty) E. Zinschitz
Primäre Inkongruenz → Inkongruenz, primäre
Process-Experiential Psychotherapy W. Keil, F. Van Balen
Prozess, therapeutischer G. Stumm
Prozessfragen stellen J. Wiltschko
Prozesskontinuum → Prozess, therapeutischer
Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie H. Swildens
Prozessskala → Prozess, therapeutischer
Prozessuale Diagnostik → Diagnostik
Psychoonkologie N. Nemeskeri
Psychosenpsychotherapie G. Berghofer
Psychosomatik B. Macke-Bruck
Qualitätssicherung I. Frohburg
Rahmenbedingungen → Setting
Receiving → Sechs-Schritte-Modell
Refilling J. Wiltschko
Regression J. Finke
Resonanz J. Wiltschko
Response, Responding J. Wiltschko
Saying back → Listening
Schülerzentrierter Unterricht → Signifikantes Lernen
Sechs-Schritte-Modell des Focusing J. Wiltschko
Sekundäre Inkongruenz → Inkongruenz, sekundäre
Selbst, Selbstkonzept K. Heinerth
Selbstaktualisierungstendenz → Aktualisierungstendenz
Selbstaufmerksamkeit
→ Zielorientierte Gesprächspsychotherapie
Selbstbeachtung, positive
→ Bedürfnis nach positiver Beachtung
Selbstbild → Selbst
Selbsteinbringung des Psychotherapeuten
→ Therapietechniken, → Echtheit
Selbstempathie → Empathie
Selbsterfahrung → Erfahrung, Erleben
Selbstexploration R. Hutterer
Selbstkonzept → Selbst
Selbststruktur → Selbst
Selbstverwirklichung → Aktualisierungstendenz
Setting G. Stumm
Sexualität M. Letzel
Sexuelle Störungen M. Letzel
Signifikantes Lernen H. Teml
Sozial-kommunikative Inkongruenz → DIM
Spieltherapie → Kinderpsychotherapie
Stationäre Psychotherapie → Setting
Sterbebegleitung → Trauerbegleitung
Störungslehre → Ätiologie, → Inkongruenz

Störungsspezifische Anwendungen
der Focusing-Therapie — M. Helmkamp, F. Lippmann, H. Vogl
Störungsspezifische Perspektive — J. Finke
Strukturgebundene Prozesse — K. Renn, J. Wiltschko
Sucht, Suchttherapie — H. Wolschlager
Supervision — A. Auckenthaler
Symbol, Symbolisieren → Experiencing
Symbolisierung, exakte — J. Finke
Systemtheoretische Perspektive — J. Kriz
Techniken im Focusing — J. Wiltschko
Therapieprinzipien → Grundhaltungen, therapeutische
Therapietechniken — J. Finke
Therapietheorie — D. Höger
Thinking at the edge (TAE) — T. Dawson
Transparenz → Echtheit
Trauerbegleitung — C. Metz
Traum — J. Finke
Traumarbeit im Focusing — S. Ebert-Wittich
Traumatherapie — M. Warner
Übertragung — J. Finke
Unbewusstes — J. Finke
Unterricht, schülerzentrierter → Signifikantes Lernen
Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte — J. Finke
Vergleichen → Sechs-Schritte-Modell
Wahlverhinderung, Mechanismen der
→ Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie
Wahrnehmung → Erfahrung, → Abwehr
Wahrnehmungsverleugnung, -verzerrung → Abwehr
Wertschätzung, unbedingte — E. Biermann-Ratjen
Widerstand — J. Finke
Wirkfaktoren → Forschung, → Beziehung, klientenzentrierte,
→ Grundhaltungen, → Selbstexploration,
→ Therapietechniken
Wirksamkeit — J. Eckert
Zielorientierte Gesprächspsychotherapie — R. Sachse
Zwang — H. Swildens
Zwischenmenschliche Beziehung
→ Beziehung, zwischenmenschliche

Gendlin, Eugene — J. Wiltschko
Greenberg, Leslie — J. Watson
Lietaer, Germain — M. Leijssen
Pfeiffer, Wolfgang — J. Finke
Prouty, Garry — E. Zinschitz
Rogers, Carl — G. Stumm
Swildens, Hans — O. de Haas
Tausch, Reinhard — I. Langer
Thorne, Brian — C. Lago

Die Grundbegriffe

Absichtslosigkeit → Haltung, → Beziehung im Focusing

Abwehr
Mit Abwehr wird in der → Persönlichkeitstheorie von Rogers ein spezifischer Teil der Dynamik gestörten Erlebens bezeichnet. Bei einer im Individuum bereits bestehenden → Inkongruenz zwischen organismischem Erleben und → Selbst bedroht jede neue → Erfahrung, die Ersterem entspricht, das Selbst in seiner Konsistenz. Wenn solche Erfahrungen exakt im → Gewahrsein symbolisiert würden, wären auch die → Bewertungsbedingungen verletzt und das Bedürfnis nach Selbstwertschätzung würde frustriert. Eine derartige Bedrohung kann vom → Organismus unterschwellig wahrgenommen (Subzeption) und abgewehrt werden. Diese Abwehrprozesse bestehen in selektiver Wahrnehmung (i.S. von Symbolisierung) und/oder in Wahrnehmungsverzerrung und/oder in der Verhinderung der Wahrnehmung (Symbolisierung) der betreffenden Erfahrungen. Mit diesen Reaktionen wird erreicht, dass die nun entstellt wahrgenommene Erfahrung in Übereinstimmung mit dem Selbstkonzept bleibt. Es kann angenommen werden, dass die Abwehr umso massiver sein wird, je stärker die Konsistenz des Selbstkonzepts bedroht erscheint.
Rogers zählt neurotische Verhaltensweisen wie Rationalisierungen, Projektionen, Zwänge, Phobien, aber auch psychotische Erlebensformen wie paranoides oder katatones Erleben als konkrete Beispiele für Abwehrverhalten auf. Als generelle Folgen von zunehmendem Abwehrverhalten nennt er steigende Wahrnehmungsrigidität, verstärkte Intensionalität (Agieren nach Konstrukten statt nach der jeweiligen Situation) und ungenauer werdende Realitätswahrnehmung.
Darüber hinaus differenziert Rogers zwischen Abwehrprozessen und Prozessen der Desorganisation. Mit Letzterem wird der psychische Zusammenbruch bezeichnet, der eintritt, wenn die Abwehr nicht mehr aufrechterhalten werden kann und die Inkongruenz zwischen Selbst und Erleben gewaltsam ins Bewusstsein dringt. Dabei verhält sich der Organismus in chaotischer Weise so, dass er sich zeitweise nach den bisher abgewehrten Erfahrungen richtet, während zeitweise das Selbst die Herrschaft zu behalten und die Abwehr aufrecht zu erhalten sucht.
Der prozess-blockierende Charakter der Abwehr kommt in Gendlins Theoriebildung (→ Experiencing) insofern zum Ausdruck, als er gar nicht von Abwehr spricht, sondern von → strukturgebundenem Erleben ohne jede gegenwärtige innere Interaktion. Unter einer völlig anderen Perspektive hat Swildens (1991) die Formen der Abwehr störungsspezifisch als jeweils typische → Mythe (Rechtfertigung des Selbstkonzepts) und → als Alibi (für die eingeschränkte Daseinsweise) beschrieben.
Rogers (1959/1987, S. 47) hat im Rahmen seiner Schlussfolgerungen bezüglich der Natur des Menschen mit besonderem Nachdruck darauf verwiesen, dass das Individuum die Fähigkeit besitzt, "mit Gewahrsein die Faktoren seiner psychischen Fehlanpassung wahrzunehmen", d.h. die Inkongruenz wahrnehmen, die Abwehr aufgeben und das Selbstkonzept reorganisieren zu können.

Finke, J. (1989): Das Konzept "Widerstand" und die klientenzentrierte Psychotherapie. In: Sachse, R., Howe, J. (Hrsg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Heidelberg, Asanger, S. 76-99
Panagiotopoulos, P. (1993): Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag Rogers` zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1, Köln, GwG, S. 43-55
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Stumm, G., Keil, W.W. (2002): Das Profil der Klienten-/ Personzentrierten Psychotherapie. In: Keil W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 1-62

Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie, Köln, GwG

Wolfgang W. Keil

Achtsamkeit → Haltung, → Beziehung im Focusing

Aggression

Wird im → Personzentrierten Ansatz als ein Phänomen des Erlebens und Verhaltens betrachtet, dem keine Definition und Funktion in der Theorie und keine spezifische Bearbeitungsstrategie in der Praxis zugewiesen ist. Darin drückt sich die Grundauffassung des Personzentrierten Ansatzes vom Menschen und von zwischenmenschlichen → Beziehungen aus.

In der → Persönlichkeitstheorie des Personzentrierten Ansatzes gilt die → Aktualisierungstendenz als einziges und übergeordnetes Organisations- bzw. Entwicklungsprinzip (Rogers 1959/1987, S. 21f.). Aggression ist diesem grundlegenden, in allem wirkenden Streben des → Organismus untergeordnet – ebenso wie → Sexualität, Geltungsstreben, kognitive Lernprozesse u.a.

Der integrierte, reife Mensch, der sich unbehindert entfalten konnte (→ fully functioning person), erlebt und nutzt die Kraft, die in der Aggression liegt, in konstruktiver Weise. Schädigt er sich oder andere, korrigiert er sein Verhalten. Er ist nach diesem Verständnis vom Menschen nur in dem Maße destruktiv-aggressiv, wie das in der jeweiligen Situation notwendig ist, z.B. zum Selbstschutz (Rogers 1961/1973, S. 164-195).

Der Personzentrierte Ansatz postuliert dementsprechend auch kein theoretisch fixiertes Verursachungsprinzip für destruktive Aggression, wie etwa Aggression als Trieb, der sich entladen und befriedigen muss, oder als Folge von Frustration oder als Resultat von Lernprozessen. Vielmehr gilt für selbst- oder fremdschädigende Aggression das Gleiche, was für alle Formen der Fehlanpassung und der seelischen Störungen gilt: Wenn → Erfahrung nicht vollständig zum → Gewahrsein kommen und dort präzise symbolisiert werden kann (→ Symbolisierung), weil Selbstkonzepte (→ Selbst) das verhindern, entstehen → Inkongruenzen. Inkongruenz führt zu Gefühlen der Bedrohung, Verletzlichkeit und → Angst (→ Abwehr). Je nach Person und Situation kann aus dieser innerpsychischen Dynamik auch Aggression in ihren verschiedenen Ausdrucksformen entstehen (Rogers 1959/1987).

Umgang mit Aggression in der Praxis: Im praktischen Handeln geht es im Personzentrierten Ansatz darum, dass die helfende Person das aggressive Erleben und Verhalten des Klienten 1. in seiner vollständigen Tiefe und Intensität unverzerrt wahrnimmt (Kongruenz), 2. es aus dem inneren Bezugsrahmen des Klienten heraus zu verstehen sucht (→ Empathie) und 3. unbedingte → Wertschätzung für die Person des Klienten *mit* dessen destruktivem Erleben in sich erfährt. Wird diese personzentrierte Haltung (→ Grundhaltungen) vom Klienten aufgenommen, reduziert sich das destruktive Verhalten. Die Erfahrungen, die Rogers in → Encountergruppen mit Personen aus verfeindeten Gruppen gemacht hat (in Nordirland, in Südafrika, mit Personen aus dem Drogenumfeld u.a.), zeigen das besonders eindrücklich.

Ehrmann, W. (1992): Aggression: Berühr mich, aber greif mich nicht an. In: Frenzel, P., Schmid P.F., Winkler, M. (Hrsg.), Handbuch der personzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S. 315-326

Gutberlet, M. (1990): Wut, Hass, Aggression in der Gesprächspsychotherapie – Annäherung an ein vernachlässigtes Thema. *GwG Zeitschrift* 78, S. 26–30

Rogers, C. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des personzentrierten Ansatze. Köln, GwG

Rogers, C. [1961] (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta

Schmid, P.F. (1995): Auseinandersetzen und herangehen – Thesen zur Aggression aus personzentrierter Sicht. *Personzentriert* 2, S. 62-94

Michael Gutberlet

Aktualisierungstendenz

Axiomatisches Kernkonzept und Grundprinzip im → Personzentrierten Ansatz von Carl Rogers, das „die dem [→] Organismus (in seiner Gesamtheit) innewohnende Tendenz zur Entwicklung (all seiner Möglichkeiten)“ kennzeichnet (Rogers 1959/1987, S. 21), und zwar sowohl in Hinblick auf seine Erhaltung, als auch auf seine (weitere) Entfaltung und Differenzierung. Begrifflich geht „Aktualisierungstendenz“ auf die organismische Theorie von Kurt Goldstein zurück, der nach seiner Emigration aus Deutschland an der Columbia-University lehrte. Goldstein betonte damit die Bedeutsamkeit innerer Determinanten in der Entwicklung und im Verhalten von Lebewesen – wobei diese allerdings mit den äußeren Bedingungen zusammenwirken. Rogers (1979/1981, S. 70f.) verweist aber auch auf Maslow, → Gendlin (→ Fortsetzungsordnung), Angyal, Snygg und Combs und war ferner zunächst vom Konzept der „Entelechie“ beeinflusst, die bei Aristoteles und im Vitalismus von Driesch ein (systemexternes) Formprinzip postuliert, das einem Organismus u.a. seine Gestalt gibt. Zunehmend bezog Rogers aber jeweils aktuelle Entwicklungen in den Naturwissenschaften mit ein, die im Rahmen von Systemtheorien (→ Systemtheoretische Perspektive) (Fehringer 1991, Kriz 1997) missverständliche „externe Motive“ überflüssig machten (vgl. Höger 1993) und durch das Prinzip der Selbstorganisation ersetzten. Rogers selbst (1979/1981) verweist in diesem Zusammenhang auf den Biologen Szent-Gyorgyi und den Chemiker Prigogine, der für seine Theorie der Selbstorganisation („dissipative Strukturen“) 1977 den Nobelpreis erhielt – während übrigens viele Psychologen ein solches Prinzip weiterhin vielfach als „naiv“ und „unwissenschaftlich“ diffamierten.

Für das Menschenbild der → Humanistischen Psychologie ist das Konzept der Aktualisierungstendenz, das sowohl „Defizitbedürfnisse“ wie auch „Wachstumsbedürfnisse“ im Sinne von Maslow umfasst, von zentraler Bedeutung. Hutterer (1992) betont als Charakteristika der Aktualisierungstendenz: Sie sei selektiv (erhaltend und entwicklungsorientiert), gerichtet (auf Autonomie, Selbstregulierung, Differenzierung, komplexe Organisation, Wechselseitigkeit, Entwicklung von konstruktiven und sozialen Lösungen, Wertsteigerung und Transparenz), ständig gegenwärtig und eine grundlegende, ganzheitliche Kraft und Funktionsfähigkeit, auch wenn sie in den verschiedensten Bedürfnissen zum Ausdruck kommen kann.

Von Rogers 1951 zunächst noch als Selbstaktualisierungstendenz bezeichnet (in Übereinstimmung mit Goldstein), wurde dieser Begriff 1959 terminologisch durch die Aktualisierungstendenz ersetzt, die der Selbstaktualisierungstendenz nun übergeordnet ist. Im Gegensatz zur Aktualisierung der genetisch angelegten Potentiale von Pflanzen und Tieren ist für die menschliche Aktualisierung nämlich die Entwicklung eines → Selbst wesentlich.

Obwohl die Selbstaktualisierungstendenz aus einer Entwicklungsperspektive ein (typisch menschlicher) Teil der Aktualisierungstendenz des Gesamtorganismus ist, lässt sie sich analytisch insofern klar abgrenzen, als die Aktualisierung des Selbst eine dynamische Struktur nicht im Bereich bio-somatischer Entitäten, sondern eben im Bereich psychisch-sozialer Entitäten darstellt. Es handelt sich um die Struktur der symbolisierten → Erfahrungen, die für die bewusstseinsfähige, reflexive Beschreibung aktueller Erfahrungen sowie für die sich selbst zugeschriebenen charakteristischen Eigenschaften und Werthaltungen – kurz: das Selbstkonzept im weiteren Sinne – wesentlich sind. Unter förderlichen Beziehungsbedingungen sind Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung nicht in Konflikt bzw. nicht dissoziiert. Aufgrund der relativen Autonomie der Selbstaktualisierung kann es aber unter weniger günstigen Umständen (→ Bewertungsbedingungen) zu einer → Inkongruenz der beiden Tendenzen und damit zu einer Inkongruenz von organismischem Erleben und wahrgenommenem Selbst kommen, d.h. zu einer inadäquaten → Symbolisierung der vollständigen Erfahrung (Rogers 1959/1987, S. 29). Die aktualisierten Strukturen der Erfahrung sowie des Verhaltens und die aktualisierten Strukturen des Selbst folgen dann teilweise Eigendynamiken – und dem Menschen ist seine eigene Erfahrung bzw. das Verhalten in diesen Aspekten unverständlich. Dies stellt ein Grundgerüst der klientenzentrierten → Ätiologiekonzeption dar.

Im letzten Lebensjahrzehnt erweiterte Rogers aufgrund seiner Rezeption naturwissenschaftlicher Entwicklungen die Aktualisierungstendenz auf nicht-organismische Bereiche und gelangte damit zur *formativen Tendenz*, einem universellen Prinzip, das der Organisation und Entwicklung unseres Kosmos zugrunde liege, nämlich Ordnungen auf der Basis komplexer Wechselwirkungen zu entfalten (vgl. Rogers 1979/1981). Die Aktualisierungstendenz wäre demnach nur ein Teilaspekt dieser formativen Tendenz.
In der gegenwärtigen naturwissenschaftlichen Debatte spielt die Beschreibung und Erforschung formativer Tendenzen eine zentrale Rolle im Rahmen der Selbstorganisationstheorien und der Systemtheorien (vgl. Kriz 1997). Da sowohl Aktualisierungstendenz als auch Selbstaktualisierungstendenz in großer Nähe zu diesen Konzepten stehen und auch zunehmend in diesem Kontext diskutiert werden, muss vor einer Sprach- und Konzeptverwirrung gewarnt werden: Selbstorganisation meint üblicherweise „Eigen"-Organisation (im Kontrast zur „Fremd"-Organisation) und nicht die Organisation des Selbst. Selbstaktualisierung aber meint sehr wohl eine Aktualisierung des Selbst. Es handelt sich also genau genommen um eine Selbst-Selbstorganisation.

Fehringer, C. (1991): Die Aktualisierungstendenz und die formative Tendenz im Konzept des PCA. In: Frenzel, P. (Hrsg.), Selbsterfahrung als Selbsterfindung. Regensburg, Roderer, S. 59-99
Höger, D. (1993): Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln, GwG, S. 17–41
Hutterer, R. (1992): Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personenzentrierte Theorie der Motivation. In: Hutterer, R., Stipsits, R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S. 146–171
Kriz, J. (1997): Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien, Facultas
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1977] (1978): Eine politische Basis: Die Selbstverwirklichungstendenz. In: Rogers, C., Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München, Kindler, S. 265–280
Rogers, C.R. [1979] (1981): Die Grundlagen eines personzentrierten Ansatzes. In: Rogers, C., Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 65–84

Jürgen Kriz & Gerhard Stumm

Alibi

Dieser Begriff aus der Theorie der → Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie bezeichnet die kreative Konstruktion von Gründen und Motiven, die das existenzielle Versagen des Menschen, sich nicht individuieren oder aktualisieren zu können, zu dürfen oder zu wollen, entschuldigen sollen. Diskrepanzen zwischen den eigenen Absichten, Zielsetzungen und Idealen einerseits und den wahrgenommenen Wirklichkeiten und Sachverhalten andererseits können das → Selbstkonzept gefährden. Die Person kreiert sich dann ein Alibi.
Die Struktur des Alibis ist keine geschlossene Gestalt wie die → Mythe, sondern eine Gestalt, die splitterhaft das Gewebe von Mythe, Selbstkonzept und auch Symptom durchzieht und sich dort zeigt, wo das existenzielle Versagen des Klienten entschuldigt werden muss. Das Alibi zeigt sich daher in der Mythe, aber auch und insbesondere in den Strukturen des Selbstkonzepts, z.B. im Selbstideal. Das Alibi ändert sich im Laufe des Lebens, indem es sich an die von der Situation des Klienten geforderten Aufgaben und Zielsetzungen anpasst. Im Verlauf einer erfolgreichen Psychotherapie verblassen inhaltlich viele Alibi-Elemente und werden weniger aggressiv, existenzbehindernd und die Selbstaktualisierung störend. Die Gestalt des Alibis an sich verschwindet aber nie; es kann sich immer wieder zeigen und aktiviert werden, wenn die Person in eine Lage gerät, in der sie sich schuldig fühlt oder sich als unzulänglich erfährt. Dass es die Bildung von Alibis gibt, ist genauso eine anthropologische Konstante wie die Entwicklung eines → Selbst. Beides ergibt sich aus der reflexiv-exzentrischen Position des Menschen.

Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG
Swildens, H. (1992): Die klientenzentrierte Therapie, die prozeßorientierte Gesprächstherapie und die personzentrierte Gesprächsführung: drei Töchter des gleichen Vaters, aber aus verschiedener Ehe. In: Stipsits, R., Hutterer, R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S. 54-70
Swildens, H. (1993): Ansätze zur Psychopathologie und zu einer differentiellen Psychotherapie der Neurosen aus klientenzentrierter Sicht. In: Teusch, L., Finke J. (Hrsg.), Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung. Heidelberg, Asanger, S. 82-102
Swildens H. (2002): Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 187-206

Hans Swildens

Alter-Ego-Beziehung → Beziehungsformen, therapeutische

Angst

In den entwicklungspsychologischen Konzepten der Persönlichkeit (→ Entwicklungstheorie) und im Störungs- und Behandlungsmodell des → Personzentrierten Ansatzes ist Angst ein bedeutsames Konstrukt.

Werden die angeborenen, basalen Affekte wie Neugier, Überraschtsein, Freude, Ekel, Ärger, Trauer und Angst (Biermann-Ratjen 1993) von den Bezugspersonen nicht anerkannt, können sie als Selbst-Erfahrungen u.U. nicht angemessen in das Selbstbild integriert werden. Die Folge sind Beeinträchtigungen in der frühen Persönlichkeitsentwicklung bzw. in den einzelnen von Biermann-Ratjen (1993) beschriebenen Phasen dieses Symbolisierungs- und Integrationsprozesses. Sie können zur Entwicklung einer rigiden Persönlichkeit führen, die wichtige → Erfahrungen ausblendet oder nur verzerrt wahrnimmt. Dem steht das Leitbild der sich frei entfaltenden, dem Strom des Erlebens offenen → „fully functioning person" gegenüber. Sie kennzeichnet Änderungsbereitschaft und Risikobereitschaft (Rogers 1961/1973). Carl Rogers (1980) betont in seiner Vision des künftigen Menschen eine positive Einstellung gegenüber den Risken des Lebens: "They welcome the risk-taking way of being".

Im personzentrierten Störungsmodell (→ Ätiologiekonzeption) ist Angst ebenfalls ein zentrales Konstrukt. Danach tritt Angst immer dann auf, wenn eine Diskrepanz zwischen dem → Selbst(-konzept) und dem organismischen Erleben an der Schwelle der → Gewahrwerdung spürbar wird (Rogers 1959/1987). Bei der → Abwehr dieser Angst kommt es zur Leugnung oder Verzerrung von Wahrnehmungen bzw. ihrer Symbolisierung (Panagiotopoulos 1993) und zum Auftreten von Symptomen wie Panikattacken (→ Angststörungen), depressive Verstimmung (→ Depression) oder psychosomatische Beschwerden (→ Psychosomatik). In der Behandlung ist die Herstellung eines akzeptierenden, weitgehend angstfreien Klimas (Finke 1994) eine wichtige Voraussetzung dafür, dass der Betroffene abgewehrte Gedanken und Empfindungen erkunden und integrieren kann.

Biermann-Ratjen, E.M. (1993): Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. Köln, GwG, S. 77-87
Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Panagiotopoulos, P. (1993): Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag Rogers zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. Köln, GwG, S. 43-55
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. (1980): The world of tomorrow and the person of tomorrow. In: A way of being. New York, Houghton Mifflin, pp. 339-356

Rogers, C.R. [1973] (1975) Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In: GwG (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 11-24

Ludwig Teusch

Angststörungen

Angst ist ein zentrales Konstrukt in den psychopathogenetischen Konzepten von Carl Rogers (→ Ätiologiekonzeption). Danach tritt Angst immer dann auf, wenn eine Diskrepanz zwischen dem → Selbst(-konzept) und dem organismischen Erleben an der Schwelle der → Gewahrwerdung spürbar wird (Rogers 1959/1987). Von diesem universellen Konzept der → Angst sind Angststörungen abzugrenzen. Die gängigen, deskriptiv orientierten diagnostischen Konzepte, wie z.B. in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10), unterscheiden spezielle Unterformen, insbesondere Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung und die Posttraumatische Belastungsstörung. Beispielhaft sind die psychopathogenetischen Konzepte für die Panikstörung mit Agoraphobie zu nennen. Sie gründen auf psychotherapeutischen Erfahrungen bei schweren Angststörungen (Teusch & Finke 1995) und auf Selbstaussagen von Betroffenen, die systematisch anhand des → Differenziellen Inkongruenzmodells untersucht wurden. Entwicklungspsychologisch liegt meist mangelndes elterliches Akzeptieren von Selbstständigkeitsregungen zugrunde (→ Entwicklungstheorie). In der Phase der Selbstständigkeitsentwicklung waren die Betroffenen wenig geschützt, sei es aufgrund einer überängstlich-behütenden Haltung, sei es aufgrund zu früher Selbstständigkeitserwartungen oder auch extremer Schwankungen zwischen diesen Polen (Swildens 1991; Finke 1994). Das sich entwickelnde Selbstbild ist durch mangelndes Vertrauen in die eigenen Kräfte gekennzeichnet, das Selbstideal hingegen durch – oftmals verborgene - Wünsche nach Rationalität, Kontrolliertheit und Unabhängigkeit. Die manifesten Wünsche richten sich auf Harmonie und Geborgenheit, die Befürchtungen auf Verlassenwerden und Einsamkeit. Charakteristische Auslöser von Panik und Agoraphobie sind Trennungen, etwa die Ablösung vom Elternhaus, oder auch eine phantasierte Trennung, etwa bei Streit mit dem Partner. Die unterschwellige Angst vor Trennung und davor, auf sich allein gestellt zu sein, führt dazu, es allen recht machen zu wollen, und dadurch zu einer ständigen Überbeanspruchung und zu hoher subjektiver Stressbelastung.

In der störungs- und prozessspezifischen Gesprächspsychotherapie (Teusch & Finke 1995; → störungsspezifische Perspektive) geht es in der Symptomphase zunächst darum, dem Betroffenen Halt und Sicherheit zu geben, und durch charakteristische → Therapietechniken eine Entkatastrophierung der funktionellen Beschwerden anzustreben, die aktive Angstbewältigung zu fördern und den Betroffenen für Zusammenhänge zwischen Angstsymptomen und seelischen Belastungen zu sensibilisieren. In der Beziehungs- und Konfliktphase sind Förderung der Autonomie und Realisierung angemessener Abhängigkeitsformen das Ziel. Die Abschiedsphase berührt die besonders vulnerable Trennung und bedarf daher besonderer Beachtung. Therapie- und Verlaufsstudien belegen die hohe Effektivität der Behandlung (Teusch et al. 1997; Teusch & Böhme 1999; Teusch et al. 2001).

Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Köln, GwG

Teusch, L., Finke, J. (1995): Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut* 40, S. 88-95

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. *Psychotherapy and Psychosomatics* 66, pp. 293-301

Teusch, L., Böhme, H. (1999): Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure. *Psychotherapy Research* 9, 1, pp. 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. *Nervenarzt* 72, S. 31-39

Ludwig Teusch

Anthropologie → Menschenbild

Anwendungsbereiche → Personzentrierter Ansatz

Arbeitsbeziehung → Beziehungsformen, therapeutische

Ärztliches Gespräch

Während in der Personzentrierten Psychotherapie die Begegnungsbereitschaft im Vordergrund steht und hierzu die Grundeinstellungen (→ Grundhaltung(en), therapeutische; → Echtheit; → Wertschätzung, unbedingte; → Empathie) und der Kontakt mit einem Menschen, der diese Grundeinstellungen empfangen kann, im Wesentlichen genügen, bringt der Berater sein spezialisiertes Wissen und Können in die Beratungssituation ein. Dies entspricht dem Wunsch des Ratsuchenden, der dieses Wissen und Können nicht selber besitzt, aber weiß, dass er es braucht und bei diesem spezifischen Experten bekommen kann.

Ein personzentrierter Arzt wird nicht einfach einen Rat geben, sondern er wird diesen transparent machen, er wird über Risiken des einen und Risiken des anderen Weges aufklären, und er wird die Wünsche und Vorstellungen des Klienten, z.B. dessen Wertungen, mit einbeziehen. Während er die Wahrscheinlichkeiten der Risiken und Nebenwirkungen darstellt, wird er darauf achten, dass der Klient selbst eigene Entscheidungen fällen kann, und er wird ihm seine Meinung nicht aufdrängen. Bei der Vermittlung seines Wissens darf der Arzt die Empathie nicht vernachlässigen, aber auch umgekehrt vor lauter Empathie keine Gefälligkeitsberatung durchführen. Es handelt sich ja um eine Beratungsbeziehung und nicht um eine absichtslose Begegnung zweier Menschen.

Dennoch gilt es aber auch, die besondere Komplexität des ärztlichen Gesprächs zu beachten. In die ärztliche Beratung kommt der Patient in der Regel mit einem körperlichen oder auch mit einem psychosozialen Problem (z.B. dem Wunsch nach Frühberentung). Beide Arten von Problemen sind *Teil* des Klienten. Daraus folgt, dass sich die Beratung nicht einfach nur auf ein außenstehendes Objekt bezieht, sondern oft die Person selbst zum Ziel hat. Je näher dem Patienten sein sachliches Problem ist, desto mehr ist er *auch* Experte. Je mehr Arzt und Patient die Begegnung von Person zu Person (→ Begegnungsphilosophische Perspektive) als Heilungsfaktor und als eigenständigen Lebenswert im Kontakt miteinander anerkennen, desto mehr streben sie diese auch an und desto mehr kommt es zu einem Sich-Durchdringen von expertenhafter Beratungsbeziehung und der Begegnung von Person zu Person.

Am Anfang wird gewöhnlich Begegnung stehen: die Begrüßung zwischen Patient und Arzt, der gegenseitige Händedruck, der Einleitungsdialog. Dann folgt die Geschichte des Patienten: Je mehr der Arzt diese Geschichte *benutzt, um zu* Informationen oder Therapieansätzen zu gelangen, desto mehr wird er zum Experten-Berater. Jedoch kann auch dies immer wieder mit Begegnungsaspekten durchsetzt werden, nämlich dann, wenn es um Mit-Teilung, um das Teilen mit dem Anderen geht, vor allem, wenn der Arzt sich auf das Gespräch persönlich einzulassen vermag. Die Begegnung ist Heilung aus der Beziehung, welche die Heilung durch die Experten-Handlung ergänzt.

Die ärztlichen Grundeinstellungen könnten wie folgt gegliedert werden: *Behandlungsbereitschaft:* Hilfsbereitschaft bzw. Wunsch, den Patienten als Partner wahrzunehmen; *Verhandlungsbereitschaft:* Willen, sich selbstbewusst und verantwortlich für das eigene ärztliche Konzept, respektvoll für das Konzept des Anderen (z.B. "Laienätiologie") und aktiv und offen für ein neues, in der Beziehung auszuhandelndes Konzept einzusetzen; *Begegnungsbereitschaft:*

Offenheit für den Anderen, Offenheit im Sich-Mitteilen als Person, Sich-Einlassen-Wollen auf die Begegnung.

Geisler, L. (1987): Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Frankfurt, Pharma
Pfeiffer, W.M. (1983): Konsens als Grundlage therapeutischen Handelns. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 2, 3, S. 285-292
Ripke, T. (1994): Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung. Stuttgart, Thieme
Speierer, G.-W. (1985): Das patientenorientierte Gespräch. Baustein einer personenzentrierten Medizin. München, Causa

Thomas Ripke

Ätiologiekonzeption(en)

Die zwar nicht in der Realität, aber theoretisch mögliche ganz und gar psychisch gesunde Person ist im klientenzentrierten Konzept die → "fully functioning person". Sie kann all ihrer → Erfahrungen zusammen mit der organismischen Bewertung dieser Erfahrungen gewahr werden. Ihr → Selbstkonzept ist mit ihrer Erfahrung kongruent. Nach Rogers ist die "fully functioning person" das Idealziel einer Psychotherapie. Entwicklungspsychologisch betrachtet entwickelt sich eine Person dann zu einer voll funktionierenden, wenn sie im Verlauf ihrer Entwicklung bei allen ihren Selbsterfahrungen unbedingte positive → Wertschätzung erlebt und daher alle Selbsterfahrungen in ihr Selbstbild integrieren kann. Sie hat dann auch keine → Bewertungsbedingungen internalisiert und erlebt unbedingte positive Selbstbeachtung, d.h. sie sieht ihre Erfahrungen nicht als unterschiedlich wertvoll an. Sie leidet nie unter → Inkongruenz, ist offen für die Erfahrung bzw. wehrt keine Erfahrung ab, vor allem nicht die Erfahrung ihres organismischen Prozesses der Bewertung von Erfahrung.

Der zentrale Begriff in den Ätiologiekonzeptionen im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts ist die Inkongruenz. Diese bedeutet die Nichtübereinstimmung der im Bewusstsein repräsentierten Erfahrung mit der Gesamtheit der Erfahrung als Folge der Nichtübereinstimmung des Selbstkonzepts mit der Erfahrung bzw. der Nichtübereinstimmung der organismischen Bewertung der Erfahrung als den → Organismus erhaltend und entwickelnd oder bedrohend und hemmend mit der Bewertung der Erfahrung als das Selbstkonzept und die positive Selbstbeachtung bestätigend oder bedrohend.

Nach Rogers führt das → Bedürfnis nach positiver Beachtung und Selbstwertschätzung dazu, dass Erfahrungen, in denen das Kind positive Beachtung findet, mit dieser assoziiert werden. Bestimmte Erfahrungen werden dann allein um der positiven Beachtung willen, die sie mit sich bringen, gesucht. Es heißt dann, das Kind habe Bewertungsbedingungen internalisiert. Ferner werden in der Folge Erfahrungen, die den Bewertungsbedingungen entsprechen, genau wahrgenommen und im Bewusstsein symbolisiert, während Erfahrungen, die das nicht tun, entweder verzerrt so wahrgenommen werden, als entsprächen sie den Bewertungsbedingungen, oder sie werden ganz vor dem Bewusstsein geleugnet. Einige Erfahrungen werden dann gar nicht als Selbsterfahrungen erkannt oder nicht vollständig symbolisiert oder nicht richtig symbolisiert oder überhaupt nicht gemacht (→ Abwehr). Dieser Zustand - der Zustand der Inkongruenz - bedeutet psychologische Fehlanpassung. Das Bewusstsein der Gesamtheit der Erfahrung und ihrer Bedeutung für den Organismus als Ganzen ist unvollständig.

Ganz ähnlich definiert Finke (1994) Prozesse, die zu Inkongruenz führen, psychodynamisch als Konflikte zwischen z.B. der "eigenen" → Aktualisierungstendenz und im Sozialisierungsprozess entstandenen Ideal(selbst)bildungen.

Die mehr oder weniger gesunde Person beschreibt Rogers durch das Prozesskontinuum (therapeutischer → Prozess). In ihm werden nicht bestimmte Erfahrungen und bestimmte Formen der Abwehr, deren Zusammenspiel vermutlich zu bestimmten Krankheitsbildern geführt hat, beschrieben, sondern Formen der Offenheit bzw. Verschlossenheit gegenüber der lebendigen Erfahrung (vgl. auch Finke 1992).

Spürbare Inkongruenz wird ausgelöst durch Erfahrungen, die, wenn sie vollständig symbolisiert würden, als das Selbstkonzept in Frage stellend, den Bewertungsbedingungen nicht genügend

bzw. die Selbstwertschätzung beschädigend erlebt würden. Wenn Inkongruenz geahnt wird, fühlt sich das Individuum verletzlich. Wenn die Inkongruenz bewusst wird, wird Angst erlebt. Deren Ausmaß und Inhalt ist abhängig von der Stabilität und Reife (vgl. → Entwicklungstheorie) des Selbstkonzepts bzw. von dem Ausmaß, in dem das Selbstkonzept durch die aktuelle Erfahrung in Frage gestellt wird (vgl. Biermann-Ratjen 2002).
Unter anderen auf Swildens geht der Vorschlag zurück, Krankheitsbilder bzw. Lebensgeschichten daraufhin zu untersuchen, welche existenzielle Erfahrung als Bedrohung des Selbstkonzepts oder der Selbstwertschätzung und dadurch als Feind erlebt wird, vor der die Flucht ergriffen wird, der mit Unterwerfung begegnet wird, bezüglich derer man sich und/oder andere täuscht oder gegen die zur Verteidigung Aggression mobilisiert wird - und wie die → Abwehr (phobisch, depressiv, hysterisch oder aggressiv) gegen diese angstinduzierten Erlebensweisen aussieht, wenn sie als nicht mit dem Selbstkonzept kompatibel erlebt werden (vgl. auch Biermann-Ratjen & Swildens 1993).

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
Biermann-Ratjen, E.-M., Swildens, H. (1993): Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1. Köln, GwG, S. 57-142
Biermann-Ratjen, E.-M. (2002): Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In: Keil, W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Springer, Wien, S. 123-145
Finke, J. (1992): Der Krankheitsbegriff in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Pritz, A., Petzold, H. (Hrsg.), Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S. 99-125
Finke, J. (1993): Therapie-Theorie - Prinzipien und Methoden der Gesprächspsychotherapie. In: Teusch, L., Finke, J. (Hrsg.), Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung. Asanger, Heidelberg, S. 149-170
Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Thieme, Stuttgart
Swildens, H. [1988] (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie, Köln, GwG

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Angst

In den entwicklungspsychologischen Konzepten der Persönlichkeit (→ Entwicklungstheorie) und im Störungs- und Behandlungsmodell des → Personzentrierten Ansatzes ist Angst ein bedeutsames Konstrukt.
Werden die angeborenen, basalen Affekte wie Neugier, Überraschtsein, Freude, Ekel, Ärger, Trauer und Angst (Biermann-Ratjen 1993) von den Bezugspersonen nicht anerkannt, können sie als Selbst-Erfahrungen u.U. nicht angemessen in das Selbstbild integriert werden. Die Folge sind Beeinträchtigungen in der frühen Persönlichkeitsentwicklung bzw. in den einzelnen von Biermann-Ratjen (1993) beschriebenen Phasen dieses Symbolisierungs- und Integrationsprozesses. Sie können zur Entwicklung einer rigiden Persönlichkeit führen, die wichtige → Erfahrungen ausblendet oder nur verzerrt wahrnimmt. Dem steht das Leitbild der sich frei entfaltenden, dem Strom des Erlebens offenen → „fully functioning person“ gegenüber. Sie kennzeichnet Änderungsbereitschaft und Risikobereitschaft (Rogers 1961/1973). Carl Rogers (1980) betont in seiner Vision des künftigen Menschen eine positive Einstellung gegenüber den Risken des Lebens: “They welcome the risk-taking way of being“.
Im personzentrierten Störungsmodell (→ Ätiologiekonzeption) ist Angst ebenfalls ein zentrales Konstrukt. Danach tritt Angst immer dann auf, wenn eine Diskrepanz zwischen dem → Selbst(-konzept) und dem organismischen Erleben an der Schwelle der → Gewahrwerdung spürbar wird (Rogers 1959/1987). Bei der → Abwehr dieser Angst kommt es zur Leugnung oder Verzerrung von Wahrnehmungen bzw. ihrer Symbolisierung (Panagiotopoulos 1993) und zum Auftreten von Symptomen wie Panikattacken (→ Angststörungen), depressive Verstimmung

(→ Depression) oder psychosomatische Beschwerden (→ Psychosomatik). In der Behandlung ist die Herstellung eines akzeptierenden, weitgehend angstfreien Klimas (Finke 1994) eine wichtige Voraussetzung dafür, dass der Betroffene abgewehrte Gedanken und Empfindungen erkunden und integrieren kann.

Biermann-Ratjen, E.M. (1993): Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. Köln, GwG, S. 77-87

Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme

Panagiotopoulos, P. (1993): Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag Rogers zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. Köln, GwG, S. 43-55

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Rogers, C.R. (1980): The world of tomorrow and the person of tomorrow. In: A way of being. New York, Houghton Mifflin, pp. 339-356

Rogers, C.R. [1973] (1975) Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In: GwG (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 11-24

Ludwig Teusch

Ausbildung

Rogers' Engagement für die psychotherapeutische Ausbildung war gekennzeichnet vom Anspruch der Entwicklung einer in höchstem Maß empathischen, wertschätzenden und selbstkongruenten Persönlichkeit sowie von der Herausforderung zu einem weitestgehend selbstmotivierten und selbstgestalteten Lernprozess (→ signifikantes Lernen). Das Ziel eines derartigen Lernprozesses bestehe letztlich nicht darin, die Klientenzentrierte Psychotherapie als spezifische Therapiemethode zu vermitteln, sondern die je individuell eigene Form der psychotherapeutischen Kompetenz auszubilden. Rogers (1951/1972) nennt als seine Leitlinien für psychotherapeutische Ausbildungen die Explikation der eigenen einstellungsmäßigen Grundorientierungen (→ Grundhaltungen) der Ausbildungsteilnehmer, die Operationalisierung von Methoden zur Vermittlung dieser Grundorientierungen an die Klienten, die Selbsterfahrung von eigener Entwicklung und therapeutischer Veränderung sowie die möglichst frühzeitige und intensiv begleitete Erfahrung eigener psychotherapeutischer Tätigkeit.

Während die Ausbildungsgänge bei Rogers immer in Institutionen, in welchen zugleich psychotherapeutisch gearbeitet und wissenschaftlich geforscht sowie gelehrt wurde, integriert, zugleich aber auch auf die jeweilige Institution beschränkt waren, werden die Ausbildungen heute zumeist von einschlägigen, kollegial organisierten psychotherapeutischen Vereinigungen getragen, die von Rogers (vgl. 1982, S. 20) z.T. abgelehnt wurden: "Ich habe eine Abneigung dagegen, einen Verein von klientenzentrierten Therapeuten zu haben, weil ich die psychoanalytischen Programme gesehen habe, und die wurden immer rigider und enger ...". Im deutschen Sprachraum sind diese Ausbildungsgänge direkt oder indirekt staatlich autorisiert und damit in das öffentliche Gesundheitswesen eingebunden. In der Regel ist die psychotherapeutische Ausbildung eine zweite Berufsausbildung und setzt eine vorgängige Ausbildung bzw. Erfahrung im psychosozialen Feld voraus.

In *Deutschland* gibt es auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes (Behnsen & Bernhard 1999) seit dem 1.1.1999 zwei neue Heilberufe, deren Ausbildung unter staatlicher Aufsicht mit einer Approbation abgeschlossen wird: den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Diese Ausbildung sieht einen Schwerpunkt in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren vor, u.a. in Gesprächspsycho-

therapie, und findet an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten statt, die entweder Universitäten angegliedert sind oder sich in freier Trägerschaft befinden.[3] Eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung regelt den inhaltlichen und formalen Rahmen der Ausbildung.
In *Österreich* gibt es seit 1990 ein Psychotherapiegesetz, das vor allem den relativ freien Zugang zur Psychotherapieausbildung für eine Reihe von Berufsgruppen aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich sowie die Ausübung von Psychotherapie regelt. Auf dieser Basis wurden auch die Klienten- bzw. Personenzentrierte Psychotherapie als wissenschaftlich fundierte Psychotherapiemethode(n) bzw. drei Ausbildungseinrichtungen, die diese Methode repräsentieren und darin ausbilden, staatlich anerkannt.[4]
In der *Schweiz* fehlt nach wie vor eine landesweite gesetzliche Regelung bezüglich Psychotherapie. Kantonale Verordnungen und Richtlinien der Psychotherapiedachverbände gewährleisten einstweilen den Rahmen. Die Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie, welche durch die SGGT organisiert wird, gehört zu den traditionsreichsten und ist eine von sämtlichen Dachverbänden anerkannte Psychotherapieausbildung.[5]
Klientenzentrierte Ausbildungen sind darauf ausgerichtet, einen persönlichen Entwicklungsprozess zu ermöglichen, der u.a. achtsames Gewahren und große Sensibilität für eigenes und fremdes Erleben mit sich bringt. Wesentlich erscheint dabei, dass die eigene Entwicklung in ihrer Einbettung in die Beziehungen zu relevanten Anderen und deren Entwicklung erlebt und erfasst werden kann. Des Weiteren soll in der Ausbildung eine gründliche Auseinandersetzung mit den Konzepten und Hintergrundtheorien des → Personzentrierten Ansatzes geführt und ausreichendes Wissen zum Erkennen und Verstehen gesunder und gestörter Er-Lebensformen und deren Entstehung vermittelt sowie das nötige therapeutische Handwerkszeug für den Umgang damit erworben werden.
Die Ausbildungen umfassen als wesentliche Elemente in organisatorischer Hinsicht zumeist neben Seminaren und Kleingruppen zur Selbsterfahrung, zur Erarbeitung der Theorie und Methodik sowie zur Inter- und → Supervision auch eine Einzel-Lehrtherapie und die kontinuierliche Begleitung in verschiedenen Praktikumserfahrungen sowie bei der eigenen therapeutischen Tätigkeit, die oft auch eigene Falldokumentationen und eine schriftliche Abschlussarbeit inkludiert. Die Lehrtherapie wird dabei als Lerntherapie verstanden, die primär nicht dem Ziel der Heilung von eigenen Leiden oder Störungen dient, sondern vor allem die Erfahrung "am eigenen Leib" und damit die eigene Überzeugung von der zentralen Hypothese des gesamten Ansatzes vermitteln soll.
Die Ausbildung in → Focusing ist für alle interessierten Personen zugänglich und wird von mehreren Anbietern im deutschen Sprachraum durchgeführt.[6] Sie vermittelt Focusing als Werkzeug, das in verschiedensten Feldern des persönlichen und beruflichen Alltags anwendbar ist. Zugleich ist sie Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung in → Focusing-Therapie. Diese besteht aus in sich abgeschlossenen Weiterbildungen zu den einzelnen psychotherapeutischen → Avenues und wird vom Deutschen Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie

[3] Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (www.gwg-ev.org); weitere Informationen auch bei: Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) (l.teusch@evk-castrop-rauxel.de) und Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächs-psychotherapie (DPGG) (www.dpgg.de)
[4] Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG) (www.psychotherapie.at/oegwg), Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Supervision und Gesprächsführung (APG): Forum (www.apg-forum.at) bzw. IPS (www.ips-online.at) sowie Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP) (www.vrp.at)
[5] Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung (SGGT) (www.sggt-spcp.ch), Gesprächspsychotherapie-Focusing-Körperpsychotherapie (GFK) (www.gfk-institut.ch)
[6] siehe Website des International Focusing Institute New York (www.focusing.org)

(DAF)[7] durchgeführt. Staatliche oder versicherungsrechtliche Anerkennung wird bewusst nicht angestrebt, da Unabhängigkeit und Selbstorganisation als essenzielle Prozessaspekte der Praxis und der Ausbildung von Focusing-Therapie angesehen werden. Deshalb können auch alle Personen, die berufsbezogen über einen psychosozialen Hintergrund verfügen, an den Weiterbildungen teilnehmen.
Fast alle der genannten Vereinigungen bieten neben der generellen psychotherapeutischen Ausbildung auch spezifische Aus- bzw. Weiterbildungen für Personzentrierte Kinderpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie sowie Ausbildungen in weiteren Bereichen wie personzentrierte Gesprächsführung, Beratung, Supervision, Organisations- und Personalentwicklung u.Ä. an.

Barrett-Lennard, G.T. (1998): Development of therapists and facilitators. In: ders.: Carl Rogers' helping system. Journey & substance. London, Sage, pp. 324-352
Behnsen, E., Bernhard, A. (1999): Psychotherapeutengesetz (PsychThG). Erläuterte Textausgabe zur Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung. Köln, Bundesanzeiger Verlag
Keil, W.W. (1996): Lehrtherapie im klientenzentrierten Ansatz. *Personzentriert* 2, S. 7-33
Kierein, M., Pritz, A., Sonneck, G. (1991): Psychologen-Gesetz/Psychotherapie-Gesetz. Kurzkommentar. Wien, Orac
Rogers, C.R. [1951] (1972): Die Ausbildung von Beratern und Therapeuten. In: ders.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer, S. 374-413)
Rogers, C.R. (1982): Gespräch Carl Rogers mit dem Vorstand der GwG. *GwG-info* 48, S. 18-35
Wiltschko, J. (1980): Einige Gedanken zur Ausbildung in klientenzentrierter Psychotherapie. *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie* 40, S. 1-13
Wiltschko, J. [1987] (1991) Von der Ausbildung in Gesprächspsychotherapie zur Ausbildung in Focusing-Therapie. In: ders., Anfänger-Geist. Hinführungen zur Focusing-Therapie I. Würzburg, DAF, S. 83-93

Wolfgang W. Keil, Gerhard Stumm, Johannes Wiltschko

Authentizität → Echtheit

Avenues
Mit *avenues* (breite Straßen, Zugangswege) bezeichnet Eugene → Gendlin metaphorisch Wege, die in die Person hinein und aus ihr heraus führen: sowohl Zugänge zum impliziten Erleben als auch dessen Symbolisierungs- und Ausdrucksformen (→ Experiencing). „Vehikel“ auf diesen Avenues können sein: Sprache, Träume, Imaginationen, Körpererleben und Körperausdruck, Malen und Gestalten, Atmen, Schreiben, Berühren, Tanzen, Spielen usw.
Viele der verschiedenen Therapieformen haben sich auf einzelne dieser Avenues spezialisiert und stehen oft miteinander im Widerstreit. Gendlin betont, dass alle diese Avenues in jeder Person friedlich vereint existieren und schon existiert haben, bevor sich noch die schulenspezifischen Spezialisierungen herausgebildet haben. So sehr sich die jeweiligen Begriffsbildungen widersprechen mögen, so selbstverständlich vertragen sich die verschiedenen Avenues, wenn man sie auf das konkrete unmittelbare Erleben bezieht. Konzepte und Methoden der verschiedensten Schulrichtungen lassen sich "experienzialisieren" und dann im Dienst des Erlebensprozesses des Klienten anwenden - *ohne* ihre Prämissen und Implikationen übernehmen zu müssen (→ Konzepte).
Focusing-orientierte Therapeuten sollten daher keine der Avenues von vornherein ausschließen, sondern ihren Klienten auf möglichst vielen Avenues begegnen können (→ Erlebensmodalitäten, Handlungsmodalitäten). Dafür können Spezialausbildungen nützlich sein, sie sind aber nicht unbedingt erforderlich, da jedem Menschen, auch jedem Psychotherapeuten, alle Avenues zu eigen sind. Jeder kann sie in seiner eigenen Lebenspraxis mittels innerer Achtsamkeit erforschen, in die eigenen Focusing-Prozesse einbeziehen, von und mit jedem Klienten

[7] Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie (DAF) (www.focusing-daf.de)

lernen, wie sie jeweils nutzbar werden können, mithilfe von Konzepten ausbauen und durch Selbstreflexion, Inter- und Supervision sichern.
Psychotherapie, betont Gendlin (1999), ist nicht eine Methode, die man an Menschen anwendet, sie ist vielmehr dazu da, Menschen zu helfen. Alles, was ein Therapeut als hilfreich kennen gelernt hat, soll in ihr Platz haben - aber Klienten nicht aufgezwungen werden. → Focusing-Therapie versteht sich daher nicht als eine weitere psychotherapeutische Methode, sondern als *Metamodell* und *Metapraxis:* Sie gibt an, *wie* die verschiedenen therapeutischen Methoden benützt werden können, um Klienten zu ermöglichen, ihre je *eigenen*, für sie stimmigen (Er-)Lebensschritte entstehen zu lassen. In die → Ausbildung in Focusing-Therapie werden deshalb möglichst viele Avenues einbezogen – als Zugangswege zu und Begegnungswege mit anderen Menschen. (Siehe auch → Begleiten, → Techniken)

Gendlin, E.T. (1977): Keine Schule hat die ganze Wahrheit. In: Wild-Missong, A., Teuwsen, E. (Hrsg.), Psychotherapeutische Schulen im Gespräch miteinander. Salzburg, Otto Müller, S. 11-22
Gendlin, E.T. (1996): Focusing-oriented psychotherapy. A Handbook of the experiential method. Guilford, New York; dt. (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 273-289]
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1997): Brauchen wir eine Focusing-Therapie? Studientexte 3. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 45-47]
Wiltschko, J. (1992): Focusing und die Methodenintegration in der Gesprächspsychotherapie. In: ders.: Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 55-58

Johannes Wiltschko

Basisvariablen → Grundhaltungen

Beachtung, positive → Wertschätzung, unbedingte

Bearbeitungsebene (Bearbeitungsangebot, -weise)
→ Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

Bedürfnis nach positiver Beachtung / Selbstbeachtung
Diese Begriffe aus der klientenzentrierten Theorie der Person wurden zunächst in einer Doktorarbeit von Standal (1954) vorgestellt. Das *Bedürfnis nach positiver Beachtung* ("need for positive regard") sei ein universales, vom ersten Lebenstag an zu beobachtendes und während des ganzen Lebens andauerndes menschliches Bedürfnis nach Anerkennung bzw. Beachtung im Sinne von Wahrgenommen- und Geliebtwerden von wichtigen Anderen. Es tauche im bewussten Erleben erstmals zusammen mit den ersten Selbsterfahrungen auf (→ Erfahrung, Erleben). Die Befriedigung oder die Frustration dieses Bedürfnisses nach positiver Beachtung in bestimmten persönlichen Erfahrungen werde mit diesen assoziiert. Wenn die sich entwickelnde Person nicht unbedingte positive Beachtung, sondern selektiv mehr oder weniger positive Beachtung erfahre, internalisiere sie die → Bewertungsbedingungen der Personen, von deren Liebe sie abhängig ist. Nachdem sich ein erstes → Selbstkonzept gebildet hat, werde auch ein Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung erfahrbar. Wenn sich nun Erfahrungen wiederholten, in denen die Person liebevoll beachtet worden ist, werde sie *positive Selbstbeachtung* erleben, d.h. die Person erlebe sich dann auch selbst und unabhängig von ihrer aktuellen Beurteilung durch Andere bei diesen Erfahrungen als positiv und versuche deshalb auch vor allem solche Erfahrungen zu machen. Sie bewerte dann ihre Erfahrungen auch nicht mehr nur im Hinblick darauf, ob sie solche der Entwicklung und Aufrechterhaltung des → Organismus als Ganzem sind oder nicht, sondern vor allem im Hinblick darauf, ob sie mit "positive self-regard" assoziiert sind oder nicht. Die Person beurteile sich dann so, wie sie früher von wichtigen Anderen beurteilt worden ist. Rogers hielt das Bedürfnis nach positiver Beachtung für ein problemrelevantes. Es werde zusammen mit sehr vielen Erfahrungen erlebt, sei ein sehr starkes Bedürfnis

und mit ihm sei die Person von der Interpretation des Erlebens anderer Personen abhängig. Der Wunsch nach der positiven Beachtung durch Andere könne dazu führen, dass sich die Person der eigenen organismischen Bewertung ihrer Erfahrungen nicht bewusst werde.

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Standal, S. (1954) The need for positive regard: A contribution to client-centered theory. Unpublished doctoral dissertation (University of Chicago)

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Befindlichkeit → Felt Sense

Begegnungsphilosophische Perspektive
Begegnung (encounter) benennt in der Tradition der Begegnungsphilosophie (Personalismus) die Beziehung von → Person zu Person. Als zentrales Charakteristikum von Theorie und Praxis genuin → Personzentrierter Psychotherapie wird diese damit beziehungs- und erkenntnistheoretisch sowie therapiepraktisch von objektivierend-deutenden, verhaltensmodifizierenden, einseitig systemorientierten und suggestiven Therapieformen abgegrenzt.
Personale Begegnung wird als Sich-betreffen-Lassen vom Wesen des oder der Anderen verstanden. Zu ihren Konstitutiva zählen:
1. Absichtslosigkeit: Begegnung geschieht ohne Zweck, als staunendes Zusammentreffen mit der Wirklichkeit des Anderen.
2. Verantwortlichkeit: Die Bewegung geht stets vom Anderen aus, der mich „anspricht" („Du-Ich-Beziehung"). Dies wird als „Anspruch" verstanden, der zur Antwort herausfordert, damit eine fundamentale Ver-antwor-tung begründet und alle Beziehung (Psychotherapie eingeschlossen) ethisch fundiert (Levinas).
3. Anerkennung: Epistemologisch geschieht somit eine An-erkennung des Anderen, der sich mit-teilt und zu erkennen gibt („offen-bart"), statt eines Erkenntnisgewinns über ihn.
4. Gegenüber des Anderen: Die Anerkennung der be-geg(e)n-enden Person als eines gegenüber stehenden („face to face"), prinzipiell Anderen, ermöglicht es, sich überraschen und berühren zu lassen und die Unterschiede zu schätzen: „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wach gehalten zu werden." (Levinas).
5. Gegenwärtigkeit (Präsenz): Dem entspricht die authentische („Gegenwärtigsein"), ohne Bedingungen Wert-schätzende („Bestätigung" als Person), durch einfühlendes Innewerden („Vergegenwärtigung") stets neu zu gewinnende Haltung der Gegenwärtigkeit als unmittelbares Erleben mit dem Anderen. Ihre bestimmenden Elemente wurden von Rogers für therapeutische Persönlichkeitsentwicklung als notwendige und (zusammen mit drei Rahmenbedingungen) hinreichende Bedingungen beschrieben.
6. Herausforderung: Begegnung hat notwendigerweise mit Wider-Stand zu tun, weil der Andere das Selbst infrage stellt und nicht einordenbar ist.
7. Kairotizität: Begegnung geschieht im Kairos, d.h. ganz in der Gegenwart, den jeweiligen Augenblick als fruchtbare, herausfordernde Chance wahrnehmend.
8. Un-Mittelbar-keit: Begegnung geschieht ohne methodisch oder technisch geplantes Vorgehen. „Nur, wo alles Mittel zerfallen ist, geschieht Begegnung." (Buber).
9. Leiblichkeit: Begegnung als personal-ganzheitlicher Vorgang ist Berührung, „leibhaftes Zusammenspiel" (Buber), das den körperlichen Kon-Takt einschließt, setzt daher physische Präsenz voraus und schafft respektvolle Nähe.
10. Spiritualität: Ebenso setzt ihre „spirituelle" Dimension eine Offenheit für Fragen voraus, die das unmittelbar Erfahrbare transzendieren, und fördert die Auseinandersetzung mit Sinnfragen und Glaubensvorstellungen.
11. Dialog: In der zwischen den Begegnenden entstehenden Welt des „Zwischenmenschlichen" ereignet sich Dialog, die der Begegnung angemessene Kommunikationsform, als verstehende

Konfrontation und Teilnahme am Sein des Anderen. In der dialogischen Spannung von Ganz-auf-den-Anderen-bezogen-Sein (Solidarität) und Ganz-selbst-Sein (Autonomie) entstehen Selbstbewusstsein und Selbstverwirklichung.
12. Pluralität: Begegnung überschreitet die abgeschlossene Zweisamkeit der Paarbeziehung auf den Plural („Wir"), offen für das Dritte (Thema) bzw. den Dritten (als Chiffre für die Anderen der Anderen; Levinas) und damit für Gruppe (→ Encounter-Gruppe) und Gesellschaft.
Personzentrierte Psychotherapie ist Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung, in der sich der Therapeut selbst unmittelbar als Person ins Spiel bringt — er ist selbst das einzige „therapeutische Instrument" — und den Klienten als Person in den Blick nimmt („Person-zentriert", nicht störungszentriert). Die personzentrierten → Grundhaltungen werden als Miteinander-Sein in Gegenwärtigkeit begriffen, d.h. als Bereitschaft, sich der Gegenwart der Anderen in ihrem Anderssein auszusetzen. Psychotherapie ist damit ein Prozess, der sich von einer einseitigen, asymmetrischen Relation über die Begegnungshaltung des Psychotherapeuten in Richtung auf wechselseitige, symmetrische Begegnung bewegt. Rogers: Der Therapeut möchte eine Person kennen lernen, nicht im üblichen Sinne helfen; Hilfe geschieht von selbst, wenn Begegnung gelingt (Buber & Rogers 1984, S. 63).

Buber, M., Rogers, C.R. (1984): Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In: APG (Hrsg.), Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Wien, Deuticke, S. 52-72

Levinas, E. (1983): Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie. Freiburg i. Br., Alber

Rogers, C.R. (1977): Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 180-196 (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)

Schmid, P.F. (1994): Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Schmid, P.F. (1998): Begegnung von Person zu Person. Zur Beziehungstheorie und zur Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 1, S. 20-32

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.), Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 1: Congruence. Ross-on-Wye, PCCS, pp. 213-228

Schmid, P.F. (2001): Comprehension: The art of not-knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centered relationships. In: Haugh, S., Merry, T. (Eds.), Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy. Ross-on-Wye, PCCS, pp. 53-71

Schmid, P.F. (2001): Acknowledgement: The art of responding. In: Bozarth, J., Wilkins, P. (Eds.), Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 3: Unconditional positive regard. Ross-on-Wye, PCCS, pp. 155-171

Schmid, P.F. (2002): Presence: Im-mediate co-experiencing. In: Wyatt, G., Sanders, P. (Eds.), Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory and practice. Vol. 4: Contact and perception. Ross-on-Wye, PCCS, pp. 182-203

Schmid, P.F. (2002): Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person**.** In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 75-105

Theunissen, M. (1977): Der Andere. Studien zur Sozialontologie der Gegenwart. 2. Aufl. Berlin, de Gruyter

Peter F. Schmid

Begleiten

Der Ausdruck „Begleiten" bezieht sich auf alle Haltungen und Verhaltensweisen einer Person in Bezug auf den Erlebensprozess (→ Experiencing), im Besonderen auf den → Focusing-Prozess. Man kann a) seinen eigenen Erlebensprozess selbst innerlich begleiten (Selbst-Focusing), b) eine andere Person in ihrem Erlebensprozess begleiten (→ Partnerschaftliches Focusing), c) als Therapeut einen Klienten begleiten (→ Focusing-Therapie). Das Wort „Begleiten" drückt eine → Haltung aus: Hilfreiches bzw. therapeutisches Verhalten ist weniger ein expertenhaftes, bestimmte Absichten verfolgendes Anleiten des Klienten, sondern ein achtsames und absichtsloses Dasein, ein "Gefährte sein", ein der Person und ihrem Erlebensprozess "Gesellschaft leisten" (→ Beziehung).

Der Ausdruck „Begleiten“ hat sich für die gesamte Tätigkeit des Focusing-Therapeuten eingebürgert. Dabei darf nicht vergessen werden, dass Focusing-Therapie nicht aus einem fortwährenden Begleiten innerer Prozesse des Klienten besteht, in welchem der Therapeut als Person zurücktritt. Focusing-Therapie ist in erster Linie ein dialogischer Prozess, in dem sich Therapeut und Klient als Teilnehmer *einer* Situation erleben und begegnen. Beide gehen gemeinsam auf die Suche nach den impliziten Bedeutungen dessen, was der Klient thematisiert (→ Experiencing). Erst wenn der Klient sich auf sein implizites Erleben als → Felt Sense unmittelbar bezieht und damit in einen Focusing-Prozess eintritt, wird der Therapeut zum Prozess-Begleiter im eigentlichen Sinn. (Siehe auch → Techniken, → Listening, → Guiding)

Cornell, A. W. (1997): Focusing - Der Stimme des Körpers folgen. Reinbek, Rowohlt
Gendlin, E.T. (1968): The experiential response. In: Hammer, E. (Ed.), Use of interpretation in treatment. New York, Grune and Stratton, pp. 208-227; dt. (2002): The experiential response. *Focusing-Journal 8*, S. 2-9
Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1981, 1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt [S. 140-171]
Gendlin, E.T. (1990): The small steps of the therapy process: How they come and how to help them come. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Leuven University Press, pp. 205-224
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 40-79]
Maas, R. (2002): Dem Zuhören lauschen. Focusing-Journal 9, S. 3-11

Johannes Wiltschko

Behandlungsergebnisse → Wirksamkeit

Behindertenarbeit

Darunter ist der Umgang mit Menschen zu verstehen, die eine körperliche, kognitive oder eine Sinnesbehinderung haben, sei es in der täglichen Betreuung oder sei es auch in einer psychotherapeutischen Beziehung.

Für die Arbeit mit Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung oft wenig bedingungslose Zuwendung (→ Wertschätzung) oder → Empathie erfahren haben, eignet sich der Personzentrierte Ansatz mit den darin formulierten therapeutischen → Grundhaltungen in ganz besonderer Weise. Vor allem bei einer kognitiven Beeinträchtigung werden die Symbolisierungen dieser Menschen häufig nicht von ihrer Umwelt verstanden, sodass sie meist eine mangelhafte Selbstempathie entwickeln. Stigmatisierung und Unverständnis tragen auch dazu bei, dass sie nicht lernen, sich selbst zu akzeptieren und ernst zu nehmen. Die daraus resultierende → Inkongruenz zeigt sich beispielsweise entweder in einem extrem angepassten Verhalten oder in aggressivem bzw. autoaggressivem Verhalten.

Das personzentrierte Beziehungsangebot kann eine korrigierende Erfahrung darstellen. Empathische Kommunikation fördert die Selbst- und Fremdwahrnehmung behinderter Personen sowie ihre Fähigkeit Gefühle zu verstehen und adäquate Symbolisierungen zu entwickeln. Die bedingungslose Akzeptanz hilft ihnen ein positives → Selbstkonzept zu entwickeln und die Behinderung in ihr Selbstkonzept zu integrieren. Indem sie vom Gegenüber ernst genommen werden, lernen sie sich selbst ernst zu nehmen und im Rahmen ihrer Fähigkeiten selbstverantwortlich Entscheidungen zu treffen.

Damit eine solche positive Entwicklung anhält, ist es wesentlich, das Umfeld des behinderten Menschen mit einzubeziehen, damit dieses das Beziehungsangebot weiterführen kann.

Die Arbeit mit geistig behinderten Klienten ist von jenen mit anderen Behinderungen zu unterscheiden. Körperbehinderte Menschen besprechen Themen wie andere Klienten auch, wobei Ohnmacht und (unterdrückte) Wut häufig im Vordergrund stehen. Gehörlosigkeit und Blindheit bedürfen eines empathischen Wissens bezüglich ihres Einflusses auf die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen.

Bei geistig behinderten Klienten ist in manchen Fällen ihre sprachliche Fähigkeit auf kognitiver Ebene beeinträchtigt, in anderen äußern sie sich, Kindern ähnlich, sehr auf ihren individuellen

Kontext bezogen, sodass es tieferer Kenntnisse ihres Bezugsrahmens bedarf. Hilfreich ist es, auf Wort-für-Wort-Reflexionen (→ Prä-Therapie) zurückzugreifen sowie sich auf das Sprachniveau und den Rhythmus des Klienten einzustellen. Außerdem sollte der Therapeut auf einer sehr konkreten Ebene bleiben und ein Gleichgewicht zwischen einem etwas direktiverem Vorgehen einerseits und Raum geben andererseits aufrechterhalten. Für die Kongruenz (→ Echtheit) des Therapeuten ist es erforderlich, sich (über Selbsterfahrung) der eigenen Einstellung gegenüber Behinderung bewusst zu werden.
Zwei weitere persönlichkeitsfördernde Elemente, die auf dem personzentrierten Axiom der → Aktualisierungstendenz beruhen, sind Zumuten und Zutrauen. Ein von diesen Elementen geprägtes Beziehungsangebot ermöglicht es, Erfahrungen zu machen, die sowohl dem Sicherheitsbedürfnis behinderter Menschen als auch ihrem Individuationsbedürfnis entsprechen. Das gibt ihnen Gelegenheit, ihre eigenen Fähigkeiten und Grenzen kennen zu lernen und mehr Flexibilität in Bezug auf ihre Anpassungsfähigkeit bei Veränderungen zu entwickeln.
Kognitive, aber auch sekundäre emotionale oder soziale Behinderungen, hervorgerufen durch einen inadäquaten Umgang mit dem Betroffenen, können ein Kontaktdefizit verursachen. In diesem Fall kann Prä-Therapie ein wirksames Hilfsmittel sein, insbesondere da sie diese Menschen in ihrem prä-expressiven Erleben erreicht und daher eine tiefe Form von Empathie darstellt.

Peters, H. [1992] (2001): Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit einer geistigen Behinderung. Stuttgart, Klett-Cotta
Pörtner, M. (1996): Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart, Klett-Cotta
Pörtner, M. (2002): Der Personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 513-532
Zinschitz, E. (1997): Der Personzentrierte Ansatz in der Behindertenarbeit. *Person* 1, 2, S. 120-127
Zinschitz, E. (2002): „You really understand what I am talking about, don't you?". Basic requirements for contact and perception in Person-centred therapy and the implications for clients with learning disabilities. In: Wyatt, G., Sanders, P. (Eds.), Rogers` therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol 4: Contact and perception. Ross-on-Wye, PCCS Books, pp. 133-152
Zinschitz, E. (2002): Das scheinbar Unverständliche verstehen. Empathie in der psychotherapeutischen Arbeit bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Iseli, C, Keil, W.W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P.F., Wacker, P. (Hrsg.), Identität - Begegnung - Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Köln, GwG, S. 359-381

Elisabeth Zinschitz

Beratung, personzentrierte

Allgemeine Begriffsbestimmung: Personzentrierte Beratung (synonym mit klientenzentrierter Beratung, früher auch nicht-direktive Beratung) ist die Anwendung des von C. Rogers begründeten klientenzentrierten Konzepts auf das Anwendungsfeld „Beratung". Personzentrierte Beratung umfasst dabei das von Rogers formulierte Beziehungs- und Wertkonzept sowie inhaltlich-methodische Vorgehensweisen. *Klientenzentrierte Gesprächsführung* bezieht sich dabei auf einen Teilausschnitt der personzentrierten Beratung, im Wesentlichen nämlich auf den Aspekt der überwiegend verbal gehaltenen Gesprächsinterventionen des Beraters.
Rogers machte noch keine klare Unterscheidung von Psychotherapie und Beratung, sind doch die gleichen Wirkungskräfte in beiden Anwendungsgebieten die bewegenden Elemente. In neuerer Zeit hat sich die Sicht eingebürgert, Beratung von Psychotherapie eindeutig zu trennen. Während sich Psychotherapie auf die Behandlung seelisch gestörter Menschen bezieht, geht es bei der Beratung um Hilfestellung bei der Bewältigung persönlicher Probleme, die sich aus der Erfahrung des Klienten mit sich *selbst*, aus der *Lebenswelt* (Beruf, Ausbildung, Arbeit, Institutionen und Gesellschaft) und aus der *Beziehungswelt* (Partnerschaft, Ehe, Familie, soziale Bezugsgruppe) ergeben (Sander 1999).

Spezielle Begriffsbestimmung: Das wesentliche Element der Personzentrierten Beratung ist die Zentrierung auf die hilfesuchende Person mit ihren Zielen, Wünschen, Verhaltensweisen und Wertvorstellungen. Entsprechend den von Rogers formulierten Wertvorstellungen wie Offenheit für Erfahrungen, Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Autonomie sowie zur Ganzheitlichkeit des Menschen wird dem Klienten prinzipiell die Lösung seiner Probleme zugetraut, wenn er in der Beratung geeignete Anregungsbedingungen erhält und eine förderliche Beziehung erfährt. Durch zentrale Basisvariablen wie → Empathie (Kommunikation des einfühlend Verstandenen), → Echtheit (Kongruenz) und Selbstkongruenz des Beraters und dessen unbedingte → Wertschätzung und Akzeptanz wird eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen, die den Klienten angstfreier macht und es ihm ermöglicht, sich mit den unterschiedlichen internen und externen Problembedingungen zu beschäftigen und sie einer Lösung zuzuführen. Im Unterschied zur → Personzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) ist die Personzentrierte Beratung als relativ kurzzeitiges Angebot problem- und lösungsorientiert und greift auf methodische Vorgehensweisen zurück, die in der Psychotherapie weniger häufig verwendet werden. Zielsetzung der personzentrierten Beratung ist die Beeinflussung der Selbst- und der Fremdexploration, d.h. die gezielte Förderung der inneren Erkundung der Person mit all ihren Gefühlen, Wahrnehmungen, Affekten und Motiven sowie – nicht weniger relevant – die Erkundung der äußeren Problemaspekte, die Förderung realistischerer Sichtweisen des Klienten sowie die Vermittlung wirksamerer Handlungs- und Bewältigungskompetenzen.
Methodische Vorgehenskonzepte: Die Interventionen des Beraters gehen über die Verwirklichung der oben genannten Basisvariablen hinaus und werden in der Literatur mit Begriffen wie „differenzielle Interventionen", „produktive" Vorgehensweisen, „aktivierende Elemente in der Gesprächsführung", „weiterführendes Gesprächsverhalten" usw. beschrieben und diskutiert (Schwartz 1975; Tausch & Tausch 1981; Tscheulin 1983; Weinberger 1988). Rogers selbst hat sich zum Thema erweiterter Methoden so geäußert, dass "der Berater, der in der klientenzentrierten Therapie erfolgreich tätig ist, über ein zusammenhängendes und ständig sich weiter entwickelndes, tief in seiner Persönlichkeitsstruktur verwurzeltes Sortiment von Einstellungen verfügt, ein System von Einstellungen, das von Techniken und Methoden, die mit diesem System übereinstimmen, ergänzt wird" (Rogers 1951/1972, S. 34).
Weiterführende, differenziell begründete Vorgehensweisen berücksichtigen zum einen stärker die *Art der Probleme des Klienten:* Entscheidungsprobleme, Klärungsfragen, Orientierungsanliegen, Bewältigungsproblematiken oder Sinn- und Existenzfragen erfordern ein unterschiedliches Vorgehen. Ebenso betrifft dies die Unterschiedlichkeit der *Klientel:* Klienten in unterschiedlichen Alters- und Lebensphasen, mit unterschiedlichen Lebensproblemen bei unterschiedlicher Herkunft und Gruppenzugehörigkeit machen ein flexibles Beratervorgehen nötig.
Bei der Frage des angemessenen Vorgehens ergibt sich eine Antwort aus den Kenntnissen allgemeiner Gesetzmäßigkeiten, die sich für *Problemlöseprozesse* schematisieren lassen (z.B. D´Zurilla & Goldfried 1971; Egan 1996). Beratungsverläufe lassen sich häufig in Abläufe zusammenfassen wie: Allgemeine Orientierung – Problemformulierung und Definition – Entwicklung von Alternativen – Entscheidung – Verifikation. Eine andere Einteilung methodischer Interventionsansätze ergibt sich aus Sander (1999, S. 32ff.), der die Vorgehensangebote *Information und Orientierung, Deutung und Klärung* sowie *Handlung und Bewältigung* unterscheidet, bezogen auf die Problemfelder *Lebenswelt, Beziehung* und *Selbst.*
Differenziell beraterische Vorgehensweisen lassen sich unter Zuhilfenahme derartiger Phasenmodelle und Methodentypologien auf folgende grundlegende Gesprächsinterventionen beziehen:

1. Interventionen zur generellen Förderung von *Kommunikation und Beziehung:* Empathie, Kongruenz, Akzeptanz; Selbsteinbringung des Beraters; Beziehungsklärung; Konfrontation; Klärung des Hier- und Jetzt- Bezugs der beraterischen Interaktion;

2. Interventionen zur *Information und Orientierung:* Förderung der Konkretheit von Erfahrungen, Gefühlen und Einstellungen; Informationsvermittlung zu den sachlichen Aspekten der Problemsituation; Vermittlung von Kenntnissen und Hinweisen;
3. Interventionen in Bezug auf *Deutung und Klärung:* Anregung zum Perspektivenwechsel; Hinterfragen von Einstellungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen; Konfrontation mit eigenen Stärken (Ressourcenorientierung); Inkongruenzerleben erweiternde Interventionen (Sachse 1999; Sander 2001); Unterstützung einer differenzierteren Wahrnehmung der sozialen Umwelt, Unterstützung sinngebender neuer Erfahrungen;
4. Interventionen, die auf die Entwicklung von *Handlung und Bewältigung* gerichtet sind: Anregung von Zukunftsprojektionen; Handlungsplanung; Zielformulierung; selbstexplorative Bearbeitung von Lösungsmöglichkeiten (Weinberger 1988, S. 125), Strategienentwicklung (Egan 1996, S. 156), Verhaltensübungen und Verhaltensmodifikation, Stressminderungstechniken;
5. Interventionen, die sich auf die *Begleitung der Handlung* beziehen: Durchführung und Begleitung von Handlung; Ermutigung zu veränderten Erfahrungen in neuen Situationen; Hindernis-Bewertung und Umbewertung; Verhaltensbekräftigung; Rollenspiel; Visualisierung kritischer Situationen; Feed-back-Prozesse).

Die oben genannten, z.T. aus anderen theoretischen Positionen übernommenen Interventionen sind nur soweit einsetzbar, wie sie im Einklang mit personzentrierten Wert- und Beziehungskonzepten stehen.

Anwendungsgebiete personzentrierter Beratung: Partnerberatung, Erziehungsberatung, Familienberatung, Drogen- und Suchtberatung, interkulturelle Beratung, Pastoralberatung, pädagogisch-therapeutische Beratung, schulpsychologische Beratung, Organisationsberatung, Praxisberatung und Supervision usw.

Viele im personzentrierten Beratungskonzept ausgebildete Beraterinnen und Berater arbeiten in klassischen Feldern der Pädagogischen und Klinischen Psychologie, der Rehabilitation, Heil- und Sonderpädagogik und den zahlreichen Feldern der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. In neuerer Zeit ergeben sich immer mehr Anwendungsfelder aus dem Bereich der Gesundheit: sozialtherapeutische Beratung, Krisenintervention, Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sowie Anwendungsgebiete aus dem pflegerischen Bereich.

D`Zurilla, T., Goldfried, M. (1971): Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* 78, pp. 107-126

Egan, G. (1996): Helfen durch Gespräch - Ein Trainingsbuch für helfende Berufe. Weinheim, Edition Sozial - Beltz

Rogers, C.R. [1942] (1972): Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. [1951] (1972) Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1985: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)

Sachse, R. (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Sander, K. (1999): Personzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Weinheim, Beltz

Sander, K. (2001): Lösungs-, Entscheidungs- und Handlungsorientierung in der Personzentrierten Beratung. In: Langer, I. (Hrsg.), Menschlichkeit und Wissenschaft. Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch. Köln, GwG

Schwartz, H.J. (1975): Empirisch überprüfte Prozeßmerkmale in der Gesprächspsychotherapie. In: GwG (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 114-123

Straumann, U. (1992) (Hrsg.): Beratung und Krisenintervention. Köln, GwG

Tausch, R., Tausch, A.M. (1981): Gesprächspsychotherapie. 7. Aufl., Göttingen, Hogrefe

Tscheulin, D. (1983): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Psychotherapie. Weinheim, Beltz

Weber, W. (1981): Wege zum helfenden Gespräch. München, Reinhardt

Weinberger, S. (1988): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe. Weinheim, Beltz

Klaus Sander

Bewertungsbedingungen
"Conditions of worth" ist ein (zunächst von Standal in einer Doktorarbeit definierter) Begriff aus der klientenzentrierten Theorie der Person, der den früheren Begriff "introjected values" ersetzt. Bewertungsbedingungen entwickeln sich demnach auf der Grundlage des → Bedürfnisses nach positiver Beachtung dann, wenn das Kind nicht unbedingte → Wertschätzung in seinem Erleben erfährt und selektiv, je nach dem, was es gerade erlebt, mehr oder weniger als der positiven Beachtung wert angesehen wird. Die Befriedigung oder die Frustration des Bedürfnisses nach positiver Beachtung bei bestimmten persönlichen Erfahrungen wird mit diesen assoziiert. Nachdem sich ein erstes → Selbstkonzept gebildet hat, werde auch ein Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung erfahrbar. Das Selbstwerterleben sei dann ebenfalls selektiv. Wenn sich Erfahrungen wiederholten, in denen die Person positiv beachtet worden ist, werde positive Selbstbeachtung erlebt. Wenn sich Erfahrungen wiederholten, die nicht mit positiver Beachtung assoziiert werden konnten, erfolge keine positive Selbstbeachtung. Und es würden Selbsterfahrungen allein deshalb gesucht oder gemieden, weil sie als mehr oder weniger wertvoll angesehen werden. Die Bewertungsbedingungen stellen nach → Rogers das Haupthindernis für die Entwicklung der "psychologisch angepassten" Person dar. Auf ihrer Grundlage werde nämlich die organismische Bewertung von Erfahrung als die Erhaltung und Entwicklung des ganzen → Organismus fördernd oder behindernd relativiert bzw. ganz ausgeblendet und es entsteht → Inkongruenz.
Bezüglich der Unterscheidung der klientenzentrierten Theorie der Person von psychodynamischen Konzepten ist der Begriff der Bewertungsbedingungen zentral, da er veranschaulicht, dass es im klientenzentrierten Konzept um die → Abwehr *der Bewertung* von organismischer Erfahrung im Dienste der Aktualisierung geht. Die Bewertung von Erfahrung als das Selbstkonzept bestätigend oder in Frage stellend bzw. als ein Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung befriedigend oder nicht, kann die Person daran hindern, sich in ihrem organismischen Bewertungsprozess, aus dem die eigentliche Selbsterfahrung hervorgeht, wahrzunehmen.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
Biermann-Ratjen, E.-M., Swildens, H. (1993): Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1. Köln, GwG, S. 57-142
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmens des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Bewertungsinstanz, innere (organismische) → Organismus
Beziehung, therapeutische
In seiner Theorie der Psychotherapie hat Rogers (1957; 1959) die Qualität definiert, die eine Beziehung haben muss, um konstruktive persönliche Veränderung zu ermöglichen. Die → Therapietheorie nennt sechs Beziehungsbedingungen, welche erst *miteinander gemeinsam* die geforderte Beziehungsqualität ergeben. Diese wird ausnahmslos durch gewisse *Erlebens*weisen beider Beziehungspartner bestimmt (vgl. auch Stumm & Keil 2002, S. 21-35).
Die erste Bedingung erfordert die Erfahrung von psychologischem Kontakt zwischen beiden Beziehungspartnern. Rogers sieht eine Mindestform von Kontakt als gegeben an, wenn jeder der Partner im jeweiligen Erfahrungsfeld des anderen einen zumindest unterschwellig wahrnehmbaren Unterschied ausmacht (Rogers 1957/1991, S. 169). Damit stellt die erste Bedingung ein wesentliches Indikationskriterium der → Personzentrierten Psychotherapie dar, denn „einzig die Bedingung 1 ist dichotomisch (entweder sie ist gegeben oder nicht), die restlichen fünf treten in verschiedenem Ausmaß auf, jede auf ihrem Kontinuum" (a.a.O., S. 178). Prouty expliziert psychotherapeutischen Kontakt als einen *Prozess* des In-Kontakt-Stehens, der z.B. bei schweren psychotischen Störungen noch nicht möglich ist (→ Prä-Therapie). Im Rahmen seiner

phänomenologischen Beschreibung weist Swildens (1991, S. 52 ff.) auf, dass Beziehung eine Matrix darstellt, die *Interaktion*, *Kontakt* und *Begegnung* enthalten kann. Die psychotherapeutische Beziehung sei dabei wesentlich eine funktionelle Beziehung, d.h. eine Interaktion, mit der zentralen Motivation psychotherapeutische Hilfe zu geben und zu empfangen. Sie erreiche jedoch nur dann ihr Ziel, wenn sie zugleich auch Raum für (persönlichen, nicht-funktionellen) *Kontakt* biete. So bestimme das Maß, inwiefern die Beziehung auch persönlich ist, den Erfolg der Therapie. Volle persönliche *Begegnung* könne dabei zwar vorkommen, scheine aber nicht wesentlich für eine psychotherapeutische Beziehung zu sein.
Die zweite Bedingung fordert, dass sich der Klient in einem Zustand der → Inkongruenz befindet und deren Symptome, nämlich Spannung und Verletzlichkeit oder Angst erlebt. Optimal erfüllt ist dieser Zustand, wenn die Person Veränderungsbedarf in sich selbst ortet, d.h. dass die → Abwehr nicht mehr sicher funktioniert und dadurch die Therapiemotivation hoch ist. In den Stufen seiner Prozessskala beschreibt Rogers (1961/1973, S. 130-162) die jeweiligen Merkmale des inneren Bezugsrahmens des Erlebens, welche auf das Ausmaß der Abwehr einer Person hinweisen. Schwere Symptome können im Dienst der Abwehr stehen und daher trotz offensichtlicher Therapiebedürftigkeit Veränderung behindern, solange die Abwehr intakt ist. Dies hat Folgen für die Indikation und Therapieplanung. Swildens empfiehlt aus diesem Grund, in der Psychotherapie schwerer Störungen zu Beginn eine Prämotivationsphase und Symptomphase einzuplanen (→ Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie).
Die nächsten drei Bedingungen sind als Erfahrungen des Therapeuten (→ Grundhaltungen, therapeutische) formuliert, nämlich das kongruente Erleben (→ Echtheit) von unbedingter → Wertschätzung und von empathischem Verstehen (→ Empathie). Zu beachten ist hier, dass es sich um authentisches Erleben handelt und dass ein solches nicht willkürlich herstellbar ist.
Die sechste Bedingung bezieht sich wiederum auf den Klienten. Sie verlangt, dass er in einem Mindestmaß die bedingungslose wohlwollende Beachtung und das empathische Verständnis des Psychotherapeuten wahrnimmt. Dabei ist das Problem zu berücksichtigen, dass es allein vom inneren Bezugsrahmen der Klienten abhängt, in *welcher* Phase der Psychotherapie sie sich *wodurch* verstanden und angenommen fühlen. Ergänzend hat Gendlin (1990, S. 223) betont, dass es nicht notwendig wäre, dass der Klient das therapeutische Beziehungsangebot bewusst wahrnimmt ("perceived empathy"), sondern dass dieses bei ihm auf der → Experiencing–Ebene ankommt ("received empathy").
Diese sechs *notwendigen und hinreichenden* Bedingungen sind voneinander abhängig und dürfen daher nicht als isolierbare Wirkfaktoren verstanden werden. Sie beschreiben eine Atmosphäre, die sich *zwischen* beiden Personen entwickelt. Damit beansprucht dieses Konzept den Gültigkeitsgrad einer Metatheorie. Es beschreibt ein Phänomen, das sowohl in förderlichen Beziehungen außerhalb der Psychotherapie (→ Beziehung, zwischenmenschliche) als auch in erfolgreichen Psychotherapien jedweder Orientierung auftritt. Es ist außerdem als Wenn-Dann-Zusammenhang formuliert, d.h., *wenn* diese Bedingungen vorhanden sind, *dann* ändern sich Klient und Therapeut. „Wenn ich mich einen anderen Menschen wirklich verstehen lasse, riskiere ich, durch das Verständnis verändert zu werden“ (Rogers 1961/1973, S. 34). Die Veränderung geschieht schließlich *wie von selbst.* Rogers (1957/1991, S. 177) vergleicht diesen Vorgang mit dem Ablauf einer chemischen Reaktion. So wie das Gemisch von Salzsäure und Natronlauge Kochsalz und Wasser ergibt, bringt die geforderte Beziehungsqualität persönliche Veränderung.
Da man über (eigenes wie fremdes) Erleben keine direkte Kontrolle hat und da außerdem zwei Bedingungen ausschließlich und eine weitere (nämlich die erste) sozusagen zur Hälfte wesentlich von der Klientenseite eingebracht werden, kann diese *Theorie der Psychotherapie* nicht als ein Modell angesehen werden, das *Verhaltens*regeln für den Therapeuten enthält. Klientenzentrierte Psychotherapeuten verwenden dieses Beziehungsmodell daher als Wahrnehmungsinstrument und Hintergrundfolie für die Reflexion ihres therapeutischen Handelns. Während das Vorhandensein bzw. die Abweichung von dieser Beziehungsqualität bereits von kurz

eingeschulten beobachtenden Laien erkannt werden kann, erfordert ihr Herstellen und Erhalten in der Psychotherapie dagegen hohe therapeutische Kunstfertigkeit.
Die Geschichte der Klientenzentrierten Psychotherapie (→ Historische Entwicklung) ist geprägt von dem Bemühen, Methoden zu konkretisieren, die helfen, diese Beziehungsbedingungen zu realisieren. Rogers selbst hat im Lauf seines therapeutischen Werdegangs viele Beispiele hinterlassen; dabei fällt ein Wechsel des Schwerpunkts auf: Zunächst bietet er seinen Klienten eine Alter-Ego-Beziehung an, später tritt zugunsten einer dialogischen Beziehung die Kongruenz des Therapeuten in den Vordergrund, in der er dem Klienten ein reales Gegenüber bietet (→ Beziehungsformen, therapeutische). In seinen Spätschriften betont er die Haltung der *Gegenwärtigkeit („presence")*, die er den therapeutischen Grundhaltungen als weiteres Merkmal hinzufügt.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1995): Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. 7. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer
Gendlin, E.T. (1990): The small steps to the therapy process: How they come and how to help them come. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.), Client–centered and experiential therapy in the nineties. Leuven, Leuven University Press, pp. 205-224
Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-184
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmens des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1961] (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett
Stumm, G., Keil, W.W. (2002): Das Profil der Klienten-/ Personzentrierten Psychotherapie. In: Keil, W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 1-62
Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Sylvia Keil

Beziehung, zwischenmenschliche

Rogers (1959/1987) hat in seiner Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen beschrieben, wie interpersonelle Kommunikation von der intrapsychischen Kongruenz (→ Echtheit) bzw. → Inkongruenz der Kommunikationspartner beeinflusst wird. Je größer demnach die kommunizierte Kongruenz (von → Erfahrung/Erleben, → Gewahrsein und Verhalten) bei einem der Partner ist, umso mehr wird die sich entwickelnde Beziehung tendenziell analoge Qualitäten aufweisen und gegenseitiges korrektes Verstehen und wechselseitige Befriedigung ermöglichen. Ebenso gilt, dass, je größer die Inkongruenz bei einem der Kommunikationspartner ist, die sich entwickelnde Beziehung tendenziell zur Verringerung des gegenseitigen Verstehens, zu größerer → Abwehr auf beiden Seiten und zu wechselseitiger Frustration führt.
Dies impliziert, dass Inkongruenz von einem Anderen sensibler und damit besser wahrgenommen werden kann als vom Betroffenen selbst. Entscheidend ist dabei, ob der Partner offen genug ist, der Widersprüchlichkeit (Inkongruenz) zwischen der bewussten Kommunikation seines Gegenübers und dessen gesamter Ausstrahlung gewahr zu werden, oder ob er seine Aufmerksamkeit nur auf die bewussten Mitteilungen seines Gegenübers richtet und damit dessen Widersprüchlichkeit zwar erlebt, sich ihrer aber nicht gewahr und damit selbst inkongruent wird.
Das Gewahrwerden von Inkongruenz in der Kommunikation setzt Offen-Sein für die eigenen Erfahrungen, also eigene Kongruenz voraus. Rogers hat in vielfältiger Weise dieses authentische Sich-selbst-Sein als "personal power" dargestellt (Rogers 1977/1978; Gutberlet 1999). Dies ist die Voraussetzung und der Motor für gelingende und befriedigende Beziehungen. Rogers hat in diesem Sinn auf Anwendungen seiner Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen vor allem für die Bereiche der Erziehung und des Lernens, des Familienlebens, der Gruppenleitung und der Gruppenkonflikte hingewiesen.
Beim (kongruenten) Gewahrwerden der Inkongruenz von Kommunikationspartnern ist allerdings zu bedenken, dass dabei der Andere in tieferer Weise verstanden wird, als dieser sich

selbst versteht. Ein solches Verstehen ist letztlich nicht möglich ohne bedingungslose positive → Wertschätzung dieser Person. Wenn sich eigene Kongruenz also mit bedingungsloser Wertschätzung und mit empathischem Verstehen (→ Empathie) des Anderen vereint, sind die Bedingungen einer therapeutischen → Beziehung erfüllt. Ein Unterschied zwischen einer therapeutischen und einer guten außertherapeutischen Beziehung kann jedoch darin gesehen werden, dass das kongruente Erleben des Psychotherapeuten sich deutlicher auf die Wertschätzung und die Empathie gegenüber dem Anderen ausrichten muss, während man in einer guten Alltagsbeziehung sich mehr auf die eigene Kongruenz verlassen kann. "In der Therapie ist wahrscheinlich Empathie das herausragende Charakteristikum, das die Therapie vorantreibt. Im Alltagsleben ist es die Kongruenz, seine Echtheit, die häufiger offensichtlich wird, wenn es ein Beziehungsproblem gibt, aber andererseits scheint es mir, daß die Qualitäten, die eine gute Therapie ausmachen, auch eine gute Beziehung außerhalb der Therapie ausmachen." (Rogers 1982, S. 26).

Gutberlet, M. (1999): Die Entfaltung von Personal Power im Personzentrierten Ansatz. *Person* 3, 2, S. 101-109
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1977] (1978): Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. (1982): Gespräch Carl Rogers mit dem Vorstand der GwG. *GwG-info* 48, S. 18-35

Wolfgang Keil

Beziehungsangebot, klientenzentriertes → Grundhaltung(en), therapeutische

Beziehungsformen, therapeutische

Rogers hat vielfach betont, dass die therapeutische → Beziehung der entscheidende Wirkfaktor in der Psychotherapie ist. Die verschiedenen Beschreibungen dieses Beziehungsangebotes durch Rogers (→ Grundhaltungen) machen jedoch deutlich, dass hier von ihm im Laufe der Zeit unterschiedliche Akzente gesetzt wurden (Finke 1999). Zusammengefasst lassen sich vor allem zwei Beziehungskonzepte herausstellen: Die Alter-Ego-Beziehung, die bereits für die frühe Phase der „klientenzentrierten" Therapie (1951/1972) grundlegend ist, und die Dialog-Beziehung, die bei ihm seit Ende der 50er Jahre eine zunehmend wichtigere Rolle spielt (Rogers 1957/1991).

Durch das jeweilige Beziehungskonzept wird die Rolle des Therapeuten festgelegt sowie seine Einstellung, insbesondere seine Verstehenshaltung und damit schließlich auch die Art seines Intervenierens beschrieben.

Die Alter-Ego-Beziehung: Dies ist die klassische Beziehungsform der Klientenzentrierten Psychotherapie und es wird oft verkannt, dass diese Form nicht die einzige ist. Die Rolle des Psychotherapeuten besteht hier darin, sein eigenes Selbst einzuklammern und „zum anderen Selbst des Klienten zu werden" (Rogers 1951/1972), d.h. „in die Haut des Klienten zu schlüpfen" und die Welt des Klienten mit dessen Augen zu sehen (Rogers 1977). Der Psychotherapeut versucht durch Interventionen im Sinne des einfühlenden Verstehens (→ Empathie) verschiedenen Aspekten des Klienten, z.B. seinem → Selbstkonzept oder seinem organismischen Erleben, eine Stimme zu geben, sie zur Sprache zu bringen. Dadurch soll ein inneres Zwiegespräch des Patienten mit sich selbst angeregt werden und ihm so ermöglicht werden, eigene Gefühle und Bedürfnisse, oft eben auch Bedürfnisse widersprüchlicher Art, zu klären.

Die Dialog-Beziehung: Dieses Beziehungskonzept hat Rogers in Form seiner Forderung nach Transparenz und Gegenwärtigkeit des Therapeuten (→ Echtheit) beschrieben (Rogers 1961/1973; 1957/1991). Der Therapeut soll sein eigenes Selbst nicht beiseite stellen, sondern im Gegenteil für den Klienten greifbar und als eigenständiges Gegenüber, als der relevante Andere erfahrbar sein. Es soll also hier zu einem Dialog zwischen zwei authentisch erlebenden Subjekten kommen und der Klient soll durch diese Art von Unmittelbarkeit der Kommunika-

tion neue, seine bisherigen Beziehungserwartungen korrigierende Erfahrungen machen. Einige sich aus dieser dialogischen Position ergebenden konkreten Interventionen wurden systematisch von Rogers` Schülern beschrieben, besonders das Konfrontieren, das Selbst-Öffnen bzw. das Selbst-Einbringen (→ Therapietechniken) (Carkhuff 1969).
Neben diesen beiden zentralen Beziehungskonzepten der Personzentrierten Therapie lassen sich noch zwei Konzepte skizzieren, die in der Literatur meistens nur indirekt oder in peripherer Weise erwähnt werden.
Die Übertragungsbeziehung: Ist bei Beschreibung der bisherigen Beziehungsformen das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten maßgebend, so ist hier zunächst das Beziehungsangebot des Klienten gemeint, auf das sich allerdings der Psychotherapeut in konkordanter wie in komplementärer Weise einstellen muss. Schon Rogers (1951/1972) hatte darauf hingewiesen, dass in Therapien auch Übertragungsgefühle (→ Übertragung) auftreten, die im Sinne des einfühlenden Verstehens zu klären seien. Auf jeden Fall muss der Therapeut inadäquate Beziehungsangebote seines Klienten aufgreifen, so wie das schon in der Interventionskategorie des Beziehungsklärens (immediacy; Carkhuff 1969) (→ Therapietechniken) vorgesehen ist. Dabei interveniert der Psychotherapeut im Sinne des einfühlenden Verstehens, also aus einer Alter-Ego-Position. Andererseits ist er in dieser Situation aber für den Klienten kein zweites Ich, sondern der bedeutsame Andere. Der Psychotherapeut muss verstehen, welche Erwartungen der Klient an ihn richtet, welche Rolle er ihm anträgt. Die Übertragungsbeziehung hat insofern eine Zwischenstellung zwischen der Alter-Ego-Beziehung und der Dialogbeziehung.
Die Arbeitsbeziehung: Diese Beziehungsform, auch therapeutische Allianz genannt (Sachse 1999) ist gewissermaßen die Basis des therapeutischen Vorhabens, sie spielt aber für das Vorgehen selbst nur indirekt eine Rolle. Sie beschreibt die Grundeinstellung eines Psychotherapeuten, einerseits sein Interesse an der Entwicklung des Klienten und seine Wertschätzung der Person des Klienten und andererseits sein Engagement und seine fachliche Kompetenz zur Förderung dieser Entwicklung einzusetzen. Hinsichtlich dieses letzten Merkmals hat der Psychotherapeut hier eher die Position eines engagierten Beobachters, eine Position, die etwa in der → Supervision zur Sprache kommt, wenn der Psychotherapeut über seine Beobachtungen und Urteilsbildungen hinsichtlich des therapeutischen Prozesses berichtet. Die Arbeitsbeziehung ist gewissermaßen die Reflexionsinstanz, in der sich der Psychotherapeut über die Realisierung der anderen Beziehungskonzepte Rechenschaft gibt.
Auf Seiten des Klienten ergibt sich hier die Verpflichtung zur Mitarbeit und zur → Selbstexploration. Hinsichtlich des grundsätzlichen Therapiezieles, der Klärung von nicht oder verzerrt symbolisierten Emotionen und konflikthaften Bedürfnissen, ist auf dieser Ebene immer wieder ein Konsens zwischen Psychotherapeut und Klient herzustellen.

Carkhuff, R.R. (1969): Helping and human relations. Vol. I. Selektion and Training. New York, Rinehart and Winston
Finke, J. (1999): Beziehung und Intervention. Stuttgart, Thieme
Rogers, C.R. [1951] (1973): Die klientbezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-185
Rogers, C.R. [1961] (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett
Rogers, C.R. (1977): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)
Sachse, R. (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Jobst Finke

Beziehungsklären → Therapietechniken

Bezugsrahmen, innerer → Erfahrung

Bias Control → Prozeßfragen stellen, → Traumarbeit im Focusing

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die häufigste der → Persönlichkeitsstörungen. Sie ist gekennzeichnet durch "ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen" (DSM-IV 301.83). Für ihre Behandlung sind im Rahmen der verschiedenen Therapieschulen unterschiedliche, in der Regel störungsspezifische Konzepte entwickelt worden (Kernberg et al. 2000; Eckert et al. 2000), auch von humanistischen Psychotherapeuten (z.B. Bohart 1990; Warner 1998; Eckert & Biermann-Ratjen 2000).

Wichtige klientenzentrierte Behandlungsprinzipien sind:

° Der Aspekt des klientenzentrierten Beziehungsangebots (→ Grundhaltungen; → Beziehung, therapeutische), dem Klienten eine "sichere Basis" (im Sinne von Bowlby) zur Verfügung zu stellen, damit sich das ihm innewohnende Entwicklungspotenzial (→ Aktualisierungstendenz) entfalten kann, erfährt in der Borderline-Therapie ein besondere Aufmerksamkeit: Die spezifische Beziehungsgestaltung dieser Patienten, insbesondere ihre Neigung zum Idealisieren und Entwerten, gefährdet den Bestand der therapeutischen Beziehung immer wieder, sodass der Satz: "Achte auf Deine unbedingte Wertschätzung!" als eine Behandlungsleitlinie gilt.

° Borderline-Patienten erleben Wut- oder gar Hassgefühle (→ Aggression) als existenziell bedrohlich und sie reagieren darauf mit borderline-spezifischen Symptomen, wie Depersonalisationserlebnissen oder selbstverletzendem Verhalten. Daher ist es für sie therapeutisch wichtig, mit Hilfe des Psychotherapeuten die Erfahrung machen zu können, dass Wut und Hass natürliche, d.h. auch verstehbare Reaktionen sind, die nicht zu Trennung oder Selbstvernichtung führen müssen.

° Fast alle Borderline-Patienten haben traumatische Erfahrungen gemacht und entsprechend groß ist ihre Angst, manipuliert und missbraucht zu werden. Gleichzeitig ist bekannt, dass sich diese gefürchteten Erfahrungen in späteren Beziehungen, auch therapeutischen, wiederholen. Eine im Hinblick auf diesen Umstand reflektierte nicht-direktive (→ non-direktiv) Beziehungsgestaltung bietet beiden, Klient und Psychotherapeut, einen gewissen Schutz.

° Eine wichtige therapeutische Funktion ist die störungsspezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit des Psychotherapeuten (Eckert & Biermann-Ratjen 2000, S. 602f.). Sie setzt eine genaue Kenntnis der Störung und der Behandlungsprinzipien voraus (→ störungsspezifische Perspektive).

Klientenzentrierte Psychotherapien mit dieser Klientengruppe sind nachgewiesenermaßen hilfreich; der erforderliche Zeitaufwand beträgt in der Regel zwei Jahre und mehr.

Bohart, A.C. (1990): A cognitive client-centered perspective on borderline personality development. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven (Belgium), Leuven University Press, pp. 599-621

DSM IV (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (dt. Bearbeitung und Einführung von H. Saß, H.-U. Wittchen und M. Zaudig). Göttingen, Hogrefe

Eckert, J., Dulz, B., Makowski, C. (2000): Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 45, S. 271-285

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. (2000): Gesprächspsychotherapie nach Rogers – Prinzipien einer klientenzentrierten Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.), Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, Schattauer, S. 595-611

Kernberg, O.F., Dulz, B., Sachsse, U. (2000): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart

Warner, M.S. (1998): A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In: Greenberg, L., Watson, J., Lietaer, G. (Eds.), Handbook of experiential psychotherapy. New York-London, The Guilford Press, pp. 368-387

Jochen Eckert

Carrying forward → Experiencing, → Fortsetzungsordnung

Coaching → Supervision. Co-Focusing

Co-Focusing
Co-Focusing entstand auf der 8. Internationalen Focusing Konferenz in Boston 1996. A. Wild-Missong suchte erfahrene Focuser für ein Experiment: Eine neue Art → Focusing sollte erprobt werden - zwischen begleitetem Focusing und Focusing alleine mit sich selbst. Jede Person sollte sich auf ihren eigenen → Felt Sense beziehen und gleichzeitig aufmerksam sein auf den Erlebensprozess der anderen, also selbst fokussieren und zuhören zugleich.
Co-Focusing kann zu Zweit oder auch in einer kleinen Gruppe praktiziert werden. Es gelingt am besten, wenn die beteiligten Personen (1) mit Focusing-Prozessen vertraut sind, (2) sich nicht in einem akuten Konflikt befinden und (3) keine Erwartungen aneinander haben. Die Co-Focuser sitzen sich gegenüber bzw. im Kreis und lassen einen Felt Sense zu einem gemeinsam vereinbarten Thema entstehen oder fokussieren auf ihre jeweilige Befindlichkeit in der augenblicklichen gemeinsamen Situation. Eine Person beginnt, ihren Felt Sense laut zu symbolisieren, die anderen achten darauf, wie sich dadurch ihr je eigener Felt Sense verändert und symbolisieren diese Veränderungen ebenfalls laut. Auf diese Weise kommt es mit der Zeit zu → Resonanzen des impliziten Erlebens und u.U. zum Erleben eines gemeinsamen Felt Sense, der sich oft in einem gemeinsamen inneren Bild symbolisiert. Das Synergie-Erlebnis hinterlässt eine wohltuende Energiesteigerung. Statt der Worte können auch Töne/Geräusche, Malen an einem gemeinsamen Bild oder Körperausdruck/Bewegungen als → Erlebens- und Handlungsmodalitäten benützt werden (→ Avenues).
Angeregt durch Vipassana-Meditations-Erfahrungen und Teilhard de Chardins Ansicht, es gebe zwei entgegengesetzte Bewegungen, der Alleinheit zuzustreben (nach innen spüren oder sich in den Kosmos ausdehnen), hat Wild-Missong mit dem "Sphärischen Focusing" eine spirituell ausgerichtete Variante des Co-Focusing entwickelt. Zwei Formen haben sich in der Praxis bewährt: (1) Im Kreis sitzend, fokussieren die Gruppenmitglieder still für sich, aber getragen von der Gruppenenergie. Wenn eine Person etwas erlebt, das über ihre biographischen Inhalte hinausgeht, spricht sie das laut aus, z.B. "Wellen ziehen von links nach rechts". Die andern hören das und lassen es in sich wirken. Es entsteht etwas Gemeinsames. Alle versuchen, sich in diese „Holo-Bewegung“ einzustimmen. (2) Die Teilnehmer der Gruppe berichten zunächst, welches Thema sie jeweils im Moment bewegt. Die Gruppenleiterin hört fokussierend zu und gibt der Gruppe anschließend eine Einstiegsanleitung, die das Allgemeingültige der verschiedenen Themen anregen mag. Danach fokussieren alle eine Stunde lang still für sich, getragen durch die Gruppenenergie. Der Austausch am Schluss zeigt oft Parallelen des Erlebens. Klärung, Leichtigkeit, Verbundenheit, Stabilisieren der inneren Ruhe und intensive Energiesteigerung werden als Ergebnisse genannt.

Janakabhivamsa, S. (1999): Vipassana meditation. The path of enlightenment yangon. Myamar, Chanmyay Yeiktha Meditation Centre [pp. 7ff.]
Wild-Missong, A. (1993): Mit Focusing im Leben. Würzburg, DAF [S. 107ff.]
Wild-Missong A (1983, 1997[3]) Neuer Weg zum Unbewußten. Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse. Würzburg, DAF [S. 33-42]

Agnes Wild-Missong

Cross-Cultural-Communication → Großgruppen, Encountergruppe

Dauer → Setting; therapeutischer → Prozess; → Forschung

Depression
Die Befunde über die Genese depressiver Störungen ergeben eine klare Übereinstimmung mit der personzentrierten Störungstheorie (→ Ätiologiekonzeption): Als wesentlich werden

Erziehungsmittel wie Liebesentzug, globale negative Bewertungen, emotionale Unerreichbarkeit relevanter Bezugspersonen und frühe emotionale Überforderung durch ein belastetes Familienklima, das global von Kummer und Unglück geprägt ist, genannt. Durch frühe Prozesse der Gefühlsansteckung tendieren diese Kinder dazu, sich für alle Unglücke, die sich in ihrem Umfeld ereignen, verantwortlich zu fühlen (Zahn-Waxler & Kochanska 1990; Thompson 1990). Wenn die für das Kind notwendige Wiederherstellung einer "Basisharmonie" (Binder & Binder 1994) misslingt, wird dies als Schuld und Versagen erlebt. Aus einer solchen familiären Konstellation ergibt sich für das Kind ein unlösbares Dilemma: Es muss elterlichen Anforderungen optimal gerecht werden, was eine eher rigide konventionelle Erfüllung normativer Standards verlangt, und es muss mit hoher Flexibilität und Sensitivität empathisch erfassen, wer was wann von ihm braucht. Dadurch wird die empathisch flexible, sozial kompetente, handlungsorientierte Seite gefördert - dies aber im Rahmen einer konventionell rigiden, sozial eher unterwürfig angepassten passiven Rolle.

Oft mangelt es an einer angemessen präzisen Wahrnehmung eigener Bedürfnisse. Es entwickelt sich gewissermaßen ein generelles „voluntatives Defizit“ (Binder & Binder 1994). Setzen sich dennoch intensive Bedürfnisse und vor allem Erwartungen an Andere im Erleben durch, so werden sie als bedrohliche Impulsdurchbrüche empfunden, die mit Angst vor Kontrollverlust einerseits und mit der Erwartung endgültiger Selbstentwertung bei Nichterfüllung andererseits verbunden sind. Die dem Wollen sonst innewohnende Vitalität, die der Selbststeuerung zugänglich bleibt, geht verloren zu Gunsten eines erlebnismäßig hilflosen Ausgeliefertseins. Dies führt in Kombination mit überhöhten Leistungsansprüchen und inadäquat generalisierten Verantwortungs- und Zuständigkeitsimpulsen zu unerfüllbaren Anforderungen. Diese im Selbsterleben (→ Erfahrung) empfundene „Größenpflicht“ (Binder & Binder 1994) erhöht die Vulnerabilität für Versagensängste und Schuldgefühle. Die Erfüllung aktueller fremdinduzierter Normen hat Priorität, solange dies ohne Zusammenbruch des eigenen Wertsystems möglich ist, führt aber bei entsprechender Divergenz zu erheblichen inneren Konflikten. Wenn dabei das eigene Wertsystem „gewinnt“, droht Anerkennungsverlust, wenn das eigene Wertsystem „verraten“ wird, folgt Selbstwertverlust bis hin zu Selbsthass und Selbstverachtung. Die an sich hohe Zentrierung auf die Aufrechterhaltung ausreichend emotional positiver intersubjektiver Verbindungen bedingt eine starke Tendenz in sozialen Beziehungen, empathisch wahrzunehmen und zu handeln. Indem Personen mit depressiven Tendenzen so stark auf die Aufrechterhaltung dieser Sichtweise angewiesen sind, erleben sie nicht nur persönliche Kränkungen als vernichtend, sondern können auch „Menschheitsenttäuschungen“, wenn es ihnen nicht mehr gelingt diese umzudeuten oder auszublenden, kaum verkraften. Im depressiven Zusammenbruch kommt es zum Stillstand aller emotionalen Verbindungen, zur Statik beziehungslosen depressiven Leidens als Folge generalisierter Lieb- und damit Leblosigkeit. Derartige negative Selbstwahrnehmungen werden gemäß der „depressiven Ewigkeitsnorm“ (Binder & Binder 1994) als einzig gültige, unveränderbare Wahrheit dargestellt.

Die in massiven akuten Depressionen auftretenden Zustände sind geeignet, im Gegenüber via Gefühlsansteckung „personal distress“-Reaktionen mit entsprechenden aversiven Tendenzen auszulösen und zu negativen Interpretationen und Unterstellungen zu führen.

Der Personzentrierte Ansatz als Beziehungsangebot mit einer auf Verbindung ausgerichteten, bedingungslos akzeptierenden, empathisch verstehenden, prosozialen Motivation erscheint insgesamt als Mittel der Wahl. Störungsspezifisch relevant ist hierbei das Verstehen der Statik und des Beziehungsverlustes. Hier sind therapeutische Interventionen, die Erleben wieder in Fluss bringen, im Sinne der Aktivierung eines psychologischen Kontaktes (Prouty 1994) bzw. eines prozessorientierten Arbeitens im Sinne von Swildens (1991) angezeigt (→ Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie). Als häufig hilfreich erweist sich ein Wechsel der Ebene von primärer Intersubjektivität, die ersehnt wird, aber stagniert, zu sekundärer Intersubjektivität (Braten 1998), bei der durch geteilte Aufmerksamkeit Beziehung auf einer nicht vom depressiven Geschehen betroffenen Ebene erlebbar wird. Es wird der dem depressiven Leiden zugrunde

liegenden Struktur nicht gerecht, wenn ein empathisches Verstehen (→ Empathie) sich auf die Benennung der unmittelbar sichtbaren Symptome begrenzt und dabei die Einbeziehung „depressiver Kompetenzen", d.h. die Person mit ihren spezifischen Beziehungsfähigkeiten, Verletzlichkeiten und Ressourcen, vernachlässigt. Bei depressiven Störungen konstituiert die Wiedergewinnung von Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungsprozessen und empathisch begründeter Intersubjektivität den therapeutischen Prozess an der Schnittstelle von innen und außen.

Binder U., Binder J. (1994): Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung - Psychosomatisches Erleben - Depressives Leiden. 2.Aufl. Eschborn, Dietmar Klotz

Braten, S. (1998): Infant larning by atercentric prticipation: The reverse of egocentric observation in autism. In: Braten, S. (Ed.), Intersubjective communication and emotion in early ontogeny. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 105-124

Prouty, G. (1994): Theoretical evolutions in Person-Centered/Experiental Therapy. Westport, Praeger

Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Thompson, R. (1990): Emotion and self-regulation. In: Thompson, R. (Ed.), Socioemotional development. Lincoln-London, University of Nebraska Press, pp. 367-467

Zahn-Waxler, C., Kochanska, G. (1990): The origins of guilt. In: Thompson, R. (Ed.), Socioemotional development. Lincoln-London, University of Nebraska Press, pp. 183-258

Ute Binder

Desorganisation → Abwehr

Deutung

Ob in der → Personzentrierten Psychotherapie auch „gedeutet" wird oder ob in dem entschiedenen Verzicht auf jedwedes Deuten ein klares Unterscheidungskriterium gegenüber der Psychoanalyse gegeben ist, das ist eine oft diskutierte Frage (Fittkau & Kalliner 1989; Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz 1995; Sander 1975). Die Art ihrer Beantwortung hängt von der Definition der „Deutung" ab. Versteht man das Deuten als das Mitteilen der Schlussfolgerungen des Psychotherapeuten unabhängig vom jeweiligen Erlebnisprozess des Klienten, besteht es also in einer beziehungslosen Kundgabe von Erklärungen psychischer Zusammenhänge aus der Position des Außenbeobachters, dann ist das Deuten aus personzentrierter Perspektive eine unzulässige Interventionskategorie. Dies gilt freilich so auch in der modernen Psychoanalyse (Mertens 1990; Werthmann 1993).

Versteht man allerdings das Deuten bzw. das Interpretieren in einem weiten Sinne, dann kann schon das einfühlende Wiederholen der Klientenäußerung (→ Empathie; → Therapietechniken) ansatzhaft ein Interpretieren sein (Finke 1994). Denn der Psychotherapeut nimmt eine wichtige Akzentverschiebung und insofern schon eine Interpretation der Klientenäußerung vor, wenn er sie mit seinen Worten wiederholt und dabei z.B. Unzufriedensein mit Ärgerlichsein oder gar Wütendsein übersetzt. Die → „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" (Tausch 1970) würden die Analytiker in vielen Fällen eine Affekt-Deutung nennen, vor allem wenn es sich um das Ansprechen von Gefühlen handelt, die sich noch sehr „am Rande des → Gewahrseins" befinden.

Hier besteht wohl ein Unterschied zur Psychoanalyse, wenn auch nur ein gradueller. Psychoanalytiker tendieren stärker dazu, Aspekte aufzugreifen, die sich noch außerhalb des Gewahrseins befinden. Der Personzentrierte Psychotherapeut ist hier viel vorsichtiger. Zwar ist auch für die Psychoanalyse die Deutung nicht als glanzvolle Einzelintervention, sondern als ein Prozess zu sehen (Werthmann 1993), aber das „Verstehen in kleinen Schritten" (Finke 1994), das geduldige Hinarbeiten auf die Selbstdeutung seitens des Klienten scheint in der Personzentrierten Psychotherapie doch ausgeprägter zu sein. Aber auch Rogers (1951/1972) hat die therapeutische Aufgabe darin gesehen, verzerrte Symbolisierungen des organismischen Erlebens in exakte → Symbolisierungen rückzuübersetzen und er hat damit eine hermeneutische

Aufgabe beschrieben, die Aufgabe eines Sinnentschlüsselns, d.h. eines Deutens (→ hermeneutische Perspektive).

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1995): Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Kohlhammer
Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Fittkau, B., Kalliner, H. (1989): Beziehung und Deutung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In: Reinelt, T., Datler, W. (Hrsg.), Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess. Heidelberg, Springer, S. 80-196
Mertens, W. (1990): Einführung in die psychoanalytische Therapie, Band 2. Stuttgart, Kohlhammer
Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Sander, K. (1975): Einige Gesichtspunkte zur Abgrenzung des klientenzentrierten Konzeptes zu anderen psychotherapeutischen Konzepten und zur Beratungssituation. In: GwG (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 42-54
Tausch, R. (1970): Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe
Werthmann, H.-V. (1993): Psychoanalytische Deutung. In: Mertens, W. (Hrsg.), Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse, S. 315-321

Jobst Finke

Diagnostik, Diagnose

Das ambivalente Verhältnis von Diagnostik und → Personzentrierter Psychotherapie wird meist (u.a. von Teusch 1993; Eckert 1994; Sauer 1997; Sachse 2000) mit der Position von Carl Rogers (1951/1972; 1957/1991) begründet, der einerseits eine umfangreiche Statusdiagnostik ablehnte, andererseits aber immer wieder auf die besondere Bedeutung und Wichtigkeit von prozessualer Diagnostik im Verlauf Klientenzentrierter Psychotherapie hingewiesen hat. „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose und diese Diagnose ist ein Prozeß, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Klinikers“ (Rogers 1951/1972, S. 208).

U.a. Eckert (1994), Sauer (1997) und Sachse (2000) argumentieren übereinstimmend, dass klientenzentriertes psychotherapeutisches Handeln ohne Diagnostik bzw. diagnostische Analysen gar nicht vorstellbar ist, und dabei werden unterschiedliche Perspektiven von Diagnostik betont. Diagnostik spielt zumindest in drei verschiedenen Funktionen im Therapieverlauf eine Rolle, nämlich im Sinne von:

- *Diagnostik zu Therapiebeginn:* Status- und Indikationsdiagnostik (Eingangsdiagnostik im Sinne bestimmter Klienten-Eingangsmerkmale und therapieübergreifender, klassifikatorischer Diagnostik psychischer Störungen sowie initialer theoriegeleiteter Diagnostik; selektive → Indikation);
- *Diagnostik im Therapieverlauf:* Verlaufs- und Prozessdiagnostik (Verlaufskontrolle, Verlaufsdokumentation inkl. therapiebegleitender Diagnostik; adaptive Indikation);
- *Diagnostik zum und nach dem Therapieende:* Veränderungsdiagnostik und evaluative Diagnostik (zur Feststellung des Therapieerfolges, therapieübergreifende und therapiespezifische Status(post)diagnostik, Folgemaßnahmen, Katamnese etc.)

Die klassifikatorische psychiatrisch-psychopathologische (Status-)Diagnostik nach ICD 10 oder DSM IV steht dabei nicht grundsätzlich im Widerspruch zur theoriegeleiteten Diagnostik im Rahmen der Klientenzentrierten Psychotherapie, wenn die diagnostizierte Symptomatik (→ störungsspezifische Perspektive) in einem verstehenden Zugang aus dem inneren Bezugssystem des Klienten als Hinweis auf eine frühere psychische Verletzung verstanden wird (vgl. Sauer 1997; Sommer & Sauer 2001). "Entscheidend bleibt, dass der individuellen Situation des Klienten verstehend begegnet wird und die neurotischen oder psychotischen Symptome als Versuche einer Abwehrstrategie zugrundeliegender Konflikte erscheinen. Ein solches Verständnis mindert auch die Gefahr einer Stigmatisierung oder Etikettierung durch eine psychiatrische Diagnose und macht sie vereinbar mit den klient-bezogenen Grundlagen der Diagnose bei Rogers“ (Sauer 1997, S. 367).

Nach Teusch (1993) ist innerhalb der theoriegeleiteten klientenzentrierten Diagnostik die *initiale Diagnostik* von der *prozessualen* oder *Therapieverlaufsdiagnostik* zu unterscheiden:
Die initiale theoriegeleitete Diagnostik in den ersten Gesprächen bzw. Therapiesitzungen stützt sich auf die Erfahrungen und das Erleben des Psychotherapeuten im Kontakt mit dem Klienten und bezieht sich auf den rationalen und emotionalen Gehalt der verbalen und nonverbalen Mitteilungen. Der Verlaufsdiagnostik oder Prozessualen Diagnostik galt von jeher das essenzielle Interesse der Klientenzentrierten Psychotherapie. In diesem Kontext gibt es zwei Ansätze der Verlaufsdiagnostik: eine eher theoriegeleitete empirische Verlaufsdiagnostik, die spezielle Verfahren entwickelt hat, und eine eher theoriegeleitete phänomenologisch orientierte Verlaufsdiagnostik (vgl. Überblick bei Sauer 1997; Sommer & Sauer 2001, S. 205f.).
Zu den empirischen Verfahren zählen u.a. die Prozess-Skalen von Rogers, Barrett-Lennard, Truax und Carkhuff. Ein besonders wichtiger Aspekt diverser Nachbefragungsbogen war die Analyse des laufenden psychotherapeutischen → Prozesses aus der Doppelperspektive von Psychotherapeut und Klient, um eventuelle Diskrepanzen der Wahrnehmung zu reflektieren und für die weitere therapeutische Arbeit zu nutzen. Weiterentwicklungen im deutschen Sprachraum sind u.a der Bielefelder-Klienten-Erfahrungsbogen von Höger & Eckert sowie in einer spezifischen Form für die Analyse von therapeutischen Mikroprozessen die Bochumer Bearbeitungs- und Beziehungsskalen von Sachse.
Die phänomenologisch orientierte Verlaufsdiagnostik ist v.a. in der kontinuierlich prozessualen Diagnostik und im szenischen Verstehen (Sommer & Sauer 2001) des Psychotherapeuten zu sehen. Dabei vermittelt dieser dem Klienten seine empathische Wahrnehmung von dessen Erleben und dessen Kontext und überprüft mit ihm diese Verstehenshypothesen im Sinne einer Vergewisserung und weiteren → Gewahrwerdung. Darüber hinaus hat Rogers (1959/1987) selbst auf Grund von Beobachtungen und Untersuchungen psychotherapeutischer Prozesse mit Hilfe von Tonbandaufzeichnungen Verlaufs- und Prozessstadien der Klientenzentrierten Psychotherapie konzipiert, die später in vielfältiger Weise empirisch überprüft wurden.
Die Ergebnis- oder Veränderungsdiagnostik beschäftigt sich mit der Evaluation der Psychotherapie unmittelbar nach Therapieende bzw. längerfristigen Veränderungen in katamnestischen Nachuntersuchungen. Dabei kann auch auf eine störungsspezifische therapieübergreifende Diagnostik und eine therapiespezifische Veränderungsdiagnostik mit einer Vielzahl von besonders konzipierten Verfahren verwiesen werden (Überblicke bei Sachse 2000, S. 173f. und bei Sommer & Sauer 2001, S. 211f.).
Innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie findet also in vielfältiger Weise mit unterschiedlichen Methoden und zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein differenzieller diagnostischer Prozess statt.

Eckert, J. (1994): Diagnostik und Indikation in der Gesprächspsychotherapie. In: Janssen, P.L., Schneider, W.(Hrsg.), Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. Frankfurt/M., Fischer, S. 147-164

Laireiter, A.R. (2000): Diagnostik in der Psychotherapie: Perspektiven, Aufgaben und Qualitätskriterien. In: Laireiter, A.R. (Hrsg.), Diagnostik in der Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 3-23

Rogers, C.R. [1951] (1972) Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-185

Rogers, C.R. [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Sachse, R. (2000): Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie. In: Laireiter, A.R. (Hrsg.), Diagnostik in der Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 165-178

Sauer, J. (1997): Zur Bedeutung der Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 42, S. 362-368

Sommer, K., Sauer, J. (2001): Indikation und Diagnostik in der Klientenzentrierten Therapie. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas-Univ.-Verl., S. 190-225

Teusch, L. (1993): Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie. In: Teusch, L., Finke, J. (Hrsg.), Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung. Heidelberg, Asanger, S. 115-134

Joachim Sauer

Dialog-Beziehung → Beziehungsformen, therapeutische; → Begegnungsphilosophische Perspektive

Differenzielles Inkongruenzmodell (DIM)

In dieser Störungstheorie der Gesprächspsychotherapie wird das Inkongruenzerleben einer Person als bestimmender psychischer Faktor bei seelischen und körperlichen Störungen angesehen (Speierer 1994; 1998). Dieses wird über Rogers (1959/1987; 1961/1973) hinausgehend ätiologisch, phänomenologisch und nosologisch differenziert. → Inkongruenz wird unter der Bedingung, dass die individuell variable Inkongruenztoleranz überschritten ist, als psychopathogene Erlebensqualität definiert. Sie resultiert aus der Nichtübereinstimmung, Unverträglichkeit, Inkompatibilität von → Erfahrungen mit dem → Selbst(konzept). Als eine bestimmende Ressource psychischer Gesundheit und als salutogener Faktor bei psychischen Störungen wird das Kongruenzerleben einer Person angesehen. Dieses resultiert einerseits aus unmittelbar selbstverträglichen Erfahrungen. Andererseits kann es mittelbar aus dem Streben des Menschen nach (psychischer) Gesundheit (Kongruenzfähigkeit) und durch den Einsatz von Inkongruenzbewältigungsstrategien erreicht werden.

Gesprächspsychotherapie wird als Inkongruenzbehandlung mit dem Prozessziel Inkongruenzbearbeitung und dem Behandlungsziel Kongruenzerleben im Sinne von mehr selbstverträglichen Erfahrungen sowie Inkongruenztoleranz redefiniert. Für eine derart zielorientierte Behandlung wurde eine Neubewertung und Differenzierung der → Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie in Form der Inkongruenzanalyse notwendig.

In der Inkongruenzanalyse werden drei Inkongruenzquellen unterschieden:

- Allgemeine und störungsdispositionelle, angeborene, hypothetisch auch genetisch bedingte Belastungen und Vulnerabilitäten in Verbindung mit einer personfernen subjektiven Störungstheorie;
- sozialkommunikative Belastungen (im Sinne von erlebten Wertschätzungs-, Empathie- und Kongruenzdefiziten in den Beziehungen mit bedeutungsvollen Bezugspersonen) in der Gegenwart und Vergangenheit einschließlich Kindheit sowie in deren Folge ein in sich gestörtes Selbstkonzept und damit im Zusammenhang eine personnahe subjektive Störungstheorie;
- subjektiv belastende Lebensereignisse mit und ohne sozialkommunikative Konstituenten und daraus folgend evtl. zusätzlich eine negative Zukunftsperspektive.

Die störungsrelevanten Anteile des Selbst(konzepts) werden differenziert in: organismische (angeborene) Anteile, sozialkommunikative (vor allem in der Kindheit erworbene) Anteile sowie lebensereignisbedingte und erwartungsbedingte Anteile, d.h. Selbstanteile, die durch die spätere Lebenserfahrung (sozial und nicht-sozial vermittelt) angeeignet werden. Die drei Anteile des Selbst bilden das gegenwärtige Selbstkonzept. Sie können im Widerstreit untereinander stehen und dadurch Inkongruenzerleben erzeugen.

Bei der phänomenologischen Betrachtung der Inkongruenz werden zwei Formen unterschieden: konflikthaft erlebte Inkongruenz und konfliktfreie bzw. Stressinkongruenz. Konfliktinkongruenz resultiert vorzugsweise aus einander widerstrebenden Anteilen des Selbst (siehe oben). Das Selbst, das durch konflikthaftes Inkongruenzerleben, z.B. in Folge von Realselbst-Idealselbst-Diskrepanzen oder Widersprüchen zwischen organismischem Selbst und sozialisiertem Selbst betroffen ist, wird dadurch beschädigt, verletzt und nur eingeschränkt fähig, Außenerfahrungen selbstkongruent durch den Einsatz gesunder Inkongruenzbewältigungsstrategien zu verarbeiten und zu integrieren oder durch Inkongruenztoleranz zu verarbeiten und zu ertragen. Die krankhaften Folgen des Inkongruenzerlebens sind phänomenologisch oder symptomatologisch vorzugsweise durch das Erleben von Kontrollverlust, Einschränkungen und Insuffi-

zienzgefühlen gekennzeichnet. Diese werden teilweise als nicht konflikthaft, sondern als nur (!) belastend oder „stressig“ erlebt. Neben die konflikthafte Inkongruenz aus intrapsychischen Gründen tritt so die konfliktfreie oder Stressinkongruenz mit Symptomen aus den Erfahrungen des eigenen Körpers, von Situationen, von Beziehungen sowie der subjektiven Welt.
Nosologisch werden die nach ICD und DSM definierten psychischen Störungen in
- Störungen ohne Inkongruenzerleben,
- Störungen mit kompensiertem Inkongruenzerleben und
- Störungen mit dekompensiertem Inkongruenzerleben eingeteilt.

Nur bei letzteren wird unter der Voraussetzung, dass deutliche sozialkommunikative Belastungen und psychosozial bedeutsame Lebensereignisse als Inkongruenzquellen vorhanden sind, eine „klassische“ Gesprächspsychotherapie für optimal indiziert gehalten.
Für die Inkongruenzanalyse wurden verschiedenartige Hilfen entwickelt: 1. Ein Kategoriensystem zur Beurteilung der Selbstaussagen von Klienten aus Transkripten, Ton- und Videoaufzeichnungen der therapeutischen Sitzungen (Speierer 1994). 2. Das Regensburger Inkongruenzanalyse-Inventar (RIAI) (Speierer 1997; Vymetal et al. 1998). Das RIAI ist ein Fragebogen für Klienten mit Skalen zur Feststellung von Inkongruenzquellen, Symptomatologie der Inkongruenz, salutogenen Ressourcen und selbstkongruenten Erlebensanteilen sowie psychiatrischer Komorbidität (Gesamtbelastung und einzelne Leitsymptome) in Gegenwart und Vergangenheit. Das RIAI liegt in mehreren Formen vor. Seine Skalen wurden auf klinische Validität und Reliabilität mit befriedigenden bis guten Ergebnissen getestet (Speierer et al. 1999).
Die Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung wird durch ein auf die Ergebnisse der Inkongruenzanalyse bezogenes Vorgehen verwirklicht. Die so festgestellten Inkongruenzanteile werden in drei Schritten bearbeitet: 1. Inkongruenz fokussieren, 2. Inkongruenz bearbeiten, 3. eine selbstverträglichere Lösung finden. Neben den → Grundhaltungen der Gesprächspsychotherapie werden inkongruenz- und störungsspezifisch Zusatzmerkmale angeboten (Speierer 2001).

Rogers, C.R. [1959] (1987) Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1961] (1973): Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett
Speierer, G.-W. (1994): Das Differentielle Inkongruenzmodell. Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg, Asanger
Speierer, G.-W. (1997): Das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI): Erste Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 28, 1, S. 13-21
Speierer, G.-W. (1998): Psychopathology according to the Differential Incongruence Model. In: Greenberg, L.S., Watson, J.C., Lietaer, G. (Eds.), Handbook of experiential psychotherapy. New York, The Guilford Press, pp. 410-427
Speierer, G.-W., Helgert, N., Rösner, S. (1999): Aktuelle Ergebnisse zur Validierung und Normierung des Regensburger Inkongruenz Analyse Inventars (RIAI). http://www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer
Speierer, G.-W. (2002): Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In: Keil, W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 163-185
Vymetal, J., Hoskovcova, S., Speierer, G.-W. (1998): Regensburgsky inventar analyzy inkongruenci (RIAI). *C.S. Psychiatrie* 94, 2, S. 64-68

Gert-Walter Speierer

Direct reference, direct referent → Experiencing

Dispositionelle Inkongruenz → DIM

Echtheit
Rogers bezeichnet mit „genuineness“ die Übereinstimmung ("psychological adjustment") einer Person mit dem eigenen Da- und So-Sein. Wenn eigene Erfahrungen exakt symbolisiert und in das Selbstkonzept integriert werden, tritt Kongruenz von → Selbst und (organismischer) →

Erfahrung ein. Würde dies für alle Selbsterfahrungen gelten, wäre die Person psychisch völlig gesund (→ fully functioning person). Eine Person wird um so reifer und selbstverantwortlicher handeln, um so differenzierter in der Wahrnehmung und um so offener bzw. weniger abwehrend gegenüber der eigenen Erfahrung sein, je mehr Kongruenz in ihren verschiedenen Erfahrungsbereichen zu verzeichnen ist.
Im Rahmen der "notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung" wurde von Rogers (1957/1991) (neben → Empathie und unbedingter → Wertschätzung) die Echtheit des Psychotherapeuten in der jeweiligen Beziehung gefordert und später (Rogers 1966) als die fundamentalste therapeutische → Grundhaltung hervorgehoben. Sie enthält zwei Seiten: Kongruenz und Transparenz.
Kongruenz verweist auf die "Innenseite" der Echtheit, also auf das Maß, in dem der Psychotherapeut bewussten Zugang hat zu jeder (und "offen" steht für jede) Facette seines Erlebens, d.h. vor allem, dass der Psychotherapeut selbst eine psychisch gut entwickelte und integrierte Person ist, dass er genügend "ganz" ist bzw. sich und seinen Gefühlen nahe steht. Dies bedeutet unter anderem: den Mut haben, den eigenen Schwächen und verwundbaren Stellen ins Auge zu sehen; sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte von sich selbst mit einer gewissen Milde zu akzeptieren; offen zu stehen für das eigene Erleben und Kontakt damit zu haben; eine solide Identität und genügend Vertrauen in die eigene Kompetenz zu haben; gut funktionieren zu können in persönlichen und intimen Beziehungen, ohne Interferenz mit eigenen Problemen. Selbstkenntnis und Ich-Stärke kann man wohl als die beiden Eckpfeiler dieser Seinsweise sehen. Kongruenz ist eine notwendige Bedingung für das Akzeptieren und einfühlende Verstehen des Klienten. Die Bedeutung des Kongruentseins wird besonders offenkundig, wenn es beim Psychotherapeuten fehlt, d.h. wenn er defensiv und inkongruent (→ Inkongruenz) ist. Eigene persönliche Schwierigkeiten, Lebensthemen, mit denen wir noch nicht im Reinen sind, persönliche Bedürfnisse, die in der Psychotherapie eine Rolle spielen, eigene "Verletzlichkeiten" und blinde Flecken: All dies kann zur Folge haben, dass man sich bedroht fühlt, was wiederum dazu führt, dass man nicht mehr offen und empfänglich für bestimmte Erfahrungen des Klienten ist. Positiv formuliert, verleiht Kongruenz der Empathie persönliche Farbe und Tiefgang, und sie fungiert als "Interaktions-Barometer" dessen, was sich in der Hier-und-Jetzt-Beziehung zwischen Klient und Psychotherapeut abspielt (→ Interaktionelle Orientierung). Diese Grundhaltung kann nicht "direkt geübt" werden, wohl aber indirekt durch eigene Psychotherapie und personzentrierte → Supervision, in welcher die Person des Psychotherapeuten genauso im Brennpunkt steht wie der Prozess des Klienten.
Transparenz verweist auf die Außenseite, auf den kommunikativen Aspekt der Kongruenz. Im weiteren Sinn verweist Transparenz auf eine Form von "Arbeitsvertrag", demzufolge der Psychotherapeut in einer face-to-face-Situation seine persönliche Anteilnahme auf eine offene und direkte Weise zeigt, seine wirklichen Gefühle nicht hinter einer professionellen Fassade versteckt, sondern versucht, ganz er selbst zu sein. Hiermit betont Rogers die heilende Kraft der Beziehung zwischen Klient und Psychotherapeut und distanziert sich von der Freudschen Sicht des abstinenten Psychotherapeuten als "leerer Leinwand". Bei der Transparenz lassen sich noch einmal zwei Kanäle unterscheiden: *Gegenwärtigkeit* und *Selbsteinbringung*. *Persönliche Gegenwärtigkeit* – als das Gegenteil von Fassadenhaftigkeit - kann als das “Durchscheinen” der Person des Psychotherapeuten in allem, was er, sowohl auf verbaler als auch auf non-verbaler Ebene tut oder nicht tut, definiert werden. Sie ist, und zwar mehr als dies bei der expliziten Selbsteinbringung der Fall ist, eng und unausweichlich mit der Innenseite der Kongruenz verknüpft. *Selbsteinbringung des Psychotherapeuten* bezieht sich einerseits auf Interventionen, in denen er offen und verbal inhaltliche Aspekte seiner persönlichen Lebenserfahrungen oder eigene Anschauungen mitteilt. Dies geschieht nur sehr sporadisch, entweder als eine Form von Empathie oder als eine Form der Konfrontation. Andererseits verweist Selbsteinbringung auf Interventionen, in denen der Psychotherapeut seine Hier-und-Jetzt-Gefühle und Eindrücke bezüglich des Klienten offenbart (Beziehungsklären, Feedback; → Therapietechniken). Diese

Interventionen bekamen eine größere Daseinsberechtigung in dem Maße, wie die → Personzentrierte Psychotherapie sich von einer → non-direktiven zu einer experienziellen Psychotherapie (→ Experiential Psychotherapy, → Focusing-Therapie) entwickelte, in welcher der Psychotherapeut nicht mehr ausschließlich als "Alter Ego" gesehen wird, sondern auch als eigenständiger Pol in einer dialogischen Ich-Du-Beziehung. Auch wenn Selbsteinbringung als die ausgeprägteste Form von Transparenz angesehen werden kann, ist doch zu beachten, dass ihre Zuordnung zur Kongruenz in manchen Fällen sehr "zweifelhaft" sein kann. Ein Psychotherapeut, der sich oft selbst einbringt, ist nicht unbedingt kongruent. Es ist möglich, dass er mit wichtigen Anteilen seiner selbst nicht in Kontakt ist; es mag ihm an Ich-Stärke fehlen, oder er kann, ohne es zu wissen, defensiv oder manipulativ sein. In diesen Momenten vermittelt seine sogenannte Selbsteinbringung nicht seine wahren Gefühle, sondern ist sie eher eine Form des Ausagierens, das dem Prozess des Klienten schaden kann.
Das Einbringen von eigenen Hier-und-Jetzt-Gefühlen ("self-disclosure") sollte stets im Dienste des Wachstumsprozesses des Klienten stehen und deswegen mit der nötigen Disziplin geschehen. In der klientenzentrierten Literatur wird betont, dass nur insistierende Gefühle des Psychotherapeuten in Betracht kommen, und es wird die Wichtigkeit des Timings hervorgehoben. Weiterhin wird betont, dass die selbstexpressiven Interventionen in die personzentrierten Grundhaltungen eingebettet sein sollten: Kongruenz, wodurch ein "acting out" des Psychotherapeuten vermieden wird; unbedingte Wertschätzung, wodurch ein tiefes Engagement für die Person des Klienten kommuniziert wird; Empathie, womit sich der Psychotherapeut auf das dem interaktionellen Muster zugrunde liegende Erleben des Klienten abstimmt.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwarz, H.-J. (1995): Kongruenz. In: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart, Kohlhammer, S. 26-30

Finke, J. (1994): Das Therapieprinzip Echtheit. In: Empathie und Interaktion. Stuttgart, Thieme, S. 65-103

Gendlin, E.T. (1967): Therapeutic procedures in dealing with schizophrenics. In: Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J., Truax, C.B. (Eds.), The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, University of Wisconsin Press, pp. 369-400

Kessel van, W., Lietaer, G. (1998): Interpersonal processes. In: Greenberg, L.S., Watson, J., Lietaer, G. (Eds.), Handbook of Experiential psychotherapy. New York, The Guilford Press, pp. 155-177

Lietaer, G. (1992): Die Authentizität des Therapeuten. In: Stipsits, R., Hutterer, R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S. 92-116

Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-185

Rogers, C.R. (1966): Client-centered therapy. In: Arieti, S. (Ed.), American Handbook of Psychiatry. Vol. 3. New York, Basic Books, pp. 183-200

Van Balen, R. (1992): Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? In: Behr, M., Esser, U., Petermann, F., Pfeiffer, W., Tausch, R. (Hrsg.), Personzentrierte Psychologie & Psychotherapie. Jahrbuch 1992. Band III. Köln, GwG, S. 162-183

Wyatt, G. (2001) (Ed.) Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. I: Congruence. Ross-on-Wye, PCCS Books

Yalom, I.D. [1980] (1989): Existentielle Isolation und Psychotherapie. In: Existentielle Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S. 465-491

Germain Lietaer

Effizienz/Effektivität → Wirksamkeit

Einfühlendes Verstehen → Empathie

Emotionally-focused therapy → Process-Experiential Psychotherapy

Empathie
Theodor Lipps (1907; zit. nach Goldstein und Michaels 1985) beschreibt Einfühlung (Empathie) als eine Form der inneren Imitation, die der Wesenserfassung von Objekten dient. Rogers

(1959/1987) erweitert Empathie um den kommunikativen Aspekt und rückt so deren intersubjektive Funktion in den Mittelpunkt. Damit gewinnt der Begriff Eingang in die Psychotherapie. Empathie ist eine Dimension sozialen Verstehens, der eine arteigene Disposition zugrunde liegt. Sie ist eine Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage eines Anderen teilhaftig zu werden und sie so zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt das Gefühl aber anschaulich dem Anderen zugehörig (Bischof-Köhler 1989). Der Prozess empathischen Verstehens zielt motivational prosozial auf Verbindung und ist seinem Wesen nach kommunikativ und setzt Handlungsimpulse (Binder 1994). Empathische Prozesse vollziehen sich in der Regel automatisch. Sie bleiben aber hinsichtlich Aktivierung oder Unterdrückung der willentlichen Steuerung zugänglich. Obgleich der jeweilige Erfahrungshintergrund, der das Material zum empathischen Verstehen liefert, sich aus emotional-affektiven und kognitiven Anteilen konstituiert, sind empathische Prozesse dem affektiv-emotionalen Bezugssystem und dem prosozialen Motivationsbereich zuzuordnen. Damit ist Empathie begrifflich deutlich zu unterscheiden von der *kognitiven sozialen Perspektivenübernahme*, die ein eher rational akzentuiertes Sich-in-die-Lage-des-Anderen-Hineindenken ist. Diese ist eine instrumentelle Fähigkeit, die auf eine objektive Einordnung und Bewertung zielt (Bryant 1990).

Die Fähigkeit zur Empathie entwickelt sich in sozialen Wechselwirkungen über Vorformen wie Gefühlsansteckung und situative Perspektiveninduktion. Diese vollziehen sich über von Geburt an gegebene Tendenzen zu alterzentrischer Partizipation (Braten 1998). Erst bei gegebener Ich-Andere-Differenzierung (im Alter von 16-24 Monaten) tritt Empathie im eigentlichen Sinne auf. Bei Überforderung dominieren wieder Vorformen, die lebenslang als Bestandteil empathischer Prozesse erhalten bleiben. Erst mit der Entwicklung einer relativ stabilen eigenen Identität entwickelt sich die Fähigkeit zu empathischem Verstehen von überdauernden Merkmalen von Personen (Hoffman 1990).

Empathische Prozesse haben einen zentralen Stellenwert für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Bindungs-, Beziehungs- und Selbstsysteme und dienen der Identitätsbildung. In der → Personzentrierten Psychotherapie ist der fortlaufende Prozess empathischen Verstehens sowohl → Grundhaltung als auch Methode, der stringent in der → Persönlichkeitstheorie und in der Theorie der Psychotherapie (→ Therapietheorie) und Persönlichkeitsveränderung verankert ist. Der zentrale Stellenwert von Empathie in der Personzentrierten Psychotherapie ergibt sich aus der Bedeutung von Empathie im allgemeinen Sinne für die Pathogenese/Ätiologie psychischer Störungen (→ Ätiologiekonzeption).

Aus der Entwicklungspathologie belegt, ist mangelnde, inadäquate bzw. diskontinuierliche Empathie der Bezugspersonen in Wechselwirkung mit den Voraussetzungen des Kindes relevant für psychopathologische Entwicklungen (→ Entwicklungstheorie).

Die von Rogers konzipierte Inkongruenztheorie (→ Inkongruenz) im Hinblick auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen enthält als wesentlichen konzeptionellen Bestandteil beschädigte organismische Wertungen (→ Organismus) auf der Basis defizitärer Empathieerfahrungen.Die kurative Potenz von Empathie in der Psychotherapie hat eine Entsprechung in der Bedeutung von Empathie für die Entwicklung psychischen Funktionierens.

Rogers formuliert (1959/1987, S. 37): „Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen Komponenten und Bedeutungen, gerade so ‚als-ob' man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die 'als-ob-Position' aufzugeben". In dieser Definition wird die Ich-Andere-Differenzierung betont.

In späteren Formulierungen von Rogers (1992) werden einige Aspekte von empathischem Verstehen, „als eine Art mit einem Menschen zusammen zu sein" (S. 24), deutlicher: Der emotional-affektive Aspekt wird betont durch stringente Abgrenzung von Verstehensdimensionen, bei denen durchschauende, erklärende und bewertende Absichten im Vordergrund stehen. Rogers spricht von „sich feinfühlig im Leben des anderen bewegen, ohne Vorurteile zu fällen, Bedeutungen zu spüren, aber nicht Gefühle aufzudecken" (ebda.).

Der kommunikative intersubjektive Aspekt wird folgendermaßen formuliert: „Empathie schließt ein, dass man seine Wahrnehmung von ihrer (der anderen Person; d.V.) Welt mitteilt, in dem man mit ungetrübtem Blick auf die Dinge schaut, vor denen sie sich fürchtet. Empathie bedeutet häufig mit ihr (der anderen Person; d.V.) die Genauigkeit der Wahrnehmung zu überprüfen und sich von den entsprechenden Reaktionen leiten zu lassen, die man erhält“ (ebda., S. 24). Der prozessuale Charakter wie das Ausmaß an Empathie zeigen sich für Rogers darin, dass der Psychotherapeut etwas berührt, was für den Klienten noch "ganz knapp unter der Schwelle des Bewusstseins" ist und ihm in der Folge zugänglich wird.

Therapeutische Empathie - als emotional affektives Bezugssystem - entwickelt sich in Wechselwirkung mit therapeutischen Erfahrungen. Sie wird komplexer, differenzierter, bereichsspezifischer und verfügbarer. Dabei assimiliert sie kognitives Material in ihre Struktur, ohne selbst primär kognitiv zu werden.

Empathie (empathisches Verstehen, empathische Prozesse und ihre adäquate Vermittlung) als zentrales Veränderungsagens im psychotherapeutischen Prozess bezieht sich auf die Wahrnehmung, das Erfassen und das Verstehen des Klienten in allen - im weitesten Sinne - therapierelevanten Bereichen: die phänomenale Welt, d.h. das Erleben und seine Bedeutungen, Verursachungszusammenhänge, Ordnung, d.h. Struktur, Geschichte, d.h. Entwicklung, und daraus resultierend die für das therapeutische Handeln relevanten Veränderungsbedingungen.

Von Beginn der Konzeptualisierung des Konstrukts therapeutischer Empathie war es das Anliegen und der Verdienst von Rogers und Mitarbeitern seine Hypothesen neben der klinischen Erprobung empirischer Überprüfung zugänglich zu machen. Aus der Vielfalt von Forschungsthemen seien beispielhaft genannt: Entwicklung von Verfahren zur Erfassung empathischen Verhaltens, Untersuchungen zur Faktorenstruktur von Empathie, Zusammenhänge mit anderen zentralen Bestandteilen des Ansatzes, Erlernen empathischen Verhaltens, Empathie und unterschiedliche Klientengruppen, Empathie und Therapieprozess, Empathie und „outcome“. Die Grundannahmen der Empathietheorie konnten im Wesentlichen bestätigt werden (Bohart & Greenberg 1997).

Binder, U. (1994): Empathieentwicklung und Pathogenese. Eschborn, Dietmar Klotz

Bischof-Köhler, D. (1989): Spiegelbild und Empathie. Bern, Hans Huber

Bohart, A.C., Greenberg, L.S. (Eds.): Empathy reconsidered. Washington (D.C.), American Psychological Association

Braten, S. (1998): Infant learning by altercentric participation: the reverse of egocentric observation in autism. In: Braten, S. (Ed.), Intersubjective communication and emotion in early ontogeny. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 372-382

Bryant, B.K. (1990): Mental health, temperament, family, and friends: Perspectives on children`s empathy and perspective-taking. In: Eisenberg, N., Strayer, J. (Eds.), Empathy and its development. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 245-271

Goldstein, A.P., Michaels, G.Y. (1985): Empathy. Hillsdale (N.J.)-London, Lawrence Erlbaum

Haugh, S., Merry, T. (Eds.) (2001): Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 2: Empathy. Ross-on-Wye, PCCS Books

Hoffman, M.L. (1990): The contribution of empathy to justice and moral judgement. In: Eisenberg, N., Strayer, J. (eds), Empathy and its development. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 47-81

Lipps, T. (1907): Das Wissen von fremden Ichen. *Psychologische Untersuchungen* 1, S. 694-722

Pawlowsky, G. (2000): Empathie. In: Stumm, G., Pritz, A. (Hrsg.), Wörterbuch der Psychotherapie. Wien, Springer, S. 159f.

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Rogers, C.R. [1975] (1980): Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers, C.R., Rosenberg, R.L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 75-93

Rogers, C.R. (1992): Die beste Therapieschule ist die selbst entwickelte. In: Frenzel, P., Schmid, P.F., Winkler, M. (Hrsg.), Handbuch der personzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S. 21-38

Ute Binder und Johannes Binder

Encounter-Gruppe

Personzentrierte Encounter-Gruppen („Begegnungsgruppen“) werden (geblockte oder laufende) Therapie- und Selbsterfahrungsgruppen genannt, die entsprechend dem personzentrierten → Menschenbild als Möglichkeit zur Begegnung der TeilnehmerInnen von Person zu Person, den „Leiter“ eingeschlossen, stattfinden. Das personzentrierte Klima ermöglicht das Wachstum der → Person der TeilnehmerInnen wie die Entwicklung der Gruppe. Diese wird weder als Ansammlung von Individuen noch als Kollektiv, sondern als primäre soziale Gegebenheit und eigenständige, komplexe Größe verstanden. Sie bildet einen Ausschnitt aus der Gesellschaft. Damit hat das Gruppengeschehen eine besondere Nähe zur außertherapeutischen Realität. In der Gruppen-Dynamik werden individuelle und kollektive Phänomene in ihrer wechselseitigen Beeinflussung deutlich.

Ziel ist die Persönlichkeitsentwicklung und die dadurch verbesserte Fähigkeit, mit Problemen umzugehen, sein Leben und seine Beziehungen zu gestalten sowie gesellschaftliche Prozesse zu beeinflussen. Als spezifischer therapeutischer Wirkfaktor (und wichtiges Indikationskriterium) gilt besonders die Vielfalt wechselseitiger korrektiver Beziehungserfahrungen in der Erfahrungsgemeinschaft Gruppe und die dadurch geförderte Selbst-Kohäsion („Therapie durch die Gruppe“). Der Prozess verläuft gruppengesteuert und somit unterschiedlich; spezifische Gruppenprozesserwartungen werden als hinderlich erachtet; die phänomenologische Beschreibung von Prozesselementen (Rogers 1970/1974) wird der Wirklichkeit gerechter als Phasenverlaufsbestimmungen. Setting- und Strukturfragen (Teilnehmerzahl, Zusammensetzung, Heterogenität, Frequenz, Dauer, Raum, Rahmenbedingungen, Facilitator-Zahl, Strukturierungsgrad) werden undogmatisch und kreativ auf der Basis von Vorerfahrungen, Erwartungen und Möglichkeiten individuell entschieden.

Der Gruppen-„Leiter“ versteht sich als Facilitator, als für den Prozess förderliche Person, die selbst aktiver und engagierter Gruppenteilnehmer ist und besonders anfangs eine „clima setting function“ wahrnimmt. Statt Führungs- oder Expertenaufgaben zu übernehmen (und damit den Teilnehmern wegzunehmen), vertraut er dem Potenzial der Einzelnen wie der Gruppe („empowerment“). Als Ausdruck der Un-Mittel-barkeit der personalen Begegnung verwendet er keinerlei geplante oder gezielt strukturierende Methoden, Techniken, Übungen und Spiele. Die Teilnehmer werden nicht nur für den Inhalt, sondern auch für den Prozess als kompetent erachtet. Neben der verbalen können die Gruppenteilnehmer auch andere Kommunikationsebenen, z.B. körperliche, kreative, künstlerische, wählen.

Personzentrierte Gruppenpsychotherapie darf nicht als Anwendung, sondern muss als genuine „Vollform“ Personzentrierter Psychotherapie angesehen werden: Der Mensch ist ein Gruppenwesen, was sich u.a. entwicklungsgeschichtlich (Familie, Schule, Freundeskreis, Arbeitswelt), phylogenetisch (Identitätsbildung geschieht in Gruppen), biologisch (auch leiblich ist der Mensch ein Gemeinschaftswesen) und anthropologisch (Menschenbild) zeigen lässt. Historisch (von Anfang an arbeitete und bildete Rogers in Gruppen aus) und inhaltlich (Person, Begegnung) ist der Personzentrierte Ansatz von seiner Natur her ein sozialpsychologischer und ein Gruppenansatz. Dementsprechend stellt die Gruppe — Rogers (1970/1974, S. 9) zufolge die „vermutlich potenteste soziale Erfindung des 20. Jahrhunderts“ — als Raum der Beziehungsphänomene und Ursprungsfeld sozialer und psychologischer Konflikte den ursprünglichen Ort der personzentrierten Beziehung und damit der Psychotherapie dar. „Einzel“-Therapie ist als Paarbeziehung eine Sonderform der Gruppe. Dies begründet für die Indikationsfrage inhaltlich (nicht nur ökonomisch) einen Primat der Gruppe. Zahlreiche Forschungsstudien belegen ihre Effizienz, gerade auch im klinischen Bereich. Klassisches Beispiel personzentrierter Workshops ist das „La Jolla Programm“ (W. Coulson, D. Land, B. Meador). Der Gruppe als Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft kommt neben der Bedeutung für Selbsterfahrung und als Übungsfeld für soziales Verhalten eine antizipatorische Funktion für gesellschaftliche Reformen, somit eine (demokratie)politische und soziotherapeutische Bedeutung zu. → Groß-

gruppen als Lerngemeinschaften sind besonders hinsichtlich der Erforschung intergruppaler Prozesse und interkultureller Kommunikation bedeutsam.

Lago, C., MacMillan, M. (1999) (Eds.): Experiences in relatedness. Groupwork and the person-centred approach. Ross-on-Wye, PCCS

Pagès, M. [1968] (1974): Das affektive Leben der Gruppen. Eine Theorie der menschlichen Beziehung. Stuttgart, Klett

Raskin, N. (1986): Client-centered group psychotherapy I. Development of client-centered groups; II. Research on client-centered groups. *Person-Centered Review* 1, 3, pp. 272-290; 1, 4, pp. 389-408

Rogers, C.R. [1970] (1974): Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung. München. Kindler (ab 1984: Frankfurt/M., Fischer)

Schmid, P.F. (1994): Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Schmid, P.F. (1996a): Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II: Die Kunst der Begegnung. Paderborn, Junfermann

Schmid, P.F. (1996b): "Probably the most potent *social* invention of the century". Person-centered therapy is fundamentally group therapy. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt/M., Peter Lang, pp. 611-625

Wood, J.K. (1988): Menschliches Dasein als Miteinandersein. Gruppenarbeit nach personenzentrierten Ansätzen. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Peter F. Schmid

Entwicklungstheorie

Im klientenzentrierten Konzept wird nur ein Motiv im Sinne eines Entwicklungsprinzips angenommen: die → Aktualisierungstendenz. Sie äußert sich auch in der Tendenz, Selbsterfahrung in ein Selbstbild (-konzept) zu integrieren. Diese Selbstaktualisierungstendenz wird als Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung (→ Wertschätzung) erlebt. Die Integration von Erfahrungen in das → Selbstkonzept ist an Bedingungen geknüpft. Erfahrungen werden nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert, dass zumindest im Ansatz wahrgenommen wird, dass sie von einem wichtigen Anderen empathisch verstanden werden (→ Empathie) und das Kind in ihnen unbedingt wertgeschätzt wird, ohne dass der Andere dabei inkongruent wird. Die in das Selbstbild integrierten Erfahrungen sind also immer zweifach bewertete: Sie sind organismisch als den → Organismus erhaltend und/oder entwickelnd bzw. bedrohend und/oder hemmend sowie sozial als der unbedingten positiven Beachtung wert beurteilt worden (→ Bedürfnis nach positiver Beachtung). Und sie enthalten immer einen affektiven Anteil. In diesen kann sich eine andere Person einfühlen.

Nachdem das Selbstkonzept eine erste Gestalt gewonnen hat, kann sich die Aktualisierungstendenz in eine Entwicklungs- und eine Erhaltungstendenz aufspalten. Erfahrungen werden nun auch im Hinblick darauf bewertet, ob sie denen, die in das Selbstkonzept integriert werden konnten, entsprechen. Alle Erfahrungen, die früher nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten, und auch alle neuen Erfahrungen, in denen das Kind nicht empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wird, werden möglichst abgewehrt. So kann → Inkongruenz entstehen, die als → Angst bewusst werden kann. Rogers hat angenommen, dass dabei → Bewertungsbedingungen entstanden sind, die den organismischen Bewertungsprozess außer Kraft setzen können. Die mit dem Selbstkonzept inkompatiblen Erfahrungen werden, wenn sie nicht dem Bewusstsein ganz ferngehalten werden können, verzerrt und/oder verleugnet und, wenn auch das nicht gelingt, als nicht verstehbar und/oder nicht akzeptierbar und/oder nicht zum Selbsterleben gehörend bzw. als den Selbstwert in Frage stellend erlebt.

Wenn eine Person aber von einer anderen in ihrer mit dem Selbstkonzept inkompatiblen Erfahrung und/oder in der Erfahrung, sich selbst nicht verstehen und akzeptieren zu können und ohne Wert zu sein, unbedingt positiv beachtet und empathisch verstanden wird, kann sie auch diese in das Selbstkonzept integrieren.

Es ist anzunehmen, dass sich die Selbstkonzeptentwicklung in Phasen vollzieht. Die Qualität der Angst, in der die Inkongruenz erfahren wird, ist ein Maß für die relative Reife eines

Selbstkonzepts. Wenn die Bedingungen für Selbstentwicklung in hinreichendem Maße gegeben sind, bildet sich in einer *ersten Phase* ein erstes stabiles Selbstbild und mit ihm ein erstes Selbstwerterleben. Wenn sich nur ein labiles Selbstbild entwickelt, wird bei jeder affektiven Erfahrung, die nicht mit dem Selbstkonzept kompatibel ist, Angst vor der totalen, auch körperlichen, Vernichtung erlebt. In einer *zweiten Phase* wird der Prozess der Überprüfung von Erfahrung als das Selbstbild und den Selbstwert bestätigend oder bedrohend selbst erfahrbar: Neben der Angst, als Signal für das Erleben der Bedrohung des Selbst, können nun auch Freude an sich selbst, Überraschung über sich selbst, aber auch Ekel, Furcht, Wut und Scham angesichts von Selbsterfahrungen erlebt werden. Auch diese Erfahrungen können unter den benannten Bedingungen ins Selbstbild integriert werden. Die Person, die über die zweite Entwicklungsphase nicht hinausgekommen ist, erlebt bei Erfahrungen, die nicht in das Selbstkonzept zu integrieren sind, massive Ängste, generell wertlos bzw. ganz böse zu sein. In einer *dritten Phase* entdeckt das Kind seine persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten und -begrenzungen und seine Bewertung durch andere in ihnen, z.B. und vor allem als männlich oder weiblich, und bewertet sich selbst dementsprechend in diesen. Die Person, die diese dritte Entwicklungsphase erreicht hat, erlebt bei Erfahrungen, die nicht mit dem Selbstkonzept kompatibel sind, Zweifel, als Mann oder Frau voll funktionsfähig zu sein, und entsprechende Ängste, in dieser Funktion nicht zu genügen und/oder sich dadurch schuldig zu machen.

Biermann-Ratjen, E.-M. (1996): Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, Th., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. I. Grundlagen und Konzepte. Göttingen, Hogrefe, S. 9-28

Biermann-Ratjen, E.-M. (1998): On the development of the person in relationships. In: Thorne, B., Lambers, E. (Eds.), Person-centred therapy. A European perspective. London, Sage, pp. 106-118

Biermann-Ratjen E.-M. (2002): Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In: Keil W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 123-145

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart

Höger, D. (1993): Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts. Köln, GwG, S. 17-41

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Erfahrung, Erleben

Erfahrung (experiencing, übersetzt auch: Erleben) ist alles in einem bestimmten Augenblick gegebene Widerfahren, das potenziell der → Gewahrwerdung zugänglich ist, d.h. symbolisiert werden kann. Der Einfluss der Erinnerung bzw. vergangener Erfahrungen ist dabei immer mit eingeschlossen, sofern diese für die Bedeutung der gegenwärtigen Stimuli relevant sind. Der Prozess der Bewusstwerdung (→ Symbolisierung) von Erfahrungen führt zur (psychologischen) Wahrnehmung. Psychologische Wahrnehmung ist also das, was ins Bewusstsein eindringt. Bewusstsein ist die symbolische Repräsentation eines Ausschnitts unserer Erfahrung. Diese Repräsentation muss nicht allein aus verbalen Symbolen bestehen und sie kann verschiedene Grade von Klarheit und Schärfe aufweisen. Erfahrung umfasst auch unterschwellige Wahrnehmung (subception), die von psychologischer Wahrnehmung (perception) zu unterscheiden ist.

Die Begriffe *"Phänomenales Feld"* bzw. *"Erlebnisfeld"* werden von Rogers synonym zum Begriff der Erfahrung verstanden. Das Individuum lebt in der Welt seiner Erfahrungen und reagiert und agiert daher nicht mit der objektiven Umwelt, sondern mit der Welt, wie sie von ihm erfahren wird. Das phänomenale Feld ist immer subjektiv (einmalig, individuell) und prozesshaft fließend: Jedes Individuum existiert in einer sich ständig ändernden Welt von Erfahrungen, deren Mittelpunkt es ist.

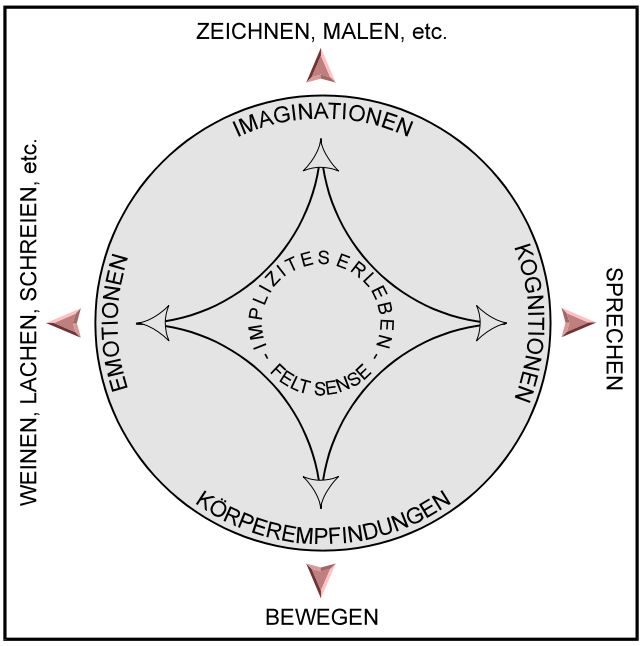
Der *innere Bezugsrahmen* umfasst alle Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen, Erinnerungen und Gefühle sowie deren Wertungen des gegenwärtigen Moments, soweit sie der Gewahrwerdung zugänglich sind. Der innere Bezugsrahmen umfasst also sensorische (externale und viszerale), kognitive und emotionale Wahrnehmungen aus dem Gesamtorganismus, also aus Körper, → Selbstkonzept und deren Verschränkung („Ich schäme mich und spüre mein Erröten. Und das ärgert mich!"). Der innere Bezugsrahmen ist die subjektive Welt des Individuums. Sie ist als Basis seiner Identität nur dem Individuum selbst gänzlich zugänglich und von anderen Personen nur empathisch (→ Empathie) und nur teilweise akkurat zu verstehen. Vom äußeren Bezugsrahmen her wahrzunehmen, heißt hingegen für den Betrachter, vom eigenen subjektiven Bezugsrahmen ohne Empathie für die andere Person auszugehen, ihr nicht gerecht zu werden.
Erfahrungen, die das Individuum selbst betreffen, sind *Selbsterfahrungen*. Die Integration aller Selbsterfahrungen und ihrer Bewertungen (die als Gefühle erlebt werden) führen zum Selbstkonzept (das seinerseits ein Wahrnehmungsobjekt ist); sie errichten, modifizieren und passen es an sich selbst an. Signifikante Selbsterfahrungen bedürfen des sozialen Bezugs, da das Verstehen von Erfahrungen bei Entwicklung oder Korrektur des Selbstkonzepts eines Gegenübers bedarf, das der akkuraten Empathie und ihrer Kommunikation fähig ist.
Widersprechen die Erfahrungen des → Organismus den Symbolisierungen des Selbstkonzepts, kommt es zur → Inkongruenz (zwischen Selbst und Erfahrung), die als Spannung erlebt wird und Grundlage von Fehlentwicklungen ist. Störungen sind die Folge des Versuchs, diese organismischen Erfahrungen abzuwehren, weil sie das Selbstkonzept bedrohen. → Abwehr ist der inadäquate Versuch, die Wahrnehmung einer organismischen Erfahrung zu vermeiden, um das bisherige Selbstkonzept zu retten (Selbsterhaltung statt Selbstentfaltung).
Heilung ist möglich durch die erneute Öffnung gegenüber der Erfahrung und die Anpassung des Selbstkonzepts an die unverzerrten organismischen Wahrnehmungen. Die Selbstöffnung, nur möglich in einer angstfreien Situation, getragen von einer empathischen und unbedingt wertschätzenden Beziehung, ist die Voraussetzung dafür, dass die gesamtorganismischen Erfahrungen gewahr werden und "gehabt" werden können: Das Ziel ist die Befreiung von der Not einer Wahrnehmungsabwehr und das Wachstum von Autonomie und der Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung.

Biermann-Ratjen, E.-M. (1993): Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1. Köln, GwG, S. 77-87
Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1995): Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. Stuttgart, Kohlhammer
Rogers, C.R. [1951] (1973): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1961] (1973): Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett

Klaus Heinerth

Erleben → Experiencing

Erlebensmodalitäten
Das *Modell* der Erlebens- und Handlungsmodalitäten wurde von Juchli und Wiltschko (1982) in die → Focusing-Therapie eingeführt. Darin wird zwischen dem „inneren" Erlebensraum und dem „äußeren" Handlungsraum unterschieden (in der Graphik als Kreis (Kugel) bzw. als Quadrat (Würfel) dargestellt).



Jedes *bit of experience* (Moment oder Punkt, „direct referent" des augenblicklich vorsichgehenden Erlebens) lässt sich als ein Ort im Erlebensraum darstellen: Je peripherer, desto größer ist der explizite Anteil, je zentraler, desto größer der implizite Anteil eines Erlebensinhalts. Jeder Erlebensinhalt ist folglich bipolar: Er hat immer explizite und implizite Aspekte. Nimmt man auf den impliziten Anteil unmittelbar Bezug (direct reference), wird er als ein unbestimmtes „Etwas" wahrgenommen. Dieses „Etwas" wird → Felt Sense genannt (→ Experiencing).
Innerhalb des Erlebensraums lassen sich Sphären von Erlebensmodalitäten unterscheiden: Erleben kann eher körperlich empfunden („südliche" Sphäre), eher bildhaft gesehen („nördliche" Sphäre), eher emotional gefühlt („westliche" Sphäre) oder eher kognitiv gewusst („östliche" Sphäre) werden. Zwischen den Sphären gibt es fließende Übergänge: Ein Erlebensort „südöstlich" würde wortnah sein und gleichzeitig körperlich gespürt.
Focusing beschreibt die wahrgenommene, vorwärtsgerichtete Wechselwirkung zwischen implizitem und explizitem Erleben; Focusing-Prozesse können als Bewegungen innerhalb des Erlebensraums dargestellt werden: von innen nach außen (von implizit nach explizit) und umgekehrt und das innerhalb der verschiedenen Sphären der Erlebensmodalitäten und von einer zur anderen: Wird der implizite Anteil eines bestimmten Erlebenspunktes als Felt Sense in Achtsamkeit genommen, kann er sich in eine bestimmte Richtung explizieren, sich also eher als Körperempfindung, eher als inneres Bild, eher als Emotion oder eher als Wort oder Satz in zentrifugaler Bewegung entfalten. Umgekehrt kann sich zu jedem expliziten Erlebensanteil, sei er nun als konkrete Körperempfindung, als ein inneres Bild, als eine bestimmte Emotion oder als Wort/Begriff/Konzept gegeben, der implizite Anteil als zentripetale Bewegung konstellieren.
Praktiziert man Focusing, kann man sich vorstellen, man würde sein „inneres → Ich" in ein Schiffchen oder auf einen fliegenden Teppich setzen und im Erlebensraum spazieren fahren lassen. Dieses Schiffchen würde nicht passiv herumgestoßen, sondern vom inneren Ich gesteuert werden. Ein Focusing-Begleiter oder -Therapeut würde das innere Ich auf seiner Fahrt → begleiten (→ Listening) und ab und zu darauf aufmerksam machen, wie und wohin es gerade fährt und manchmal auch Tempo und Richtung vorschlagen (→ Guiding).
Als *Erlebensmodalitäten* werden also die verschiedenen Erlebensformen bezeichnet, in denen sich ein Felt Sense entfalten kann: Körperempfindungen, Emotionen, Imaginationen, Kognitionen.
Als *Handlungsmodalitäten* werden die verschiedenen Formen des Handelns bezeichnet, mit denen explizites Erleben ausgedrückt werden kann: Bewegungen/körperliche Veränderungen

(hinsichtlich Haltung, Tonus, Atmung, etc.), Malen und Gestalten, direkter Gefühlsausdruck (Schreien, Weinen, Lachen, etc.) und Sprechen. In umgekehrter Richtung kann man auch zu jeder konkreten Handlung jeder Modalität einen Felt Sense entstehen lassen.
Modalitätenwechsel wird eine Variante des Guiding genannt, in der dem Klienten vorgeschlagen wird, seine innere Aufmerksamkeit von einer auf eine andere Erlebensmodalität zu richten bzw. eine andere Handlungsmodalität zu wählen. Dabei ist zu beachten, dass die Modalität nicht von einem expliziten Erleben/Handeln zum anderen, gleichsam assoziativ, gewechselt wird, sondern auf dem „Umweg" über den Felt Sense geschieht. Beispiel: Klient empfindet etwas körperlich (z.B. Druck im Bauch); er wird eingeladen, dazu ein inneres Bild entstehen zu lassen und eventuell dieses innere Bild nicht nur auszusprechen, sondern auch zu malen. Der Felt Sense, der sich als „Druck im Bauch" symbolisiert, ist auch die Quelle für das innere Bild und das Malen. Durch Vergleichen (→ Sechs-Schritte-Modell) wird der Klient aufgefordert, mit diesem Felt Sense in Kontakt zu bleiben.
In der Focusing-Therapie gibt es für jede Erlebens- und Handlungsmodalität spezifische Methoden des Begleitens. (Siehe auch → Avenues, → Körper, Körperarbeit, →Traum, Traumarbeit)

Juchli, E, Wiltschko, J. (1982): Anmerkungen zur Theorie und Praxis von Focusing und personzentrierter Psychotherapie. Materialien zur Zweiten Internationalen Focusing Sommerschule. München, IFN, S. 26-84
Wiltschko, J. (1992): Focusing und die Methodenintegration in der Gesprächspsychotherapie. In: ders.: Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 55-58
Wiltschko, J. (1995): Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF, S. 13-17

Johannes Wiltschko

Ethik

Gesetzliche Regelungen bestimmen in den letzten Jahren zunehmend die psychotherapeutische Tätigkeit. Dabei explizieren Gebote und Verbote, was zu einer guten Berufsausübung gehört und was nicht. Schweigepflicht und Schutz der Privatsphäre gehören etwa zu den juristisch geschützten Rechten des Klienten. Auf internationaler Ebene wächst das Bewusstsein, dass Regeln der Komplexität der ethischen Problematik nicht gerecht werden. Daher rücken Tugenden und Ideale im Berufsleben immer mehr in den Vordergrund; in dieser "Tugendethik" liegt die Betonung auf den Haltungen, die für ein optimales Funktionieren des Psychotherapeuten erforderlich sind. In Österreich z.B. wurde in dieser Hinsicht ein "Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten" entwickelt.
Als die wichtigsten Qualitäten werden in der Fachliteratur genannt: Respekt, Mitgefühl, Integrität und Vertrauenswürdigkeit. Bei den „Rogerianern" nahmen diese Haltungen schon immer eine zentrale Stellung ein. Grundlage für viele Verhaltensregeln in ethischen Kodices ist das Prinzip des Respekts vor der Autonomie. Die → Personzentrierte/ Experienzielle Psychotherapie (→, Experiential Psychotherapy, → Focusing-Therapie) zeichnet sich aus durch den Respekt vor der Selbstaktualisierungstendenz (→ Aktualisierungstendenz) und durch die Förderung der Autonomie des Klienten. Das Prinzip des *„informed consent"* – der Klient muss anhand ehrlicher Informationen selbst Entscheidungen treffen können – kommt in Folgendem zum Ausdruck: keine Manipulation, bedingungslose Akzeptanz (→ Wertschätzung) des Klienten und → Echtheit (Transparenz) des Psychotherapeuten. Der Klientenzentrierte Psychotherapeut hat keine verborgenen Hintergedanken, ist in seinen Absichten offen bzw. erkennbar, verleiht der Sichtweise des Klienten Priorität und konfrontiert auf respektvolle Weise, wenn die Handlungen des Klienten schädliche Folgen haben können. Aufgrund seiner → Empathie kann der Psychotherapeut jedem Klienten seinen spezifischen Bedürfnissen entsprechend Informationen geben und abschätzen, wann Ausnahmen von der Regel erforderlich sind. Die Autonomie des Einzelnen kann vorübergehend beeinträchtigt sein, sodass der Klient nicht imstande ist, die richtigen Entscheidungen zu treffen. Der Psychotherapeut hat zu berücksichtigen, dass es verborgene Bedürfnisse gibt, nicht nur beim Einzelnen, sondern auch bei zur Lebenswelt des Klienten gehörenden Menschen. Der *„negotiated consent"*, als Folge der Berücksichtigung eines

breiteren Kontextes, setzt komplexe Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Gesprächsführung und beim Zuhören voraus. Die dazu erforderliche Integrität wird mittels gründlicher Selbstreflexion, → Supervision und Lehrtherapie (→ Ausbildung) allmählich erworben. Echtheit – und dabei liegt die Betonung auf dem → Gewahrsein der eigenen Motive sowie auf der sorgfältigen Kommunikation von Erfahrungen, die für den Klienten wichtig sein können – sorgt dafür, dass der Psychotherapeut verlässlich ist und in seinen Handlungen kein Vermischen von Interessen zulassen wird. Selbstkenntnis und Selbstrespekt sorgen für einen besseren Schutz vor unethischen Verhaltensweisen als die vollständigste und detaillierteste Regelaufstellung jemals wird erreichen können.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1994): Principles of biomedical ethics. Fourth Edition. New York, Oxford University Press

Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.) (2001): Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Konfliktfelder, Machtmissbrauch, Berufspflichten. 2. überarb. Aufl. Wien, Springer

Rogers, C.R. [1961] (1973) Ansichten eines Therapeuten vom guten Leben: Der voll sich entfaltende Mensch. In: Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett, S. 183-196

Tress W., Langenbach M. (1998): Ethik in der Psychotherapie. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Mia Leijssen

Existenzielle Perspektive

Einflüsse aus der und Bezugnahmen auf die Existenzphilosophie und ihre Vertreter (z.B. Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Sartre, Buber) finden sich in einer Reihe von psychotherapeutischen Ansätzen, vor allem in jenen, die dem existenziellen Paradigma selbst wie Daseinsanalyse (z.B. Boss, Binswanger, Condrau) und Existenzanalyse (z.B. Frankl, Längle) oder der → Humanistischen Psychologie zuzuordnen sind, darunter die Gestalttherapie und der → Personzentrierte Ansatz. Existenzielle Orientierungen lassen sich u.a. aber auch bei analytischen Richtungen (z.B. von Gebsattel, Rank) finden.

Im existenzphilosophischen → Menschenbild und Daseinsverständnis angesprochene Themen wie beispielsweise Freiheit und Angst, Subjektivität, Wahl, Entscheidung und Wille sowie Verantwortung wurden von Rogers in zunehmendem Maße aufgegriffen. Der Respekt vor der Einzigartigkeit der Person, das Selbstaktualisierungskonzept, die Fähigkeit zu Gewahrsein, der Leitsatz von der Erfahrung als oberster Autorität, die mitmenschliche Bezogenheit, Wahrhaftigkeit (gerade auch des Psychotherapeuten), Mut zu Individualität und Autonomie sowie Wahlfreiheit kennzeichnen Gesichtspunkte im Personzentrierten Ansatz, die entschiedene Parallelen mit Kernstücken der Existenzphilosophie aufweisen. Dass der Mensch sich für den "Sprung zu sich oder gegen sich" entscheiden muss, deckt sich mit den Herausforderungen, die selbst die → "fully functioning person", die zu existenzieller Wahl fähig ist, bewältigen muss, auch wenn sie davor zittrige Knie bekommen kann. Das "gute Leben" im Sinne von Rogers ist denn auch nichts für Kleinmütige. → Angst erweist sich auch im Personzentrierten Ansatz als integraler Bestandteil unserer Existenz. Auch die → phänomenologische Perspektive und die Rolle der Subjektivität im Forschungsvorgang (Rogers 1969) zeigen eine existenzielle Ausrichtung. Ausdrücklich bezieht sich Rogers in der Frage von Authentizität und Selbstentfremdung auf Kierkegaard. Die Fähigkeit des Menschen zu Selbstbewusstheit, Selbststeuerung und Selbstverantwortung sind Programmatik in Rogers' Philosophie. Auch Sartre und vor allem Buber (→ Begegnungsphilosophische Perspektive) wurden von ihm rezipiert. Hingegen scheint er mit Heidegger und Jaspers nicht vertraut gewesen zu sein. Von Heidegger geprägte Begriffe wie z.B. Eigentlichkeit, vorausspringende Fürsorge und Mit-Sein lassen sich aber unschwer in Authentizität, Sorge im Sinne von "caring" als Bestandteil der unbedingten → Wertschätzung für andere und der unheilbaren Sozialität des Menschen auffinden.

Wenig Beachtung finden bei Rogers die tragischen Dimensionen unserer Existenz: Grenzen, Leiden, existenzielle Schuld, Vergänglichkeit, Endlichkeit und Tod. In geradezu stoischer Ruhe sieht er seinem Ende entgegen: "When death comes, it comes". Die enorme Bedeutung, die

Yalom (1980/1989) dem Tod im Leben des Menschen zumisst, ist in der personzentrierten Literatur nicht auszunehmen. Auch das Sinntheorem, das bei Frankl eine so eminente Wichtigkeit hat, ist in der personzentrierten Richtung wenig akzentuiert. An dieser Stelle sei auch an den Dialog mit Rollo May (1982) erinnert, der Rogers Einseitigkeit in der Beurteilung der Natur des Menschen und eine Unterschätzung der destruktiven Möglichkeiten des Menschen vorwirft und im Kontrast zu Rogers' Vertrauen in die organismische Aktualisierung die Stellungnahmen des Individuums einmahnt. Darin wird auch die Trennlinie zwischen Humanistischer Psychologie und dem existenziellen Paradigma erkennbar: Optimismus, Wachstum, Gipfelerlebnisse, Selbstverwirklichung, Vertrauen in die konstruktive Selbstregulation sowie der Encountergedanke auf der einen Seite, tragische Aspekte und Angst, Begrenztheit, Grenzsituationen, Selbsterschaffung, Stellungnahme und Verantwortung sowie Einsamkeit als existenzielle Merkmale auf der anderen Seite.
Als Kenner der Existenzphilosophie, im Übrigen insbesondere auch Heideggers, hat → Gendlin seine experienzielle Philosophie und Psychotherapie (→ Experiential Psychotherapy, → Focusing-Therapie) auch auf existenzielle Füße gestellt (1966; 1975), u.a. weist der von ihm eingeführte → Felt Sense eine Affinität zur Befindlichkeit bei Heidegger auf. Ebenfalls explizite Anleihen bei der Existenzphilosophie, namentlich bei Heidegger, hat Swildens (1991) in seinem Entwurf der → Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie genommen. Mit Begriffen wie Faktizität, → Alibi, → Mythe, Wahlverhinderung, Stagnation des Werdensprozesses verwendet er existenzielle Konzepte und kreiert neue, die auf existenziellem Fundament ruhen. In seiner praktischen Arbeit sind gemäß dieser Tradition Klienten aufgefordert, sich ihren Lebensaufgaben zu stellen. Die existenzielle Phase als ein (nicht immer erforderlicher) Abschnitt einer Psychotherapie (→ Prozess, therapeutischer) steht ebenfalls in diesem Kontext.

Gendlin, E.T. (1966): Existentialism and experiential psychotherapy. In: Moustakas, C. (Ed.), Existential child therapy. New York, Basic Books, pp. 70-94
Gendlin, E.T. (1975): Experiential psychotherapy. In: Corsini, R. (Ed.), Current psychotherapies. Itasca (IL), Peacock, pp. 317-352
May, R. (1982): The problem of evil: An open letter to Carl Rogers. *Journal of Humanistic Psychology* 22, 3, pp. 10-21; auch in: Kirschenbaum, H., Land Henderson, V. (Eds.), Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B.F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others. London, Constable, pp. 239-251
Rogers, C.R. (1961, 1969): Two divergent trends. In: May, R. (Ed.): Existential psychology. 2nd ed. New York, Random House
Rogers, C.R. (1982): Reply to Rollo May's letter. *Journal of Humanistic Psychology* 22, 4, pp. 85-89; auch in: Kirschenbaum, H., Land Henderson, V. (Eds.), Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B.F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others. London, Constable, pp. 251-255
Sartre, J.P. [1946] (2000): Der Existentialismus ist ein Humanismus. Reinbek, Rowohlt
Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG
Yalom, I.D. [1980] (1989): Existentielle Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Gerhard Stumm

Experiencing

„Experiencing" heißt auf Deutsch *Erleben*. Eugene → Gendlin hat diesen englischen Ausdruck gewählt, um im Anschluss an Wilhelm Dilthey deutlich zu machen, dass er Erleben nicht als etwas in inhaltlichen Einheiten Gegebenes („Erlebnisse", „Erfahrungen") versteht, sondern als einen kontinuierlich vor sich gehenden *Prozess* des Fühlens und Spürens. Er hat eine Reihe von miteinander zusammenhängenden Begriffen geschaffen, die ermöglichen, Erleben als den „Stoff" zu beschreiben, aus dem der Prozess persönlichen Wandels „besteht". Dieses Begriffssystem nannte Gendlin (1964) „a theory of personality change"; im deutschen Sprachraum wurde es als „Experiencing-Theorie" bekannt. Es beruht auf Gendlins erster großer philosophischer Arbeit (Gendlin 1962) und wird hier in einigen seiner für → Focusing und → Focusing-Therapie besonders relevanten Aspekte in Kurzform dargestellt:

„Direct reference“: Wann immer man will, kann man sich entscheiden, sich direkt auf sein Erleben zu beziehen. *Unmittelbares Bezugnehmen* auf eine innerlich gefühlte Gegebenheit geschieht, wenn man die Aufmerksamkeit nach innen, in den Körper richtet und achtsam und absichtslos wahrnimmt, was im Augenblick innerlich geschieht.
„Direct referent“: Das, worauf sich die Aufmerksamkeit innerlich richtet, wird *unmittelbarer* (innerer) *Bezugspunkt* genannt. Dieser „bit of experiencing“ wird durch das unmittelbare Bezugnehmen zu einem „Etwas“, einem Wahrnehmungsgegenstand.
„Felt meaning“ („felt sense“): Ein unmittelbarer innerlicher Bezugspunkt enthält bzw. ist *gefühlte Bedeutung* (diese hat Gendlin später → Felt Sense genannt).
„Implicit“: Gefühlte Bedeutungen sind *implizit* („eingefaltet“); der unmittelbare Bezugspunkt wird als bedeutsam gespürt, ohne dass man schon inhaltlich weiß und sagen kann, was die Bedeutung ist. Implizite Bedeutungen sind vorbegrifflich, präkonzeptuell. Erleben besteht zum größten Teil aus impliziten Bedeutungen.
„Explicit“: Wenn gefühlte Bedeutungen zusammen mit verbalen Symbolen (Worten) auftreten und mit diesen interagieren und man dadurch fühlt, was diese Symbole bedeuten, werden solche Bedeutungen *explizit* („ausgefaltet“, deutlich gewusst) genannt. Ohne das Fühlen der impliziten Bedeutung wären verbale Symbole (Worte) bloße Geräusche. Nur im unmittelbaren Spüren findet man die Bedeutung dessen, was man denkt und sagt.
„Modes of experiencing“: Das unmittelbare Bezugnehmen ist nur einer von vielen *Modi des Erlebens*. Auch ohne unmittelbare Bezugnahme interagieren implizite Bedeutungen mit verbalen Symbolen; ferner können nicht nur Worte, sondern z.B. auch äußerliche Ereignisse, Situationen und Handlungen mit implizitem Erleben interagieren, und das sowohl mit als auch ohne reflexive Aufmerksamkeit für diese Interaktionen.
„Implicit functioning“: Implizite Bedeutungen existieren daher auch, wenn man sich nicht unmittelbar auf sie bezieht. Sie sind *implizit wirksam* und bestimmen so den größten Teil unseres Lebens und Verhaltens.
„Explicating“: Implizite Bedeutungen sind *unvollständig* und warten auf Symbole (oder Ereignisse), mit denen sie auf wohlorganisierte Weise (→ Fortsetzungsordnung) interagieren und durch diese symbolische Vervollständigung ihre Bedeutung *explizieren, entfalten* können.
„Carrying forward“: Durch das Explizieren wird ein körperlich gefühlter Prozess *weitergeführt, vorangetragen.* Explizieren, Vervollständigen und Vorantragen sind Vorgänge, die körperlich gespürt werden. Nur dann, wenn sich eine Interaktion mit verbalen Symbolen oder Ereignissen tatsächlich ereignet, wird Erleben wirklich vorangetragen und die explizite Bedeutung geformt. Zwischen impliziten Bedeutungen und ihren expliziten Symbolisierungen besteht *keine* Gleichung: Implizite Bedeutungen übersteigen die expliziten Formen, die immer nur einzelne Aspekte impliziten Erlebens hervorheben können.
Focusing wird der gesamte Prozess genannt, der geschieht, wenn eine Person ihre Aufmerksamkeit auf einen unmittelbaren Bezugspunkt ihres Erlebens richtet. Focusing beschreibt, wie der Erlebensmodus des unmittelbaren Bezugnehmens in der Persönlichkeitsveränderung wirksam wird. Im unmittelbaren Bezugnehmen ist das Erleben den Begriffen/Konzepten voraus. Das Erleben leitet und bestimmt dann die Begriffe/Konzepte. Die Person formt → Konzepte, prüft sie an der unmittelbar gefühlten Bedeutung und entscheidet auf dieser Basis über ihre Richtigkeit.
„Referent movement“ („felt shift“): Wenn sich der unmittelbar gefühlte Bezugspunkt, die implizite Bedeutung entfaltet, geht das mit einer körperlich erlebten Spannungsreduktion und mit einem überraschenden gefühlsmäßigen Wiedererkennen der guten Bedeutung der eigenen Gefühle (die vorher anscheinend so lästig waren) einher. Das, was man vorher gefühlt hat, macht nun plötzlich Sinn. Der innere Bezugspunkt hat sich verändert. Diese *Bewegung des Bezugspunktes* (die Gendlin später *Felt Shift* genannt hat) gibt dem Focusing-Prozess eine Richtung. Man fühlt eine starke, vorantreibende Kraft, die vom jeweils neuen inneren Bezugspunkt

ausgeübt wird. Sie gibt dem Erlebens-Prozess eine konkret gefühlte, *sich selbst vorantreibende* Qualität, wodurch er zum Motor der Persönlichkeitsveränderung wird.
„Manner of experiencing": Für den Prozess der Persönlichkeitsveränderung hat der *Stil des Erlebens* mehr Relevanz als die Erlebensinhalte.
„Structure-bound": Während der prozesshafte Erlebensstil gekennzeichnet ist durch Unmittelbarkeit, Gegenwärtigkeit und Reichtum an neuen, frischen Einzelheiten, beinhaltet der → *strukturgebundene* Erlebensstil nur wenige Gefühle und Bedeutungen, die als sich wiederholende stereotype Muster auftreten. Er ist mit den impliziten Bedeutungen nicht verbunden und hat daher keine implizite Wirksamkeit.
„Responding": Durch die Gegenwart einer anderen Person (z.B. eines Psychotherapeuten) verändert sich der Stil des Erlebens. Aufgrund dessen, was der Klient im Therapeuten auslöst (→ Resonanz), *antwortet* er, und diese Antworten interagieren mit dem, was im Klienten implizit wirksam ist und tragen es voran („carrying forward"). Antworten setzt Verstehen voraus. Der Therapeut muss sich auf die impliziten Bedeutungen seines Erlebens unmittelbar beziehen können, um die impliziten Bedeutungen im Erleben des Klienten verstehen zu können. Insofern das Erleben des Therapeuten *strukturgebunden* ist, kann er weder verstehen noch antworten.
„Self-process": In dem Ausmaß, in dem Erleben implizit wirksam ist, kann die Person auf sich selbst antworten und so ihr eigenes Erleben vorantragen. Diese Interaktion zwischen dem impliziten Erleben der Person und ihrem (symbolischen oder tatsächlichen) Verhalten wird → „Selbst", genauer *Selbst-Prozess* genannt. Insofern Erleben nicht implizit wirksam (also strukturgebunden) ist, kann die Person nicht auf sich selbst antworten und daher ihr eigenes Erleben auch nicht vorantragen. Dann sind zuerst Antworten anderer Personen nötig, um den Interaktionsprozess mit implizitem Erleben wiederherzustellen.
„Process unit": Unsere „Ding-Sprache" hat die Eigenschaft, alles, was man sagt, so zu präsentieren, als wären es voneinander getrennte, in einem Raum befindliche Objekte. Aber der konkret stattfindende Erlebensprozess ist eine *Prozess-Einheit*, auch wenn man seine verschiedenen Aspekte (z.B. Interaktion mit der Umwelt, Körper, Fühlen, kognitive Bedeutungen, zwischenmenschliche Beziehungen, Selbst) voneinander isoliert begrifflich hervorheben kann. So lässt sich etwa → Selbstexploration von der zwischenmenschlichen Beziehung nur unter dem Gesichtspunkt verbaler, begrifflicher Inhalte unterscheiden. Als *ein* vorsichgehender Erlebensprozess sind beide ein und dasselbe. Es ist derselbe Prozess, unabhängig davon, ob sich der *Inhalt* mehr auf die Beziehung oder mehr auf die Person bezieht.
Die meisten psychologischen Theorien gehen von den statischen Inhalts- und Struktur-Aspekten der Person aus. Das Verstehen des Persönlichkeits*wandels* wird dann zu einem schwierigen Problem. Der in Gendlins Theoriebildung angewandte theoretische Bezugsrahmen ist so gestaltet, dass er Veränderung erklären kann. Er verwendet Begriffe und Konzepte, die den Prozess des Erlebens in seinen Beziehungen zu Inhalts-Aspekten der Persönlichkeit beschreiben. (Siehe auch → Beziehung, → Körper, → Sechs-Schritte-Modell)

Gendlin, E.T. (1961): Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy 15* (2), pp. 233-245
Gendlin, E.T. (1962, 1997[2]): Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective. Evanston, Northwestern University Press
Gendlin, E.T. [1964] (1970): A theory of personality change. In: Worchel, P., Byrne, D. (Eds.), Personality change. New York, John Wiley, pp. 100-148; dt. Bearbeitung: Wiltschko, J. (1992): Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Studientexte 1. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T. (1966): The discovery of felt meaning. In: McDonald, J.B., Leeper, R.R. (Eds.), Language and meaning. Washington DC, American Psychological Association, pp. 45-62
Gendlin, E.T. (1993): Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie 41* (4), S. 693-706
Gendlin, E.T. (1995): Crossing and dipping. Some terms for approaching the interface between natural understanding and logical formulation. *Mind and Machines 5*, pp. 547-560

Johannes Wiltschko

Experiential Psychotherapy

Das Wort „experiential" ist in englischen Wörterbüchern nicht enthalten und hat auch keine deutsche Entsprechung; es sagt aus, dass sich etwas auf das Erleben bezieht, „erlebensmäßig" ist. Der Terminus „Experiential Psychotherapy" ließe sich daher am ehesten übersetzen mit „Erlebens-Psychotherapie" oder „Erlebensbezogene/-orientierte Psychotherapie", manchmal wird auch der Ausdruck „Experienzielle Psychotherapie" benutzt (der, da er in seiner Bedeutung nicht verständlich ist, ab und zu irrtümlich auch schon in „Experimentelle Psychotherapie" abgewandelt wurde).

Eugene → Gendlin hat das Adjektiv „experiential" von seinem Terminus → „experiencing" abgeleitet – mit diesem hat er Wilhelm Diltheys „Erleben" ins Englische übersetzt – und verwendet es in vielerlei Beziehungen (z.B. experiential philosophy, experiential response); auch das Verbum „experientialising" ist eine Wortschöpfung Gendlins, mit der er den Vorgang bezeichnet, etwas (beispielsweise ein → Konzept) so zu formulieren und zu benützen, dass es hinsichtlich des Erlebens wirksam wird. Dieses „Experienzialisieren" ist der methodische Kern dessen, was sich sowohl aus seiner Philosophie als auch aus seinen empirischen Untersuchungen ergeben hat: „Das Grundprinzip jeder ‚experiential method' ist, das, alles, was gesagt oder getan wird, am konkret gefühlten Erleben der Person geprüft werden muss" (Gendlin 1974, S. 212).

Dieses Grundprinzip kommt in der Experiential Psychotherapy zur Anwendung. An zwei Aspekten, die neben anderen für die Experiential Psychotherapy konstituiv sind, kann dies beispielhaft aufgewiesen werden:

1. Erleben besteht nicht aus schon konzeptualisierten Einheiten, vielmehr ist es reich an impliziten (d.h. noch nicht konzeptualisierten) Bedeutungen, die durch Worte oder Konzepte niemals vollständig abgebildet werden können. Diese können aber helfen, Erleben auszudrücken und weiterzutragen (carrying forward): Wenn man die richtigen Worte findet, das zu sagen, was man konkret erlebt, ist das nicht nur ein Reden darüber, das Sagen selbst ist ein weiterführender Erlebensvorgang. Deshalb kann man jedes Konzept und alle Konzepte benutzen, um eigenes Erleben zu artikulieren – aber nur dann, wenn man sie mit dem Erleben, so wie es unmittelbar gefühlt wird, in Beziehung setzt und sie von ihm sprechen lässt. Dann sind Konzepte selbst weiterführende Schritte im Erlebensprozess und nicht mehr bloß logische und allgemeine Behauptungen.
2. Die Art und Weise, in der ein Therapeut als Person da ist und sich zu seinem Klienten hin verhält, ist viel wichtiger und *sehr viel spezifischer* als das, was Konzepte und Methoden beschreiben können. Wesentlich ausschlaggebender als das, was allgemein anerkannte therapeutische Vorgehensweisen vorschreiben, ist, *wie* es getan wird.

Experiential Psychotherapy ist daher nicht einfach noch ein weiterer Corpus von Konzepten und Methoden, sie ist eine *bestimmte Art und Weise des systematischen Gebrauchs* von Konzepten und Methoden, eine „Methode der Methoden". In diesem Sinn kann Gendlin sagen: „Ich würde heute nicht mehr dafürhalten, Klientenzentrierte Therapie sei eine singuläre Methode, genauso wie ich das für keine andere therapeutische Orientierung behaupten würde. Wie jede Methode kann auch sie schlecht praktiziert werden (…) – und gut, wenn man ihr die ‚experiential method' zugrunde legt. Auf der anderen Seite wünschte ich, jeder würde die Auswirkungen eines guten klientenzentrierten Zuhörens *(listening)* persönlich erleben und auf diese Weise von innen die Kraft dieser Art des Antwortens *(responding)* erfahren. Ich wünschte, dass jeder Psychotherapeut dieses Zuhören zu einer Vorbedingung für alles andere macht" (Gendlin 1974, S. 245).

Wie sich ein Psychotherapeut auf das, was ein Klient implizit unmittelbar erlebt, bezieht und wie er selbst so agiert, dass sich sein Sagen und Tun mit dem impliziten Erleben des Klienten verbinden und zu einem weiterführenden Erlebensschritt führen kann, hat Gendlin in vielen sehr spezifischen Veröffentlichungen dargestellt (z.B. Gendlin 1968, 1990). Pragmatisch verdichtet hat er seine Praxis in dem, was weltweit als → Focusing bekannt geworden ist.

In Deutschland kam in der zweiten Hälfte der 70er Jahre aufgrund von Gendlins erstmaligem Auftreten in Europa (auf dem Symposium der GwG 1974 in Zürich, Gendlin 1977) ein heftiges Interesse an seinen Arbeiten auf, diese wurden aber lediglich als „Experiencing-*Konzept*“ und, operationalisiert, als „Experiencing-*Skala*“ rezipiert, ohne Verständnis für die philosophischen Hintergründe und Implikationen und ohne Kenntnis der konkreten praktischen Arbeit. Dies führte einerseits zu verkürzenden Versuchen, das „Philosophische“ in „wissenschaftliche“ psychologische Konzepte zu übersetzen, andererseits zu dem Missverständnis, das praktische Vorgehen sei technizistisch und manipulativ, etwa in dem Sinn, dass unter Missachtung der Beziehung direktiv beim Klienten „Erlebnisse aktiviert“ würden. Das Schlagwort der „Erlebnisaktivierung“ machte die Runde und spaltete Klientenzentrierte Psychotherapeuten in Befürworter und Gegner. Diese Polarisierung wurde noch durch den hohen Stellenwert des „Körperlichen“ verstärkt. Erst 1979 war die Möglichkeit gegeben, Gendlin in seiner konkreten praktischen Arbeit in mehreren Workshops in Deutschland kennen zu lernen. Besonders Agnes Wild-Missong und Johannes Wiltschko, beide Klientenzentrierte Psychotherapeuten und Ausbilder, nahmen die Gelegenheit wahr, mit Gendlin in weiterem persönlichen Kontakt zu bleiben, sich von ihm und seinen MitarbeiterInnen weiter ausbilden zu lassen und im deutschen Sprachraum die Praxis der Experiential Psychotherapy und des Focusing sowohl weiterzugeben als auch weiterzuentwickeln (→ Focusing-Therapie).

Gendlin selbst hat in den 90er Jahren die Bezeichnung „experiential therapy“ zugunsten von „focusing-oriented therapy“ aufgegeben, zum einen wegen des inflatorischen Gebrauchs von „experiential“ (welcher Psychotherapeut würde heutzutage nicht in Anspruch nehmen, das Erleben des Klienten für wichtig zu halten), zum anderen wegen der zunehmend einseitigen Verwendung dieses Eigenschaftswortes als Freibrief für „Prozessdirektivität“ (→ Process-Experiential Psychotherapy). Ihn störte die – bis heute anhaltende – zumeist auf der Ebene von Konzepten geführten Diskussion, ob „experiential therapy“ „client-centered“ sei oder nicht, war es ihm doch immer ein sich aus seinem philosophischen Denken ergebendes Anliegen, phänomenologisch spezifisch zu beschreiben und zu argumentieren und nicht allgemeine Begriffe gegeneinander ins Feld zu führen. Immer wieder betonte er, dass er sich ganz und gar als Klientenzentrierten Psychotherapeuten verstehe: Keine der klientenzentrierten Prinzipien dürfe aufgegeben werden; seine Art und Weise, Psychotherapie zu verstehen, würde *alles mitnehmen*, was Carl → Rogers gefunden hätte und darüber hinaus weitere Schritte der Fortentwicklung suchen – so wie sich das Rogers von allen erwartet habe, die in seinem Sinn Psychotherapie betrieben.

Alle Versuche, einen unversöhnlichen Gegensatz zwischen Rogers und Gendlin zu konstruieren, etwa dass letzterer die „Person“ oder die „Beziehung“ zugunsten einseitiger Betonung des „Erlebens“ vernachlässige oder dass er sich als „Experte“ über den Klienten stelle und sich dadurch aus der personalen Begegnung mit ihm davonstehle, sind wohl eher ideologisch als sachlich motiviert. Derartige Kritik mag zwar für einzelne Vertreter einer „experienziellen“ oder „focusing-orientierten“ Richtung gelten, trifft aber nicht die Essenz dessen, was Gendlin mit der Experiential Psychotherapy intendiert hat. Deshalb kommt allen Bestrebungen, das klienten- bzw. personzentrierte Feld offen zu halten für verschiedene Akzente und Färbungen – wie das etwa in Belgien u.a. von Germain → Lietaer vertreten wird – für den Fortbestand des → Personzentrierten Ansatzes große Bedeutung zu. Denn er bleibt gerade dadurch lebendig und zukunftsträchtig, dass er unter seinem Dach eine Vielfalt von Ausprägungen vereint, die jeweils spezifische Aspekte hervorheben und weiterentwickeln.

Gendlin, E.T. ([1966] 1970): Existentialism and experiential psychotherapy. In: Hart, J.T., Tomlinson, T.M. (Eds.), New directions in client-centered therapy. Boston, Houghton Mifflin [pp. 70-94]

Gendlin, E.T. (1968): The experiential response. In: Hammer, E. (Ed.), Use of interpretation in treatment. New York, Grune and Stratton, pp. 208-227; dt. (2002): *Focusing-Journal 8*, S. 2-9

Gendlin, E.T. (1973): Experiential psychotherapy. In: Corsini, R. (Ed.), Current psychotherapies. Itasca, Peacock [pp. 317-352]

Gendlin, E.T. (1974): Client-centered and experiential psychotherapy. In: Wexler, D.A., Rice, L.N. (Eds.), Innovations in client-centered therapy. New York, John Wiley [pp. 211-246]
Gendlin, E.T. (1977): Keine Schule hat die ganze Wahrheit. In: Wild-Missong, A., Teuwsen, E. (Hrsg.), Psychotherapeutische Schulen im Gespräch miteinander. Salzburg, Otto Müller [S. 11-22]
Gendlin, E.T. (1996): Focusing-oriented psychotherapy. A handbook of the experiential method. New York, Guilford; dt (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der experientiellen Methode. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta

Johannes Wiltschko

Experimente (in der Focusing-Therapie)
Komplexere Varianten des →Guiding werden Experimente genannt. Dem Klienten wird vorgeschlagen, etwas meist Ungewohntes auszuprobieren, um ihm eine Alternative zu einer eingefahrenen (→strukturgebundenen) Erlebensspur und eine neue Perspektive zu ermöglichen. Die meisten Experimente beginnen mit dem Vorschlag, etwas soeben Erzähltes körperlich auszudrücken bzw. auszuprobieren oder es im Raum, u.U. auch mit Hilfe von Requisiten, in Szene zu setzen.
Die Durchführung eines Experiments setzt das Einverständnis des Klienten voraus. Während des Experiments untersucht der Klient in innerer Achtsamkeit, was er erlebt und welcher nächste Schritt sich daraus ergibt. Experimente sind daher immer offene Versuche ohne bestimmtes Ziel. Sie finden auf einer "Bühne" statt, also quasi außerhalb der gewöhnlichen therapeutischen Situation, vorzugsweise an einem besonderen Platz im Raum. Auf der Bühne ist die "normale" therapeutische Beziehung "eingeklammert", der Therapeut übernimmt die Rolle des Regisseurs und wird manchmal auch zum Mitspieler. Ein Experiment muss ausdrücklich beendet werden, damit Klient und Therapeut wieder in den therapeutischen Beziehungsraum zurückkehren können. Von hier aus können beide dann nochmals auf die Bühne schauen und besprechen, wie sie sich selbst und gegenseitig erlebt haben.
Ideen zu Experimenten kommen Therapeuten aus ihrer →Resonanz auf den Klienten. Dabei können Erfahrungen mit anderen therapeutischen Methoden hilfreich sein (→Avenues, →Konzepte). Experimente werden besonders bei der Bearbeitung →strukturgebundener Prozesse angewendet. Mittels eines Experiments kann z.B. ein Wunsch des Klienten „erfüllt“ werden, um ihm Gelegenheit zu geben, achtsam zu beobachten, wie sich dies auf sein Erleben auswirkt.
Ein Beispiel für ein Experiment ist die *Imaginäre Rollenübernahme*. Dem Klienten wird vorgeschlagen, sich in eine Traumgestalt hineinzufühlen, die er fremdartig, unsympathisch oder bedrohlich erlebt. Dabei soll er sich mit dieser Traumgestalt nicht identifizieren und sie auch nicht spielerisch darstellen, sondern einen →Felt Sense zu ihr entstehen lassen. Es geht nicht darum, "so zu werden" wie diese Traumgestalt, sondern die "Energie", die sie in sich trägt, zu spüren und in sich aufzunehmen. Diese Energie fehlt dem Träumer gewöhnlich in seinem wachen Erleben; sie kann zur Quelle neuer Handlungsschritte werden.
Die imaginäre Rollenübernahme kann mit folgendem Vorschlag eingeleitet werden: "Stellen Sie sich vor, in der nächsten Woche würde eine Theateraufführung stattfinden, und da würden Sie diese Person (diesen Teil, dieses Tier etc.) spielen. Und jetzt haben Sie Zeit, sich in diese Rolle ein wenig hineinzufühlen. Welches körperliche Gefühl entsteht in Ihnen, wenn Sie das probieren?"
Wesentlich für die Methode der imaginären Rollenübernahme ist die ausdrückliche Unterscheidung zwischen dem körperlich gespürten Felt Sense, der "Energie", die entsteht, wenn der verleugnete Teil für einen Moment gefühlt wird, und einer realen Handlung. Auf diese Weise wird ein innerer Raum geschaffen für einen neuen positiven Schritt, der aus dieser zuvor abgelehnten Richtung im Körper entstehen kann. So können z.B. Verfolger im Traum als Persönlichkeitsanteile erlebt werden, die den Träumer suchen gehen, um ihm eine wichtige Energie zur Verfügung zu stellen, z.B. Aggression, etwa um ein Ziel entschlossen verfolgen zu können.
Die imaginäre Rollenübernahme lässt sich nicht nur in der Traumarbeit, sondern auch bei phobisch besetzen realen Objekten, bei abgelehnten realen Personen oder inneren „Teilpersönlichkeiten“ (z.B. →Innere Kritiker) anwenden.

Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1997): Brauchen wir eine Focusing-Therapie? Studientexte 3. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 92-118]
Wiltschko, J. (1987): Sind "Einzeltechniken" und "Übungen" wirklich verboten? Überlegungen zur Paradoxie der therapeutischen Situation in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift 69*, S. 48-52; auch in (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 71-80

Sybille Ebert-Wittich, Johannes Wiltschko

Explizieren (entfalten, auslegen) →Experiencing

Explizit (entfaltet, deutlich gewusst) →Experiencing

Expressive Arts Therapy

Expressive Arts Therapy wurde in den 70er Jahren in den USA als spezielle Therapieform eingeführt. Eine personzentrierte Variante wurde von Natalie Rogers entwickelt, die damit die von ihrem Vater entwickelte → Personzentrierte Psychotherapie erweitert hat. Sie unterscheidet sich von anderen Kunsttherapieformen dadurch, dass sie sich nicht auf *eine* Kunstform als Ausdrucksmöglichkeit beschränkt. Therapeutisch wirksam werden kann alles, was menschliche Kreativität hervorbringt und fördert: Malen und Zeichnen mit den verschiedensten Medien, spielerischer Umgang mit Ton, Sand und anderem Material aus der Natur, Bewegung, Tanz, Erzeugen von Tönen mit der Stimme oder mit Instrumenten und Schreiben sind einige der möglichen Mittel. Der Ausdruck des → Selbst, das Kennenlernen der eigenen Tiefen sind dabei das Ziel und niemals künstlerische Perfektion.

Im Unterschied zu anderen Expressive Arts Therapeuten betont N. Rogers die Notwendigkeit, dass → Empathie, unbedingte → Wertschätzung und → Echtheit (Konruenz) die notwendige Basis sind. Nur so kann der Klient den geschützten Raum für die → Selbstexploration finden. Der Psychotherapeut stellt die Materialien bereit, der Klient bestimmt aber immer selbst, ob, wann und wie er diese einsetzt und ob der Psychotherapeut dabei mitwirkt. Die Auseinandersetzung mit dem Produkt geschieht durch den Klienten selbst; er bestimmt, inwieweit der Psychotherapeut oder, bei Gruppen, andere Mitglieder überhaupt ihre Sichtweisen mitteilen. Die Art, wie der Klient die verschiedenen Mittel der Kunst verwendet, wird weder vorgeschrieben, noch analysiert oder interpretiert.

Wichtig ist vor allem die Möglichkeit, verschiedene Mittel des kreativen Ausdrucks in Verbindung zu setzen („Creative Connection“). Indem man zum Beispiel von der Bewegung unmittelbar ins Malen und dann ins freie Schreiben übergeht, dringt man, den → inneren Kritiker überwindend, immer tiefer in das Selbst und seine Möglichkeiten vor (→ Aktualisierungstendenz). Der schöpferische Prozess, der in diesem freien Umgang mit den künstlerischen Mitteln - in ihrer jeweiligen Verbindung - ermöglicht wird, bewirkt Kreativität und lässt uns die Vielfalt unserer körperlichen, geistigen und seelischen Möglichkeiten erleben. Schöpferische Vielfalt kann also heilen und Heilung gibt wiederum Gelegenheit zu kreativem Wachstum in Selbst- und Nächstenliebe. Natalie Rogers´ Philosophie von Verständigung geht somit über das Miteinander-sprechen-können hinaus und betont vor allem die Universalsprache der Kunst.

Merrill, C., Andersen, S. (1993): Person-Centred Expressive Therapy: an outcome study. In: Brazier, D. (Ed.), Beyond Carl Rogers. London, Constable, pp. 109-128
Merry, T. (1997): Counselling and creativity: an interview with Natalie Rogers. *British Journal of Guidance and Counselling* 25, 2: pp. 263-273
Rogers, N. (1993): The Creative Connection: Expressive Arts as healing. Palo Alto, Science and Behavior Books
Rogers, N. (1995): The creative journey. In: Suhd, M. (Ed.), Positive regard. Carl Rogers and other notables he influenced. Palo Alto, Science and Behavior Books, pp. 175-224
Rogers, N. (1999): The Creative Connection: A holistic expressive arts process. In: Levine, S.K., Levine, E.G. (Eds.), Foundations of Expressive Arts Therapy: Theoretical and clinical perspectives. London, Kingsley, pp. 113-131

Rogers, N. (2002): Personzentrierte Expressive Kunsttherapie: Ein Weg zur Ganzheit. In: Keil, W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 411-426
Silverstone, L. (1997): Art Therapy: the Person-centred way. Art and the development of the person. 2nd ed. London, Jessica Kingsley

Marianne Wewalka

Facilitator → Encountergruppe

Familienkonferenz → Gordon-Modell

Familientherapie

Obwohl im → Personzentrierten Ansatz betont wird, dass der Mensch ein relationales Wesen, sei, ist dieser Gesichtspunkt – jedenfalls was die Arbeit mit den ursprünglichsten, nämlich den familiären Bezugssystemen angeht - in der Praxis der → Personzentrierten Psychotherapie nur zögerlich zum Tragen gekommen. Ausgehend von der längst zuvor entwickelten nicht-direktiven Kinderspieltherapie entstanden von den 60er Jahren an einerseits Konzepte zum vollständigen Einbezug der Eltern in die → Kinderpsychotherapie sowie andererseits eine Fülle von allgemeinen Programmen zur Schulung, Begleitung und Supervision von familiären und partnerschaftlichen Beziehungen. In den USA wurden u.a. die „Filial Therapy“ (Guerney et al., 1970) sowie das „Relationship Enhancement“ von Guerney (1984) und das "Offene Gespräch" von Berlin (1975) bekannt, während das „Parent Effectiveness Training“ von Gordon (1970) (→ Gordon-Modell), im deutschen Sprachraum als „Familienkonferenz“ bezeichnet, eine weltweite Verbreitung gefunden hat.

Etwa zur gleichen Zeit entstanden die ersten Konzepte einer *Klientenzentrierten Familientherapie*, wobei vor allem der Begriff des Familienkonzepts (als Teil des Selbstkonzepts) entwickelt wurde. Das Familienkonzept beinhaltet alle Gefühle, Einstellungen und Erwartungen des Individuums in Bezug auf familiäre Beziehungen und Situationen. Es beeinflusst das konkrete Verhalten gegenüber Partnern und Familienmitgliedern. Ähnlich wie in der Einzeltherapie am → Selbstkonzept des Klienten gearbeitet wird, ist die familientherapeutische Arbeit auf das Familienkonzept der Familienmitglieder und die damit verbundenen → Inkongruenzen ausgerichtet. (Raskin & Van der Veen 1970). Der Begriff des Familienkonzepts wurde von Ronald Levant (1984) erweitert, der darunter nicht nur die entsprechenden Symbolisierungen der einzelnen Familienmitglieder, sondern auch "shared consciousness" von familiärer Erfahrung, also eine überindividuelle und familienspezifische Gegebenheit versteht.

In Bezug auf die Spezifizierung der Familientherapie innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie lassen sich in der Folge zwei Denkrichtungen ausmachen. Die eine geht davon aus, dass hierbei nur unwesentliche konzeptuelle und methodologische Veränderungen im Vergleich zur Einzeltherapie nötig sind, während die andere die Schaffung von zusätzlichen Konzepten, Sicht- und Vorgangsweisen vor allem bezüglich interpersonaler und systemischer emotionaler und kommunikativer Verflochtenheit fordert.

So geht etwa Margaret Warner (1989) davon aus, dass es gerade in Familien neben "offener" auch "strategische Kommunikation" gibt. Strategisch sei Kommunikation dann, wenn eine Diskrepanz besteht zwischen dem, was gesagt oder getan wird, und der Intention, die eigentlich dahinter steht. Besonders deutlich postuliert Pavel (1984) den Einbezug gestaltpsychologischer und systemtheoretischer Konzepte in die klientenzentrierte Familientherapie. Die Interaktionen in familiären Beziehungen seien orientiert an bewussten und unbewussten Regeln. Diese Regeln seien zugänglich und beobachtbar etwa über sich wiederholende Interaktionsmuster, über den "identifizierten Patienten" oder durch den Blick über mehrere Familiengenerationen hinweg, der bestimmte Aufträge und Delegationen sichtbar werden lässt. Pavel (1989) geht noch einen Schritt weiter und sieht das systemische Verständnis als wichtige Präzisierung und Erweiterung der klientenzentrierten Sichtweise überhaupt. Wenn man nicht den einzelnen Klien

ten stigmatisieren wolle, müsse man auch in der Einzeltherapie das für die Störung relevante soziale System miteinbeziehen.
Ned Gaylin (2002) unterstreicht hingegen, dass die Arbeit mit der Familie den gleichen philosophischen und therapietheoretischen Grundsätzen (→ Therapietheorie) folge wie die individuelle Personzentrierte Psychotherapie. Allerdings gebe es in der Praxis zwei Brennpunkte: einerseits die Arbeit mit den Individuen und andererseits mit allen Familienmitgliedern gleichzeitig als Ensemble (in ihrer gemeinsamen Geschichte und Kultur), d.h. mit der Familie als "Behandlungseinheit". Gaylin unterstellt Familien aber auch so etwas wie eine eigene → Aktualisierungstendenz: Er betrachtet die Familie als soziales Feld, in dem sich immer auch die Selbstaktualisierungstendenz manifestiere. Zum Tragen kommen neben der (intrapersonalen) Inkongruenz interpersonelle Inkongruenzen und deren wechselseitige Verschränkung. Gaylin empfiehlt als spezifische Vorgehensweisen „interspace reflections“, das Spiegeln und Reflektieren von Interaktionen, das „ghosting“, das empathische Vertreten der Positionen von (permanent oder vorübergehend) Abwesenden, sowie schließlich das „intergenerational echoing“ als emotionales Betroffensein, wenn man als Elternteil Gefühle wahrnimmt, die man als Kind hatte.
Im deutschen Sprachraum wurden von Anfang an klientenzentrierte Konzepte zur Arbeit mit Paaren und Partnerschaft (→ Paartherapie) entwickelt. Die Konzepte zur Familientherapie die hier zunächst mehr oder weniger vom systemischen Denken inspiriert waren, betonen hingegen die Integration der Arbeit mit Kindern. Für Schmidtchen (1991), der bereits ein Jahrzehnt vorher den Ansatz van der Veens vermittelt hatte, ist es ein großes Anliegen, die bisherige Sichtweise von Kindertherapie "auf den Kopf zu stellen", indem diese in eine Familientherapie eingebettet wird. Zudem wird das Konzept von klientenzentrierter Familientherapie ausgeweitet, indem vor allem die Rogers'sche Auffassung von individuellem Verhalten mit dazu passenden interaktionellen Konzepten ergänzt wird. Kongruenz und Inkongruenz seien demnach nicht allein von der intraindividuellen Diskrepanz von Selbst und → Organismus her zu bestimmen. Konkret bedeutet dies, dass zum therapeutischen Verstehen der jeweiligen Störung (Inkongruenz) auch Faktoren wie Krankheiten in der Familie, Art des Kommunikationsstils, Enge der Bindungen und Art der Abgrenzungen, Formen der gegenseitigen Bedürfnisbefriedigung wie etwa Triangulation u.Ä.m. berücksichtigt werden müssten. Die Integration von Kinder- und Familientherapie findet ihre konsequenteste Form in der Familienspieltherapie. Franz Kemper (1997) zeigt auf, wie in der Arbeit mit Kindern und ihren Familien das *Spiel* als wesentliches Medium genutzt werden kann, um den gestörten Interaktionsmustern, den Inkongruenzen, unter denen die Familienmitglieder leiden, empathisch auf die Spur zu kommen und sie sensibel anzusprechen.
Die Konzepte der sogenannten entwicklungsorientierten Familientherapie weisen eine große Nähe zum Personzentrierten Ansatz auf. Obwohl Rogers darauf hinweist, dass wichtige Vertreter dieser Richtung wie Virginia Satir und Carl Whitaker sein Denken beeinflusst haben, wurden die Bezüge dieser Richtung für die klientenzentrierte Familientherapie bisher theoretisch kaum ausgearbeitet und nur ansatzweise für die Praxis nutzbar gemacht. Eine pragmatische Integration von gebräuchlichen Aspekten und Vorgehensweisen des "relational counselling" in die Personzentrierte Psychotherapie ist Charles O' Leary (1999) in Großbritannien gelungen.

Berlin, J. (1975): Das offene Gespräch. München, Pfeiffer
Gaylin, N.L. (2002): Der Personzentrierte Ansatz in der Familientherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 319-333
Gordon, T. (1970): Parent Effectiveness Training. New York, Peter Wyden; dt. (1972): Familienkonferenz. Hamburg, Hoffmann und Campe (seit 1989: München, Heyne)
Guerney, B.G.jr. (1984): Contributions of Client-centered therapy to filial, marital, and family relationship enhancement therapies. In: Levant, R.F., Shlien, J.M. (Eds.), Client-centered therapy and the Person-centered approach: New directions in theory, research, and practice. New York, Praeger, pp. 261-277

Guerney, B.G.jr., Guerney, L.F., Andronico, M.P. (1970): Filial therapy. In: Hart, J.T. Tomlinson, T.M. (Eds.), New directions in Client-centered therapy. Boston, Houghton Mifflin, pp. 372-386
Keil, W.W. (1995): Konzepte der Klientenzentrierten Familientherapie. *Personzentriert* 1, S. 9-25
Kemper, F. (1997): Personzentrierte Familienspieltherapie – am Beispiel einer Familie mit einem zähneknirschenden Knaben. In: Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band II: Anwendung und Praxis. Göttingen, Hogrefe, S. 71-134
Levant, R.F. (1984): From person to system: Two perspectives. In: Levant, R.F., Shlien, J.M. (Eds.), Client-centered therapy and the Person-centered approach: New directions in theory, research, and practice. New York, Praeger, pp. 243-260
O'Leary, C.J. (1999): Counselling couples and families. A person-centred approach. London, Sage
Pavel, F.-G. (1984): Integrative klientenzentrierte Therapie individueller und sozialer Systeme. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 3, 3, S. 277–300
Pavel, F.-G. (1989): Integrierte klientenzentrierte Therapie von Systemen. In: Behr, M., Petermann, F., Pfeiffer, W.M., Seewald, C. (Hrsg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1. Salzburg: Otto Müller, S. 229-256
Raskin, N.J., van der Veen, F. (1970): Client-centered family therapy: Some clinical and research perspectives. In: Hart, J.T., Tomlinson, T.M. (Eds.), New directions in Client-centered therapy. Boston, Houghton Mifflin, pp. 387-406
Schmidtchen, S. (1991): Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. 3., vollst. überarb. und erw. Ausgabe. Weinheim, Psychologie Verlags Union

Wolfgang W. Keil

Felt Sense

Felt Sense (etwa „gefühlter Sinn", „gespürte Bedeutung") ist einer der zentralen Begriffe in Eugene → Gendlins Philosophie und in seiner Theorie des Erlebens und der Persönlichkeitsveränderung (→ Experiencing), im → Focusing und in der → Focusing-Therapie. Gendlin hat diesen Begriff als Kunstwort geprägt, damit er nicht mit bekannten lexikalischen Bedeutungen verbunden wird (und deshalb wurde er auch unübersetzt ins Deutsche übernommen). Dies hat seinen Grund darin, dass der Terminus „Felt Sense" das bezeichnet, was über die Sprache hinausgeht: den „Überschuss", der bleibt, wenn man alles, was man zu einem Thema sagen kann, gesagt hat. Er ist das, was logische Formen „umgibt", das, was mehr ist als logische Formen. Deshalb verwendet Gendlin dafür auch die Begriffe „the more" oder „**. . . .**".

Dieses „Mehr" ist eine „intricacy" (etwas Verwickeltes, Subtiles), eine reichhaltige ungeteilte Vielheit („pre-seperate multiplicity"). Als etwas, das „beyond patterns" ist, also Logik und Formen übersteigt, ist es nicht einfach Unordnung, wirres Chaos. Gendlin fand in der subtilen Verwickeltheit des Felt Sense eine innere Ordnung, die in gewisser Hinsicht wohlorganisierter ist als die logische Ordnung: Ein Felt Sense ist „mehr als geordnet" in dem Sinne, dass er logische Ordnungen (Begriffe, Formen) zurückweisen oder ihnen zustimmen kann. Letzteres geschieht z.B., wenn ein Begriff einige Aspekte des Felt Sense adäquat symbolisiert (es bleiben dann immer noch unzählige Aspekte übrig, die nach weiteren Symbolisierungen verlangen). Eine stimmige Symbolisierung bringt eine rückwirkende Veränderung des Felt Sense mit sich, so dass *nun* weitere seiner Aspekte symbolisiert werden können. Die Symbolisierung ist also kein Abbild, keine Gleichung des Felt Sense, sondern *sie setzt ihn fort (carrying forward).* Die dem Felt Sense innewohnende Ordnung ist keine inhaltlich-logische, sondern eine Ordnung des Fortsetzens (→ Fortsetzungsordnung).

Psychologisch lässt sich dieses komplexe Geschehen folgendermaßen beschreiben: Ein Felt Sense kann sich als körperliches Gespür formen, und zwar als → Resonanz auf ein bestimmtes Thema (z.B. ein Problem, eine Fragestellung), auf einen bestimmten Erlebensinhalt (z.B. ein Traumbild, eine körperliche Empfindung, eine Vorstellung), auf eine Situation (z.B. eine Person, eine Gruppe, einen Gegenstand). Ein Felt Sense ist also immer bezogen auf ein „Etwas", er ist das *Ganze* der impliziten Erlebensaspekte, die der → Körper in Bezug auf dieses Etwas „trägt"; in ihm sind vergangene Erfahrungen und die gegenwärtige Situation *implizit* „enthalten" – nicht schon explizit geformt, sondern als vorbegriffliche, gespürte ungeteilte Ganzheit – und er kann den nächsten Schritt implizieren, der den Lebensprozess fortsetzen wird.

Wenn ein Klient alles gesagt hat, was er zu einem bestimmten Problem sagen kann, hat er keine expliziten Worte mehr, aber das Problem besteht weiter als etwas implizit Gespürtes. Dort wo die Sprache endet, dort, wo das Unklare beginnt und man nach Worten suchen muss, fängt Focusing an. Focusing findet am „Erlebensrand" („edge of experiencing") statt, in der Zone des Erlebensraums, in der das explizit Gewusste in das implizit Gespürte übergeht.
Ein Felt Sense wird im Körper (meist im Brust-/Bauchraum) gespürt als vage, aber bedeutungsvolle Stimmung („Befindlichkeit" nach Martin Heidegger); diese körperliche Stimmung ist meist leise und „nichts versprechend". Wenn man aber die Aufmerksamkeit unmittelbar auf einen Felt Sense richtet und achtsam mit ihm verweilt, kann er sich „öffnen": Einzelne seiner impliziten Bedeutungsaspekte explizieren (entfalten) sich dann in den verschiedenen → Erlebensmodalitäten und werden damit begreifbar, ausdrückbar und verstehbar. Wenn sich ein impliziter Erlebensaspekt aus dem Felt Sense entfaltet, wenn es also zu einer Interaktion zwischen implizit gefühlter Bedeutung und expliziten Symbolen oder Ereignissen kommt, wird der Erlebensprozess weitergetragen und fortgesetzt (carrying forward). Dies wird als körperlicher Vorgang von Erleichterung und Energiezustrom gespürt und als Erkenntnisgewinn (Einsicht) wahrgenommen *(Felt Shift)*.
Im Focusing und in der Focusing-Therapie ist nicht das Thema (z.B. das Problem) des Klienten im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit, sondern der Felt Sense, der sich zum jeweiligen Thema im Körper des Klienten formt; aus ihm entwickeln sich die Schritte persönlicher Veränderung.

Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1981, 1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt
Gendlin, E.T. (1978/79): Befindlichkeit: Heidegger and the philosophy of psychology. *Review of Existential Psychology and Psychiatry 16* (1-3), pp. 43-71
Gendlin, E.T. (1991): Thinking beyond patterns: Body, language, and situations. In: den Ouden, B., Moen, M. (Eds.), The presence of feeling in thought. New York, Peter Lang, pp. 25-151
Gendlin, E.T. (1993): Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie 41* (4), S. 693-706
Gendlin, E.T. (1994, 1998[2]): Körperbezogenes Philosophieren. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 14-16, S. 48-60, S. 80-91]

Johannes Wiltschko

Felt Shift (gefühlter Schritt, gespürte Veränderung) → Experiencing, → Felt Sense

Focusing
Focusing bezeichnet eine bestimmte Art und Weise, mit dem eigenen, von innen gefühlten → Körper in Beziehung zu treten. Die Qualität dieser Beziehung ermöglicht konkret erlebte, vorwärtsgerichtete Schritte der persönlichen Veränderung.
Das Wort „Focusing" (*to focus on:* wörtlich „etwas/sich einstellen auf …", „etwas bündeln auf …", „sich konzentrieren auf …") benützte Eugene → Gendlin zum ersten Mal in der Formulierung „to focus on ongoing experiencing" (die Aufmerksamkeit auf das im Augenblick vorsichgehende Erleben richten).
Der Begriff „Focusing" wird – und das hat zu allerlei Missverständnissen geführt – auf verschiedenen Bedeutungsebenen angewendet: (1) auf eine spezifische Qualität der *Einstellung* und *Wahrnehmung* hinsichtlich eigenen Erlebens, (2) auf den Erlebens*prozess*, der dadurch in Gang kommt, (3) auf *Handlungskonzepte* (Methoden), diesen Prozess bei sich und bei anderen zu begleiten und (4) auf eine Gesamtheit von Konzepten und Methoden in der Selbsthilfe und Psychotherapie. Demgegenüber möchte Gendlin den von ihm geschaffenen Begriff eng halten: „Focusing nenne ich die Zeit, in der man mit etwas ist, das man körperlich spürt, ohne zu wissen, was es ist" (Gendlin & Wiltschko 1999, S. 13). Diese einfach klingende Definition wird im Folgenden erläutert:
Erleben (→ Experiencing) besteht nicht nur aus deutlich wahrnehmbaren *expliziten* Inhalten (Gedanken, Gefühlen, körperlichen Empfindungen, inneren Bildern; → Erlebensmodalitäten),

sondern vor allem aus vagen *impliziten* Stimmungen. Diese körperlichen Befindlichkeiten können im Gegensatz zu den expliziten Erlebensinhalten nicht ohne weiters benannt und ausgedrückt werden. Sie benötigen eine besondere Art der Aufmerksamkeit, ein achtsames und absichtsloses Verweilen mit ihnen (→ Haltung), um sich in ihrer Bedeutsamkeit zu entfalten, zu explizieren.
Erleben als augenblicklich vorsichgehender Strom vielfältig miteinander interagierender impliziter und expliziter Anteile fließt nicht in einem in sich abgeschlossenen Innenraum dahin, es ist mit der Welt verbunden. Es bezieht sich immer auf etwas „außerhalb": auf die *Situation*, die mich umgibt, in der ich lebe. Die Situation wirkt auf das Erleben, das Erleben wirkt auf die Situation, beides ist miteinander in Wechselwirkung und kreiert sich gegenseitig. Erleben ist intentional und situational.
Zur Situation gehören auch Vorstellungen, innere „Gegenstände", die ich vor mich hinstelle, um sie wahrzunehmen. Ebenso wie „äußere" Gegenstände wirken sie auf mein Erleben ein: sie rufen eine innere *Resonanz* hervor, auf die ich mich unmittelbar beziehen kann. Diese Resonanz besteht aus Erlebensaspekten, die ich benennen und ausdrücken kann – sie sind deutlich gewusst, also *explizit* – und aus Erlebensaspekten, die ich diffus spüre, aber weder benennen noch mitteilen kann - sie sind konkret gespürt, aber noch nicht deutlich gewusst, also *implizit*.
Entscheide ich mich, meine Aufmerksamkeit auf einen dieser oder auf das Ganze aller augenblicklich spürbaren impliziten Aspekte zu richten, wird das, was ich dann wahrnehme, → *Felt Sense* genannt. Ein Felt Sense „zu etwas" besteht also aus „eingefalteten" Bedeutungen, die sich im achtsamen Verweilen mit ihm „ausfalten" und dann als gewusste, explizite Bedeutungen mittels Sprechen und anderer Handlungsmodalitäten ausgedrückt werden können.
Aufgrund der Wechselwirkung zwischen Welt und Erleben kann ich alles und jedes zum *Thema* machen und dazu einen Felt Sense kommen lassen. Dieser Felt Sense ist immer *mehr* als das, was ich zum Thema schon weiß, schon gedacht, gesagt und getan habe. Er ist daher die *Quelle* für weiterführende Schritte des Erkennens und Handelns.
Focusing wird die *Zeit* genannt, in der ich ein Thema wähle, achtsam bin für den Felt Sense, der dazu in meinem Körper entsteht, mit dem Felt Sense verweile und absichtslos wahrnehme, wie er sich entfaltet. Dieses Entfalten geschieht in *Schritten* und nach einer bestimmten Ordnung, die nicht logisch, aber dennoch nicht willkürlich und sehr präzise ist (→ Fortsetzungsordnung). Jeder Entfaltungsschritt bringt nicht nur mehr Erkenntnis, er verändert auch die Gesamtbefindlichkeit hin zu körperlichem Wohlfühlen, Entspannung und Energiesteigerung *(Felt Shift)*. Der Prozess, der durch Focusing geschieht, trägt sich selbst voran und setzt Erleben fort. Er hat eine Wachstumsrichtung, die sich ihren Weg im Spannungsfeld zwischen → Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz sucht. Der Focusing-Prozess ist der Motor persönlicher Veränderungsprozesse und damit auch der Psychotherapie. Auf diesem Weg ist der Felt Sense ein guter „Führer".
Focusing beruht auf Gendlins Philosophie (1962) oder besser: Es ist das *Werkzeug* seines Philosophierens und begründet eine neue phänomenologische Praxis. Dieses Werkzeug hat sich nicht nur im Denken, sondern in allen Gebieten bewährt, in denen es darum geht, über das logische Verknüpfen bekannter Sachverhalte hinaus neue, frische Schritte kommen zu lassen, seien es Ideen, Gefühle oder Handlungen. Da zu *jedem* Thema ein Felt Sense entstehen kann, sind der → Anwendung von Focusing keine Grenzen gesetzt – nicht nur in der Psychotherapie, sondern in allen Bereichen des persönlichen und beruflichen Alltags, in denen Kreativität und Fähigkeiten zum Lösen von Problemen gefragt sind.
Im Bereich der Psychotherapie sind zwei Anwendungsformen von Focusing zu unterscheiden: Zum einen kann es bzw. einzelne seiner Aspekte als methodisches Werkzeug in jede Art von Psychotherapie eingebaut werden, zum anderen hat Gendlin selbst eine weitgehend eigenständige Form der → Personzentrierten Psychotherapie begründet, die er zunächst → „Experiential Psychotherapy", dann „focusing-oriented psychotherapy" genannt hat. Im deutschen Sprachraum wurde sie weiterentwickelt zur → Focusing-Therapie.

Gendlin hat die vielfältigen Aspekte des Focusing nicht nur theoretisch begründet, sondern auch empirisch verifiziert. Im Sinn seiner „politics of giving therapy away" (Gendlin 1984) hat er Focusing in einem → Sechs-Schritte-Modell (Gendlin 1978) vereinfacht und systematisiert, so dass es auch von Laien gelernt und angewendet werden kann (→ Partnerschaftliches Focusing). Da es dabei aber nicht bloß um das Anwenden bestimmter → Techniken geht, sondern um die Verwirklichung einer → Haltung, die in vieler Hinsicht der gesellschaftlich geprägten entgegengesetzt ist, ist dafür ein längerer, kontinuierlicher Ausbildungsprozess erforderlich (→ Ausbildung).

Cornell, A.W. (1997): Focusing - Der Stimme des Körpers folgen. Reinbek, Rowohlt
Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1981, 1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt
Gendlin, E T. (1984): The politics of giving therapy away: Listening and focusing. In: Larson, D. (Ed.), Teaching psychological skills: Models for giving psychology away. Monterey, Brooks and Cole, pp. 287-305
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta
Siems, M. (1986): Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Reinbek, Rowohlt
Wild-Missong A (1983, 1997[3]) Neuer Weg zum Unbewußten. Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse. Würzburg, DAF

Johannes Wiltschko

Focusing-Therapie

Focusing-Therapie ist die von Johannes Wiltschko und KollegInnen seit 1988 eingeführte Bezeichnung für die von ihnen weiterentwickelte → Experiential Psychotherapy bzw. „Focusing-oriented psychotherapy" Gendlins (Gendlin 1973, 1996). Focusing-Therapie fußt sowohl auf dem → Personzentrierten Ansatz von Carl → Rogers als auch auf den philosophischen Grundlegungen Eugene → Gendlins und dessen phänomenologischer Beschreibung, empirischer Überprüfung und methodischer Ausarbeitung des → Focusing als praktisches Werkzeug für das Hervorbringen neuer, frischer Schritte im Denken, Fühlen und Handeln.

Primäres Anliegen der Focusing-Therapie ist es, Klienten dabei zu unterstützen, die je *eigenen* Schritte für die Bewältigung ihrer Probleme und für ihr persönliches Wachstum *aus sich selbst heraus* entstehen zu lassen. Quelle und Führer für diesen Prozess ist der → Felt Sense als ein „Sein-Wissen", das dem → Körper aufgrund seiner permanenten impliziten Interaktion mit der Welt zu Eigen ist. Focusingtherapeutische Prozessschritte sind daher häufig überraschend und immer subtiler und spezifischer als solche, die sich an den Inhalten und Problemlösungsversuchen orientieren oder gar aus absichtsvollen, konzeptgeleiteten Vorgehensweisen resultieren. Sie beziehen körperliches, imaginatives und handlungsorientiertes Geschehen mit ein.

Der Felt Sense des Klienten wird, genauso wie der des Therapeuten, in erster Linie von der gemeinsamen therapeutischen Situation konstelliert; der Felt Sense des einen wird vom Dasein des anderen mitgestaltet. Aus der Perspektive des Therapeuten bedeutet das: (1) Die Art und Weise, in der er da ist (→ Haltung), beeinflusst immer das Da-Sein, das Erleben des Klienten – mehr als die Konzepte und Methoden, die er anwendet. (2) Der Felt Sense des Therapeuten (→ Resonanz) ist der Ort des Verstehens (→ Listening) und die Quelle für Antworten (→ Response) und Vorschläge (→ Guiding). Erleben und sein Ausdruck sind immer situationsbezogen, bezogen auf die andere anwesende Person. Erleben und → Beziehung sind nicht voneinander trennbar, sie sind *ein* Prozess.

Der Klient wird in erster Linie dabei unterstützt, das Erleben, das er zu seinem jeweiligen Thema bereits implizit spürt, aber noch nicht explizit symbolisiert hat (also das, was er eigentlich meint und sagen *möchte*) in den verschiedenen → Erlebensmodalitäten zu explizieren und auszudrücken. Dies geschieht in einer Art inneren Zwiegesprächs, das im Prinzip den Schritten 2 bis 4 des → Sechs-Schritte-Modells des Focusing-Prozesses folgt. In diesem *Selbst-Prozess* antwortet der Klient (→ „Ich") sozusagen auf sich selber (auf das, was er erlebt); der Psychotherapeut hat die Funktion eines begleitenden Gefährten (→ Begleiten), der durch sein nach-

vollziehendes Verstehen und weiterführende Vorschläge mithilft, den Selbst-Prozess aufrecht zu erhalten.
Ist dieser Selbst-Prozess unterbrochen, weil er → strukturgebunden ist, benötigt der Klient die aktive Mithilfe des Psychotherapeuten als deutliches Gegenüber, das unmittelbar antwortet (→ Response) und damit sozusagen stellvertretend für den Klienten versucht, dessen Erleben zu symbolisieren, und dem Klienten → Experimente vorschlägt, damit dieser → Freiraum gewinnt und dadurch eine unmittelbare Beziehung zu seinem Erleben herstellen kann.
Der hier skizzierte therapeutische Prozess (siehe auch → Experiencing, → Fortsetzungsordnung) wird als universal betrachtet; die jeweiligen Formen, ihn zu beschreiben, für ihn Bedingungen zu schaffen, ihn zu begleiten und zu fördern, sind hingegen geschichtlich und kulturell bedingt und personbezogen. Deshalb ist für die Focusing-Therapie charakteristisch, dass sie offen ist für alle → Konzepte und Methoden (→ Techniken), die diesen Prozess unterstützen. Mit jedem Klienten, in jeder Situation darf und muss herausgefunden werden, welche Formen sich am besten eignen, dem Klienten zu ermöglichen, seine eigenen Fortsetzungsschritte zu entwickeln.
Focusing-Therapie versteht sich daher nicht als eine therapeutische Methode oder als ein spezielles psychotherapeutisches Verfahren, sondern als eine Meta-Theorie und Meta-Praxis, die erlaubt, viele Vorgehensweisen zu integrieren, um diesem *einen* personzentrierten Veränderungsprozess Platz zu machen (→ Avenues). Subjekt dieses Prozesses ist die Person des Klienten. Sie entscheidet über ihre Ziele und darüber, welche der angebotenen Werkzeuge ihr auf ihrem Weg dienlich sind. Focusing-Therapeuten sind tief davon überzeugt, dass sie niemals klüger oder „weiter" sind als ihre Klienten – sofern diese verbunden sind mit ihrem eigenen impliziten Erlebensprozess. Die therapeutische Kunst ist, sie mit diesem in Kontakt zu bringen. Eine der wichtigsten Voraussetzungen hierfür ist, dass der Psychotherapeut in der Lage ist, den Raum zwischen sich und dem Klienten frei zu halten, also keine Konzepte über den Klienten *dazwischen treten* zu lassen, und in diesem Freiraum mit seiner Aufmerksamkeit sowohl genau dort zu sein, wo der Klient gerade innerlich ist, als auch bei und in sich zu sein, in Tuchfühlung mit seiner körperlichen Resonanz zum Klienten.
Das phänomenologisch präzise Untersuchen des eigenen Erlebens und Handelns, also das Bilden von → Konzepten aus dem Erleben und ihr Überprüfen an diesem ist selbst ein Focusing-Prozess, der zu wesentlich spezifischeren Ergebnissen führt als allgemeine Konzepte über Klienten, Prozesse, Beziehung und Psychotherapie. Dass Focusing-Therapeuten selbst fokussieren – sowohl im konkreten Zusammensein mit ihren Klienten als auch im Reflektieren und Weiterentwickeln ihrer Arbeit, ist vielleicht eines der essenziellsten Merkmale von Focusing-Therapie.
Da das Loslassen inhaltlichen Verstehenwollens, das Vertrauen auf und das absichtslose Verweilen mit impliziten körperlichen Prozessen und das feine Wahrnehmen von schon Gespürtem aber noch nicht Gewusstem auch für versierte (Personzentrierte) Psychotherapeuten nicht selbstverständlich ist, ist für das Praktizieren von Focusing-Therapie eine → Ausbildung erforderlich.

Gendlin, E.T. (1996): Focusing-oriented psychotherapy. A handbook of the experiential method. New York, Guilford; dt. (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1997): Brauchen wir eine Focusing-Therapie? Studientexte 3. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 40-44]
Wiltschko, J. (1991): Anfänger-Geist. Hinführungen zur Focusing-Therapie I. Würzburg, DAF
Wiltschko, J. (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF
Wiltschko, J. (1995): Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF
Wiltschko, J. (2002): Focusing und Focusing-Therapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 231-264

Johannes Wiltschko

Formative Tendenz → Aktualisierungstendenz

Forschung

Die Entwicklung der → Personzentrierten Psychotherapie ist seit ihren Anfängen eng verknüpft mit kontinuierlichen Bemühungen, sowohl die theoretischen Annahmen als auch das praktische therapeutische Vorgehen und seine Auswirkungen empirisch zu erforschen.

Rogers ist einer der Pioniere der empirischen Psychotherapieforschung, der u.a. als einer der ersten Tonaufzeichnungen von Therapiegesprächen erstellen ließ. Dass Rogers als einer der führenden Vertreter der → Humanistischen Psychologie zur Überprüfung seiner Konzepte das Forschungsparadigma der naturwissenschaftlich-experimentell ausgerichteten Psychologie heranzog, wird immer wieder als erstaunlich herausgestellt. Er selbst sieht auch die Grenzen dieses Forschungsansatzes: "In unserem Team besteht der Eindruck, daß der logische Positivismus (...) nicht notwendigerweise der Weisheit letzter Schluß darstellt. Vor allem nicht in einem Bereich (gemeint ist die Psychotherapie, J.E.), in dem das Phänomen der Subjektivität solch eine wichtige und zentrale Rolle spielt. (...). Gibt es eine Sicht, (...) die die Werte des logischen Positivismus und die von ihm geförderten wissenschaftlichen Fortschritte bewahrt, aber dennoch breiteren Raum läßt für die existierende Person, die in unserem Wissenschaftssystem das Kernstück bildet?" (Rogers 1959/1987, S. 76).

Heute wird die Ansicht vertreten, dass die systemtheoretische Sichtweise möglicherweise die derzeit angemessenste wissenschaftstheoretische Betrachtungsweise darstellt (Kriz 1989).

Folgt man der üblichen Unterscheidung von Erfolgs- und Prozessforschung, so begann die klientenzentrierte Forschungstradition mit Studien zum Therapieprozess. Untersucht wurden die Therapeutenmerkmale, die im Zusammenhang mit einem positiven Therapieergebnis standen, z.B. die Auswirkung von direktivem im Vergleich zu nicht-direktivem Therapeutenverhalten. Schon 1954 wurden wichtige Ergebnisse zur Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie (Rogers & Dymond 1954) publiziert. Diese Untersuchungen wurden aufgrund der angewandten Methodik richtungsweisend, z.B. erfolgte der Wirksamkeitsnachweis für Klientenzentrierte Psychotherapie mit Hilfe eines Kontrollgruppendesigns. Rogers beschreibt 1951 charakteristische Veränderungen bzw. Entwicklungen in der Psychotherapie in sieben Bereichen: 1. Veränderung in der Wahrnehmung des → Selbst und der Einstellung zum Selbst 2. Veränderung in der Art der Wahrnehmung 3. Entwicklung zur Bewusstheit von geleugneter Erfahrung 4. Charakteristische Entwicklung des Wertungsprozesses 5. Charakteristische Entwicklung in der Beziehung 6. Charakteristische Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur 7. Charakteristische Veränderungen im Verhalten. Diese multidimensionale Veränderungsmessung gilt heute als methodischer Standard. Zur Erfassung dieser und anderer Veränderungen wurden Messinstrumente entwickelt, u.a. ein Selbstbeschreibungsinstrument, ein sogenanntes Q-Sort, mit Aussagen über die eigene Person ("ich bin ein unterwürfiger Mensch" oder "ich bin beliebt") und verschiedene Skalen zur Erfassung des psychotherapeutischen Prozesses. Mit der Q-Sort-Technik wurden auch therapietheoretische Annahmen überprüft, beispielsweise, dass sich Selbst- und Idealbild in einer erfolgreichen Psychotherapie einander annähern.

Diese Art von Forschung erbrachte viele wichtige Erkenntnisse und Bestätigungen von klinischen Theorien, bis sie in den 70er Jahren in eine Krise geriet. Das klientenzentrierte Konzept war vielerorts in Lehre und Ausbildung auf ein therapeutisches Basisverhalten reduziert worden, das aus den empirisch gesicherten Therapeutenvariablen bestand (→ Grundhaltungen, therapeutische). Mit der Kritik an dieser Entwicklung wurde auch das bisherige Forschungsvorgehen in Frage gestellt (Biermann-Ratjen et al. 1997). Heute folgt die Erfolgsforschung dem internationalen Trend der störungsspezifischen Wirksamkeitsnachweise (Greenberg et al. 1994). Die Prozessforschung hat sich weiter ausdifferenziert, in sogenannten Mikro-Prozess-Studien werden die Bedingungen mit berücksichtigt, die auf die Therapeut-Klient-Interaktion Einfluss nehmen. Es wird aber auch auf die Grenzen dieser "vermessenen Außensicht auf den Men-

schen" (Kriz 2001, S. 172) hingewiesen, weil sie den existenzphilosophischen Kern der Annahmen Rogers' nicht erfasst.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl., Stuttgart, Kohlhammer

Greenberg, L., Elliott, R., Lietaer, G. (1994): Research on Experiential Psychotherapies. In: Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4th edition. New York, Wiley, pp. 509-539

Kriz, J. (1989): Entwurf einer systemischen Theorie Klientenzentrierter Psychotherapie. In: Sachse, R., Howe, J. (Hrsg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Heidelberg, Asanger, S. 168-196

Kriz, J. (2001): Grundkonzepte der Psychotherapie. 5. Aufl. Weinheim, Beltz - PVU

Rogers, C.R., Dymond, R.F. (Eds.) (1954): Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-centered approach. Chicago, The University of Chicago Press

Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Jochen Eckert

Forschung im Focusing

Hendricks (2002) berichtet über eine Reihe von Forschungsstudien zum → Focusing, die u.a. zeigen, dass das im Psychotherapieprozess von Klienten erreichte Ausmaß von → Experiencing mit dem Therapie-Ergebnis korreliert: Klienten mit hohem Niveau von Experiencing, also solche, die relativ tief in einen Focusing-Prozess einsteigen, profitieren im Allgemeinen stärker von einer (klientenzentrierten) Psychotherapie.

Um das Experiencing-Niveau zu beschreiben und zu messen, entwickelten Klein et al. (1969) die *Experiencing-Skala*, die von Bommert und Dahlhoff (1978) ins Deutsche übersetzt wurde. Ein Klient erhält hohe Werte auf der Experiencing-Skala, wenn er „über ein klares Bild von seinem unmittelbar ablaufenden Erleben verfügt und in der Lage ist, die Bedeutungen des Erlebens für sich selbst zu verstehen, und dieses Erleben zur Basis seines Handelns machen kann" (Dahlhoff & Bommert 1978, S. 4). Die Experiencing-Skala erfasst sehr gut die vom Klienten erreichte „Tiefe der Klärung" und misst damit auch, in welchem Ausmaß sich ein Klient auf einen Veränderungsprozess einlässt. Das Ausmaß des Experiencing ist in der Klientenzentrierten Psychotherapie ein wesentlicher Prädiktor für Therapieerfolg. Wesentlich dabei ist, dass das Ausmaß des Experiencing durch den Psychotherapeuten stark gefördert werden kann.

Es gibt auch einige Prozess-Studien zum Focusing. So fanden Sachse und Neumann (1987) bei Focusing-Therapien, die anhand des Focusing-Prozessmodells (Sachse & Neumann 1983) durchgeführt wurden, dass Klienten besonders dann vom Therapieangebot „Focusing" profitierten, wenn sie in der dem Focusing vorausgehenden Klientenzentrierten Psychotherapie positive Interaktionserfahrungen mit dem Therapeuten gemacht haben. Klienten können sich insbesondere dann auf einen Focusing-Prozess einlassen, wenn sie in der vorausgehenden Therapie (1) sich vom Therapeuten akzeptiert gefühlt haben, (2) den Therapeuten als echt erlebt haben, (3) den Eindruck haben, von der Therapie profitiert zu haben. Offenbar benötigen Klienten, um einen Focusing-Prozess zu durchlaufen, persönliches und Kompetenz-Vertrauen zum Therapeuten.

Sachse und Neumann (1986) fanden, dass sich Klienten insbesondere dann auf einen Focusing-Prozess einlassen können, wenn sie in einer vorausgegangenen Klientenzentrierten Psychotherapie ein hohes Ausmaß an → Selbstexploration und „Zuwendung zum eigenen Erleben" realisiert haben. Um einen Focusing-Prozess durchzuführen, müssen Klienten damit offenbar in der Lage sein, eine internale Perspektive einzunehmen, und bereit sein, an eigenen Fragestellungen zu arbeiten.

Sachse, Atrops, Wilke und Maus (1992) fanden, dass Klienten besonders dann vom Focusing profitierten, wenn sie in der Lage waren, einen holistisch-intuitiven Problemlösemodus (Kuhl 1983) einzunehmen, d.h. in der Lage waren, Informationen „in der Schwebe zu halten", auf

sich wirken zu lassen und eine Lösung „entstehen“ zu lassen. Personen, die einen analytisch-sequenziellen Problemlösemodus (Betrachten einzelner Informationen, streng logisch-sequenzielle Ableitung usw.) bevorzugten, profitierten deutlich weniger von einem Focusing-Angebot.
Sachse et al. (1992) belegten auch, dass Klienten sich besonders dann gut auf einen Focusing-Prozess einlassen können, wenn sie eine hohe Ambiguitäts-Toleranz aufweisen, d.h. wenn sie in der Lage sind, unklare Bedeutungen und Widersprüche zu tolerieren.
Sachse et al. (1992) ermittelten ferner, dass Psychotherapeuten dann eine hohe „Passung“ im Therapieprozess realisieren konnten, wenn sie sowohl eine gute eigene Focusing-Fähigkeit als auch gute „technische Kenntnisse“ der Focusing-Interventionen aufwiesen. Mit Passung ist gemeint, dass Therapeuten den Klienten solche Interventionen anboten, die gut zum augenblicklichen Prozessstand der Klienten passten und den Klienten optimal weiterhelfen konnten. Eigene Focusing-Fähigkeit bedeutet, dass Therapeuten sich selbst auf einen Focusing-Prozess gut einlassen können. Technische Fähigkeiten allein reichen dagegen nicht aus, um als Therapeut „gut“ zu sein; hinzukommen muss eine hohe Sensibilität für den Prozess.
Die Ergebnisse zeigen, dass Focusing im Therapieprozess das Gesamtergebnis von Psychotherapie verbessert, dass andererseits inner-therapeutische Prozesse wiederum das von Klienten erreichte Focusing-Niveau verbessern.

Dahlhoff, H.-D., Bommert, H. (1978): Forschungs- und Trainingsmanual zur deutschen Fassung der Experiencing-Skala. In Bommert, H., Dahlhoff, H.-D., Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München, Urban & Schwarzenberg, S. 63-128
Hendricks, M.N. (2002): Research basis of focusing-oriented/experiential psychotherapy. In: Cain, D., Seeman, J. (Eds.), Humanistic psychotherapies. Washington, American Psychological Association, pp. 221-252; dt. (2000): Focusing-orientierte Psychotherapie. *Focusing-Journal spezial*
Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T., Kiesler, D.L. (1969): The experiencing scale. A research and training manual. Madison, Wisconsin Psychiatric Institute
Kuhl, J. (1983): Emotion, Kognition und Motivation II: Die funktionale Bedeutung der Emotionen für das problemlösende Denken und für das konkrete Handeln. *Sprache und Kognition 2*, S. 228-253
Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F., Maus, C. (1992): Focusing: Ein emotionszentriertes Psychotherapieverfahren. Bern, Huber
Sachse, R., Neumann, W. (1983): Prozessmodell zum Focusing unter Berücksichtigung spezifischer Probleme. *Informationsblätter der Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie 53*, S. 51-57
Sachse, R., Neumann, W. (1986): Prognostische Indikation zum Focusing aufgrund Selbstexploration und Selbsterleben von Klienten in Klientenzentrierter Psychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1*, S. 79-85
Sachse, R., Neumann, W. (1987): Prognostische Indikation zum Focusing aufgrund von Klienten-Prozesserfahrungen in Klientenzentrierter Psychotherapie. Bochum, Bochumer Berichte zur Klinischen Psychologie 2

Rainer Sachse

Fortsetzungsordnung

Eugene → Gendlins Terminus „the order of carrying forward“ (später auch „responsive order“ genannt), nimmt einen zentralen Platz in seinem Philosophieren ein. Sie begründet eine empirische Erkenntnistheorie und Erkenntnispraxis, die über den naiven Empirismus und den postmodernen Relativismus hinausführt und sie ist auch für das Verständnis von therapeutischen Prozessen grundlegend. Sie liefert die Theorie für das Vertrauen, das personzentrierte bzw. focusing-orientierte Psychotherapeuten in den Lebensprozess setzen: dass das Verweilen mit dem, was jetzt körperlich gespürt wird – gleichgültig wie angenehm oder unangenehm es sein mag – Schritte hervorbringt, die eine positive Wachstumsrichtung haben; dass unser Bewusstsein eingebettet ist in ein „Mehr“, das antwortet; dass Konzepte und Methoden den Lebensprozess niemals beherrschen, sondern in seinem Dienst stehen und dass folglich inhaltliches Expertenwissen weit weniger bedeutsam ist als Prozesserfahrung.
Das Konzept „Fortsetzen“ (carrying forward) bezeichnet eine bestimmte erlebte Beziehung zwischen expliziten Worten/Handlungen/Ereignissen und implizitem körperlichem Erleben (→

Felt Sense): Es meint das *Erleben*, das wir haben, wenn Worte/Handlungen/Ereignisse einen Felt Sense verändern, weitertragen, fortsetzen (→ Experiencing).
Dieses Fortsetzen geschieht auf wohlgeordnete Art und Weise. Ein Felt Sense impliziert bestimmte Worte/Konzepte/Vorgehensweisen, d.h. er weist auf etwas hin, das noch nicht zu Ende ist, das weitergetragen und fortgesetzt werden muss: mittels Worten (Konzepten, Hypothesen, Vorgehensweisen, …..), mit denen er in Wechselwirkung tritt und auf die er „antwortet". Das worauf sich Worte (…..) beziehen (auf eine Referenzgröße: den eigenen Felt Sense, eine andere Person, die „Natur", die „Wirklichkeit", …..) „spricht zurück": meistens, indem die Referenzgröße „stumm" bleibt (z.B. wenn ein therapeutischer Vorschlag keine Wirkung hervorruft oder wenn ein naturwissenschaftliches Experiment keine Ergebnisse bringt), manchmal, wenn die Worte (…..) „passen", indem „etwas herauskommt": ein Ergebnis, das sich als gültig erweist (z.B. indem es die Person als stimmig, als passend erlebt oder indem das Resultat eine Experiments Vorhersagen erlaubt, die sich bestätigen). Die Antwort der Referenzgröße wirkt sich immer auf die „Wirklichkeit" aus, sie verändert diese und setzt sie fort.
Die Fortsetzungsschritte folgen nicht logisch aus dem, was schon da ist, dennoch sind sie nicht diskontinuierlich, beliebig und zufällig. Jeder vorherige Schritt spielt eine Rolle beim Kommen des nächsten Schrittes, aber nicht so, dass er seine Form dem nächsten Schritt aufzwingen würde. Wenn man auf den vorangegangenen Schritt zurückschaut, sieht man, dass der nächste Schritt den vorangegangenen verändert hat und zwar so, dass der nächste Schritt aus ihm folgen konnte. Jeder Schritt macht den vorherigen neu, so dass er aus ihm folgen kann.
Wenn man die Schritte, die gekommen sind, nach rückwärts verfolgt, schaut die Fortsetzungsordnung wie eine schon formierte Ordnung aus (z.B. wie Logik oder Dialektik). Sie ist es aber nicht. Denn der Schritt, der aus der Interaktion von Implizitem und Explizitem folgt, ist immer verschieden, aber immer genau: Auf jede (explizite) Hypothese antwortet das (implizite) Erleben (die Natur, …..) verschieden, aber spezifisch und präzise und mit mehr, als aus der Hypothese allein hätte folgen können. Die Fortsetzungsordnung ist also eine Ordnung, die nicht explizit geformt, die nicht inhaltlich, die nicht fertig ist und die viele verschiedene Fortsetzungen ermöglicht – aber nicht willkürlich, sondern auf jede „Anfrage" immer nur ganz präzise.
Mit der Fortsetzungsordnung beschreibt Gendlin u.a. wie das, was Carl Rogers mit dem Konzept der → Aktualisierungstendenz postuliert hat, konkret funktioniert. Focusing ist eine Praxis, in der man der Fortsetzungsordnung „bei der Arbeit zuschauen kann" – nicht passiv beobachtend, sondern dafür Bedingungen schaffend: In der „Lichtung" des → Freiraums und im Licht der inneren Achtsamkeit nimmt das → Ich → Beziehung auf zum gerade vorsichgehenden impliziten Erleben, das als → Felt Sense die „Referenzgröße" für Hypothesen und Vorgehensweisen (→ Konzepte, → Techniken) ist, die man sich selbst vorschlägt (oder die von einem Therapeuten vorgeschlagen werden) und „ausprobiert". Der Fortsetzungsordnung gemäß wird diese Referenzgröße – wenn sie nicht stumm bleibt – antworten: auf verschiedene Vorschläge verschieden, aber auf jeden genau und mit mehr, als aus dem Vorschlag allein logisch hätte folgen können. Die Antworten sind also abhängig von der Fragestellung, den Hypothesen und Vorgehensweisen (und damit auch von der Person des Therapeuten und der therapeutischen Richtung, der er sich verpflichtet fühlt), aber sie sind immer gültig als ein Fortsetzen des momentan vorsichgehenden (Er-)Lebensprozesses. Die Qualität einer Psychotherapie hängt demnach davon ab, inwiefern das jeweilige Verfahren der Fortsetzungsordnung nichts in den Weg stellt, sondern achtsam Freiraum gewährt für die Schritte, die als Antwort auf die verschiedenen Vorgehensweisen aus dem „Mehr" kommen: aus dem Erleben, aus dem Körper, aus dem Felt Sense von Klient und Therapeut (→ Avenues).

Gendlin, E.T. (1989): Phenomenology as non-logical steps. In: Kaelin, E.F., Schrag, C.O. (Eds.), Analecta Husserliana, Vol. XXVI. Dordrecht, Kluwer, pp. 404-410
Gendlin, E.T. (1991): Thinking beyond patterns: Body, language, and situations. In: den Ouden, B., Moen, M. (Eds.), The presence of feeling in thought. New York, Peter Lang, pp. 25-151

Gendlin, E. T. (1993): Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie 41* (4), 693-706
Gendlin, E.T. (1994, 1998[2]): Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T. (1997): The responsive order: A new empiricism. *Man and World* und *www.focusing.org*
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 178-193]

Johannes Wiltschko

Freiraum, Freiraum schaffen

Der Begriff „Freiraum" leitet sich von Eugene Gendlins Hinweis ab, zwischen dem, der erlebt (→ Ich) und dem, was er erlebt (Inhalt) müsse *space* geschaffen werden. Das Aufnehmen einer unmittelbaren Beziehung (direct reference) zu einem Erlebensinhalt setzt voraus, dass die Person sich als von ihm getrennt erleben kann. Da sie aber mit diesem häufig identifiziert ist („Ich *bin* verzweifelt"), muss eine Desidentifikation stattfinden, damit eine Beziehungsaufnahme möglich wird (Ich bin ich – und ich *habe* etwas, das verzweifelt ist", → Partialisieren) und ein Focusing-Prozess in Gang kommen kann.

Focusing geschieht in der → Haltung innerer Achtsamkeit. Was immer eine Person innerlich wahrnimmt, ein Problem, einen → Felt Sense, eine Symbolisierung (Worte, innere Bilder, Emotionen, Körperempfindungen), sie soll es da sein lassen und damit absichtslos verweilen, ohne es zu bewerten oder zu analysieren. Dazu benötigt die Person Freiraum: Das wahrnehmende Subjekt erlebt sich selbst als anwesend, es ist da, es hat Platz, nimmt Raum ein – und gibt auch dem, was es erlebt, Raum. Nun ist zwischen „Ich" und „Inhalt" *Beziehung* möglich. Die Person hält sich mit ihrem Erleben im Freiraum auf.

Für dieses begrifflich schwer fassbare Phänomen lassen sich verschiedene Metaphern bilden: „Ich bin nicht das Problem, ich habe es", „"Ich bin größer als mein Problem", „Zwischen mir und meinem Problem (Erleben) ist ein wenig Abstand, ein wenig frische Luft", „Ich will meinem Problem/Gefühl/Schmerz/….. einen guten Platz geben", „Statt das Problem mit mir herumzutragen, stelle ich es neben mich hin – jetzt erst kann ich es anschauen", „Ich stelle mein Problem aus mir heraus und suche für es einen guten Platz in meiner Nähe – jetzt kann ich in mich hineinfühlen und warten, welcher Felt Sense zu diesem Problem in meinem Körper entstehen wird".

Sich selbst Freiraum zu schaffen (clearing a space), also sich sich selbst zuzuwenden und sich selbst als körperlich anwesendes, atmendes Wesen zu bemerken, das gerade verschiedene, auch schwierige, Themen *hat*, ist bereits ein bedeutsamer Focusing-Schritt, der zu einer gravierenden Veränderung der Befindlichkeit (Felt Shift) führt. Im Focusing-Prinzip „Freiraum" manifestieren sich die personzentrierten → Grundhaltungen: Ich will real und echt da sein (→ Echtheit), annehmen und wertschätzen, was sich in meinem Erleben zeigt (unbedingte → Wertschätzung) und mich ihm einfühlend zuwenden (→ Empathie).

Der Begriff „Freiraum" bezieht sich über das „Abstand haben" hinaus auch auf ein spezifisches Erleben von „Raum haben in mir und um mich herum". Diesen körperlichen Raum zu errichten, zu entfalten und ihn von Problemen frei zu machen, ist eine weitere Art und Weise, Freiraum-Schaffen zu verstehen und zu praktizieren. „Focusing beginnt damit, seinem Körper eine Pause zu gönnen, in der er sich selbst wieder als Ganzes finden kann. … Darf Ihr Körper erst einmal er selbst sein, ohne Verkrampfung, weiß er schon alleine mit Ihren Problemen umzugehen." (Gendlin 1998, S. 96f.).

Freiraum ist ein Zustand des Bewusstseins, in dem eine Polarisierung stattfindet zwischen dem Problembewusstsein und dem organismischen Bewusstsein: Die Person stellt ihren Problemen die Selbstheilungskräfte des → Organismus gegenüber; indem sie sich mit Letzteren verbindet, fühlt sie zu ihren Problemen hin. Deshalb wird in der Focusing-Therapie nicht mit den Problemen des Klienten gearbeitet, sondern mit deren körperlicher Resonanz, mit dem Felt Sense. Dieser bildet sich im freien Raum des Körpers und impliziert Schritte in die Richtung einer

„Lösung“ steckengebliebener Lebensprozesse (Symptome, Probleme). Nicht Focusing-Therapie ist lösungsorientiert, sondern der → Köper selbst.
In der Focusing-Praxis wird pragmatisch das Schaffen von (1) äußerem Freiraum, (2) Beziehungsfreiraum und (3) innerem Freiraum unterschieden. *Äußeren Freiraum* zu schaffen bedeutet, im äußeren Raum Bedingungen herzustellen, die erlauben, sich möglichst wohl zu fühlen: etwa im Raum einen "guten Platz" finden, es sich auf diesem Platz "einrichten" und eine im Moment stimmige Körperhaltung suchen. *Beziehungs-Freiraum* zu schaffen bedeutet, zur anderen anwesenden Person einen im jeweiligen Moment "guten, richtigen" Abstand einzustellen, der eine offene und freie → Beziehung ermöglicht, in deren Rahmen Focusing geschehen kann. Das schließt das Ansprechen von die Beziehung „trübenden“ Phänomenen ein. *Inneren Freiraum* zu schaffen bedeutet, einen „richtigen“ Abstand zwischen der erlebenden Person und ihren Erlebensinhalten zu finden: Die Person ist weder von ihrem Erleben getrennt (Dissoziation), noch mit ihm eins (Identifikation).
In der → Focusing-Therapie gelten die verschiedenen Aspekte des Prinzips „Freiraum“ für den Klienten und für den Therapeuten gleichermaßen. Focusing-Therapeuten haben eine Reihe von Möglichkeiten zur Verfügung, ihren eigenen Freiraum immer wieder zu finden und aufrecht zu erhalten. Dazu gehört die Selbstaufmerksamkeit auf die eigene Körperhaltung, auf das Atmen und auf das eigene Erleben gegenüber dem Klienten (→ Resonanz), das variable Regulieren der Distanz zum Klienten, das Ausdrücken von → Responses, das Einhalten des vereinbarten Settings. Eine der wichtigsten Aufgaben des Focusing-Therapeuten ist es, den Klienten dabei zu unterstützen, immer wieder Freiraum zu seinem Erleben herzustellen. Er tut dies in erster Linie durch seine Haltung, aber auch durch → Guiding, indem er den Klienten z.B. einlädt,
● das Tempo zu verlangsamen, sich Zeit zu lassen,
● aktuelles Erleben als „ein Ganzes“ wahrzunehmen und damit zu begrenzen,
● zu → partialisieren,
● von einem bedrohlichen Erleben einige Schritte zurückzutreten und dadurch den Abstand dazu zu vergrößern,
● seine aktuellen Themen „herauszustellen“, durch gegenständliche Symbole (Kissen, Handpuppen oder einfach beliebige Gegenstände) zu repräsentieren und für sie einen „guten Ort“ im Raum zu finden,
● sich zu fragen, was helfen würde, mehr Abstand zu haben, sich sicherer zu fühlen, nicht überschwemmt zu werden, sich wohler zu fühlen, etc. (→ Joker-Fragen),
● immer wieder sein „inneres → Ich“ anzufragen und zu einer Stellungnahme zum gerade Erlebten einzuladen („Ist das o.k. für Sie?“, „Wollen Sie das jetzt wirklich?“, „Wie geht es Ihnen damit?“ etc.)
● im Körper einen „guten Ort“ zu finden, von dem aus zu problemtragenden Körpergegenden hingespürt werden kann,
● sich zu fragen: „Wenn meine Schwierigkeit vollkommen gelöst wäre, wie würde sich das anfühlen?“ bzw. „Wie hätte es damals sein sollen? Was wäre gut gewesen?“ (→ Refilling)

Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1981, 1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt [S. 93-104]
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 17-29, S. 56-58]
Wiltschko, J. (1992, 1996[2]): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 12-14, S. 29-30, S. 93-95]
Wiltschko, J. (1994): Haben Sie schon einmal ein „Selbst“ gesehen? Zur Phänomenologie des Ichs. In: Keil, W.W., et al. alle Namen (Hrsg.), Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie. Bergheim, Mackinger, S. 13-27
Wiltschko, J. (1996): Focusing Therapy. Some fragments in which the whole can become visible. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt, Peter Lang, pp. 145-162; dt.: (1995) Focusing-Therapie. Einige Splitter, in denen das Ganze sichtbar wird. In: ders., Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF

Johannes Wiltschko

Frühe Störungen → Ätiologie → Entwicklungstheorie

Fully functioning person

Mit diesem hypothetischen Begriff des "sich verwirklichenden und voll handlungsfähigen Menschen" definiert Rogers das asymptotische Ziel einer optimalen Persönlichkeitsentwicklung. Er nennt diesen „Entwicklungsprozeß in eine vom Organismus gewählte Richtung“ das „gute Leben“ (1961/1973, S. 186)**.** Dieses zeichnet sich durch größere Fülle, Erlebnistiefe und Reichtum aus und wird als existenziell bedeutsam erlebt.

Zu den wesentlichen Charakteristika zählen:

- Völlige Offenheit gegenüber allen → Erfahrungen innerer wie äußerer Reize; jedes Geschehen ist dem → Gewahrsein ohne → Abwehr zugänglich.
- Der Mensch gewinnt zunehmend Vertrauen in seinen → Organismus; die normalerweise unter der Abwehr verborgene Rationalität des Organismus wird entdeckt und als vertrauenswürdig erachtet.
- Es findet eine Entwicklung statt, weg von Wahrnehmungsrigidität bzw. Handeln nach starren Konstrukten hin zu Erfahrungsoffenheit und zu „Entdeckung von Struktur in der Erfahrung und eine sich ständig wandelnde Strukturierung des Selbst und der Persönlichkeit.“ (Rogers 1969/1988, S. 294).
- Durch eine wachsende Offenheit für die je eigene komplexe Konfiguration von inneren und äußeren Reizen im gegebenen Moment erwächst die Möglichkeit, jeden Augenblick als völlig neu zu erleben. Das → Selbst geht aus der Erfahrung hervor; Selbstkonzept und Erfahrung sind ident.
- Damit ist ein innerer Bewertungsprozess möglich, der den → Organismus als Bewertungsinstanz und nicht von außen vorgegebene Werte zur Grundlage hat. Es wird im Sinne der organismischen Selbstregulation aus der Fülle der Informationen der Gesamtsituation und unter Einbeziehung aller relevanten Daten dasjenige Verhalten gewählt, welches das höchste Ausmaß an Befriedigung im Augenblick verspricht.
- Der Prozess des Wertens zeichnet sich auf dieser Grundlage durch Wahl- und Entscheidungsfreiheit aus.
- Im Gegensatz zu einem Zustand wird der Prozesscharakter eines solchen Lebens betont: Der Mensch „lernt, sein Leben als fließenden, fortwährenden Prozeß zu sehen, in dem er ständig neue Aspekte seines Wesens im Strom seiner Erfahrung entdeckt“ (Rogers 1961/1973, S. 129).
- Letztlich entwickeln Menschen, welche im oben beschriebenen Sinn mit ihren Erfahrungen in Berührung gekommen sind, „Werte wie Aufrichtigkeit, Selbstbestimmung, Selbsterkenntnis, soziale Offenheit, soziale Verantwortung und bemühen sich wieder vorrangig um liebevolle zwischenmenschliche Beziehungen“ (Rogers 1964/1984, S. 55).

Rogers postuliert bei allen individuellen Unterschieden die Universalität der Tendenzen dieses Prozesses, der zugleich den Gesundheitsbegriff des → Personzentrierten Ansatzes repräsentiert. Er rückt mit diesem Ideal die Wachstumsmöglichkeiten des Menschen im Gegensatz zu einer pathologie- und defizitorientierten Sichtweise in den Vordergrund.

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Persönlichkeit, der Psychotherapie und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Rogers, C.R. [1961] (1973): Ansichten eines Therapeuten vom guten Leben. Der voll sich entfaltende Mensch. In: Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett, S. 183-195

Rogers, C.R. [1964] (1984): Der Prozeß des Wertens beim reifen Menschen. In: Rogers, C.R., Stevens, B., Von Mensch zu Mensch. Paderborn, Junfermann, S. 37-55

Rogers CR [1969] (1974, 1988) Das Ziel, die sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit. In: Lernen in Freiheit. Frankfurt/M., Fischer, S. 287-305

Beatrix Teichmann-Wirth

Ganzheitliches Lernen → Signifikantes Lernen

Gegenreaktion → Resonanz

Gegenübertragung

Die → Personzentrierte Psychotherapie hat einen Aspekt dessen, was die Psychoanalytiker Gegenübertragung nennen, schon immer mit besonderem Nachdruck thematisiert, nämlich die bewusste, intendierte Einstellung des Psychotherapeuten zu seinem Klienten. Das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten (→ Grundhaltungen), die Rolle die er gegenüber seinem Klienten einzunehmen hat, sind zentrale Positionen der Theorie dieses Ansatzes (Finke 1999).

Nun ist allerdings in der Psychoanalyse umstritten, was genau als Gegenübertragung zu gelten hat (Hamburger 1993). Sind es nur die Einstellungen des Psychotherapeuten, insofern sie eine Reaktion auf den Klienten darstellen, und hier nur die unbewussten oder auch die bewussten Reaktionen? Oder sind hierzu auch die quasi neurotischen Haltungen des Psychotherapeuten seinem Klienten gegenüber zu rechnen? Und ist dazu auch das bewusste Einsetzen von Gegenübertragungsgefühlen, wie das der Wertschätzung und der Sympathie zu zählen? Von vielen Analytiker wird heute ein „totalistisches Gegenübertragungs-Konzept vertreten, das sich auf alle Einstellungen des Therapeuten seinem Patienten gegenüber bezieht, welcher Art und Herkunft auch immer“ (Mertens 1991).

Das ursprünglich zentrale Beziehungsmuster der Personzentrierten Psychotherapie ist das der Alter-Ego-Beziehung (→ Beziehungsformen, therapeutische), in der der Psychotherapeut die Rolle des anderen Selbst des Klienten einzunehmen hat (Rogers 1951/1972). Dies soll er auch auf dem Hintergrund einer wohlwollenden und akzeptierenden Haltung tun. Kohut (1989), in dessen Werk das Empathiekonzept ebenfalls eine zentrale Rolle einnimmt, könnte hier von einer Selbstobjekt-Gegenübertragung sprechen; der Psychotherapeut versucht, dem Selbstobjekt-Bedürfnis seines Klienten zu entsprechen. Der Analytiker Racker (1993) hat dies eine konkordante Identifizierung oder Gegenübertragung genannt, im Unterschied zu einer komplementären Gegenübertragung, die dann gegeben ist, wenn sich der Psychotherapeut als das „Objekt“ des Klienten, als der bedeutsame Andere sieht. Im Sinne Kohuts ist dies auch als „Objektale Gegenübertragung“ benannt worden (Mertens 1991).

Diese letztgenannte Position gewinnt beim späten Rogers (1961/1973) eine Bedeutung, wenn er die „realness“, die Gegenwärtigkeit und Transparenz des Psychotherapeuten fordert, denn der Psychotherapeut soll nun dem Klienten als reale Person deutlich werden (→ Echtheit). Hiermit verbunden ist auch das Selbstöffnen (Carkhuff 1969) oder anders formuliert, das Verbalisieren der Gegenübertragung des Psychotherapeuten (→ Therapietechniken).

Bei diesem Selbstöffnen muss der Psychotherapeut aber darauf achten, dass er seine Gegenübertragung nicht „agiert“, also unkontrolliert auslebt. Dies gilt unter Vertretern der Personzentrierten Psychotherapie zwar als eine Selbstverständlichkeit, dennoch wäre es sinnvoll, verschiedene Muster eines solchen Auslebens zu beschreiben und damit mögliche Gefahren zu präzisieren. Die „Idealbeziehung“ als Arbeitskonzept einerseits und die Realbeziehung als Ausdruck von interaktionellen Austauschprozessen der Bedürfnisse des Klienten und der des Psychotherapeuten können in der konkreten Therapiesituation immer wieder interferieren. Im Schrifttum des Personzentrierten Ansatzes scheint die systematische Reflexion solcher Konflikte und Schwierigkeiten bisher nicht immer genügend Platz gefunden zu haben.

Carkhuff, R.R. (1969): Helping and human relations. Vol. I: Selection and Training. New York, Rinehart and Winston

Finke, J. (1999): Beziehung und Intervention. Stuttgart, Thieme

Hamburger, A. (1993): Übertragung und Gegenübertragung. In: Mertens, W. (Hrsg.), Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Stuttgart, Verlag Internationale Psychoanalyse, S. 322-329

Kohut, H. [1984] (1989): Wie heilt die Psychoanalyse? Frankfurt, Suhrkamp

Mertens, W. (1990): Einführung in die psychoanalytische Therapie, Band 2. Stuttgart, Kohlhammer

Mertens, W. (1991): Einführung in die psychoanalytische Therapie, Band 3. Stuttgart, Kohlhammer

Racker, H. (1993): Übertragung und Gegenübertragung. München, Reinhardt

Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die

klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1961] (1973): Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta

Jobst Finke

Genauern → Prozessfragen stellen

Gerontopsychotherapie

Bilder vom Alter(n) sind geprägt von Leitbildern unserer Kulturgeschichte (Rosenmayr 1983, 1990) und verankert in den Erfahrungen vieler Jahrhunderte. Je nach Gewichtung werden mit dem Alter(n) im positiven Sinne Reife, Weisheit und Lebenszufriedenheit assoziiert oder tendenziös defizitäre Perspektiven betont, die sich an reduzierenden Kompetenzen orientieren. Objektiv betrachtet hat die gerontologische Forschung der letzten Jahrzehnte viel zur Wahrnehmung konstruktiver Potenziale und Entwicklungsmöglichkeiten im Alter beigetragen. Psychotherapeutische Kenntnisse über ältere Menschen nahmen dabei jedoch lange Zeit sehr geringen Stellenwert ein: Die Entwicklungs- und Heilungsfähigkeit von über 60-Jährigen war über viele Jahrzehnte von sehr rigiden Sichtweisen geprägt. Mitverantwortlich hierfür zeichnete einerseits die seitens der Psychoanalyse anfangs vertretene Skepsis hinsichtlich der positiven Wandlungsfähigkeit alter Menschen, andererseits das Fehlen adäquater Krankheitskonzepte im Allgemeinen.

Erst Mitte der 60er Jahre ist im deutschsprachigen Raum - etwa 20 Jahre später als in den USA - eine deutliche Veränderung zugunsten gezielter Psychotherapie mit über 60-Jährigen wahrnehmbar. Erfahrungswerte sammelten dabei neben der Psychoanalyse insbesondere übende, kreative und interpersonelle Verfahren sowie die kognitive Verhaltenstherapie. Hinzu traten Entspannungsverfahren und verhaltenstherapeutische Konzepte im Sinne interventionsgerontologischer Maßnahmen. In den 90er Jahren erhielt diese Entwicklung weiteren Aufschwung, was sich in zahlreichen Tagungen - wie etwa der seit 1989 schulenübergreifend stattfindenden Veranstaltung „Alter und Psychotherapie“ (Erlangen/ Bonn) - bekräftigte.

Mit großem Bedauern muss festgestellt werden, dass klienten- und personzentrierte Ansätze dabei stets überaus dezent im Hintergrund verweilten. Nur einige wenige Aufsätze zeugen von anfänglichen Bestrebungen in Theorie und Praxis (Bergeest & Rönnecke 1979; Rönnecke 1990; Linster 1990; 1994; Bahr 1999). Dies ist um so bedauerlicher, als gerade diese Therapieansätze mit der Bandbreite psychischer Störungen im Alter gut korrespondieren. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang die Bedeutung uneingeschränkter → Wertschätzung, hermeneutischer → Empathie und Akzeptanz, sowie der → Gewahrwerdung verzerrt in der Erinnerung bewahrter oder verleugneter Erfahrungen im Zuge der Bearbeitung unterschiedlicher gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder. → Selbstexploration, die Unterschiedlichkeit zwischen Selbstbild und Selbstideal, Bewertungen auf der Basis des → Selbstkonzepts und Folgewirkungen gesamtorganismischer Gewichtungen werden zu weiteren wesentlichen Variablen im therapeutischen Prozess. Die Berührung und Bearbeitung von → Inkongruenzen bedarf dabei besonderer Achtsamkeit, um in der Folge auch bei schwererem Trauma zu Linderung, Entlastung und der Stärkung aktualisierender Kräfte sowie zu Heilung und individueller Entfaltung zu führen. Stets befindet sich dabei die *Person* des alten Menschen im Vordergrund, anstatt der jeweiligen Symptome.

Je nach Ursache, Schweregrad und Art der vorliegenden Störung ist begleitend zur psychotherapeutischen Behandlung eine gerontopsychiatrisch fundierte Medikation zu erwägen. Man bedenke allerdings, dass der Spielraum hinsichtlich der Bandbreite und Dosierung von Psychopharmaka bei älteren Menschen kleiner ist als bei jüngeren. Zurückzuführen ist dies u.a. auf eine unterschiedlich wahrnehmbare Sensibilität, eine infolge vermehrter Multimorbidität häufiger zu verzeichnende Polymedikation sowie daraus resultierende Arzneimittelinteraktionen und entsprechende Nebenwirkungen.

Wesentlich für das Gelingen psychotherapeutischer Prozesse ist angesichts der multifaktoriellen Krankheitsgenese von Störungen im höheren Lebensalter die Beachtung einer biopsychosozialen Gesamtschau und die damit verbundene Berücksichtigung vielfältigster Variablen für

die Entstehung, den Verlauf und eine mögliche Heilung von psychischen und psychosomatischen Alterskrankheiten. Unter Berücksichtigung subjektiver und objektiver Wertigkeiten ist dabei gegebenenfalls die ergänzende Miteinbeziehung von Behandlungsmöglichkeiten der Arbeitsbereiche Geriatrie, Psychiatrie, innere Medizin, Rehabilitation und Pflege sowie der Sozialarbeit in Erwägung zu ziehen.
Bedenkt man, dass viele Depressionsformen (→ Depression) und Angstzustände (→ Angststörungen) im Alter häufig mit Verlusterlebnissen sowie Themen des Abschieds, der Krankheit und (körperlichen) Behinderung korrelieren, wird die psychosoziale Komponente von Störungen im höheren Lebensalter noch deutlicher. Die Unterstützung beim Finden neuer Lebensperspektiven und verfügbarer Ressourcen angesichts unvermeidlich auftretender Belastungen, Hilfestellung beim Bearbeiten und Ausbalancieren von Kompetenzdefiziten, Begleitung bei der Auseinandersetzung mit dem Lebensende, und nicht zuletzt Trauerarbeit infolge vermehrter Verluste nahestehender Personen (→ Trauerbegleitung), sind wesentliche Schwerpunkte in der psychotherapeutischen Arbeit mit Älteren. Narzisstische Kränkungen, individuelle Verunsicherungen und dysfunktionale Verhaltensweisen sowie vielfältige kognitive Störungen stellen weitere Themenkreise dar.
Die Stärkung von Selbstwertgefühl und Zuversicht, die Klärung innerer Dissonanzen und das Annehmen nicht erfüllter Träume ermöglichen Schritt für Schritt die Bearbeitung von Vergangenem, die Akzeptanz des Gegenwärtigen sowie die Formulierung neuer Ziele und Lösungen. Nach der Bearbeitung tiefer (innerer) Schmerzen und dem individuellen Annehmen des Gelebten und Nicht-Verwirklichten wird der Weg frei für universellere Lebensthemen, wie etwa jene des existenziellen Verstehens, der Sinnhaftigkeit des eigenen Seins und der Transzendenz.

Bahr, C. (1999): Entwicklungspsychologische Möglichkeiten im höheren Lebensalter am praktischen Beispiel des SGZ-Gnigl. *Person* 3, 1, S. 69-75
Bergeest, H.G., Rönnecke, B. (1979): Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen. In: Petzold, H., Bubolz, E. (Hrsg.), Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn, Junfermann, S. 295-310
Linster, H.W. (1990): Gesprächspsychotherapie mit älteren Menschen. In: Hirsch R.D. (Hrsg.), Psychotherapie im Alter. Bern, Huber, S. 90-102
Linster, H.W. (1994): Behandlungskonzept der Gesprächspsychotherapie. In: Hirsch R.D. (Hrsg.), Psychotherapie im Alter. Bern, Huber, S. 73-82
Rönnecke, B. (1990): Psychologische Aspekte der Geriatrischen Rehabilitation – Implikationen für die Psychotherapie. In: Hirsch R.D. (Hrsg.), Psychotherapie im Alter. Bern, Huber, S. 103-113
Rosenmayr, L. (1983): Die späte Freiheit. Das Alter – ein Stück bewußt gelebten Lebens. Berlin, Severin & Siedler
Rosenmayr, L. (1990): Die Kräfte des Alters. Wien, Edition Atelier

Christiane Bahr

Geschichte → Historische Entwicklung

Gesprächsführung, personzentrierte → Beratung

Gesprächstherapie → Gesprächspsychotherapie

Gesprächspsychotherapie (siehe auch → Personzentrierte Psychotherapie).
Vor allem in Deutschland übliche Bezeichnung für das im Rahmen des → Personzentrierten Ansatzes entwickelte Psychotherapieverfahren. Synonym für Personzentrierte Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.
Reinhard Tausch (1968) wählte den Begriff als neuen Titel für die 2. Aufl. seines 1960 erschienenen Buches "Das psychotherapeutische Gespräch. Erwachsenen-Psychotherapie in nicht-directiver Orientierung". Der Begriff hat sich wohl endgültig dadurch eingebürgert, dass sich eine 1970 gegründete deutsche Fachgesellschaft mit dem Satzungsziel, das klientenzentrierte Konzept nach Carl R. Rogers zu verbreiten und zu fördern, den Namen "Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)" gegeben hat. Es folgten die Gründungen von Schwestergesellschaften, die den Namen Gesprächspsychotherapie ebenfalls in die Bezeich-

nungen ihrer Vereine bzw. Verbände aufnahmen: 1974 wurde die "Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (ÖGwG)" und 1979 die "Schweizerische Gesellschaft für Gesprächstherapie und personzentrierte Beratung (SGGT)" gegründet.
Die unterschiedlichen Bezeichnungen des Ansatzes spiegeln die Schritte wider, die ihr Begründer, Carl Rogers, bei der Entwicklung des Konzepts vollzogen hat. Die ursprüngliche Kennzeichnung des therapeutischen Vorgehens als "non-directive psychotherapy" findet sich in dem grundlegenden Buch "Counseling and Psychotherapy" (Rogers 1942). Zehn Jahre später kennzeichnete Rogers seinen Ansatz programmatisch als "Client-Centered Psychotherapy" (Rogers 1951). Diese Bezeichnung wird auch noch heute in der Übersetzung als "Klientenzentrierte Psychotherapie" oder "Person(en)zentrierte Psychotherapie" im deutschen Sprachraum häufig benutzt. Die Bezeichnung "person-centered approach" taucht erst später im Titel eines Aufsatzes von Rogers (1979) auf. Sie wird im deutschsprachigen Raum vor allem in Österreich übernommen und findet Eingang in die Bezeichnung einer Fachgesellschaft: "Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (APG)".
Vor diesem Hintergrund haben sich folgende Begrifflichkeiten eingebürgert: Wenn die auf Carl Rogers zurückgehenden Theorien zur Psychotherapie, Beratung und Erziehung gemeint sind, spricht man vom klientenzentrierten (vor allem in Deutschland) bzw. personzentrierten (vor allem in Österreich) Konzept oder Ansatz. Ist das heilkundliche Psychotherapieverfahren gemeint, wird von Gesprächspsychotherapie (vor allem in Deutschland) bzw. Klientenzentrierter oder Person(en)zentrierter Psychotherapie gesprochen. Bei Beratungsarbeit im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts wird von klientenzentrierter bzw. personzentrierter → Beratung gesprochen.

Rogers, C.R. (1942): Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice. Boston, Houghton Mifflin; dt. (1972): Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. (1951): Client-centered therapy. It's current practice, implications and theory. Boston, Houghton Mifflin; dt. (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. (1979): The foundation of the person-centered approach. *Education* 100, 2, pp. 98-107; dt. (1981): Die Grundlagen eines personenzentrierten Ansatzes. In: Der neue Mensch. Stuttgart, Klett, S. 65-84
Tausch, R. (1968): Gesprächspsychotherapie. 2., gänzlich neu gestaltete Auflage. Göttingen, Hogrefe

Jochen Eckert

Gesundheitsbegriff → Fully functioning person

Gewahrsein, -werden
Von Rogers werden die Begriffe Gewahrwerdung („awareness"), Symbolisierung („symbolisation") und Bewusstsein („consciousness") als Synonyme verwendet. Die Gesamtheit der organismischen → Erfahrung ist potenziell der Gewahrwerdung zugänglich, unabhängig davon, ob diese Erfahrungen vom Individuum bewusst erfahren werden oder nicht. Das Bewusstsein besteht aus der Symbolisierung eines Teils unserer Erfahrung, wobei die symbolische Repräsentation im Gewahrsein bzw. im Bewusstsein verschiedene Grade von Schärfe und Klarheit aufweisen kann. Wenn die Prozesse im → Organismus, die prinzipiell erfahrbar sind, vom Organismus auch direkt und angemessen erfahren werden können, wenn also das Selbstkonzept in Übereinstimmung mit der Erfahrung ist, spricht man von exakter → Symbolisierung der Erfahrung, die maßgeblich für die Entstehung und Entwicklung des → Selbst ist. Nach Rogers ist das Individuum unter förderlichen Beziehungsbedingungen offen und kongruent gegenüber seinen Erfahrungen, die dann eben alle dem Gewahrsein verfügbar sind. Die zielgerichtete Tendenz (→ Aktualisierungstendenz) des Individuums, seine organismische Erfahrung exakt, d.h. direkt und frei, im Gewahrsein zu symbolisieren und damit in das Selbstkonzept zu integrieren, ist dann gefährdet, wenn die Wahrnehmung einer Erfahrung vom Individuum entweder geleugnet oder verzerrt symbolisiert wird (→ Abwehr), da sie als inkonsistent mit dem Selbstkonzept

und somit als → Inkongruenz zwischen wahrgenommenen Selbst und realer organismischer Erfahrung erlebt wird. Diese Symbolisierungsstörung, die zum Inkongruenzerleben führt, wird vom Individuum als innerer Spannungszustand bzw. als unterschwellig wahrgenommene bedrohliche Erfahrung des Selbst erlebt. Abwehrprozesse in Form von selektiver Wahrnehmung oder Wahrnehmungsverzerrung oder –verleugnung setzen als schützende Bewältigungsform im Dienste des Selbstkonzepts ein, die jedoch auch verhindern, dass neue organismische Erfahrungen im Gewahrsein exakt symbolisiert und in das Selbst integriert werden können. Unter der Voraussetzung, dass in einer Personzentrierten Psychotherapie die gesamte phänomenale Erfahrungswelt des Klienten bedingungsfrei beachtet und empathisch verstanden wird und dass auch die Erfahrungen des Psychotherapeuten in der Beziehung exakt symbolisiert werden, ist es dem Klienten möglich, seiner Inkongruenz gewahr zu werden. Wenn organismisches Erleben unverzerrt symbolisiert wird, wird das als „Felt Shift", als körperlich spürbare Erleichterung, erlebt bzw. kognitiv als Einsicht wahrgenommen. Diese Offenheit für Erfahrung, die zunehmende Kongruenz von Selbstkonzept und Erfahrung lässt den Klienten zu einer Veränderung in der Beziehung zu sich selbst gelangen.

Finke, J. (1998): Hermeneutische Aspekte in der Psychotherapie am Beispiel der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 46, S. 1-13

Keil, W.W. (1997): Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person* 1, 1, S. 5-13

Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Nora Nemeskeri

Gordon Modell

Thomas Gordon (geb. 1918), Schüler und Mitarbeiter von Carl Rogers, entwickelte auf dem Hintergrund des → Personzentrierten Ansatzes seines „väterlichen Freundes" (Gordon 1998, S. 23) Trainings für Beziehungen im außertherapeutischen Bereich. Es war Gordons Ziel, Menschen dabei zu helfen, Beziehungen - sozusagen präventiv - mit den förderlichen Faktoren auszustatten, und er begann Eltern in Beziehungspflege (Familienkonferenz; Parents Effectiveness Training [PET]) zu unterrichten. Er dehnte später das Modell der Eltern-Kind-Beziehungen auf andere zwischenmenschliche Beziehungen aus, da die förderlichen Prinzipien für alle Formen von Beziehungen Geltung haben (vgl. Lehrertraining, Managertraining, Frauentraining, Patientenkonferenz, Konfliktlösungstrainings für verschiedene Zielgruppen).

In den Gordon Trainings werden Methoden und Techniken gelernt, die Menschen dazu befähigen sollen, sich einerseits selbst besser wahrzunehmen und zu behaupten, und andererseits anderen Menschen gegenüber Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, die auf Respekt und Achtung voreinander begründet sind:

Wenn Menschen einander hilfreich beistehen wollen, ist nach Gordon das *Aktive Zuhören* die geeignete Technik. Der Zuhörer begegnet dem Hilfesuchenden mit der Haltung, die wir auch bei Rogers finden – Einfühlen, Annahme und Echtheit. Ohne Lösungen anzubieten, verbalisiert der Helfer die nicht klar benannten (kodierten) emotionalen Erlebnisinhalte und unterstützt den Hilfesuchenden dabei, ein deutlicheres Bild über seine Situation, das Problem und die Lösungsmöglichkeiten zu gewinnen.

Das Konzept des *Verhaltensfensters* ermöglicht es, den Menschen und sein Verhalten getrennt zu sehen – der Mensch ist nicht, was er tut. Einige der Verhaltensweisen Anderer können wir annehmen, andere nicht. Nicht annehmbares Verhalten kommunizieren wir meistens in Du-Botschaften, z.B. „Störe mich nicht andauernd". Damit wird dem Anderen deutlich gemacht, was er zu tun bzw. nicht zu tun hat. Im Gordon Modell wird der Mensch ermuntert, grund-

sätzlich über sich in *Ich-Botschaften* zu sprechen, z.B. „Ich fühle mich gestört!“. Das ermöglicht einen klareren, direkteren Austausch von Meinungen, Interessen und Bedürfnissen.
Menschen, die sich wegen eines „unannehmbaren“ Verhaltens einer *konfrontierenden Ich-Botschaft* gegenüber sehen, sind eher zur Mitarbeit oder zum Einlenken bereit, wenn sie nicht dirigiert werden bzw. wenn ihnen durch die Formulierung einer Ich-Botschaft nicht vorgeschrieben wird, was sie zu tun oder zu lassen haben. Ihre Würde und Selbstachtung und die Qualität der Beziehung bleibt erhalten, weil in der Ich-Botschaft keine Abwertung enthalten ist.
Wenn jemand dennoch durch eine Botschaft irritiert wird und er → Widerstand äußert, besteht wirkungsvolles Handeln darin, die Auseinandersetzung nicht eskalieren zu lassen, z.B. mit Hilfe von *Umschalten*, d.h. im Falle von Widerstand zu versuchen, diesen zu verdeutlichen. Indem man dem Widerstand Beachtung schenkt, betrachtet man ihn als gerechtfertigtes Verhalten des Anderen. So bekommt er Platz und braucht sich nicht verschlüsselter Kommunikation zu bedienen. Auch diese Technik erinnert an den Umgang mit Widerstand in der Psychotherapie.
Bei einander widerstrebenden Bedürfnissen beschreibt Gordon die *Methode III:* Konfliktlösung ohne Verlierer: Die Bedürfnisse der Beteiligten sind einander gleichgestellt und unter Einbeziehung beider Konfliktpartner wird die bestmögliche, einvernehmlich erzielbare Problemlösung gesucht.
Im Bereich der *Wertkonflikte* stellt das Gordon Modell Möglichkeiten der wirksamen *Einflussnahme* auf Werte und Haltungen von Menschen vor, unter Verzicht auf Machtdemonstration und Belohnung.
Darüber hinaus werden in den einzelnen Trainings für spezielle Zielgruppen weitere Themen beachtet, z.B. Umgang mit Angst, persönliche Lebensziele, Autorität.
Das Gordon Modell beschreibt gewissermaßen Grundmuster einer gelungenen Beziehung, es ist gedacht als Modell der Vorsorge, des „Einzahlens auf das Konto Beziehung“.

Gordon, Th. [1970] (1972): Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kind. München, Heyne
Gordon, Th. [1974] (1977): Lehrer-Schüler-Konferenz. Wie man Konflikte in der Schule löst. München, Heyne
Gordon, Th. [1977] (1979): Managerkonferenz. Effektives Führungstraining. München, Heyne
Gordon, Th. [1989] (1994): Die neue Familienkonferenz. Kinder erziehen ohne zu strafen. München, Heyne
Gordon, Th., Edwards, W.S. [1995] (1997): Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. Hamburg, Hoffmann & Campe
Gordon, Th. (1998): Das Gordon-Modell. Anleitungen für ein harmonisches Leben (hrsg. v. Karlpeter Breuer). München, Heyne

Josef Blaschitz

Großgruppen

Großgruppen im → Personzentrierten Ansatz stellen als individuell und kollektiv bedeutsam erlebte Lerngemeinschaft eine erweiterte Form der → Encountergruppe dar. Als Großgruppe gelten Gruppen von ca. 50 bis 300 TeilnehmerInnen. Ausgehend von kurzen Plenarsitzungen im Rahmen des „La Jolla-Program“ (ab den späten 60er Jahren) entwickelte sich ein wachsendes Interesse am Entstehen und Fördern sogenannter „Communities“. Es entstanden im Wesentlichen zwei Serien von internationalen Großgruppen-Workshops: das „International Forum on the Person-Centered Approach“ (Alberto Segrera; in Amerika, Europa, Afrika) sowie „Person-Centered Approach to Cross-Cultural-Communication“ (Charles Devonshire; in Europa).
Zu der anfänglichen Beobachtung, dass die personzentrierten → Grundhaltungen auch bei höherer TeilnehmerInnenzahl wirksam werden, rückten weitere, unerwartete Phänomene ins kollektive Blickfeld: Die Community wird vielfach als übergeordnetes Ganzes erlebt, das in sich Gerichtetheit enthält und zugleich auch Raum für individuelle Erfahrung ermöglicht (formative Tendenz; → Aktualisierungstendenz) (vgl. Rogers 1980/1981). Somit werden Großgruppen zum Lern- und Experimentierfeld für Grundfragen des Menschseins wie Politik, Rasse, Kultur,

Geschlecht, Ökonomie. Um dies zu ermöglichen, wird ein umfassenderes Verständnis von Leitung nötig:

1. Nur Rahmenbedingungen, die die Community noch nicht entscheiden kann, z.B. Ort, Zeitpunkt, werden von OrganisatorInnen und Staff im Vorhinein festgelegt.
2. Der Gruppenprozess wird von einem Staff gefördert, der sich im Gesamtrahmen als eigene kleine Encountergruppe – im intensiven Intergruppenprozess mit der Community (im Sinne eines Parallelprozesses nach McMillan & Lago 1993) – versteht.
3. Seine Mitglieder (Facilitators) versuchen, jede Person in ihrer jeweiligen Realität wahrzunehmen und sie zu ermutigen, ihren Fragestellungen nachzugehen. Der so sichtbar werdenden Vielfalt von Meinungen, Lebensbedingungen und Konflikten wird konsequent Raum gegeben, um innerhalb dieser Verschiedenheit ein Gefühl des Gemeinsamen zu entwickeln.

So kann eine Art „kollektiver Intention" (Wood 1999, S. 143) die Community zu leiten beginnen; zugleich werden verschiedenste kreative Ansätze und ihre reale Umsetzung beobachtbar. Der Staff ändert in dieser Phase des Prozesses seinen Fokus und übt seine Funktion insoferne aus, als er der Weiterentwicklung dieser kollektiven Intention, als Community zu denken, zu fühlen und zu handeln, folgt, ohne dabei jedoch die Verwirklichung der Grundhaltungen aus dem Auge zu verlieren.

Die aus dem Miterleben solcher Großgruppenprozesse resultierende Hoffnung geht in jene Richtung, dass hier neue, brauchbare Formen des Handelns in Bezug auf dringliche Fragen der globalen Zukunft auftauchen können bzw. lernbar werden.

Lago, C., McMillan, M. (Eds.) (1999): Experiences in relatedness: Groupwork and the Person-Centred Approach. Ross-on-Wye, PCCS Books

McMillan, M., Lago, C. (1993): Large groups: Critical reflections and some concerns. In: McIlduff, E., Coghlan, D. (Eds.), The Person-Centered Approach and Cross-Cultural Communication. An international review. Vol. 2. Linz, edition sandkorn, pp. 35–53

Rogers, C.R. [1980] (1981): Die Grundlagen eines personenzentrierten Ansatzes. In: Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 65–84

Rogers, C.R. [1980] (1981): Der Aufbau personenzentrierter Gemeinwesen. Implikationen für die Zukunft. In: Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 85–107

Wood, J.K. (1988): Menschliches Dasein als Miteinandersein. Gruppenarbeit nach personenzentrierten Ansätzen. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Wood, J.K. (1999): Toward an understanding of large group dialogue and its implications. In: Lago, C., McMillan, M. (Eds.), Experiences in relatedness: Groupwork and the Person-Centred Approach, Ross-on-Wye, PCCS Books, pp. 137-165

Werner Wascher & Christine Weixler

Grundhaltung(en), therapeutische

Grundhaltung als therapietheoretischer Begriff bezieht sich in der Regel sowohl auf die Haltung als auch beobachtbares Verhalten, z.B. lenkend vs. → nicht-direktiv, als auch auf die Einstellung von Psychotherapeuten, d.h. auf ein äußerlich nicht sichtbares erworbenes System von Anschauungen, Meinungen und Überzeugungen, z.B. über die Entstehung einer depressiven Störung. Die Auffassungen über die jeweils "richtige" bzw. therapeutisch notwendige Grundhaltung variieren sowohl zwischen als auch innerhalb von psychotherapeutischen Schulen. Besonders deutlich werden die Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapieverfahren bei der Gewichtung und Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung (Zimmer 1983; Kutter et al. 1988).

Rogers (1957/1991) selbst beschreibt keine therapeutische Haltung, sondern sechs relativ komplexe notwendige und hinreichende Bedingungen für eine Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie, von denen auf Seiten des Psychotherapeuten folgende drei vorliegen müssen: 1. → Echtheit („congruence"), 2. unbedingte → Wertschätzung („unconditional positive regard") und 3. → Empathie („empathy") (→ Therapietheorie). Sie wurden im Zuge der empirischen Erforschung der → Personzentrierten Psychotherapie operational definiert, d.h. es wurden Skalen zur Einschätzung des Therapeutenverhaltens entwickelt. Zum einen wurden in

diesem Forschungskontext aus den drei Bedingungen Therapeuten*variablen* und wegen ihrer theoretischen und empirisch belegten Bedeutung für Veränderungen durch Psychotherapie wurden sie auch *Basisvariablen* bzw. *Kernvariablen* genannt. Zum anderen wurden im Zuge der Operationalisierungen aus diesen komplexen therapeutischen Bedingungen "Verhaltensmerkmale von Therapeuten" abgeleitet, d.h. aus der therapeutischen Bedingung "Kongruenz" wird die vom Psychotherapeuten erlebte und vom Klienten beobachtbare "Echtheit", aus dem komplexen Konstrukt "Empathie" bzw. aus empathischem Verstehen die → "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" und aus der Bedingung "unbedingte Wertschätzung" das therapeutische Verhaltensmerkmal "Realisierung der Variablen Akzeptierung/Wärme".
Die starke Akzentuierung der drei Basisvariablen als Merkmale beobachtbaren und trainierbaren therapeutischen Verhaltens erwies sich als eine Sackgasse. Ausbleibende Therapieerfolge wurden damit erklärt, dass die drei Kernvariablen von den Psychotherapeuten nicht hinreichend "verinnerlicht" seien. Es erfolgte eine programmatische Umbenennung der therapeutischen Verhaltensmerkmale in "Haltungen und Aktivitäten" (Tausch & Tausch 1979). Gefordert wird eine durch die drei Basismerkmale gekennzeichnete klientenzentrierte Grundhaltung, die auch außerhalb von Psychotherapie eingenommen werden sollte.
Vor diesem Hintergrund entwickelte sich eine ausführliche Diskussion über das Verhältnis von Beziehung und Technik (→ Therapietechniken) in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Als ein Ausweg aus diesem Dilemma wird vorgeschlagen, zwischen "therapeutischem Basisverhalten" und "differentiellem therapeutischem Handeln" zu unterscheiden (Tscheulin 1983). Das "therapeutische Basisverhalten" soll dem Aufbau und der Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung dienen, nach deren Etablierung der Psychotherapeut in Abstimmung mit der spezifischen Problemlage des Klienten bestimmte therapeutische Techniken einsetzt.
Finke (1994) hat Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie zu *Therapieprinzipien* erklärt, aus denen sich in den spezifischen Situationen des therapeutischen → Prozesses bestimmte → *Therapietechniken* ableiten ließen.
Die Diskussion um Basis- und Zusatzvariablen sollte eigentlich ein Ende haben, nachdem Höger (1989) herausgestellt hat, dass die klientenzentrierte Theorie eine Taxonomie auf mindestens vier Abstraktionsebenen darstellt, die in einer hierarchischen Beziehung dergestalt miteinander stehen, dass die Zuordnung von Gegebenheiten zu einer Ebene die Zusammenhänge zwischen den Gegebenheiten auf der nächst höheren Ebene nicht verletzen darf, auf der anderen Seite sich die Gegebenheiten einer Ebene aber nicht eindeutig aus denen der nächst höheren ableiten lassen. So sind Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Psychotherapeuten auf der zweiten Ebene Merkmale der auf der Ebene eins im Unterschied zu anderen Beziehungen definierten therapeutischen Beziehung, und die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte ist nur dann eine Umsetzung von Empathie, wenn sie durch einen Psychotherapeuten erfolgt, der zugleich den Klienten unbedingt wertschätzt und dabei kongruent ist.
Im Konzept des "therapeutischen Beziehungsangebotes" werden die drei Basisvariablen nicht als Grundhaltungen, sondern als miteinander verwobene Aspekte eines spezifischen Beziehungsanbots des Psychotherapeuten an den Klienten angesehen (Biermann-Ratjen et al. 1997). Eine "klientenzentrierte/personzentrierte Grundhaltung" ergibt sich nach dieser Auffassung aus der Identifizierung des Psychotherapeuten mit den anthropologischen und philosophischen Grundannahmen des klientenzentrierten Ansatzes, vor allem der Annahme eines den Menschen angeborenen Entwicklungspotenzials, der → Aktualisierungstendenz bzw. Selbstaktualisierungstendenz, das sich im therapeutischen Kontakt, in der Begegnung von Person zu Person, entfaltet.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl., Stuttgart, Kohlhammer
Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Georg Thieme

Frenzel, P., Schmid, P.F., Winkler, M. (Hrsg.) (1992): Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie
Höger, D. (1989): Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In: Sachse, R., Howe, J. (Hrsg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Heidelberg, Asanger, S. 197-122
Kutter, P., Páramo-Ortega, R., Zagermann, P. (1988): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse. München-Wien, Internationale Psychoanalyse
Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-185
Tausch, R., Tausch, A. (1979): Gesprächspsychotherapie: Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und im täglichem Leben. 7., völlig neu gestaltete Aufl., Göttingen, Hogrefe
Tscheulin, D. (Hrsg.) (1983): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie. Weinheim und Basel, Beltz
Zimmer, D. (Hrsg.) (1983): Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung. Weinheim, edition psychologie

Jochen Eckert

Gruppenarbeit

Allgemeine Begriffsbestimmung: Personzentrierte Gruppenarbeit stellt eine Variante personzentrierten Arbeitens mit Gruppen dar, bei der es vorwiegend um die Bewältigung von Problemstellungen aus der Lebenswelt und aus dem Alltag der Gruppenmitglieder geht. Anforderungen und Belastungen, die sich aus den Problemfeldern Beruf und Ausbildung, Krankheit und Behinderung, Familie und Erziehung sowie anderen Bereichen ergeben, werden im Rahmen personzentrierter Vorgehenskonzepte und einer kontinuierlichen Gruppenarbeit angegangen und zu lösen versucht. Dabei unterscheidet sich personzentrierte Gruppenarbeit von personzentrierter → Gruppenpsychotherapie darin**,** dass der Fokus der Gruppenarbeit sich nicht auf die Beseitigung psychopathologischer Symptome und Verhaltensweisen richtet, sondern mehr auf die Förderung von Bewältigungskompetenzen bei schwierigen und belastenden Umweltanforderungen. Die personzentrierte Gruppenarbeit unterscheidet sich auch von den unterschiedlichen Varianten personzentrierter → Encountergruppen darin, dass nicht in erster Linie Selbsterfahrungs- und Entfaltungsprozesse im Hinblick auf persönliches Wachstum angestrebt werden, sondern klarer definierte Ziele der Bewältigung von Alltagsanforderungen. Vielfach geht es bei der personzentrierten Gruppenarbeit "nicht um Entfaltung, sondern um Begrenzung. Begrenzung durch Krankheit, Behinderung, Benachteiligung, mangelnde Förderung usw." (Sander & Esser 1988, S. 7).

Geschichte und Entwicklung: Als „außertherapeutische" Form der Gruppenarbeit, die sich auch von den klassischen, meist kurzlebigen Encountergruppen unterscheidet, wurde personzentrierte Gruppenarbeit durch die Veröffentlichungen des Ehepaares → Tausch bekannt. Zunächst ergaben sich Arbeiten mit Gruppen aus dem pädagogischen, erzieherischen und Ausbildungsbereich, später kamen Anwendungsgebiete wie Gruppen mit Krebskranken (A. Tausch 1981), Sterbemeditation, Arbeit mit Straffälligen, Gruppen mit Paaren und Partnerproblemen, Gruppen aus der Erziehungshilfe und andere hinzu (siehe auch Esser & Sander 1988). Die oben aufgezählten Beispiele machen deutlich**:** Personzentrierte Gruppenarbeit begleitet gezielt Menschen mit ähnlicher Problematik über eine gewisse Zeit und ist an der Erarbeitung von konkreten Problemlösungen interessiert, gefördert durch eine aus ähnlichen Lebenserfahrungen resultierende Anteilnahme und Hilfe der Gruppenmitglieder. Von allen Varianten klientenzentrierter Gruppenarbeit ähnelt sie daher am meisten den Ansätzen von *Selbsthilfegruppen.*

Wirkungsprozesse in personzentrierten Gesprächsgruppen: Schmid (1996, S. 195) sieht als Hauptagens der Veränderungen das therapeutische Potenzial, das die Gruppenmitglieder, gefördert durch den Gruppenleiter, in die Gruppe einbringen. Die Bedeutung der Gruppenmitglieder als Auslöser von Nachahmungsprozessen ist besonders bei personzentrierter Gruppenarbeit gegeben, die sich ja oft auf Grund eines ähnlichen Problemhintergrundes zusammenschließen. Der zentrale Wirkfaktor in diesen Gruppen ist damit die *Beziehung*, wie dies auch Yalom in seinen empirischen Nachbefragungen ermittelt hat (1989, S. 19ff): die Tatsache, dass einem

Mitglied Hoffnung eingeflößt wird, dass das eigene Leiden universal ist, dass Möglichkeiten für altruistische Verhaltensweisen gegeben sind, dass ein angemessener mitmenschlicher Umgang gefördert wird, dass interpersonelles Lernen stattfindet und dass eine starke Kohäsion und Anziehungskraft an die Gruppe erlebt wird: dies sind nur einige der wichtigen „Heilfaktoren" der Gruppenarbeit.
Auf Seiten der Gruppenleiter sind die wesentlichen Wirkfaktoren deren praktizierte Verstehensprozesse im Sinne von → Empathie, ihre → Wertschätzung und Akzeptanz sowie die Verwirklichung von Offenheit und Authentizität (→ Echtheit). Die Gruppenmitglieder können in einem derartigen personzentrierten Klima lernen, sich den anderen anzuvertrauen, sich zu öffnen und auch den Erfahrungshintergrund der anderen zu vergegenwärtigen und zu verstehen.
Da die Gruppen vom Problemhintergrund her relativ homogen zusammengesetzt sind, gewinnen auch Prozesse wie Mitteilen von Information, Ratschläge geben und Feedback über das eigene Verhalten eine erhöhte Bedeutung. Nicht zuletzt resultiert aus der Gruppenerfahrung ein auch nach der Gruppensitzung wirksames stützendes Netzwerk, mit Hilfe dessen sich die Teilnehmer bei schwierigen Fragestellungen aus ihrem Alltag schnell unterstützen können.
Der Gruppenleiter in personzentrierter Gruppenarbeit bleibt im Wesentlichen in der Position des „Facilitators" (→ Encountergruppe), des Auslösers für konstruktive Gruppenprozesse. Im Unterschied zu personzentrierten Psychotherapiegruppen oder zu klassischen Encountergruppen praktiziert er jedoch öfter Anregungsformen, die über die reine Dialogförderung hinausgehen: Rollenspiel-Vorgabe, Meditations- und Entspannungsanleitung, Einsatz visueller, akustischer und bewegungsbezogener Medien.
Die Ausweitung der Anregungsfunktionen des Gruppenleiters lässt sich in personzentrierter Gruppenarbeit wie folgt begründen: Gerade bei dieser Variante der Gruppenarbeit ergibt sich eine erhöhte Zahl dringender konkreter Problemstellungen und Alltagsanforderungen der Teilnehmer. Oft ist die Notwendigkeit möglichst schneller und wirksamer Vorschläge und Ergebnisse unabdingbar, um dem aus den Alltagsanforderungen kommenden Handlungsdruck zu begegnen.

Esser, U., Sander, K. (1988): Personenzentrierte Gruppentherapie. Therapeutischer Umgang mit der Person und der Gruppe. Heidelberg, Asanger
Rogers, C.R. [1970] (1974): Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung. München, Kindler (ab 1984: Frankfurt/M., Fischer)
Sander, K., Esser, U. (1988): Personenzentrierte Gruppenarbeit. Förderung und Entwicklung der Person und der Gruppe. Heidelberg, Asanger
Schmid, P.F. (1996): Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Paderborn, Junfermann
Tausch, A.M. (1981): Gespräche gegen die Angst. Reinbek, Rowohlt
Yalom, I.D. (1989): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. München, Pfeiffer

Klaus Sander

Gruppenfocusing
Anwendungsform von → Focusing in Gruppen; dabei werden alle Gruppenteilnehmer gleichzeitig vom Gruppenleiter durch einen Focusing-Prozess geführt. Die Anleitung erfolgt so offen, dass jeder Teilnehmer seinem *eigenen* Erlebensprozess folgen kann. Zu einem → Thema, das jede Person still für sich wählt oder das vom Leiter für alle vorgeschlagen wird, lassen die Teilnehmer ihren je eigenen → Felt Sense entstehen, der sich dann in den verschiedenen → Erlebensmodalitäten individuell entfalten kann. Dadurch wird das Thema um implizite, vorher nicht gewusste Aspekte angereichert und erschließt sich in seiner Bedeutung tiefer und vollständiger; darüber hinaus werden Schritte erlebbar, die das Thema weiterentwickeln und, besonders wenn es sich dabei um ein Problem handelt, in Richtung einer Lösung vorantragen (carrying forward, → Experiencing).
Die Anleitung hat immer Vorschlagscharakter. Es werden dabei keine Phantasien und Bilder vorgegeben, sondern durch gezielte Sprechpausen Raum für den individuellen Erlebensprozess geschaffen. Damit die Teilnehmer Kontakt zu ihrem Erleben herstellen und halten können, ist

in der Anleitung besonders auf ausführliches → Freiraum-Schaffen zu achten, ferner auf ein angemessenes Sprechtempo und -pausen und eine ruhige und sichere Stimme. Zum Abschluss jedes Gruppenfocusings wird in der Regel das Erlebte in der Gruppe verbal ausgetauscht. Zusätzlich lassen sich im Anschluss an das Gruppenfocusing kreative Methoden wie Malen, Schreiben oder Tanzen einsetzen (→ Handlungsmodalitäten, → Avenues), mit deren Hilfe das Erleben weiter symbolisiert und ausgedrückt werden kann.
Da sich alles als Thema für ein Gruppenfocusing eignet, kann Gruppenfocusing sowohl als themenbezogene Selbsterfahrungsmethode in Ausbildungs- oder Therapiegruppen eingesetzt werden, als auch als erlebensaktivierende Methode in der Bildungsarbeit, um den persönlichen Bezug zu theoretischen Lehrinhalten herzustellen, bzw. Anfangs- und Abschlussrunden vorzubereiten. Zudem unterstützt und zentriert es kreative Entscheidungsprozesse im beruflichen Alltag (in Sitzungen, Teambesprechungen, Meetings, etc.). (Siehe auch → Anwendungen von Focusing, → Co-Focusing)

Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 17-29, 63-67
Krause, C. (2000): Ein Plädoyer für Gruppenfocusing. *Focusing Journal 5*, S. 24-25. Würzburg, DAF
Wiltschko, J. (1997): Focusing und personzentrierte Psychotherapie. *Personzentriert 97*(1), S. 54-69. Linz, ÖGwG

Carola Krause

Gruppenpsychotherapie
Rogers hat sich selbst mit Recht für einen der Väter der Gruppenpsychotherapie gehalten. Er ist aber dennoch nicht als solcher bekannt geworden, weil er zunächst vor allem die einzeltherapeutische Situation beforscht und konzeptualisiert hat und sich dann der Gruppe über die Psychotherapie hinaus als Medium für persönliche und soziale Entwicklung zugewandt hat (→ Encounter-Gruppe). Erst seit den 70er Jahren hat sich die klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der klinischen Praxis und theoretischen Diskussion deutlich etabliert.
Die Gruppe wird dabei als ein zur therapeutischen Einzel-Beziehung grundsätzlich verschiedenes Phänomen betrachtet. Dies gilt zunächst einmal hinsichtlich der „interaktionellen Topografie“ (Barrett-Lennard 1998), d.h. der nur in einer Gruppe möglichen Beziehungserfahrungen (Dyaden, Triaden, Subgruppen etc.), der Erfahrungen von der Gruppe als Ganzes (Grad der Kohäsion, Entwicklungstempo, Intensität des emotionalen Austausches etc.) und der darin gegebenen Entwicklungsperspektiven und Lernpotenziale für die Teilnehmer. Dementsprechend ist hier nicht nur die Beziehung zum Psychotherapeuten, sondern die gesamte Vielfalt aller Beziehungen der Teilnehmer untereinander in therapeutischer Hinsicht relevant und wirksam. Da intrapsychische Konflikte und → Inkongruenzen immer innerhalb von interpersonellen Beziehungen entstehen, kann gerade die Gruppe der geeignete Ort für deren → Gewahrwerden und Veränderung sein. Schmid (2001) spricht deshalb von einem „therapeutischen Primat der Gruppe“.
Darüber hinaus haben wenig strukturierte, auf psychisches Erleben zentrierte Gruppen ein wesentliches, therapeutisch relevantes Charakteristikum. Eckert (2001) hat herausgearbeitet, dass in solchen Gruppen vor allem die Anfälligkeit für → Angst (i.S. von Sullivan als Negativ-Selbst-System) in zwischenmenschlichen Beziehungen thematisiert wird. Es geht dabei insofern um Interaktionen und Beziehungen, als in ihnen „unconditional positive regard“ (unbedingte → Wertschätzung) erfahren oder gerade nicht erfahren und damit Selbst-Erleben und Selbstentwicklung behindert oder gefördert werden. Eckert formuliert daher Rogers’ notwendige und hinreichende Bedingungen für den therapeutischen Gruppenprozess dementsprechend um: „In der Psychotherapiegruppe nehmen Menschen zueinander Kontakt auf, indem sie sich gegenseitig mitteilen, dass sie ängstlich gespannt sind. Während der eine mitteilt, was er denkt und fühlt, versuchen die anderen, ihn empathisch zu verstehen und ihm mit Unconditional Positive Regard zu begegnen. Gelingt dies dem jeweils anderen nicht, (...) sehen die anderen Gruppenmitglieder dieses Verhalten als Ausdruck des – antizipierten – Scheiterns in dem Versuch,

zu verstehen, an und versuchen die Gefühle, die dieses Scheitern mit sich bringt, als solche zu verstehen.“ (Eckert 2001, S. 339).

Die wesentlichen Merkmale der klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie können im Vertrauen auf einen solchen Prozess der Gruppe, in der Ausrichtung auf das innere Erleben (→ Experiencing) und in der spezifischen Präsenz des Therapeuten gesehen werden (Lietaer & Keil 2002).

Das Vertrauen auf den → Prozess bezieht sich darauf, dass das Potenzial zur Schaffung einer Atmosphäre, die den therapeutischen Bedingungen entspricht, grundsätzlich in der Gruppe selbst gesehen wird. Dies bedeutet einerseits, dass der Gruppenprozess von sich aus dorthin tendiert und nicht etwa im Sinn eines Lernens am Modell der → Grundhaltungen des Therapeuten erst dorthin gebracht werden muss. Andererseits heißt dies aber auch nicht, dass dieser Prozess sich in jedem Fall „von selbst“ entwickelt. Es ist vielmehr die Aufgabe des Gruppentherapeuten, diesen Prozess im Auge zu haben, zu schützen, und v.a. dann einzugreifen, wenn dieser Prozess ins Stocken zu kommen oder zu scheitern droht (Eckert 2001).

Die Ausrichtung auf das innere Erleben meint, dass es bei der Beachtung und Reflexion der interaktionellen Ebene immer darum geht, sich der experienziellen Grundlagen, in welche das Interagieren eingebettet ist, gewahr zu werden. Die grundlegende Erlebensschicht des → Felt Sense und des Experiencing muss erreicht und kommuniziert werden, wenn persönliche Veränderung möglich werden soll. Von diesem experienziellen Motiv her ist auch die Bevorzugung des „Hier-und-Jetzt“ in der klientenzentrierten Gruppentherapie zu verstehen. Im *gegenwärtigen* eigenen Erleben und seiner Konfrontation mit den *gegenwärtigen* Reaktionen der Anderen werden Erlebens- und Verhaltensmuster, die „dort-und-damals“ entstanden sind und „dort-und-dann“ gelebt werden, zugänglich, verstehbar und veränderbar. Wenn hier vom inneren Erleben die Rede ist, so sind dabei immer beide Dimensionen, das Experiencing der einzelnen Individuen wie auch das „affektive Leben der Gruppe“ als Ganzes (Pagès 1974) zu beachten. Der Gruppentherapeut kann dabei nicht einfach als Teilnehmer agieren, wie dies manchmal aus personzentrierter Sicht postuliert wird, er hat vielmehr die Aufgabe, das Interaktionsgeschehen so anzusprechen (Prozesskommentare, Anbieten von Bedeutung usw.), dass der Gruppenprozess experienziell vertieft wird und dass die spiralförmige Bewegung zwischen „Hier, Dort und Damals“ stattfinden kann.

Die Präsenz des Therapeuten ist zum Einen in seiner eigenen Kongruenz (→ Echtheit) zu sehen, d.h. in der Offenheit für das wirkliche eigene Erleben. Zum Anderen ist damit die Transparenz seiner persönlichen Betroffenheit und seines Erlebens den Teilnehmern gegenüber gemeint. Die Selbstöffnung des Therapeuten ist dabei niemals Selbstzweck, sondern steht grundsätzlich im Dienst der → Empathie für den Prozess der Gruppe. Seine ganz persönliche Teilnahme muss integriert sein mit seiner Funktion als Gruppentherapeut, die vor allem darin besteht, eine gut funktionierende Gruppe aufbauen und in Gang halten zu können (Lietaer & Keil 2002). Eine solche gruppendynamische Kompetenz ermöglicht es u.a., die wechselseitige Kommunikation und damit die Kohäsion der Gruppe zu fördern, diesbezüglich destruktive Prozesse zu erkennen und abzukürzen, therapeutische Gruppennormen zu fördern und hinderliche Normen zu problematisieren sowie überhaupt mit typischen Gruppenphänomenen wie informelle Führung, Koalitionsbildungen, Sündenbock-Positionen, Gruppenflucht, phasenspezifischen Prozessen usw. umgehen zu können.

Ergebnisse der nun über 50 Jahre laufenden → Forschung (Page, Weiss & Lietaer 2002) belegen die Effektivität der klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie für eine vielfältige klinische Klientel. Dabei dürfte auch das gelten, was aus der gesamten Forschung zur Gruppenpsychotherapie gefolgert wird, dass trotz einer höheren Abbrecherrate die Gruppenpsychotherapie der Einzelpsychotherapie bzw. anderen Behandlungsformen tendenziell überlegen ist.

Barrett-Lennard, G.T. (1998): Carl Rogers’ helping system. Journey and substance. London, Sage

Eckert, J. (2001): Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, Thieme, S. 333-340

Esser, U., Sander, K. (Hrsg.) (1988): Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie. Therapeutischer Umgang mit der Person und der Gruppe. Heidelberg, Asanger
Lietaer, G., Keil, W.W. (2002): Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In: Keil W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 295-317
Page, R.C., Weiss, J.F., Lietaer G. (2002): Humanistic group psychotherapy. In: Cain, D.J., Seeman, J. (Eds.), Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice. Washington DC, American Psychological Association, pp. 339-368
Pagès, M. (1974): Das affektive Leben der Gruppen. Eine Theorie der menschlichen Beziehung. Stuttgart, Klett
Schmid, P.F. (2001): Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas-Universitäts-Verlag, S. 294-323
Wood, J.K. (1988): Menschliches Dasein als Miteinander. Gruppenarbeit nach personzentrierten Ansätzen. Köln, Edition Humanistische Psychologie

Wolfgang W. Keil

Guiding

Mit Guiding (dt. wörtlich "führen", "leiten") wird eine Gruppe von → Techniken im → Focusing und in der → Focusing-Therapie bezeichnet. Guiding hat immer die Form von Vorschlägen, Einladungen; der Klient entscheidet, ob er sie annehmen und aufgreifen möchte oder nicht. Dem Guiding geht in der Regel ein Wahrnehmen, Anerkennen, Verstehenwollen und Zurücksagen dessen voraus, was der Klient gerade erlebt und ausdrückt (→ Listening). Guiding bezieht sich nicht auf die Inhalte des vom Klienten Geäußerten, ist also keine Interpretation oder Deutung, sondern auf den Erlebensprozess, v.a. auf die Qualität (→ Freiraum, → Haltung) und die Richtung (→ Erlebensmodalitäten) der Aufmerksamkeit.

Es gibt immer mehrere Richtungen, vom gegenwärtigen Erlebensort weiterzugehen. Der Klient hat verschiedene Optionen, zwischen denen er sich entscheiden kann. Guiding macht den Klienten auf diese Optionen aufmerksam oder schlägt ihm eine Richtung vor. Beispiele dafür sind, den Klienten einzuladen, sein Tempo zu verlangsamen oder mit einem Erlebensinhalt zu verweilen, seine Aufmerksamkeit nach innen, in den Körper zu richten (innere Achtsamkeit), das körperlich gespürte Ganze (→ Felt Sense) zu seinem Thema wahrzunehmen, implizites Erleben mittels verschiedener → Erlebensmodalitäten zu symbolisieren, eine Symbolisierung, z.B. ein inneres Bild weiter auszugestalten („genauern"), die Erlebens- und/oder die Handlungsmodalität zu wechseln (Modalitätenwechsel), den nächsten „richtigen" Erlebensschritt zu erspüren (Joker-Fragen) oder die Bedingungen für sein Dasein mit dem Therapeuten (z.B. den Abstand zu ihm) zu überprüfen (→ Freiraum). Zu Guiding-Interventionen kann auch gezählt werden, wenn dem Klienten vorgeschlagen wird, auf sein Beziehungsgefühl zum Therapeuten zu achten, eine Stellungnahme zur gegenwärtigen Situation bzw. zum therapeutischen Geschehen zu bilden und mitzuteilen oder wenn er auf → strukturgebundenes Erleben aufmerksam gemacht wird. Komplexere Formen des Guiding werden → Experimente genannt.

Guiding steht nicht im Dienst manipulatorischer, fürsorglicher oder überzeugenwollender Intentionen des Therapeuten. Deshalb werden Guiding-Vorhaben - sofern sie nicht ohnehin im unmittelbaren Erlebens- und Verstehenshorizont des Klienten liegen - vom Therapeuten deklariert und einsichtig gemacht. Die meiste Zeit braucht der Therapeut allerdings bloß der Richtung zu folgen, die dem Prozess ohnehin bereits innewohnt. Diese Richtung zu bemerken (statt gegen den Strom des Prozesses anzukämpfen) erfordert eine feine → Resonanz des Therapeuten.

Beispiele für Guiding-Vorschläge und Experimente siehe →Innere Kritiker, → Körper, Körperarbeit, → Prozessfragen, → Sechs-Schritte-Modell, → Traum, Traumarbeit.

Cornell, A. W. (1993[3]): The Focusing guide's manual. Berkeley, Focusing resources [pp. 21f.]
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1997): Brauchen wir eine Focusing-Therapie? Studientexte 3. Würzburg, DAF
Siems, M. (1986): Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Reinbek, Rowohlt [S. 148-154]
Wild-Missong A (1983, 1997[3]) Neuer Weg zum Unbewußten. Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse. Würzburg, DAF [S. 33-42]

Wiltschko, J. (1996): Focusing Therapy. Some fragments in which the whole can become visible. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt, Peter Lang, pp. 145-162; dt.: (1995) Focusing-Therapie. Einige Splitter, in denen das Ganze sichtbar wird. In: ders., Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF

Johannes Wiltschko

Haltung (im Focusing und in der Focusing-Therapie)

Die innere Haltung von Personen, die → Focusing praktizieren, bezieht sich zum einen auf andere Personen, zum anderen auf sich selbst, auf das eigene Erleben. Zu beidem ist die Haltung dieselbe, die inter- und die intrapersonale → Beziehung wird im Focusing und in der → Focusing-Therapie als analog angesehen. Die Focusing-Grundhaltung ist im Prinzip die gleiche wie in der → Personzentrierten Psychotherapie, hebt aber einige ihrer Aspekte besonders hervor und präzisiert sie.

In der Haltung gegenüber dem Klienten wird besonders das pure *Dasein* betont, das Anwesendsein als Mitmensch, der dem Klienten Gefährte ist und ihn begleitet. Der Therapeut soll seine Konzepte und Methoden und auch seine persönlichen Themen „zur Seite stellen" (→ Freiraum) und dem Klienten als „ganz gewöhnlicher" Mitmensch gegenübertreten, der nichts Besonderes ist, sondern so ist, wie er eben gerade ist. In diesem Sosein darf er vom Klienten gesehen werden. Auf dieser Basis kann er dann auch → Konzepte und Methoden (→ Techniken) vorschlagen, die der Klient nutzen *kann*, um seine *eigenen* Veränderungsschritte entstehen zu lassen.

Da zu sein bedeutet, Raum einzunehmen. Zwar ist der Therapeut auf den Klienten eingestellt und bezogen, aber eben als anwesende Person mit eigenem Leben, eigenem Erleben. Auf dieses hat der Therapeut ständig zu achten, denn es ist die eigentliche Quelle für das Verstehen und Antworten auf den Klienten (→ Resonanz). Der Therapeut muss für seinen eigenen Freiraum selbst sorgen; nur wenn er Freiraum hat, ist er auch beziehungs- und handlungsfähig. Der „personale Raum" in der therapeutischen Situation gehört beiden Personen gleichermaßen: Weder soll der Therapeut hinter einer empathischen Fassade verblassen, noch soll er dem Klienten durch ständige Angebote die Initiative aus der Hand nehmen.

Der Therapeut bezieht sich vor allem auf die *Person* des Klienten, auf das *Subjekt* (→ Ich), das eine Welt hat, das seine Welt erlebt. Nicht den Themen und Inhalten des Klienten, sondern *wie dieser mit ihnen in Beziehung steht,* gilt das Hauptaugenmerk. Denn die Art und Weise dieser Beziehung bestimmt und verändert die Inhalte. Inhalte sind Prozessaspekte (→Experiencing). Nur wenn diese Beziehung → strukturgebunden ist, erscheinen die Erlebensinhalte so, als wären sie dinghafte Gegebenheiten. Folglich ist die Haltung zum eigenen Erleben der wichtigste Faktor therapeutischer Veränderung. Diese geschieht dann, wenn sich der Klient achtsam und absichtslos seinem Erleben zuwendet.

Achtsam zu sein bedeutet, alles, was im eigenen Erleben auftaucht, wahrzunehmen und willkommen zu heißen, ohne es zu bewerten, zu analysieren und zu deuten und auch ohne es verbalisieren zu müssen. Dazu ist → Freiraum erforderlich: Beachtet kann nur werden, womit man nicht identifiziert ist. Achtsamkeit schließt *Absichtslosigkeit* mit ein. Die Zuwendung zum eigenen Erleben geschieht nicht deshalb, damit etwas Bestimmtes herauskommt, sondern damit etwas *Wirkliches* geschehen kann - etwas, das jetzt vor sich geht und das immer bezogen ist auf die konkrete Situation: auf die Person des Klienten mit ihrem Gewordensein und mit ihrem augenblicklichen Thema in der Beziehung zum Therapeuten. Dazu wird die Aufmerksamkeit nach innen gerichtet, in den → Körper, wartend, dass *etwas* im Licht der Achtsamkeit erscheint. Auf das, was erscheint, wird *unmittelbar* Bezug genommen – also ohne es mit Worten zu repräsentieren, ohne es zu beschreiben oder zu erklären. Diese gefühlte, unmittelbare Bezugnahme nannte Gendlin (1964) *direct reference*, das, worauf Bezug genommen wird, *direct referent*. Wenn mit diesem unmittelbaren Bezugspunkt wortlos *verweilt* wird, beginnt der Focusing-Prozess.

Zentral für die Haltung im Focusing ist also das Sein – als *Dasein mit .....,* als Mit-Sein: absichtsloses und achtsames Sein des Therapeuten mit dem Klienten und mit der Resonanz auf

ihn, absichtsloses und achtsames Sein des Klienten mit implizitem Erleben, das Verweilen mit dem, was da ist, ohne einzugreifen.
Zweckgebundene und ergebnisorientierte Absichten im Klienten und im Therapeuten sind immer mehr oder weniger → strukturgebunden; sie verhindern den Focusing-Prozess. Sofern sie auftreten, müssen sie als solche wahrgenommen, zur Seite gestellt (Freiraum) und u.U. auch deklariert werden, um ihre kontraproduktive Wirksamkeit zu entschärfen. Absichtslosigkeit ermöglicht Klienten und Therapeuten, sich von den Veränderungsschritten des Erlebensprozesses überraschen und leiten zu lassen. Zwar verfolgen auch Focusing-Therapeuten eine übergeordnete Absicht, allerdings eine paradoxe: Sie möchten mithilfe ihrer Konzepte und Methoden dazu beitragen, dass die Schritte der Veränderung im und aus dem Klienten kommen. Deshalb beharren sie auch nicht auf ihren Vorschlägen (→ Guiding), sondern sind immer bereit, sich vom Klienten und dessen Erlebensprozess korrigieren zu lassen (→ Listening). Die Haltung der Absichtslosigkeit gibt der → Fortsetzungsordnung Raum, für den Veränderungsprozess wirksam zu werden.

Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 40 ff., S. 132ff.]
Wiltschko, J. (1989): Hilflosigkeit in Stärke verwandeln. Über die Grundhaltung in der Focusing-Therapie. In: Wiltschko, J. (1991) Anfänger-Geist. Hinführungen zur Focusing-Therapie I. Würzburg, DAF, S. 59-69
Wiltschko, J. (1995): Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF
Wiltschko, J. (2000): Der Drehspieß. Über zwei Formen des achtsamen Seins: personzentriertes Focusing und phänomenzentriertes Schauen. *Focusing Journal 6,* S. 2-6

Johannes Wiltschko

Handlungsmodalitäten →Erlebensmodalitäten

Haltung, klientenzentrierte → Grundhaltung(en), therapeutische

Hermeneutische Empathie
Die hermeneutische Dimension des empathischen Verstehens wird vor allem in Rogers' späteren Beschreibungen der → Empathie (z.B. 1975/1980) ansatzweise angesprochen. Neben der grundlegenden Orientierung am inneren Bezugsrahmen des Klienten wird Empathie dort als geprägt von der Intuition des Psychotherapeuten und ausgerichtet auf das, was beim Klienten noch "am Rande des Gewahrseins" ist, verstanden. Daraus ergibt sich, dass das empathische Verstehen des Psychotherapeuten über das je gegebene Selbstverstehen des Klienten in gewisser Weise hinausgeht.
Zu bedenken ist dabei, dass es in der → Personzentrierten Psychotherapie wesentlich um das → Gewahrwerden von bisher verleugneten oder verzerrt symbolisierten → Erfahrungen (→ Abwehr), also um Arbeit an → Inkongruenzen geht. In seiner Theorie der → zwischenmenschlichen Beziehungen erläutert Rogers (1959/1987), dass inkongruentes Erleben tendenziell negative Resonanzen bei Kommunikationspartnern hervorruft. Bei der Ausarbeitung der hermeneutischen Dimension der Empathie hat Keil (1995) daraus geschlossen, dass vor allem die (noch) nicht-akzeptierenden und (noch) nicht-verstehenden Reaktionen des Psychotherapeuten den hermeneutischen Schlüssel zum Erfassen der Inkongruenzen des Klienten bieten (→ Wertschätzung, unbedingte). Unter der Voraussetzung von einfühlendem Störungswissen sowie unter Einbezug der lebensgeschichtlichen Perspektive des Klienten kann die Psychotherapeutin vermittels seiner (noch-) nicht-akzeptierenden und (noch-) nicht-verstehenden Reaktionen die Gestalt, Entstehung und individuelle Not-Wendigkeit der Inkongruenzen im Leben des Klienten intuitiv erschließen.
Das hier gegebene Verständnis von Hermeneutik orientiert sich philosophisch am existenzialhermeneutischen Denken von Hans-Georg Gadamer (→ Hermeneutische Perspektive). Demnach entsteht jede Mitteilung jeweils aus ihrem Horizont von Vorverständnis, Bedeutungen und Fragen. Verstehen kann sich nur vollziehen, indem man sich einlässt auf eine Verschmelzung

des eigenen Horizonts mit dem des Anderen, woraus ein neuer Horizont von Bedeutungen und Fragen entsteht. Das Vorverständnis des Interpreten ist hier selbst Teil des hermeneutischen Zirkels, in welchem immer wieder von den Teilen auf das Ganze und vom Ganzen auf die Teile geschlossen wird. In diesem Sinn kann neue existenzielle Wahrheit entstehen, wenn der Psychotherapeut dem Klienten mit seiner Resonanz auf dessen Erleben und dabei vor allem auf die Stagnationen und Blockaden seiner Existenz empathisch zu begegnen vermag (vgl. → existenzielle Perspektive, → Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie, → Resonanz).

Keil, W.W. [1995] (1997): Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person* 1, S. 5–13
Rogers, C.R. [1975] (1980): Empathie - eine unterschätzte Seinsweise. In: Rogers, C., Rosenberg, R., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 94 -103
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Wolfgang W. Keil

Hermeneutische Perspektive

Wie kein anderer vor ihm hat Rogers Aspekte der Hermeneutik, der Kunst des angemessenen Verstehens für die Psychotherapie fruchtbar gemacht. Der Schlüsselbegriff ist hier das einfühlende Verstehen (→ Empathie) und das damit verbundene Konzept der Alter-Ego-Beziehung (→ Beziehungsformen, therapeutische) (Rogers 1951/1972). Schleiermacher (1768-1834), der Begründer einer systematischen Hermeneutik, sagte, dass es beim Verstehen darauf ankäme, „sich gleichsam in den Anderen zu verwandeln“ (Schleiermacher 1977). Später wird Rogers sagen, dass es beim einfühlenden Verstehen darum ginge, „in die Haut des Klienten zu schlüpfen“ (Rogers 1977).

Die Aufgabe des Verstehens bestünde, so Schleiermacher (1977), darin, „die Rede zuerst ebenso gut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber“. Der Personzentrierte Psychotherapeut verwendet sehr viel Zeit und Geduld darauf, die Rede des Klienten ebenso gut zu verstehen, wie dieser selbst. Dieses geduldige Elaborieren des vom Klienten Gemeinten, aber zunächst noch nicht Gesagten und noch nicht Sagbaren, ist ein besonderes Merkmal Personzentrierter Psychotherapie. Personzentrierte Psychotherapeuten haben aber gewisse Schwierigkeiten mit dem zweiten Teil der Forderung Schleiermachers, die Rede besser zu verstehen als ihr Urheber. Es geht ihnen nämlich vorrangig um eine Klärung des manifesten Sinns der Klientenäußerungen; sie wollen zumindest zunächst den Bezugsrahmen des Klienten, seinen Verstehenshorizont nicht überschreiten. Durch die gemeinsame Arbeit wird dabei zugleich auch der Klient selbst seinen eigenen Bezugsrahmen ständig verändern und erweitern. Um hier dem Klienten hilfreiche Verstehensangebote zu machen, muss das Verstehen des Therapeuten über das jeweils gegebene Selbstverstehen des Klienten hinausgehen (Keil 1977; → Hermeneutische Empathie). Das bedeutet, dass auch der Personzentrierte Therapeut einen verborgenen Sinn in den Äußerungen seines Klienten zu entziffern sucht.

Verborgen ist dieser Sinn aufgrund der → Inkongruenz des Klienten. Diese hat nach Rogers (1959/1987) zu Verzerrungen oder völligen Unterdrückung (→ Abwehr) der → Symbolisierung des organismischen Erlebens geführt. Die Rückführung verzerrter Symbolisierungen in exakte Symbolisierungen ist eine hermeneutische Aufgabe. Es ist eine geduldige, stets am aktuellen Erleben des Klienten orientierte Entzifferungsarbeit. Typisch für die Personzentrierte Psychotherapie aber ist, dass dieses Entschlüsseln eines zunächst noch Unverständlichen nicht in einem kurzschlüssigen Zugriff auf einen latenten Sinn, sondern unter ständiger Bezugnahme auf das je augenblickliche (aber sich ständig ändernde) Selbstverstehen des Klienten geschieht.

Keil, W.W. (1997): Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person* 1, 1, S. 5-13
Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. (1977): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. (1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie der Persönlichkeit und zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes Köln, GwG
Schleiermacher, F.D.E. (1977): Hermeneutik und Kritik. Frankfurt, Suhrkamp

Jobst Finke

Historische Entwicklung der klientzentrierten Psychotherapie

Die Entstehungsgeschichte der → Personzentrierten Psychotherapie, deren Grundlagen ganz wesentlich von Carl → Rogers geschaffen wurden, hängt eng mit seiner Biografie und Person zusammen. Die Enge und seine emotionale Einsamkeit in der Herkunftsfamilie sowie die positivistisch-behavioristisch orientierte Ausbildung zum Psychologen bildeten den Stoff, der Rogers' programmatische Antithesen motiviert hat: Die menschliche Natur sei grundsätzlich konstruktiv und nicht verderbt (→ Menschenbild), es gehe in der Psychologie um den einzigartigen, ganzen Menschen in seiner Lebenswelt und nicht um objektivierende Experimente, die die erlebende Person vernachlässigen. Praktische Erfahrungen in der Erziehungsberatung (1927/28, 1928-39) bereiteten das Feld für ein personzentriertes Grundprinzip: Die Klienten brauchen jemanden, der sie (→ non-direktiv) begleitet, versteht, Vertrauen in ihre Potenziale hat und sie in das Zentrum der therapeutischen Arbeit stellt (klientenzentriert) und niemanden, der sie anleitet oder mit → Deutungen versorgt. Konkrete Anleihen nahm Rogers dabei von Jessie Taft bzw. aus der von ihr im Sinne Otto Ranks konzipierten „relationship-therapy" (Pfeiffer 1990). Den ideengeschichtlichen Nährboden dafür lieferten Pragmatismus (W. James), Gestaltpsychologie, Phänomenologie (→ phänomenologische Perspektive), später auch die Existenzphilosophie (→ existenzielle Perspektive). Dies mündete in einer Art Kampfansage an die etablierten Praxisformen und der Formulierung von Alternativen, die das Grundgerüst für die heutige Personzentrierte Psychotherapie darstellen und sich bereits in seinem ersten Buch „The clinical treatment of the problem child" erkennen lassen (vgl. Reisel 2001). Pointierter brachte Rogers (1940/1992) seine Auffassungen in seiner im Dezember 1940 gehaltenen Rede („Some newer concepts of psychotherapy") an der Universität von Minnesota vor einer prominenten Runde von Beratern vor. Dies sollte nachträglich zur Geburtsstunde des Klientenzentrierten Ansatzes erklärt werden. Der Inhalt dieses Vortrags war auch der Ausgangspunkt und das Eingangskapitel für sein Buch „Counseling and psychotherapy" (1942), in dem Rogers seinen non-direktiven Standpunkt praxisbezogen darlegte. In seinem Buch „Client-centered therapy" arbeitete er seinen Ansatz weiter aus und ergänzte den praktischen Schwerpunkt um ein Kapitel über eine eigenständige → Persönlichkeitstheorie.

Hart (1970) unterschied drei Phasen in der historischen Entwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes:

● *Non-direktive Phase* von ca. 1940 bis 1950: Dabei wurde großer Wert auf eine non-direktive Haltung des Psychotherapeuten gelegt (Rogers 1942/1972).

● *Gefühlsverbalisierende Phase* von ca. 1950 bis 1960: Es wurde konsequent von den Erfahrungen und der Welt der Klienten ausgegangen, was sich mit Begriffen wie klientenzentriert, erfahrungsorientiert und phänomenologisch verbindet. Die Klienten wurden als Experten für ihr Erleben angesehen; über das vertiefte Spiegeln von Gefühlen („reflection of feelings") durch den Psychotherapeuten als „alter ego" des Klienten (→ Empathie; → Beziehungsformen, therapeutische) wurde die → Selbstexploration der Klienten gefördert (Rogers 1951/1972).

● *Erlebnisorientierte Phase* ab ca. 1957 (auch durch die Veröffentlichung des Artikels über die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie" markiert): Maßgeblich dafür waren die Arbeit mit schizophrenen Menschen im sogenannten Wisconsin-Projekt (→ Psychosenpsychotherapie), die Rezeption der Begegnungsphilosophie von Martin Buber (→ Begegnungsphilosophische Perspektive) und der Einfluss des von Eugene Gendlin entwickelten → Experiencing-Konzepts. In dieser Zeit gewann die Präsenz („Gegenwärtigkeit") des Psychotherapeuten als reales Gegenüber (→ Echtheit,

Transparenz) und das Prinzip der Wechselseitigkeit bzw. die Orientierung an der Begegnung von Psychotherapeut und Klient („person to person“) sowie die Bezugnahme auf das unmittelbare, körpernahe Erleben der Klienten zunehmend an Bedeutung (vgl. → Experiential Psychotherapy).

Neben den zahlreichen Veröffentlichungen trugen die Professuren Rogers' in Ohio, später in Chicago und Madison (Wisconsin) und die intensive Forschungsarbeit, die er in diesen Positionen selbst durchführte und förderte, zur zunehmenden Anerkennung und Verbreitung des Ansatzes bei. In seinem Buch „On becoming a person“ (1961/1973) befasste er sich zwar noch vorrangig mit Psychotherapie, aber nachdem Rogers Wisconsin in Richtung Kalifornien verlassen hatte, stand die klinische Tätigkeit nicht mehr im Mittelpunkt seiner Arbeit; seine Interessen und Publikationen verlagerten sich mehrheitlich auf andere Bereiche wie z.B. Encountergruppen, Bildungsfragen, philosophische Themen, Gesellschaftskritik und die Friedensarbeit (→ Personzentrierter Ansatz).

Beginnend mit Gendlin in den 60er Jahren, in weiterer Folge aber auch in Form der von Rice und → Greenberg entwickelten → Process-Experiential Therapy sind - als Ausdruck der Diversifikation des Ansatzes - eine Reihe von Weiterentwicklungen und Neuerungen insbesondere in der Therapietheorie und -praxis, zum Teil aber auch in den zugrunde liegenden philosophischen und persönlichkeitstheoretischen Prämissen zu vermerken. Hierin spiegelt sich einerseits die Kontroverse zwischen Rogers und Gendlin in Hinblick auf das Experiencing der Klienten bzw. eine prozessdirektive Haltung des Psychotherapeuten (vgl. Van Balen 2002), andererseits vor allem das Bemühen, klinische Aspekte und die → störungsspezifische Perspektive stärker zu berücksichtigen (→ Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie; → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie; → Differenzielles Inkongruenzmodell; → Interaktionelle Orientierung) (vgl. Keil & Stumm 2002).

Rogers' Ansatz wurde von seinen zahlreichen Mitarbeitern (z.B. → Gendlin, Zimring, Raskin, Shlien, Barrett-Lennard) in den USA - von Gendlin modifiziert in Form der „experiential therapy“ (→ Focusing-Therapie) - weitergeführt. Die Ausweitung auf andere Klientengruppen, Settings und Arbeitsformen zeigt eine breite Palette im Anwendungsfeld: u.a. Garry → Prouty's → Prä-Therapie; die von Natalie Rogers, Carl Rogers' Tochter, konzipierte → Expressive Arts Therapy, → Gruppenpsychotherapie, → Familientherapie.

Dass Rogers - seiner Ideologie folgend - bewusst auf die Institutionalisierung des Personzentrierten Ansatzes verzichtet hat, hat im Übrigen dazu geführt, dass dieser gerade in den USA heutzutage wenig verankert ist. Hingegen ist die Personzentrierte Psychotherapie, die sich beginnend mit Ende der 50er Jahre nach Europa und Japan verbreitet hat, in eben diesen Ländern im Gesundheitswesen sehr gut eingeführt, zum Teil auch staatlich anerkannt. In den letzten Jahren ist ein reger Zuspruch in den osteuropäischen Ländern zu verzeichnen.

Hart, J. (1970): The development of client-centered therapy. In: Hart, J., Tomlinson, T. (Eds.), New directions in client-centered therapy. Boston, Houghton Mifflin

Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer

Lietaer, G. (1992): Von „nicht-direktiv“ zu „erfahrungsorientiert“. In: Sachse, R., Lietaer, G., Stiles, W.B. (Hrsg.), Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung. Heidelberg, Asanger, S. 11-22

Pfeiffer, W.M. (1990): Otto Rank und die klientenzentrierte Psychotherapie. In: Behr, M., Esser, U., Petermann, F., Pfeiffer, W.M. (Hrsg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. 2. Salzburg, Otto Müller, S. 8-21

Reisel, B. (2001): The clinical treatment of the problem child. Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. *Person* 5, 2, S. 55-67

Rogers, C.R. (1940): Some newer concepts of psychotherapy. Vortrag an der Universität von Minnesota gehalten am 11. 12. 1940; dt. (1992): Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. In: Stipsits, R., Hutterer, R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV-Universitätsverlag, S. 15-38

Rogers, C.R. (1942): Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice. Boston, Houghton Mifflin; dt. (1972): Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. (1951): Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory. Boston, Houghton Mifflin; dt. (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, pp. 95-103
Rogers, C.R. (1961): On becoming a person. Boston, Houghton; dt. (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett
Schmid, P.F., Keil, W.W. (2001): Zur Geschichte und Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/ Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, WUV/Facultas, S. 15-32
Van Balen, R. (2002): Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 209-230

Gerhard Stumm

Humanistische Psychologie

Neben der Psychoanalyse und dem Behaviorismus wird die Humanistische Psychologie als „Dritte Kraft", als weiteres großes Paradigma in Psychologie und den angrenzenden Wissenschaften betrachtet. Das ursprüngliche Anliegen der Humanistischen Psychologie war die Erneuerung des psychologischen und sozialwissenschaftlichen Denkens im Geiste des Humanismus und des Existentialismus (Existenzphilosophie) (→ Existenzielle Perspektive). Aus der kritischen Auseinandersetzung mit der orthodoxen Psychoanalyse und dem orthodoxen Behaviorismus entwickelten sich zwei Motive für die Entstehung der Humanistischen Psychologie: Es sollte die Erforschung des Gesunden als Distanzierung gegenüber der Dominanz des Pathologischen in der Psychoanalyse stärker beachtet werden. Weiters sollte die Erforschung des Schöpferischen im Menschen als Abgrenzung gegenüber dem mechanistischen Denken im Behaviorismus betont werden. Die Basis des Humanismus ist die Interpretation der Sonderstellung des Menschen. Diese ist durch die Sprachfähigkeit des Menschen, seiner Fähigkeit zur Selbstreflexion, seiner Wahlfreiheit und seiner Fähigkeit zur Wertsetzung, durch Eigenverantwortlichkeit und dem Bestreben nach Selbstverwirklichung charakterisiert (Selbstinterpretation des menschlichen Privilegs).

Elemente des Existenzialismus finden wir im besonderen Interesse an „existenziellen" Themen: Die phänomenologische Aufarbeitung von Themen wie Liebe, Autonomie, Vergänglichkeit und Tod, Einsamkeit, Sinnfindung bzw. Selbstverwirklichung stehen hier im Vordergrund. Europäische Vertreter kommen aus dem Bereich der Psychiatrie, Psychologie und verschiedenen Sozialwissenschaften. Ihre praktischen und intellektuellen Wurzeln liegen in der Tiefenpsychologie mit starkem Interesse an der Phänomenologie (→ phänomenologische Perspektive) und an existenzialistisch-philosophischen Fragestellungen (Binswanger, Boss, Laing, Jaspers). Die amerikanische Version der Humanistischen Psychologie entwickelte sich unter dem Einfluss des Pragmatismus und Funktionalismus. Sie war stärker an praktischen Anwendungen und weniger an philosophischen Erörterungen interessiert. Die bekanntesten Repräsentanten dieses Stranges sind Carl → Rogers, Abraham Maslow, Rollo May, weiters Lore und Fritz Perls, Sidney Jourard, Eugene → Gendlin und Arthur Combs. Charlotte Bühler war nach ihrer Tätigkeit an der Universität Wien und ihrer Emigration in die USA eine Wegbereiterin und tragende Figur in der Anfangszeit der amerikanischen Humanistischen Psychologie.

Viele ideengeschichtlichen Einflüsse wurden in Theorie und Praxis der Humanistischen Psychologie integriert: Einflüsse aus der Gestaltpsychologie, der Lewin'schen Feldtheorie, der Organismischen Psychologie im Sinne von Goldstein bildeten ein Grundgerüst für die paradigmatische Entwicklung der Humanistischen Psychologie. Man findet tiefenpsychologisches (neoanalytisches, adlerianisches und jungianisches) Gedankengut, ebenso Anregungen aus der existenzialistischen Philosophie und Psychiatrie europäischer Herkunft. Besonders in den letzten Jahrzehnten flossen Überlegungen aus fernöstlichen Philosophien und der Systemtheorie (→ systemtheoretische Perspektive) ein. Die Charakterisierung der Humanistischen Psychologie als Ergebnis eines Verdichtungsprozesses vielfältiger Einflüsse scheint daher angemessen. Die

Humanistische Psychologie ist jedoch keine geschlossene „Denkschule". Interdisziplinarität und Methodentoleranz in der Forschung waren von Anfang an Entwicklungsprinzipien, die sie zu einem offenen und fächerübergreifenden Ansatz machten.
Die Aktualisierung der Potenziale des Menschen (→ Aktualisierungstendenz), die Entfaltung seiner Individualität unter Beachtung seiner Subjektivität und Komplexität (Ganzheitlichkeit) sowie seiner Beziehungs– und Dialogfähigkeit konstituieren das Problembewusstsein und → Menschenbild der Humanistischen Psychologie. Darüber hinaus gehören noch folgende zentrale Denkfiguren zur Perspektive der Humanistischen Psychologie: Selbstverwirklichung, Wachstumsorientierung, Authentizität (→ Echtheit) sowie Subjektivität und Individualität. Prinzipiell wird der Mensch mit einem Potenzial an Entwicklungsmöglichkeiten gesehen, das er in Auseinandersetzung mit sich selber und mit anderen Personen identifizieren und realisieren kann und das ihm ermöglicht, seinen Freiheitsspielraum eigenverantwortlich zu gestalten. Die Humanistische Psychologie verankert Theorie, Forschung und praxisleitende Konzepte in diesem anthropologischen Hintergrund und setzt sich mit breit gefächerten Fragestellungen auseinander.
Anwendungen der Humanistischen Psychologie findet man vor allem im Bereich der Psychotherapie (Klientenzentrierte Psychotherapie nach C.R. Rogers, Gestalttherapie nach Fritz und Lore Perls, erlebnisorientierte Psychotherapie [→ Experiential Psychotherapy]) und in der Pädagogik (z. B. schülerzentrierter Unterricht; → signifikantes Lernen, Gestaltpädagogik, Lehrer-Schüler-Konferenz nach Gordon; → Gordon-Modell). Die Humanistische Psychologie hat Theoriebildung und Grundlagenforschung (z.B. Konzept des → Selbst, Konzepte der psychischen Gesundheit) ebenso wie forschungsmethodologische Entwicklungen (z.B. qualitative und phänomenologische Forschung; → Forschung, klientenzentrierte) angeregt und beeinflusst.

Cain, D., Seeman, J. (Eds.) (2002): Humanistic Psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington, American Psychological Association
Bühler, C., Allen, M. (1973): Einführung in die Humanistische Psychologie. Stuttgart, Klett-Cotta
Hutterer, R. (1998): Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Wien, Springer
Quitmann, H. (1996): Humanistische Psychologie. Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung. Göttingen, Hogrefe
Schneider, K., Bugental, J., Fraser Pierson, J. (Eds.) (2001): The handbook of Humanistic Psychology: Leading edges in theory, research, and practice. London, Sage

Robert Hutterer

Ich

Das, was man mit dem Wort „Ich" bezeichnen könnte, kommt *als Begriff* in Eugene → Gendlins Philosophie und Therapiekonzepten (→ Experiencing) nicht vor, obwohl es das ist, was deren eigentliches Zentrum bildet. Das liegt daran, dass Gendlin „ich" (oder „du") nicht als Objekt betrachten oder definieren will. „Ich" könne man mit nichts anderem gleichsetzen, es sei nichts als „ich", dahinter könne man nicht zurückgehen. Würde man „ich" definieren, würde man es verlieren, zerstören. „Ich" ist immer Subjekt; würde man es zum Objekt machen, wäre „man" wiederum jemand, der als Subjekt handelte. Über „das Ich" nachzudenken bedeute, sich auf sich selbst zu beziehen und in innerer Achtsamkeit den zu erforschen, der gerade achtsam ist.
„Das Ich" taucht daher bei Gendlin immer nur metaphorisch auf, etwa in Sätzen wie „Wenn niemand da ist, bin ich nicht interessiert" oder „In jeder Person ist jemand drin, der dich anschaut und mit seinem Leben auskommen muss" oder „Das Dasein als Person, so wie man eben ist, ist das wichtigste in der Therapie" (Gendlin & Wiltschko 1999, S. 40-44). Gendlins gesamte Arbeit lässt sich als Versuch begreifen, eine *„First-Person-Science"* zu begründen und voranzutreiben (Gendlin 2001), eine subjektzentrierte Wissenschaft, in der „wir" nicht verloren gehen (→ Konzepte). Psychotherapie als Praxis braucht diese Art von Wissenschaft, will sie sich nicht auf eine Technologie reduzieren lassen, in der Klienten und Therapeuten als außen-

gesteuerte Objekte kognitiver Konstrukte und „objektiver" empirischer Befunde agieren – die Personzentrierung nur mehr als bloßen Glauben behauptend.
In der Theoriebildung des → Personzentrierten Ansatzes fehlt bislang eine Ausarbeitung dessen, was hier mit „Ich" gemeint ist. Es ist dort im Begriff der → Person implizit enthalten, eine konzeptuelle Differenzierung zwischen dem Subjektaspekt und und dem, *was* die Person erlebt, also den (inhaltlichen) Objektaspekten dieses Begriffs wird aber nicht explizit vorgenommen. Für das Verstehen und Begleiten von Erlebensprozessen ist diese Unterscheidung essentiell erforderlich. Ihr Fehlen hat immer wieder zu dem Missverständnis beigetragen, Focusing und Focusing-Therapie würden die Personzentrierung zugunsten einer Erlebenszentrierung aufgeben.
Da man über das Subjekt nachdenken, sprechen und schreiben will, bleibt einem nichts anderes übrig, als dafür einen Terminus einzuführen, etwa das englische *„I"* (ein schlichter Strich) oder eben das „Ich" (aber keinesfalls „Me", „Ego" oder „Selbst"), man muss dabei allerdings immer mitdenken, dass damit das Subjekt gemeint ist. Auf diese Weise kann man sagen: Das Ich *hat* Erlebens-Inhalte (z.B. Gefühle), aber es ist selbst kein Inhalt. Hingegen ist das → Selbst nach Gendlin ein Inhalt (ein Komplex von Inhalten), den das Ich haben kann (oder auch nicht). Zu Inhalten, die das Ich *hat*, kann es auch eine innere Beziehung aufnehmen (direct reference, → Freiraum).
Wiltschko (1994) hat die Beziehungen zwischen „dem Ich" und einigen Grundbegriffen des Focusing (Inhalt, Selbst, Felt Sense, Freiraum) weiter untersucht und dabei u.a. vom Ich das *Ego* unterschieden, als ein mit Inhalten identifiziertes und daher partiell verdinglichtes, → strukturgebundenes „Ich". Das Ich *hat* einen Inhalt, das Ego *ist* ein Inhalt. Insofern kann → Focusing als Prozess verstanden werden, in dem das Ego immer wieder von Identifikationen mit Inhalten befreit (→ Partialisieren) und zu einem freien, beziehungsfähigen Ich wird - das sich jedoch immer wieder aufs Neue mit Inhalten identifizieren wird und muss.
Für die Praxis der → Focusing-Therapie bedeutet das, nicht in erster Linie die Inhalte des Erlebens zu begleiten, sondern „das Ich", das dieses Erleben hat. Focusing-Therapeuten interessieren sich vor allem dafür, wie es dem Klienten mit einem Erlebensinhalt geht, wie er zu ihm eingestellt ist, wie sein „Ich" mit ihm in Beziehung steht (→ Joker-Fragen). „Das Ich" des Therapeuten leistet „dem Ich" des Klienten Gesellschaft und unterstützt dieses dabei, in seinen Erlebensinhalten nicht unterzugehen, sondern auf sie zuzugehen und sich auf sie zu beziehen (→ Beziehung, → Haltung). Denn die Inhalte werden durch die Qualität der Beziehung gewandelt.

Gendlin, E.T. (1994, 1998[2]): Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg, DAF [S. 113-134]
Gendlin, E.T. (1998): Würdigung und Problematik der Humantischen Psychologie. *Focusing Journal 1,* S. 4-10
Gendlin, E.T. (2001): Erste-Person-Wissenschaft. *Focusing-Journal 6*, S. 19-21, *Focusing-Journal 7*, S. 20-23
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 147-153]
Wiltschko, J. (1994): Haben Sie schon einmal ein „Selbst" gesehen? Zur Phänomenologie des „Ich". In: Keil, W.W., Hick, P., Korbei, L., Poch, V. (Hrsg.), Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie. Bergheim, Mackinger, S. 13-27

Johannes Wiltschko

Imaginäre Rollenübernahme → Experimente

Implizit („eingefaltet"; schon gespürt, aber noch nicht gewusst) → Experiencing

Indikation
Heilkundliche → Personzentrierte Psychotherapie ist indiziert, wenn eine seelische Krankheit vorliegt, die verstanden werden kann als "eine krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es

gehört zum Wesen dieser Störungen, daß sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht oder nur zum Teil zugänglich sind" (Meyer et al. 1991, S. 26). Dient Klientenzentrierte Psychotherapie mehr der Entwicklung der Person, z.B. der Entfaltung der Persönlichkeit, dem persönlichen Wachstum, der Entdeckung unausgeschöpfter innerer Ressourcen, spricht man in der Regel von Selbsterfahrung. Die Übergänge können fließend sein.

Im engeren Sinne soll eine Indikationsstellung die Frage beantworten, welche Patienten/Klienten mit welchen Störungen erfolgreich mit Personzentrierter Psychotherapie behandelt werden können.

Rogers hat in einer grundlegenden Veröffentlichung 1942 acht Kriterien genannt, u.a. ein gewisses Lebensalter und eine ausreichende Intelligenz, die erfüllt sein sollten, wenn mit einem Klienten eine Behandlung erfolgreich durchgeführt werden soll. Diese Kriterien nimmt er später (1951) wieder zurück, nicht nur, weil einige sich als falsch erwiesen, sondern weil sie insgesamt zu einer dem Therapieprozess nicht förderlichen diagnostischen Haltung der Psychotherapeuten beigetragen hätten.

Die Indikationsfrage wurde wieder aktuell, als die vergleichende Therapieforschung der Frage nachging, ob nicht bestimmte Störungen mit einem bestimmten Therapieverfahren erfolgreicher zu behandeln seien als mit anderen. Für eine differenzielle Indikationsstellung auf der Grundlage von Symptomen oder Störungsbildern konnte die empirische Forschung jedoch kaum Belege finden. Gemessen am Rückgang einer schweren phobischen Symptomatik war z.B. Klientenzentrierte Psychotherapie genau so erfolgreich wie Verhaltenstherapie (Grawe et al. 1994). Diese Forschungen belegten aber auch, dass der Passung zwischen der Person des Klienten und dem verfahrensspezifischen Therapieprozess eine ausschlaggebende Rolle bei der Indikationsstellung zukommt. Auch wenn viele Wege nach Rom führen, so kann nicht jeder Klient jeden der angebotenen Wege gleich gut begehen. Im Kontext der Klientenzentrierten Psychotherapie wird dieser Aspekt als die "Ansprechbarkeit des Patienten für das klientenzentrierte Beziehungsangebot" (→ Grundhaltung(en), therapeutische) bezeichnet.

Unter Berücksichtigung der spezifisch gesprächspsychotherapeutischen Prozessfaktoren ist eine Klientenzentrierte Psychotherapie als Heilbehandlung dann indiziert, wenn

1. die Störung eine psychische ist, und zwar eine → Inkongruenz zur Grundlage hat,
2. ein → Selbstkonzept und ein gewisses Ausmaß an Beziehungsfähigkeit zu sich selbst beim Klienten gegeben sind,
3. der Klient seine Inkongruenz zumindest im Ansatz als solche wahrnimmt, und diese Wahrnehmung mit einem Wunsch nach Veränderung verbunden ist,
4. der Klient das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahrnehmen und annehmen kann und
5. in der Aufhebung der Inkongruenz im Erleben des Klienten wenigstens ein erster Schritt zur Behebung einer psychischen Störung bzw. zur Lösung seiner Probleme gesehen werden kann, und sei es auch nur die Klärung des Problems (Biermann-Ratjen et al. 1997, S. 155).

Die Indikationsstellung geschieht in der Regel im Rahmen eines Erstgespräches, das auch eine Probetherapiephase einschließen kann (Eckert 2000). Ein wichtiges Kriterium für die "Ansprechbarkeit des Patienten für das klientenzentrierte Beziehungsangebot" ist sein selbstexploratives Verhalten in der Probetherapiephase (→ Selbstexploration). Zu klären ist im Rahmen einer Indikationsstellung auch, ob eine Psychotherapie möglicherweise kontraindiziert ist, d.h. wenn der Therapieprozess eine Überforderung darstellt und der Klient dadurch Schaden nehmen wird, z.B. aufbrechende Suizidalität, die in einem Suizid mündet, oder eine anhaltende psychotische Dekompensation.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl., Stuttgart, Kohlhammer

Eckert, J. (2000): Gesprächspsychotherapie. In: Reimer, Chr., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E. (Hrsg.), Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. Aufl. Berlin, Springer, S. 122-189

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe
Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Graf v. d. Schulenburg, J.-M., Schulte, R. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
Rogers, C. R. [1942] (1972): Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C. R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Jochen Eckert

Inhalt → Experiencing

Inkongruenz

Dieser zentrale Begriff der → Persönlichkeitstheorie und der Störungslehre (→ Ätiologiekonzeption) bezeichnet die konflikthaltige innerpsychische Diskrepanz, die besteht, wenn → Erfahrungen vom Individuum nicht als Selbst-Erfahrungen wahr- und angenommen werden, weil ihre → Gewahrwerdung abgewehrt wird und/oder sie nur in verzerrter und entstellter Form symbolisiert werden können.

Nach Rogers ist das grundlegende → Bedürfnis nach positiver Beachtung für das sich entwickelnde → Selbst so wesentlich, dass unter bestimmten Bedingungen die organismische Bewertung des eigenen Erlebens übergangen wird. Erfahrungen, in denen das Kind positive Beachtung findet, werden von ihm mit dieser assoziiert. Wenn nun Erfahrungen des Kindes von den relevanten Bezugspersonen nur unter Bedingungen und somit selektiv anerkannt und verstanden werden, so entwickeln sich auch die Selbstwertschätzung und das Selbstverstehen des eigenen Erlebens analog selektiv. Im Selbst haben sich damit → Bewertungsbedingungen etabliert. Bestimmte Erfahrungen werden dann nicht mehr entsprechend ihrer organismischen Bewertung, sondern allein um der Selbstwertschätzung willen, die sie mit sich bringen, wahrgenommen. Die Person lebt nun in einem Zustand der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung und damit in einem Zustand von psychischer Fehlanpassung und latenter Bedrohtheit, auch wenn dies bewusst nicht immer wahrgenommen wird.

Die Inkongruenz ermöglicht es dem Selbst, seine konsistente Struktur zu bewahren, indem gegen die diese Konsistenz bedrohenden unterschwelligen Erfahrungen weitere Prozesse der → Abwehr aktiviert werden In diesem Zusammenhang sprechen Rogers und andere Autoren von einer Spaltung oder Dissoziation der grundlegenden → Aktualisierungstendenz von der von ihr abgeleiteten Selbstaktualisierungstendenz. Neuere Autoren (z.B. Swildens, Biermann-Ratjen) unterscheiden hier aber auch zwischen einer primären und einer sekundären Inkongruenz. Während die primäre Inkongruenz, die im Lauf der frühen Selbstentwicklung entsteht, mittels funktionierender Abwehrprozesse latent bleibt, entsteht die sekundäre Inkongruenz, wenn die Wahrnehmung relevanter Erfahrungen sich nicht mehr so wie bisher unter Kontrolle halten lässt und sich eine neurotische Symptomatik entwickelt.

Inkongruenz ist jedenfalls Grundlage und Begleiterscheinung von psychopathologischen Phänomenen, ist aber nicht damit gleichzusetzen. Nicht jede Inkongruenz ist pathologisch bzw. pathogen. Rogers (1977/1978, S. 272) nennt Neurosen, Psychosen und "Fehlanpassungen, die jeder von uns aufweist", als Folgen der Inkongruenz.

Dementsprechend kann die Ahnung von Inkongruenz mehr oder weniger → Angst, Leidensdruck, Gefühle der Bedrohung u.Ä. hervorrufen. Je näher die Inkongruenz der Gewahrwerdung ist, umso mehr muss die Person diese Unvereinbarkeit verarbeiten. Ein wesentliches Postulat der Persönlichkeitstheorie von Rogers besagt jedoch, dass der Abwehrprozess umgekehrt und das Individuum sich der eigenen Inkongruenz gewahr werden und damit die Kongruenz von Selbst und Erfahrung reorganisieren kann. Dies trifft v.a. dann zu, wenn die Person von signifikanten Anderen mittels empathischem Verstandenwerden bedingungslose positive Beachtung

erfährt. Damit eine derartige therapeutische → Beziehung tatsächlich wirksam werden kann, ist es aber erforderlich, dass die Person grundsätzlich bereit ist, sich auf ihre Inkongruenz einzulassen. In diesem Sinn wird der zumindest ahnungsweise Zugang zur eigenen Inkongruenz als Indikationskriterium (→ Indikation) für → Personzentrierte Psychotherapie angesehen.
Im interpersonalen Kontakt offenbart sich Inkongruenz oft als Diskrepanz zwischen verschiedenen Verhaltensweisen (zumeist zwischen willkürlich-sprachlich-konzeptuellem und unwillkürlich körperlichem Ausdruck, d.h. zwischen absichtlichem und unabsichtlichem Verhalten). Grundsätzlich gilt, dass die Inkongruenz eines Erlebens oder einer Person von dieser selbst tendenziell nicht bzw. nicht so deutlich wahrgenommen wird wie von ihren Kommunikationspartnern, die davon bewusst oder unterschwellig negativ berührt werden. Rogers (1959/1987) hat diese Zusammenhänge in seiner Theorie der zwischenmenschlichen → Beziehungen ausformuliert. Auf der Tatsache, dass Inkongruenz vom Kommunikationspartner deutlicher wahrgenommen werden kann, beruht nicht zuletzt die Möglichkeit von Psychotherapie.
Der Begriff der Inkongruenz wurde in letzter Zeit von Speierer in seinem → Differenziellen Inkongruenzmodell beträchtlich erweitert. Im Konzept der → Process-Experiential Psychotherapy wird die Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung nicht mehr als die alleinige Quelle von psychischer Dysfunktion angesehen; es wurden ihr darin vielmehr weitere pathogenetische Mechanismen an die Seite gestellt.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Bd. 1. Köln, GwG
Panagiotopoulos, P. (1993): Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag Rogers` zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1, Köln, GwG, S. 43-55
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1977] (1978): Eine politische Basis: Die Selbstverwirklichungstendenz. In: Rogers, C.R., Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München, Kindler, S. 265-280
Stumm, G., Keil, W.W. (2002): Das Profil der Klienten-/ Personzentrierten Psychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 1-62
Swildens, H. (1993): Primäre und sekundäre Inkongruenz in der Praxis. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1, Köln, GwG, S. 121-132

Wolfgang W. Keil

Inkongruenz, dispositionelle → DIM

Inkongruenz, lebensereignisbedingte → DIM

Inkongruenz, sozial-kommunikative → DIM

Innerer Bezugsrahmen → Erfahrung

Innere(r) Kritiker
Mit der Metapher „innere Kritiker" werden im → Focusing und in der → Focusing-Therapie alle jene Erlebensinhalte zusammengefasst, die auf die eine oder andere Art unduldsam mit einer Person umgehen: abwertend, antreibend, gut zuredend, belehrend, kritisierend etc. Innere Kritiker werden meistens als innere Stimmen wahrgenommen, die sich in den Erlebensprozess einmischen und die erlebende Person „von oben" attackieren. Sie greifen den Selbstwert der Person an und führen zu den immer gleichen bedrückenden Lebensgefühlen. Achtet man auf diese Kritikerstimmen, erkennt man, dass sie etwas Gleichförmiges an sich haben: Sie sagen fast immer dieselben Sätze im immer gleichen Tonfall und sie treten ziemlich unverbunden mit den jeweiligen konkreten inneren und äußeren Situationen auf. Damit erweisen sie sich als →

strukturgebundene Phänomene. Sie vernichten → Freiraum, erschweren das Verweilen mit einem → Felt Sense und damit das Kommen von Veränderungsschritten „von unten".
Focusing als reine Prozessbeschreibung (→ Experiencing) macht keine inhaltlichen Aussagen darüber, wann, wie und wodurch innere Kritiker entstanden sind. Darüber gibt es in anderen Therapierichtungen verschiedene Auffassungen, die in der Focusing-Therapie als → Konzepte benutzt werden können.
In der therapeutischen Arbeit mit inneren Kritikern ist es zunächst wichtig, sie zu *bemerken* und zu *identifizieren*, um sie von anderen Erlebensphänomenen unterscheiden zu können. Da gewöhnlich die immer gleichen schlechten Gefühle, nicht aber die sie verursachenden inneren Kritiker wahrgenommen werden, ist es erforderlich, die Aufmerksamkeit bewusst auf die Möglichkeit ihres Vorhandenseins zu lenken: „Könnte es sein, dass etwas in Ihnen (→ Partialisieren) gerade kritisierend auf Sie einredet?" Manchmal äußern Klienten mit einem besonderen Tonfall in der Stimme einen Satz, der eine negative Selbstbewertung enthält. Hier kann man fragen: „Wer sagt das gerade?" – und wenn der Klient mit dem inneren Kritiker so identifiziert ist, dass er ihn als eine „fremde" Stimme nicht bemerken kann: „Von wo kommt diese Stimme?", „Hat früher einmal jemand so mit Ihnen gesprochen?"
Hat ein Klient einen inneren Kritiker bemerkt, identifiziert und seine strukturgebundene Charakteristik erkannt, kann er im nächsten Schritt zu ihm → Freiraum schaffen. Dies bringt regelmäßig eine große Entlastung und eine Veränderung der inneren Stimmung (→ Felt Sense) mit sich. Nun ist der Klient in der Lage, seine *eigenen* (organismischen) Selbst-Bewertungen zu spüren und zu symbolisieren (→ Organismus).
Verschiedene → Techniken können diesen Prozess unterstützen. So kann der Therapeut die kritische Stimme übernehmen und den Klienten einladen, seine → Resonanz zu ihr wahrzunehmen. Bei diesem → Experiment wird der Klient zum „Regisseur", der dem Therapeuten präzise Anweisungen gibt, was der innere Kritiker sagt und wie er es sagt. Das fördert sein Identifizieren und schafft zugleich Freiraum. In seiner Resonanz auf die kritische Stimme findet der Klient häufig emotionale Reaktionen, die einem „inneren Kind" gleichen. In diesem stecken oft bisher ungenutzte Potentiale. Es kann auch sinnvoll sein, dem Klienten vorzuschlagen, seinen inneren Kritiker selbst zu spielen oder sich in einer → imaginären Rollenübernahme in ihn einzufühlen. Dabei kann sich herausstellen, dass innere Kritiker mit einer „Energie" geladen sind, die dem Klienten selbst fehlt oder dass sie fürsorgliche oder schützende Funktionen haben, die aber in ihrer Strukturgebundenheit maskiert waren.
Wenn Klienten im Lauf der Psychotherapie lernen, innere Kritiker in ihrem Alltag zu identifizieren und zu ihnen Abstand herzustellen, können sich manche ihrer Probleme und Symptome lösen und Platz machen für selbstbestimmte Lebensschritte.

Gendlin, E.T. (1993, 1998[2]): Focusing ist eine kleine Tür. Gespräche über Focusing, Träume und Psychotherapie. Würzburg, DAF [S. 89-106]
Gendlin, E.T. (1996): Focusing-oriented psychotherapy. A Handbook of the experiential method. Guilford, New York; dt. (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 387-403]
Wild-Missong A (1983, 1997[3]) Neuer Weg zum Unbewußten. Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse. Würzburg, DAF, S. 36-41

Johannes Wiltschko

Interactive Focusing

Im Rahmen des → Partnerschaftlichen Focusing beschreibt Janet Klein (1994) interaktives Focusing als Dialogform, in der die Interaktionspartner einander zu einem beliebigen Thema in einer focusinggemäßen → Haltung zuhören und, bezugnehmend auf ihren jeweiligen momentanen körperlichen → Felt Sense, aufeinander antworten. Der freie Fluss dieser Interaktion besteht dann aus Mitteilungen von Symbolisierungen, die die Focusingpartner gegenseitig spiegeln *(reflection)* und durch eine Antwort aus dem eigenen Felt Sense weiterführen *(interactive response).* Diese wechselseitige → Resonanz bringt tiefe gemeinsame Erfahrungen und Selbst-

erkenntnisse und das Gefühl von Verstandenwerden und Verbundenheit mit sich (→ Co-Focusing). In Anlehnung an die systemische Terminologie wird diese Vorgehensweise auch als "zirkuläres Focusing" beschrieben (Wiltschko und Renn 1998) und für die Klärung konflikthafter Themen in persönlichen und beruflichen Partnerschaften empfohlen.
Auf dieser Basis haben Linda Olsen-Webber und Leon Webber (1994) mit dem *Interactive Focusing (IF)* eine Dialogstruktur für die Paarberatung/-therapie entwickelt, in der sie die personzentrierte → Grundhaltungen, Focusing und familientherapeutische Kommunikationsstrukturen verknüpfen und eine Integration von introspektiver und interaktiver Erfahrung ermöglichen. Das Sprechen mit dem Partner dient hier nicht wie in gängigen Kommunikationstrainings dazu, wechselseitig Wünsche und Erwartungen zu formulieren oder Absprachen zu treffen, sondern sich in Anwesenheit des Partners auf einen Focusing-Prozess zu einem Beziehungsproblem einzulassen, dessen Ausgang offen ist. Die vorgegebene Gesprächsstruktur durchkreuzt → strukturgebundene destruktive Kommunikationsabläufe, fördert die Entstehung der personzentrierten Haltung und → Beziehung innerhalb der Paarbeziehung und vermittelt gleichzeitig grundlegende Erfahrungen über den prozesshaften Charakter der Veränderung von Personen und Beziehungen. Dabei wird der Focusing-Prozess als ein ausgearbeitetes Modell zur Förderung innerer Veränderungsvorgänge zugrunde gelegt (→ Sechs-Schritte-Modell).
Im Idealfall wird das Paar von einem Berater-/Therapeutenpaar begleitet, das eine dynamische und energetische Spannung zwischen den Partnern aufrechterhält. Die Berater/Therapeuten verhalten sich lenkend im Hinblick auf die Einhaltung der vereinbarten Struktur und klientenzentriert bezogen auf die Inhalte und Prozessschritte. In der 90 Minuten dauernden IF-Sitzung nimmt jeweils nur ein Partner die Sprecherrolle ein. Er wird in einer Atmosphäre von Annahme und → Freiraum mittels eines feststehenden Fragenkatalogs in einem Focusing-Prozess angeleitet. Er benennt dabei kurz sein *Thema*, den *spezifischen Problempunkt* und das *Ziel,* das er im Gespräch erreichen möchte. Dazu beschreibt er maximal je drei *Gedanken,* momentane *Gefühle* und *Körperempfindungen.* Er expliziert seine dem Problem zugrunde liegenden *Wertvorstellungen,* findet durch einen Focusing-Prozess einen *Griff,* d.h. ein Symbol (Wort, Bild, Bewegung, Ton), das zu der körperlich gespürten Bedeutung des Problems als Ganzem *(Felt Sense)* passt. Er äußert einen *Impuls,* der rational oder irrational sein kann, und wählt schließlich einen kleinen, konkreten eigenen *Handlungsschritt* aus in Richtung auf das vorher benannte Ziel. Der Partner und die Therapeuten hören ihm währenddessen nur zu und tragen das Gesagte in ein Anleitungsblatt ein. Der zuhörende Partner spiegelt anschließend empathisch und wörtlich, bevor dann die Rollen getauscht werden und er seinerseits nach dem gleichen Fragenkatalog auf das Problem als Ganzes fokussierend antwortet. Abschließend tauschen die Partner kurz gegenseitige Anerkennungen aus.
Das Interactive Focusing kann in der therapeutischen oder beratenden Arbeit mit Paaren (→ Paartherapie), mit Dyaden in Familien oder in Teams eingesetzt werden, um die Kommunikation zu verbessern und sie um wesentliche Elemente wie Körperempfindungen, Emotionen, Wertvorstellungen, Impulse und Handlungsschritte zu erweitern.

Klein, J. (1994): Interactive focusing. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy 14*(3), pp. 31-42
Olsen-Webber, L., Webber, L. (1994): Interactive Focusing: Co-creating our relationships. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy 13*(1), pp. 1-17
Olsen-Webber, L., Webber, L. (1994): Interactive Focusing: Theoretical foundations. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy 13*(2), pp. 11-29
Wiltschko, J., Renn, K. (1998): Focusing und Focusing-Therapie bei uns. In: Gendlin, E.T., Focusing. Reinbek: Rowohlt, S. 203-204

Sybille Ebert-Wittich

Interaktionelle Orientierung
Bei dieser Variante der → Personzentrierten Psychotherapie wird primär nicht an den (innerpsychischen) Beschwerden und Symptomen der Klientin, sondern an deren (interaktionellen)

Kommunikations- und Beziehungsmustern gearbeitet. Dem liegt das Konzept zugrunde, dass das → Selbst des Individuums keine ursprüngliche Konstante, sondern immer eine Resultante der jeweiligen Interaktionssituation darstellt. Diesen interaktionellen Aspekt in der Psychotherapie hat H. S. Sullivan mit seiner interpersonalen Theorie der Psychiatrie grundgelegt. Aus dieser Sichtweise, die von Donald Kiesler (1982), einem Mitarbeiter von Rogers, weiter ausgearbeitet wurde, hat sich vor allem in den Niederlanden die sogenannte Interaktionelle Orientierung innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie entwickelt. Als ihre bekanntesten Vertreter gelten Wim van Kessel und Peter van der Linden (1993a; 1993b).
Das Grundaxiom der Interaktionellen Orientierung besagt, dass ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen den psychischen Problemen und Beschwerden einer Person und ihren speziellen Einstellungen gegenüber Anderen und den daraus folgenden Umgangsformen mit diesen besteht. Der „äußere Dialog" konstituiert den „inneren Dialog".
Diese interaktionelle Betrachtungsweise wird als logische Konsequenz aus der → Therapietheorie von Rogers angesehen. Diese geht ja von der zentralen Hypothese aus, dass das Schaffen einer ganz bestimmten zwischenmenschlichen Situation die wesentliche Voraussetzung für persönliche Veränderung darstellt. Wenn nun angenommen wird, dass persönliche Probleme durch die Gestaltung einer bestimmten Beziehung aufgehoben werden können, dann liegt es nahe anzunehmen, dass Beziehungsvariablen wohl auch bei der Entstehung dieser Probleme eine wesentliche Rolle spielen.
Im konkreten therapeutischen Vorgehen versucht der Psychotherapeut den Klienten zu verstehen, indem er dessen interaktionelle Muster bzw. dessen Rigidität und Widersprüchlichkeit in der aktuellen Beziehung manifest werden lässt. Im Unterschied zum Alltagsdialog muss dabei der Beziehungsebene vor der Inhaltsebene Priorität eingeräumt werden. Dabei darf der Psychotherapeut nicht auf die vom Klienten angebotene Beziehungsform komplementär eingehen, muss diese aber mittels seiner eigenen emotionalen Resonanz deutlich machen ("nicht-positionelle Haltung"). Eine solche „a-soziale Reaktion" kann Widerstand und Angst bei der Klientin hervorrufen, schafft aber letztlich für sie den Freiraum, die Stereotypien ihrer Kommunikation und deren funktionalen Zusammenhang mit ihren Problemen zu erfassen und zu verändern.
Die Arbeit am Beziehungsangebot des Klienten bzw. an dessen Widerstand gegen diese Arbeit ist dabei nicht als kommunikative Schadensbehebung aufzufassen, sondern als genuiner psychotherapeutischer Prozess, durch den die innerpsychischen Probleme des Klienten verdeutlicht und geklärt werden können.

Kiesler, D.J. (1982): Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In: Anchin J.C., Kiesler D. (Eds.), Handbook of interpersonal psychotherapy. New York, Pergamon, pp. 3-24
Kiesler, D.J. (1996): Contemporary interpersonal theory and research. Personality, psychopathogy and psychotherapy. New York, Wiley
Sullivan, H.S. [1953] (1980): Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. Frankfurt/M., Fischer
van Kessel, W. (1976): Der psychotherapeutische Prozess: Abriß einer Beschreibung in Interaktionsbegriffen. In: Jankowski, P., Tscheulin, D., Fietkau, H-J., Mann, F. (Hrsg), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen, Hogrefe, S. 142-151
van Kessel, W., Lietaer, G. (1998): Interpersonal processes. In: Greenberg, L.S., Watson, J.C., Lietaer, G. (Eds.), Handbook of experiential psychotherapy. New York, The Guilford Press, pp. 155-177
van Kessel, W., Keil, W.W. (2002): Die Interaktionelle Orientierung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 107-119
van Kessel, W., van der Linden, P. [1991] (1993a): Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie; der interaktionelle Aspekt. *GwG-Zeitschrift* 90, S. 19-32
van Kessel, W., van der Linden, P. [1991] (1993b): Der interaktionell-orientierte Therapeut bei der Arbeit (2. Teil). *GwG-Zeitschrift* 91, S. 18-28

Wolfgang W. Keil

Interpretation → Deutung

Kernvariablen → Grundhaltung(en), therapeutische

Joker-Fragen → Prozess-Fragen stellen

Kinder(n), focusing-orientierte Arbeit mit

Focusing mit Kindern zu praktizieren bedeutet, ihnen zu helfen, in ihrem Inneren dem körperlich gespürten Gefühl über etwas (→ Felt Sense) zuzuhören. „Etwas" kann alles sein: eine unangenehme Begebenheit, ein Problem, eine Angst, ein Traum, aber auch angenehme und erfreuliche Situationen und Erlebnisse. Man kann Kinder Focusing auch lehren, ihrem jeweiligen Alter angemessen, so dass sie es selbständig anwenden können.

Seit der niederländische Psychotherapeut Bart Santen 1984 den ersten Artikel über die focusingtherapeutische Arbeit mit Jugendlichen publiziert hat, hat sich Focusing mit Kindern v.a. in den Niederlanden stark entwickelt. Es liegen jetzt Erfahrungen vor, wie Focusing mit Kindern in jedem Alter, vom Baby bis zu Adoleszenten, in vielen Situationen und Bereichen angewendet werden kann, sowohl im Alltagsleben, als auch in der professionellen psychotherapeutischen und pädagogischen Arbeit. Dabei kann Focusing mit anderen Vorgehensweisen mit Gewinn verbunden werden, da es diese Vorgehensweisen um die Dimension des körperlichen Erlebens der Kinder erweitert und vertieft. Mit Focusing wird eine Erlebens- und Verhaltensänderung stärker im Körper verwurzelt.

Das akzeptierende Beziehungaufnehmen mit dem, was ein Kind innerlich spürt, und das Symbolisieren dieser gefühlsmäßigen Aspekte einer Situation oder eines Ereignisses ist ein wichtiger Weg im Prozess des Wachsens und Wandelns, sowohl in der Psychotherapie als auch in der Schule, in der Familie, in der Gesundheitsfürsorge und in anderen Gebieten.

In der → *Focusing-Therapie* mit Kindern werden diese eingeladen nachzuspüren, was sie zu einer Situation oder zu einem Ereignis in ihrem Körper spüren. Aus diesem Spüren entwickeln sich dann die Veränderungsschritte. Die Haltung der Therapeutin ist einerseits strukturierend (→ Guiding), um dem Kind zu helfen, den Weg zu seinem körperlichen Erleben zu finden und seine Aufmerksamkeit dorthin zu lenken, andererseits ist sie gewährend und folgend und heißt willkommen, was immer im Erleben des Kindes auftaucht (→ Listening). Auf diese Weise können sich → strukturgebundene Muster auflösen und die emotionalen Aspekte des Problems wieder anerkannt werden. Nur wenn eine Veränderung körperlich gespürt wird (Felt Shift), kann sich auch das Verhalten ändern.

Focusing in der Schule: Lernen gelingt besser, wenn es im → Freiraum stattfindet. Diesen können sich Kinder mit Hilfe von Focusing schaffen. Dafür wurde z.B. ein Gruppen-Programm entwickelt: Die Kinder schreiben oder zeichnen die Symbolisierungen, die aus dem Felt Sense zu ihren Sorgen und Schwierigkeiten kommen. Es können auch andere Ausdrucksmittel verwendet werden. Dadurch entsteht freier Raum für das Lernen. Eltern, Erziehern und Lehrern können lernen, auf focusing-orientierte Art und Weise mit den Kindern zu sein, sie zu begleiten und ihnen Focusing beizubringen. Das gibt Kindern Selbstvertrauen und Selbststeuerung und die Fähigkeit, eigene Probleme zu lösen und dabei andere mit einzubeziehen.

In der Focusing Arbeit mit Kindern ist es wichtig, dass die Erwachsenen selbst Focusing praktizieren, um die eigenen Erziehungsmuster zu durchschauen und um eine respektvolle, ehrliche und klare Haltung zu den Kindern zu finden.

Santen, B. (1984): Focusing as an initial therapy with 'borderline' adolescents. *The Focusing Folio 3*(1), pp. 15-36

Santen, B. (1988): Focusing with a borderline adolescent. *Person-Centered Review 3*(4), pp. 442-462

Santen, B. (1990): Jenseits von Gut und Böse. Erlebniswelt eines Zwölfjährigen und seine Veränderung. Ein Dokument. *GwG-Zeitschrift 78*, S. 55-59

Santen, B. (1993): Focusing with a dissociated adolescent: Tracing and treating multiple personality disorder. *The Folio, A Journal for Focusing and Experiential Therapy 12*(2), pp. 45-59

Santen, B. (1999): Focusing as a therapeutic technique with children and adolescents. In: Schaefs, C.E. (Ed.), Innovative psychotherapeutic techniques in children and adolescent therapy. New York, John Wiley

Stapert, M. (1997): Focusing in school. *The Folio, A Journal for Focusing and Experiential Therapy 16* (1-2), pp. 1-17
Stapert, M. (2000): Focusing mit Kindern. In: Feuerstein, H.-J., Müller, D., Cornell, A.W. (Hrsg.), Focusing im Prozess. Köln, GwG, S. 296-310
Wright, l., Everett, F., Roisman, L. (1986): Experiential psychotherapy with children. Baltimore-London, The John Hopkins University Press

Marta Stapert

Kinderpsychotherapie

Carl Rogers arbeitete zu Beginn seiner langen Berufslaufbahn diagnostisch und therapeutisch mit Kindern und deren Familien, vor allem in Rochester (New York State). Er publizierte seine Erfahrungen in dem 1939 erschienenen Buch "The Clinical Treatment of the Problem Child". Dieses Buch zeigt, dass er seine Ideen und Vorstellungen über therapeutisches Tun und Handeln aus seinem langjährigen Erfahrungshintergrund als Kinder- und Familientherapeut entwickelt hat.

In der Beschreibung eines einzeltherapeutischen Zuganges zu Kindern und Jugendlichen wies er mehrfach darauf hin, dass es vor allem die Beziehung und die Wahrnehmung der emotionalen Aspekte dieser Beziehung sind, die Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderungen möglich machen und es dazu nicht unbedingt einer Einsicht bedarf, die durch Interpretationen und Deutungen ermöglicht wird.

Im Rahmen des von Rogers gegründeten „Counseling Center“ an der Universität Chicago arbeiteten u.a. auch Virginia Axline, Charlotte Ellinwood und Elaine Dorfman, die ab den späten 40er Jahren mit Arbeiten zur personzentrierten Kinderpsychotherapie bekannt wurden. Als bekannteste Publikationen in diesem Zusammenhang gelten Axlines Buch „Play Therapy“ (1947) und Dorfmans Beitrag in Rogers Buch „Client-centered therapy“ (1951). Auch in der Fallgeschichte „Dibs“ (1967) beschreibt Axline das Wesen nondirektiver Spieltherapie, in der das Kind den Weg weist und der Psychotherapeut respektvoll und anerkennend folgt.

Das Spiel gilt als natürlicher Ausdruck des → Selbst des Kindes und dient als Mittel der Beziehungsgestaltung. Axline formulierte acht Prinzipien der nondirektiven Spieltherapie, die sich im Wesentlichen an den von Rogers formulierten „Core-Conditions“ (→ Grundhaltung) orientieren. Das Buch bietet auch anschauliche Darstellungen der Praxis kindertherapeutischer Arbeit. So wird auf die Ausstattung eines Spieltherapiezimmers eingegangen und auf die beachtenswerten Grenzen einer solchen spieltherapeutischen Situation ausführlich hingewiesen. Charlotte Ellinwood erkannte, dass Eltern verhaltensauffälliger Kinder oftmals die Probleme des Kindes als von diesen selbst und allein verursacht ansehen und in Hinblick auf Rogers' Prozesskontinuum (therapeutischer → Prozess) über eine sehr niedrige Stufe der Selbstwahrnehmung verfügen und demnach auch höchst beratungs- und therapiebedürftig sind.

In den letzten zwanzig Jahren hat sich die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen als Therapieverfahren wissenschaftlich und praktisch mit einem großen Anwendungsbereich etabliert. Besonders ist auf die Forschungsarbeit von Schmidtchen (1991) und auf die beiden anwendungsorientierten Bände von Boeck-Singelmann et al. (1996; 1997) zu verweisen. Da „nur die Erfahrungen und ihre Bewertung und ihr Ausdruck, in denen das Kind von einem kongruenten Interaktionspartner verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird, den Selbsterfahrungen zuerkannt und in das Selbstkonzept integriert werden“ (Biermann-Ratjen, 1996, S. 16), ist es ein wesentlicher Bestandteil personzentrierter Kinderpsychotherapie, Kinder vor allem dabei zu begleiten, positive emotionale Erfahrungen in ihr Selbstbild integrieren zu können und damit eine positive Beziehung zu ihren eigenen Selbsterfahrungen aufnehmen und weiterentwickeln zu können. Personzentrierte Psychotherapie schafft mit ihrem spezifischen therapeutischen Beziehungsangebot die Möglichkeit für korrigierende Beziehungserfahrungen und bietet dabei einen weitgehend entängstigenden Rahmen an.

Das Spiel im therapeutischen Kontext ist gespieltes (Er-)Leben. Die Veränderungsprozesse entwickeln sich über das Erleben und die Wahrnehmung von emotionalen Bedeutungsinhalten im

Spiel. Nach Behr (1996) inszeniert das Kind in den Spielstunden Beziehungsmuster, der Psychotherapeut gibt durch seine Interaktion Resonanz auf das Handeln des Kindes („Interaktionsresonanz"), bei der Aspekte der → Empathie, Feinfühligkeit und Affektabstimmung sowie des Authentisch-Seins zum Tragen kommen. Nicht das Verhalten, sondern das Erleben steht im Mittelpunkt; nicht das Symptom, sondern die Person steht im Zentrum der Aufmerksamkeit.
Die Auswahl des Spiels liegt beim Kind selbst und umfasst verschiedene Möglichkeiten: vom Regelspiel zum Konstruktionsspiel, vom Rollenspiel zur direkten Auseinandersetzung mit dem Psychotherapeuten innerhalb klar transportierter Grenzen, von der sprachlichen Interaktion bis zum bildnerischen Gestalten. Ebenso einsetzbar ist die Arbeit mit Metaphern und Ritualen. Das therapeutische Angebot wendet sich nicht nur an das Kind, sondern bezieht Familienmitglieder und bedeutsame Bezugspersonen als Personen mit besonderen Ressourcen mit ein.

Axline, V. [1947] (1974): Kinder-Spieltherapie im nondirektiven Verfahren. München, Kindler
Axline, V. [1964] (1971): Dibs – die wunderbare Entfaltung eines menschlichen Wesens. München, Knaur
Behr, M (1996): Therapie als Erleben von Beziehung. In: Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen und Konzepte. Göttingen, Hogrefe, S. 41-68
Biermann-Ratjen, E.-M,, Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1995): Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 7. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
Biermann-Ratjen, E.M. (1996): Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Boeck–Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I. Göttingen, Hogrefe, S. 9–28
Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (1996/1997): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen und Konzepte; Band II: Anwendung und Praxis. Göttingen, Hogrefe
Dorfman, E. [1951] (1973): Spieltherapie. In: Rogers, C.R., Die klientbezogene Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 219-234 (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Ellinwood, C. (1989): The young child in person-centered familiy therapy. *Person-Centered Review* 4, 256-262
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen, Hogrefe, Verlag für Psychologie
Reisel, B., Fehringer, C. (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Keil, W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 335-352
Rogers, C.R. (1939): The clinical treatment of the problem child. Boston, Houghton Mifflin
Weinberger, S. (2001): Kindern spielend helfen: Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung. Weinheim-Basel, Beltz
Schmidtchen, S. (1991): Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Weinheim, Beltz

Barbara Reisel

Klient(en)zentrierte Psychotherapie → Personzentrierte Psychotherapie

Konfrontieren → Therapietechniken

Kongruenz → Echtheit

Konkretisieren → Therapietechniken

Konstruktivistische Perspektive
Der Konstruktivismus leitet sich aus einer europäischen philosophischen Tradition ab (Pyhrronisten, Vico, Kant, Nietzsche, Wittgenstein, Piaget; Gestalt- und kognitive Psychologie). Er ist keine Anthropologie, sondern eine Epistemologie, und stellt die Frage nach den allgemeinen Bedingungen der Erkennbarkeit von Wirklichkeit.
Wirklichkeit wird nicht gefunden, lautet die Kernaussage des Konstruktivismus, sondern sie wird von einem Beobachter operativ erzeugt. Wer was über die Welt erfahren will, darf nicht die Welt, sondern muss den Beobachter beobachten. Dass immer anders beobachtet und verstanden werden kann, mit der Konsequenz, dass das Ergebnis (z.B. Wahrheit, Sein, Objekti-

vität) auch immer anders sein kann, ist eine Grundannahme des Konstruktivismus und wird als *Kontingenz* bezeichnet.
Den Konstruktivismus als einheitlichen Begriff gibt es nicht. McNamee und Gergen (1992) z.B. vertreten einen Sozialkonstruktionismus, v. Glasersfeld (1985) vertritt einen kognitionspsychologisch orientierten Konstruktivismus, v. Foerster einen kybernetischen Konstruktivismus, und Luhmann (1984) entwarf eine viel beachtete soziologisch-philosophisch orientierte Theorie. Maturana und Varela (1987), deren Autopoiesekonzept im therapeutischen Bereich große Resonanz auslöste, vertreten eine konstruktivistisch-biologistische Perspektive.
Unterschiede entstehen aus den unterschiedlichen Forschungsgegenständen und Erkenntnisinteressen, z.B. aus der Positionierung zur Außenwelt, der Interpretation der Erreichbarkeit der Außenwelt (Ontologie) und schließlich daraus, wie viel Außenwelt ihre Vertreter gewillt sind, an den internen Operationen des Bewusstseins mitwirken zu lassen.
Konstruktivistische Konzepte haben überall dort große Beachtung gefunden, wo der Gedanke der Fiktionalität des Wirklichen nicht als beklemmende, sondern als befreiende Botschaft aufgenommen wurde. Der Bezug zur Psychotherapie wird somit verständlich und ergibt ungeahnte kognitive sowie emotionale Spielräume.
Der Verlust einer objektiven Wahrheit ist das Grundthema des postmodernen / konstruktivistischen Bewusstseins. Ein modernistisches Modell von der Analysierbarkeit (Erfassbarkeit) grundlegender psychologischer Prozesse wird abgelöst durch das Modell vom Menschen als sozialer Konstruktion. Sein Handeln ist in komplizierter Weise mit den gesellschaftlichen Beziehungsprozessen verwoben. Diese Auffassung ist dem → Personzentrierten Ansatz inhärent. Rogers (1980/1981) thematisiert die Frage nach der Möglichkeit von Welterkenntnis und sieht - analog zu konstruktivistischen Überlegungen - das Problem in der Frage nach der Objektivität von Aussagen. Er hat mit Hinweisen auf Erkenntnisse aus der Biologie, Physik (Prigogine, Stengers) und Chemie (Murayama; Morphogenesekonzept) herkömmliche, wissenschaftstheoretisch „gesicherte“ Erkenntnis verlassen und dem Kontingenten eine wesentliche Bedeutung verliehen (1979/1984). "Für Psychotherapie ist das Zufällige in jeder Lebensgeschichte und in subjektiver Betroffenheit von Bedeutung. Rogers ist als Anwalt der Person an der bedingungslosen Anhörung subjektiver Aussagen interessiert." (Stipsits 1999, S. 179).
Personzentrierte Psychotherapie schafft Räume, in denen viele - mögliche und stimmige - Geschichten erzählt werden können. Wirklichkeit wird als Ausdruck und Folge der Konstruktion und Erzählung von kohärenten Geschichten gesehen (Narrativismus). Personzentrierte Psychotherapie erachtet den Verstehensversuch in einer bedeutsamen Beziehung und die Konstitution eines Sinnzusammenhanges als wesentlich. Entscheidend ist eine menschliche Erfahrensweise von Geschichtlichkeit, eingebunden in eine bedeutsame Beziehung, bestimmt durch Kohärenz und Konsistenz, die eine (um)erzählte (Lebens)Geschichte zu bieten vermag, jenseits von wissenschaftlicher Logik und Methodik: eine Positionierung in der Welt, durch "Selbsterfindung", durch eine mögliche Änderung der Selbsterzählung (Fehringer 1991).
Inkompatibel schien der Personzentrierte Ansatz mit den, in konstruktivistisch-systemischen Therapiemodellen forcierten, lösungsorientierten Ansätzen. Die Idee der Begegnung hatte hier in früheren Überlegungen keinen Platz. Es ging in erster Linie um Musterunterbrechung. Zwischenzeitlich wird einer persönlichen Auseinandersetzung im therapeutischen Prozess größere Bedeutung beigemessen (Welter-Enderlin & Hildenbrand 1998). Die Idee der personalen Begegnung hat aber geringe Relevanz. Große Bedeutung wird hingegen den in jeder Person vorhandenen Ressourcen zur Problemlösung beigemessen (→ Systemische Perspektive).

Fehringer, C. (1991): Selbstaktualisierungstendenz und Konstruktivismus. In: Frenzel, P. (Hrsg.), Selbsterfahrung als Selbsterfindung. Regensburg, Roderer, S. 59-100
Förster, H. v. (1987): Erkenntnistheorie und Selbstorganisation. In: Schmidt, S. (Hrsg.), Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus. Frankfurt/M., Suhrkamp, S. 133–156
Glasersfeld von, E. (1985): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, P. (Hrsg.), Die erfundene Wirklichkeit. 3. Aufl. München-Zürich, Piper, S. 16-38
Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Frankfurt/M., Suhrkamp

Maturana, H., Varela, F. (1987): Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. München, Scherz
McNamee, S., Gergen, K. (1992): Therapy as social construction. London, Sage
Rogers, C.R. (1980): A way of being. Boston, Houghton Mifflin; dt. teilweise in (1981): Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta
Rogers, C.R. [1979] (1984): Die Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes. In: Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.), Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Wien, Deuticke, S. 10-26
Stipsits, R. (1999): Gegenlicht. Studien zum Werk von Carl R. Rogers (1902-1987). Wien, WUV
Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (1998): Gefühle und Systeme. Heidelberg, Carl Auer-Systeme

Christian Fehringer

Kontakt, psychologischer → Beziehung, therapeutische; → Prä-Therapie

Kontraindikation → Indikation

Körper, Körperarbeit in der Focusing-Therapie

Theorie und Praxis von → Focusing und → Focusing-Therapie beruhen auf einem besonderen, einem phänomenologischen Verständnis des *Körpers*. „Körper" meint bei Eugene → Gendlin nicht nur den von außen angeschauten Körper (den physikalischen Körper als Objekt im geometrischen Raum, die medizinische oder energetische oder sonst wie gesteuerte „Maschine"), sondern vor allem den *von innen gefühlten* Körper. Diesen Körper nennt er bewusst nicht „Leib" oder → „Organismus", da es sich immer um einen konkreten und „ganz gewöhnlichen" Körper handelt, z.B. um den, der jetzt hier gerade im Sessel sitzt und dieses Buch liest.

Der von innen gefühlte Körper ist von Anfang an in fortwährender Wechselwirkung mit der jeweiligen konkreten Situation, in und mit der er lebt; er ist *situational* und daher von der Situation getrennt nicht begreifbar. Der Körper *ist* die Situation und die Situation *ist* der Körper, in dem Sinn, dass beides ineinander „enthalten" ist und sich wechselseitig kreiert. Deshalb „weiß" der Körper implizit etwas über die vergangenen und gegenwärtigen Situationen und er kann auch den nächsten Schritt, der die Situation fortsetzen wird, *implizieren* (→ Fortsetzungsordnung). Dieses implizite „Wissen" kann von innen unmittelbar als → Felt Sense gefühlt werden (→ Experiencing).

Ein Felt Sense kann sich nicht nur in Worten oder inneren Bildern, sondern auch in Körperempfindungen und in von innen und/oder von außen wahrnehmbaren körperlichen Veränderungen (Haltung, Atmung, Stimme etc.) entfalten (→ Erlebensmodalitäten). Umgekehrt kann man zu allen körperlichen Phänomenen einen Felt Sense entstehen lassen: Der Körper ist sowohl Zugangsweg als auch Symbolisierungs- und Ausdrucksweg eines Felt Sense (→ Avenues).

Focusingtherapeutische *Körperarbeit* ist – ebenso wie die → Traumarbeit – kein eigenständiges therapeutisches Verfahren, sondern eine Erweiterung der personzentrierten und focusing-orientierten Prinzipien auf körperliche Vorgänge; sie ergänzt das verbale focusingtherapeutische Arbeiten.

Alle Veränderungsschritte der Person kommen zunächst nicht-sprachlich, und es kann von Vorteil sein, wenn sie der Klient nicht dem Therapeuten zuliebe in Sprache übersetzen muss (z.B. bei Schritten, die abgebrochene oder steckengebliebene "frühkindliche" Prozesse fortsetzen). Von focusingtherapeutischer Körperarbeit spricht man dann, wenn (1) der Klient spontan oder aufgrund eines Vorschlags (→ Guiding) Erleben nicht sprachlich, sondern körperlich symbolisiert und ausdrückt und/oder wenn (2) der Therapeut unmittelbar körperlich, also mittels Körperkontakt auf den Klienten antwortet. Körperarbeit kann im Sitzen, Liegen, Stehen und im Bewegen geschehen, wobei diese unterschiedlichen Haltungen des Körpers im Raum selbst schon sowohl Bedingungen als auch Ausdrucksformen von Körperprozessen sind.

Wie das Sprechen ist auch das Berühren eine "natürliche" Form zwischenmenschlichen Kontakts, es kann natürlich auch von Therapeuten benutzt werden. Und wie in der verbalen

Therapie das Sprechen muss in der Körperarbeit das Berühren differenziert, in seiner Funktion und Wirksamkeit reflektiert und geübt werden. Dazu werden - ebenfalls analog dem Sprechen - verschiedene Formen unterschieden, z.B. a) eine Körperstelle *berühren*, um die Achtsamkeit des Klienten auf sie zu unterstützen (→ Markieren) und um ihr "zuzuhören" (→ Listening), b) eine Körperstelle *halten*, so dass sich der Klient (in ihr) geborgen und geschützt fühlen kann und (in ihr) → Freiraum gewinnt, c) mit der spontanen Bewegung einer Körperstelle *mitgehen*, um die Bewegung körperlich zu → begleiten, d) einer Körperstelle oder einer Bewegung *Widerstand bieten*, damit dort Kraft und Energie gespürt und diese ausgedrückt werden kann, e) eine vom Klienten gespürte innerkörperliche Grenze (z.B. des Atmens oder eines Empfindungsbereichs) berührend markieren oder durch Grenzen getrennte Körperstellen *verbinden* (indem Arme und Hände des Therapeuten eine "Brücke" bilden). Das Berühren ist nicht bloß eine → Technik, es muss als prozesshafter Beziehungsvorgang von Klient und Therapeut achtsam begleitet und hinsichtlich seiner Bedeutung fokussiert und ausgetauscht werden.
Neben dem Berühren können in der Körperarbeit verschiedenste Vorschläge (→ Guiding, → Experimente) gemacht werden, um körperliche Vorgänge in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. Die wichtigsten sind: a) alle Arten von körperlichen Bewegungsvorgängen *anzuhalten, zu wiederholen, zu verlangsamen* oder *zu beschleunigen*, b) verbal Geäußertes zu *verkörperlichen*, also körperlich auszudrücken, c) Methoden aus körperorientierten Verfahren als Vorschläge dem Klienten zur Verfügung zu stellen (→ Konzepte).
Alle diese Methoden werden in der focusingtherapeutischen Körperarbeit *nicht* dazu verwendet, um bestimmte Ziele zu erreichen, wie etwa Katharsis, Durchbrechen von Widerständen oder Erlernen "richtigen" Atmens. Sie werden absichtslos vorgeschlagen und können von Klienten abgelehnt und jederzeit beendet werden (→ Haltung). Während der Körperarbeit wird der Klient auch verbal in seinem Erleben begleitet und mit Hilfe der → Joker-Fragen ständig eingeladen, den Prozess selbst zu steuern. Körperarbeit soll den Klienten dabei unterstützen, seine Achtsamkeit zu erhöhen und mehr von sich selbst zu *bemerken* sowie körperliche Prozesse als Teilaspekt der Person im therapeutischen Gesamtprozess wirksam werden zu lassen. Mit ihrer Hilfe werden Erlebensinhalte und Erlebensweisen zugänglich, die über das verbale Symbolisieren und über verbale Kommunikation allein nicht erreicht werden können.

Gendlin, E.T. (1981): A process model. Manuscript; revised version (1997). *www.focusing.org*

Gendlin, E.T. (1991): Thinking beyond patterns: body, language, and situations. In: den Ouden, B., Moen, M. (Eds.), The presence of feeling in thought. New York, Peter Lang, pp. 25-151

Gendlin, E.T. (1993): Three assertions about the body. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy 12* (1), pp. 21-33

Gendlin, E.T. (1994, 1998[2]): Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg, DAF

Gendlin, E.T. (1996): Focusing-oriented psychotherapy. A Handbook of the experiential method. Guilford, New York; dt. (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 290-304]

Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 30-39]

Korbei, L. (2002): Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/Personzentrierte Psychotherapie. Perspektive 1: Der einbezogene Körper. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-NewYork, Springer, S. 377-389

Teichmann-Wirth, B. (2002): Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/Personzentrierte Psychotherapie. Perspektive 2: Der einzubeziehende Körper. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-NewYork, Springer, S. 391-410

Wiltschko, J. (1981): Personzentrierte Körpertherapie: Zwölf Thesen und ein Protokoll mit Kommentar. *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 44*, S. 5-14; auch in (1992, 1996[2]): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 37-47

Wiltschko, J. (1993): Die drei Warums - oder einige Gründe, die Gesprächspsychotherapie zur Focusing-Therapie weiterzuentwickeln. *GwG-Zeitschrift 92*, S. 7-10; auch in (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 111-118

Wiltschko, J. (1995): Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF, S. 13-17, S. 24-33

Wiltschko, J. (1998): „Körper“ – was ist das eigentlich? *Psychotherapeuten-Forum 5*(1), S. 4-9

Johannes Wiltschko

Körper(s), Einbeziehung des

In der → Persönlichkeitstheorie von Rogers (z.B. 1969/1988) finden sich körpernahe Begriffe wie → Organismus und Erfahrungsfluss. Der Organismus wird dabei als zentrales Bewertungsinstrument (→ organismische Bewertungsinstanz) gesehen. Der Mensch „benutzt alle Daten, die ihm sein Nervensystem zur Verfügung stellen kann, er nutzt sie bewußt, berücksichtigt aber, daß sein Gesamtorganismus vielleicht klüger sein mag – und oft ist – als sein Bewußtsein“ (1969/1988, S. 297). Der Körper in der psychotherapeutischen Realität wird im Werk Rogers' jedoch nicht explizit angesprochen.

Die personzentrierte Literatur zur vorliegenden Thematik ist nicht sehr zahlreich und wird vor allem unter dem Blickwinkel der Indikation von Körperkontakt und nonverbalen Interaktionsformen sowie der Methodenintegration und zielgruppenbezogener Fragen diskutiert (siehe auch Teichmann-Wirth 2002). In einem Beitrag von Wethkamp (1997) findet sich neben einer Einordnung von klientenzentrierter Körpertherapie zwischen Gesprächstherapie und Körpertherapien auch eine Betrachtung von klientenzentrierten Grundvariablen aus körpertherapeutischer Sicht. Schmid (1997) plädiert gegen ein eklektisches Einbeziehen von körperorientierten Methoden und für eine anthropologisch fundierte Psychotherapie, welche die Körperlichkeit in das → Menschenbild und in die personzentrierte Praxis „unspektakulär“ einbezieht. Ebenso stellt Korbei (2002) körperliche Prozesse (z.B. Bewegung, Berührung) der verbalen Symbolisierung gleich, wobei eine Gewichtung hinsichtlich der Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen auf der Basis der therapeutischen Beziehung stattzufinden habe. Teichmann-Wirth (2002) bringt personzentrierte Aspekte mit körperlichen Dimensionen in Verbindung. Schatz (2002) beschriebt sieben Perspektiven der Körperbetrachtung (medizinisch-biologische, individuale, räumliche, chronologische, relationale, autonome und kreative) und geht insbesondere auf die Bedeutung der → Wertschätzung und → Empathie in einer körpereinbeziehendenn personzentrierten psychotherapeutischen Arbeit ein.

Ebenso wie die Offenheit für → Erfahrungen interner und externer Natur mit einer Fähigkeit des Körpers zu sinnlicher Erfahrung visueller, auditiver und kinästethischer Art verknüpft ist, entspricht der → Strukturgebundenheit von Prozessen das Vorliegen charakteristischer Formen der Blockierung, Hemmung und Erstarrung von Körperbereichen. Das → Selbstkonzept kann in einem Zusammenhang mit dem Körperbild gesehen werden: Im Sinne einer Wechselwirkung hat das Selbstkonzept Einfluss auf das Bild vom eigenen Körper und dieses wiederum eine Rückwirkung auf das Selbstkonzept.

Einen wesentlichen Beitrag zur Einbeziehung des Körpers in die psychotherapeutische Realität leisteten Gendlin (1994) und Wiltschko (1995; 1996). Der Körper wird von ihnen als ein situationaler verstanden, der als eine Art sechster Sinn die Situation erfühlend beurteilen lässt. Zuallererst wird der Körper hier jedoch als Wahrnehmungsinstrument verstanden und genutzt.

Aus personzentrierter Sicht ist zunächst auf die Voraussetzungen beim Psychotherapeuten zu achten: „Organismische Resonanzfähigkeit“ bedeutet, dass der Organismus des Psychotherapeuten frei ist, auf den Organismus des Klienten zu antworten. Dies bedarf einer tiefgehenden Kenntnis von organismischen Prozessen, einer Erlebnisfähigkeit für Bewegungen des Entfaltens und des Zusammenziehens, der Körperrhythmen und des Zeiterlebens, um die lebendigen Prozessen zugrundeliegenden Prinzipien erkennen zu können. Auch die Fortsetzungsordnung, wie Wiltschko (1995) den von Gendlin (1994) geprägten Begriff der „order of carrying forward“ übersetzt, ist dann erfahrbar und ermöglicht, Weiterbewegungen des Organismus in diesem Sinne zu erkennen und zu fördern.

Die Fähigkeit zu Authentizität (d.h. die Wahrnehmungsfähigkeit für innere Vorgänge sowie die Identität von innerem Erleben und äußerem Ausdruck in Mimik und Gestik) steht ebenso in

enger Verbindung zu einem erlebnisfähigen, antwortenden Organismus wie die Fähigkeit zur Einfühlung im Sinne einer „organismischen Resonanz“ (Wiltschko 1995).
Die Flexibilität im → Setting (Liegen, Sitzen, Stehen, Bewegen) eröffnet eine Vielzahl von Ebenen der → Selbstexploration. Im Liegen tauchen andere Erfahrungsinhalte und –ebenen auf als im Stehen und Sitzen. Das traditionell häufigste Setting der „klassischen GT-Übung“ (Wiltschko 1996, S. 76) schränkt das Erfahrungsspektrum ein.
Anregungen zu (körperlichem) Erleben und Ausdruck, welche diesen Prozess unterstützen, finden im personzentrierten Sinn auf der Basis von unbedingter → Wertschätzung, → Empathie und Kongruenz (→ Echtheit) des Psychotherapeuten statt.
Die Einbeziehung von nonverbalen Interventionsformen sollte in erster Linie durch eine diesbezügliche Öffnung und Integration innerhalb personzentrierter Ausbildungen geschehen. Dann ist sie im Sinne einer personzentrierten Grundlegung als Vielfalt an Antwortmöglichkeiten gegeben, welche neben der verbalen Sprache selbstverständlich auch Körperkontakt, Bewegung und andere Formen des in Beziehung-Tretens stattfinden lässt.

Gendlin, E. (1994): Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen. Würzburg, DAF
Korbei, L. (2002): Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/ Personzentrierte Psychotherapie. Perspektive 1: Der einbezogene Körper. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 377-389
Rogers, C.R. [1969] (1974, 1988): Das Ziel, die sich verwirklichende und voll handlungsfähige Persönlichkeit. In: Lernen in Freiheit. Frankfurt/M., Fischer, S. 287-306
Teichmann-Wirth, B. (2002): Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/ Personzentrierte Psychotherapie. Perspektive 2: Der einzubeziehende Körper. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 391-410
Schatz, D. (2002) Körperarbeit in der klientenzentrierten Körperpsychotherapie. *Psychotherapie Forum* 10, 1, S. 38-45
Schmid, P.F. (1997): Der Personzentrierte Ansatz und die Körperpsychotherapie. In: Korunka, C. (Hrsg.), Begegnungen: Psychotherapeutische Schulen im Gespräch. Wien, Facultas, S. 235-273
Wethkamp, B. (1991): Eine praxisorientierte Einführung in die klientenzentrierte Körperpsychotherapie. In: Moshagen, D.H. (Hrsg.), Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen. Heidelberg, Asanger, S. 13-30
Wiltschko, J. (1995): Focusing-Therapie. Focusing Bibliothek. Studientexte Heft 4. Würzburg, DAF
Wiltschko, J. (1996): Von der Sprache zum Körper. Focusing Bibliothek. Bd. 2. Würzburg, DAF

Beatrix Teichmann-Wirth

Krankheitsbegriff → Inkongruenz

Krankheitslehre → Ätiologie, → Inkongruenz

Krise
Psychischer Ausnahmezustand, akute Überforderung, bei der die gewohnten Coping-Strategien bei sonst gesunden Personen durch belastende, traumatische äußere oder innere Lebensereignisse versagen. Es kommt dabei zu klinisch bedeutsamen psychischen Symptomen, wie Ängstlichkeit, Spannung, Verwirrtheit, Aggressivität, wahnhafte Projektionen, Halluzinationen, Depression, Suizidalität und Missbrauch von psychotropen Substanzen. Gleichzeitig treten somatische Symptome auf, wie Störungen im Respirationstrakt, Herz-Kreislaufsystem, Verdauungssystem, Urogenitalsystem, dermatologische, muskuläre und neurologische Störungen sowie Störungen des Immun-und Hormonsystems (Sonneck 1997; Ciompi 1996). Je nach Krisenauslöser und -verläufen unterscheidet man *traumatische Krisen*, die durch plötzliche traumatische Verletzungen, Kränkungen oder Verluste verursacht werden, von *Lebensveränderungskrisen*, die durch belastende, aber durchaus "normale" Lebensereignisse ausgelöst werden können, wenn sie die vorhandenen Bewältigungsfähigkeiten überfordern. Da die individuelle Reaktion auf das jeweilige Ereignis meist durch andere nachvollziehbar erscheint, wird der Krisenbegriff

deutlich von psychischer Krankheit unterschieden, scheint aber trotzdem, weil behandlungsbedürftig, in den psychiatrischen Diagnoseschlüsseln auf (im ICD-10 unter den Bezeichnungen "Akute Belastungsreaktion" und "Anpassungsstörung").
Vor dem Hintergrund des klientenzentrierten Störungsmodells (→ Ätiologiekonzeption) ist die Krise ein Zustand von → Inkongruenz, bei dem die normale → Abwehr versagt. Die akute Belastungsreaktion ist geradezu der Prototyp für das Erleben von Inkongruenz (Biermann-Ratjen 1993). Intensive und heftige, existenziell lebenswichtige → Erfahrungen drängen zum Bewusstsein, können jedoch nicht symbolisiert werden und lösen dadurch die Symptome der akuten Belastungsreaktion aus. Das Phänomen tritt unabhängig davon auf, ob eine latente Inkongruenzkonstellation durch einen Auslöser dekompensiert oder ob der Krisenanlass, etwa ein schweres Trauma (→ Traumatherapie), Erfahrungen verursacht, die allgemein schwer verarbeitbar sind. Krisen können mehr oder weniger hoch eskaliert sein. Bei hoher Eskalation droht eine psychotische Desorganisation des Selbsterlebens. Dies wird als Ausbildung eines "Notfall-Selbst" verstanden, das im Lichte der → Aktualisierungstendenz durch seine Entlastungsfunktion, als die in diesem Moment mögliche Form des → Organismus interpretiert wird. Es hat die Funktion, die nicht ins Selbstkonzept integrierbaren Erfahrungen zu bewältigen.

Bierman-Ratjen, E.-M. (1993): Die Psychogenese der Neurosen. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1. Köln, GwG, S. 99-108
Ciompi, L. (1996): Krisentheorie heute. Eine Übersicht. In: Schnyder, U., Sauvant. J.-D. (Hrsg.), Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern-Göttingen, Hans Huber, S. 13-26
Gutberlet, M. (1995): Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie / Klientenzentrierten Psychotherapie. GwG-info 61, 51-62
Keil, S. (2002): Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie. In: Keil W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 353-376
Sonneck, G. (Hrsg.) (1997): Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. Wien, Facultas – Universitätsverlag

Sylvia Keil

Krisenintervention
Psychosoziales Behandlungsangebot für Menschen in → Krisen. Sie umfasst den raschen Aufbau einer professionellen Beziehung mit entlastenden und klärenden Beratungsgesprächen unter Einbezug von allen notwendigen Ressourcen, z.B. medikamentöser, juristischer, sozialarbeiterischer Unterstützung u.a.m. Sie endet, wenn erste Ansätze zur Bewältigung entwickelt worden sind. Krisenintervention hat gesundheitspolitische Bedeutung im Hinblick auf Prävention, denn unbegleitete Krisen neigen zur Chronifizierung mit erheblichen Folgekrankheiten. Die Orientierung am klientenzentrierten Konzept bietet in den meist hochdramatischen Situationen, in denen Krisenintervention ansetzt, wesentliche Sicherheiten für den/die Berater/in, auch was den Umgang mit eigenem intensiven Erleben als Resonanz auf das Krisengeschehen betrifft. Das klientenzentrierte Beziehungskonzept (→ Beziehung, therapeutische) impliziert einen Beratungsansatz (→ Beratung), der es erlaubt, krisenspezifisch individuelle und situationsadäquate Interventionen aus einer kontrollierten inneren Haltung heraus zu kreieren.
Das → Experiencing-Konzept hilft das subjektive Krisenerleben einzuschätzen und bietet gleichzeitig ein Handlungsmodell an (→ Focusing). Damit vertraute Berater/innen können feststellen, inwiefern in der Krise der Kontakt zum Erleben gestört ist. Wenn in der Beratung kein Entlastung schaffender Kontakt mehr hergestellt werden kann, markiert das gleichzeitig die Grenze, wo andere medizinische und soziale Hilfen organisiert werden müssen. Es kann diagnostiziert werden, ob Klient/inn/en mit der Erfahrung von Symptomen der → Inkongruenz nicht umgehen können, oder ob es sich um ein Erleben handelt, das nicht symbolisiert werden kann. Hierbei lässt sich durch empathischen Nachvollzug unterscheiden, ob es sich um die Dekompensation einer latenten Inkongruenzkonstellation handelt, oder ob auf Grund eines meist schwer traumatischen Krisenauslösers neue Erfahrungen nicht ins → Selbst integriert werden

können. Dieses Verständnis erleichtert auch die Abgrenzung von Krise zu psychischer Erkrankung.
Um eine Krise persönlich gut zu bewältigen, müssen die Betroffenen neue Bewältigungsstrategien lernen. Das klientenzentrierte Konzept als Veränderungsmodell gibt dafür die konkreten Beziehungsbedingungen vor, die notwendig sind, damit Klient/inn/en ihr Selbsthilfepotenzial entwickeln können. Dieses Beziehungsmodell gibt Kriterien vor, nach denen das gesamte Behandlungsangebot kontinuierlich daraufhin überprüft werden kann, ob Klient/inn/en diese förderliche Atmosphäre vorfinden. Dabei ist die Qualität der Beziehungen innerhalb des Helfernetzes von entscheidender Bedeutung. Die Theorie der → zwischenmenschlichen Beziehung mit ihrer Betonung der Kongruenz (→ Echtheit) als Initiator von gelingenden zwischenmenschlichen Beziehungen gibt Helfern eine konkrete Handlungmöglichkeit vor.
Die genaue Diagnose des subjektiven Krisenerlebens ermöglicht es, den Fokus der Krisenintervention inhaltlich und zeitlich zu gewichten: Es lässt sich dadurch erkennen, was durch Beratung, bzw. was nur durch begleitende medizinische, soziale, sozialarbeiterische und juristische Maßnahmen erreicht werden kann.

Gutberlet, M. (1995): Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie/ Klientenzentrierten Psychotherapie. GwG-info 61, 51-62
Keil, S. (2002): Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie. In: Keil W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 353-376
Kinigadner, S., Papst, A. (2001): Klientenzentrierte Krisenintervention. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/ Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas-Universitätsverlag, S. 345-361
Speierer, G.-W. (1997): Personzentrierte gesprächspsychotherapeutische Krisenintervention. In: Moshagen, D.H. (Hrsg.), Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen. Heidelberg, Asanger, S. 113-121

Sylvia Keil

Kunsttherapie → Expressive Arts Therapy

Lebensereignisbedingte Inkongruenz → DIM

Lehrtherapie → Ausbildung

Lernen → Signifikantes Lernen

Listening
Listening, wörtlich „zuhören", bezeichnet sowohl eine → Haltung, als auch eine Methode im → Focusing und in der → Focusing-Therapie. Die Grundhaltung im Focusing ist „zuhörend", also dem Klienten und der eigenen Person absichtslos und achtsam zugewandt, akzeptierend und Raum lassend (→ Freiraum).
Als Methode (→ Techniken) bezeichnet Listening das Bemühen des Therapeuten, genau zu verstehen, was der Klient wirklich meint, das Verstandene dem Klienten wiederzugeben und ihn einzuladen, dieses zu korrigieren. Dies geschieht einmal, um den Kontakt zum Klienten und zu dessen Erlebensprozess (→ Experiencing) her- und sicherzustellen, um also als Therapeut genau dort zu sein, wo der Klient im Augenblick ist und mit ihm dort zu verweilen, zum anderen, um den Klienten dabei zu unterstützen, eine unmittelbare Beziehung (direct reference) zu seinem augenblicklichen Erleben aufzunehmen. Listening bezieht sich also weniger auf die vom Klienten geäußerten Worte, sondern darauf, *woher* seine Worte kommen: auf sein implizites Erleben. Zugangswege zum impliziten Erleben des Klienten sind daher nicht nur dessen verbaler, sondern auch dessen nicht-verbaler Ausdruck (→ Avenues, → Erlebensmodalitäten, Handlungsmodalitäten), Listening ist nicht nur ein Hinhören, sondern auch ein Hinspüren, Hinschauen und Hinfühlen (→ Körper, Körperarbeit).

Eine andere Person zu *verstehen* erschöpft sich nicht im bloßen Wiederholen des von ihr Mitgeteilten, der Zuhörer muss *in* seiner Person → Freiraum schaffen für → Resonanz, also einen → Felt Sense entstehen lassen zur anderen Person und zu deren Äußerungen. In dieser Resonanz vollzieht sich Verstehen als konkretes Erleben, das das vom Klienten Gemeinte nicht nur abbildet sondern weiterführt (carrying forward). Deshalb sind Focusing-Therapeuten immer sowohl auf den Klienten bezogen, als auch auf sich selbst: auf das eigene Erleben in der gemeinsamen Situation mit dem Klienten.
Listening ist eine Variante des → Begleitens, in der der Therapeut dem Erleben des Klienten folgt und nichts Eigenes hinzufügt (im Gegensatz dazu: → Guiding). Methodische Spezifikationen des Listening sind das *Markieren* und das *Partialisieren* (um Focusing-Prozesse zu initiieren) und *Saying back* (um Focusing-Prozesse zu begleiten).
● *Markieren*:
Der Therapeut weist auf etwas im Text, in der Stimme oder im körperlichen Ausdruck des Klienten hin, das noch nicht symbolisierte (implizite) Bedeutungen andeutet. Dabei handelt es sich um Erlebensvorgänge im Klienten, die diesem noch unklar sind bzw. an denen er - manchmal aufgrund einer → Strukturgebundenheit - achtlos vorbeigeht. Beispiele: Schlucken, Atemanhalten oder tief Durchatmen, körperliche Haltungsveränderungen oder Veränderungen in der Stimme, Worte wie "immer", "überall", "manchmal", stereotype Formulierungen ohne Bezug zum unmittelbaren Erleben oder Ausdrücke, die auf etwas noch Unklares im Erleben hindeuten. Markieren geschieht z.B. durch Zurücksagen der entsprechenden Worte oder Formulierungen, durch Aufmerksammachen, Spiegeln oder Wiederholenlassen körperlicher Veränderungen oder durch offene Formulierungen wie „Irgend *etwas* ist da gerade (aber es ist noch unklar, was es bedeutet)“. Dieses noch unbenannte implizite „Etwas“ kann sich dann als → Felt Sense weiter explizieren, wenn der Klient, eingeladen durch das Markieren, seine Aufmerksamkeit darauf richtet.
Markieren ist auch Ausdruck eines Haltungsaspekts in der → Focusing-Therapie: Die Aufgabe des Therapeuten ist es, „nichts unter den Tisch fallen zu lassen“, sondern das, was er beim Klienten oder bei sich selbst wahrnimmt, dem augenblicklich vor sich gehenden Erlebens-/Beziehungsprozess zuzuführen - als Angebot, auf das der Klient nicht eingehen muss. Insofern kann Markieren auch den Methoden des → Guiding zugerechnet werden.
● *Partialisieren:*
Der Therapeut spricht den jeweiligen Erlebensinhalt des Klienten als Teil (als ein "Etwas") von dessen Person an, zu dem dann der Klient Beziehung aufnehmen und einen →Felt Sense entstehen lassen kann. Beispiel: Klient: "Ich bin ratlos." Therapeut: "Da ist *etwas* in Ihnen, das sich ratlos anfühlt." Das Partialisieren etabliert zwei wesentliche Voraussetzungen für das Zustandekommen des Focusing-Prozesses: (1) es lässt einen Abstand (→ Freiraum) zwischen der wahrnehmenden Person (→ Ich) und dem wahrgenommenen Erlebensinhalt entstehen, der die Identifikation zwischen Ich und Inhalt aufhebt und so eine unmittelbare Beziehungsaufnahme (direct reference) der Person zum Erlebensinhalt ermöglicht; (2) es greift den bereits expliziten Anteil ("ratlos") des Erlebensinhaltes auf und weist gleichzeitig auf die noch impliziten Anteile ("*etwas* in Ihnen") hin, die sich, wenn der Klient mit ihnen achtsam verweilt, explizieren können. Damit wird der Erlebensprozess weitergeführt (carrying forward, → Fortsetzungsordnung). Dieser Prozessschritt kann durch →Guiding unterstützt werden, z.B.: "Bleiben Sie noch ein bisschen bei dem (‚etwas') in Ihnen, das sich ratlos fühlt."
● *Saying back* ("Zurücksagen"):
Der Therapeut gibt bestimmte Worte des Klienten wörtlich wieder und zwar *nur dann*, wenn der Klient in innerer Achtsamkeit ist und eine unmittelbare Beziehung zu einem → Felt Sense aufgenommen hat. Dann fungieren bestimmte Wörter (v.a. Adjektiva und Verben) in den Sätzen des Klienten, aber auch Gesten und andere körperliche Ausdrucksweisen, als Symbolisierungsversuche des Felt Sense; das Saying back lädt den Klienten ein, diese Symbolisierungen mit dem Felt Sense nochmals zu vergleichen (→ Sechs-Schritte-Modell), es regt dadurch den

Focusing-Prozess an. Ein Veränderungsschritt (Felt Shift) geschieht dann, wenn der Klient Symbole (Worte, innere Bilder, Bewegungen, etc., → Erlebensmodalitäten) findet, die Aspekte des Felt Sense präzise ausdrücken und damit das Erleben fortsetzen.
Saying back wird nicht mechanisch praktiziert; was der Klient ausdrückt, „lässt der Therapeut durch seinen Körper durch", er benützt seine körperliche → Resonanz, um *die* Worte, die dem Klienten zurückgesagt werden müssen, zu bemerken und sie im richtigen Timing und in adäquater Ausdrucksqualität wiederzugeben. Das wörtliche Zurücksagen stellt sicher, dass der Klient sich nicht mit durch den Therapeuten veränderten Bedeutungsnuancen auseinandersetzen muss, sondern seinem eigenen Bedeutungsfindungsprozess nachgehen kann.

Cornell, A. W. (1993[3]): The Focusing guide's manual. Berkeley, Focusing resources [pp. 21f.]
Cornell, A. W. (1997): Focusing - Der Stimme des Körpers folgen. Reinbek, Rowohlt
Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1981, 1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt, S. 140-171
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 44-48]
Maas, R. (2002): Dem Zuhören lauschen. Focusing-Journal 9, S. 3-11
Wild-Missong A (1983, 1997[3]) Neuer Weg zum Unbewußten. Focusing als Methode klientenzentrierter Psychoanalyse. Würzburg, DAF [S. 29-42]
Wiltschko, J. (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 31-33
Wiltschko, J. (1995): Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF, S. 11-12

Johannes Wiltschko

Markieren → Listening

Menschenbild
Menschenbilder sind als Teil der Weltbilder unreflektierte oder (unsystematisch oder wissenschaftlich-systematisch) reflektierte, nicht beweisbare Modell- und Glaubensannahmen („basic beliefs"), die aus der Erfahrung und durch Auseinandersetzung gewonnen werden. Sie bilden die Basis für Anthropologie, Persönlichkeitstheorie, Motivationstheorie, Theorie der leidenden Person („Störungslehre") und Therapietheorie.
Personzentrierte Psychotherapie ist die Praxis eines Menschenbildes. Rogers entwickelte es vor allem aus der Reflexion der therapeutischen Beziehungen (daher die Erfahrungsnähe seiner Theorien), aus Herkunft und Erziehung sowie aus der Konfrontation mit gesellschaftlichen, wissenschaftstheoretischen, psychologischen, philosophischen und religiösen Strömungen. Das differenzierte Menschenbild des → Personzentrierten Ansatzes ist nicht einheitlich, jedoch im Wesentlichen konsistent. Die endgültige Namensbezeichnung „Person-zentriert" zeigt, dass für Klient wie Psychotherapeut das Bild des Menschen als → Person maßgeblich ist. Dies drückt die Dialektik von Selbstbestimmung (→ Aktualisierungstendenz) und Beziehungsangewiesenheit (Interpersonalität, → Begegnung) aus und begründet letztlich eine ethische Fundierung von Psychotherapie als Verantwortung gegenüber dem Anspruch von → Person zu Person. Die theoretisch reflektierte und supervidierte Selbsterfahrung in Beziehungen als Auseinandersetzung mit dem eigenen Menschenbild ist daher auch zentrales Element für die personzentrierte (als Persönlichkeitsentwicklung verstandene) Aus- und Weiterbildung.
Im Einzelnen können u.a. folgende Einflüsse auf das Menschenbild von Rogers (und für weitere Entwicklungen) ausgemacht werden:
1. wesentliche Elemente *jüdisch-christlicher Theologie* durch Erziehung, Pastoralpraxis und Theologiestudium (Bibel, Buber, Tillich - Personalität, monokausale Motivationstheorie, Pluralität, Begegnungsorientierung, Wertschätzung als Agape, Ethik, Optimismus, Kritik gegenüber Dogmatisierungen, Spiritualität, politische Dimensionen), weiterentwickelt durch Bowen, → Thorne, van Kalmthout, Schmid;
2. einzelne *fernöstliche Einflüsse* durch Chinareise und Zeitgeist (Lao-Tse, Zen-Buddhismus - Machtverständnis, Absichtslosigkeit, Spiritualität);

3. Modelle aus der *Landwirtschaft* durch Biografie und Agrarstudium (Erfahrungsorientierung, Organismusmodell);
4. Konzepte *klassischer Ontologie und Anthropologie* durch Studium (Aristoteles, Thomas - Akt-Potenz-Philosophie, Teleologie);
5. Individualismus und Subjektivismus durch zeitgeistige Kultur des US-Mittelwestens und Psychologiestudium („American Dream", New Deal, Emerson, Thoreau, Kilpatrick, Dewey - Individualität, Wachstumsorientierung, Pragmatismus, Optimismus, Erfahrungsorientierung, Epistemologie, Selbstkonzept);
6. Phänomenologie und kritische Wissenschaftsphilosophie aus Psychologie, Wissenschaftsverständnis und Reflexion eigener Forschung (Snygg, Combs, Polanyi, Tillich - Epistemologie, Ablehnung des logischen Positivismus, Empirieprimat, Nichtdirektivität, Grundhaltungen), weiterentwickelt durch → Gendlin (→ Experiencing), Pagès, → Swildens, → Lietaer, Mearns;
7. Existenzphilosophie durch Studentenhinweise und Lektüre (Kierkegaard - Persönlichkeitstheorie, Wahlfreiheit), weiterentwickelt durch Swildens;
8. Personalismus auf dieselbe Weise und durch persönliche Begegnung (Buber - Personbegriff, Begegnung, Kongruenz, Dialog, Präsenz), weiterentwickelt durch → Pfeiffer, Schmid (Teilhard, Levinas - personaler Ansatz, ethische Fundierung);
9. Vorläufer von *Konstruktivismus und Postmoderne* (Bateson - Wirklichkeitskonstruktion, Selbst), weiterentwickelt durch Kriz, Land, Stipsits, O'Hara, Fehringer, Frenzel (Derrida, Lyotard - systemtheoretische und narrative Ansätze, Aktualisierungstendenz, Dekonstruktion);
10. Behaviorismus durch Psychologiestudium (Thorndike - empirische, positivistische Forschung), dann Absetzung davon (Skinner - Selbstbestimmung, innere und äußere Freiheit, phänomenologische Forschung, Ablehnung reduktionistisch-naturwissenschaftlicher Modelle), vorübergehend prominent wieder aufgegriffen von → Tausch u.a. („Gesprächspsychotherapie");
11. Psychoanalyse durch Arbeit an der Child-Guidance-Clinic und Workshops (Rank, Taft - Beziehung, Unbewusstes, Einsicht, Wille) und Absetzung von der klassischen Analyse (Ablehnung von Diagnostik, Deutung, Übertragungsorientierung), radikalisiert von Shlien, späterer Einfluss auf entwicklungspsychologische (Biermann-Ratjen) und integrative Konzeptionen (Finke, van Kalmthout);
12. Ablehnung des *schulmedizinischen Modells und der konventionellen Psychiatrie* durch akademische Auseinandersetzungen und Wisconsin-Projekt (Gesundheitsorientierung, Ablehnung von Diagnostik und Krankheitslehre, relationale Orientierung), aber Weiterentwicklungen bei → Prouty (Merleau-Ponty - Prä-Therapie), Swildens, Binder (differenzierte Störungsansätze);
13. Humanistische Psychologie durch Forschung, Bekanntschaft und Zusammenarbeit (Allport, Goldstein, Maslow, May, Gestaltpsychologie, Encounter-Bewegung - ganzheitlicher Ansatz, Autonomie, Wahlfreiheit, Aktualisierungstendenz, Empathie, humanistisches Wissenschafts- und Forschungsparadigma, → Encounter-Gruppe, Großgruppen, Konflikt- und Friedensforschung), weiterentwickelt durch J.K. Wood, Barrett-Lennard, O'Hara.

Keil, W.W., Schmid P.F. (2001): Zur Geschichte und Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes. In: Frenzel, P., Keil W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas, S. 15-32

Kirschenbaum, H. (1979): On becoming Carl Rogers. New York, Delacorte

Korunka, C. (1997) (Hrsg.): Begegnungen: Psychotherapeutische Schulen im Gespräch. Dialoge der Person-Centered Association in Austria (PCA). Wien, Facultas

Korunka, C. (2001): Die philosophischen Grundlagen und das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes. In: Frenzel, P. Keil W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas, S. 33-56

Schmid, P.F. (1995): Personale Begegnung. 2. Aufl., Würzburg, Echter

Schmid, P.F. (1999): Personzentrierte Psychotherapie. In: Slunecko, T., Sonneck, G. (Hrsg.), Einführung in die Psychotherapie. Wien, UTB Facultas, S. 168-211

Schmid, P.F. (2001): "Du sollst dir kein Bild machen". Zum Stellenwert von Menschenbildern in Psychotherapie und Theologie. In: Posch, C., Schuierer, S., Schuierer A..J. (Hrsg.), Leib & Seele, Forum interdisziplinär, Bd. 2: Menschenbilder und ihre Wirkung. Thaur, Thaur, S. 35-62
Schmid, P.F. (2002): Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In: Iseli, C., Keil, W.W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P.F., Wacker, P. (Hrsg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/ Klientenzentrierte Psychotherapie an der Jahrhundertwende. Köln, GwG, S. 219-254

Peter F. Schmid

Modalitätenwechsel → Erlebensmodalitäten

Mythe

Damit wird in der Theorie der → Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie die subjektive Geschichte jedes Menschen umschrieben, d.h. die Geschichte, die er sich selber und den anderen vorhält. Diese drückt in einer gewissen Konsistenz den übergreifenden Bedeutungszusammenhang seines Leben, seiner aktuellen Lage, seiner Vergangenheit, seiner Zukunftspläne, seiner Ideale und seines Selbstbildes aus. Dabei handelt es sich nicht um eine genaue und objektive historische Darstellung, sondern um eine die persönlichen Beschränkungen begründende und das persönliche Versagen entschuldigende Geschichte. Diese Geschichte verteidigt und greift an, entschuldigt und verbirgt, mit dem Ziel, das → Selbstkonzept zu sichern. Entstellungen und Fälschungen, Überbetonung des einen und Unterbewertung des anderen gehören zu den eingesetzten Mitteln. Das Selbstkonzept wird so von der Mythe begründet, gesichert, getragen und erklärt.

Die Mythe ist also die zu den persönlichen Zwecken der jeweiligen Person berichtigte Individualgeschichte. Sie zeigt sich überall, wo die Person betrachtend sich selbst gegenübertritt oder sich in Selbstaussagen dem Anderen darstellt; sie enthält neben Aussagen über sich selbst (Selbstkonzept, Selbstbild, Selbstideal) auch ausgesprochen entschuldigende stereotype Aussagen hinsichtlich existenziellem Versagen und fehlender Selbstaktualisierung. Das heißt, die Mythe enthält Alibi-Elemente (→ Alibi).

Die Mythen der Gruppen, von welchen die Person teilweise ihre Identität herleitet, werden in die persönliche Mythe einverleibt: Die Mythe der Familie, der Volksangehörigkeit oder der religiösen und weltanschaulichen Zugehörigkeit nähren die persönliche Mythe und werden in dieser assimiliert.

Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG
Swildens, H. (1992): Die klientenzentrierte Therapie, die prozeßorientierte Gesprächstherapie und die personzentrierte Gesprächsführung: drei Töchter des gleichen Vaters, aber aus verschiedener Ehe. In: Stipsits, R., Hutterer, R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV/Universitätsverlag, S. 54-70
Swildens, H. (1993): Ansätze zur Psychopathologie und zu einer differentiellen Psychotherapie der Neurosen aus klientenzentrierter Sicht. In: Teusch, L., Finke, J. (Hrsg.), Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung. Heidelberg, Asanger, S. 82-102
Swildens, H. (2002): Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 187-206

Hans Swildens

Neurose

Diese ursprünglich aus der Neurologie stammende Bezeichnung wurde dort verwendet, um pseudo- bzw. paraneurologische Beschwerden anzudeuten. Der Begriff wurde von der Psychoanalyse übernommen und entwickelte sich zu einem neuen, bis vor kurzem noch wachsenden Gebäude von Bedeutungen. Für die → Personzentrierte Psychotherapie ist jedoch die psychoanalytische Theorie mit ihrer Betonung der Verursachung neurotischer Krankheitssymptome durch Konflikte, bei denen Es, Ich und Über-Ich eine Rolle spielen und diese Konflikte in wechselnder Konstellation mit der Abwehr und mit den Reaktionen darauf zu spezifischen neurotischen Syndromen führen, nicht bedeutsam. Die DSM- bzw. ICD-Klassifikationen beschränken

die Nosologie auf Symptome, die sich zu Syndromen zusammen fügen lassen, ohne sich um die Ursachen zu kümmern: Die Genese der beschriebenen Syndrome weist ohnehin stärker auf Anlagefaktoren hin. Sowohl das DSM- als auch ICD-Prinzip lehnt den Begriff auch in seiner Restbedeutung von (psychischem), nicht-psychotischem Leiden mit psychischer, psychosomatischer und somatischer Symptomatik und vielleicht zum Teil psychoreaktiven Ursprungs ab.
Rogers (1959/1987, S. 53) neigte dazu, „jegliche Vorstellung von Neurose und Psychose als abgeschlossene Einheiten ..., was ... sich als unglückliche und irreführende Konzeption herausgestellt" habe, zu vermeiden. Dass der Begriff trotz allem weiterhin auch im klientenzentrierten Umfeld (z.B. Finke 1994; Heinerth 2002) gebräuchlich ist, liegt auch daran, dass für diese Gruppe von umschriebenen Syndromen mit gemischtem psychoreaktiven und konstitutionellen Ursprung eine andere (bessere) allgemein akzeptierte Bezeichnung noch fehlt. Es sind Zustände angesprochen, die früher als hysterische, depressive (→ Depression), zwanghafte (→ Zwang), neurasthenische, somatisierende (→ Psychosomatik), phobische und angstneurotische (→ Angststörungen) bezeichnet wurden.
Aus der Sicht der → Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie unterscheiden sich die genannten Syndrome vom einfachen Erleben von → Inkongruenz (als Unfrieden mit sich selbst, als Gefühl der Entfremdung oder als innere Zerrissenheit), werden hier den Neuroseformen doch jeweils mehr oder weniger fest etablierte Muster der Wahlverhinderung und Existenzverweigerung mit dazugehöriger → Mythe und passendem → Alibi zugeordnet. Gerade diese phänomenologisch fundierten Totalmuster schmieden aus dem lockeren Gefüge der Symptome eine phänomenologisch-nosologische Krankheitseinheit, die Schlüsse hinsichtlich einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung ermöglichen.
Während weitgehend „gesunde", aber in Probleme geratene Klienten unter Umständen am meisten durch eine klassische Klientenzentrierte Psychotherapie profitieren, scheint für Klienten, die an stabilen neurotischen Syndromen leiden, Hilfe durch eine prozessorientierte Behandlungsweise geboten, weil diese die spezifische neurotische Struktur berücksichtigt bzw. ihr Rechnung trägt. Beide Gruppen, sowohl die „Gesunden" mit Problemen als auch „neurotische" Personen, haben als gemeinsames Merkmal die Erfahrung der Inkongruenz und diese Erfahrung motiviert zur → Selbstexploration, die ja als zentrales Merkmal von Klienten anzusehen ist, bei denen eine Klientenzentrierte Psychotherapie indiziert ist (→ Indikation) (vgl. Speierer 1994).

APA (1994): Diagnostic and Statistical Manual. 4th. ed. Washington (DC), American Psychiatric Association; dt. (1998): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen. DSM IV (dt. Bearbeitung: Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M., Houben, I.). Göttingen, Hogrefe
Fenichel, O. (1955): The psychoanalytic theory of neurosis. London, Routledge and Kegan Paul; dt. (1974): Psychoanalytische Neurosenlehre. Walter, Olten
Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Heinerth, K. (2002): Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differenziellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen. In: Iseli, C., Keil, W.W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P.F., Wacker, P. (Hrsg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/ Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Köln, GwG, S. 145-180
Hoffmann, S.O. (1986): Psychoneurosen und Charakterneurosen. In: Kisker, P., Lauter, H., Meyer, J.E., Müller, C., Strömgren, E. (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Bd. I. Berlin-Heidelberg-New York, Springer, S. 29-63
Rogers, C.R. [1957] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Speierer, G.-W. (1994): Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg, Asanger

Hans Swildens

Neurosenlehre → Störungslehre

Non-direktiv
Mit dem Begriff „non–direktiv" bezeichnet man eine bestimmte Form der Beziehungsgestaltung und des praktischen Vorgehens innerhalb der → Personzentrierten Psychotherapie: Der

non–direktive Psychotherapeut unterlässt sämtliche Direktiven sowie kontrollierende, lenkende, suggestive und manipulierende Aktivitäten. Die therapeutische → Beziehung ist so strukturiert, dass die inhaltliche Gestaltung, die Ziele und die Entwicklung des Prozesses in der Verantwortung des Klienten sind. Rogers grenzt sich mit dieser Bezeichnung gegenüber direktiv–bevormundende Formen der Psychotherapie und Beratung ab. Die nicht-direktive Einstellung betont das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten. Im Gegensatz dazu steht ein planend-berechnendes Vorgehen, das den Verlauf, Inhalt und Ausgang therapeutischer Gespräche zu steuern und zu determinieren versucht. Nicht–Direktivität kommt in der therapeutischen Praxis durch eine permissive Beziehung in einem eindeutig strukturierten → Setting zum Ausdruck. Detailschritte und Detailmaßnahmen zielen auf die Entwicklung einer freien und gewährenden Beziehung, in der die Freiheit des Ausdrucks auf Seiten des/der Klienten/in gefördert wird. Es werden dirigistische Formen der Gesprächsführung vermieden (Ratschläge, Interpretationen, „Ausfragen", Diagnosen und diagnostizierende Feststellungen, Instruktionen, bewertende Bemerkungen, enge Fragen und längere Äußerungen des/der Psychotherapeuten/in etc.). Das Meta-Ziel ist die eigenständige Weiterentwicklung des Klienten.

Zwei Missverständnisse zum Konzept der Non-Direktivität sind häufig:

• Eine non-direktive Vorgangsweise wird mit Inaktivität und Passivität gleichgesetzt.

• Bei einer non-direktiven Vorgangsweise wird das Fehlen bzw. Leugnen jeglicher Beeinflussung unterstellt.

Beide Missverständnisse übersehen: Non-Direktivität ist eine Art der Beeinflussung, die durch nicht-lenkende Aktivitäten erfolgt.

Ein Schwerpunkt auf die non-direktive Vorgangsweise wurde besonders in der ersten Phase der Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie (1942-1951) gelegt (→ Historische Entwicklung). Später wurde sie teilweise in Frage gestellt bzw. neuinterpretiert: Prozess–Direktivität wurde als Möglichkeit angesehen, die Art der Selbstauseinandersetzung von Klienten zu beeinflussen, ohne den Inhalt zu bestimmen. Non–Direktivität wurde als Werkzeug gesehen, das je nach Therapiephase oder Störungsart eingesetzt wird (instrumentelle Non-Direktivität). Neuinterpretationen betonen Nicht–Direktivität als komplexe Einstellung, die Respekt vor der Einzigartigkeit und Eigenständigkeit des Individuums und seiner Fähigkeit zur Selbstregulierung enthält. Der theoretische Hintergrund dafür ist die Bedeutung der → Aktualisierungstendenz, die ihre Wirksamkeit erst beim Erleben innerer Freiheit und eindeutiger Wahlmöglichkeiten entfaltet.

Cain, D. (1990): Further thoughts about nondirectiveness and client-centered therapy. *Person-Centered-Review* 5, 1, pp. 89-99

Grant, B (1990): Principled and instrumental nondirectiveness in person-centered and client-centered therapy. *Person-Centered-Review* 5, 1, pp. 77-88

Raskin, N. (1948): The development of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology* 12, pp. 92-110

Rogers, C.R. [1942] (1972): Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)

Tausch, R., Tausch, A.-M. (1990): Gesprächspsychotherapie. 9. Aufl. Göttingen, Hogrefe

Robert Hutterer

Organismische Bewertung → Organimus

Organismische Erfahrung → Erfahrung

Organismus

Zentrales Konzept in der → Persönlichkeitstheorie von Rogers bzw. des Personzentrierten Ansatzes, das zwar in Rogers' Lehrbuch (1951) bereits in das Begriffsrepertoire aufgenommen war, in seinem recht formal gehaltenen Abriss aus dem Jahre 1959, der auch die Definitionen der grundlegenden Termini enthält, aber nicht explizit als Begriff erläutert wird! Rogers selbst

traf zu einem späteren Zeitpunkt auf die definitorische Bestimmung von Begriffen wie Organismus, → Selbst und → Person angesprochen, folgende Unterscheidung: „I use the term *‚organism‘* for the biological entity. The actualizing tendency exists in the biological human organism. I use the term *‚self‘*, when I am referring to the concept a person has of himself, the way he views himself, his perception of his qualities, and so on. I use the term *‚person‘* in a more general sense to indicate each individual“ (Rogers & Schmid 1991, S. 128).
Aus personzentrierter Sicht wird also - nicht ganz einheitlich - unter Organismus der „innere Kern“ (Rogers 1961/1973, S. 100) bzw. die biologische Einheit eines Lebewesens, im Besonderen einer Person, verstanden, aber auch ihre Gesamtheit. Demnach ist es der Organismus, der ständig → Erfahrungen (viszerale oder Sinneserfahrungen) macht, derer sich ein Mensch grundsätzlich bewusst werden kann (→ Gewahrsein, -werden). Es geht also um die psychologischen Aspekte von biophysiologischen Vorgängen (einschließlich der Wahrnehmung von „externen“ Prozessen und Emotionen). Prozesse im Organismus, die prinzipiell unerfahrbar sind - wie z.B. die Aktivität von Nervenzellen oder Blutzuckerveränderungen - gehören nicht zur organismischen Erfahrung. Wesentlich für den Menschen ist, dass diese Erfahrungen symbolisiert werden können und als dynamisch organisierte Gestalt eine zentrale Grundlage des Selbst bilden.
Dies bedeutet auch, dass eine Person in ihr Selbstkonzept Inhalte aufnehmen kann, die nicht mit dem eigentlichen Erleben übereinstimmen bzw. dass relevante Erfahrungen vor dem Bewusstsein ausgeklammert bleiben (→ Inkongruenz). In diesem Falle wird von unterschwelligen Wahrnehmungen ausgegangen, die zwar organismisch von der Person empfangen worden sind, jedoch keine exakte → Symbolisierung erfahren haben (→ Abwehr) und daher im Selbstkonzept einer Person nicht adäquat abgebildet sind.
Der Organismus ist auch der Ausgangspunkt für die → Aktualisierungstendenz. Er ist autonom und grundsätzlich fähig zur Bewertung, ob Ereignisse – sowohl in Hinblick auf die Gegenwart als auch auf lange Sicht – eine konstruktive Entwicklungstendenz unterstützen bzw. ob sie für den Organismus als Ganzes (einschließlich des Subsystems „Selbst“) förderlich und erhaltend sind oder nicht. Daraus schließt Rogers (1961/1973), dass man auf diese innere, organismische Bewertungsinstanz, auf die „Weisheit des Körpers“ vertrauen kann. Im Idealfall würde daraus hypothetisch eine Person resultieren, die offen für den Prozess des Seins und Werdens ist (→ „Fully functioning person“). Befindet sich der Bewertungsort jedoch nicht im Inneren des Individuums selbst, sondern in wesentlichen Aspekten in anderen Personen, dann können Erfahrungen allein deshalb negativ bewertet (und gemieden) bzw. positiv bewertet (und angestrebt) werden, weil ihre Bewertung von anderen übernommen wurde (→ Bewertungsbedingungen), und nicht, weil sie förderlich oder hinderlich für den Organismus sind.
Eingeschlossen sind im Organismuskonzept auf jeden Fall die physische (leibliche) und psychische Dimension. Rogers selbst (1961/1973) betont die Wichtigkeit der Verschränkung von körperlich-emotionaler Empfindung und rationaler Abwägung möglichst aller verfügbaren Informationen sozusagen als Gesamtpaket menschlicher Urteilsfähigkeit. Daher mutet es den Organismusbegriff verkürzend an, wenn Quitmann (1991, S. 163) meint, dass der Organismus keine Entscheidungen fällen kann: „Entscheiden und wählen kann nur der Mensch, der mehr als ist sein Organismus“. Dies mag mit Mängeln in der Persönlichkeitstheorie Rogers’ zusammenhängen, in der das handelnde und reflexive Subjekt – etwa in der Form eines → Ich – unbenannt bleibt (vgl. Spielhofer 2001). Gerade auch die aktive, urteilsbildende und Stellung nehmende Funktion müsste aber Bestandteil eines ganzheitlichen Verständnisses von Organismus sein, dann als Synonym für Person bzw. Individuum, worin auch die bewusste, die organismischen Erfahrungen als solche bewertende Seite integriert wäre (vgl. auch → Körper).

Höger, D. (1993): Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln, GwG, S. 17–41

Quitmann, H. (1991): Humanistische Psychologie. Zentrale Konzepte und philosophischer Hintergrund. Göttingen, Hogrefe [bes. S. 128ff.]
Rogers, C. R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1961] (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett
Rogers, C.R., Schmid, P.F. (1991): Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald
Spielhofer, H. (2001): Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. *Person* 5, 1, S. 5-18

Gerhard Stumm, Jürgen Kriz

Paarbeziehung, Theorie der → Paartherapie

Paartherapie

Von Paartherapie im engeren Sinn wird dann gesprochen, wenn es um eine Therapie geht, deren Anlass Probleme in einer Paarbeziehung sind, und wenn beide Partner gleichzeitig in den Therapiesitzungen anwesend sind. Davon zu unterscheiden sind Therapien, bei denen die Partnerin oder der Partner (vorübergehend) in eine Psychotherapie einbezogen wird, weil das aufgrund der psychischen Störung eines der beiden Partner als indiziert gilt, sowie Angebote, die vorwiegend präventiv orientiert sind, wie z.B. Präventionsprogramme, in denen Paaren Kommunikations- oder Problemlösefertigkeiten vermittelt werden (z.B. → Interactive Focusing).

Paartherapien (im engeren Sinn) werden nach dem *Fokus* bzw. den *Zielen* der Therapie und nach der *theoretischen Orientierung* des Psychotherapeuten differenziert (für einen Überblick und weitere Literatur siehe Kaiser 2000; Schweitzer & Schlippe 2000). Beispiele für die Kategorisierung nach dem Fokus der Therapie sind etwa die Sexualtherapie und die Trennungs- bzw. Scheidungsberatung. Weit verbreitet ist die Einteilung in klassisch-behaviorale, kognitiv-behaviorale, einsichtsorientierte/psychodynamische, erfahrungsorientierte und systemische Paartherapien; die klientenzentrierte Paartherapie gehört – gemeinsam mit der „emotionsfokussierenden Paartherapie“ (vgl. z.B. Johnson 1996) – zur Gruppe der erfahrungsorientierten Ansätze. Während sich die klassisch-behaviorale Paartherapie relativ klar von allen anderen Ansätzen abgrenzen lässt, sind sich die anderen Ansätze in letzter Zeit in ihren Zielen und Schwerpunktsetzungen auffallend nahe gekommen. Auch bezüglich der früher heftig diskutierten Frage nach dem günstigsten → Setting sind Annäherungen feststellbar; die früher behaupteten Vorteile der „Cotherapie“ (Durchführung einer Paartherapie durch zwei Therapeuten) haben sich empirisch nicht belegen lassen. *Unterschiede* zwischen den einzelnen Ansätzen betreffen derzeit am stärksten die Konzeption der therapeutischen Beziehung, das Gewicht, das Verhaltensaspekten und der Berücksichtigung von Kognitionen oder von Emotionen zukommt, und das konkrete Vorgehen: ob z.B. Hausaufgaben gegeben werden, wie strukturiert die einzelnen Sitzungen sind, etc.

Aus klientenzentrierter Perspektive ist vor allem der aktuelle Trend zur Fokussierung der individuellen Veränderung jedes der beiden Partner hervorzuheben, der sich inzwischen ansatzübergreifend durchzusetzen beginnt (vgl. z.B. Bodenmann 2001; Hinsch & Steiner 1997; Jacobson & Christensen 1996). Eine Fokussierung der individuellen Veränderungen ergibt sich nämlich auch aus der Theorie der klientenzentrierten Paartherapie, die aus Rogers’ Theorie der Therapie einerseits, seiner Theorie der zwischenmenschlichen → Beziehungen andererseits hergeleitet ist (im Einzelnen vgl. Auckenthaler 1983). Veränderungen in einer Beziehung sind demnach nur über die Veränderung der Beziehung jedes der beiden Partner zu sich selbst erreichbar. Ziel der klientenzentrierten Paartherapie ist es daher, dass jeder der beiden Klienten einen besseren Zugang zu den eigenen Emotionen, Wünschen und Bedürfnissen gewinnt, sich selbst besser versteht und akzeptiert und damit auch fähig wird, die Partnerin bzw. den Partner besser zu verstehen und zu akzeptieren. Die Klienten werden also nicht darin unterstützt, die *Beziehung* oder den *anderen* zu verändern, sondern darin, sich ihrer eigenen Beziehungs-

definition, ihrer eigenen Wünsche an die Beziehung und den Partner und ihrer eigenen Anteile an den Beziehungsproblemen bewusst zu werden und damit die *Fähigkeit* zu einer Verbesserung der Beziehung zu entwickeln. Auch wenn der therapeutische *Prozess* durch die individuellen Veränderungen der beiden Klienten beschrieben wird, ist der *Erfolg* einer klientenzentrierten Paartherapie anhand der *Auswirkungen* der individuellen Veränderungen *auf die Beziehung* der Klienten zueinander zu bewerten. Klientenzentrierte Paartherapie nach einer „individuumszentrierten" und einer „beziehungszentrierten" Position zu unterscheiden (vgl. Esser & Schneider 1990; Linster 2000) ist daher irreführend, weil damit unterstellt wird, dass durch die Konzentration auf die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit beim Einzelnen die Beziehung aus dem Blick verloren würde. Die Orientierung an den theoretischen Grundlagen der klientenzentrierten Paartherapie verlangt aber lediglich einen Verzicht auf inhaltliche Vorgaben zur „guten" oder „richtigen" Beziehung und meint nicht, dass die Beziehung der beiden Klienten zueinander vernachlässigt würde.
Die gute Übereinstimmung der theoretischen Annahmen der klientenzentrierten Paartherapie mit dem aktuellen Verständnis von Paartherapie kann nicht über ihre randständige Position in der wissenschaftlichen Literatur hinwegtäuschen. Das liegt u.a. daran, dass empirische Untersuchungen zur klientenzentrierten Paartherapie bisher fehlen.

Auckenthaler, A. (1983): Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren. Stuttgart, Kohlhammer
Bodenmann, G. (2001): Neuere Entwicklungen in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Paartherapie. *Psychotherapeut* 3, S. 161-168
Esser, U., Schneider, I. (1990): Client-centered partnership therapy as relationship therapy. In Lietaer, G., Rombauts, J., Balen Van, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, University Press, pp. 829-846
Hinsch, J., Steiner, E. (1997): Systemische Paartherapie: Vom Paar zum Subjekt. In: Reiter, L., Brunner, E.J., Reiter-Theil, St. (Hrsg.), Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin, Springer, S. 121-142
Jacobson, N.S., Christensen, A. (1996): Integrative couple therapy. Promoting acceptance and change. New York, W.W. Norton & Company
Johnson, S.M. (1996): Practice of emotionally focused marital therapy. New York, Brunner & Mazel
Kaiser, P. (Hrsg.) (2000): Partnerschaft und Paartherapie. Göttingen, Hogrefe
Linster, H.W. (2000). Klientenzentrierte Paartherapie. In: Kaiser, P. (Hrsg.), Partnerschaft und Paartherapie. Göttingen, Hogrefe, S. 270-291
Schweitzer, J., Schlippe, A. v. (2000): Paartherapie. *Psychotherapie im Dialog* 2, 1 [Themenheft]

Anna Auckenthaler

Palliative Care → Trauerbegleitung

Panikattacken → Angststörungen

Partialisieren → Listening

Partnerschaftliches Focusing
Eine von Eugene → Gendlin und seinen Mitarbeitern im Rahmen der Selbsthilfebewegung *„Changes"* entwickelte → Anwendung des → Focusing: Zwei Personen begleiten sich wechselseitig nacheinander in ihren Focusing-Prozessen. Die Beachtung folgender Prinzipien ist dabei hilfreich: (1) Jeder Partner erhält die gleiche Zeit. (2) Die fokussierende Person (A) entscheidet frei, mit welchem Thema sie sich innerlich befassen möchte. Genau so frei entscheidet sie jeweils, welche inneren Prozesserfahrungen und Erlebensinhalte und -bedeutungen sie für sich behalten und welche sie mitteilen und ausdrücken möchte. Der private Erfahrungsraum der fokussierenden Person ist durch dieses Prinzip geschützt. (3) Die begleitende Person (B) stellt sich möglichst absichtslos auf den Erlebensfluss von A ein, gewährt → Freiraum für die Erlebensinhalte und -bedeutungen von A und ist bereit, von A zu lernen, wie er/sie begleitet und unterstützt werden möchte. (4) Person A und B geben am Ende der partnerschaftlichen Focusing-Sitzungen einander Rückmeldung und schaffen so eine kollegiale Lernsituation und

Freiraum in der zwischenmenschlichen Interaktion. Das bedeutet: Die fokussierende Person ist für die Gestaltung ihres Prozesses selbst verantwortlich, kann sich die Zeit nehmen, die sie braucht, um sich selbst innerlich zu begleiten, behält so die „Regie“ und ist optimal sicher.
Voraussetzungen: Ausreichende Focusing-Erfahrung der beiden Partner (→ Sechs-Schritte-Modell), Realisierung der Grundhaltung (→ Haltung), Basisfertigkeiten im → Begleiten von Focusing-Prozessen (→ Listening, → Guiding, → Techniken), Freiraum in der → Beziehung, bzw. die Bereitschaft und die Fähigkeit, eventuell auftretende Störungen im Kontakt zu besprechen und zu klären.
Partnerschaftliches Focusing kann genutzt werden, um persönliche Probleme zu bearbeiten, → Träume zu verstehen, kreative Prozesse anzuregen, Entscheidungen zu treffen oder andere persönliche Entwicklungsschritte zu unterstützen. Varianten des Partnerschaftlichen Focusing sind das → Interactive Focusing, das speziell für das Klären von Paarbeziehungen in der Privat- und Arbeitswelt entwickelt wurde und das → Co-Focusing.
Wegen der Reversibilität der Rollen von A und B ist das Partnerschaftliche Focusing zugleich ein emanzipatorisches Beziehungsmodell der psychosozialen Selbsthilfe - im professionellen Bereich kann es außerdem als wirkungsvolle Form kollegialer Supervision (Intervision) und Beratung genutzt werden.

Cornell, A. W. (1997): Focusing - Der Stimme des Körpers folgen. Reinbek, Rowohlt
Cornell, A. W. (2001): Sicheres Focusing mit (fast) jedem Partner. *Focusing Journal 7*, S. 12-13Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt [S. 201-202]
Gendlin, E T. (1984): The politics of giving therapy away: Listening and focusing. In: Larson, D. (Ed.), Teaching psychological skills: Models for giving psychology away. Monterey, Brooks and Cole, pp. 287-305
Gendlin, E.T. (1987): Focusing partnerships. *The Focusing Folio 6*(2), pp. 58-78
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 194-211]

Hans Neidhardt

Person

Der für den Ansatz namengebende und sein → Menschenbild bestimmende anthropologische Personbegriff stammt aus der jüdisch-christlichen Theologie und der europäischen Philosophie und umfasst zwei Traditionsstränge: Der *substanziale Personbegriff* betont die Sub-stanzialität (Selbst-ständigkeit), In-dividualität (Unteilbarkeit, Einzigartigkeit), Selbstreflexivität, Freiheit, Autonomie und Würde des Menschen (Boëthius, Thomas, Kant, Husserl, Aufklärung, Scheler, Plessner, Existenzialismus: z.B. Kierkegaard, Jaspers, Guardini, UNO-Menschenrechtsdeklaration, EU-Grundrechts-Charta). Ursprünglich benennt der *relationale Personbegriff* die Eksistentialität, das vorgängige In-Beziehung-Sein und Einander-Gegenüber-Sein, die Beziehungsangewiesenheit, Dialogfähigkeit und Verantwortung zur Solidarität (Kirchenväter, Trinitätstheologie, Augustinus, Richard von St. Viktor, Fichte, Phänomenologie, Teilhard de Chardin, Personalismus: z.B. Buber, Levinas).
Mit dem dialektischen Axiom der → Aktualisierungstendenz, die sich erst in einem personzentrierten Beziehungsklima entsprechend entfalten kann, schließt Rogers an beide Traditionsstränge in ihrer charakteristischen Spannung an. In der (hypothetischen) → „fully functioning person” werden beide Dimensionen des paradigmatisch mit Souveränität und Engagement benennbaren Personseins und Personwerdens als voll verwirklicht vorgestellt: ganz selbst geworden zu sein und gleichzeitig ganz auf die anderen hin offen zu sein. Die Beziehung, die dem Verhältnis „person to person“ entspricht, wird dementsprechend mit dem der abendländischen Tradition entstammenden Begriff → „Begegnung“ charakterisiert. Die personzentrierten → Grundhaltungen werden als Verwirklichung personaler Qualitäten verstanden. Die personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie - einschließlich Erkenntnistheorie, Entwicklungspsychologie, Theorie der leidenden Person („Störungslehre“), → Therapietheorie (Therapie als Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung) sowie Ausbildungs- und Forschungskonzept - beruht phänomenologisch und praxeologisch auf dem Verständnis von Personalisation

(Personwerdung) als Aktualisierung des Potenzials in der Austragung der genannten Gegensätze im ständigen Gegenüber der Begegnung. Mit der Sicht des Klienten wie des Psychotherapeuten als Person und der Psychotherapie als personaler Begegnung hat Rogers einen bis heute uneingeholten radikalen Paradigmenwechsel von der (ein Objekt) behandelnden zur (einer Person) begegnenden Perspektive in der Therapie vollzogen. Für → Persönlichkeitstheorie wie Therapiepraxis gleich bedeutsam ist die Konzeptualisierung der Geschlechterdualität, die der Tatsache Rechnung trägt, dass die Person konkret als Frau und Mann existiert.

Rombach, H. (Hrsg.) (1966): Die Frage nach dem Menschen. Aufriß einer philosophischen Anthropologie. Freiburg i. Br., Herder

Schmid, P.F. (1991, 2000): Souveränität und Engagement. Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person". In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. 4. Aufl. Mainz, Grünewald, S. 15-184, 297-305

Schmid, P.F. (1988): Im Anfang ist Gemeinschaft. Stuttgart, Kohlhammer

Schmid, P.F. (1997): Vom Individuum zur Person: Zur Anthropologie in der Psychotherapie und zu den philosophischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes. *Psychotherapie Forum* 4, S. 191-202

Schmid, P.F., Winkler, M. (2002): Die Person als Frau und Mann. Zur Geschlechterdifferenz in Personzentrierter Therapie und Beratung. In: Iseli, C., Keil, W.W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P.F., Wacker, P. (Hrsg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/ Klientenzentrierte Psychotherapie an der Jahrhundertwende. Köln, GwG, S. 65-90

Peter F. Schmid

Personale Begegnung → Person, → Begegnungsphilosophische Perspektive

Persönlichkeitsstörungen

Personen mit Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich insbesondere von solchen mit → Neurosen durch das Fehlen einer erlebten → Inkongruenz. In der Psychoanalyse ist hier von „ego-synton" die Rede. Das bedeutet, dass bei dieser Gruppe das Verlangen nach Selbsterkenntnis und die → Selbstexploration nicht den primären Beweggrund der Psychotherapie bilden. Vielmehr ist hier eine andere Form der Hilfe verlangt, sodass sich eine angemessene Motivation zur Psychotherapie entwickeln kann (siehe weiter unten).

Die 1928 von Kurt Schneider eingeführte Krankheitskategorie wurde nach einer Periode, in der sie teils den sogenannten Neurosen bzw. Charakterneurosen, teils den Psychopathien zugeordnet war, z.B. im Rahmen des DSM als eigenständige psychopathologische Kategorie eingegliedert (Millon 1969). Epidemiologische Studien lieferten Belege, die die Bedeutung dieser Diagnosegruppe für die Psychotherapie und Psychiatrie unterstrichen: Sowohl die Häufigkeit und Verbreitung (Prävalenz) der Persönlichkeitsstörungen (ca. 13,5% der Gesamtbevölkerung in „westlichen" Ländern nach Weissman 1993) als auch das Ausmaß der Komorbidität mit „neurotischen" Störungen (ca. 35–50% bei Angststörungen und bei Depressionen nach Koenigsberg et al. 1985) weist auf eine große und für die Psychotherapie relevante Klientengruppe hin, wobei aber die Behandelbarkeit mit Psychotherapie nur beschränkte Perspektiven zu bieten scheint.

Definitorisch sind Persönlichkeitsstörungen durch folgende Kriterien gekennzeichnet: Es handelt sich um „ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der sozio-kulturellen Umgebung abweicht .... Dieses Muster ist starr und beeinflusst ein weites Feld persönlicher und sozialer Situationen .... und führt in einem bedeutsamen Ausmaß zu Leiden sowie sozialen, beruflichen und anderen Beeinträchtigungen" (APA 1998, S. 251).

Das DSM IV unterscheidet drei Subgruppen („Cluster"): Der A-Cluster umfasst Personen am Rande der Psychose wie schizoide, paranoide und schizotypische Persönlichkeitsstörungen. Bei dieser Gruppe hat sich kein kohärentes → Selbst entwickelt, sodass teilweise Lösungen, z.B. bei Abgrenzungsproblemen, nur zu einer vorläufigen oder Pseudo-Identität geführt haben (Biermann-Ratjen 1993). Als Antwort auf die bedrohte Lage des primitiven „Vorselbst" gilt es zu verstehen: bei schizoiden Personen das generelle Zurückziehen, bei Paranoiden den Kampf

bzw. die Kampfbereitschaft, bei den schizotypischen Erscheinungsformen, die von Fragmentierung bedroht sind, die teils psychotischen Integrationsversuche und Fluchtmanöver. Im B-Cluster sind die Prozesse der Selbstbildung weiter fortgeschritten: Es hat sich ein zum Teil sehr verletzliches Selbst entwickeln können. Es ist vor allem diese Gruppe, die wir unter *Selbstpathologien* verstehen und zusammenfassen. Die Verletzbarkeit des Selbst führt zu spezifischen Schutzmaßnahmen, wie sie bei der → Borderline-Persönlichkeitsstörung und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung in Form von sogenannten primitiven Abwehrmechanismen zu beobachten sind. Personen, die dem C-Cluster zuzuordnen sind, zeigen zwar ein stabiles Selbst, doch dieses ist schwach und führt zu Einschränkungen im Umgang mit sich und der Mitwelt, z.B. das Vermeiden von Fremdbeziehungen bei der vermeidenden Persönlichkeit, das Verharren in der Abhängigkeit bei abhängigen Personen.

Diese Einteilung hat Konsequenzen für die Gesprächspsychotherapie, denn das gemeinsame Merkmal dieser Klientengruppe ist die relative Schwäche des → Selbst. Das aber bedeutet, dass Selbstaktualisierung (→ Aktualisierungstendenz) oft nur in sehr eingeschränktem Ausmaß oder auch gar nicht möglich ist. Die betroffene Person muss sich auf das Überleben (auf das Erhalten des Status quo) orientieren. Daher ist sie nicht primär auf Erleben (→ Erfahrung) und Selbstexploration ausgerichtet, sondern auf praktische Hilfe beim psychischen „Überleben". Die strukturelle phänomenologische Andersartigkeit und das damit zusammenhängende Fehlen an Inkongruenzerfahrungen, der Mangel an Empathie, die Tendenz zu externaler Problemzuschreibung und dazu, die Verantwortung bzw. Schuld für das eigene Verhalten bei anderen zu suchen, machen eine → Personzentrierte Psychotherapie im engeren Sinne unmöglich und fordern ein prozessorientiertes Vorgehen (→ Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie). Auch die primitiv genannten, auf Überleben gerichteten Abwehrmanöver (→ Abwehr) wie Spalten, Externalisieren und Verdinglichen erschweren eine primär explorierende Psychotherapie und machen eine stützend-strukturierende Arbeitsweise mit Prozessorientierung notwendig (vgl. auch Sachse 1997). Trotzdem kann vor allem bei der → Borderline-Persönlichkeitsstörung, die mehrere für Persönlichkeitsstörungen atypische Merkmale aufweist, auch mehr aufdeckend gearbeitet werden (Eckert & Biermann-Ratjen 2000).

APA [1994] (1998) Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen. DSM IV (dt. Bearbeitung: Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M., Houben, I.). Göttingen, Hogrefe

Biermann-Ratjen, E.-M. (1993): Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln, GwG, S. 77-87

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E-M. (2000): Gesprächspsychotherapie nach Rogers - Prinzipien einer klientenzentrierten Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.), Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, Schattauer, S. 595-611

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

Koenigsberg, H.W., Kaplan, R.D., Gilmore, M.M., Cooper, A.M. (1985): The relationship between syndrome and personality disorder in DSM III: experience with 2462 patients. *American Journal of Psychiatry 142*, pp. 207-212

Millon, Th. (1996): Disorders of personality. New York, John Wiley

Sachse, R. (1997): Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen, Hogrefe

Swildens, H. [1988] (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Swildens, H. (1996): Client-centered psychotherapy in personality disorders. In: Esser, K., Pabst, H., Speierer, G.-W. (Eds.), The power of the Person-centered approach. New challenges – perspectives – answers. Köln, GwG, pp. 205-213

Weissman, M. (1993): The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders.* Supplement, pp. 40-62

Hans Swildens

Persönlichkeitstheorie

Die von Rogers zuerst entworfene Theorie der Psychotherapie erlaubt Folgerungen zur Natur des Menschen: Er sei fähig, seine → Inkongruenz zwischen → Erfahrung und Selbstkonzept (→ Selbst) wahrzunehmen, sei bestrebt, diese Inkongruenz in einen Zustand psychischer Ausgeglichenheit zu verändern, und vermöge dies zuverlässig in einer Beziehung, die von bestimmten Bedingungen gekennzeichnet ist. Dies führt zu seiner Grundannahme von Wachstum, Aktualisierung und Selbstaktualisierung.

Für die daraus entstandene Persönlichkeitstheorie ist diese grundsätzlich anzunehmende → Aktualisierungstendenz das Fundament. Sie ist eine grundlegende, psychologisch nicht hinterfragbare, dem → Organismus innewohnende Kraft zu wachsen und sich zu realisieren. Dieser Prozess der Selbstorganisation ist eine Anpassung an die Erfordernisse der Erhaltung und Gestaltung des eigenen Organismus, nämlich an seine organismischen Bewertungen aller Erfahrungen. Aus dieser Aktualisierungstendenz und parallel zu ihr erwächst die Selbstaktualisierungstendenz, das Wachstumspotenzial zur Entwicklung des Selbstkonzepts. Selbsterfahrungen sind Erfahrungen über sich selbst und die Beziehungen zu anderen Selbst-Trägern und liefern das Material zu Aufbau und Differenzierung des Selbstkonzepts. Dies geschieht im Prozess ihrer → Symbolisierung (→ Gewahrwerden, Bewusstwerden), in dem alle auftretenden Vorstellungen, Bilder, Empfindungen, Gefühle, Gedanken, Worte und Sätze in einem sinngebenden Bezug zu einem Ganzen verwoben werden. Diese → Selbstexploration von Erfahrungen ist grundsätzlich verbunden mit gesamtorganismischen Bewertungen und damit Grundlage jeder Anpassung (Selbstorganisation). Diese Bewertungen werden als Affekt oder Gefühl erlebt (Gefühle sind Affekte in einer kognitiven Fassung, sie sind verstanden und verbalisierbar) und steuern unser Denken und Handeln.

Die Persönlichkeitstheorie liefert eine Idee von der optimalen Entwicklung der nur theoretisch vorstellbaren → "fully functioning person“. Sie ist in allen Bereichen selbstkongruent und zeichnet sich aus durch Empathie und unbedingte Wertschätzung für sich und andere. Grundlage ist eine angstfreie Öffnungsbereitschaft für alle Erfahrungen, die akkurat symbolisiert werden können und → Abwehr erübrigen.

Die Persönlichkeitstheorie bietet eine Theorie zwischenmenschlicher → Beziehungen: Eine selbstkongruente Person ist der Anerkennung (→ Empathie und der unbedingten → Wertschätzung) für sich und andere fähig. Die Anerkennung für den Anderen erlaubt jenem, auch sich selbst anerkennend wahrzunehmen, sich zu explorieren und sich seiner selbst bewusst zu werden. So wird Selbst-Bewusstsein interpersonal aufrechterhalten und weitergegeben. Umgekehrt wird eine abwehrende Person als bedrohlich erlebt und ruft ihrerseits Abwehr hervor: Eine intime Beziehung ist nicht möglich.

Die Persönlichkeitstheorie ist die Grundlage einer klientenzentrierten Entwicklungspsychologie (→ Entwicklungstheorie): Dass nämlich Erfahrungen zu Selbsterfahrung werden, ist nur möglich im Kontakt mit Bindungspersonen, die erstens einfühlsam sind (und damit in der Interaktion helfen, dass Erfahrungen symbolisiert werden,) und die zweitens einer Wertschätzung fähig sind, die bedingungsfrei ist.

Die Persönlichkeitstheorie ist die Grundlage der klientenzentrierten Störungslehre (→ Ätiologiekonzeption). Bei der Entwicklung des Selbstkonzepts ist es unvermeidlich, dass das → Bedürfnis nach positiver Beachtung (als Basis jeder Selbstentwicklung) gelegentlich mit anderen organismischen Bedürfnissen in Konflikt gerät. Wenn die Bindungsperson Anerkennung vermissen lässt (sich nicht einfühlsam auf den sich entwickelnden Organismus bezieht und/oder nicht zu unbedingter Wertschätzung fähig ist) und infolge eigener defizitärer Selbstaktualisierung (Inkongruenzen) eigene Affekte nicht akkurat symbolisieren kann, missversteht und so eigene Bedürfnisse in den Vordergrund stellt, kommt es nicht zu einer akkuraten Symbolisierung der Erfahrungen des Organismus; vielmehr kommt es zur Bildung von → Bewertungsbedingungen, wenn das Bedürfnis nach Anerkennung stärker ist als dem entgegenstehende organismische Bedürfnisse. Verrät z.B. jemand seine gesamtorganismischen Bedürfnisse kreativ zu

sein, wenn sein Bedürfnis nach Anerkennung von signifikanten Anderen nur Befriedigung erwarten lässt bei Leistungen, die fremden Kriterien genügen, führt diese Inkongruenz zwischen Erfahrung ("Ich habe Lust, mich kreativ auszudrücken") und Selbstkonzept ("Ich bin nur liebenswert, wenn ich Latein lerne") zu einer gesamtorganismischen Spannung, die zu psychischen oder psychosomatischen Störungen führen kann. So entwickelt sich neben einem stringenten Selbstkonzept (bewusstseinsfähig) auch ein Abwehrkonzept (beschränkt dem Bewusstsein zugänglich). Erfahrungen, die dann nicht in das Selbstkonzept passen, müssen zur Erhaltung der Stringenz des Selbstkonzepts abgewehrt werden: Sie werden nicht oder nur verzerrt symbolisiert. Es kommt zu einer Spaltung der Selbstaktualisierungstendenz, nämlich zwischen Selbstentfaltung (bei Anerkennung durch Bezugspersonen) und der Selbsterhaltung (Stabilisierung des nun rigiden Selbstkonzepts, um Anerkennung zu erhalten, aber um den Preis, dass neue diskrepante Erfahrungen, die eine Anerkennung in Frage stellen, abgewehrt werden müssen). Das führt aufgrund von Selbstbehauptung zu Stagnation (statt aufgrund von Offenheit gegenüber Erfahrungen zu Wachstum). Da die Selbstentfaltung auf organismischer Bewertung beruht und sich die Selbsterhaltung auf das Selbstkonzept bezieht, ist ihre Spaltung zugleich eine Spaltung zwischen Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz.
Aus der Persönlichkeitstheorie ist damit eine Präzisierung der Theorie der Psychotherapie möglich. Psychotherapie ist die Behandlung von Inkongruenz durch die nachträgliche Begegnung, nicht mehr zwischen Bindungsperson und Kind, sondern zwischen Therapeut und Klient: von Selbst zu Selbst (von Person zu Person) mit dem Ziel der → Selbstexploration des Klienten, die ihm hilft, seine gesamtorganismischen Erfahrungen zu symbolisieren und neu zu bewerten.
So schließt sich der Kreis von der → Therapietheorie und ihrer Praxis über die Persönlichkeitstheorie wieder zur Therapietheorie und ihrer Praxis, ein interaktiver Prozess wie zwischen Selbst und Erfahrung: ein Wachstumsprozess analog jenem von Organismen, Menschen, Klienten, Bindungspersonen, Psychotherapeuten.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1995): Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. Stuttgart, Kohlhammer
Korunka, Ch. (1992): Werte und Menschenbild in der Personzentrierten Psychotherapie. In: Frenzel, P, Schmid, P.F., Winkler, M. (Hrsg.), Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S. 71-82
Rogers C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1961] (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett
Rogers, C.R. [1988] (1991): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert – Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 185-235
Schmid, P.F. (2001): Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas-Universitätsverlag, S. 57-95

Klaus Heinerth

Personzentrierter Ansatz

Aus der Anwendung der im Rahmen der Klientenzentrierten Psychotherapie entwickelten Grundauffassungen und Prinzipien (z.B. → Menschenbild, hilfreiche Beziehung) auf viele andere sozialpsychologische Bereiche entstand (analog zu anderen umfassenden Ansätzen wie z.B. bei der Psychoanalyse) der Personzentrierte Ansatz als philosophisch untermauerte Welt- und Lebensanschauung. Der Ansatz beschreibt v.a. die Merkmale eines spezifischen Umgangs mit sich selbst sowie mit zwischenmenschlichen → Beziehungen, welche persönliches Wachstum und Veränderungsprozesse zu fördern vermögen. Bei Rogers selbst hat dies einen konkreten Niederschlag im Bereich der → Encountergruppen (Rogers 1970/1974b; 1977/1978), interkultureller → Großgruppen, in → Beratung, → Supervision, Organisationsentwicklung und → Gruppenarbeit, im schülerzentrierten Unterricht (→ signifikantes Lernen) (Rogers 1969/1974a

bzw. 1983/1984; 1977/1978), im Gesundheitswesen (→ ärztliches Gespräch), im Verständnis von Ehe und Partnerschaft sowie in seinem Engagement für die Gesellschafts- und Friedenspolitik gefunden.
Die zentrale Hypothese dieses Ansatzes lautet: "Das Individuum verfügt potentiell über unerhörte Möglichkeiten, um sich selbst zu begreifen und seine Selbstkonzepte, seine Grundeinstellungen und sein selbstgesteuertes Verhalten zu verändern; dieses Potential kann erschlossen werden, wenn es gelingt, ein klar definierbares Klima förderlicher psychologischer Einstellungen herzustellen." (Rogers 1979/1981, S. 66f.). Das anthropologische Fundament (siehe auch → Humanistische Psychologie) gründet auf der Überzeugung, dass Menschen grundsätzlich die Fähigkeit haben und unter geeigneten Beziehungsbedingungen auch nützen, anhand ihrer organismischen Bewertungskapazität (→ Organismus) diese ihnen inne wohnenden Potenziale zu aktualisieren (→ Aktualisierungstendenz) und entsprechende Entscheidungen zu treffen. Die Expertise liegt somit bei den betroffenen Personen. Rogers (Rogers 1979/1981, S. 69) stellt dazu klar, dass „der personenzentrierte Ansatz auf einem grundlegenden Vertrauen zum Menschen und allen Organismen basiert“. Dort, wo dieses Vertrauen nicht nur habituell-kognitiv erhalten, sondern aktuell gelebt wird, wird zugleich "personal power" (vgl. Rogers 1977) erfahrbar. Gutberlet (1986; 1999) hat in diesem Sinn die Zugänge zur Erfahrung von „personal power“ aus dem Sich-Annehmen und Angenommen-Sein im So-Sein und aus dem Sich-Gewahrwerden sowie aus der persönlichen Begegnung sorgsam beschrieben. Wood (1996) streicht ebenfalls hervor, dass es sich beim Personzentrierten Ansatz um eine Seinsweise in Lebenssituationen handelt, und nicht um eine Schule, eine Bewegung oder eine Philosophie. Diese Seinsweise ist für ihn neben dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und dem Respekt für Würde und Autonomie jedes Individuums, u.a. durch die Überzeugung vom Wert sozialer Interaktion, durch Flexibilität im Denken und Tun, durch die Intention, bei eigenen Vorhaben effektiv zu sein, durch Offenheit für neue Entdeckungen, durch die Fähigkeit zu intensiver Konzentration beim Erfassen der Realität, durch Toleranz für Unsicherheit und Ambiguität sowie durch einen Sinn für Humor und Bescheidenheit (humility) gekennzeichnet.
Es ist zu beachten, dass die Anwendung des Personzentrierten Ansatzes in den verschiedensten Lebensbereichen die Anwendung der eben beschriebenen Seinsweise, zumeist aber nicht die Anwendung der Prinzipien der → Personzentrierten Psychotherapie bedeutet. Umgekehrt gilt, dass Psychotherapeuten, Facilitators oder andere psychosoziale Helfer jedenfalls Experten dafür sein sollen, ein Beziehungsangebot bereitzustellen, das von bestimmten → Grundhaltungen (→ Echtheit, positive Beachtung bzw. unbedingte → Wertschätzung und das Bemühen um empathisches Verstehen; → Empathie) gekennzeichnet ist. Das Expertentum bezieht sich dabei in erster Linie auf die Beziehungsebene, nicht aber auf einen geplanten inhaltlichen Prozess mit bestimmten Lösungen. Menschen werden - in Ablehnung des medizinischen Modells - nicht als leidende Patienten bzw. - in Abgrenzung zu direktiven Tendenzen - nicht als Empfänger von Ratschlägen, Anweisungen und Interpretationen - angesehen, sondern als mündige, selbstverantwortliche und zur Selbstbestimmung fähige Personen, weswegen mittlerweile zunehmend auch vom Terminus „Klient“ Abstand genommen wird.

Gutberlet, M. (1986): Power des personenzentrierten Zugangs zum Menschen. *GwG-info 57,* S. 5-13; auch: *Brennpunkt 27,* S. 2-20
Gutberlet, M. (1999): Die Entfaltung von Personal Power im Personzentrierten Ansatz. *Person 3,2,* S. 101-109
Rogers, C.R. [1969] (1974a): Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität. München, Kösel (ab 1988: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1970] (1974b): Encounter-Gruppen. Das Erlebnis menschlicher Begegnung. München, Kindler (ab 1984: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1977]: On personal power – Inner strength and its revolutionary impact. New York, Delacorte; dt.: (1978), Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1979] (1981): Die Grundlagen eines personzentrierten Ansatzes. In: Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 65-84

Rogers, C.R. [1983] (1984): Freiheit und Engagement. Personenzentriertes Lehren und Lernen. München, Kösel (ab 1989: Frankfurt/M., Fischer)
Wood, J.K. (1996): The person-centered approach: Toward an understanding of its implications. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt/M., Peter Lang, S. 163-181

Gerhard Stumm, Wolfgang W. Keil

Personzentrierte Psychotherapie

Anfang der 40er Jahre von Carl → Rogers entwickelter Ansatz in Beratung und Psychotherapie (→ Historische Entwicklung), der auch unter den Synonymen Personenzentrierte Psychotherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie (GT) bekannt ist.

Tragende Säulen in der praktischen Ausrichtung sind: Betonung der gegenwärtigen Situation im Hier und Jetzt der therapeutischen → Beziehung als korrigierender Erfahrung gegenüber dem Fokus auf der Vergangenheit, stärkere Gewichtung emotionaler Prozesse gegenüber einem kognitiv-reflektierenden und deutenden Vorgehen.

Allgemein betrachtet lassen sich folgende Bestimmungsmerkmale für das Wesen der Personzentrierten Psychotherapie zeichnen:

Psychotherapie wird *als Wachstums- und Reifungsprozess* bzw. Förderung von Persönlichkeitsentfaltung im Rahmen einer Beziehungserfahrung verstanden, im Gegensatz zu einer symptomorientierten Behandlungsmethode im Sinne des medizinischen Krankheitsmodells.

In diesem Prozess, der auf der Prämisse der → Aktualisierungstendenz basiert, d.h. auf dem *Vertrauen in die Fähigkeit des menschlichen → Organismus zu seiner Erhaltung und Entfaltung*, kommt dem Klienten eine aktive Rolle zu. Diese Ressource trägt unter entsprechend günstigen Bedingungen zu einem konstruktiven Wachstumsprozess bei, der im Idealfall zu vollständiger Erfahrungsoffenheit, exakter → Symbolisierung der gemachten → Erfahrungen, Gegenwärtigkeit und permanenter Selbsterneuerung führe (→ Fully functioning person; → Persönlichkeitstheorie). Die Entfremdung davon verweist auf die pathogenen Einflussmuster (→ Bewertungsbedingungen; → Ätiologiekonzeption; → Abwehr; → Inkongruenz; → Entwicklungstheorie). Mit der Auffassung von der grundsätzlich vertrauenswürdigen Natur des Menschen und dessen Entwicklungspotentialen ist der klientenzentrierte Ansatz eine prototypische Repräsentation der → Humanistischen Psychologie (→ Menschenbild).

Eine verbindliche Arbeitshypothese ist, dass die Aufmerksamkeit des Psychotherapeuten sich auf die Welt des Klienten, so wie sie diesem erscheint, also in phänomenologischer Weise *„klientenzentriert“* bzw. *„personzentriert“* auf dessen Bezugsrahmen richtet, auf dessen → Erfahrungen und auf dessen Bewertungen seiner Erfahrungen im Sinne seines → Selbstkonzepts.

Der Psychotherapeut achtet in erster Linie darauf, definierte Therapieprinzipien (→ Grundhaltungen) zu verwirklichen, die Rogers in seinem wohl bekanntesten Artikel 1957 als notwendige und hinreichende Bedingungen auf Seiten des Psychotherapeuten für die Persönlichkeitsentwicklung des Klienten formuliert hat: → Echtheit, nicht urteilende bzw. nicht an Bedingungen gebundene → Wertschätzung (positive Beachtung), → Empathie im Sinne von einfühlendem Verstehen und Erfassen des inneren Bezugsrahmens der Klienten). Hier wird auch die Abgrenzung zu direktiven und interpretativen Vorgangsweisen deutlich (→ Begegnungsphilosophische Perspektive).

Die vom Psychotherapeuten und vom Klienten *erlebten Haltungen des Psychotherapeuten* sowie die Art und Weise, wie der Klient Zugang zu seinem Erleben herstellt bzw. herstellen kann (→ Experiencing), werden als entscheidende Wirkfaktoren angesehen. Jedwede Technik ist daran zu prüfen, ob sie Ausdruck der Umsetzung der innerlich erlebten Grundhaltungen ist bzw. wieweit sie zur Umsetzung derselben dient. Insoweit sie dies vermag, ist jegliche Technik zulässig (→ Techniken).

Grundlage für diese methodenspezifischen Leitlinien stellt der für jede Art von Psychotherapie, also auch für die Personzentrierte Psychotherapie, leitende Auftrag bzw. die Zielsetzung dar, welche mit quasi vertraglichen Rahmenbedingungen wie → Ausbildung, → Setting, Hilfs-

verlangen des Klienten, ethische Richtlinien (→ Ethik), zumeist Arbeit gegen Bezahlung verbunden ist und sich methodenspezifisch wieder als *Arbeit an der* → *Inkongruenz* des Klienten unter professionellem Gesichtspunkt verstehen lässt.
Ein besonderes Verdienst kommt dem klientenzentrierten Ansatz aufgrund seiner kontinuierlichen objektivierend-empirischen Forschungstradition (→ Forschung) zu. Diese steht in einem gewissen Spannungsverhältnis zur → phänomenologischen und → hermeneutischen Perspektive in der Gestaltung des praktischen Vorgehens.
Ausgehend von Eugene → Gendlin wurde seit den 60er Jahren das Experiencing-Konzept als zentraler therapeutischer Wirkfaktor eingebracht. In den experienziellen Ansätzen (→ Experiential Psychotherapy), die sich daran orientieren, wurden eine Reihe konzeptueller Modifikationen und Ergänzungen vorgenommen (→ Focusing-Therapie, → Process-Experiential Therapy, → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie).
Während die klassische Personzentrierte Psychotherapie sich völlig auf das therapeutische Beziehungsangebot konzentriert, stellen Vertreter einer → störungsspezifischen Perspektive dieses in den Zusammenhang von diagnostischen Kategorien und Kliententypologien und plädieren für eine differenzielle Therapiepraxis. Je nach Klientengruppen, Schweregrad von Störungen und auch Therapiephase wurden spezifische Explikationen und Abwandlungen der → Therapietheorie und der Therapiepraxis, u.a. spezifische Interventionsformen, vorgeschlagen (z.B. → Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie, → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie, → Differenzielles Inkongruenzmodell).
Mit den experienziellen und klinisch-störungsspezifischen Strömungen sowie dem interpersonellen Ansatz, der das Beziehungsangebot des Klienten in den Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens rückt (→ Interaktionelle Orientierung), ist somit ein vielfältiges Spektrum an personzentrierten bzw. experienziellen Ansätzen entstanden. Die Bandbreite im Indikationsprofil (→ Indikation) und in der praktischen Anwendung zeigt sich an der Arbeit in verschiedenen Settings (→ Gruppenpsychotherapie, → Familientherapie, → Paartherapie, → Expressive Arts Therapy, → Körper) und mit unterschiedlichen Klientengruppen (→ Kinderpsychotherapie, → Prä-Therapie, → Psychosenpsychotherapie, → Suchttherapie, → Krisenintervention, → Traumatherapie, → Psychosomatik, → Psychoonkologie, → Behindertenarbeit, → Gerontopsychotherapie, → Trauerbegleitung) (vgl. Keil & Stumm 2002).
Die aktuelle Entwicklung schließt auch manualisierte Varianten ein, wobei eine - an störungsspezifischen Leitthemen orientierte - stärkere Systematisierung und Strukturierung des Behandlungskonzeptes Einzug hält. Gleichwohl ist auch in diesem Fall nicht eine starre Behandlungsanweisung vorgegeben. Vielmehr sind Manuals als Leitlinien und Ordnungsraster für therapietheoretische und behandlungspraktische Überlegungen gedacht.
Mit der Überzeugung, dass Psychotherapie nur einen Sonderfall jener Beziehungsqualität darstelle, die konstruktiven zwischenmenschlichen → Beziehungen eigen sei, hat das aus der psychotherapeutischen Praxis abgeleitete Modell eine philosophische Basis erhalten, die ca. ab 1960 zu einer Ausweitung in der Anwendung dieser Prinzipien auch auf andere Arbeits- und Lebensbereiche wie etwa Selbsterfahrungsgruppen (→ Encountergruppe), → Beratung, → Supervision, Bildung (→ signifikantes Lernen), Partnerschaft sowie Gesellschafts- bzw. Friedenspolitik geführt hat (→ Personzentrierter Ansatz).

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1979, 1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. Stuttgart, Kohlhammer
Bozarth, J.D. (1998): Person-centered therapy: A revolutionary paradigm. Ross-on-Wye, PCCS Books
Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, WUV/Facultas
Keil, W.W., Stumm, G. (2002): Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer
Mearns, D., Thorne, B. (2000): Person-centered therapy today. New frontiers in theory and practice. London, Sage

Rogers CR [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers CR [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-184
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1961] (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett
Rogers, C.R. (1977): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1980] (1991): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 185-237
Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Störungen. Köln, GwG

Gerhard Stumm

Personzentrierte Systemtheorie → Systemtheoretische Perspektive

Phänomenales Feld → Erfahrung

Phänomenologische Perspektive

Phänomenologie (ursprünglich die Lehre von den *Erscheinungen* und ihrer Repräsentation im Bewusstsein) stellt eine philosophische Richtung dar, die auf unterschiedliche Wurzeln zurückgeht und verschiedene Strömungen und Ausformungen aufweist, sodass es nicht leicht ist die gemeinsamen Grundlagen auszumachen. Als Begründer der neueren Phänomenologie, insbesondere als Erkenntnismethode, gilt *Edmund Husserl* (1859 – 1938), der in Anlehnung an René Descartes und Franz Brentano versucht hat, die Philosophie als strenge Wissenschaft zu etablieren. Dabei geht es ihm um letzte sichere Begründungen unseres Wissens. Diese Begründung sieht Husserl in der unmittelbaren direkten *Anschauung* der Dinge, wobei er davon ausgeht, dass wir die Dinge erfassen können, so *wie sie sich zeigen* (erscheinen). In Abkehr von philosophischen Traditionen und den bestehenden Wissenschaften fordert er *zu den Sachen selbst* zurückzukehren, was bedeutet, sachfremde Vorstellungen, Konzepte, Vorurteile über die Dinge, unser Wissen von der Welt auszuklammern, sie „außer Kraft zu setzen", da die vorgegebenen Begriffe und theoretischen Konzepte unseren Blick verstellen und verfälschen (Husserl spricht von der „Einklammerung" unseres Wissens, von der *Epoché*). In einer Art „Wesensschau", einer inneren Betrachtung, sollen wir uns unvoreingenommen den Dingen in ihrer Vielfalt zuwenden, das, was sich an ihnen zeigt, ihrem Wesen nach sichtbar machen und sie *beschreiben*, anstatt sie zu analysieren oder zu erklären (Husserl 1913).
Anschauung stellt dabei keinen einfachen Wahrnehmungsakt dar, die Gegenwärtigkeit eines Gegenstands oder Sachverhalts muss erst durch eine Reihe perzeptiver Akte „aufgebaut" und zu einer Erfahrung synthetisiert werden. Die phänomenologische Analyse bezieht sich daher nicht auf das äußere Objekt, sondern auf das Wesen der Gegenstände, auf das Gleichbleibende im Wandel der Bewusstseinsakte. Dabei werden im Rahmen der *eidetischen Reduktion* die invarianten Anteile als wesentlicher Bedeutungsgehalt herausgearbeitet, seien es objektive Formen (durch die verschiedenen Wahrnehmungen und Vorstellungen beispielsweise der Schreibmaschine kann deren Wesen erfasst werden) oder seien es subjektive Strukturen oder Einstellungen. Dabei bleibt die erkenntnistheoretische Frage nach der Übereinstimmung von Erfahrung und Realität unberücksichtigt. Kriterium der „Wahrheit" ist für Husserl in Anlehnung an Descartes die Gewissheit (*Evidenz*), die dadurch erreicht wird, dass es zu einer Übereinstimmung von Gemeintem (dem Vorgestellten oder Gedachten) und der direkten Anschauung kommt. Es geht um die Auslegung und die Sinnklärung unserer *Lebenswelt* und nicht um den Nachweis der Existenz der Dinge.

Wesentlich dabei ist die Frage nach dem menschlichen Bewusstsein oder dem Subjekt, in dem sich Seiendes konstituiert und zwar durch die *Intentionalität*, durch das Gerichtet-Sein auf die Welt; Bewusstsein (*Cogito*) ist immer Bewusstsein *von etwas*, schließt immer ein *Cogitatum* mit ein. Auch bei der phänomenologischen Analyse des Ichs geht Husserl von der konkreten Erfahrung der Person in ihrer Leiblichkeit und ihren Empfindungen und Vorstellungen aus sowie ihrer Eingebundenheit in die Umwelt, dem *mundanen* oder *empirischen Ich*. Demgegenüber führt die Reflexion auf das Bewusstsein selbst, die *transzendentale Reduktion*, zur Bestimmung des reinen Bewusstseins sowie zur Feststellung der kategorialen Voraussetzungen, die den Bewusstseinsakten zugrunde liegen. Dazu gehört das Ich als Identitätspol und Subjekt jeder Erfahrung. Dieses *transzendentale Ego* stiftet nicht nur den Zusammenhang und die Struktur der Bewusstseinsakte, sondern konstituiert auch einen inhaltlichen Zusammenhang, eine Sinnstruktur entsprechend der Bedeutung, die die Dinge für uns jeweils haben. Im Gegensatz zu Descartes ist dieses Ego kein reines inhaltsleeres *Cogito* als Voraussetzung unserer Erkenntnis, sondern es bestimmt sich auch inhaltlich, durch die Dinge, die es umfasst und durch die Entscheidungen, die es trifft (Husserl 1931).
Diese Ansätze Husserls wurden vor allem von seinen Schülern M. Scheler (1928) und M. Heidegger (1927) sowie den französischen Philosophen G. Marcel (1935), M. Merleau-Ponty (1966) und E. Levinas (1997) weitergeführt und zum Teil modifiziert (Spiegelberg 1982). Die Phänomenologie als Erkenntnisverfahren hat in der Folge wesentlichen Einfluss auf die Psychiatrie (Jaspers, Binswanger) sowie auf die Sozialwissenschaften und auch auf die Psychotherapie ausgeübt.
Rogers hat sich selbst nicht unmittelbar mit den Werken der europäischen Phänomenologen beschäftigt; er ist über die „pragmatischere" amerikanische Variante mit dem phänomenologischen Denken in Berührung gekommen. Vor allem durch die Gestalt- und Wahrnehmungspsychologen, insbesondere durch die Arbeiten von Köhler (1929) sowie Snygg (1941) und Snygg und Combs (1949) haben diese philosophischen Ansichten in die Diskussion psychologischer Konzepte in den USA Eingang gefunden. Sie gingen in ihrem „phänomenologischen Ansatz" davon aus, dass das Individuum vor allem durch seine subjektive Wahrnehmung und Interpretation der Dinge, durch das *phänomenale Feld* - im Unterschied zur realen Umgebung - in seinem Verhalten bestimmt wird. Diese Annahmen haben die → Persönlichkeitstheorie und → Therapietheorie Rogers` wesentlich beeinflusst.

Husserl, E. [1913] (1950): Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Bd 1. Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie. Den Haag, Nijhoff
Husserl, E. [1931] (1977): Cartesianische Meditationen. Eine Einleitung in die Phänomenologie. Hamburg, Meiner
Heidegger, M. [1927] (1993): Sein und Zeit, Tübingen, Niemeyer
Köhler, W. (1929): Gestalt psycholgy. New York, Liveright
Levinas, E. (1997): Vom Sein zum Seienden. Freiburg, Alber
Marcel, G. [1935] (1968): Sein und Haben. Paderborn, Schöningh
Merleau-Ponty, M. [1945] (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin, De Gruyter
Scheler, M. [1928] (1995): Die Stellung des Menschen im Kosmos. Bonn, Bouvier
Snygg, D. (1941): The need for a phenomenological system in psychology. *Psychological Review* 48, 404–424
Snygg, D., Combs. A.W. (1949): Individual behavior: a new frame of reference for psychology. New York, Harper
Spiegelberg, H. (1982): The phenomenological movement. 2 Bde. The Hague, Nijhoff

Hermann Spielhofer

Phobien → Angststörungen

Prä-Therapie
Von Garry → Prouty entwickelte Methode zur Herstellung von Kontakt - entsprechend der ersten von Carl Rogers (1957; 1959) formulierten Bedingung für Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen von Psychotherapie. Es handelt sich dabei um eine auf existenziell-phänomenologischen Grundlagen basierende, erstmals 1976 beschriebene Theorie und Praxis des psycho-

logischen Kontakts. Die Methode wird in erster Linie bei Klienten mit schweren Störungen, wie Psychosen oder Dissoziation, sowie mit geistiger Behinderung angewendet, ansatzweise auch in der Geriatrie und bei Menschen mit hirnorganischen Störungen.
Über den Erlebensprozess hinaus befasst sich die Prä-Therapie mit den existenziellen Strukturen des Bewusstseins. Das Bewusstsein wird verstanden als intentional (nach Husserl) kommend von, gerichtet auf und verbunden mit Welt, dem Selbst und Anderen (nach Merleau-Ponty). Diese Strukturen haben außerdem die Funktion des *existenziellen Kontaktes* zwischen Bewusstsein und Erleben. Das Fehlen dieses Kontaktes ist *existenzieller Autismus*.
Ziel der Prä-Therapie ist, über Kontaktreflexionen *die* Kontaktfunktionen *mit Welt, Selbst und Anderen wiederherzustellen oder zu erweitern. Die Kontaktreflexionen beziehen sich auf das konkrete, unmittelbare Erleben kontaktbeeinträchtigter Klienten.*
Bei den *Kontaktfunktionen* werden drei Ebenen unterschieden: *Realitätskontakt* mit der Wirklichkeit, mit Menschen, Orten, Dingen und Ereignissen in der Welt um uns herum, wie wir sie wahrnehmen (Welt); *affektiver Kontakt* mit den eigenen Stimmungen, Gefühlen und Emotionen (Selbst); *kommunikativer Kontakt*, der die beiden vorhergehenden gegenüber anderen symbolisiert. Die *Kontaktreflexionen* sind: die *Situationsreflexion* zur Förderung des Realitätskontakts; die *Gesichtsausdrucksreflexion* und die *Körperhaltungsreflexion* zur Förderung des affektiven Kontakts; die *Wort-für-Wort-Reflexion* zur Förderung des kommunikativen Kontakts; die *wiederaufgreifende Reflexion*, bei der ein Bezug zu einem gelungenen Kontakt in der Vergangenheit hergestellt wird.
Veränderungen der Kontaktfunktionen manifestieren sich im *Kontaktverhalten* über verschiedene Ausdrucksdimensionen wie Blick- und Körperkontakt oder ein Sich-Mitteilen des Klienten. Diese Veränderungen sind messbar und für Forschung zugänglich.
Es besteht eine deutliche Parallele zwischen den Kontaktreflexionen und der empathischen Interaktion zwischen Eltern und Kind in der frühkindlichen Phase, die einen auf emotionale Verbindung ausgerichteten Kontakt herzustellen beabsichtigt. Diese elterliche → Empathie hat einen zentralen Stellenwert für die Entwicklung des → Selbst, der Selbstregulation und der sozialen Fähigkeiten. Die prä-therapeutischen Reflexionen haben eine ähnliche Funktion, da sie den Klienten helfen, sich von einem prä-expressiven zu einem expressiven Zustand zu bewegen. Das Konzept des *prä-expressiven Selbst*, das eine Neigung bezeichnet, „Erleben zum Ausdruck zu bringen, das erst noch integriert werden muss“ (Prouty et al. 1998), ist die Grundlage für das Verstehen des prä-therapeutischen Prozesses. Die Sprache mancher schizophrener, aber auch kognitiv beeinträchtigter Klienten, die keinen Bedeutungszusammenhang oder Realitätsbezug zu beinhalten scheint, zeugt von einem prä-expressiven, vorsprachlichen Zustand. Sie besteht aus Denkfragmenten, Satzteilen, einzelnen Worten, Echolalie, Neologismen oder Wortsalat, scheinbar ohne jeglichen Bedeutungszusammenhang. Nach zahlreichen wiederholten Kontaktreflexionen werden ihre Äußerungen allmählich verständlicher, und sie können sich selbst mitteilen. Voraussetzung für diese Arbeitsweise ist ein empathisches Einfühlen in die Bemühungen des Klienten, sich von einem prä-expressiven zu einem expressiven Zustand zu bewegen, die als Teil der Selbstbestimmungstendenz anzuerkennen sind.
Prä-therapie findet meist nicht im üblichen Setting statt, sondern kann, nach Einschulung, von allen Betreuungspersonen fortlaufend im Alltag bei allen möglichen Tätigkeiten angewendet werden. Auf diese Art entsteht ein *Kontaktmilieu*, in dem die Wiederherstellung und Festigung von Kontakt der Leitgedanke ist.

Binder, U. (1998): Empathy and empathy development with psychotic clients. In: Thorne, B., Lambers, E. (Eds.), Person-centred therapy. A European perspective. London, Sage, pp. 216-230
Prouty, G. (1994): Theoretical evolutions in person-centered/experiential psychotherapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses. Westport (CT), Praeger
Prouty, G., Van Werde, D., Pörtner, M. (1998): Prä-Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta
Prouty, G. (2002): Prä-Therapie. Eine Einführung zur Philosophie und Theorie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 499-512

Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-185
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Zinschitz, E. (2001): Prä-Therapie – eine Antwort auf eine lange nicht beantwortete Frage. *Person* 5, 1, S. 44-51

Elisabeth Zinschitz

Primäre Inkongruenz → Inkongruenz, primäre

Process-Experiential Psychotherapy

Im weitesten Sinn verweisen die Begriffe "experiential" und "process-experiential" auf eine wesentliche Weiterentwicklung innerhalb der *klassischen* Klientenzentrierten Psychotherapie, so wie diese von → Rogers und → Gendlin formuliert wurde. Ab 1958 definierte Rogers im Anschluss an Gendlin nämlich das Ideal der psychischen Gesundheit – und damit das Ziel der (Klientenzentrierten) Psychotherapie – nicht mehr als *Status* (einer gefestigten Persönlichkeit), sondern als flexibles Offensein und als adäquates *Prozess*-Funktionieren. Im selben Zeitraum formulierte er auch seine sechs Bedingungen, die „notwendig und ausreichend" wären, um den therapeutischen → Prozess in Gang zu setzen und zu vollenden.

Da die wissenschaftliche Forschung sich jedoch in der Folge vor allem auf drei dieser Faktoren konzentriert hat – die sogenannten → Grundhaltungen der (Klientenzentrierten) Psychotherapeutin – verlor man die anderen drei bald aus den Augen. Therapeutischer Erfolg wurde allzu häufig fast ausschließlich mit bestimmten *Persönlichkeitsmerkmalen* (Eigenschaften, Fähigkeiten) der Psychotherapeutin in Zusammenhang gebracht. Demgegenüber betonte Gendlin, dass der Wirkfaktor nicht in einer bestimmten Grundhaltung der Psychotherapeutin zu suchen ist, sondern in der adäquaten "Implementierung" dieser Haltungen, die sich an der konkreten Situation des Klienten im Hier und Jetzt ausrichten muss. Diese *Interaktionsperspektive* verschob den Schwerpunkt von den Persönlichkeitsmerkmalen zum Hier-und-Jetzt-Einfluss der konkreten Interventionen. Bestimmend ist dabei die Frage, ob diese Interaktionen eine *experienzielle (erlebensaktivierende) Wirkung* auf den Klienten haben. Das bedeutet, dass das (beim Klienten) feststellbare Niveau des Prozess-Funktionierens auf keinen Fall gebremst oder blockiert wird, sondern im Gegenteil adäquat beantwortet („experiential → response" und „experiential interaction") und daher aufrechterhalten, verstärkt oder sogar aus einer Blockierung herausgelöst werden soll.

1988 fand in Löwen der erste „Internationale Kongress für Klientenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie" statt. Man entschied sich dabei bewusst dafür, der bis dahin meist nur als "klientenzentriert" bezeichneten Bewegung den Begriff "experienziell" hinzuzufügen. Damit hoffte man unter anderem, die beiden sich heraus kristallisierenden Strömungen auch in der Namensgebung stärker zum Ausdruck zu bringen. → Greenberg und seine Mitarbeiter blieben jedoch davon überzeugt, dass dieser Schritt nicht ausreichend sei. Unter anderem aufgrund ihres Strebens, in wissenschaftlichen Kreisen mehr Gehör zu finden, wollten sie sich des dort häufig negativ besetzten Begriffes „client-centered" entledigen. Greenberg entschied sich denn auch resolut für den Begriff „process-experiential psychotherapy", wobei übrigens der Terminus „experiential" hier nicht nur auf Gendlins Einfluss hinweist, sondern auch auf den der Gestalttherapie, welche diese spezifische Strömung innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie ebenfalls mit geprägt hat.

Im engeren Sinn bezeichnet "process-experiential psychotherapy" somit die von Greenberg, Rice u.a. entwickelte Richtung innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie, die sich in besonderer Weise auf das innere Erleben (→ Experiencing) bzw. auf die Arbeit an problematischen Erlebensmustern konzentriert. Einen theoretischen Hintergrund bilden dabei die psychologischen Theoreme von den emotional-kognitiven Schemata, vorbewussten Strukturen, mittels derer wir emotionale, kognitive und sinnliche Information verarbeiten („information-proces-

sing“) und persönliche Bedeutung konstruieren. Psychotherapie diene dazu, die Reorganisation problematischer emotionaler Schemata zu ermöglichen und zu aktivieren. Dementsprechend wird nicht mehr die → Inkongruenz zwischen (körperlich) Gefühltem und im Selbst-Gewahrsein Symbolisiertem als alleinige Quelle psychischer Dysfunktion gesehen. Neben der Inkongruenz werden v.a. die Aktivierung von massiv-negativen emotionalen Schemata (wie bei gravierenden Bindungsstörungen, nach Missbrauch oder bei psychotischen oder post-traumatischen Erlebensformen) und überhaupt jede Art von Unfähigkeit, divergierende innerpsychische Prozesse zu integrieren, als Ursache von dysfunktionalem Processing des eigenen Erlebens verstanden. Greenberg, Rice und Elliott (1993) haben in dieser Hinsicht beispielsweise sechs partikuläre Processing-Probleme erfasst und auf diese verweisende "marker" identifiziert, die sowohl auf die jeweiligen Störungen des Processing wie auch auf die Bereitschaft des Klienten zur tieferen Exploration derselben hinweisen. Die diesbezüglichen Erlebensschemata sind inadäquate affektive Reaktionen, welche die Person selbst nicht haben möchte, Unfähigkeit, einen → Felt Sense zu bilden ("intellektualisieren") oder einen Felt Sense zu explizieren (Gefühlschaos), unaufhebbar widersprüchliche Impulse oder Selbstbewertungen, Abblocken von Gefühlen oder Bedürfnissen ("unfinished business"), Selbstbestrafungsreaktionen sowie massive Vulnerabilibität („fragile sense of self“).
Im Hinblick auf die Veränderung von problematischem Erlebens-Processing wird die therapeutische Beziehung, das Behandlungsprinzip der Klientenzentrierten Psychotherapie, als generell hinreichend, aber nicht immer als effizient angesehen, und daher durch das Behandlungsprinzip der "Prozessdirektivität" ergänzt. Der Psychotherapeut soll zwar keinesfalls die Erlebensinhalte des Klienten, wohl aber sein Erlebens-Processing bzw. dessen Veränderung beeinflussen. Als methodische Zugänge dazu werden in der Psychotherapie neben der Bezugnahme auf den Felt Sense im Sinne von Gendlins → Focusing, das genaue Gewahren von Sinneswahrnehmungen, das intensive äußere Ausdrücken inneren Erlebens und das Erleben von interpersonalem Kontakt, bei dem das eigene innere Erleben gewahr bleibt, verwendet.
Im Rahmen des Prozess-Experienziellen Ansatzes wurde u.a. von Susan Johnson die "emotionally focused therapy" für Paare (→ Paartherapie) und z.T. auch für Familien entwickelt. Es handelt sich dabei um ein relativ kurzzeitiges, systematisches Verfahren zur Veränderung von restringierten Interaktionsmustern und emotionalen Reaktionen innerhalb von partnerschaftlichen bzw. familiären Beziehungen.

Johnson, S. (1996): The practice of emotionally focused couples therapy: Creating connection. New York, Brunner / Mazel

Gendlin, E.T. (1964): A theory of personality change. In: Worchel, P., Byrne, D. (Eds.), Personality change. New York, John Wiley, pp. 100-148; dt. Bearbeitung: Wiltschko, J. (1992): Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Studientexte 1. Würzburg, DAF

Gendlin, E.T. (1968): The experiential response. In: Hammer, E. (Ed.), Use of interpretation in treatment. New York, Grune and Stratton, pp. 208-227; dt. (2002): *Focusing-Journal* 8, S. 2-9

Greenberg, L.S., Rice, L., Elliott, R. (1993): Process-experiential therapy: Facilitating emotional change. New York, Guilford Press

Greenberg, L.S., Watson, J.C., Lietaer, G. (Eds.) (1998): Handbook of experiential psychotherapy. New York, Guilford Press

Greenberg, L.S., Watson, J.C., Goldman, R. (1996): Change processes in experiential therapy. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. Frankfurt/M., Peter Lang, pp. 35-45

Rogers, C.R. [1958] (1973): Psychotherapie als Prozess. In: Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett, S. 130-163

Van Balen, R. (2002): Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In: Keil W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 209-230

Wolfgang W. Keil und Richard Van Balen

Prozess, therapeutischer

Für Rogers stand bereits in einer frühen Phase (vgl. Rogers 1940) seiner theoretischen Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Fragestellungen der Therapieprozess im Mittelpunkt seines Interesses. Dieses hielt über all die Jahre seines einschlägigen Schaffens an (Rogers 1942/1972; 1951/1972; 1961/1973; 1980/1991) und übertraf bei weitem die Bedeutung, die er z.B. → Techniken und der → Persönlichkeitstheorie zumaß.

Im Vordergrund stand für ihn dabei erstens die Frage, welche Bedingungen gegeben sein müssen, damit sich im Rahmen von Psychotherapie konstruktive Änderungen beim Klienten einstellen. Diese Suchhaltung führte ihn denn auch zur Formulierung der notwendigen und hinreichenden Kriterien für erfolgreiche Prozesse in der Psychotherapie (→ Grundhaltung(en), therapeutische; → Beziehung, therapeutische). Die Prozessgleichung lautete: *Wenn* diese Bedingungen gewährleistet sind, *dann* schreitet der Klient - Rogers zufolge - in seiner persönlichen Entwicklung geradezu zwingend voran bzw. je besser diese erfüllt sind, desto nachhaltiger wird der Klient in seiner Entwicklung vorankommen. Die Erfahrungen in der Arbeit mit schizophrenen Personen im Wisconsin-Projekt machten dabei deutlich, dass gerade auch die Bedingungen auf Klientenseite (psychologischer Kontakt, Wahrnehmen bzw. Empfangen der Grundhaltungen des Psychotherapeuten sowie die Fähigkeit, Bezug auf das eigene Erleben zu nehmen; → Experiencing) bzw. das Zusammenspiel von Klient und Psychotherapeut von entscheidender Bedeutung und auch ein empirisch gestützter Prädiktor für den Fortschritt der Psychotherapie sind. Daraus entstand auch die Kontroverse um *Prozessdirektivität* im Rahmen der Personzentrierten Psychotherapie. Während experienzielle Ansätze wie z.B. → Focusing-Therapie, → Process-Experiential Therapy und die → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie prozessdirektive Interventionen einbeziehen, um die erlebensbezogene Perspektive (→ Felt Sense) zu fördern, ist dies für klassisch orientierte Vertreter aufgrund ihrer → non-direktiven Ausrichtung nicht unproblematisch. Übrigens wird auch aus interaktioneller Perspektive (→ Interaktionelle Orientierung) der therapeutische Prozess als Beziehungsgeschehen, als Kette bzw. als Abfolge von Interaktionen betrachtet. Dabei steht aber vor allem die Beachtung der Beziehungsgestaltung des Klienten als prozessförderndes Thema im Vordergrund (van Kessel 1976).

Weiters unternahm Rogers wiederholt den Versuch, den therapeutischen Prozess dahingehend zu reflektieren und zu fassen, was bei den Klienten im Lauf einer Psychotherapie vor sich geht und auf welchen Ebenen und in welcher Hinsicht sich dieser Prozess niederschlägt. Dies führte ihn (1942/1972) dazu, typische Schritte im Therapieverlauf zu beschreiben, wie z.B. den freien Ausdruck von Gefühlen durch den Klienten, die akzeptierende und klärende Haltung des Psychotherapeuten, zunehmende Einsichten, Wahl- und Handlungsmöglichkeiten sowie Unabhängigkeit des Klienten. In seinem Lehrbuch (1951/1972) greift er einige Ebenen heraus, auf denen die Dynamik des therapeutischen Prozesses zu erkennen ist: So lassen sich Änderungen anhand des vorgelegten Materials sowie der Einstellungen des Klienten zu sich selbst, in seiner Wahrnehmung und Bewusstheit von Erfahrungen, in seinen Wertungen, in seiner Persönlichkeitsstruktur und auf der Verhaltensebene sowie in Hinblick auf die therapeutische Beziehung beobachten.

In weiterer Folge (1961/1973) zeichnet sich eine Neuorientierung in seiner Betrachtungsweise des Therapieprozesses ab: Der Fokus verlagert sich von der äußeren Ebene zum Blickwinkel des Klienten. Wie erlebt dieser die durch Psychotherapie induzierten Veränderungen? In diesem Zusammenhang nennt er u.a.: die tatsächlichen Gefühle zu erfahren, sich selbst authentisch zu entdecken, für seine eigenen → Erfahrungen offen zu sein, dem eigenen → Organismus als einer Art innerer Bewertungsinstanz vertrauen zu können. Rogers unterstreicht den „Prozeßcharakter des Selbst“, den „Fluß des Werdens“ und „eine sich ständig verändernde Konstellation von Möglichkeiten“ (Rogers 1961/1973, S. 128) im Gegensatz zur Person als fertigem Produkt. Die Einzigartigkeit jedes Individuums anerkennend beschreibt er (1961/1973, S. 136-158; 1980/1991, S. 204-210) ein Modell des therapeutischen Prozesses, dem er verallgemeiner-

bare Gesetzmäßigkeiten zuerkennt. Das von ihm illustrierte *Prozesskontinuum* besteht aus sieben Phasen bzw. Stadien und weist unterschiedliche Ausprägungen in Hinblick auf eine Reihe von Merkmalen auf: Grad der Flexibilität von Konzepten, Art der Beziehung zu sich selbst, Form von Attributionen, Maß an Verantwortung für das eigene Erleben und Verhalten. Völliger → Strukturgebundenheit, Starrheit und prozessblockierender → Abwehr auf der niedersten Stufe (Phase/Stadium 1) steht eine kontinuierliche Zunahme an Unmittelbarkeit, Erfahrungsoffenheit, Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Bewertung von Erfahrungen bzw. Situationen und Wahlfreiheit gegenüber. Die oberste Stufe (Phase/Stadium 7) repräsentiert schließlich eine Fiktion, die → fully functioning person, ein in der Praxis kaum erreichbares Gesundheitsideal. Mit diesem Prozessmodell ist auch ein prozessdiagnostisches Instrument ausgearbeitet worden, das als *Prozessskala* für empirische Zwecke zum Einsatz gebracht wurde (→ Diagnostik). Bemerkenswert in der Theoriebildung ist die Abkehr von einer statischen Betrachtung in dem Sinne, dass ein hohes Funktionsniveau mit einer stabilen Persönlichkeitsstruktur einherginge. Vielmehr zeichnet sich die „reife" Person durch ein hohes Maß an Beweglichkeit aus. In der von → Gendlin entworfenen Experiencing-Theorie wird dies noch weiter gesponnen: Dementsprechend steht - basierend auf dem Konzept der → Fortsetzungsordnung - der Erlebensprozess im Zentrum der therapeutischen Arbeit, und nicht das → Selbstkonzept und → Selbstexploration.

Neben dem von Barrett-Lennard (1990) vorgestellten Modell, das praxisorientiert verschiedene Abschnitte im Therapieprozess kennzeichnet (z.B. nach der Eingangsphase eine „make or break"-Phase, in der die Entscheidung fällt, ob sich Klienten auf den oft schmerzlichen Therapieprozess einlassen wollen), verdient vor allem das von → Swildens im Rahmen seiner → Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie vorgelegte Prozessmodell Beachtung: Er (1991) unterscheidet zwischen *Prämotivationsphase*, *Symptomphase*, *Problem- oder Konfliktphase*, fallweise *existenzieller Phase* und der *Abschiedsphase*. Diese Phasen erfordern - auch in Abhängigkeit von den Hilfserwartungen und dem Grad der Blockierung des persönlichen Entwicklungsprozesses des Klienten - jeweils unterschiedliche Interventionsformen.

Die hier für die Einzelpsychotherapie dargelegten Gesichtspunkte gelten in abgewandelter Form auch für andere → Settings (→ Gruppenpsychotherapie, → Familientherapie, → Paartherapie, → Kinderpsychotherapie) und andere Arbeitsformen (→ Encountergruppen und → Großgruppen) (vgl. dazu auch Rogers 1970/1974).

Aus pragmatischer Sicht müssen schließlich noch andere Parameter als prozessrelevant in Betracht gezogen werden: Je nach Zielsetzung, Problemlage und gegebenen Rahmenbedingungen wie z.B. mögliche bzw. gewünschte Therapiedauer werden auch die therapeutischen Prozesse unterschiedlich sein.

Barrett-Lennard, G.T. (1990): The therapy pathway reformulated. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. Leuven, Leuven University Press, pp. 123-153

Rogers, C.R. (1940): The processes of therapy. *Journal of Consulting Psychology* 4, 5, pp. 161-164

Rogers, C.R. [1942] (1972): Charakteristische Schritte im therapeutischen Prozeß. In: Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler, S. 38-52 (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C. R. [1951] (1972): Der Prozeß der Therapie. In: Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler, S. 131-186 (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. [1958, 1961] (1973): Psychotherapie als Prozeß. In: Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett, S. 130-162

Rogers, C.R. [1970] (1974): Der Prozeß der Encounter-Gruppe. In: Encountergruppen. München, Kindler, S. 22-49 (ab 1984: Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. [1980] (1991): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 185-237

Stumm, G. (1992): Interpretationsebenen des therapeutischen Prozesses. In. Frenzel, P., Schmid, P.F.,. Winkler, M. (Hrsg.), Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie. S. 241-262

Swildens, H. (1991): Phasen und Prozesse gesprächspsychotherapeutischer Neurosenbehandlung. In: Finke, J., Teusch, L. (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Heidelberg, Asanger, S. 83-93

van Kessel, W. (1976): Der psychotherapeutische Prozeß: Abriß einer Beschreibung in Interaktionsbegriffen. In: Jankowski, P., Tscheulin, D., Fietkau, H-J., Mann, F. (Hrsg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den I. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 1974. Göttingen, Hogrefe, S. 142-151

Gerhard Stumm

Prozess-Fragen

In der → Focusing-Therapie besteht die Hauptaktivität des Therapeuten im Praktizieren von → Listening. Zusätzlich macht er auch Vorschläge, die sich hauptsächlich auf den Erlebensprozess des Klienten beziehen (→ Guiding). Dazu werden u.a. Fragen gestellt, die den Focusing-Prozess initiieren und aufrechterhalten.

Jeder Focusing-Prozess beginnt damit, einen → Felt Sense zu einem gewählten Thema bzw. zum gegenwärtigen Erlebensinhalt entstehen zu lassen und sich auf diesen Felt Sense unmittelbar zu beziehen. Die „Generalfrage", die, zugeschnitten auf den jeweiligen Klienten in vielen Variationen gestellt werden kann, lauter daher: „Wenn Sie … (das Thema, den Erlebensinhalt) … als Ganzes wahrnehmen und Ihre Aufmerksamkeit nach innen, in den Körper richten – welche Empfindungen/Gefühle tauchen dort auf?"

Hat der Klient Kontakt mit einem Felt Sense, kann der Therapeut verschiedenste Fragen „erfinden" und dem Klienten „übergeben", so dass dieser sie *an seinen Felt Sense* stellen kann – und dann wartet, ob und was der Felt Sense antwortet. Fragen werden also wie → Konzepte behandelt, die die Person an ihrem jeweiligen Felt Sense prüft: Bringen sie einen weiterführenden Erlebensschritt im Sinn eines „carrying forward" (Felt Shift, → Experiencing, → Fortsetzungsordnung)? Der Klient entscheidet, ob er die Frage „nehmen" will oder nicht und er ist frei, das, was der Felt Sense antwortet, für sich zu behalten oder mitzuteilen. Es entspricht der → Haltung in der Focusing-Therapie, Klienten ihren eigenen geschützten „privaten" inneren Raum zuzugestehen, in dem sie ihr Erleben wahrnehmen und selbst → begleiten können, ohne dem Therapeuten verbal mitteilen zu müssen, was in ihnen geschieht.

Beispiele für charakteristische Frageformen sind die Joker-Fragen, das Genauern und die Bias Control.

● *Joker Fragen:*

Joker-Fragen sind an fast jeder Stelle des Focusing-Prozesses möglich und sinnvoll. Anstelle sich den Kopf zu zerbrechen, was zu tun ist, fragt der Therapeut den Klienten, wie es jetzt am besten weitergehen könnte: „Wenn Sie sich fragen: ‚Was könnte jetzt der nächste stimmige Schritt sein?' – welche Antwort kommt da in Ihrem Körper?" Weitere Beispiele: „Was könnten Sie jetzt brauchen?", „Was würde Ihnen jetzt gut tun?", „Wie soll es jetzt weitergehen?", „Was wäre nötig, damit es jetzt weitergehen könnte?", „Wo fühlen Sie gerade Lebendigkeit in sich?", „Was fehlt noch?", „Was würde sich jetzt richtig anfühlen?". Eine Joker-Frage ist keine Verlegenheitslösung, sondern ein prozessanregender Vorschlag, der den Klienten veranlassen kann, seine innere Achtsamkeit zu erhöhen und → strukturgebundenes Suchen von Lösungen loszulassen. Der Klient wird als Partner angefragt, als höchste Autorität für seinen eigenen Erlebensprozess; er erfährt dabei, dass er selbst kreative Lösungsimpulse in sich trägt. Die Joker-Fragen werden theoretisch durch die Experiencing-Theorie legitimiert: Ein Felt Sense impliziert den nächsten, stimmigen Schritt im Fortsetzungsprozess des (Er-)Lebens. Diese Potenz des Felt Sense wird mit den Joker-Fragen angeregt: „Lieber Körper, wie geht es weiter? Lass mich wissen, was jetzt richtig wäre?"

● *Genauern:*

Der Klient wird eingeladen, ein aus dem Felt Sense auftauchendes Symbol genauer wahrzunehmen und dadurch den Symbolisierungsprozess aufrecht zu erhalten: „Wenn Sie da ein bisschen dabeibleiben – wie genau sieht das aus (fühlt, spürt sich das an)?" Beispiele: „Wenn Sie dieses … *(innere Bild)* … sehen, bewegt sich da etwas? Wie ist das Licht? Wie groß ist es? etc.", „Wenn Sie diese … *(Körperempfindung)* … spüren, fühlt sie sich eher hart oder weich an? Kalt oder heiß? Wo genau? etc.", „Machen Sie diese … *(Bewegung)* … nochmals. Ist das

genau so, wie es sich innerlich anfühlt?“, „Wenn Sie dieses … *(Gefühl)* … spüren, will es eher heraus oder drinnen bleiben? Ist es eher traurig oder wütend? etc.“, „Passt … *(ein Wort)* … genau, oder gibt es noch eines, das besser ausdrückt, was Sie innerlich wahrnehmen?“ Dadurch neu aufkommende Symbolisierungen werden immer sofort mittels → Saying back an den Felt Sense „zurückgeschickt“ (→ Vergleichen), um einen Felt Shift zu ermöglichen.

● *Bias Control:*

Menschen neigen dazu, ihr Erleben so zu interpretieren, dass ihre Vorstellungen über sich selbst (→ Selbstkonzept) und die Welt bekräftigt werden. Besonders offensichtlich wird dies, wenn man seine eigenen Träume deutet: Man tut dies meist aus einer gewohnten (→strukturgebundenen) Perspektive im Sinne der Bestätigung seiner alten Einstellungen, so dass das den Träumen innewohnende Potential, einen neuen Veränderungsschritt hervorzubringen, nicht zum Tragen kommen kann. Deshalb hat Eugene → Gendlin die „bias control“ (Voreingenommenheitskontrolle) in die → Traumarbeit eingeführt. Sie ist ein Versuch, aus der eigenen Voreingenommenheit „herauszuspringen“ und etwas „von der anderen Seite“ wahrzunehmen. Dabei wird der Klient eingeladen, zum Traum bzw. zu Traumteilen oder –aspekten eine Haltung einzunehmen, die seiner gewohnten Haltung entgegengesetzt – und daher in der Regel positiver und akzeptierender – ist. So kann er sich auch den aversiven oder bedrohlichen Traumaspekten in einer wohlwollenden Haltung nähern und sich bewusst für Neues und Lebensförderndes öffnen, das aus dem Gegenteil der gewohnten Sichtweise entsteht. Was das „innere Gegenteil“ jeweils ist, wird dem Träumer nicht vorgegeben, es wird vom Therapeuten angefragt. Dazu hat Gendlin in seinem Traumbuch ([1986] 1987) eine Reihe von Möglichkeiten detailliert dargestellt. Die Bias Control kann nicht nur bei Träumen, sondern bei jeglichem gewohnheitsmäßigen Erleben und Verhalten in allen → Erlebensmodalitäten vorgeschlagen werden.

(Zu weiteren Prozess-Fragen siehe auch → Freiraum schaffen, → Experimente, → Guiding, → Innere Kritiker, → Modalitätenwechsel, → Refilling, → Techniken)

Gendlin, E.T. (1986): Let your body interpret your dreams. Wilmette Ill., Chiron; dt. (1987): Dein Körper – dein raumdeuter. Salzburg, Otto Müller, S. 63-93 [Bias Control]

Siems, M. (1986): Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Reinbek, Rowohlt, S. 145-147 [Genauern]

Wiltschko, J. (1996): Focusing Therapy. Some fragments in which the whole can become visible. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt, Peter Lang, pp. 145-162; dt.: (1995) Focusing-Therapie. Einige Splitter, in denen das Ganze sichtbar wird. In: ders., Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF [Joker-Fragen]

Johannes Wiltschko

Prozesskontinuum → Prozess, therapeutischer

Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie

Dieser spezifische Ansatz innerhalb der → Personzentrierten Psychotherapie versucht eine Antwort auf die Anforderungen zu geben, die durch die zunehmende Unterschiedlichkeit des psychotherapeutischen Klientels gestellt werden. In der klassischen Klientenzentrierten Psychotherapie steht das Erleben des Klienten als Quelle aller Erkenntnisse, Bedeutungszuschreibungen und Sinnstiftungen im Mittelpunkt. Die Erlebniswelt jedes Individuums wird dabei als einzigartig betrachtet und soll nicht durch schablonenartige Formeln bezüglich ihrer Entwicklung und ihrer Anfälligkeit für Störungen deformiert bzw. uniformiert werden.

In der prozessorientierten Sichtweise werden trotz aller Individualität aber auch systematische Ähnlichkeiten konstatiert, welche in Persönlichkeitsmerkmalen, Beschränkungen und Symptomen zum Ausdruck gelangen. Für diese werden spezielle, an diese Gemeinsamkeiten angepasste therapeutische Vorgangsweisen vorgeschlagen. Ausgegangen wird dabei zum einen von phänomenologisch zu erschließenden Sinn- und Bedeutungszusammenhängen wie → Mythe, → Alibi, → Selbstkonzept, Inkongruenzstruktur (→ Inkongruenz) und den dahinterliegenden

spezifischen Konstellationen der Existenzverweigerung bzw. den Modi des Überlebens und zum zweiten auch von der besonderen Beachtung der unterschiedlichen Phasen des therapeutischen → Prozesses.
Die syndromspezifischen Konfigurationen von Mythe, Alibi, Selbstkonzept und Wahlverhinderung zeigen bei den als „neurotisch" zu qualifizierenden Klienten (→ Neurose) ein anderes Bild als bei Klienten mit einer → Persönlichkeitsstörung, Die „neurotische" Gruppe weist dabei neben allen individuellen Unterschieden auch Gemeinsamkeiten in der Tendenz, sich selber erkunden zu wollen, im Gefühl der Unzufriedenheit mit sich selbst, in der erlebten inneren Inkongruenz und im klar wahrnehmbaren Alibi auf. Die gemeinsame Symptomatik der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen dagegen ist gekennzeichnet durch die Tendenz zur externalisierenden Problemzuschreibung und durch das Fehlen der Inkongruenzerfahrung und des Alibis.
Es scheint sich bei dem Unterschied zwischen diesen beiden Kategorien nicht nur um verschiedene Formen der Existenzverweigerung zu handeln, sondern vielmehr um zwei unterschiedliche Daseinsmodi: das sich auf Selbstaktualisierung richtende Dasein bzw. das Dasein, das sich nur mit dem Überleben beschäftigen kann. Die „neurotischen" Klienten erleben einen intrapsychischen Konflikt als Kern ihres Leidens oder sie vermuten jedenfalls einen solchen Zusammenhang. Die Klienten mit einer Persönlichkeitsstörung dagegen erfahren überwiegend externe interpersonelle Probleme und Konflikte als Ursache ihres Leidens. Natürlich schließen sich diese beiden Daseinsmodi nicht gegenseitig aus und es gibt auch mehrere Mischformen.
Die Aufmerksamkeit für die verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses bezieht sowohl das interpersonale Geschehen als auch den inneren Prozess des Klienten ein. Auf der Beziehungsebene wird vorerst an der Motivation als zentralem Fokus gearbeitet, denn diese verbindet strukturell und ist unumgänglich für die Psychotherapie. Der Psychotherapeut bietet Hilfe an, der Klient sucht Hilfe - daraus entsteht das Gerüst des therapeutischen Prozesses. Die selbstexplorative Motivation durchläuft dabei in der Regel vier Phasen (und manchmal noch eine fünfte): zuerst die Phase der sich noch entwickelnden Behandlungsmotivation, das heißt auch Motivation zur → Selbstexploration mit der Hilfe dieses konkreten Psychotherapeuten (*Prämotivationsphase*), dann ist die Beseitigung oder Zähmung der Symptome das zentrale Thema (*Symptom-/ Syndromphase*), noch später rückt die Arbeit an der psychodynamischen Hintergrundproblematik in den Mittelpunkt (*Problem-/ Konfliktphase*). Manchmal schließen sich daran grundlegende Fragen der menschlichen Existenz (*existenzielle Phase*). Den Abschluss bildet die *Abschiedsphase*. Entlang dieser Kernthemen ändert sich auch die Motivation des Klienten, zumal sich dessen Hilfsverlangen je nach der Thematik verschiebt - ebenso wie das reaktive oder proaktive Hilfsangebot des Psychotherapeuten.
Intrapsychische Aufmerksamkeit für das eigene innere Erleben und die Beachtung der Beziehung zum Psychotherapeuten wechseln einander dabei ab und bilden in der Regel zusammen den Motor der Selbstexploration. Bei den Persönlichkeitsstörungen aber wird die Psychotherapie am Anfang oft von den direkten interaktionellen Bedürfnissen des Klienten an den Psychotherapeuten als Bundesgenossen, Verteidiger, Bewunderer, praktischen Helfer oder auch als Opfer oder „Sparringpartner" bestimmt. Wohlwollendes Entgegenkommen ist dann die erste Antwort (Sachse 1997); in der Folge werden aber auch konfrontierende Interventionen den Weg für Verhaltensänderungen, Einsicht, Verständnis für die Interessen anderer und wenn möglich Persönlichkeitsänderungen bereiten müssen.

Bloemsma, F. (2001): Procesgerichte Diagnostiek, Diagnosticeren, indiceren en therapie ontwerpen vanuit een clientgericht kader. *Tijdschrift voor Psychotherapie 27*, 2, pag. 105-129
De Haas, O. [1981] (1989): Strukturierte Gesprächstherapie bei Borderline-Klienten. *GwG-Zeitschrift* 19, 71, S. 64-69
Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Stuttgart-New York, Thieme
Sachse, R. (1997): Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen, Hogrefe
Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG
Swildens, H. (1992): Die klientenzentrierte Therapie, die prozeßorientierte Gesprächstherapie und die personzentrierte Gesprächsführung: drei Töchter des gleichen Vaters, aber aus verschiedener Ehe. In: Stipsits, R.,

Hutterer, R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S. 54-70
Swildens, H. (1993): Ansätze zur Psychopathologie und zu einer differentiellen Psychotherapie der Neurosen aus klientenzentrierter Sicht. In: Teusch, L., Finke, J. (Hrsg.), Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung. Heidelberg, Asanger, S. 82-102
Swildens H. (2002): Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 187-206

Hans Swildens

Prozessskala → Prozess, therapeutischer

Prozessuale Diagnostik → Diagnostik

Psychoonkologie

Diese Fachdisziplin beschäftigt sich mit der psychosomatischen (→ Psychosomatik) und psychosozialen Dimension von Krebserkrankungen, mit den vielfältigen Problemen und Bedürfnissen betroffener Menschen und den passenden Unterstützungsmodellen. Der gegenwärtige Forschungsstand der Psychoonkologie bietet eine Reihe von Erklärungsversuchen zur Ätiologie der Krebserkrankung, lässt jedoch, auch wegen der Heterogenität der Ergebnisse, keine allgemeingültige psychogenetische Krebstheorie zu (vgl. Meerwein & Bräutigam 1998). Die Weiterentwicklung von psychosozialen Betreuungsangeboten für Patienten und Angehörige zeigt insgesamt ein verstärktes Problembewusstsein für psychische Aspekte im Rahmen eines multifaktoriellen Verständnisses der Krebserkrankungen.

Aus personzentrierter Sicht erscheint es angemessen, jedem an Krebs erkrankten Patienten ein kontinuierliches Betreuungsangebot zur Verfügung zu stellen, da erfahrungsgemäß in allen Stadien bzw. Phasen des Krankheitsverlaufes eine psychosoziale Betreuung bzw. eine mitmenschliche Begleitung aufgrund der Belastungen auf körperlicher und psychischer Ebene, der Veränderungen in den sozialen Beziehungen sowie für die Verarbeitung von Behandlungsfolgen (z.B. Schmerzgeschehen, Beeinträchtigung der Attraktivität, Sexualität, Leistungsfähigkeit und Beweglichkeit, Diät- und Hygienevorschriften usw.) hilfreich erscheint und diese auch den Prozess der Krankheitsverarbeitung (Coping) bzw. die Lebensqualität der Betroffenen positiv beeinflusst. Ein personzentriertes Betreuungskonzept stellt nicht das Tumorgeschehen oder das Krankheitsverhalten (Compliance), sondern die Person des Patienten in den Mittelpunkt. Dies setzt voraus, dass sich alle am Behandlungs- und Betreuungsprozess Beteiligten im besonderen Maße sowohl mit den spezifischen Belastungssituationen und -dimensionen von Krebserkrankungen, als auch mit der Art und Weise der Beziehungsgestaltung auseinandersetzen (vgl. Finke 1994). Die Arzt-Patient-Beziehung entspricht dabei einem vertrauensvollen und kommunikativen Arbeitsbündnis, an dem beide gleichermaßen beteiligt sind und in dem der Patient in *seine* Behandlung aktiv miteinbezogen ist. Die von Rogers (1957/1991) genannten → Grundhaltungen sind gerade auch in der psychotherapeutischen Beziehung zu krebskranken Menschen zum Ausdruck zu bringen: insbesondere bedingungsfreies Akzeptieren (unbedingte → Wertschätzung) aller erlebten seelischen *und* körperlichen Belastungen und Verletzlichkeiten, einfühlendes Verstehen (→ Empathie) für das innere Erleben, für die gedanklichen Vorstellungen, Ängste und Phantasien über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung der Erkrankung sowie *behutsame* Offenheit (→ Echtheit) gegenüber dem Patienten in seiner existenziellen Krisensituation und sich selbst als Helfer im onkologischen Feld. Besonders charakteristisch für eine personzentrierte psychotherapeutische Begleitung sind die persönliche Anteilnahme, das Eingehen auf die kommunikativen Bedürfnisse, das Anbieten kontinuierlicher emotionaler Unterstützung sowie das Verstehen und die Exploration des inneren Erlebens des krebskranken Patienten.

Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Meerwein, F., Bräutigam, W. (Hrsg.) (1998): Einführung in die Psycho-Onkologie. 5. überarb. und erg. Aufl., Bern, Huber

Macke-Bruck, B., Nemeskeri, N. (2002): Der Personzentrierte Ansatz in der Psychoonkologie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 563-583
Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-184

Nora Nemeskeri

Psychosenpsychotherapie

Die früheste wissenschaftliche Auseinandersetzung der → Personzentrierten Psychotherapie mit Menschen, die an einer Psychose leiden, findet im Wisconsin-Projekt statt (Rogers et al. 1967). Die Ergebnisse zeigen, dass chronisch schizophrene, langjährig hospitalisierte Patienten die klassischen personzentrierten Therapeutenvariablen → Echtheit (Kongruenz), → Empathie und unbedingte → Wertschätzung eingeschränkt wahrnehmen. Erzielte Fortschritte im therapeutischen Prozess hängen jedoch von diesen Beziehungsvariablen ab (→ störungsspezifische Perspektive).

Rogers' Auffassung, wonach Psychotherapie auf Beziehung statt auf Technik und Expertentum des Psychotherapeuten beruht, bestätigt sich bei schizophrenen Menschen. Der Kongruenz kommt dabei besondere Bedeutung zu, denn das reale Zugegensein des Psychotherapeuten wird als wichtigstes Element der Psychotherapie definiert (Rogers 1977), was die erlebenszentrierte Phase des Ansatzes einleitet. Besonders Gendlin (1963/1984) betonte aufgrund seiner Erfahrung im Wisconsin-Projekt, dass schizophrenen Menschen die zwischenmenschliche Kontaktaufnahme erst durch das offene Ausdrücken des Selbst-Seins des Psychotherapeuten ermöglicht wird. Das therapeutische Selbst-Sein unterliegt dabei drei Spezifikationen: (a) therapeutische Zurückhaltung, welche dem Erfahrungsraum des Klienten nichts aufdrängt und nicht Ereignisse im Psychotherapeuten mit solchen im Klienten verwechselt, (b) therapeutische Selbst-Beachtung, welche der Wahrnehmung der Eigenempfindungen des Psychotherapeuten dient, und (c) Einfachheit in der Mitteilung des Verstehens des Erlebens des Klienten (vgl. → Experiencing; → Experiential Psychotherapy).

Der psychologische → Kontakt als Grundvoraussetzung der therapeutischen Beziehung ist in der Psychotherapie mit weniger stark beeinträchtigten Menschen gegeben, muss jedoch in der Arbeit mit Psychosekranken meist erst aufgebaut werden. Die therapeutische Haltung ist dabei aktiver, engagierter und transparenter als im Bereich neurotischer Störungen (Berghofer 1996). → Proutys Methode der → Prä-Therapie beschreibt eine Möglichkeit, mit schwer beeinträchtigten Menschen in Kontakt zu kommen, welche allgemein als nicht kontaktfähig und ungeeignet für eine Psychotherapie gelten. Diese Methode kann selbst halluzinatorisches Geschehen bearbeitbar machen und in das Selbst des Patienten integrieren (Prouty 1994).

Im Unterschied zur Therapie anderer Störungen liegt der Schwerpunkt der personzentrierten Psychosenpsychotherapie nicht in der → Selbstexploration des Klienten, sondern auf dem Herstellen einer verlässlichen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung (Rogers 1977). Vertrautheit mit schizophrenem Erleben und Verhalten sowie Kenntnis der Struktur der Krankheit stellen eine Voraussetzung für ein therapeutisch adäquates Vorgehen dar (Binder 1991; 1994). Im therapeutischen → Prozess erfordern krankheitsimmanente Merkmale psychosekranker Personen besondere Beachtung: Bei Störungen im Zeiterleben soll der Therapeut den Erlebnisfluss des Klienten zeitlich strukturieren und wenn notwendig verlangsamen; mangelnder Ich-Abgrenzung von eigenem und fremdem Erleben soll durch identitätsfördernde Maßnahmen begegnet werden, Nähe-Distanz Bedürfnisse des Psychosekranken müssen respektiert werden, damit Selbst- und Fremdwahrnehmung für den Klienten unterscheidbar werden (Binder 1994). Die mangelnde Fähigkeit Psychosekranker, emotionale Gesichtsausdrücke und nonverbales Verhalten adäquat zu interpretieren, können zu Verunsicherungen im Therapieprozess führen. Der Psychotherapeut muss solchen Verunsicherungen aufmerksame Beachtung schenken und dabei sein eigenes Erleben transparent machen. Das Sicherstellen einer klaren, eindeutigen und transparenten Kommunikation ist während des ganzen Therapieverlaufs entscheidend. Das

psychotische Erleben des Klienten muss ernstgenommen und akzeptiert werden, um verborgene Bedeutungen erforschbar zu machen (Berghofer 1997). Empathisches Verstehen richtet sich dabei auf die den unrealistischen Denkinhalt begleitenden Gefühle (Binder 1994). Die Auseinandersetzung mit der existenziellen Frage nach dem Sinn des Lebens mit dieser Erkrankung begleitet die Psychotherapie mit Psychosekranken (vgl. existenzielle Phase in der → Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie; → existenzielle Perspektive). Im Vordergrund der therapeutischen Arbeit steht die Entwicklung eines realistischen Selbstbildes des Psychosekranken jenseits von Selbstüberschätzung und Selbstunterschätzung.

Berghofer, G. (1996): Dealing with schizophrenia - A person-centered approach. Providing care to long-term patients in a supported residential service in Vienna. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion. Frankfurt, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, pp. 481-493

Berghofer, G. (1997): Personzentrierte Psychotherapie von Psychosen. *Psychotherapeuten Forum: Praxis und Wissenschaft* 6, S. 4-8

Binder, U. (1994): Klientenzentrierte Psychotherapie mit Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein systemimmanentes, störungsspezifisches Verstehens- und Handlungskonzept. In: Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.), Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Wien, Springer, S. 185-210

Binder, U., Binder, J. (1991): Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Eschborn, Klotz

Gendlin, E.T. [1963] (1984): Subverbale Kommunikation und therapeutische Ausdrucksfähigkeit: Tendenzen in der klient-zentrierten Therapie mit Schizophrenen. In: Rogers, C., Stevens, B., Von Mensch zu Mensch. Paderborn, Junfermann, S. 137-148

Prouty, G. (1994): Theoretical evolutions in person-centered / experiential psychotherapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses. Westport (Ct.), Praeger

Rogers, C.R. [1962] (1977): Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In: Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 161-179 (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer, S. 188-210)

Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D., Truax, C.B (1967): The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, University of Wisconsin Press

Teusch. L., Finke, J., Gastpar, M. (1994): Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder. Heidelberg, Asanger

Gerlinde Berghofer

Psychosomatik

Dieses im frühen 19. Jh. entstandene Konstrukt ist als Antwort auf die ideengeschichtliche Spaltung von Natur- und Geisteswissenschaften, auf die Dichotomie von Körper und Geist in der Aufklärung zu verstehen. Als Humanwissenschaft ist es Aufgabe der Psychosomatik, Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit, in ihrer bio-psycho-sozialen Integrität, systematisch zu verstehen, Bedingungen für Salutogenese, Krankheitsentstehung und –verarbeitung zu erforschen und angemessene Behandlungskonzepte zu entwickeln. Wichtige Beiträge zur Erklärung psychosomatischer Zusammenhänge stammen u.a. aus Psychoanalyse und Verhaltenswissenschaften, der Anthropologie, Medizinsoziologie und Psychoneuroimmunologie. Zur Zeit gibt es keine erkenntnistheoretisch allgemein anerkannte Basis zum Verständnis psychophysischer Phänomene. Psychosomatik ist als Wissenschaft in sich nicht einheitlich konzipiert (siehe Uexküll 1996). Im Bereich des → Personzentrierten Ansatzes bzw. der → Personzentrierten und Experienziellen Therapie (→ Experiential Psychotherapy) steht die spezifische Therapeut-Klient-Beziehung im Mittelpunkt des Forschungs- und Behandlungsinteresses. Nicht die → Diagnose, sondern die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind im Zentrum der Beachtung: → Therapeutische Prozesse spiegeln ganz persönliche Heilungswege wider. Voraussetzung für die Arbeit in diesem Feld ist die Auseinandersetzung der PsychotherapeutIn mit Leiden, Tod und der eigenen Endlichkeit; sie erfordert die Kenntnis der Strukturen des Gesundheitswesen und die Fähigkeit, dessen Mängeln angemessen zu begegnen.

Im Rahmen der förderlichen Bedingungen einer therapeutischen Beziehung (Rogers 1959/1987) verändert Verstehen. Erfahrene, in der Psychosomatik erfolgreich arbeitende per-

sonzentrierte Psychotherapeuten zeichnet neben Flexibilität, Dialog- und Teamfähigkeit ihre Offenheit im Erleben sowie wissensbasierte Praxis aus: Sie gehen gewissermaßen von der Notwendigkeit aus, ihren Klienten dort abzuholen, wo er sich gerade befindet. Dies hat zentrale Bedeutung vor dem Hintergrund langer Patientenkarrieren, im Kontext mit dem Leiden an sehr unterschiedlichen Störungsbildern und Erkrankungsstadien, beschämend erlebten Überweisungsmodalitäten oder Erfahrungen von Geringschätzung der eigenen Krankheitstheorien. Manchen Klienten erscheint eine Psychotherapie ungeeignet zur Bewältigung körperlicher Symptome zu sein. Sie fürchten das Stigma, psychisch krank zu sein. Das auf diese Gegebenheiten abgestimmte Beziehungsangebot hat Reisch (1994; 2002) beschrieben: Das Bedürfnis des Klienten nach Nähe wie nach Distanz wird gleichermaßen gewürdigt. Seine Art der Beziehungsaufnahme zur eigenen Symptomatik verändert sich in der ressourcenorientierten Therapie quasi entlang des von Rogers beschriebenen Prozesskontinuums.
Die Klienten sind keine in sich homogene Gruppe von „Patienten“ - das Ausmaß ihrer → Inkongruenz ist unterschiedlich: Klienten, die ihr Leiden als von außen verursacht erfahren, deren Erleben stark → strukturgebunden ist, die ihre Symptomatik nicht zur eigenen Person in Beziehung setzen, die Gefühle in die Umgebung projizieren, deren eigenes organismisches Erleben nicht angemessen bewertet und deren Selbstbild stark idealistisch gefärbt ist, stellen große Anforderungen an die Empathiefähigkeit von Psychotherapeuten.
Im Zusammenhang mit psychosomatischem Leiden werden frühkindliche Interaktionen und deren Auswirkungen auf die psychische und körperliche Regulationsfähigkeit diskutiert. Das personzentrierte Entwicklungsmodell vom → Selbstkonzept und dessen mögliche Störungen durch frühe Beziehungserfahrungen eröffnet ein tiefgehendes Verstehen des → Bedürfnisses nach positiver Selbst-Achtung von Klienten. Es sensibilisiert für das unbedingt positive Beachten der erhaltenden vor der sich entfaltenden Tendenz der Selbstaktualisierung (→ Entwicklungstheorie). Es braucht Bedingungen für das vollständige Symbolisieren eines Affektes, also die Fähigkeit diesen frei, unverzerrt, als körperliche Empfindung und als Gefühl wahrzunehmen sowie situativ angemessen zu kommunizieren. Personzentrierte Psychotherapie bezieht den ganzen Menschen in seiner Komplexität ein, z.B. die „organismische Erfahrung“ als Bewertungsinstanz, das Beachten des → Felt Sense (→ Focusing-Therapie; → Experiencing). Manche Klienten werden einen lebendigen Zugang zu ihrem inneren Erlebensfluss in der von N. Rogers (1993) entwickelten → „Expressive Arts Therapy“ erfahren.
Zusammenfassend erscheint es für einen Erfolg entscheidend, dass und wie der Klient den kongruenten Psychotherapeuten in seinem achtsamen, empathischen Verstehen wahrnehmen kann. Anhand der Phänomenologie des Erlebens von Klient und Psychotherapeut im Laufe des therapeutischen Prozesses haben Binder und Binder (1991) verdeutlicht, wie sich die spezifischen Selbstexplorationsdefizite mit wachsender Selbstempathie verringern können. Komorbidität hat einen erheblichen Einfluss im Therapieprozess. Sachse (1995) weist darauf hin, dass der Art und Weise, wie eine Person ihre Probleme bearbeitet (Bearbeitungsebene, -weise; → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie), bei psychosomatischen Klienten (insbesondere solchen mit → Persönlichkeitsstörungen, explizit Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Grundlagenwissen zur Psychosomatik verdanken wir Kriz (1997), der sich in seinem Entwurf einer Personzentrierten Systemtheorie (→ systemtheoretische Perspektive) auch mit psychosomatischen Phänomenen befasst.

Binder, U., Binder, J. (1991): Studien zu einer störungsspezifischen Psychotherapie, Schizophrene Ordnung - Psychosomatisches Erleben – Depressives Leiden. Eschborn, Klotz
Kriz, J. (1997): Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien, Facultas
Reisch, E. (1994): Verletzbare Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten. München, Pfeiffer
Reisch, E. (2002): Zur Arbeit mit Personen mit psychosomatischen Störungen. In: Keil, W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 551-562
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen

Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, N. (1993): The Creative Connection. Expressive Arts as healing. Palo Alto, Science and Behavior Books
Sachse, R. (1995): Der psychosomatische Patient in der Praxis. Grundlagen einer effektiven Therapie mit schwierigen Klienten. Stuttgart, Kohlhammer
Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Schonecke, O.W., Uexküll, Th. v., Wesiack, W. (Hrsg.) (1996): Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München–Wien–Baltimore, Urban & Schwarzenberg

Brigitte Macke-Bruck

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung (QS) dient einem zielgerechten Leistungsangebot und fasst alle die Maßnahmen zusammen, die geeignet sind, Soll-Ist-Differenzen zu reflektieren und zu minimieren. Unterschieden wird zwischen:

1. *Strukturqualität* (erfasst die Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Tätigkeit, z.B. berufs- und sozialrechtliche Regulative, Ausbildung und Qualifikation der Fachkräfte, Ausstattung der Arbeitsstätten, Organisation der Arbeitsaufgaben),
2. *Prozessqualität* (bezieht sich auf die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, ihre Dokumentation und → Supervision) und
3. *Ergebnisqualität* (einschließlich Nachsorge und Katamnesen).

QS kann extern durch Gutachter, Ausschüsse u.ä. (meist zur „Qualitätskontrolle“) und intern durch die Leistungserbringer selbst (meist mit der Absicht „Qualitätsmanagement“) erfolgen.

Zur Einlösung von QS-Ansprüchen verfügt die → Gesprächspsychotherapie (GT) auf Grund ihres tradierten empirischen Selbstverständnisses und der daraus abgeleiteten Forschungspraxis, auf Grund ihrer jahrzehntelangen klinischen Bewährung und infolge ihrer fachverbandlichen Organisationsstrukturen und -standards über gute Voraussetzungen:

Die Strukturqualität der Gesprächspsychotherapie ist in den Mitgliedsstaaten der „European Association of Psychotherapy“ (EAP) Österreich, Schweiz, Italien und den Niederlanden zunächst durch staatliche Prüfungen oder Krankenkassenrefundierung de facto herbeigeführte Anerkennung gewährleistet. Das gilt nicht für die Bundesrepublik Deutschland, obwohl Gesprächspsychotherapie auch hier einen beachtlichen Raum im klinischen Versorgungsbereich einnimmt, an den deutschen Universitäten gelehrt und erforscht wird und eine über dreißigjährige fachverbandliche Vertretung gegeben ist. Dieses Faktum weist auf einen sensiblen Punkt von QS-Systemen hin, nämlich die Bedeutung externer Gutachter, die nicht nur lege artis entscheiden, sondern ihre Position auch manipulativ und destruktiv zum Nachteil einzelner Antragsteller ge- und missbrauchen können.

Zur Sicherung der Prozessqualität kann in der Gesprächspsychotherapie auf bewährte Praktiken und Verfahren für die Dokumentation von Therapieverläufen durch diverse Wirkfaktoren-Ratings sowie mit Hilfe von Therapie-Begleitbögen zurückgegriffen werden (→ Diagnose / Diagnostik). Die prozessdiagnostischen Möglichkeiten sind eine gute Basis, vor allem für eine fortlaufende, routinemäßig durchzuführende formative Evaluation und ggf. notwendige rekursive Adaptationen gesprächspsychotherapeutischer Handlungsmöglich-keiten.

Wesentlich für die Sicherung der Prozessqualität sind im Weiteren Supervisionen, kollegiale Intervisionen und Fallbesprechungen. Hier kommt Gesprächspsychotherapeuten ihre seit langem übliche, fachverbandlich geregelte Supervisionsverpflichtung zugute.

In Bezug auf ergebnisbezogene Qualitätsaspekte der Gesprächspsychotherapie belegen sowohl die klinische Praxis als auch eine umfangreiche Forschungsliteratur eindeutig, dass es sich um ein effektives sowie effizientes und damit in finanzieller Hinsicht vergleichsweise kostengünstiges Psychotherapieverfahren mit einem relativ breiten Indikationsspektrum handelt (→ Indikation). Insgesamt kann auch katamnestisch eine gute Stabilität der erreichten Effekte als belegt gelten (→ Forschung). Neben vielen gruppenstatistisch ausgewerteten Forschungsuntersuchungen liegen Berichte über und Dokumentationen von individuellen gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsverläufen und -ergebnissen vor, die im QS-Kontext als besondere praxisbezogene „Qualitätsscreenings“ gelten.

In kritischer Reflexion der QS-Realität bleibt festzustellen, dass QS-Ressourcen, Konzepte und Materialien vorrangig aus Forschungsprojekten stammen. Praktikable Konzepte für die Alltagsroutine sind zwar als Entwürfe vorhanden, werden jedoch – wie in anderen Psychotherapierichtungen auch – nur zögerlich angenommen. Dabei ist fraglich, ob überhaupt und inwiefern die weitverzweigten Facetten einer (Gesprächs-)Psychotherapie in QS-gerechter Form mit möglichst wenigen Daten adäquat zu beschreiben sind. Skepsis scheint - u.a. mit Bezug auf die theoretischen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie - besonders gegenüber dem Anliegen angebracht, individuelle Veränderungen mit den wenigen in QS-Programmen üblicherweise enthaltenen Daten effizient „managen" zu können. Dass Qualitätsmanagement letztlich auch zu einer Verbesserung der Therapieergebnisse führt, wird zwar angenommen, müsste aber in gesonderten Untersuchungen noch belegt werden.

Rückert, D., Linster, H.W. (1998): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagment im Rahmen der ambulanten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen & ihren Bezugspersonen. In: Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch. Tübingen, DGVT, S. 421-456

Frohburg, I. (1999): Qualitätssicherung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 1, S. 14-27

Tscheulin, D., Walter-Klose, C., Wellenhöfer, G. (2000): Effektivität personzentrierter stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 1*,* S. 35-44

Inge Frohburg

Rahmenbedingungen → Setting

Receiving → Sechs-Schritte-Modell

Refilling

Der → Körper als von innen gefühlter, immer schon mit seiner Mitwelt in Wechselwirkung lebender Organismus „weiß", welche *Antworten* er braucht, damit sich der Lebensprozess fortsetzen kann (carrying forward, → Experiencing, → Fortsetzungsordnung). Bleiben *diese* Antworten aus (weil sie überhaupt nicht oder nicht so erfolgen, wie es für die Weiterführung des Lebensprozesses notwendig wäre), bleibt der Lebensprozess an dieser Stelle stecken und bildet → strukturgebundene Formen des Weiterlebens aus. Eugene → Gendlin definiert das „Unbewusste" als unterbrochene, unvollständige Prozesse des Körpers, die darauf warten, sich fortsetzen zu können. Dazu benötigen sie Selbst-Antworten oder Antworten von anderen – Antworten, die mit dem Körper interagieren und dadurch den nächsten „richtigen" Schritt (Felt Shift) hervorbringen.

Wird der jeweils augenblickliche Erlebensprozess eines Klienten nicht von außen dirigiert, sondern frei gelassen, erscheinen in innerer Achtsamkeit von selbst die Stellen, die auf Fortsetzung warten. Werden sie als → Felt Sense gefühlt, implizieren sie, was für ihre Fortsetzung nötig ist. Das, was gefehlt hat, kann sich der Klient selbst „geben" (indem er z.B. sein „inneres Kind" liebevoll in den Arm nimmt) oder es kann vom Therapeuten als → Response zur Verfügung gestellt werden. Die → Resonanz auf den Klienten ermöglicht dem Therapeuten, zu erfühlen, was der Klient jetzt brauchen könnte, um den damals unterbrochenen Lebensprozess weiterzuführen.

Refilling (wörtlich „auffüllen", „neu füllen") wird mit Fragen eingeleitet wie: „Was hätte es damals gebraucht?", „Wie hätte Ihre Mutter sein sollen?", „Was wäre damals richtig gewesen?" Was damals gefehlt hat, kann jetzt „eingefüllt" werden, aber nur dann, wenn es unmittelbar körperlich gespürt wird und wenn es zu einer konkret erlebten Interaktion zwischen dem Felt Sense des steckengebliebenen Prozesses und der neuen Antwort kommt. Auf diese Weise kann die Vergangenheit in der Gegenwart ankommen. Über das Vergangene oder Fehlende bloß zu reden und dazu „gute Ideen" zu produzieren, hilft nichts.

In ähnlicher Weise, aber sozusagen in die Zukunft gerichtet, kann man fragen: „Wenn dieses Problem schon gelöst wäre, wie würde sich das körperlich anfühlen?“ Bildet sich auf diese Frage hin ein Felt Sense, gewinnt der Klient meist einen großen → Freiraum und damit eine nicht-strukturgebundene Perspektive auf sein Problem, die ermöglicht, es wesentlich effektiver zu bearbeiten. Die körperlich gefühlte „Zielvorstellung“ motiviert zudem, sich dem Problem zu stellen und erleichtert das Auffinden der Erlebensschritte, die zu seiner Lösung erforderlich sind. (Siehe auch → Prozess-Fragen)

Gendlin, E.T. (1993, 1998[2]): Focusing ist eine kleine Tür. Gespräche über Focusing, Träume und Psychotherapie. Würzburg, DAF [S. 80f.]

Johannes Wiltschko

Regression

Freud (1969) bezeichnet mit Regression die Rückwendung auf frühere, kindliche Entwicklungsstufen, vor allem der Sexualentwicklung, unter dem Druck aktueller Belastungen und Konflikte. Die Regression zeigt sich im Überwiegen „primärprozesshafter“ Vollzüge in Denken und Erleben (→ Erfahrung, Erleben), wie Aufhebung der logischen Syntax, d.h. Widersprüchliches kann unverbunden nebeneinander stehen, Aufhebung der Zeitstruktur, d.h. Vergangenes erscheint wie Gegenwärtiges, Überhandnehmen des Bilddenkens. Musterbeispiel eines solchen primärprozesshaften Zustandes ist der → Traum. Sah Freud in der Regression fast ausschließlich einen defizienten Modus, so haben spätere Psychoanalytiker (Kris 1952; Balint 1986) auch die positiven Aspekte von Regression betont („Regression im Dienste des Ich“; Kris a.a.O.), denn der Klient kann hier in Kontakt mit seinen ursprünglichsten Wünschen und Phantasien kommen. Auch die Analytische Psychologie Jungs und die Gestalttherapie fokussieren diese positiven Aspekte für die Therapie (vgl. dazu Geissler 2001 sowie die entsprechenden Stichwörter in Stumm & Pritz 2000).

Die Personzentrierte Therapie gebraucht zwar nicht den Begriff der Regression, gleichwohl macht sie in ihren therapietheoretischen Formulierungen (→ Therapietheorie) deutlich, dass ein entsprechender Zustand des Klienten als förderlich für die Therapie anzusehen ist. So betont Rogers (1961/1973), dass der Klient in der therapeutischen Situation sich dem Strom seines organismischen Erlebens und der Unmittelbarkeit eines Fühlens fernab rationaler Distanziertheit hingeben solle. Auch das konkrete Vorgehen des Personzentrierten Therapeuten läuft darauf hinaus, solche eher „primärprozesshaften“ Zustände im Klienten anzustoßen. Dies geschieht z.B. schon dadurch, dass die meisten therapeutischen Interventionen nicht in Frageform, sondern in Aussageform erfolgen. Schon hierdurch wird nicht die kritische, überlegte Stellungnahme, sondern ein gefühlsnahes Reagieren des Klienten angeregt. Auch die starke inhaltliche Bezugnahme der Therapeutenäußerungen auf Gefühle wirkt in diesem Sinne. Schließlich dürfte auch die therapeutische Haltung von Akzeptanz und → Wertschätzung dazu angetan sein, eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen, in der der Klient eine ängstliche Angespanntheit und forcierte Selbstkontrolle aufgeben kann. Nur so kann der Klient auch in Kontakt mit seinem organismischen Erleben kommen.

Balint, M. (1986): Regression. Therapeutische Aspekte und die Theorie der Grundstörung. München, Deutscher Taschenbuchverlag

Bonitz-Pelster B., Hermann, J., Schulz, W. (1992): Regression in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In: Sachse, R., Lietaer, G., Stiles, W. (Hrsg.), Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung. Heidelberg, Asanger, S. 81-94

Freud, S. (1969): Der Traum. Band II, Studienausgabe. Frankfurt, Fischer

Geißler, P. (2001): Mythos Regression. Gießen, Psychosozial

Kris, E. (1952): Die ästhetische Illusion. Phänomene der Kunst in der Sicht der Psychoanalyse. Frankfurt, Suhrkamp

Rogers, C.R. [1961] (1973): Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta

Stumm, G., Pritz, A. (Hrsg.) (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien, Springer

Jobst Finke

Resonanz

Mit „körperlicher Resonanz“ wird im → Focusing ein essenzielles Merkmal des → Körpers bezeichnet: Er schwingt in der Situation mit, in ihm „schwingt“ die Situation; Körper und Situation sind eine untrennbare Einheit (Gendlin 1993). Dieses situationsbedingte Mitschwingen des Körpers kann erlebt und als → Felt Sense zum Gegenstand unmittelbarer Erfahrung gemacht werden.

In der → Focusing-Therapie wird der Begriff Resonanz insbesondere dazu verwendet, um das implizite Mitschwingen des Therapeuten mit dem Klienten zu bezeichnen. Indem der Therapeut auf seine Resonanz ständig achtet, ist er als Person mit der Person des Klienten in fortwährender Verbindung – „unterhalb“ der vom Klienten mitgeteilten expliziten Inhalte, auf der Ebene impliziten Erlebens, das schon gefühlt, aber noch nicht gewusst wird. Die expliziten Worte und Handlungen des Klienten kommen aus seinem impliziten Erleben, dort fühlt der Klient, was er eigentlich meint und sagen möchte. Ist der Therapeut in Verbindung mit seiner Resonanz, kann er spürend ahnen, von wo aus und wovon der Klient spricht. Erst das ermöglicht wirkliches *Verstehen* und erlebensbezogenes Antworten (→ Listening), ein Antworten, das den Erlebensprozess des Klienten fortsetzt und weiterträgt (carrying forward, → Experiencing, → Fortsetzungsordnung).

In der therapeutischen Situation pendelt der Therapeut mit seiner Aufmerksamkeit hin und her zwischen dem Wahrnehmen des Klienten und dem Wahrnehmen seiner Resonanz zu diesem Klienten. Achtsames Verweilen mit der Resonanz ermöglicht ihr Entfalten zu deutlichem, explizitem Erleben bzw. Handlungsimpulsen. Der Therapeut entscheidet im jeweiligen Augenblick, ob und wie er dieses Erleben „veröffentlicht“, also verbal oder nonverbal handelt. Die Resonanz ist somit auch die Hauptquelle für klientenbezogene Vorschläge (→ Guiding) und Selbstäußerungen des Therapeuten (→ Response).

Die Resonanz auf den Klienten enthält immer auch mehr oder weniger → strukturgebundene Erlebensweisen und Handlungsimpulse des Therapeuten. Diese werden *Gegenreaktionen* genannt. Sie sind oft spontane Antworten auf strukturgebundenes Erleben und Verhalten des Klienten und weisen daher auf strukturgebundene Prozesse im Klienten hin. Gegenreaktionen sollen vom Therapeuten *bemerkt,* aber nicht zur Quelle seines Handelns gemacht werden. Sie sind keine förderlichen Antworten, da sie zu strukturgebundenen Beziehungsformen führen würden. Andererseits müssen sie vor dem Klienten aber auch nicht versteckt werden, der Klient darf sie wahrnehmen: „Ich glaube nicht, dass ich mich der Gegenübertragung außerhalb der Stunde widmen sollte, wenn mich der Klient nicht sieht und darauf reagieren kann. Er muss alles, was in mir mit ihm zu tun haben könnte, *erreichen können*“(Gendlin 1968?/2002).

In der Focusing-Therapie werden drei Umgangsweisen mit Gegenreaktionen unterschieden: (1) → Freiraum schaffen: Die Gegenreaktion wird innerlich zur Seite gestellt, so dass Platz wird für die Resonanz. Diese - und nicht die Gegenreaktion - ist dann die Basis für das Antworten des Therapeuten. (2) Selbst-Focusing: Der Therapeut macht in der therapeutischen Situation seine Gegenreaktion innerlich zum Thema, lässt einen Felt Sense dazu entstehen und entscheidet dann, inwiefern er die Symbolisierungen des Felt Sense mitteilen möchte. Die Gegenreaktion wird „umgeschmolzen“ in einen → Response. (3) Supervision: Der Therapeut fokussiert seine Gegenreaktion nach der Therapiestunde alleine oder mit Hilfe eines Begleiters/Supervisors und bemerkt dadurch bisher implizit gebliebene Aspekte über sich, den Klienten und die therapeutische Beziehung. Diese erweiterte Wahrnehmung wird sich in den nächsten Therapiestunden implizit oder explizit auswirken.

Gendlin, E.T. (1968): The experiential response. In: Hammer, E. (Ed.), Use of interpretation in treatment. New York, Grune and Stratton, pp. 208-227; dt. (2002): *Focusing-Journal 8*, S. 2-9

Gendlin, E.T. (1993): Three assertions about the body. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy 12*(1), pp. 21-33
Wiltschko, J. (1995): Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF, S. 33-35
Wiltschko, J. (1998): „Körper" – was ist das eigentlich? *Psychotherapeuten-Forum 5*(1), 4-9
Wiltschko, J., Renn, K. (1984): Die therapeutische Beziehung im Focusing. *Focusing-Informationen 84*(2), S.1-8

Johannes Wiltschko

Response, Responding

Responding, wörtlich „antworten"; darunter wird in der → Focusing-Therapie ein unmittelbares, persönliches Antworten des Therapeuten auf die Person des Klienten verstanden. Ein Response hat folgende Merkmale:

(1) Die Quelle für einen Response ist die → Resonanz, das implizite Erleben des Therapeuten in Bezug auf den Klienten. Responses sind dem Klienten mitgeteilte Symbolisierungen dieser Resonanz. Sie können den Experiencing-Prozess des Klienten an den Stellen wiederherstellen und vorantragen (carrying forward, → Experiencing), an denen er aufgrund von → Strukturgebundenheit übersprungen wird. Responses sind Symbolisierungsversuche, die der Therapeut stellvertretend für den Klienten erlebt und ausdrückt. „Damit der Klient er selbst sein kann, braucht er Antworten des Therapeuten in dem Maße, in dem seine eigenen fehlen, um sein Erleben voranzutragen" (Gendlin 1964/1992, S. 17). In der Resonanz des Therapeuten kann z.B. entstehen, was der Klient jetzt wirklich braucht oder was er früher einmal gebraucht hätte (→ Refilling).

(2) Ein Response ist eine persönliche Äußerung des Therapeuten, die nicht auf einem absichtsvollen Kalkül beruht, sondern authentischer Selbstausdruck ist. Dieser ist immer mit dem Risiko verbunden, vom Klienten zurückgewiesen zu werden. Deshalb braucht der Therapeut Mut, „sein Herz über den Zaun zu werfen", ohne Sicherheit, dass es vom Klienten „aufgefangen" wird. Ein Response ist daher immer „beziehungsmächtig", der Therapeut spricht den Klienten als Gegenüber, als Du an und das hat einen starken Einfluss auf die Gesamtsituation (→ Beziehung), auf das Erleben des Klienten und des Therapeuten.

(3) Hat der Therapeut als Gegenüber einen Response gegeben, kehrt er sofort an die Seite des Klienten zurück und begleitet empathisch die Wirkung, die er im Erleben des Klienten hervorruft (→ Listening). Der Therapeut soll seinen Response nicht rechtfertigen oder mit dem Klienten diskutieren, er muss in der Lage sein, sich selbst und seine „gute Idee" loszulassen, um sich dem Erleben des Klienten zuwenden zu können.

Responses können zwei Formen haben: (1) Sie sind eine unmittelbare Selbstäußerung des Therapeuten, in der er mitteilt, *wie* er sich gerade in Bezug auf die Person des Klienten erlebt, also wie es ihm persönlich mit dem Klienten geht. (2) Sie beschreiben, *was* der Therapeut gerade im Hinblick auf den Klienten und dessen Äußerungen erlebt: innere Bilder, Gefühle, Körperempfindungen/-impulse oder Worte (→ Erlebensmodalitäten), die möglicherweise etwas symbolisieren, was der Klient implizit erlebt, aber selbst nicht symbolisieren oder ausdrücken kann.

Responding ist neben Listening und → Guiding die dritte Kategorie von → Techniken, die bisher in der Focusing-Therapie benannt und beschrieben wurden, um therapeutisches Verhalten lehr- und diskutierbar zu machen (Wiltschko 2002).

Gendlin, E.T. (1964): A theory of personality change. In: Worchel, P., Byrne, D. (Eds.), Personality change. New York, John Wiley, pp. 100-148; dt. Bearbeitung: Wiltschko, J. (1992): Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Studientexte 1. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T. (1968): The experiential response. In: Hammer, E. (Ed.), Use of interpretation in treatment. New York, Grune and Stratton, pp. 208-227; dt. (2002): *Focusing-Journal 8*, S. 2-9
Renn, K. (1999): Die Arbeit mit strukturgebundenem Erleben. *Focusing-Journal 3,* S. 16-22
Wiltschko, J. (1995): Focusing-Therapie. *Studientexte 4*. Würzburg, DAF

Wiltschko, J. (2002): Focusing und Focusing-Therapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 231-264

Klaus Renn

Saying back → Listening

Schülerzentrierter Unterricht → Signifikantes Lernen

Sechs-Schritte-Modell des Focusing
Um → Focusing lehrbar zu machen und vor allem auch Laien zum Zweck der Selbsthilfe (→ Anwendungen) vermitteln zu können, hat Eugene → Gendlin den Focusing-Prozess in sechs Abschnitte unterteilt: (1) *clearing a space* (Freiraum schaffen), (2) *getting a felt sense* (einen Felt Sense entstehen lassen), (3) *getting a handle* (einen Griff finden), (4) *resonating the handle* (vergleichen), (5) *asking* (Fragen stellen), (6) *receiving* (annehmen und schützen).
Dieses Modell stellt einen Leitfaden dar, der während des → Begleitens von Focusing-Prozessen eine Orientierung geben kann. Es ist nicht dazu da, Erlebensprozesse auf dieses Schema zu verpflichten. "Ich habe mit Focusing etwas beschrieben und ausgearbeitet, das wir in uns wirklich vorfinden, etwas, das wirklich da ist. Und ich habe dem Schritte und Nummern gegeben. Aber wenn diese Schritte und Nummern beginnen, andere Leute zu unterdrücken - zur Hölle damit." (Gendlin 1997, S. 24).
● *Schritt 1: Freiraum schaffen:* Das Thema, das mit Hilfe eines Focusing-Prozesses weiterentwickelt werden soll, wird benannt und aus dem Innenraum „herausgestellt" Dadurch wird im → Körper ein freier Raum geschaffen, in dem sich dann der → Felt Sense zum Thema bilden kann. Im weiteren Prozessverlauf wird darauf geachtet, dass Freiraum erhalten bleibt, dass also immer ein „guter Abstand" zu den Erlebensinhalten hergestellt wird (→ Freiraum).
● *Schritt 2: einen Felt Sense entstehen lassen:* Eines der herausgestellten Themen wird zur weiteren Bearbeitung gewählt. Die Aufmerksamkeit wird nach innen, in den Körper gerichtet, und es wird gewartet, welche körperliche Resonanz (Felt Sense) im Brust-/Bauchraum zu diesem Thema entsteht. Mit dem manchmal augenblicklich sich einstellenden, manchmal sich langsam bildenden Felt Sense verweilt man achtsam und absichtslos (→ Haltung): weder will man in ihn eindringen, noch ihn von der Ferne analysieren, man bleibt „daneben", in Tuchfühlung. Dann kann er sich „öffnen", entfalten und symbolisieren (→ Felt Sense).
● *Schritt 3: Griff* (engl. *handle*) *finden:* Mit „Griff" wird das erste Symbol bezeichnet, das zu einem Felt Sense in einer der → Erlebensmodalitäten (Wort, inneres Bild, körperlicher Impuls/Geste/Bewegung) auftaucht. Mit diesem „Griff" lässt sich der Felt Sense zum ersten Mal „begreifen" und ausdrücken. Das Wort „Griff" stammt von folgender Metapher: Der Griff eines Koffers hilft, diesen Koffer hervorzuziehen, zu halten und zu tragen. Wie der Koffer am Griff hängt, hängt der Felt Sense am ersten Symbol. Mit Hilfe des Griffs lässt sich der Felt Sense wiederfinden und *„handeln"*. Wenn man den Griff einmal hat, kann der Felt Sense nicht mehr so leicht verloren gehen.
● *Schritt 4: Vergleichen* (engl. *resonating,* wörtlich „mitschwingen"): Das Herzstück des Focusing-Prozesses; dabei wird das erste Symbol („Griff") mit dem Felt Sense innerlich verglichen. Wenn das Symbol einen Aspekt des Felt Sense adäquat expliziert, wird der Felt Sense vorwärtsgetragen (carrying forward), was als Felt Shift (als körperliche Erleichterung, kognitive Einsicht etc.) erlebt wird. Wenn das Symbol nicht zum Felt Sense passt, wird es von diesem zurückgewiesen, man wartet dann auf das Auftauchen eines weiteren Symbols. Das Vergleichen wird im Lauf des Prozesses mit allen sukzessive auftauchenden Symbolen praktiziert. Der Prozessschritt des Vergleichens wird vom Begleiter/Therapeuten durch → Listening unterstützt: Das aufgetauchte Symbol wird unverändert zurückgegeben (saying back), so dass es der Klient nochmals mit seinem Felt Sense „in Resonanz bringen" und vergleichen kann (→ Experiencing).

● *Schritt 5: Fragen stellen (asking):* In dieser Prozessphase können spezielle Fragen gestellt werden, die dem Klienten helfen sollen, a) achtsam mit dem Felt Sense zu verweilen (Beispiele: "*Wo* genau fühlen Sie es in Ihrem Körper?", "*Wie* fühlt es sich da an?") und b) das Symbolisieren des Felt Sense weiter anzuregen (Beispiele: "Was ist so ... (Griff, z.B. 'zittrig') ... daran?", "Welche Ausdehnung/Form/Farbe etc. hat es?"). Fragen werden aber auch in allen andern Prozessphasen als häufigste Form des → Guiding benützt.
● *Schritt 6: Annehmen und schützen* (engl. *receiving,* wörtlich „empfangen"): Hier geht es darum, das neue Erleben, das durch Focusing gekommen ist (Felt Shift), anzunehmen, ihm einen "guten inneren Platz" zu geben (Freiraum) und es gegen Angriffe der → inneren Kritiker zu schützen. Es soll weder analysiert, noch bewertet oder festgehalten werden. Stattdessen wird der Klient eingeladen, den inneren Prozess-Weg noch einmal zu gehen und sich v.a. den Moment zu vergegenwärtigen, der dem Felt Shift unmittelbar vorausging. Auf diese Weise lässt sich das, was durch Focusing gerade entstanden ist, auch in Zukunft am sichersten wiederfinden.
In der → *Focusing-Therapie*, in der komplette Focusing-Runden nach dem Sechs-Schritte-Modell eher selten vorkommen, bedeutet Receiving, den Klienten durch → Markieren einzuladen, jeden auch noch so kleinen Felt Shift zu bemerken und mit ihm ein wenig zu verweilen, bevor er fortfährt, an seinem gegenwärtigen oder an einem neuen Thema weiterzuarbeiten. Neil Friedman (1993) hat diese Art, Focusing in der Psychotherapie zu verwenden, *„Mini-Focusing"* genannt: Der Klient wird nicht angehalten, komplette Focusing-Runden zu durchlaufen, sondern durch in das permanente Listening eingestreute Guiding-Vorschläge immer wieder eingeladen, sich unmittelbar auf sein augenblickliches implizites Erleben zu beziehen (direct reference). Je nach Situation können darüber hinaus verschiedene Methoden des Focusing (→ Techniken) angeboten werden, ohne dem Klienten ein starres Vorgehen aufzuzwingen.

Friedman, N. (1993): Focusing-Therapy. *The Focusing Connection X*(1), pp. 1-3
Köhne, F., Wiltschko, J. (1981): Focusing und Klientenzentrierte Psychotherapie. *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 43,* S. 3-16; auch in (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 23-36
Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1981, 1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt [S. 72-86]
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1997): Brauchen wir eine Focusing-Therapie? Studientexte 3. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 40-62]
Wiltschko, J. (1979): Zur Praxis des Focusing: Persönliche Erfahrungen mit Gene Gendlin. *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 37,* S. 13-29; auch in (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 6-22

Johannes Wiltschko

Sekundäre Inkongruenz → Inkongruenz, sekundäre

Selbst, Selbstkonzept
Zur Begrifflichkeit: Das Selbst ist das Subjekt, das sich intrapersonal mit sich selbst, dem Selbstkonzept als Objekt beschäftigt (G. H. Mead: Das „I" betrachtet das „Me"). Das Selbst, von einem äußeren Bezugsrahmen aus betrachtet, nennt Rogers (1959/1987) Selbststruktur. Das Selbstkonzept (weiterhin bedeutungsgleich mit Selbst, Selbstbild, Selbststruktur) ist der zentrale Gegenstand der Betrachtung (intra- und interpersonal) in Theorie und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Es ist ein Konstrukt, das „nichts tut", keine Instanz ist (Handeln ist Gegenstand des Individuums respektive des Organismus).
Zur Definition: Das Selbstkonzept ist ein Ganzes aus der Summe und der Vernetzung aller signifikanten → Erfahrungen, die das Individuum symbolisiert hat. Es besteht aus Vorstellungen, Bildern, Empfindungen, Gefühlen, Gedanken, Worten, Sätzen und den dazugehörigen Werten. "Man kann es sich als eine strukturierte, konsistente Vorstellungsgestalt denken, die sich zusammensetzt aus den Wahrnehmungen vom Ich oder Mich und den Wahrnehmungen

von den Beziehungen dieses Ich zur Außenwelt und zu anderen Personen. Dazu gehören auch die mit diesen Wahrnehmungen verbundenen Wertvorstellungen“ (Rogers 1975/1977, S. 35f.).
Zur Deskription: Das Selbst als das Abbild von sich selbst existiert 1. innerhalb des Wahrnehmungsfeldes des → Organismus, entwickelt sich 2. in der Auseinandersetzung und Interaktion mit der Realität, besonders mit der sozialen Realität, insbesondere mit signifikanten Bezugspersonen, vor allem in der emotionalen Beziehung zu diesen Personen, und hier besonders in der mentalen Vorstellung (Konstruktion) dieser Beziehung, und identifiziert sich 3. mit sich selbst a) durch die Spiegelung im Anderen, besonders durch die Wahrnehmung der Anerkennung von Bezugspersonen, b) durch die Wahrnehmung des eigenen Erlebens, besonders durch die Wahrnehmung des wechselnden Erlebens, vor allem im sozialen Spannungsfeld und insbesondere durch die Bewertung dieser Wahrnehmungen.
Zum Aufbau: Vor jeder autonomen Differenzierung des Selbstkonzepts ist es nötig, dass alle Erfahrungen und ihre Affekte anfänglich empathisch begleitet werden. Nur so erhalten sie eine kognitive Fassung und können als Gefühle, also als emotional bewertete Kognitionen in das Selbstkonzept integriert werden.
Zum Ausbau: Das Selbstkonzept unterliegt durch jede neue Erfahrung einer dauernden Umstrukturierung. Das Agens dieser offenen Auseinandersetzung mit Erfahrungen ist → Selbstexploration, die zirkuläre narrative Beschäftigung mit dem Selbstkonzept durch die Person. Sie ist ein fließender Prozess und führt zu einer ständigen Differenzierung des Selbstkonzepts. Durch die Orientierung der kognitiven Umstrukturierung an Bewertungen, die als Gefühle erlebt werden, verändert sich das Selbstkonzept in Richtung einer größeren Kongruenz mit den organismischen Erfahrungen: es geschieht Wachstum.
Zur Bezogenheit: Relevante Erfahrungen für das Selbstkonzept geschehen grundsätzlich in einer Beziehung, auch in Beziehung mit sich selbst, sofern das Selbst mit Hilfe von Bezugspersonen bereits eine integrierte Gestalt angenommen hat. Beziehung ist die bewertete Interaktion von Person zu Person, z. B. zwischen Eltern oder Psychotherapeuten einerseits und dem Kind oder Klienten andererseits. Sie ist eine relevante Selbsterfahrung für beide und verändert beider Personen Selbstkonzept. Diese Begegnung (M. Buber) mit dem Selbst des Anderen unterliegt gesamtorganismischen Bewertungen (für den Organismus oder das Selbstkonzept förderlich oder nicht), die affektiv erlebt werden. So ist die soziale Bezogenheit des Selbstkonzepts (neben der einzigartigen Individualität) sein integraler Bestandteil.
Zur Fehlentwicklung: Da die Bewertungen einer Erfahrung durch den Organismus andere sein können als die Bewertungen durch das Selbstkonzept, können diese oder jene abgewehrt werden. Das Selbstkonzept verliert seine Integrität, → Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung ist die Folge und zeigt sich in einer Differenz zwischen Selbstbild und Selbstideal (→ Ätiologiekonzeption).

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1995): Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. Stuttgart, Kohlhammer
Kreuter-Szabo, S. (1988): Der Selbstbegriff in der humanistischen Psychologie von A. Maslow und C. Rogers. Frankfurt/M., Lang
Pawlowsky, G. (2000): Selbst. In: Stumm, G., Pritz, A. (Hrsg.), Wörterbuch der Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 619-620
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. [1975] (1977): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 15-52 (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)

Klaus Heinerth

Selbstaktualisierungstendenz → Aktualisierungstendenz

Selbstbeachtung, positive → Bedürfnis nach positiver Beachtung

Selbstbild → Selbst, Selbstkonzept

Selbsteinbringung des Psychotherapeuten → Therapietechniken, → Echtheit

Selbsterfahrung → Erfahrung, Erleben

Selbstexploration
Den Begriff „Selbstexploration" verwendet man für eine bestimmte Form der Auseinandersetzung einer Person (Klientin/Klient) mit sich selbst, mit dem eigenen Erleben und eigenen Erfahrungen. Ein hohes Ausmaß der Selbstexploration ist gegeben, wenn ein Klient offen und aktiv über eigene Erfahrungen, seine spezifischen inneren Erlebnisse, über das eigene Fühlen, über Aspekte und Eigenschaften seiner Persönlichkeit sowie über sein → Selbstbild spricht, sich damit auseinandersetzt, diese erforscht und zu klären versucht. Ein geringes Ausmaß an Selbstexploration zeigt sich darin, dass Klienten nichts oder wenig über sich, über ihr Verhalten und Erleben sagen, sondern überwiegend über äußere Tatbestände sprechen, die von ihrer Person entfernt sind (therapeutischer → Prozess). Die Theorie der → Personzentrierten Psychotherapie geht davon aus, dass die therapeutischen → Grundhaltungen bei Klienten bestimmte Vorgänge (Prozesse) auslösen. Diese Vorgänge beinhalten die Klärung und (sprachliche) → Symbolisierung von Erfahrungen und Erlebnissen einer Person mit sich selbst und bedeutsamen anderen Personen sowie die Klärung und Symbolisierung von Gefühlen und gefühlsmäßigen Bewertungen, die damit zusammenhängen. Diese Vorgänge sind wichtig für die Verminderung oder Auflösung von → Inkongruenzen. Mit dem Begriff „Selbstexploration" wurde ein Versuch unternommen, diese komplexen Vorgänge zu benennen und zu erforschen. Weitere Begriffe, die dafür verwendet wurden, sind „Selbstöffnung" und „Selbstauseinandersetzung". Für Forschungszwecke wurden diese Begriffe durch Schätzskalen operationalisiert (z.B. nach Carkhuff). Die Selbstexploration von Klienten wird besonders durch nicht-wertendes einfühlendes Verstehen auf Seiten des Psychotherapeuten gefördert (→ Empathie; → Wertschätzung, unbedingte). Forschungsbefunde haben ergeben, dass in wirksamen Psychotherapien Klienten ein hohes Ausmaß an Selbstexploration erreichen.

Sachse, R. (1986): Was bedeutet "Selbstexploration" und wie kann ein Therapeut den Selbstklärungsprozess des Klienten fördern? Versuch einer theoretischen Klärung mit Hilfe sprachpsychologischer Konzepte. *GwG-Info* 64, S. 33-52

Schwartz, H.-J. (1975): Empirisch überprüfte Prozessmerkmale in der Gesprächspsychotherapie. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 114-123

Tausch, R., Tausch, A.-M. (1990): Gesprächs-Psychotherapie. 9. Auflage. Göttingen, Hogrefe

Robert Hutterer

Selbstkonzept → Selbst, Selbstkonzept

Selbststruktur → Selbst, Selbstkonzept

Selbstverwirklichung → Aktualisierungstendenz

Setting
Das Setting beschreibt die Anordnung und das Gefüge, in dem Psychotherapie gemacht wird, sowie die Rahmenbedingungen. Als solches hat es in seiner Berechenbarkeit eine wichtige Struktur gebende und Sicherheit bzw. Halt vermittelnde Funktion (vgl. Fiegl 2000). Es ist zwischen Psychotherapeuten und Klienten konsensuell zu vereinbaren. Zu unterscheiden ist das Einzelsetting, → Gruppenpsychotherapie, → Paartherapie und → Familientherapie (in den beiden letztgenannten Formen ev. auch mit mehr als einem Psychotherapeuten), aber auch, ob im

ambulanten oder stationären Kontext bzw. in freier Praxis oder im Rahmen einer Institution gearbeitet wird, wobei hier die Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Psychiater) und medizinischen / psychosozialen / pädagogischen Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen, spezialisierte Institutionen, Schule) eine gewichtige Rolle spielen können. In diesem Zusammenhang ist auch die Indikationsfrage (→ Indikation), welches Setting bei welchen Personen mit welcher Störung zu bevorzugen ist, und die Kombination von verschiedenen Settings (z.B. gleichzeitige Einzel- und Gruppenpsychotherapie) angesprochen. Für einige Klientengruppen stellen stationäre Therapieangebote in vielen Fällen die Methode der Wahl dar: z.B. → Psychosomatik, → Suchttherapie, in der Psychiatrie (→ Psychosenpsychotherapie), im Zwangskontext wie im Strafvollzug. In bestimmten Fällen sollte auch die Möglichkeit einer aufsuchenden Psychotherapie in Betracht gezogen werden (→ Behindertenarbeit; → Angststörungen).
Zum Setting zählt ferner die räumliche Anordnung sowie die Art und Weise der psychotherapeutischen Arbeit wie z.B. Gespräche im Sitzen, in der Gruppe ggf. im Kreis (in Sesseln oder auf der Matte), im Spielen (Spieltherapie; → Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie), Gestalten und Arbeit mit non-verbalen Medien (z.B. → Expressive Arts Therapy) oder auch bei explizitem → Körpereinbezug in Form von Berührung, betonter Körperwahrnehmung sowie Arbeit mit Körperhaltung und –ausdruck oder auch Bewegung. An dieser Stelle sei betont, dass die Personzentrierte Psychotherapie keinesfalls als reine Gesprächstherapie im Sitzen definiert ist, sondern im Gegenteil die gesamte Bandbreite verschiedener Settings je nach Bedürfnislage des jeweiligen Klienten und auch je nach persönlichem Arbeitsstil des Psychotherapeuten in Abstimmung mit dem jeweiligen Klienten in Erwägung zu ziehen ist. Es erscheint naheliegend, dass unter Berücksichtigung der Bereitschaft und des inneren Bezugsrahmens des Klienten der angemessene Wechsel zwischen unterschiedlichen Kommunikationsmedien und Interaktionsmodi vielfältigere Erfahrungsmöglichkeiten für den Klienten schafft (→ Avenues).
Schließlich sind auch die Frequenz der vereinbarten Kontakte (häufig einmal in der Woche, seltener in größeren Abständen oder auch mehrmals pro Woche), die Dauer des einzelnen Kontakts (in der Regel 50 Minuten für die Einzeltherapie oder eine Doppelstunde für Gruppenpsychotherapie) und die Therapiedauer als Settingmerkmal zu sehen. Eckert (2002) unterscheidet dabei zwischen klientenzentrierten Kurzzeitpsychotherapien (unter 30 Stunden), klientenzentrierten Psychotherapien mit einem üblichen Behandlungsumfang (rund 70 Sitzungen in einem Zeitraum von etwa zwei Jahren), klientenzentrierten Langzeitpsychotherapien (mit mehr als 100 Stunden) und fraktionierten Psychotherapien, die durch eine mehr als einmalige Behandlungaufnahme charakterisiert sind.
Pawlowsky (1992) hat für die Personzentrierte Psychotherapie dargelegt, dass Settingfragen (wie z.B. Erstgespräch und Beendigung der Psychotherapie, Freiwilligkeit, Honorarfragen, Urlaubsregelung, Übereinkunft bei entfallenden Stunden) im Vergleich zum Augenmerk, das der therapeutischen Beziehung beigemessen wird, eine – zu Unrecht - untergeordnete Bedeutung zukommt.

Eckert, J. (2002): Kurzzeit- und längerfristige Psychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 445-466
Fiegl, J. (2000): Setting. In: Stumm, G., Pritz, A. (Hrsg.), Wörterbuch der Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 636f.
Pawlowsky, G. (1992): Das Setting. Anfänge, Vereinbarungen, Entwicklungen, Abschlüsse – der Rahmen Personzentrierter Psychotherapie. In: Frenzel, P., Schmid, P.F., Winkler, M. (Hrsg.), Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S. 163-176

Gerhard Stumm

Sexualität

Gemäß der Theorie des → Personzentrierten Ansatzes ist Sexualität Ausdruck der → Aktualisierungstendenz. Sexualität nimmt hierin keine Spezialrolle ein und wird daher in der

personzentrierten Theorie auch nicht gesondert thematisiert, sondern als eines von verschiedenen Organisationsprinzipien der Aktualisierungstendenz aufgefasst, gleichberechtigt neben Bestrebungen wie → Aggression, Lernimpuls etc., die der Selbstorganisation des → Organismus dienen. Das Organisationsprinzip Sexualität wird in der personzentrierten Theoriebildung phänomenologisch erfasst und wertfrei als ein Entwicklungsmoment menschlichen Seins verstanden.

Sexualität umfasst dabei eine physische sowie eine psychische Dimension, die in Wechselwirkung miteinander stehen. Physisch betrachtet, ermöglicht sie die größtmögliche Nähe zweier Körper, dabei eventuell die Verschmelzung von Erbgut zweier Organismen, wodurch neues Leben entsteht (konstruktiver und sozialer Aspekt der Aktualisierungstendenz). Sexualität weist damit auf der biologischen Ebene auf Ergänzung hin und ist insofern wertfreier körperlicher Ausdruck der generellen Bezogenheit des Menschen.

Auf der psychischen Ebene kann aus der → Erfahrung von intensiver Lust und Ekstase zum einen das Erleben von Entgrenzung, zeitweiliger Ich-Auflösung und Transzendenz resultieren, was Sexualität mit dem Bereich der Spiritualität in Verbindung bringt, wie sie in verschiedenen Kulturen thematisiert wird. Zum Anderen stellt das Erleben intimster körperlicher Nähe mit einem Gegenüber eine der intensivsten menschlichen Beziehungserfahrungen dar (→ Beziehung, zwischenmenschliche). Ob sie konstruktiv oder destruktiv erlebt wird, hängt vom Grad der Kongruenz (→ Echtheit) der Beteiligten ab. Sind die Konstrukte der → Person über sich und die Welt (→ Selbstkonzept) stimmig mit dem, was sie tatsächlich im Kontakt mit dem eigenen Körper und dem Gegenüber erfährt, erlebt sie Sexualität konfliktfrei, im Zustand der Inkongruenz jedoch kann es zu → sexuellen Störungen kommen. Ungestörte Erfahrung von Sexualität impliziert, dass die von Rogers als grundlegend postulierten menschlichen Bedürfnisse nach Selbstachtung und Anerkennung durch andere erfüllt sind (→ Wertschätzung, unbedingte). Das lässt offen, ob ein Mensch bezüglich seiner sexuellen Ausrichtung hetero-, homo- oder transsexuell orientiert ist und mit welcher Art der Aktivität oder eines Kontaktes er seine sexuelle Erfüllung findet oder ob er entscheidet, sexuell abstinent zu sein.

Je nach Stufe der körperlichen Entwicklung und je nach kulturellem Kontext wird eine sexuelle Erfahrung dabei auf ein anderes Selbstkonzept und damit auf unterschiedliche Wertvorstellungen der Person treffen und entwicklungsspezifische Anforderungen an diese Person bezüglich Erweiterung ihres eigenen Selbstkonzeptes stellen. Da einer Person nie alle Erfahrungen völlig unverzerrt und bewusst zur Verfügung stehen, bedeutet das Erfahren von Sexualität einen besonderen psychischen Entwicklungsimpuls: Die sexuellen Reaktionen laufen auf der Körperebene ab und sind dem Bewusstsein teilweise nur sehr schwer oder gar nicht zugänglich, womit deren Repräsentanz im Selbstkonzept per se zum Teil fehlen muss. Die sexuellen Erfahrungen stellen damit eine spezielle Form körperlich-seelischer Entwicklungserfahrung dar, die in besonderem Maß erfordert, das Selbstkonzept ständig mehrdimensional zu erweitern und zu revidieren.

Menschliche Existenz ist immer entweder weiblich oder männlich, womit die Erfahrung der Geschlechtlichkeit elementar zum Erleben von Identität gehört. Die körperlichen Gegebenheiten und ihre Funktionen unterscheiden sich je nach Geschlecht, woraus geschlechtsspezifisch unterschiedliche Körpererfahrungen und das spezifische Erleben sexueller Erfahrungen resultiert. Die Theorie des Personzentrierten Ansatzes räumt dies implizit ein und formuliert die Forderung, jeden Verstehensprozess vom inneren Bezugsrahmen der betreffenden Person aus zu vollziehen. Jedoch werden Geschlechterdifferenzen von der künftigen Theoriebildung noch stärker zu berücksichtigen sein, um das geschlechtliche Erleben noch präziser symbolisieren und in seinen Bedürfnissen spezifischer erfassen zu können.

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Rogers, C.R. (1980): A way of being. Houghton Mifflin, New York; dt. teilweise in (1981): Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta

Schmid, P.F. (1995): Intimität, Zärtlichkeit und Lust – Thesen zur Sexualität aus personzentrierter Sicht. *GwG Zeitschrift* 99, S. 54-64
Teichmann-Wirth, B. (1992): Man darf das nicht vor keuschen Ohren nennen, was keusche Herzen nicht entbehren können. Personzentrierte Therapie: Jenseits der Sexualität? In: Frenzel, P., Schmid, P.F., Winkler, M. (Hrsg.), Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Köln, Edition Humanistische Psychologie, S. 293-302
Wolter-Gustafson, C. (1999): The power of the premise. Rogers' phenomenological theory: Reconstructing our understanding of human development, gender and non-dominant groups. In: Fairhurst, I. (Ed.), Women writing in person-centered approach. Ross-on-Wye, PCCS Books, pp. 199-214

Margarethe Letzel

Sexuelle Störungen

Störungen im Erleben von → Sexualität sind aus personzentrierter Sicht immer Beziehungsstörungen, sei es der Beziehung zu sich selbst oder zum Gegenüber und damit eine Form von → Inkongruenz. Der sexuelle Ausdruck als eine Funktion der → Aktualisierungstendenz ist blockiert, der → Organismus damit in seiner Entfaltung behindert. Die Ursache ist in den sozialen Bezügen zu suchen: In der Auseinandersetzung mit dem Gegenüber entwickelt und entfaltet sich das menschliche Potenzial in der jeweils möglichen Form. Als Folge blockierender Umweltreaktionen wird die → Person mit verzerrter → Symbolisierung oder Leugnung ihrer → Erfahrungen reagieren.

Schwerpunkte sexueller Störungen sind:

1. Klassische sexuelle Funktionsstörungen wie erektile Dysfunktion oder Vaginismus, bei denen keine organische Ursache vorliegt, sind zunächst Störungen der Beziehung zum Gegenüber auf der Körperebene. Da der Personzentrierte Ansatz den Menschen als leib-seelische Ganzheit auffasst, wird diese Form körperlicher Beziehungsstörung zugleich als Ausdruck einer seelischen Beziehungsstörung verstanden (→ Beziehung, zwischenmenschliche), und zwar sowohl in der Beziehung zum Gegenüber als auch in der Beziehung zu sich selbst: Die Erfahrung des eigenen Körpers und das → Selbstkonzept stimmen nicht mehr überein (psychosomatische Reaktion; → Psychosomatik).
2. Sexuelle Funktionsstörungen, deren Ursache in Alter, Krankheit oder Körperbehinderung des Organismus liegt, bedeuten ebenfalls eine Kollision von Körpererfahrung und Körperbild oder den Wertvorstellungen darüber und sind eine Inkongruenz in der Beziehung zu sich selbst. Sekundär können hier ebenfalls Störungen in der Beziehung zu anderen auftreten.
3. Sexuelle Gewalt: Die Erfahrung sexueller Gewalt führt beim sexuellen Misshandlungsopfer zu einem tiefgreifend gestörten Selbstkonzept. Posttraumatisch werden primär die eigenen Körpererfahrungen, aber auch die eigenen Gefühlswahrnehmungen verzerrt repräsentiert. Als Folge kann auch das Gegenüber in vielen Fällen nicht mehr situationsadäquat wahrgenommen werden.

Kennzeichnend für den sexuellen Gewalttäter auf der anderen Seite ist seine Unfähigkeit, Objekte seiner sexuellen Bestrebungen als Personen mit ihren eigenen Bedürfnissen, Empfindungen und Rechten zu erkennen. Sichtbar wird für ihn die andere Person nur als Lustobjekt und/oder als bedrohliche Instanz. Da der Gewalttäter die Reaktionen des Gegenübers entweder gar nicht oder nur verzerrt symbolisiert, wird jede seiner sexuellen Äußerungen zu einer Erfahrung destruktiver → Aggression für die andere Person.

4. Sexuelle Lustlosigkeit stellt eine Inkongruenz zwischen Selbstideal und Erfahrung dar. Die sexuell lustlose Person hat andere Erwartungen an ihre sexuelle Erlebnisfähigkeit, als es die tatsächlich gelebte Erfahrung ermöglicht. So bedeutet etwa Gewohnheit Wiederholung stets gleicher Erfahrungen. Oder gesellschaftliche Sexualitätsnormen setzen einen anderen Maßstab, als es den eigenen Bedürfnissen entspricht. Das Selbstkonzept wird statisch. Um mit der negativen Spannung nicht in Kontakt zu kommen, die aus dem statischen Selbstkonzept und dem Impuls des Organismus zu neuer Erfahrung und weiterer Entfaltung resultiert, vermeidet die Person den Erfahrungsbereich Sexualität oder unterwirft sich externen Normen. Liegt die Inkongruenz zwischen Selbstideal und Erfahrung nicht nur im sexuellen Bereich vor, kann die sexuelle Lustlosigkeit Teil einer depressiven Störung sein (→ Depression).

Die therapeutische Arbeit mit Personen mit sexuellen Störungen zielt im → Personzentrierten Ansatz darauf ab, die Person ganzheitlich wahrzunehmen, mit ihr die abgewehrten Erfahrungen (→ Abwehr) zu integrieren, das Selbstkonzept zu erweitern und so die Beziehungsstörungen aufzulösen, indem die Psychotherapeutin die → Grundhaltungen verwirklicht und die Erfahrung einer angstfreien Beziehung (→ Beziehung, therapeutische) ermöglicht. Dass sich gelebte sexuelle Kontaktnahme dabei verbietet, gehört zur psychotherapeutischen Standesethik (→ Ethik). Das therapeutische Agens ist immer die angstfreie Beziehung und nicht Ursachenforschung oder Anleitung zum Verhaltenstraining, was nicht ausschließt, dass solche Elemente Teil der Psychotherapie sind, wenn sie aus dem Bedürfnis des Klienten erwachsen und vom Klienten her entwickelt werden. Je nach Situation des Klienten und welche seiner Erfahrungen er verzerrt symbolisiert, wird dabei die Beziehung zu sich selbst oder die zum Gegenüber im Zentrum stehen.

Baldenius, I. (1998): Gelogene Liebe. Diskursanalyse des sexuellen Missbrauchs. Regensburg, Roderer

Heintz, U.J. (1991): Sexueller Missbrauch am Kleinkind. Versuch einer Aufarbeitung anhand des Persönlichkeitsmodells von Carl Rogers. *GwG Zeitschrift* 84, S. 23-31

Panagiotopoulos, P. (1993): Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag von Rogers zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. Köln, GwG, S. 43-56

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Rogers, C.R. (1980): A way of being. Boston, Houghton Mifflin; dt. teilweise in (1981): Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta

Margarethe Letzel

Signifikantes Lernen

Dieser Begriff wurde von Rogers bereits 1951 im Zusammenhang mit wachstumsfördernden Erziehungsprozessen beim „Schüler-bezogenen Unterrichten" verwendet (Rogers 1951/1972, S. 335ff.). Das erfahrungsbezogene, bedeutungsvolle, die ganze → Person berührendes Lernen stellt er dem in der Schule vorherrschenden „bedeutungslosen" Lernen gegenüber (1969/1974, S. 11ff.; 1983/1984, S. 35ff.). Es handelt sich um *„ganzheitliches Lernen",* das Logisches mit Intuitivem, Intellekt mit Gefühl, Vorstellung mit Erfahrung sowie männliche mit weiblichen Fähigkeiten verbindet (Rogers 1983/1984, S. 23), und um einen selbst-initiierten Lernprozess, der vom Engagement der ganzen Person getragen ist, sie durchdringt und zu Ergebnissen führt, die vom Lernenden als sinnvoll bewertet werden (Rogers 1969/1974, S. 13).

„Signifikantes Lernen" verweist auf ähnliche Begriffe in anderen humanistisch orientierten Ansätzen, etwa auf *„lebendiges Lernen"* (Ruth Cohn), *„Lernen im Seinsmodus"* (Erich Fromm) oder *„dialogisches Lernen"* (Paolo Freire). Der zugrundeliegende Bildungsbegriff ist weniger an Inhalten als an Lernprozessen orientiert und bezieht sich auf einen Menschen, „der gelernt hat, wie man lernt; der gelernt hat, wie man sich anpaßt und ändert; der erkannt hat, daß kein Wissen sicher ist, daß nur der Prozess der Suche nach Wissen eine Basis für Sicherheit bietet" (Rogers 1969/1974, S. 105).

Rogers zeigt sich skeptisch gegenüber der Möglichkeit des Lehrens überhaupt und betont mehrfach die Schädlichkeit von Belehrung, da sie Menschen dazu veranlasse, ihrer eigenen Erfahrung zu misstrauen und signifikantes Lernen zu ersticken. Die Rolle von LehrerInnen wandelt sich daher vom „Be-Lehrer" hin zum *„Facilitator"*, also zum „Lernförderer". Lernförderung bezieht sich dabei nicht nur auf schülerzentrierte Methoden wie die Bereitstellung einer reichhaltigen Lernumwelt mit vielfältigen Lernmöglichkeiten und „fördernden nicht-dirigierenden Tätigkeiten" (Tausch 1977), sondern vor allem auf einstellungsbedingte Qualitäten zwischen dem Facilitator und dem Lernenden (Rogers 1969/1974, S. 107). Voraussetzung ist ein unterstützendes Lernklima, da jede signifikante Veränderung der Organisation des → Selbst als bedrohlich empfunden wird und → Widerstand hervorruft. Ein solches lernförderndes Klima wird

durch die personzentrierten → Grundhaltungen und das tiefe Vertrauen in den menschlichen → Organismus und dessen konstruktiven Kräfte geschaffen: „Wenn ich dem Menschen misstraue, dann kann ich nicht umhin, ihn mit Informationen meiner eigenen Wahl vollzustopfen, damit er nicht einen falschen Weg geht. Wenn ich dagegen auf die Fähigkeit des Individuums vertraue, sein eigenes Potential zu entwickeln, dann kann ich ihm viele Möglichkeiten anbieten und ihm erlauben, seinen eigenen Lernweg und seine eigene Richtung zu bestimmen." (Rogers 1969/1974, S. 116).
Lernfördernder, schülerzentrierter Unterricht darf aber nicht zu einem *„pädagogischen Imperativ"* im Sinne von „Man muss schülerzentriert unterrichten!" führen: Dies erzeugt leicht innere Konflikte bei den LehrerInnen und hemmt signifikantes Lernen bei den SchülerInnen (Wagner 1987; Teml 1999). Entscheidend für die Förderung von signifikantem Lernen bei Schülern bleibt die Antwort auf die von Rogers (1983/1984, S. 25f.) gestellte Frage: „Kann ich als Lehrer ich selbst sein?".

Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1969] (1974): Lernen in Freiheit. München, Kösel (ab 1988: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1977] (1978): Die Kraft des Guten. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1983] (1984): Freiheit und Engagement. Personenzentriertes Lehren und Lernen. München, Kösel (ab 1989: Frankfurt/M., Fischer)
Tausch, R., Tausch, A. (1977): Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person. 8. Aufl. Göttingen, Hogrefe
Teml, H. (1999): Der personzentrierte Ansatz in Schule und Lehrerbildung. *Person* 1, S. 47-55
Wagner, A. (1987): Schülerzentrierter Unterricht. Über die psychologischen Schwierigkeiten, guten Unterricht zu machen. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), Rogers und die Pädagogik. Weinheim, Juventa, S. 13-78

Hubert Teml

Sozial-kommunikative Inkongruenz → DIM

Spieltherapie → Kinderpsychotherapie

Stationäre Psychotherapie → Setting

Sterbebegleitung → Trauerbegleitung

Störungslehre → Ätiologie, → Inkongruenz

Störungsspezifische Perspektive
Die störungsspezifische Perspektive ist als Fortführung von Konzepten einer differenziellen → Personzentrierten Psychotherapie zu sehen, die schon seit den 70er Jahren diskutiert wurden (Tscheulin 1992). Schon damals wurde geltend gemacht, dass der Psychotherapeut die störungs- und persönlichkeitsbedingten Besonderheiten eines Klienten nicht unberücksichtigt lassen dürfe. In den 80er und 90er Jahren kam es dann zu verschiedenen Ausformulierungen dieser Ansätze. Die → Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse & Maus 1991) postulierte die Ausrichtung des Therapieprozesses an bestimmten Subzielen, die durch differenzielle Bearbeitungsangebote des Psychotherapeuten zu erreichen seien. Die → Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie (Swildens 1991) stellte ein auf die jeweilige Störung wie auf ein bestimmtes Therapiestadium bezogenes Vorgehen vor. Die therapietechnische Ausdifferenzierung der sogenannten → Grundhaltungen (Basismerkmale) in Form bestimmter Interventionskategorien (→ Therapietechniken) (Finke 1994) zeigte die Möglichkeit auf, diese Basismerkmale jeweils störungsdifferenziert zu gewichten. Ein weiterer Schritt war der Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie, in der bestimmte störungsspezifische Leitthemen des Therapieprozesses identifiziert und auf bestimmte Interventionsformen bezogen wurden (Teusch &

Finke 1995). Diese Entwicklungen führen zu einer stärkeren Systematisierung und Strukturierung des klientenzentrierten Behandlungskonzeptes, was für die Lehrbarkeit eines Verfahrens wie für seine klare Identifizierbarkeit bedeutsam ist. Dabei ist allerdings zu beachten, dass mit solchen störungsspezifischen Konzepten keine starren Behandlungsanweisungen gegeben werden sollen, sondern nur ein Entwurf von begrifflichen Rastern, die bei therapietheoretischen und vor allem behandlungspraktischen Überlegungen Anregungen und Formulierungshilfen geben sollen.

Störungsspezifische Konzepte werden gelegentlich in einen Gegensatz zu einer ganzheitlichen Perspektive der Personzentrierten Psychotherapie gerückt (Heinerth 2002). Dies wäre aber nur dann zutreffend, wenn die Störung konzeptuell von der Persönlichkeit des Klienten abgekoppelt würde. Ein solcher Ansatz ist aber keinesfalls zwingend. Vielmehr ist die jeweilige Störung als Folge einer bestimmten Inkongruenzkonstellation (→ Inkongruenz) und damit als ein Aspekt der Persönlichkeitsstruktur zu sehen (Speierer 1994).

Die Bezugnahme auf die Störung und d.h. weitgehend auch auf die Symptomebene ist klientenzentriert, denn wegen seiner Symptome, wegen seiner Beschwerden kommt der Klient in der Regel in die Therapie und er erwartet, dass ihn der Therapeut auch auf dieser Ebene annimmt und ernst nimmt. Außerdem legt die phänomenologische Position der Personzentrierten Therapie nahe (→ phänomenologische Perspektive), sich mit dem unmittelbar Gegebenen, also mit Phänomen wie → Angst, Depressivität (→ Depression) oder → Zwang zu beschäftigen (Finke & Teusch 2002).

Da einerseits die Art der Störung von der Persönlichkeitsstruktur des Klienten nicht unabhängig ist, andererseits auch länger bestehende Störungen zu spezifischen Rückkoppelungseffekten im Erleben des Klienten führen, kann ein Störungswissen, z.B. ein Wissen um besonders relevante Themen, dem Therapeuten helfen, einen Klienten besser zu verstehen und ihm bei der gemeinsamen Klärungsarbeit gezieltere Anregungen zu geben. Bei Depressiven werden idealtypischer Weise andere Themen relevant sein und - hiermit zusammenhängend - andere Erlebnisaspekte von der → Symbolisierung ausgeschlossen sein als bei Angstkranken oder bei Klienten mit einer narzisstischen Störung. Hier ist es oft gerade das Störungswissen des Therapeuten, das ihm erlaubt, im hermeneutischen Entziffern des zunächst noch Unverständlichen, da nicht Symbolisierten, dem Klienten voraus zu sein und eben deshalb weiterführende Verstehensangebote machen zu können (Binder & Binder 1991; Keil 1997) (→ Hermeneutische Empathie; → hermeneutische Perspektive).

Binder, U., Binder, J. (1991): Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie – Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden. Eschborn, Klotz

Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme

Finke, J., Teusch, L. (2002): Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 147-162

Heinerth, K. (2002): Störungsspezifität und Interventionshomogenität. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 33, 1, S. 23-26

Keil, W.W. (1997): Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person* 1, 1, 5-13

Sachse, R, Maus, C. (1991): Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Kohlhammer

Speierer, G.W. (1994): Das Differentielle Inkongruenzmodell. Heidelberg, Asanger

Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Teusch, L., Finke, J. (1995): Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut* 40, 88-95

Tscheulin, D. (1992): Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Göttingen, Hogrefe

Jobst Finke

Strukturgebundenheit, strukturgebunden

Gendlin (1964) beschrieb in seiner „Theory of personality change" einen Typus des Erlebensprozesses (→ Experiencing), der „in seinem Stil strukturgebunden" *(structure-bound in its manner)* ist, verfolgte aber dessen eminente Bedeutung für das Verständnis therapeutischer

Prozesse nicht weiter. In der → Focusing-Therapie hat das Wahrnehmen und Umgehen mit der Strukturgebundenheit von Erleben und Verhalten zentralen Stellenwert, denn Strukturgebundenheit spielt überall dort eine zentrale Rolle, wo eine Person Leidensdruck spürt und sich allein nicht mehr helfen kann, und sie ist für die meisten sogenannten „schwierigen Situationen" im Psychotherapieverlauf verantwortlich.
Ihre wichtigsten Merkmale sind: Strukturgebundene Erlebens- und Verhaltensweisen sind im Zeitverlauf invariant (gleichförmig, permanent oder periodisch wiederkehrend); sie können sowohl situationsspezifisch als auch situationsübergreifend auftreten; sie lassen sich aus der Situation, in der sie auftreten, nur schwer oder gar nicht verstehen; sie sind willentlich nur schwer oder gar nicht beeinflussbar und veränderbar; sie laufen automatisiert ab und sind daher immanent nicht auflösbar; sie sind der Selbstwahrnehmung schwer zugänglich, werden aber oft von anderen Personen bemerkt; diese reagieren auf sie meist so (→ Gegenreaktionen), dass sie erst recht aufrechterhalten werden müssen und sich tendenziell verstärken. Strukturgebundenheit ist nicht auf rein innerpsychische Phänomene beschränkt: Jede Art von starrer und verfestigter Organisationsform (z.B. Familiensysteme, Arbeitsbedingungen) wird als „äußere" Strukturgebundenheit „innerlich" erlebt; Situation und Erleben bilden *eine* Ganzheit, die dann in ihrer Struktur gebunden ist.
Vor dem Hintergrund von → Gendlins „Experiencing-Theorie" lässt sich über strukturgebundenes Erleben weiter sagen: Nicht die Erlebens-Inhalte (die Erlebnisse) sind strukturgebunden, sondern der Stil des Erlebens, die Art und Weise, *wie* die Inhalte erlebt werden. Dieses Wie des Erlebens wird bestimmt durch die *Beziehung des Subjekts* (→ Ich) *zu seinen Erlebensinhalten*. Strukturgebundenes Erleben ist nicht verbunden mit seinen vielfältigen impliziten Bedeutungen, es „überspringt" den Erlebens-Prozess und nimmt an ihm nicht teil; ebenso ist es nicht verbunden mit der augenblicklichen Situation, es interagiert nicht mit ihr und wird daher von ihr nicht modifiziert, wie es auch umgekehrt die Situation weder interpretiert noch beantwortet. Dort, wo das Erleben strukturgebunden ist, findet kein → Selbst-Prozess statt; die Person benötigt geeignete Antworten (→ Response) anderer, die dort, wo die Strukturgebundenheit den Erlebens-Prozess unterbricht oder überspringt, die Verbindung zu implizitem Erleben wiederherstellen. Als Psychotherapeut soll man primär auf das im Klienten antworten, was „funktioniert" (und nicht auf das „Defizit"), da dadurch der Erlebensprozess in manchen Aspekten wiederhergestellt wird, in denen er zuvor strukturgebunden war („Gesetz der Wiederherstellung") (Gendlin 1964/1992, S. 15ff.).
Aus der psychotherapeutischen Praxis ergeben sich u.a. folgende weitere Hinweise: → Freiraum ist der „Antagonist" zu strukturgebundenen Prozessen; ihn zu ermöglichen, ist Voraussetzung für die weitere Bearbeitung. Strukturgebundene Phänomene werden nicht von außen klassifiziert oder gedeutet, sondern von innen, erlebensmäßig zugänglich gemacht. Dazu hilft das Erfahrungswissen, dass sie sowohl behindernde als auch schützende Funktion haben; sie sind die bestmöglichen Antworten, die eine Person in (meist frühkindlichen) Krisensituationen im Sinne der Selbstaktualisierung finden konnte; der in der Strukturgebundenheit steckengebliebene (Er-)Lebensprozess „wartet" auf die Antwort, die ihn wiederherstellen und weiterführen würde (→ Refilling); strukturgebundene Phänomene weisen auf die wichtigsten Lebensthemen einer Person hin; sie sind die wertvollsten, wenn auch schwierigsten „Plätze" im therapeutischen Prozess, die Keimzellen tiefer Veränderungen.
Das Merkmal der Stereotypie strukturgebundener Phänomene legt nahe, sie typologisch zu klassifizieren (z.B. als sogenannte „Charakterstrukturen") und damit zu pathologisieren. In der Focusing-Therapie werden derartige Theorien als mehr oder weniger beliebige Modelle angesehen und wie → Konzepte benutzt: Sie können helfen Phänomene wahrzunehmen, die man ohne sie eventuell nicht bemerken würde; diese Wahrnehmungen können dann dem Klienten als Vorschlag zur Verfügung gestellt werden. Derartige Konzepte können auch zu → Experimenten anregen, die dem Klienten helfen, aus einer eingefahrenen Erlebens- oder Verhaltensspur „auszusteigen" und eine neue Perspektive einzunehmen, die Freiraum ermöglicht.

Eine Reihe von zentralen psychotherapeutischen Phänomenen wie → „Übertragung“, → „Gegenübertragung“, → „Widerstand“, „Symptome“ etc. werden unter dem Aspekt der Strukturgebundenheit verständlicher und können auf person- und focusing-orientierte Art und Weise („von innen“, phänomenologisch, erlebensbezogen) zugänglich gemacht und mit Hilfe von Focusing-Prozessen gewandelt werden.
(Siehe auch → Innere Kritiker, → Partialisieren, → Traum)

Gendlin, E.T. (1964): A theory of personality change. In: Worchel, P., Byrne, D. (Eds.), Personality change. New York, John Wiley, pp. 100-148; dt. Bearbeitung: Wiltschko, J. (1992): Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Studientexte 1. Würzburg, DAF

Gendlin, E.T. (1968): The experiential response. In: Hammer, E. (Ed.), Use of interpretation in treatment. New York, Grune and Stratton, pp. 208-227; dt. (2002): The experiential response. *Focusing-Journal 8*, S. 2-9

Renn, K. (1999): Die Arbeit mit strukturgebundenem Erleben in der Focusing-Therapie. *Focusing-Journal 3*, S. 16-22

Wiltschko, J. (1988): Focusing: Das Überschreiten der Beschränkungen in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift 71*, S. 56-63; auch in (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 81-95

Wiltschko, J. (1993): Die drei Warums - oder einige Gründe, die Gesprächspsychotherapie zur Focusing-Therapie weiterzuentwickeln. *GwG-Zeitschrift 92*, S. 7-10; auch in (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 111-118

Klaus Renn, Johannes Wiltschko

Sucht, Suchttherapie

Abhängigkeit von Suchtmitteln ist ein uraltes Problem, wird aber erst seit dem vorigen Jahrhundert als Krankheit anerkannt. Obschon genetische und konstitutionelle Faktoren dabei eine Rolle spielen (vgl. Swildens 1991, S. 149), rechtfertigen soziale und kulturelle Einflüsse, wie sie etwa Feuerlein (1989) als "Teufelskreise" in somatischen, intrapsychischen und psychosozialen Zusammenhängen beschreibt, in jedem Fall ein psychotherapeutisches Herangehen.
Das störungsspezifische Erleben wird als mit dem → Selbst synton empfunden (Swildens 1991). Der pathologische Kern dabei ist der Drang, die "negative" innere Ausgangslage zu überwinden, die damit verbundene Auseinandersetzung mit sich und der Umgebung jedoch zu vermeiden. Dem liegt eine geringe Frustrationstoleranz zu Grunde, die zur Abkürzung der Spannungen (Mitterhuber & Wolschlager 2001) drängt und über das Suchtmittel eine Lösung, die im Rausch besteht, anstrebt. In diesem Zustand wird Bedürfnislosigkeit und nicht die Befriedigung von Bedürfnissen zu erreichen versucht (Wernado 1989). Zugleich scheint es möglich, eigene Grenzen im Sinne eines Größen-Selbst zu überschreiten, ohne eigene Unvollkommenheiten akzeptieren oder die Mühen eigener Entwicklung auf sich nehmen zu müssen. Hier gründet auch eines der größten Probleme in der Arbeit mit Süchtigen: die Heimlichkeit. Als auslösende Faktoren für die Sucht spielen persönliche Krisen sowie Überbelastung im Beruf und / oder im Privatleben eine große Rolle. Den Hintergrund bilden oft auch andere Grundstörungen. Süchtige sind häufig depressiv und versuchen die Spannung, Anderen zu gefallen und sich zugleich behaupten zu wollen, mit Hilfe des Suchtmittels zu kompensieren. Narzisstische oder Borderline-Persönlichkeiten (→ Persönlichkeitsstörungen) versuchen oft mit Hilfe des Suchtmittels die bedrohliche innere Leere zu überwinden (Mitterhuber & Wolschlager 2001).
Psychotherapie mit Suchtkranken findet meist in stationären Einrichtungen oder in diesen angeschlossenen Ambulanzen statt. In der freien Praxis ist v.a. zu Beginn der Psychotherapie die Kooperation mit Ärzten bzw. die medikamentöse Unterstützung zu beachten. Einen Schwerpunkt in der therapeutischen Arbeit stellt die Beachtung des negativen Ausgangszustands bzw. des Kampfes mit der Spannung dar. Der Psychotherapeut hat hier einerseits sehr achtsam und empathisch das Leiden wahrzunehmen, muss aber andererseits eine klare Position gegenüber der Sucht einnehmen: den Süchtigen empathisch verstehen, die Sucht "bekämpfen",. Im Zusammenhang mit der störungsspezifischen Beziehungsdynamik (Keil 2002) ist auch die Co-Abhängigkeit (Schaef 1986) zu beachten, die Angehörige von der Bindung an den Süchtigen

nicht loskommen lässt. Das bedeutet für den Psychotherapeuten, einerseits eigene süchtige Anteile wahrzunehmen, andererseits aber auch das Umfeld des Klienten direkt oder indirekt in die Psychotherapie einzubeziehen. Die Entwicklung von Offenheit in allen relevanten Beziehungen könnte dabei überhaupt als Maßstab für den Fortschritt der Psychotherapie dienen.

Dörner, K., Plog, U. (1996): Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Neuausgabe. Bonn, Psychiatrie-Verlag
Feuerlein, W. (1989): Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart, Thieme
Keil, W.W. (2002): Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie mit süchtigen Menschen. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 533-549
Mitterhuber, B., Wolschlager, H. (2001): Differenzielle Krankheitslehre der Klientenzentrierten Therapie. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas-Universitätsverlag, S. 147-189
Schaef, A.W. (1986): Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht. München, Heyne
Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG
Wernado, M. (1989): Sucht als Illusion eines Rückweges in das Paradies. In: Baumgardt, U., Olbricht, I. (Hrsg.), Die Suche nach dem verlorenen Paradies. München, Kösel, S. 57-65

Hans Wolschlager

Supervision

„Supervision" bezeichnet einen berufsbezogenen Reflexions- und Lernprozess, der an eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Personen gebunden ist. Sie dient der systematischen Bearbeitung von Problemen beruflichen Handelns, der Erweiterung bzw. Verbesserung persönlicher und berufspraktischer Kompetenzen und der emotionalen Unterstützung in schwierigen beruflichen Situationen. In jüngerer Zeit wird vor allem die qualitätssichernde Funktion der Supervision betont (→ Qualitätssicherung). Dass Supervision alle diese Funktionen erfüllt, ist durch die Ergebnisse der empirischen Supervisionsforschung nur unbefriedigend untermauert (vgl. Auckenthaler 1999). Immerhin aber gibt es Belege für positive Effekte der Supervision auf die Beziehungsqualitäten und die Einstellungen der Psychotherapeuten.

Supervisionen werden u.a. danach unterschieden, in welchem Setting und in welchem Kontext sie stattfinden (Einzel- oder Gruppensupervision, Ausbildungssupervision oder berufsbegleitende Supervision), ob sie unter der Leitung eines Supervisors erfolgen oder ohne Supervisor (dann spricht man von kollegialer Supervision oder von Intervision) und worauf sie sich schwerpunktmäßig beziehen: auf die Arbeit mit einem konkreten Klienten / Patienten („Fallsupervision", „clinical supervision" oder „counseling supervision"), die Interaktion und Kooperation in Teams („Teamsupervision") oder auf Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogenen Problemen und institutionellen Prozessen und Strukturen; diese Form der Supervision lässt sich oft nur schwer von „Organisations- / Institutionsberatung" oder von „Organisationsentwicklung" unterscheiden (vgl. z.B. Filsinger 1992).

Für den Bereich von Psychotherapie und Beratung ist vor allem die *Fallsupervision* relevant. Sie soll neben dem Erwerb von Wissen und praktischen Fertigkeiten („skills") die Reflexion der therapeutischen Beziehung ermöglichen; dazu gehört sowohl die (selbst-)kritische Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Handeln als auch das Nachdenken des Psychotherapeuten über seine Einstellungen und Haltungen sowie über seine emotionalen Reaktionen auf den Klienten. Fallsupervisionen dienen außerdem der Überwachung professioneller und ethischer Standards (→ Ethik) und der Auseinandersetzung mit dem Kontext, in dem die Psychotherapie bzw. Beratung und die Supervision erfolgen (vgl. z.B. Auckenthaler 1999; Bernard & Goodyear 1998; Carroll 1996).

Während am Beginn der Theorieentwicklung im Bereich der Fallsupervision die Herleitung von Supervisionsmodellen aus Therapietheorien stand, gilt das theoretische Interesse heute der Entwicklung von Modellen, die von den Funktionen und Aufgaben der Fallsupervision ausgehen. Aktuell finden die sogenannten „Rollenmodelle" von Supervision besondere Beachtung (vgl. Bernard & Goodyear 1998). Bezeichnungen wie z.B. „klientenzentrierte Supervision"

sind aber in der Praxis weiterhin gebräuchlich und geben Auskunft über bestimmte Schwerpunktsetzungen, bestimmte Stärken und Schwächen des jeweiligen Supervisionsansatzes.
„*Klientenzentrierte Supervision*" (vgl. Auckenthaler 1995; 1999; Hackney & Goodyear 1984; Patterson 1983; Rice 1980) steht für Supervisionen, die auf ein Lernen über die eigene Erfahrung und das eigene Erleben setzen und ihren Fokus auf der Reflexion der therapeutischen Beziehung haben. Diese Schwerpunktsetzung ist nicht nur konzeptuell herleitbar, sondern auch empirisch belegt (Auckenthaler 1995). Die besonderen Stärken der klientenzentrierten Supervision liegen in der Herstellung von Interaktionsbedingungen, die eine selbstkritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Handeln und der eigenen Person erleichtern. Eher unterbewertet sind die Aspekte der Wissensvermittlung und Kontrolle. Empirische Befunde belegen aber, dass zumindest für *erfahrene* klientenzentrierte Supervisoren auch Belehrungen und Bewertungen selbstverständlich sind (vgl. - auch für weiterführende Literatur - Auckenthaler 1995).
Auffallend ist, dass in der Praxis der klientenzentrierten Supervision viel von dem vorweggenommen ist, was heute ansatzübergreifend zu den Qualitätsstandards von Fallsupervisionen zählt. Hervorzuheben sind hier vor allem die Forderung nach einer *berufsbegleitenden* Supervision und die Empfehlung, Supervisionen *audio- bzw. videogestützt* durchzuführen.

Auckenthaler, A (1995): Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation - Standards - Wirksamkeit. Stuttgart, Kohlhammer
Auckenthaler, A. (1999): Supervision von Psychotherapie. Behauptungen – Fakten – Trends. *Psychotherapeut* 44, S. 139-152
Bernard, J.M., Goodyear, R.K. (1998): Fundamentals of clinical supervision. 2nd ed. Needham Heights, MA, Allyn and Bacon
Carroll, M. (1996): Counseling supervision: Theory, skills, and practice. London, Cassell
Filsinger, D. (1992): Der institutionelle Handlungskontext als Gegenstand von Supervision und Organisationsberatung. In: Auckenthaler, A., Kleiber, D. (Hrsg.), Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung. Tübingen, DGVT, S. 78-100
Hackney, H.L., Goodyear, R.K. (1984): Carl Rogers's client-centered approach to supervision. In: Levant, R.F., Shlien, J.M. (Eds.), Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice. New York, Praeger, pp. 278-296
Patterson, C.H. (1983): A client-centered approach to supervision. *The Counseling Psychologist 11*, pp. 21-25
Rice, L.N. (1980): A client-centered approach to the supervision of psychotherapy. In: Hess, A.K. (Ed.), Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice. New York, Wiley, pp. 136-147

Anna Auckenthaler

Symbol, symbolisieren → Experiencing

Symbolisierung, exakte
Rogers (1959/1987) spricht von exakter Symbolisierung, wenn dem Individuum die eigenen Gefühle und Wünsche zugänglich sind, d.h. wenn sie in ihm präzis repräsentiert sind. Das → Gewahrsein eigener Gefühle und Wünsche, d.h. ihre exakte Abbildung im Bewusstsein, ist für Rogers nichts Selbstverständliches. Um die Anerkennung durch wichtige Bezugspersonen nicht zu gefährden (→ Bewertungsbedingungen), neigt der Mensch dazu, das eigene organismische Erleben aus der Gewahrwerdung auszuschließen. Übersteigt diese Störung der Symbolisierung ein gewisses Ausmaß, besteht eine psychische Fehlanpassung. Sehr wesentliche Inhalte der organismischen Erfahrung werden nun überdauernd nicht mehr exakt, sondern verzerrt symbolisiert oder die Symbolisierung und damit die Wahrnehmung bleibt ganz aus (→ Abwehr). Es besteht nun eine → Inkongruenz zwischen dem organismischen, d.h. ganzheitlichen und ursprünglichen → Erfahren und Erleben und dem → Selbstkonzept, sofern im Selbstkonzept vor allem die sozial erwünschten Normen und Werte repräsentiert sind. Das Individuum lebt im Zustand der Selbstentzweiung; verinnerlichte Normen stimmen mit dem eigenen ursprünglichen Werterleben nicht mehr überein. Dieser Zustand bedeutet aber auch eine Selbsttäuschung, da das Individuum versucht, seine wahren Bedürfnisse sich selbst gegenüber zu verschleiern. Wo solche Abwehr der organismischen Erfahrung nur ungenügend gelingt, kommt es zu

starken intrapsychischen Spannungen, die die Ursache der neurotischen Störung bilden (Rogers 1959/1987). In der Psychotherapie soll diese gestörte Symbolisierung, diese „Sprachzerstörung“ (Lorenzer 1976) wieder aufgehoben werden, d.h. der Klient soll zu einer präzisen Repräsentation auch verpönter Bedürfnisse fähig werden. Mit seinen Verstehensangeboten versucht der Therapeut, zunächst gewissermaßen stellvertretend für den Klienten als dessen Alter-Ego (Rogers 1951/1972), sowohl durch eine akzeptierende und anerkennende Haltung als auch durch möglichst exakte Symbolisierungen des beim Klienten Wahrgenommenen die Symbolisierungsverzerrungen zu beheben. Das Konzept der Symbolisierungsstörung, in der eine entstellte Sprache wieder verständlich, ein verzerrter Text wieder rückübersetzt werden soll, weist die Personzentrierte Psychotherapie als ein hermeneutisches Verfahren aus (→ hermeneutische Perspektive).

Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Lorenzer, A. (1976): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt, Suhrkamp

Jobst Finke

Systemtheoretische Perspektive

Systemtheorie ist die Sammelbezeichnung für ein Bündel im Detail recht unterschiedlicher theoretischer Konzeptionen, die in diversen Disziplinen – und typischerweise transdisziplinär – gemeinsame Aspekte aufweisen: (a) Im Zentrum stehen nicht einzelne, oft analytisch ausgegliederte, Elemente, die dann ggf. synthetisch–additiv zu einem Ganzen wieder zusammengefügt werden; vielmehr wird dem Ganzen als einer Einheit besondere Bedeutung beigemessen; zu dieser Einheit, die „System“ heißt, tragen die Elemente und ihre Beziehungen untereinander funktional bei; (b) betrachtet werden vor allem Prozesse; d.h. es geht um die Dynamik solcher Systeme, womit Fragen der Veränderung und Stabilität besonders wichtig sind.; (c) diese Systemdynamik – einschließlich der Entstehung neuer Strukturen (sog. *Emergenz*) – hängt wesentlich von den inhärenten Möglichkeiten des Systems ab: ein System ist typisch nicht fremd- sondern *selbst*-organisiert; moderne Systemkonzepte kommen daher, im Gegensatz zu Vorläufern wie der klassischen Kybernetik, z.B. auch ohne „Regler“ aus (denn: wer oder was regelt den Regler?); (d) gleichwohl ist die System-Umgebung als eine (unspezifische aber nicht beliebige) Randbedingung der Dynamik bedeutsam (System-Umwelt Relation).

Neben diesen vier zentralen Aspekten werden, je nach spezifischer Systemtheorie, weitere Fragen und Bereiche thematisiert: Chaostheorie, Fraktalgeometrie, u.a.. Während das Konzept der *Autopoiese* („Selbst-Schöpfung“) der philosophischen Biologen Maturana und Varela und des Soziologen Luhmann eher (therapeutisch a-typische) System-Stabilität ins Blickfeld rückt – aber wegen der verbal formulierten Konzeption von vielen Therapeuten rezipiert wurde –, stehen bei Konzepten wie den „*dissipativen Strukturen*“ des Chemikers Prigogine (Nobelpreis 1977) und der *Synergetik* (= Lehre vom Zusammenwirken) des Physikers Haken (auch therapeutisch relevante) Veränderung vs. Stabilität im Zentrum. Wegen ihres Ursprungs in den Naturwissenschaften und mathematischer Formulierung wurden diese Konzepte aber von Therapeuten zunächst übersehen; inzwischen ist Synergetik allerdings ein interdisziplinäres Programm mit zunehmend auch klinisch-therapeutischen Beiträgen (Schiepek & Tschacher 1997). Daneben gibt es noch weitere, aber für spezifischere Fragen ausgelegte, Systemkonzeptionen (vgl. Kriz 1992; 1999). Eher aus der therapeutischen Praxeologie entstammen Systemkonzeptionen, die im Rahmen der Familien- und (später auch) Systemischen Therapie erörtert wurden. Diese fokussierten allerdings lange primär auf zwischenmenschliche Interaktionen, während individuelle oder gar innere Prozesse diskreditiert wurden (Ausnahme: die humanistische Familientherapeutin Virginia Satir, die u.a. den „Selbstwert“ betont). Im Gegensatz dazu versucht

die „Personzentrierte Systemtheorie“ (Kriz 1991) die Verbindung zwischen personzentrierter und systemtheoretischer Perspektive als Grundlage therapeutischer Theoriebildung zu nehmen. Die Bedeutsamkeit der systemtheoretischen Perspektive für den Personzentrierten Ansatz ergibt sich aus der Übereinstimmung der o.a. Prinzipien zum Kernkonzept → „Aktualisierungstendenz“. Rogers hat diese Nähe zu systemtheoretischen Konzepten und deren Entwicklung in den modernen Naturwissenschaften intendiert: „Selbstaktualisierungstendenz“ stammt von dem Physiologen Kurt Goldstein, einem Vertreter der Gestaltpsychologie, die sowohl als Vorläufer heutiger Systemtheorien (worauf z.B. der Physiker Haken verweist), als auch der → Humanistischen Psychologie gilt. Bereits 1980, drei Jahre nach dessen Chemie-Nobelpreis, zitiert Rogers Prigogine. Gerade im Umfeld einer Psychologie und Medizin, die überstark von Konzepten des 19. Jahrhunderts durchsetzt ist und daher Aspekte von Kontrollierbarkeit, enger Kausalität („Wirkfaktoren“), Determiniertheit und Prognostizierbarkeit (→ „Diagnostik“) etc. mit „Wissenschaftlichkeit“ verwechselt, vermag die systemtheoretische Perspektive über die Aktualisierungstendenz hinaus weiteren humanistischen Prinzipien für die → Forschung (und innerwissenschaftliche Debatte) eine Fundierung zu geben – z.B. der Entwicklung *spezifischer* Strukturen aufgrund *allgemeiner* „fördernder“ Umgebungsbedingungen oder der Bedeutsamkeit inhärenter Strukturen, die zur Entfaltung gebracht werden, im Kontrast zum begrenzten Einfluss strukturierender Interventionen von außen (→ konstruktivistische Perspektive).

Kriz, J. (1991): Mental health: Its conception in Systems Theory. An outline of the Person-Centered System approach. In: Pelaez, M.J. (Ed.), Comparative sociology of familiy, health & education. Vol. XX. Malaga, Espana, University of Malaga-Press., pp. 6061 - 6083

Kriz, J. (1992): Chaos und Struktur. Systemtheorie. Bd 1. München-Berlin, Quintessenz

Kriz, J. (1999): Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Eine Einführung. 3. Aufl. Wien, UTB/Facultas

Rogers, C.R. (1980): A way of being. Boston, Houghton Mifflin; dt. teilweise in (1981): Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta

Schiepek, G., Tschacher W. (1997): Selbstorganisation in Psychologie und Psychiatrie. Braunschweig, Vieweg

Jürgen Kriz

Techniken im Focusing und in der Focusing-Therapie

Eugene → Gendlin (1964) hat den Begriff *"focusing"* eingeführt, um damit den Erlebensprozess zu bezeichnen, der geschieht, wenn eine Person auf eine implizit gefühlte Bedeutung (→ Felt Sense) unmittelbar Bezug nimmt (→ Experiencing). Focusing beschreibt also ursprünglich einen spezifischen Erlebensprozess, keine Techniken. Als empirische Untersuchungen ergaben, dass das Ausmaß der Fähigkeit eines Klienten zur unmittelbaren Bezugnahme auf den Felt Sense das signifikanteste Vorhersagekriterium für den Therapieerfolg ist, wurden Trainingsprogramme entwickelt, um Klienten in dieser Fähigkeit zu unterrichten. Diese *"focusing instructions"* hat Gendlin (1978) in einem → Sechs-Schritte-Modell zusammengefasst, v.a. auch, damit sie von "Laien" im Rahmen der Selbsthilfe (→ Partnerschaftliches Focusing) angewendet werden können.

Im Lauf der Zeit wurden im Rahmen der Anwendung und Ausbildung von Focusing zu jedem dieser sechs Schritte eine ganze Reihe von Vorgehensweisen entwickelt, die unter dem Begriff → *Guiding* zusammengefasst werden. Guiding-Instruktionen sind Vorschläge, die dem Klienten helfen, vom bloßen Reden über etwas (z.B. über ein Problem) zum unmittelbaren Spüren der Bedeutung des Themas zu gelangen, so dass sich daraus neue, lösungsorientierte Aspekte frisch symbolisieren können.

Bevor ein Klient bereit und in der Lage ist, auf einen Guiding-Vorschlag des Therapeuten einzugehen, muss er erfahren haben, dass das von ihm soeben Ausgedrückte vom Therapeuten auch aufgenommen und verstanden wurde. Die verschiedenen Formen des Zuhörens und Verstehens werden unter dem Begriff → *Listening* zusammengefasst. Hat ein Klient - mit Hilfe von Guiding-Vorschlägen - kontinuierliche unmittelbare Bezugnahme zur gefühlten Bedeutung

(Felt Sense) eines Themas hergestellt, ist nichts als Listening (saying back) erforderlich, um das Entfalten des Felt Sense zu begleiten.
In seiner Grundlegung der → *Experiential Psychotherapy* hat Gendlin keine konkreten Techniken beschrieben, aber betont, dass die Aufmerksamkeit des Therapeuten in erster Linie dem unmittelbaren Erleben - dem des Klienten und dem eigenen - zu gelten habe: Der Therapeut antwortet nicht bloß auf den expliziten Inhalt des vom Klienten Geäußerten, sondern auf das, was der Klient *meint* und ausdrücken *möchte*, also auf das gerade vor sich gehende implizite Erleben. Quelle für dieses erlebensbezogene Antworten (*experiential* → *response*) ist die → Resonanz des Therapeuten auf Person und Thema des Klienten.
In der → *Focusing-Therapie* (Wiltschko 1996, 2002) werden Listening, Guiding und Response als therapeutische Handlungsweisen verstanden, die sich nicht nur auf die verbale Interaktion, sondern auf alle → Erlebens- und Handlungsmodalitäten beziehen können: Sie lassen sich unter Beibehaltung ihrer Grundprinzipien auch auf imaginative (Wiltschko 1985; → Traumarbeit), körperliche (Wiltschko 1981; → Körperarbeit) und handlungsorientierte Prozesse (→ Experimente) erweitern (Wiltschko 1992, siehe auch → Avenues). Spezifische Formen dieser therapeutischen Methoden wurden auch im Hinblick auf den Umgang mit → strukturgebundenen Erlebensformen entwickelt.
Techniken (Handlungskonzepte) werden in der Focusing-Therapie wie → Konzepte benützt. Sie erheben keinen allgemeingültigen Anspruch auf „Wahrheit“, sie verifizieren sich immer nur in der praktischen Anwendung in einer *konkreten* Situation, also mit *diesem* Klienten und mit *diesem* Therapeuten in *diesem* Augenblick: Will sie der Klient benutzen? Und: Nützen sie ihm beim Entstehenlassen seiner eigenen Schritte in die von ihm als „richtig“ empfundenen Richtung? Techniken werden daher nicht am Klienten angewendet, so, als wäre der Therapeut ein technologischer Experte und der Klient sein Behandlungsobjekt. Sie sind mit Namen versehene und in Bezug auf ihre Prozessfunktion allgemein beschriebene Ausdrucksformen der therapeutischen → Haltung und müssen in ihrer konkreten Ausformung in jeder Situation neu kreiert werden. Mit jedem Klienten muss neu gefunden werden, wie ein personzentrierter und focusing-orientierter Beziehungs- und Erlebensprozess zustande kommen und begleitet werden kann. In diesem Sinn gibt es in der Focusing-Therapie keine "Techniken" (Gendlin & Wiltschko 1997).

Gendlin, E.T. (1964): A theory of personality change. In: Worchel, P., Byrne, D. (Eds.), Personality change. New York, John Wiley, pp. 100-148; dt. Bearbeitung: Wiltschko, J. (1992): Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Studientexte 1. Würzburg, DAF

Gendlin, E.T. (1968): The experiential response. In: Hammer, E. (Ed.), Use of interpretation in treatment, pp. 208-227. New York, Grune and Stratton; dt. (2002): *Focusing-Journal 8*, S. 2-9

Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1981, 1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt

Gendlin, E.T. (1996): Focusing-oriented psychotherapy. A Handbook of the experiential method. New York, Guilford; dt. (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta

Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1997): Brauchen wir eine Focusing-Therapie? Studientexte 3. Würzburg, DAF

Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta [S. 45-47]

Hendricks, M. (2000): Focusing-orientierte Psychotherapie. *Focusing Journal spezial*

Wiltschko, J. (1981): Personzentrierte Körpertherapie: Zwölf Thesen und ein Protokoll mit Kommentar. *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 44*, S. 5-14; auch in (1992): Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 37-47

Wiltschko, J. (1985): Imagination im Focusing. *Focusing-Informationen 85*(1), S. 1-8

Wiltschko, J. (1992): Focusing und die Methodenintegration in der Gesprächspsychotherapie. In: ders.: Von der Sprache zum Körper. Hinführungen zur Focusing-Therapie II. Würzburg, DAF, S. 55-58

Wiltschko, J. (1996): Focusing Therapy. Some fragments in which the whole can become visible. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt, Peter Lang, pp. 145-162; dt.: (1995) Focusing-Therapie. Einige Splitter, in denen das Ganze sichtbar wird. In: Wiltschko, J., Focusing-Therapie. Studientexte 4. Würzburg, DAF

Wiltschko, J. (2002): Focusing und Focusing-Therapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 231-264

Johannes Wiltschko

Therapieprinzipien → Grundhaltung(en), therapeutische

Therapietechniken

Die Frage, ob die → Personzentrierte Psychotherapie eine Therapietechnik ausbilden soll und muss oder ob gerade das ihrem Grundansatz widerspricht, ist schon oft diskutiert worden (z.B. Finke & Teusch 2002; Keil 2002). Die sogenannten Kernmerkmale der Personzentrierten Psychotherapie (→ Grundhaltungen, therapeutische) beschreiben ja nach Rogers (1957/1991) nur Einstellungen bzw. Haltungen, nicht schon bestimmte Interventionsmuster. Das therapeutische Handeln sollte sich quasi intuitiv aus den gelebten Einstellungen ergeben.

Es wird hier unterstellt, dass jede Psychotherapie zumindest impliziten Handlungsregeln folgt, um diese Einstellungen zu realisieren. Diese Handlungsregeln begrifflich zu explizieren, entspricht der Grundmaxime wissenschaftlicher Reflexivität. Erst durch solche Klärung und Präzisierung der personzentrierten Praxis wird dieses Verfahren eindeutig bestimmbar und identifizierbar. Auch begünstigt dies seine Lehrbarkeit.

Früher war gelegentlich von Basismerkmalen und Zusatzmerkmalen die Rede, wenn das personzentrierte Vorgehen beschrieben werden sollte. Diese Redeweise verkennt, dass die Basismerkmale auf der Ebene von Einstellungen bzw. Haltungen konzipiert sind, die Zusatzmerkmale dagegen auf der Ebene des Verhaltens. Um eine sinnvolle Ordnung zu erstellen, sind die Kernmerkmale als übergeordnete Therapieprinzipien anzusehen, aus denen das therapeutische Verhalten bzw. das Intervenieren erst abzuleiten ist (Höger 1989; Finke 1994):

* *Bedingungsfreies Akzeptieren (→ Wertschätzung, unbedingte):* Dieses Therapieprinzip ist gewissermaßen die Basis für alle Interventionen im Rahmen der Personzentrierten Psychotherapie. Es prägt das gesamte Therapeutenverhalten. Konkrete Interventionen, die man auf dieses Therapieprinzip beziehen könnte, sind z.B. das Ermutigen und das Wertschätzen des Klienten. Da hierbei der Psychotherapeut in der Regel aber auch als authentische Person reagiert, sind diese Interventionen besser unter der Interventionskategorie Selbstöffnen zu subsumieren (siehe unten). Beziehungstheoretisch ist das bedingungsfreie Akzeptieren ein Aspekt der Arbeitsbeziehung (Beziehungsformen, therapeutische; Finke 1999).

* *Einfühlendes Verstehen (→ Empathie):* Dieses Prinzip bzw. diese Einstellung beschreibt Rogers (1977, S. 20) als das Bemühen, die Welt des Klienten „mit ihren ganz privaten, personalen Bedeutungen“ zu erfassen, wobei der Psychotherapeut die „Welt komplexer Sinngehalte“ zu erspüren habe. Diese Einstellung hatte Rogers (1942/1972) anfänglich ansatzweise durch die Anweisung, gezielt Gefühle aufzugreifen, zu operationalisieren versucht. Es war dies die Phase des „reflecting of feelings“. Später hat Tausch (1970) mit seinem → „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)“ diesen Versuch fortgeführt. Bei diesen Erlebnisinhalten sind jedoch auch aus behandlungspraktischer Sicht Inhalte unterschiedlicher Gegebenheit bzw. unterschiedlichen → Gewahrseins und unterschiedlicher Herkunft zu unterscheiden.

Wenn sich der Klient in der therapeutischen Arbeit einem bestimmten Problemkomplex nähert, sollte der Psychotherapeut in einem gestuften Vorgehen diese Unterschiede berücksichtigen und zunächst die relativ unmittelbar gegebenen, manifesten Inhalte ansprechen (einfühlendes Wiederholen, Aufgreifen nicht direkt benannter Gefühle) und dann zunehmend Gefühle und Wünsche aufgreifen, die sich erst am Rande des Gewahrseins befinden (Aufgreifen des situativen Kontexts, Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle wie Scham, Peinlichkeit, Schuld, Aufgreifen kaum bewusster Grundstimmungen wie Verbitterung, Misstrauen, Ängstlichkeit).

Das Aufgreifen und Klären all dieser Gefühle und Bedürfnisse erfolgt überwiegend auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung. Der Psychotherapeut versucht, sich in den Klienten hineinversetzen, sein eigenes Selbst weitgehend beiseite zu stellen und die Gefühle des Klienten

nachzuvollziehen und möglichst plastisch und intensiv nachzubilden (Rogers 1951/1972). Nicht allen Klienten gelingt es, sich hierdurch zunehmend in ein intensives Zwiegespräch mit sich selbst zu begeben und ihre organismische Erfahrung exakter im → Selbstkonzept zu integrieren und damit auch das Selbstkonzept selbst zu ändern. Besonders für diese sind die im Folgenden zu beschreibenden Interventionsformen wichtig:

* → *Echtheit:* Dieses Prinzip meint einmal die Kongruenz des Psychotherapeuten, darüber hinaus aber auch seine persönliche, unmittelbare Gegenwärtigkeit. Der Psychotherapeut soll hier nicht sein eigenes Selbst ausklammern, sondern im Gegenteil dem Klienten als „reale Person" begegnen und sich diesem auch transparent machen (Rogers 1961/1973). Die „Zusatzvariablen" Konfrontieren und Selbstöffnen (Carkhuff 1969) sind hier therapietheoretisch zu verorten.

Konfrontieren: Der Psychotherapeut konfrontiert seinen Klienten mit Widersprüchen (z.B. zwischen verbalen und nonverbalen Verhalten oder zwischen verschiedenen Bedürfnissen) oder auch Verhaltensauffälligkeiten (wie etwa hartnäckiges Schweigen oder häufiges Zuspätkommen). Diese Interventionskategorie scheint besonders bei eher extrovertierten Klienten, die sich mit einer vertieften Selbstexploration schwer tun, angezeigt zu sein (Tscheulin 1992).

Selbstöffnen: Empirische Untersuchungen der Bedeutsamkeit dieser Interventionskategorie für den Therapieerfolg haben zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt (Sachse 1999). Dies liegt wohl daran, dass „Selbstöffnen" keine einheitliche Interventionsform ist. Man könnte einen eher stützenden und einen mehr infragestellenden Pol unterscheiden. Dieses Infragestellen bedeutet natürlich auch ein Konfrontieren im weiteren Sinne.

Es ist wichtig, dass diese Interventionen

- auf dem Hintergrund einer wertschätzenden Grundhaltung erfolgen und
- hinsichtlich der „Dosierung" (Formulierung) und des Zeitpunktes gut auf die Belastungsfähigkeit des Klienten abgestimmt sind.

Beziehungsklären: Das ebenfalls schon von Carkhuff (1969) beschriebene „Beziehungsklären" ist therapietheoretisch schwieriger zu verorten. Es, wie hier, unter „Echtheit" zu subsumieren, macht insofern Sinn, als der Psychotherapeut sich als die in dieser Situation bedeutsame Bezugsperson des Klienten fühlen soll. Intervenieren wird aber der Psychotherapeut, darauf wies Rogers (1951/1972) schon hin, im Sinne des einfühlenden Verstehens, d.h. der Psychotherapeut greift die vom Klienten oft nur angedeuteten Beziehungserwartungen auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung auf. Insofern hat die Interventionskategorie „Beziehungsklären" einerseits im einfühlenden Verstehen, andererseits in der Echtheit ihre Basis. Die hinsichtlich der Indikation einschränkenden Bemerkungen zu Selbstöffnen gelten nicht für das Beziehungsklären. Diese Interventionskategorie dürfte bei fast allen Klienten zumindest in bestimmten Therapiephasen wichtig werden.

Für die Personzentrierte Psychotherapie ist es wesentlich, dass die therapeutischen Handlungsregeln, wie sie hier beschrieben wurden, immer der Verwirklichung und Vermittlung der Grundhaltungen dienen. In der Praxis geht es dabei weniger darum, bestimmte Regeln rigid zu erfüllen oder bestimmte Techniken zu verwenden, sondern primär darum, die nötige therapeutische Kompetenz auszubilden. Diese umfasst vor allem die fachgerechte äußere (→ Setting) und innere Gestaltung der therapeutischen → Beziehung. Dabei ist zu denken an die Gestaltung der verschiedenen therapeutischen Beziehungsformen, aber auch an den professionellen Umgang mit den verschiedenen Ebenen des therapeutischen → Prozesses. Sachse (1999) unterscheidet hier etwa die Inhalts-, die Bearbeitungs- und die Beziehungsebene, auf denen der Psychotherapeut spezifische Informationen gewinnen, spezifische Ziele verfolgen und spezifische Interventionen setzen kann (→ Zielorientierte Gesprächspsychotherapie). Zur therapeutischen Kompetenz zählt aber auch die Fähigkeit, den für Psychotherapie nötigen inneren Erlebensprozess zu ermöglichen, aufrecht zu erhalten und zu vertiefen. Dabei geht es sowohl darum, das bedeutungsvolle innere Erleben (→ Felt Sense, → Experiencing) zu berühren, wie auch um dessen volle Entfaltung und → Symbolisierung. Dementsprechend soll der Psychotherapeut auf allen Ebenen und Stufen von Symbolisierung inneren Erlebens (nonverbale Ausdrucksformen,

Imaginationen, szenische Gestaltungen, Träume, körperliche Prozesse, Gestaltung der Beziehungen und der Umwelt usw.; vgl. Keil 2002, → Avenues) arbeiten können.

Carkhuff, R.R. (1969): Helping and human relations. Vol. I. New York, Chicago, Holt, Rinehart and Winston
Finke, J., Teusch, L. (2002): Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 147-162
Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Finke, J. (1999): Beziehung und Intervention. Stuttgart, Thieme
Keil, W.W. (2002): Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie. In: Iseli, C., Keil, W.W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P.F., Wacker, P. (Hrsg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Köln, GwG, S. 181-218
Rogers, C.R. [1942] (1972): Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 165-185
Rogers, C.R. [1961] (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett
Rogers, C.R. (1977): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)
Sachse, R. (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe
Tausch, R. (1970): Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe
Tscheulin, D. (1992): Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Göttingen, Hogrefe

Jobst Finke

Therapietheorie

Folgen wir Grawe (1998), dann sollte eine Therapietheorie zwei Fragen beantworten:

1. Wie kommen Veränderungen durch Psychotherapie zustande?
2. Wie kann die Wirkungsweise von Psychotherapie psychologisch verstanden werden?

Eine weitere Frage lässt sich dem hinzufügen, nämlich die nach der handlungsleitenden Funktion einer solchen Theorie für den/die Psychotherapeuten/in:

3. Was folgt aus der Beantwortung der beiden ersten Fragen für psychotherapeutisches Handeln?

Die erste Frage hat Rogers (1959/1987) explizit beantwortet, und zwar nicht nur auf die Klientenzentrierte Psychotherapie bezogen, sondern für Psychotherapie ganz allgemein. Er nannte sechs notwendige und hinreichende Bedingungen für therapeutische (konstruktive) Veränderungen des Verhaltens und Erlebens:

1. Zwei Personen sind in psychologischem Kontakt.
2. Die erste Person, die als „Klient" bezeichnet wird, befindet sich in einem Zustand der → Inkongruenz, sie ist verletzlich (im Sinne einer Anfälligkeit für Störungen des Verhaltens und Erlebens) oder in einem Zustand von → Angst (im Sinne des → Gewahrwerdens dieser Anfälligkeit).
3. Die zweite Person, als „Therapeut" bezeichnet, ist in der bestehenden Beziehung kongruent (→ Echtheit) und integriert.
4. Der Therapeut erlebt bedingungsfreie positive Beachtung (unbedingte → Wertschätzung) für den Klienten.
5. Der Therapeut erlebt ein empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten (→ Empathie) und bemüht sich, diese Erfahrung dem Klienten mitzuteilen.
6. Die Kommunikation des empathischen Verstehens und der bedingungsfreien positiven Beachtung des Psychotherapeuten an den Klienten gelingt in einem Mindestmaß.

Höger (2000) hat darauf aufmerksam gemacht, dass von diesen sechs Bedingungen zumeist nur drei (3, 4 und 5) als sogenannte → Grundhaltung(en) zitiert werden, unter Vernachlässigung der übrigen, für den therapeutischen Prozess gleich bedeutsamen. Insbesondere die sechste kennzeichnet diese Bedingungen speziell als *Merkmale einer Beziehung*, in der die Grund-

haltung des Psychotherapeuten erst dann therapeutisch wirksam wird, wenn sie vom Klienten auch so wahrgenommen werden kann. Demnach muss es dem Psychotherapeuten gelingen, seine Grundhaltung dem jeweiligen Klienten so zu kommunizieren, dass dieser sie auch wahrnehmen kann. Zudem beschreiben diese Bedingungen kein Therapeutenverhalten als solches, vielmehr sind sie abstrakt formuliert als übergeordnete Kriterien (Therapieprinzipien) für die Beurteilung der Angemessenheit des konkreten Verhaltens eines Psychotherapeuten.
Auch auf die zweite Frage hat Rogers (1951/1972) eine Antwort gegeben, die Höger und Wissemann (1999) auf der Basis der Bindungstheorie (Bowlby 1988) empirisch überprüft haben: In dem Maße, in dem sich ein Klient in einer Beziehung empathisch verstanden und zugleich bedingungsfrei akzeptiert erlebt, befindet er sich im Zustand der Sicherheit. Er ist dann zu explorativem Verhalten in der Lage, kann sich fremden, bedrohlichen und damit angsterzeugenden Aspekten seiner Person und seines Erlebens zuwenden und sie erkunden. Dies bedeutet wiederum, dass bei dem Klienten der erhaltende Aspekt der → Aktualisierungstendenz (Höger 1993) und damit die Abwehrhaltung (→ Abwehr) zurück tritt zu Gunsten des entfaltenden Aspekts. → Erfahrungen, die der → Symbolisierung bisher nicht oder nur unexakt zugänglich waren, können zunehmend integriert werden und die Kompetenz bei der Problembewältigung erweitert sich.
Bezüglich der *dritten Frage* nach der handlungsleitenden Funktion dieser Theorie lässt sich festhalten, dass sich aus der abstrakt formulierten klientenzentrierten Therapietheorie keine konkreten Handlungsanweisungen für den Psychotherapeuten eindeutig ableiten lassen. Nach Höger (2000) lassen sich Beziehungen ganz allgemein auf (zumindest) vier Abstraktionsebenen unterscheiden:
1. Eine Ebene der *allgemeinen Charakterisierung von Beziehungen*, auf der sich beispielsweise die therapeutische Beziehung von anderen Beziehungen unterscheidet wie z.B. Lehrer-Schüler, Mutter-Kind.
2. Eine Ebene *übergreifender bzw. zusammenfassender Merkmale einer Beziehung*, z.B. das mütterliche Verhalten „Trösten“, „Körperpflege“, „Stillen“ usw. gegenüber ihrem Säugling. Die sechs Bedingungen für eine klientenzentrierte therapeutische Beziehung nach Rogers (s.o.) sind auf dieser Ebene einzuordnen.
3. Eine Ebene der *Klassifikation spezifischer Verhaltensformen*, z.B. als „Trösten“ durch die Mutter: „Auf den Arm nehmen“, „Beruhigend zureden“, „Streicheln“; bezogen auf das Therapeutenverhalten sind es vor allem → Therapietechniken wie „Konfrontieren“, → „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)“ usw.
4. Die Ebene der Beschreibung der spezifischen Verhaltensweisen in einer bestimmten konkreten Situation.
Für diese vier Abstraktionsebenen gilt, dass
a) sie bei der Beschreibung und Diskussion therapeutischen Verhaltens sorgfältig zu trennen sind (so ist z.B. VEE nicht mit Empathie gleich zu setzen, da es auch andere Wege gibt, empathisches Verstehen mitzuteilen),
b) Sachverhalte einer Ebene aus einer der übergeordneten nicht eindeutig abgeleitet werden können (aus „Empathischem Verstehen“ folgt auf Grund von a) nicht eindeutig die Verhaltensform VEE),
c) die Zuordnung von Sachverhalten einer untergeordneten Ebene zu einer übergeordneten durch den jeweiligen situativen Kontext bestimmt wird. Beispielsweise wäre VEE nicht als akzeptierend-empathisch zu beurteilen, wenn deutlich wird, dass sich der Klient dadurch bedrängt fühlt.
Dem Psychotherapeuten stellt sich die Aufgabe, sein therapeutisches Beziehungsangebot nach den genannten Therapieprinzipien zu richten und dabei in seinem Verhalten einen auf den Klienten und dessen Situation abgestimmten Weg zu finden, in dem es von diesem auch wahrgenommen werden kann. Beispielsweise zeigt Reisch (1997), wie zu Beginn der Behandlung eines Patienten mit einer Somatisierungsstörung das klientenzentrierte Beziehungsangebot in

Form von Beratungs- und Informationsgesprächen gültig und für den Klienten erlebbar übermittelt werden konnte. Eine andere Form der Übermittlung besteht im Verfahren des → Focusing. Ein Überblick über verschiedene Wege, die im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts inzwischen entwickelt wurden, findet sich bei Keil und Stölzl (2001).

Bowlby, J. (1988): A secure Base. Clinical applications of attachment theory. London, Routledge

Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen, Hogrefe

Höger, D. (2000): „Ist das noch GT, wenn ich ...?" – Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft* 7, 5, S. 5-17

Höger, D. (1993): Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Eckert, J., Höger D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln, GwG, S. 17-41

Höger, D., Wissemann, N. (1999): Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung" in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 47, S. 374-385

Keil, W.W., Stölzl, N. (2001): Beziehung, Methodik und Technik in der Klientenzentrierten Therapie. In: Frenzel, P., Keil, W.W., Schmid, P.F., Stölzl, N. (Hrsg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Wien, Facultas, S. 226-271

Reisch, E. (1997): Somatisierungsstörung. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H.W. (Hrsg.), Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen. Stuttgart, Kohlhammer, S. 118-130

Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)

Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Diether Höger

Thinking at the edge (TAE)

TAE ist ein von Eugene → Gendlin entwickeltes systematisches Verfahren der philosophischen Praxis. Für Gendlin ist Philosophie nicht ein Gegenstand, sondern ein prozesshaftes Tun, das jede Person praktizieren kann. Aufbauend auf die Philosophie von Heidegger, Wittgenstein, McKeon u.a., entwickelte er eine eigene Art des körperbezogenen Philosophierens, mit dem in und mit der Sprache über sie hinaus gedacht werden kann. Sprache ist immer schon implizit in der menschlichen Erfahrung enthalten, jedoch reicht die unmittelbare körperliche Erfahrung über jede herkömmliche Sprach- und Kulturform hinaus. Was aus dem körperlich spürbaren → Felt Sense heraus spricht, ist kein Abbild des Gemeinten, sondern ein Weiterentwickeln (carrying forward) dessen, was man spürte und aussagen wollte (→ Experiencing, → Fortsetzungsordnung). TAE ist eine einfache, systematische Methode, diese Art des Denkens und Sprechens sowohl zu vermitteln als auch zu praktizieren.

Der Ursprung von TAE liegt in Gendlins langjährigen Kursen über "Theoriekonstruktion" an der Universität von Chicago. Diese Kurse bestanden zur einen Hälfte aus Philosophie und Logik, zur anderen Hälfte aus der Aufgabe, die Studenten sollten sich dem zuwenden, was sie in ihrem jeweiligen Fachgebiet zwar "irgendwie" wissen, aber glauben, nicht eigenständig formulieren zu können. Gendlin lehrte das Gegenteil des Üblichen: Während normalerweise zählt, was klar ist, wertschätzte er gerade das Unklare, das "Noch-nicht-Klare".

Alle in einem Fachgebiet ausgebildeten und erfahrenen Menschen kennen dieses unklare Empfinden am Rand dessen, was sie explizit bereits wissen. Gewöhnlich geben sie aber das Denken an diesem Erlebensrand auf und betrachten die Unklarheit als privates Problem. Mit Hilfe der Methode des → Focusing ist es möglich, mit diesem noch Unklaren, das mehr in sich trägt als man schon weiß, zu verweilen, es in Worten und Sätzen zu symbolisieren und sprachlich auszudrücken.

Was man am Rand des Erlebens implizit weiß (ahnt, spürt), ist ein verwickeltes und komplexes Ganzes („pre-seperate multiplicity", „intricacy", → Felt Sense), das noch nicht konzeptualisiert, also noch nicht in Worten gegeben ist. Es kann nicht ohne weiters gesagt werden und

passt nicht in bekannte Konzepte, weil unsere gebräuchlichen Begriffe bereits auf eine allgemein anerkannte Bedeutung festgelegt sind. An dieser Stelle setzt die Methode des TAE an.
Der TAE-Prozess besteht aus 14 Schritten: Zuerst anerkennt man, dass kein etabliertes Wort das eigene, implizite Wissen auszudrücken im Stande ist. Im nächsten Schritt findet man, dass *in einem konkreten Satz* doch verschiedene Worte das Neue auszudrücken vermögen und zwar dann, wenn man sie vom Felt Sense heraus sprechen lässt: Jedes auf diese Weise benützte Wort wird dann einen bestimmten Aspekt des Gemeinten hervorheben - jedes Wort einen anderen, aber diesen jeweils sehr präzise. Der Felt Sense bringt im Lauf des TAE-Prozesses eine ganze Reihe solcher Worte hervor. Wenn diese zueinander in logische Beziehungen gebracht werden, bildet sich ein neues Denkmuster, von dem sich oft überraschende und zum Teil machtvolle Aussagen ableiten lassen.
TAE ist ein Hilfsmittel, um mit der Quelle des eigenen Denkens in Beziehung zu treten und aus ihr heraus Neues so zu formulieren, dass es auch für andere verständlich wird. TAE kann in Workshops gelernt und geübt und im → Partnerschaftlichen Focusing weiterentwickelt werden. Auf diese Weise wird jeder ermächtigt, das, was ihm persönlich wichtig und bedeutsam ist, zur Sprache zu bringen und damit aktiv am Gestaltungsprozess der Wirklichkeit teilzunehmen.

Gendlin, E.T. (1991): Thinking beyond patterns: Body, language, and situations. In: den Ouden, B., Moen, M. (Eds.), The presence of feeling in thought. New York, Peter Lang, pp. 25-151
Gendlin, E. T. (1993): Die umfassende Rolle des Körpergefühls im Denken und Sprechen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie 41*(4), S. 693-706
Gendlin, E.T. (1997): What happens when Wittgenstein asks "what happens when ....?" *The Philosophical Forum 28*(3), pp. 268-281; dt. (1999): Was geschieht, wenn Wittgenstein fragt "Was geschieht, wenn ...?" In: Schneider, H.J., Kross, M. (Hrsg.), Mit Sprache spielen. Die Ordnungen und das Offene nach Wittgenstein. Berlin, Akademie-Verlag, S. 119-135
Gendlin, E.T. (in press): Thinking at the edge: A new philosophical practice. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*

Teresa Dawson

Transparenz → Echtheit

Trauerbegleitung
Diverse Modelle von Trauer fördern eine fragwürdige Pathologisierung der Trauer und scheinen professionelle psychotherapeutische Trauerbegleitung dringlich nahe zu legen (Parkes 1996). In jüngerer Zeit werden zielorientierte Modelle bevorzugt (Worden 1987; 1991); hierbei gilt eine weiterbestehende „Resttrauer" nicht länger als Ausdruck von unbewältigter Trauerarbeit (Stroebe & Stroebe 1987; Katz & Chochinov 1998).
In Carl Rogers' Lebenswerk kommt das Thema Sterben - Tod -Trauer allenfalls indirekt zum Ausdruck: Radikale Lebenszugewandtheit insbesondere an den Grenzen, Neuorientierung und Lebens(um)gestaltung geschieht in wechselseitiger personaler Beziehung und in dem Maße, wie personzentrierte → Grundhaltungen die Ambivalenz und Komplexität eines erlittenen Verlustes wahrnehmen helfen - als Störfall und als Ressource.
Eine (kurzfristige) *„Klientenzentrierte Trauertherapie" (*Jerneizig & Langenmayr 1992) - im Unterschied zu einer Trauer-Beratung - ist vorrangig auf lebenshindernde Anteile von Trauer gerichtet: Die Intervention dauert deutlich länger als zehn Sitzungen; *Wissensvermittlung (z.B. Information über normale Trauerphänomene)*, *klientenzentrierter Umgang mit den Trauernden* im Sinne von → Echtheit (Kongruenz), unbedingter → Wertschätzung und → Empathie sowie *Vermittlung von Handlungskonzepten für den sozialen Alltag* sind zentrale Momente. Ihren Abschluss findet eine derartige Begleitung nicht im Ende jeglicher Trauer, sondern in der (wiedererlangten) Fähigkeit der KlientInnen, ihre individuelle Trauerarbeit selbstständig fortzuführen.
Inspirierend für eine an den Ressourcen der Betroffenen orientierte Trauerbegleitung erscheint auch die → Focusing-Technik: Hierbei ist ein introspektiver Prozess angezielt in der Zuwendung zum sogenannten → Felt Sense: Statt den erlittenen Verlust näher hin zu problematisieren

bzw. zu analysieren, wird dessen Komplexität und Ambivalenz wahrgenommen. Wenn dies in Worten, Bildern oder Symbolen ausgedrückt wird, ändert sich das körperliche Gefühl („Felt Shift“) ebenso wie die emotionale und kognitive Bedeutung: Erlebt wird eine innerliche Öffnung und eine grenzüberschreitende Bewegung, die neue Lebensmöglichkeiten erahnen lässt (Coffeng 1994).
Trauerbegleitung gilt als integraler Bestandteil von Palliative Care und Hospizarbeit, welche „die Unterstützung der Familie bei der Krankheitsbewältigung und bei der Trauer über den Verlust hinaus“ ernstnimmt (WHO 1990). Damit ist quer zu den fach- und berufsbezogenen Kompetenzen und Rollen eine selbstkritische Reflexion der eigenen Entwicklung sowie eine psycho-soziale bzw. spirituelle Kompetenzerweiterung im Umgang mit Verlust, Trauer und Trauernden angefragt.

Coffeng, T. (1994): Focusing und Trauer. *Personzentriert* 1, S. 80-94
Jerneizig, R., Langenmayr, A. (1992): Klientenzentrierte Trauertherapie. Göttingen, Hogrefe
Katz, L., Chochinov, H.M. (1998): The spectrum of grief in Palliative Care. In: Bruera, E., Portenoy, R.K. (Eds.), Topics in Palliative Care, Volume 2. New York–Oxford, Oxford University Press, pp. 295-310
Metz, C. (2002): Personzentrierte Trauertherapie und Palliative Care. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 585-608
Parkes, C.M. (1996): Counselling in terminal care and bereavement. Leicester, British Psychological Society
Stroebe, W., Stroebe, M.S. (1987): Bereavement and health. Cambridge, Cambridge University Press
WHO (1990): Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization
Worden, J.W. (1987): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. Bern, Huber
Worden, J.W. (1991): Grief Counseling and Grief Therapy. New York, Springer

Christian Metz

Traum

Da der Traum mit seiner oft rätselhaften Bildsprache dazu einzuladen scheint, gewissermaßen hinter dem Rücken des Klienten nach einem verborgenen Sinn zu suchen, spielte er zunächst in der Personzentrierten Psychotherapie kaum eine Rolle, weil ein solches Vorgehen den Prämissen dieses Verfahrens natürlich strikt widersprochen hätte. Als die in den frühen Jahren des Personzentrierten Ansatzes wohl oft übertriebene Scheu vor hermeneutischer Entzifferungsarbeit zunehmend aufgegeben wurde (→ Hermeneutische Empathie, → hermeneutische Perspektive), begann auch der Traum in seiner Möglichkeit eines sehr erlebnisaktivierenden Arbeitens für Vertreter dieses Ansatzes interessant zu werden.
Etwa ab Mitte der 80er Jahre erschienen eine Reihe Veröffentlichungen zu diesem Thema (Jennings 1986; Gendlin 1987; Vossen 1988; Pfeiffer 1989; Graessner 1989). Weniger hinsichtlich des Traumverständnisses, also hinsichtlich der Frage, was der Traum grundsätzlich zum Ausdruck bringt, als vielmehr hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens lassen sich hier zwei Richtungen unterscheiden: Auf der einen Seite sind jene Autoren zu nennen, die die Technik des Focusing auch auf die Traumbearbeitung übertragen sehen wollen (→ Gendlin, Graessner; → Traum, Traumarbeit in der Focusing-Therapie). Die anderen Autoren bevorzugen eine phänomenologisch-hermeneutisch ausgerichtete Vorgehensweise, die an einer intensiven Auseinandersetzung mit den Traumbildern interessiert ist. Von dieser letztgenannten Zugangsweise soll hier die Rede sein.
Dem phänomenologischen Zugang entspricht es, die Traumbilder zunächst als das zu nehmen, was sie sind, was sie unmittelbar in ihrer Bildhaftigkeit zu erkennen geben. Eine sehr kurzschlüssige Interpretation dieser Bilder soll also vermieden werden, nicht jedoch eine geduldig erarbeitete (Finke 1994). Ein weiterer Grund sich zunächst intensiv mit der Traumerzählung als solcher zu befassen ist die im Personzentrierten Ansatz so bedeutsame Maxime eines erlebnisaktivierenden Arbeitens im Hier und Jetzt. Das bedeutet für die Traumbearbeitung den Klienten anzuregen, die Traumbilder noch einmal sehr intensiv nachzuerleben, die einzelnen Traumbilder imaginierend auszugestalten, also in der therapeutischen Sitzung gewissermaßen den Traum

noch einmal ganz gefühlsnah durchzuleben. Der Psychotherapeut versucht dabei die verschiedenen Erlebnisqualitäten des Klienten, seine Sinneswahrnehmungen (Gesehenes, Gehörtes, Gerochenes, Geschmecktes) sowie seine gefühlshaften Reaktionen darauf zu verdeutlichen. Der Klient soll also in der Sitzung gewissermaßen den Traum imaginierend noch einmal träumen. Vermutlich ist bereits auf dieser Ebene emotionalen Bilderlebens, auf der der Klient die Traumgeschichte zusammen mit seinem Psychotherapeuten noch einmal durcherlebt, eine therapeutische Wirksamkeit gegeben.

Auf einer zweiten, der eigentlich hermeneutischen Ebene (Keil 2002) geht es um ein verstehendes Erfassen der Sinngehalte des Traumes. Verstehen heißt immer, etwas als etwas verstehen. Was ist dieses Etwas, als was der Traum verstanden werden soll, auf welche Konzepte hin soll sein Sinn gesucht werden? Gemäß der personzentrierten Theorie sind hier folgende Merkmale zu unterscheiden:

- Die → Aktualisierungstendenz: Das Traumgeschehen und die einzelnen Traumbilder werden verstanden als Ausdruck der organismischen Bewertung, als die ganzheitlich-erlebnishafte Stellungnahme des Individuums. Seine Gefühle und Wünsche werden im Traum weniger stark verzerrt symbolisiert wie im Wacherleben, in welchem sie unter Umständen sogar ganz von der → Symbolisierung ausgeschlossen sind. Im Traum zeigen sie sich, wenn auch in eigentümlicher Bildsprache. Insofern hat der Traum, wie Jung (1989) sagte, eine kompensatorische Funktion, er lässt das im Tagerleben Nicht-Symbolisierte ausgleichend zum Ausdruck kommen.
- Das Selbst: Die verschiedenen Traumgestalten können auch immer Aspekte des eigenen Selbst darstellen (Jung 1989; Gendlin 1987). Das → Selbstkonzept ist ja keine einheitliche Konfiguration, sondern enthält verschiedene Aspekte, z.B. die des Ideal-Selbst und des Real-Selbst. Aber selbst hier, also z.B. beim Ideal-Selbst, lassen sich weitere Facetten unterscheiden. In den verschiedenen Traumfiguren nun können diese unterschiedlichen Aspekte, z.B. die unterschiedlichen Facetten des Ideal-Selbst, zum Ausdruck kommen. Jung (1989) sprach übrigens hier vom Arbeiten auf der Subjektstufe im Gegensatz zu dem der Objektstufe, auf der die Traumfiguren als Objekte, d.h. als bedeutsame Beziehungspartner zu verstehen sind.
- Das Beziehungserleben: Bei dem Arbeiten auf der Subjektstufe handelt es sich um ein Klären des Selbstverhältnisses des Individuums, also der Beziehung, die das Individuum zu sich selbst hat, beim Arbeiten auf der Objektstufe sollen die Beziehungen zu wichtigen Kontaktpersonen geklärt werden. Die Traumgestalten werden hier, wie schon gesagt, als wichtige Bezugspersonen verstanden. Die Beziehungserwartungen und Beziehungserfahrungen zu bedeutsamen Anderen werden hier bildhaft dargestellt. So können z.B. Wünsche nach Anerkennung und → Empathie in der Begegnung mit den Traumfiguren zur Darstellung kommen.

Für diese hermeneutische Dekodierungsarbeit mit dem Ziel, exakte Symbolisierungen herzustellen, ist auf ein nicht-intellektualisierendes, d.h. erlebnisnahes Vorgehen zu achten. Deswegen ist es wichtig, in kleinen Schritten vorzugehen und zwischen beiden Ebenen ständig zu oszillieren (Finke 1994). Das angemessene Verstehen der Traumbilder ist dabei natürlich nicht etwas, das der Psychotherapeut vorgibt, sondern etwas, das in einer langen gemeinsamen Arbeit entsteht, wobei der Psychotherapeut seine Verstehensangebote unter Umständen öfter korrigiert und für die Verstehensweisen des Klienten offen ist. Das Verstehen in diesem Sinne ist so ein dialogischer und letztlich unabschließbarer Prozess.

Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Jung, C.G. (1989): Gesammelte Werke, Bd. 8, Freiburg, Walter
Gendlin, E.T. (1987): Dein Körper, dein Traumdeuter. Salzburg, Müller
Graessner, D. (1989): Traumbearbeitung und Focusing. *GwG-Zeitschrift* 74, S. 34-48
Jennings, J.L. (1986): The dream is the dream. *Person-Centered Review* 1, pp. 310-333
Keil, W.W. (2002): Der Traum in der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New-York, Springer, S. 427-443
Lemke, H. (2000): Das Traumgespräch. Umgang mit Träumen nach klientenzentriertem Konzept. Stuttgart, Kohlhammer
Pfeiffer, W.M. (1989): Arbeit mit Träumen. *GwG-Zeitschrift* 74, S. 68-70

Vossen, T. (1988): Traumtherapie – personenzentriert. *GwG-Zeitschrift* 72, S. 30-43

Jobst Finke

Traum, Traumarbeit im Focusing

Träume eröffnen nach Eugene → Gendlin Zugänge zu bewusstseinsferneren Persönlichkeitsanteilen und enthalten implizite „Energie" für die Weiterentwicklung der Person. Die Bilder, in die der Traum Lebensthemen des Träumers übersetzt, sind, sofern erinnert, explizite Erlebensaspekte, deren implizite Bedeutungsgehalte mittels → Focusing erlebbar werden können (→ Experiencing). In der focusing-orientierten Traumarbeit werden Traumbilder daher nicht „von außen" gedeutet, sondern durch das Verweilen mit der impliziten körperlichen Resonanz (→ Felt Sense), die sie hervorrufen, „von innen" bedeutsam. So wird der → Körper zum eigentlichen „Traumdeuter". Fragen zum Traum sowie Bedeutungshypothesen über ihn werden am jeweiligen Felt Sense geprüft (→ Konzepte). Ihre „Richtigkeit" erweist sich daran, ob sie einen Felt Shift, also eine stimmig erlebte Vorwärtsbewegung hervorbringen.

Voraussetzung für diesen Prozess der Bedeutungsfindung ist, dass der Träumer eine gute Beziehung (→ Freiraum) zum Traum herstellt. Die wohlwollend-neugierige Haltung zu Träumen und zu „dem, woher sie kommen" ist therapeutisch bedeutsamer als die ohnehin nie vollständige und erschöpfende Interpretation eines einzelnen Traums.

Neben den üblichen Methoden, Focusing-Prozesse zu → begleiten, werden in der focusing-orientierten Traumarbeit *Fragen* zum Traum oder zu Traumaspekten gestellt, die der Klient nach innen, an den Felt Sense zum jeweiligen Traumteil richtet und dann wahrnimmt, ob sich daraus ein körperlich spürbarer Veränderungsschritt (Felt Shift) entwickelt. Dadurch können neue Bedeutungsaspekte des Traums aus dem impliziten Erleben „hervorgehoben" werden. Diese Fragen kommen aus Bedeutungshypothesen des Therapeuten oder werden aus verschiedenen Theorien abgeleitet (→ Avenues). Gendlin hat unter Einbeziehung der Traumtheorien von Sigmund Freud, C. G. Jung und Fritz Perls eine Liste von hilfreichen Fragen zusammengestellt, u.a. nach dem Ort der Szene, den Personen, dem Handlungsablauf, den Symbolen, dem Bezug zur Kindheit, zur Sexualität, zu Persönlichkeitswachstum und Spiritualität.

Eine weitere Methode, die zugleich eine Haltung ausdrückt, ist das gezielte Bemerken und Nutzen von sogenannten *Hilfen* oder Verbündeten im Traum, die man als Felt Sense „mitnehmen" kann. Darunter versteht Gendlin mit positiver Energie besetzte Traumbilder, oftmals Details im Traum wie z.B. Tiere, Pflanzen oder schöne Dinge, die körperlich ein neues befreiendes oder stärkendes Gefühl auslösen können, das dann bei der Auseinandersetzung mit schwierigen Traumteilen eine hilfreiche Ressource sein kann.

Besonderes therapeutisches Interesse gilt den Stellen, an denen zwischen dem Traum und dem Träumer ein Konflikt oder Gegensatz besteht, z.B. wenn der Traum etwas zeigt, das der Klient nicht sein, nicht tun oder nicht glauben will. Diese bewusstseinfernen Persönlichkeitsanteile werden im Traum oft als bedrohlich, unsympathisch oder feindlich symbolisiert und vom Klienten abgelehnt. Hier kann die Technik der probeweisen *imaginativen Rollenübernahme* (→ Experimente) von feindlichen oder bedrohlichen Traumpersonen oder Traumteilen angewendet werden, in deren Felt Sense dann eine verlorengegangene bzw. abgespaltene, aber nun vorwärtsgerichtete („gute") Kraft gespürt wird, die sich explizieren und zu neuen Handlungsschritten führen kann.

Es ist ein altes Problem in jeder Art der Arbeit mit Träumen, dass der Träumer dazu neigt, seinen Traum selbst so zu interpretieren, dass nur seine bekannten Vorstellungen und Verhaltensmuster bestätigt werden. Eugene Gendlin hat auf zwei Vorgehensweisen hingewiesen, die helfen, den Träumer aus einer solchen → strukturgebundenen Beziehung zum Traum zu befreien: (1) → Freiraum zum Traum zu schaffen, also dazu zu kommen, „den Traum gern zu haben" und (2) probeweise die gegenteilige Haltung zum Traum oder zu Traumaspekten einzunehmen (Bias Control, → Prozess-Fragen).

Wiltschko (2000) hat eine dritte Möglichkeit beschrieben. Da das „Erstgefühl“ zum Traum nach dem Aufwachen nicht nur ein Felt Sense ist, der zu den impliziten Bedeutungen des Traumes hinführt, sondern fast immer auch → strukturgebundene Aspekte enthält, evoziert es oft eine Kette von meist negativen Selbstinterpretationen. Diese Kette lässt sich unterbrechen, wenn man sofort zum Spüren der *rein körperlichen* Empfindungen übergeht, die im Erstgefühl enthalten sind und mit ihnen atmend verweilt bzw. immer wieder auf sie zurückkommt. Diese Körperempfindungen wandeln sich regelmäßig in genau die lebensfördernde Energie, auf die der Traum verschlüsselt hinweist. In einem Zehn-Punkte-Programm hat Wiltschko diese Vorgehensweise besonders mit Alpträumen detailliert beschrieben.
Ergebnis der focusing-orientierten Traumarbeit ist nicht nur kognitive Einsicht, sondern ein neues Sein, ein veränderter Körper, der die Probleme, die der Traum darstellt, neu bewältigen kann. Daraus ergeben sich in der Regel konkrete Handlungsschritte, die dann im Alltag eingeübt werden können.

Gendlin, E.T. (1986): Let your body interpret your dreams. Wilmette Ill., Chiron; dt. (1987): Dein Körper – dein Traumdeuter. Salzburg, Otto Müller
Gendlin, E.T. (1992): Three learnings since the dreambook. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy 11*(1), pp. 25-30
Gendlin, E.T. (1993): Focusing ist eine kleine Tür. Gespräche über Focusing, Träume und Psychotherapie. Würzburg, DAF, S. 29-51
Gendlin, E.T., Wiltschko, J. (1999). Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 92-119
Graessner, D. (1989): Traumbearbeitung und Focusing. *GwG-Zeitschrift 20*(74), S. 43-48
Renn, K. (1998, 1999): Über das Träumen. Teil 1*: Focusing-Journal 1*, S. 28-29; Teil II: *Focusing-Journal 2*, S. 23-25
Wiltschko, J. (2000): Leben mit (Alp-)Träumen. *Focusing-Journal 4*, S. 26-30

Sybille Ebert-Wittich

Traumatherapie

Personzentrierte Theoretiker bezeichnen Dissoziation (Abspaltung) als eine häufig vorkommende Reaktionsform auf traumatische Erlebnisse, insbesondere auf gravierenden sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung in der frühen Kindheit. Coffeng (2002) merkt an, dass dies sich in Form einer „peritraumatischen Dissoziation“ auswirken kann, wobei Klienten wiederkehrende Symptome aufweisen, die nicht leicht zu bearbeiten sind, oder im Extremfall eine „dissoziative Identitätsstörung“ entwickeln. In diesem Fall haben die Klienten abgespaltene „Teil-Persönlichkeiten“, von denen jede einzelne unterschiedliche Fragmente der traumatischen Erinnerungen in sich trägt (vgl. dazu Roy 1991).
Warner (1991) beschreibt den dissoziierten Prozess als einen von drei verschiedenen Arten von „schwierigen“ Prozessen, die auf eine klassische, nondirektive klientenzentrierte Psychotherapie gut ansprechen, aber besonders hohe Ansprüche an die Sensibilität des Psychotherapeuten stellen und an seine Fähigkeit, sich auf den Klienten einzustimmen. Die beiden anderen Prozesse sind der „fragile“ und der „psychotische“ Prozess. Coffeng (1996; 2002) beschreibt die Dissoziation und die dissoziative Identitätsstörung als Formen von Kontaktstörungen im Sinne von Prouty (1994) und von → strukturgebundenem Erleben im Sinne von Gendlin (1964). Deshalb meint er, dass in der Psychotherapie mit dissoziierenden Klienten eine prä-therapeutische Phase durchgemacht werden muss, bevor zu einer ausgefeilteren Form von Personzentrierter Psychotherapie übergegangen werden kann (→ Prä-Therapie).
Auch wenn sie sich in den theoretischen Konstruktionen ein wenig unterscheiden, befürworten personzentrierte Theoretiker, die über den dissoziativen Prozess schreiben, ziemlich ähnliche Vorgehensweisen. Coffeng (1996; 2002), Roy (1991) und Warner (1991; 1998; 2000) betonen die Wichtigkeit einer authentischen und sicheren Beziehung mit den Klienten, die die Psychotherapeuten befähigt, sich weitgehend auf die Unmittelbarkeit der dissoziierten Fragmente einzustimmen, die im Erleben der Klienten auftauchen. Letztere haben oft Schwierigkeiten, sich

diesen Inhalten anzunähern oder sie in Worte zu fassen. Oft stellen sich bei ihnen verwirrende körperliche Empfindungen und Bilder ein, die von dem Prozess, den sie schrittweise durchmachen, losgelöst scheinen. Sie haben eventuell Albträume und im Wachzustand Bilder, von denen sich später herausstellt, dass sie Fragmente traumatischer Erinnerungen sind. Wenn die Erlebnisse der Klienten in „Teil-Persönlichkeiten" aufgespalten sind, kann es sein, dass manche Teile den starken Wunsch haben, von dem traumatischen Erlebnis zu berichten, während andere solche Angst davor haben, das Trauma wieder zu erleben, dass sie damit drohen, Selbstmord zu verüben oder sich körperlichen Schaden zuzufügen.
Sowohl Coffeng (1996; 2002) als auch Roy (1991) und Warner (1991; 1998; 2000) haben den Wert von Proutys prä-therapeutischen Reflexionen für Situationen erkannt, in denen die Klienten eine so hochgradige Verletzbarkeit und Angst erleben, wie es für dissoziiertes Erleben typisch ist. Coffeng (2002) betont, dass die Klienten, bevor die Aufarbeitung von Gefühlen und Erinnerungen riskiert werden kann, einen passenden Platz finden müssen, der es ihnen erleichtert, die körperliche Verbindung zum Boden und zur Umgebung zu spüren. Dabei ist es wichtig, dass der Psychotherapeut sich darauf konzentriert, ihnen über eine gewisse Zeit in einem einfachen menschlichen Kontakt Gesellschaft zu leisten. Coffeng meint auch, dass Klienten dazu ermutigt werden können, genau zu spüren, welche körperliche Distanz zwischen Klient und Psychotherapeut sich richtig anfühlt, wobei es möglich ist, dass beide ziemlich weit von einander entfernt sitzen, aber auch, dass ein nicht erotisches Berühren und Halten stattfindet. Diese Distanz kann von Moment zu Moment unterschiedlich sein und soll immer vom Klienten bestimmt werden.
Coffeng (1996), Roy (1991) und Warner (1991; 1998; 2000) haben dokumentiert, dass die Arbeit mit dissoziativen Prozessen, selbst wenn sie lange dauert und oft anstrengend ist, den Klienten erlaubt, sich an traumatische Erfahrungen zu erinnern und diese zu verarbeiten, was letzten Endes zu einer Reintegration des Erlebten führt.

Coffeng, T. (1996): Experiential and pre-experiential therapy for multiple trauma. In: Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.F., Stipsits, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion. Frankfurt/M., Peter Lang, pp. 499-511
Coffeng, T. (2002): Contact in therapy of trauma and dissociation. In: Wyatt, G., Sanders, P. (Eds.), Contact and perception. Ross-on-Wye, PCCS Books, pp. 153-167
Gendlin, E.T. (1964): A theory of personality change. In: Worchel, P., Byrne, D. (Eds.), Personality change. New York, Wiley, pp. 100-148
Prouty, G. (1994): Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses. New York, Praeger
Roy, B. (1991): A client-centered approach to multiple personality and dissociative process. In: Fusek, L. (Ed.), New directions in client-centered therapy. Practice with difficult client populations. Chicago, Chicago Counseling and Psychotherapy Center, pp. 18-40
Warner, M.S. (1991): Introduction. In: Fusek, L. (Ed.), New directions in client-centered therapy: Practice with difficult client populations. Chicago, Chicago Counseling and Psychotherapy Center, pp. 1-3
Warner, M.S. (1998): A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In: Greenberg, L. Watson, J., Lietaer, G. (Eds.), Handbook of Experiential psychotherapy. New York, The Guilford Press, pp. 368-387
Warner, M.S. (2000): Person-centred therapy at the difficult edge: A developmentally based model of fragile and dissociated process. In: Mearns, D., Thorne, B. (Eds.), Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice. London, Sage, pp. 144-171

Margaret Warner

Übertragung

Das Konzept der Übertragung ist in der → Personzentrierten Psychotherapie sehr umstritten. Zwar räumt Rogers (1951/1972) das häufige Vorkommen von Übertragungseinstellungen in der Psychotherapie ein, er scheint aber dieses Phänomen wie ein störendes, möglichst zu vermeidendes und auf jeden Fall schnell aufzulösendes anzusehen. Andere Autoren (z.B. Shlien 1990) lehnen dieses Konzept strikt in dem Sinne ab, dass sie auch das Phänomen von Übertragung weitgehend verneinen. Dies könnte man auch angesichts gewisser Überzeichnungen der

orthodoxen Psychoanalyse, für die praktisch alle Äußerungen des Klienten mehr oder weniger übertragungsbedingt waren, als nicht ganz unberechtigt ansehen. Nun ist es jedoch im sogenannten interaktionellen Übertragungskonzept der modernen Psychoanalyse zu wesentlichen Akzentverschiebungen gekommen (Gill 1996; Ehrmann 1996; Mertens 1990). Diese spricht von der Übertragungsbeziehung (→ Beziehungsformen, therapeutische), um damit anzudeuten, dass die therapeutische Beziehung (wie auch jede intensivere außertherapeutische Beziehung) sowohl Beziehung wie Übertragung ist. Sie ist nie nur reine Gegenwärtigkeit, sondern immer auch mitbestimmt durch vergangene Beziehungserfahrungen. Andererseits ist sie auch nie reine Übertragung im Sinne einer ausschließlichen Prägung des Beziehungserlebens durch die Vergangenheit. Aufgrund der Übertragung nimmt der Klient den Analytiker keinesfalls völlig verzerrt wahr, sondern es werden lediglich bestimmte Merkmale der Person des Analytikers selektiv wahrgenommen. Lediglich in dieser selektiven, aber insgesamt nicht unrealistischen Wahrnehmung zeigt sich die Übertragung. Diesem Konzept, das den Klienten hinsichtlich seiner Realitätswahrnehmung keinesfalls für fast unzurechnungsfähig erklärt, könnte auch die Personzentrierte Psychotherapie zustimmen. Auch ein weiterer Gedanke der modernen Psychoanalyse läge auf der Linie personzentrierter Grundüberzeugung: Der Analytiker ist keinesfalls die weiße Leinwand, der Projektionsschirm, auf den der Klient seine Übertragungseinstellungen projiziert, sondern er wird durch seine Person, durch seine Kleidung, durch seine Gestik, durch die Art seines Fragens immer die Beziehungswahrnehmungen und die Beziehungserwartungen des Klienten mitbestimmen. Der Analytiker ist nie nur reiner Beobachter, sondern immer auch Teilnehmer der therapeutischen Interaktion. Streng genommen kann er ein „Mitagieren" nicht verhindern (Klüwer 1983). Was an den Wahrnehmungen übertragungsbedingt und was durchaus angemessen ist, kann in der Analyse erst nach einem langen Prozess des Abgleichens von gegenseitigen Erwartungen und Wahrnehmungen geklärt werden.

Einem weiteren Merkmal des interaktionellen Übertragungskonzeptes könnte die Personzentrierte Psychotherapie ebenfalls zustimmen. Bei der „Übertragungsanalyse" ist es ein Kunstfehler, sofort genetische Übertragungsdeutungen zu geben im Stil von „Sie meinen ja doch bloß ihren Vater, wenn Sie jetzt auf mich so ärgerlich sind". Vielmehr wird sich der Analytiker zunächst den Gefühlen und Erwartungen zuwenden, die seine eigene Person betreffen. Er wird diese Gefühle und Erwartungen des Klienten zusammen mit diesem in allen Facetten anschauen. Schließlich wird er auch fragen: „Was an meinem Verhalten war es, dass Sie eben so ärgerlich machte?" Er wird also einräumen, dass er selbst Teilnehmer und insofern Mitgestalter des Interaktionsgeschehen und keinesfalls nur Beobachter ist. Das von Carkhuff (1969) beschriebene Konzept des Beziehungsklärens unterscheidet sich kaum noch von diesen Aspekten der Übertragungsanalyse. Zusammenfassend ist also zu sagen, dass die meisten Personzentrierten Psychotherapeuten von einer „Übertragungsbeziehung" sprechen könnten, dass sie einräumen, dass die therapeutische Beziehung immer beide Elemente enthält, unvermittelte Gegenwärtigkeit einerseits und erfahrungsvermittelte, d.h. vergangenheitsbeeinflusste Beziehung andererseits.

Mit der Interventionskategorie des Beziehungsklärens (→ Therapietechniken) ist auch in der Personzentrierten Psychotherapie vorgesehen, dass Beziehungsanspielungen des Klienten konsequent aufgegriffen werden. Dieses Ansprechen und Klären der therapeutischen Beziehung erfüllt auch in ganz besonderer Weise das für den Personzentrierten Ansatz verbindliche Prinzip des Arbeitens im Hier und Jetzt.

Ehrmann, M. (1996): Der Übertragungsbegriff, seine Beziehung zu zentralen klinischen Konzepten und seiner Entwicklung in der Psychoanalyse. *Psychotherapie* 41, S. 119-127

Carkhuff, R.R. (1969): Helping in human relations. Vol. I. New York, Holt, Rinehart and Winston

Gill, M.M. (1996): Die Übertragungsanalyse. Frankfurt, Fischer

Klüwer, R. (1983): Agieren und Mitagieren. In: Hoffmann, S.O. (Hrsg.), Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Frankfurt, Fischer, S. 132-145

Mertens, W. (1990): Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. II. Stuttgart, Kohlhammer

Shlien, J.M. [1987] (1990): Eine Gegentheorie zur Übertragung. In: Behr, M., Esser, U., Petermann, F., Pfeiffer, W.M. (Hrsg.), Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. II, Salzburg, Müller, S. 43-74
Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1987] (1990): Kommentar zu Shliens Aufsatz. In: Behr, M., Esser, U., Petermann, F., Pfeiffer, W.M. (Hrsg.), Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. II, Salzburg, Müller, S. 75-81

Jobst Finke

Unbewusstes

In ideengeschichtlicher Perspektive spielt der Begriff des Unbewussten seit der Romantik eine Rolle. Als Reaktion auf Rationalismus und Aufklärung wird hier im Dunkeln und Unbemerkten des Irrationalen, in der Nachtseite des Lebens und im Unergründlichen der Vision und des Traumes das den Menschen eigentlich Bewegende gesehen. Der Begriff des Unbewussten selbst wurde vor allem durch Carus (1846) in systematischer Weise in die philosophisch-psychologische Diskussion eingeführt. Er sah „den Schlüssel zur Erkenntnis vom Wesen des bewussten Seelenlebens in der Region des Unbewusstseins" (o.a.O.). Durch Schoppenhauer und vor allem durch Nietzsche wird dann die Problematik des später von Freud sogenannten dynamisch Unbewussten als Quelle systematischer Selbsttäuschung beschrieben. Bestimmte Erlebnisgehalte und Wünsche werden verleugnet bzw. ins Unbewusste verdrängt, um Stolz und Selbstachtung nicht zu gefährden.

Rogers gebraucht zwar den Begriff des Unbewussten kaum, aber er beschreibt unbewusste psychische Prozesse: „Wenn eine Erfahrung vage oder unterschwellig als mit der Selbststruktur inkongruent wahrgenommen wird, scheint der [→] Organismus mit einer Verzerrung der Bedeutung dieser Erfahrung zu reagieren (...) oder mit einer Wahrnehmungsverweigerung, um so die Selbststruktur vor einer Bedrohung zu bewahren" (Rogers 1959/1987, S. 31). Ein Synonym für „unbewusst" ist bei Rogers auch die Redeweise „außerhalb der → Gewahrwerdung" oder auch der Begriff „verzerrte Symbolisierung". Ziel der Personzentrierten Psychotherapie ist die Bewusstwerdung oder die volle Gewahrwerdung, d.h. die Überführung dieser Symbolisierungsstörung in eine exakte → Symbolisierung von sehr verpönten Gefühlen und Wünschen mittels → der Hermeneutischen Empathie. Bei diesem klärungs- und einsichtsorientierten Prozess spielt allerdings auch die → Wertschätzung des Therapeuten eine Rolle, der zunächst gewissermaßen stellvertretend für den Klienten bisher verpönte Aspekte akzeptiert. Hier zeigt sich, dass die Personzentrierte Psychotherapie ebenso ein klärungsorientiertes wie ressourcenaktivierendes Verfahren ist. Dabei ist die Bedeutung einer → hermeneutischen Perspektive für dieses Verfahren hervorzuheben.

Es entspricht übrigens dem Denken von Rogers weniger, von dem Unbewussten zu sprechen und damit Assoziationen an eine fest umrissene Region oder Instanz nahezulegen, sondern eher von unbewussten Vorgängen zu reden, wobei auch, anders als in der Psychoanalyse, keine scharfe Trennung von bewussten und unbewussten Vorgängen anzunehmen ist. Rogers betont neben den negativen Aspekten des Nicht-Symbolisierten und damit der → Inkongruenz auch, hier den Romantikern und Jung nicht unähnlich, die schöpferische Potenz der nichtbewussten Aspekte des Organismus. Der voll sich entfaltende Mensch (→ fully functioning person) handelt nach Rogers (1961/1973, S. 191) „in der Erkenntnis, dass sein totaler Organismus klüger als sein Bewusstsein sein könnte, und es oft ist."

Carus, C.G. (1846): Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele. Pforzheim, Flammer und Hoffmann
Rogers, C.R. [1961] (1973): Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett.
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

Jobst Finke

Unterricht, schülerzentrierter → Signifikantes Lernen

Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte
In dem Konzept Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) ist der Versuch einer Operationalisierung des „Einfühlenden Verstehens“ (→ Empathie) durch Tausch (1970) zu sehen. Wurde von Rogers (1977) Empathie eher als ein Einstellungsmerkmal beschrieben, so sollte mit der „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ ein Verhaltensmerkmal erfasst werden. Viele Vertreter der → Personzentrierten Psychotherapie, auch Rogers selber, haben sich gegenüber Versuchen einer Beschreibung des therapeutischen Vorgehens im Sinne einer → Therapietechnik eher skeptisch geäußert. Dennoch ist sowohl für die Forschung wie für die Lehre eine präzise Beschreibung der Behandlungspraxis, d.h. des konkreten therapeutischen Vorgehens, wichtig. Gerade in diesem Sinne ist aber auch festzuhalten, dass die in dem Begriff „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ enthaltene Beschreibung zu global ist, d.h. dem therapeutischen Vorgehen in seiner Komplexität nicht gerecht wird. Bei den emotionalen Erlebnisinhalten, die zu verbalisieren sind, sind sehr unterschiedliche Erlebnisebenen zu unterscheiden. Um das Therapeutenverhalten detailliert zu schildern, sollte in der Beschreibung der Interventionsformen deutlich werden, ob der Psychotherapeut die Klientenäußerung lediglich mit eigenen Worten wiederholt (also nur auf ihren logischen Aussagesinn Bezug nimmt), ob er Gefühle aufgreift, die dem Klienten weitgehend gewahr sind, oder ob er ein selbstreflexives Gefühl wie Scham und Schulderleben anspricht, das in der therapeutischen Situation unter Umständen erst sehr am Rande der → Gewahrwerdung ist. Sehr lang bestehende Ressentimenthaltungen wie Neid und Konkurrenz oder aber sehr chronifizierte Einstellung wie resignatives Ohnmachtserleben wären wieder auf einer anderen Ebene zu beschreiben. In dem Versuch, das Therapeutenverhalten als eine Bezugnahme auf diese unterschiedlichen Ebenen zu konzeptualisieren, hat Finke (1994) ein mehrstufiges Vorgehen beschrieben. Ein ebenfalls mehrstufiges Intervenieren stellten Sachse und Maus (1991) mit ihren Bearbeitungsangeboten dar. Sie richten ihre Beschreibungen aber weniger an den Inhalten als an formalen Aspekten des Intervenierens aus, wie „Intellektualisierung anregen“, „persönliche Bewertung anregen“, „Integration anregen“ (→ Zielorientierte Gesprächspsychotherapie). Solche das therapeutische Vorgehen präzisierende und nach verschiedenen Merkmalen (therapeutische Situation, Persönlichkeitsstruktur, Art der Störung) differenzierende Beschreibungsversuche sollten gerade im Sinne der Wissenschaftlichkeit der Personzentrierten Psychotherapie fortgesetzt werden. Denn mit dem wissenschaftlichen Anspruch ist die Forderung verbunden, die Regeln, denen das eigene Handeln folgt, präzise zu erfassen.

Finke, J. (1994): Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Thieme
Rogers, C.R. (1977): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)
Sachse, R., Maus, C. (1991): Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart, Kohlhammer
Tausch, R. (1970): Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Jobst Finke

Vergleichen → Sechs-Schritte-Modell

Wahlverhinderung → Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie

Wahrnehmung → Erfahrung; → Abwehr

Wahrnehmungsverleugnung, -verzerrung → Abwehr

Wertschätzung, unbedingte
In seiner Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für den therapeutischen → Prozess führt Rogers unter Punkt 4 auf: "That the therapist is *experiencing unconditional positive regard* toward the client". Unter Punkt 6 heißt es: " That the client *perceives* at least to

a minimal degree conditions 4 and 5, the *unconditional positive regard* of the therapist for him, and the *empathic* understanding of the therapist" (Rogers 1959, p. 213).
Rogers hat die unbedingte Wertschätzung wiederholt beschrieben: "Die Art von Wertschätzung (Anteilnahme, Sorgetragen), über die ich hier spreche, ist dann am hilfreichsten, wenn sie nicht besitzergreifend ist, keine bewertende Anteilnahme, wenn sie vielleicht sehr ähnlich der Sorge ist, die Eltern gegenüber ihrem Kind fühlen. Auch wenn sich das Kind in den Augen der Eltern schlecht benimmt, achten sie das Kind, betrachten es als eine wertvolle Person, lieben es und sorgen sich um es ohne Rücksicht auf bestimmte Verhaltensweisen" (Rogers 1992, S. 25).
In der deutschsprachigen Literatur gilt unbedingte Wertschätzung als eine der drei wesentlichen Merkmale des Gesprächspsychotherapeuten im Kontakt mit dem Klienten bzw. als Basisvariable, die der Psychotherapeut als Teil der personzentrierten → Grundhaltung realisiere. Sie heißt in der empirischen Forschung daher oft auch einfach und verkürzt und damit verfälscht Akzeptanz/Wertschätzung oder schlicht Akzeptieren. Es wird in der Folge davon vor allem auch in der vergleichenden Therapieforschung übersehen, dass der Gesprächstherapeut nicht durch → Empathie, → Echtheit (Kongruenz) und Akzeptieren behandelt, sondern dass der Psychotherapeut unbedingte Wertschätzung des Klienten und nichts anderes fühlt, wenn es ihm gelingt, den Klienten in seinem Erleben vollständig empathisch zu verstehen und dabei kongruent im eigenen Erleben zu bleiben.
Im Rahmen entwicklungspsychologischer Überlegungen (Biermann-Ratjen 1989) (→ Entwicklungstheorie) und solchen zur Krankheitslehre des klientenzentrierten Konzepts (Biermann-Ratjen & Swildens 1993) (→ Ätiologiekonzeption) wird heute weniger von einem → Bedürfnis nach positiver Beachtung, das die Internalisierung von → Bewertungsbedingungen nach sich ziehe, gesprochen. Vielmehr wird das Bedürfnis nach “unconditional positive regard”, also nach unbedingter positiver Beachtung betont. In diesem Bedürfnis, das durchaus bewusst erlebt werden kann, von einer anderen Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt zu werden, ohne dass diese Person dabei andere eigene Gefühle als unbedingte Wertschätzung erfährt, wird die Selbstaktualisierungstendenz erlebt. Das Bedürfnis wird durch empathisches Verstandenwerden und unbedingte Wertschätzung im Selbsterleben durch kongruente wichtige Andere befriedigt. Die Befriedigung in diesem Bedürfnis im Zusammenhang mit potenziellen → Selbsterfahrungen ist die Bedingung für die Selbstentwicklung nicht nur im psychotherapeutischen Prozess, sondern auch in der kindlichen Entwicklung. Die unbedingte Wertschätzung des Psychotherapeuten ist also weniger eine Technik des Psychotherapeuten, und sie ist nicht nur Bestandteil des Verfahrens Gesprächspsychotherapie, sondern sie ist wesentlicher Bestandteil der zwischenmenschlichen → Beziehung, die die notwendige und hinreichende Bedingung für Selbstentwicklung ist.

Biermann-Ratjen, E.-M. (1989): Zur Notwendigkeit einer klientenzentrierten Entwicklungspsychologie für die Zukunft (Weiterentwicklung) der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Sachse, R., Howe, J. (Hrsg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Heidelberg, Asanger, S. 102-125
Biermann-Ratjen, E.-M. (1993) Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd.1. Köln, GwG, S. 77-87
Bozarth, J., Wilkins, P. (Eds.), Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 3: Unconditional positive regard. Ross-on-Wye, PCCS
Lietaer, G. (1989): Bedingungsloses Akzeptieren. Eine umstrittene Grundhaltung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift* 73, S. 53-60
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Rogers, C.R. (1992): Die beste Therapieschule ist die selbst entwickelte. In: Frenzel, P., Schmid, P.F., Winkler, M. (Hrsg.), Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie. Edition Humanistische Psychologie, Köln, S. 21-29

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Widerstand

Bei Rogers spielt der Abwehrbegriff „störungstheoretisch" eine bedeutsame Rolle. → Abwehr ist bei ihm die Tendenz des Individuums, alle die Selbststruktur (→ Selbst) des Individuums gefährdenden → Erfahrungen nicht oder nur verzerrt zu symbolisieren (Rogers 1951/1972; 1959/1987). Der Begriff Widerstand taucht in seinem Werk jedoch äußerst selten auf. Er meint dazu, dass Widerstand in der Regel technisch, also durch ein unangemessenes therapeutisches Vorgehen bedingt sei (Rogers 1942/1972). Es scheint sich hier aber, wie bei anderen Begriffen auch (→ Deutung, → Übertragung), um ein definitorisches Problem zu handeln. Rogers scheint unter „Widerstand" nur recht grobe und bewusstseinsnahe Phänomene von Widerständigkeit und ängstlicher Feindseligkeit zu verstehen (Rogers 1942/1972). Nach psychoanalytischer Definition (Laplanche & Pontalis 1967/1973) sind aber alle sich in der therapeutischen Situation zeigenden Abwehrprozesse als Widerstand aufzufassen. Widerstand ist die durch die therapeutische Situation aktivierte Abwehr. Die durch die therapeutische Situation nahegelegte Auflösung von Abwehrstrukturen hat Rogers selbst (1951/1972) als einen Prozess voller Schmerz und Kampf beschrieben. Indirekt benennt er damit im Sinne der Psychoanalyse Widerstandsphänomene.

Die Vermeidung des Terminus „Widerstand" durch Rogers und die → Personzentrierte Psychotherapie überhaupt scheint aber auch Gründe zu haben, die eng mit therapietheoretischen Prämissen dieses Verfahrens, vor allem mit der Forderung nach einer wertschätzenden → Grundhaltung, verbunden sind (→ Therapietheorie). Mit der Rede vom Widerstand und vom widerständigen Klienten kann leicht eine kritische, auch abwertende Haltung Letzterem gegenüber aktiviert werden. Der Psychotherapeut macht den Klienten dann seinen Widerstand fast zum Vorwurf und entwickelt eine detektivische Suchhaltung, um jeden Hinweis auf Widerstand aufzustöbern und konfrontierend anzusprechen. Rogers dagegen geht es darum zu zeigen, dass Widerstand oder eben Abwehr in der Psychotherapie etwas ganz Selbstverständliches ist, etwas, dass der Psychotherapeut ebenso wertschätzend anzunehmen hat, um gerade dadurch die Abwehr aufzulösen.

In diesem Zusammenhang ergibt sich die Aufgabe, genauer zu untersuchen, wie der Personzentrierte Psychotherapeut mit dem Widerstand seines Klienten umgehen soll. Analog einem Schema gestuften Vorgehens in der Psychoanalyse (Greenson 1975) könnte man folgende Schritte beschreiben:

1. Widerstand auflösen durch Akzeptieren

Es ist Rogers zuzustimmen, dass oft gerade die annehmende Haltung des Psychotherapeuten dem Klienten ermöglicht, seine Abwehr zu überwinden. Dabei verbündet sich der Psychotherapeut gewissermaßen mit dem Selbstkonzept des Klienten, also mit jenem Aspekt, der durch Abwehr bedrohlicher Erfahrungen geschützt werden soll. Die Phänomene, denen die Abwehr zugrunde liegt werden eventuell betont hervorgehoben. Einem sehr seine Gefühle verleugnenden, überkontrolliertem Klienten sagt der Psychotherapeut: „Selbstbeherrschung ist für Sie ein hohes Gut. Es wäre für Sie unannehmbar, so einfach den Gefühlen freien Lauf zu lassen." Der Psychotherapeut versucht hier, das handlungsleitende Selbstideal des Klienten zu verdeutlichen, ohne es direkt in Frage zu stellen. Er will aber zu einer solchen Infragestellung den Klienten animieren, indem er auch das Gefürchtete, das vom Klienten Abgewertete und Abgewehrte benennt.

Falls sich auf dieser Stufe der Widerstand nicht auflösen lässt, ergeben sich weitere Stufen des Intervenierens:

2. Die Ausdrucksweisen des Widerstandes ansprechen

Abwehrverhalten läuft immer dem therapeutischen Ziel, nämlich der vertieften → Selbstexploration, zuwider. Oft zeigen sich hier sehr auffällige Verhaltensweisen. Hier wäre z.B. an ein endloses, eine Belanglosigkeit an die andere reihendes Geschichtenerzählen zu denken, oder an sehr steif und gefühlsfern vorgebrachte intellektualisierende Ausführungen. Auch ein beharr-

liches Schweigen ist hier zu nennen. Der Psychotherapeut könnten im ersten Falle intervenieren: „Sie erzählen mir jetzt so viele Geschichten, die mit Ihnen selbst, mit dem, was Ihnen im Innersten wichtig ist, kaum etwas zu tun zu haben scheinen“. Der Psychotherapeut spricht hier einen Widerspruch an zwischen dem Therapieziel der vertieften Selbstexploration und dem Verhalten des Klienten. Insofern wäre diese Intervention als ein Konfrontieren im Sinne der Personzentrierten Psychotherapie einzuordnen (→ Therapietechniken).

3. Die Motive des Widerstandes verdeutlichen

Der Psychotherapeut kann sein Verständnis für die Abwehr des Klienten gerade dadurch zeigen, dass er deren unmittelbare Gründe nennt. Das sind in der therapeutischen Situation z.B. Angst vor Ablehnung, vor Verurteilung und Schamgefühle. Der Psychotherapeut könnte also sagen: „Sie schweigen jetzt. Vielleicht ist das, was Sie mir eigentlich sagen wollen, Ihnen im Moment viel zu peinlich“. Durch das Benennen der Gründe des Schweigens zeigt der Psychotherapeut in einer für den Klienten oft befreienden Weise, dass er versteht und Verständnis hat. Er deutet das Schweigen nicht als widerborstigen Trotz, sondern als Scham und gibt gerade dadurch die Möglichkeit, diese Scham zu überwinden.

4. Das bisher nicht symbolisierte Bedürfnis ansprechen

Der letztgenannte Klient schämte sich vielleicht wegen eines bisher nicht oder nur verzerrt symbolisierten Gefühls oder Wunsches. Dieses Gefühl beginnt jetzt symbolisiert zu werden, es befindet sich am Rande der → Gewahrwerdung. Der Psychotherapeut muss nun dieses Gefühl ansprechen und damit exakt symbolisieren (→ Symbolisierung, exakte): „Sie schämen sich vielleicht, weil Sie jetzt spüren, wie groß eigentlich Ihre Wut und Ihr Hass auf Ihre Mutter sind“.

Die hier gegebenen Hinweise sollen dazu anregen, den für Rogers so wichtigen Abwehrbegriff auch in behandlungspraktischer Hinsicht zu konzeptualisieren. Zwar ist das früher in der Personzentrierten Psychotherapie unter den „Zusatzvariablen“ genannte „Konkretisieren“ als eine Interventionskategorie im Rahmen der Abwehrbearbeitung anzusehen, sonst gibt es aber in der personzentrierten Literatur nur wenige Hinweise zu diesem Thema (z.B. Swildens 1991; Sachse 1995).

Greenson, R.R. (1975): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett
Laplanche, J., Pontalis, J.-B. [1967] (1973): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt, Suhrkamp
Rogers, C.R. [1942] (1972): Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler (ab 1985: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R. [1959] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG
Sachse, R. (1995): Der psychosomatische Patient in der Praxis: Grundlagen einer effektiven Therapie mit schwierigen Klienten. Stuttgart, Kohlhammer
Swildens, H. [1988] (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG

Jobst Finke

Wirkfaktoren → Forschung; → Beziehung, therapeutische; → Grundhaltung(en), therapeutische; → Selbstexploration; → Therapietechniken

Wirksamkeit

In der Psychotherapieforschung werden zwei Arten von Wirksamkeit unterschieden: Die Effizienz (efficacy) und die Effektivität (effectiveness). Unter Effizienz versteht man die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens unter kontrollierten Studienbedingungen, unter Effektivität seine Wirksamkeit unter Praxisbedingungen.

Einer der ersten Nachweise für die Effizienz von Klientenzentrierter Psychotherapie wurde von Rogers und Dymond in einer berühmt geworden Studie (→ Forschung) bereits 1954 erbracht, denen viele andere folgten. Eine Übersichtsarbeit von Meltzoff und Kornreich (1970) führt bis

zum Jahre 1959 zwölf methodisch „adäquate Studien mit eindeutig positiven Therapieergebnissen" auf, darunter vier klientenzentrierte.
In der bis dahin umfangreichsten Meta-Analyse von klinisch relevanten, kontrollierten psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudien resümieren Grawe et al. (1994, S. 134): „Vergleicht man die Ergebnistabellen für die Prä-Post-Vergleiche und die Kontrollgruppen-Vergleiche mit den analogen Tabellen zu den meisten anderen Therapieformen, dann muss man der Gesprächspsychotherapie eine sehr überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit bescheinigen. Die Ergebnisse sind bemerkenswert, wenn man an das Spektrum an Störungen denkt, auf die Gesprächspsychotherapie angewandt wurde, und an die relative kurze Therapiedauer, in der die Effekte erreicht wurden".
Greenberg et al. (1994) gehen in einer Meta-Analyse klientenzentrierter Verfahren der Frage nach, ob Klientenzentrierte Psychotherapie in ihrer Wirksamkeit anderen Verfahren über- oder unterlegen ist. Sie vergleichen die Wirksamkeit von klientenzentrierten Therapieverfahren mit kognitiven und behavioralen Verfahren und errechnen eine mittlere Effektstärkendifferenz von 0,28 zu Ungunsten der klientenzentrierten Verfahren. In den Vergleich wurden außer der klassischen Klientenzentrierten Psychotherapie auch Weiterentwicklungen, z.B. die → "Process-Experiential Psychotherapy", einbezogen. Werden nur die "directive experiential treatments" mit den kognitiv-behavioralen Verfahren verglichen, kehrt sich die Effektstärkendifferenz zu Gunsten der klientenzentrierten Verfahren um und wächst auf 0,40 an (p. 515).
Diese Metaanalyse wird von Elliott (2002) auf den neuesten Stand gebracht, wobei sich die Zahl der berücksichtigten Studien von 37 auf 86 erhöht. Der Autor fasst die Ergebnisse wie folgt zusammen (p. 71f.):
1. Klienten, die mit einem humanistischen Psychotherapieverfahren behandelt worden sind, weisen im Mittel bemerkenswert große Veränderungen auf (Mittlere Effektstärke: 1.06 Standardabweichung [SD]; ab 0.8 SD spricht man von großer Effektstärke).
2. Die in der Psychotherapie erzielten Veränderungen sind stabil, sie lassen sich auch noch in der 1-Jahres-Katamnese nachweisen.
3. In randomisierten klinischen Prüfungen (RCT-Studien) mit unbehandelten Kontrollgruppenklienten zeigen die Klienten, die mit einem humanistischen Therapieverfahren behandelt worden sind, im Vergleich zu den nichtbehandelten Klienten substantiell mehr Veränderungen.
4. In randomisierten klinischen Prüfungen mit Kontrollgruppenklienten, die in einem anderen Verfahren behandelt worden sind, zeigt sich die Wirksamkeit der humanistischen Therapieverfahren generell äquivalent der Wirksamkeit von nicht humanistischen Verfahren, einschließlich der kognitiv-behavioralen Therapieverfahren.
Das in Punkt 4 berichtete Ergebnis bestätigt zum wiederholten Mal das als Äquivalenzparadoxon bekannte Phänomen: Es gibt kein Psychotherapieverfahren, das im Mittel und durchgängig bei allen Störungsbildern wirksamer ist als alle anderen Verfahren. Dennoch profitieren manche Klienten von einer bestimmten Psychotherapie mehr als von einer anderen. Sprichwörtlich lässt sich dieser Zusammenhang so darstellen: Es führen auch in der Psychotherapie viele Wege nach Rom, aber nicht jeder Klient kann jeden der angebotenen Wege gleich gut begehen.
Während die Effizienz von Klientenzentrierter Psychotherapie als sehr gut belegt angesehen werden kann, gibt es für den Nachweis der Effektivität nur wenige empirische Befunde. Es gibt aber Grund zu der Annahme, dass die RCT-Studien die Wirksamkeit eher unterschätzen. In der o.g. Meta-Analyse von Elliott betrug die durchschnittliche Dauer der untersuchten Therapien 21,9 Sitzungen (SD 21.7; Range 2-100). Regulär abgeschlossene ambulante Gesprächspsychotherapien umfassen in Deutschland im Mittel aber 69 Sitzungen in einem Zeitraum von durchschnittlich 25 Monaten. Es ist anzunehmen, dass die Feststellung der Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie an Hand von Behandlungen, die nur rund ein Drittel der in Praxis aufgewendeten Zeit brauchen, das Wirksamkeitspotenzial des Verfahrens nicht ausschöpfen

und so die tatsächliche Wirksamkeit, d.h. die Effektivität des Verfahrens, unterschätzt wird (Biermann-Ratjen et al. 1997, S. 67ff.).

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997): Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl., Stuttgart, Kohlhammer

Elliott, R. (2002): The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In: Cain, D.J., Seeman, J. (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington, DC, American Psychological Association, pp. 57-81

Grawe, K., Donati, R, Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen

Greenberg, L., Elliott, R., Lietaer, G. (1994): Research on Experiential Psychotherapies. In: Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4th Edition. New York, Wiley, pp. 509-539

Meltzoff, J., Kornreich, M. (1970): Research in Psychotherapy. New York, Atherton Press

Rogers, C.R., Dymond, R.F. (1954): Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-centered approach. Chicago, The University of Chicago Press

Jochen Eckert

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (ZGT) ist eine spezifische Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie (Sachse 1996; 1999; 2002). Theoretisch wird davon ausgegangen, dass in einer an diesem Modell orientierten Arbeitsweise eine Kärung und Veränderung problem-mit-determinierender affektiver und kognitiver Schemata stattfindet. Um einen solchen Klärungs- oder Explizierungsprozess des Klienten zu fördern, wurden spezifische therapeutische Vorgehensweisen entwickelt, z.B. zur Internalisierung der Perspektive, zur Entwicklung gezielter Fragestellungen, zur Aktivierung und Repräsentation von Schemata. Besonders wichtig sind hier sogenannte *Bearbeitungsangebote* des Psychotherapeuten, die das Niveau der vom Klienten geleisteten Klärungsarbeit vertiefen sollen. Klienten sollen im Rahmen einer durch die Basisvariablen (→ Grundhaltungen, therapeutische) getragenen therapeutischen → Beziehung spezifische Themen bearbeiten, die relevanten Schemata aktualisieren und mit Hilfe des Psychotherapeuten kognitiv repräsentieren bzw. klären; dadurch werden die Schemata einer Prüfung, Umstrukturierung und einer Verbindung mit Ressourcen des Klienten zugänglich. Mit „Bearbeitung relevanter Schemata" ist das Ausmaß gemeint, in dem Klienten ihre Aufmerksamkeit nach innen richten und Fragestellungen verfolgen, die auf eine Klärung bzw. Veränderung eigener relevanter Ziele, Motive und Schemata abzielen. Das Ziel der therapeutischen Arbeit ist die Explizierung, also die Repräsentation problemrelevanter Schemata im Therapieprozess.

Ein Psychotherapeut kann den Bearbeitungsprozess des Klienten gezielt durch vertiefende Interventionen, eben Bearbeitungsangebote, fördern, indem er den Klienten zur Verfolgung entsprechender Fragestellungen anregt. So kann ein Psychotherapeut z.B. den Klienten anregen, die Perspektive zu internalisieren, z.B. mit der Frage: „Was löst das Verhalten von X in Ihnen aus?". Oder der Psychotherapeut regt den Klienten dazu an, eigene Motive zu klären: „Was ist Ihnen so wichtig daran, X zu erreichen?".

In der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie wird davon ausgegangen, dass ein Psychotherapeut prozessdirektiv vorgehen sollte, also die Bearbeitungsprozesse des Klienten gezielt steuern sollte; empirische Ergebnisse haben gezeigt, dass vertiefende, steuernde Bearbeitungsangebote des Psychotherapeuten für einen konstruktiven Therapieprozess sehr wesentlich sind (Sachse 1999).

Spezielle therapeutische Strategien der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie richten sich auf eine „Bearbeitung der Bearbeitung", d.h. eine therapeutische Bearbeitung von Vermeidungen des Klienten; diese Strategien haben sich besonders bei psychosomatischen Klienten (→ Psychosomatik) als erfolgreich erwiesen (Sachse 1995).

Die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie umfasst auch Strategien des Psychotherapeuten, sich zu zentralen Beziehungsmotiven des Klienten komplementär zu verhalten sowie

dysfunktionale Interaktionsmuster des Klienten zu bearbeiten; dies ist vor allem bei Klienten mit → Persönlichkeitsstörungen bedeutsam (Sachse 2001).
In der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie wird die therapeutische Expertise des Psychotherapeuten betont: Dieser gestaltet nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern bildet auch aufgrund seines Wissens ein Klientenmodell, aufgrund dessen er den Bearbeitungsprozess in der Psychotherapie gezielt fördert (Becker & Sachse 1998). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ist daher eine stark prozessdirektive, differenzielle und störungsspezifische Therapieform, die auf → Empathie, → Wertschätzung und Kongruenz (→ Echtheit) des Psychotherapeuten basiert, in ihren Strategien jedoch weit über die klassische Gesprächspsychotherapie hinausgeht.

Becker, K., Sachse, R. (1998): Therapeutisches Verstehen. Göttingen, Hogrefe
Sachse, R. (1995): Der psychosomatische Patient in der Praxis. Stuttgart, Kohlhammer
Sachse, R. (1996): Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe
Sachse, R. (1999): Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe
Sachse, R. (2001): Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. Göttingen, Hogrefe
Sachse, R. (2002): Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe

Rainer Sachse

Zwang
Seit Griesinger (1868) den Begriff Zwang in der heutigen Bedeutung eingeführt hat, hat dieser Begriff die Psychopathologie nicht mehr verlassen. Sowohl die Psychoanalyse als auch die Phänomenologie (K. Schneider, E. Kraepelin) und die konstitutionspsychologische Richtung (E. Kretschmer) haben sich mit dem Zwang auseinander gesetzt, ihn beschrieben oder sich über mögliche Ursachen geäußert (von Gebsattel). Die Psychoanalyse hat Zwang definiert als „Verhaltensform, die anzunehmen das Subjekt durch einen inneren Zwang getrieben wird. Eine Vorstellung, eine Aktion, eine Abwehroperation, sogar eine komplexe Folge von Verhaltensweisen werden als zwanghaft bezeichnet, wenn ihre Nicht-erfüllung so empfunden wird, daß sie ein Ansteigen der Angst nach sich zieht“ (Laplanche & Pontalis 1972, S. 643f.).
Bei Zwangsideen und -handlungen behält das Ich im Gegensatz zu den hysterischen Syndromen scheinbar die Herrschaft, erlebt sich aber trotzdem als von einer fremden Macht kontrolliert und unfrei. In den Symptomen ist manchmal die Impulsregung zu spüren, aber manchmal auch mehr die Abwehr davon. Die fremde Macht wird als von innen kommend erlebt. Die drohende Angst ist das Kondensat von instinktiven und nicht-instinktiven Kräften. Anders als bei den hysterischen Ängsten handelt es sich hier nicht primär um Angst vor Liebesentzug oder Kastration, sondern um Angst vor Verlust der Selbstachtung und vor Vernichtung (Fenichel 1955).
Rogers führt zwar Zwänge im Zusammenhang mit dem Begriff Abwehrverhalten an (1959/1987, S. 53), erwähnt die zwanghafte → Abwehr aber nicht ausdrücklich, in der Beschreibung der Bedingungen von bedrohter Kongruenz (→ Echtheit) und von Zusammenbruch lassen sich jedoch die Zwangssymptome leicht und zwanglos wiedererkennen.
In der → Prozessorientierten Psychotherapie wird die zwanghafte Abwehr als eine sehr mächtige Form der Existenzverweigerung und als ein Wahlverhinderungsverhalten aufgefasst, das als *Kontrollkonzept* das Leben des Klienten bedingt und einschränkt sowie im Laufe der Psychotherapie als spezieller → Widerstand extreme Formen der Prozessblockierung verursachen kann. An den Psychotherapeuten werden hohe Anforderungen in Bezug auf Behutsamkeit und Geduld gestellt, um zuerst die existenziell blockierende Symptomatik soweit zu lindern, dass die Symptomphase vorläufig abgeschlossen werden kann und damit dann in der Problem-/ Konfliktphase der rationalisierenden sowie rigide korrigierenden und kontrollierenden Abwehr passend die Stirn geboten werden kann. Außer dem Autor haben sich im klientenzentrierten Kreis vor allem Binder und Binder (1979) sowie Speierer (1994) zum Thema Zwang in differenzieller bzw. störungsspezifischer Weise geäußert.

Im Übrigen schließt sich die Prozessorientierte Psychotherapie Jaspers (1948, S. 111) an, dass das Erleben eines psychischen Zwanges „eine letzte Tatsache ist“ und dass „dies Merkwürdige, daß ich auf diese Weise mir selbst gegenüber stehe und gleichzeitig will und nicht will, als das uns bekannte Normale zu vergegenwärtigen ist“. Daher wird hier Zwanghaftigkeit als eine erste Absicherung angesichts der basalen Verunsicherung der menschlichen Existenz betrachtet, sich ontisch in sehr verschiedenartigen Situationen manifestierend, wie z.B. Ermüdung, Erschöpfung und Überforderung, bei organisch bedingten Hirnsyndromen wie Epilepsie und beginnender Demenz und in vielen anderen Situationen der Überlastung. Dabei ist die Anfälligkeit für zwanghaftes Reagieren - auch dispositionell und lebensgeschichtlich bedingt - verschieden in Bezug auf Schweregrad, Form und Objekt.

Binder, U., Binder, J. (1979): Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Theoriekonzepte zur Veränderung. Eschborn, Klotz

Griesinger, W. (1868): Ein wenig erkannter psychopathischer Zustand. *Archiv für Psychiatrie und Neurologie* I, S. 626-631

Fenichel, O. (1955): The psychoanalytic theory of neurosis. London, Routledge and Kegan Paul

Jaspers, K. (1948): Allgemeine Psychopathologie. Berlin-Heidelberg, Springer

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. [1967] (1973): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M., Suhrkamp

Rogers, C.R. [1959] (1987] Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG

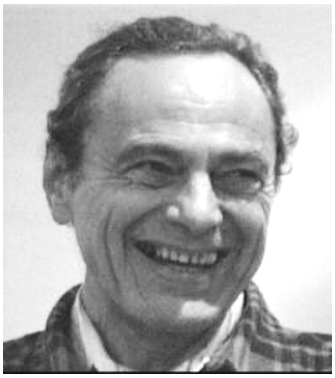
Speierer, G.-W. (1994): Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg, Asanger

Hans Swildens

Zwischenmenschliche Beziehung → Beziehung, zwischenmenschliche

Persönlichkeiten

Eugene T. Gendlin



Eugene T. Gendlin wurde als Eugen Gendelin am 25. Dezember 1926 in Wien geboren. Seine Mutter Sylvia Tobell stammte aus Triest, ihre Vorfahren waren aus Spanien eingewandert. Vater Leonid kam aus Daschev in der Ukraine, studierte in Graz Chemie, wurde dort auch promoviert und betrieb später in Wien die Kleiderreinigung und Färberei „Exquisit". Die Familie lebte im 9. Bezirk in der Rossauerlände 25 am Donaukanal, Eugen war ihr einziges Kind. Er besuchte die Volkschule und die ersten beiden Jahre der Realschule, dann musste die jüdische Familie vor den Nazis fliehen: Im September 1938 verließ sie Wien, gelangte auf abenteuerlichem Weg (vgl. Korbei 1994) über Holland im Januar 1939 in die USA und ließ sich in Chicago nieder. Fortan nannte sie sich Gendlin und Eugen wurde Gene gerufen. Er vollendete seine Schulbildung, diente im letzten Kriegsjahr in der US-Navy und begann 1948 mit dem Studium der Philosophie an der Universität von Chicago. 1950 schrieb er seine Abschlussarbeit für den Master of Arts über „Wilhelm Dilthey and the problem of comprehending human significance in the science of man"; bereits während seines weiteren Studiums veröffentlichte er mehrere Arbeiten, z.B. „A process concept of relationship" (1957), 1958 promovierte er über „The function of experiencing in symbolization".

Im Alter von 25 Jahren hatte Gendlin seine eigenen philosophischen Gedanken so weit entworfen, dass er beschloss, sie in der Praxis zu überprüfen; diese fand er im *Counseling Center* der Universität, das damals von Carl → Rogers geleitet wurde. Rogers, der auch eine Professur für Psychologie an der Universität von Chicago innehatte, erkannte rasch Gendlins theoretische Begabung – und Gendlin die Notwendigkeit einer eigenen Psychotherapie. Rogers übertrug ihm eine Reihe von Forschungsarbeiten, und Gendlin begann, selbst mit Klienten zu arbeiten. 1957 übernahm er die Funktion des Research Director in dem von Rogers geleiteten großen Forschungsprojekt mit schizophrenen Patienten am Mendota State Hospital der Universität von Wisconsin.

1962 erschien die erste Gesamtdarstellung seines philosophischen Ansatzes als Buch: „Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective". 1963 wurde Gendlin Associate Professor an den Departments Philosophy und Behavioral Sciences der Universität von Chicago. Im selben Jahr gründete er die Zeitschrift „Psychotherapy: Theory, Research and Practice", das offizielle Organ der Abteilung Psychotherapie der American Psychological Association (APA), dessen Herausgeber er bis 1976 war. 1964 führte Gendlin in „A theory of personality change" seine Theorie des Erlebens (→ Experiencing-Theorie) in die Psychotherapie ein; dieser grundlegende Text wurde in mehreren Handbüchern veröffentlicht. 1970 erhielt er als erster den „Distinguished Professional Psychologist Award" der APA für seine bahnbrechenden Arbeiten auf dem Gebiet der Psychotherapie. 1973 erschienen die Aufsätze „Experiential psychotherapy" und „Experiential phenomenology", 1974 "Client-centered and experiential psychotherapy". Neben seiner philosophischen und psychotherapeutischen Arbeit engagierte sich Gendlin in der Selbsthilfe-Bewegung („Changes-Groups" 1973; „The politics of giving therapy away" 1984; „Focusing Partnerships" 1987; 1997), was auch seinen Niederschlag in seinem Buch „Focusing" (1978) fand, das als Taschenbuch (1981) → Focusing zum Durchbruch verhalf: Es erreichte eine Auflage von mehreren Hunderttausend und wurde in zehn Sprachen übersetzt.

Anfang der 80er Jahre war Gendlin als Gastprofessor an Universitäten in Belgien, Japan und New York tätig. Hier arbeitete er die experientiellen Konzepte und Methoden seines Verständnisses von → Träumen und ihrer „Deutung" aus („Let your body interpret your dreams" 1986;

dt. 1987); von 1992 bis 1997 leitete er Seminare auf der Internationalen Focusing Sommerschule in Deutschland. 1996 erschien sein Lehrbuch „Focusing-oriented psychotherapy. A handbook of the experiential method“ (dt. 1998). Seit 1997 liegt die revidierte Fassung seines philosophischen Opus magnum „A process model“ (1981) als Manuskript vor. 1997 fand an der Universität von Chicago die Konferenz „After Postmodernism“ statt, auf der Gendlins philosophische Arbeit im Mittelpunkt stand (Levin 1997); er selbst konnte wegen eines schweren Autounfalls nur beschränkt daran teilnehmen. Eugene Gendlin lebt jetzt in Manhattan. Sein besonderes Interesse gilt der Frage, wie philosophisches Denken eine Praxis für alle werden könnte. Zu diesem Zweck entwickelt er TAE (→ Thinking at the Edge; 2002) als eine für jedermann lernbare Methode, neu und frisch zu denken und eigenständig Konzepte zu bilden.

Bis vor wenigen Jahren hat Gendlin, wie er selbst sagt, ein Doppelleben geführt und für Philosophen philosophisch, für Psychotherapeuten psychologisch geschrieben – obwohl natürlich in ihm beide Gebiete immer verbunden, ja in gewisser Hinsicht eins waren. Er selbst versteht sich in erster Linie als Philosoph. Seine Wurzeln liegen bei Wilhelm Dilthey und dem amerikanischen Pragmatismus (William James), sein Weg führte ihn zu Edmund Husserl, Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty und Ludwig Wittgenstein und über sie hinaus zu einer neuen Phänomenologie, die selbstredend immer Praxis ist: Die Schritte im Sagen und Denken sind nicht nur logisch verknüpft, sondern kommen aus und bewähren sich an dem Erleben, das als → Felt Sense immer mehr ist als das schon Gesagte und Gedachte.

Auch in seiner psychotherapeutischen Arbeit ist Gendlins philosophische Methode ständig wirksam: als Praxis der spezifischen Wechselwirkung zwischen Erleben und Begriffen. Daraus ergeben sich experienzielle, also erlebensbezogene → Konzepte, theoretische wie methodische. Seine über 200 Veröffentlichungen werden durchzogen von einem Strang permanenter Weiterentwicklung seines Philosophierens, daneben lassen sich zeitliche Schwerpunkte feststellen: zunächst empirische Studien vor allem zur Funktion des Erlebens im therapeutischen Prozess (1954-1962), Arbeiten zum klientenzentrierten Verständnis der Schizophrenie und daraus abgeleitete methodische und konzeptionelle Folgerungen für die Klientenzentrierte Psychotherapie (1961-1967), die Grundlegung einer eigenständigen personzentrierten, → experienziellen Psychotherapie (1966-1975), die Entwicklung von → Focusing und → Listening als lehr- und praktizierbare Methoden der Selbsthilfe (1967-1979); ab dann bis heute zahlreiche Publikationen, in denen er einzelne Aspekte seiner philosophischen und therapeutischen Arbeit spezifiziert und weiterentwickelt, schließlich in den letzten Jahren philosophische Veröffentlichungen auch für ein Laienpublikum.

Gendlin, allen Äußerlichkeiten abhold, hat sich nie systematisch um die organisierte Verbreitung seiner Arbeit gekümmert. Ende der 70er Jahre begann er zwar, einzelne in Focusing versierte Personen als „Koordinatoren“ im Rahmen eines losen „International Focusing Network“ zu beauftragen, diese hatten allerdings in ihrer Arbeit vollständige Freiheit und entwickelten teils alleine, teils in Zusammenarbeit mit KollegInnen ihren jeweils eigenen Stil, Focusing zu praktizieren und zu lehren. Erst in den letzten Jahren bemüht sich Gendlins Frau Marion Hendricks als Direktorin des Focusing Institute New York um eine gewisse Koordination der weltweiten Focusing-Aktivitäten.

Eugene Gendlin hat sich selbst immer als Klientenzentrierten Psychotherapeuten verstanden und betont, er würde sich dem Focusing nicht mehr zugehörig fühlen, wenn es die klientenzentrierten Prinzipien verließe. Er hat den Personzentrierten Ansatz nicht nur auf philosophische Füße gestellt, sondern ihn auch methodisch spezifiziert und erweitert, indem er besonders die Prozesse, die im Rahmen der von Carl Rogers geforderten Beziehung in der Person des Klienten geschehen, genau erforscht hat. „Gendlins Leistung und Bedeutung wird erst nach und nach klar – vielleicht ein Zeichen für die Qualität des Paradigmenwechsels, die sein Werk in der psychologischen, aber auch philosophischen Welt herausfordert“ (Feuerstein 2000, S. 95).

Veröffentlichungen (Auswahl, in chronologischer Reihenfolge):

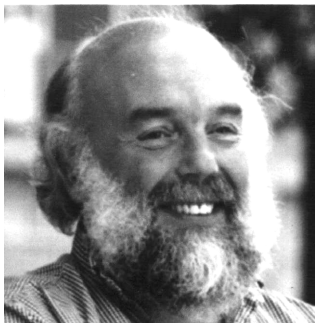
Gendlin, E.T. (1962, 1997[2]): Experiencing and the creation of meaning. Evanston, Northwestern University Press
Gendlin, E.T. (1964): A theory of personality change. In: Worchel, P., Byrne, D. (Eds.), Personality change. New York, John Wiley, pp. 100-148; dt. Bearbeitung: Wiltschko, J. (1992): Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Studientexte 1. Würzburg, DAF
Gendlin, E.T. (1973): Experiential phenomenology. In: Natanson, M. (Ed.), Phenomenology and the social sciences. Vol. I. Evanston, Northwestern University Press, pp. 281-319
Gendlin, E.T. (1973): Experiential psychotherapy. In: Corsini, R. (Ed.), Current psychotherapies. Itasca, Peacock, pp. 317-352
Gendlin, E.T. (1974): Client-centered and experiential psychotherapy. In: Wexler, D.A., Rice, L.N. (Eds.), Innovations in client-centered therapy. New York, John Wiley, pp. 211-246
Gendlin, E.T. (1978): Focusing. New York, Bantam; dt. (1998): Focusing. Reinbek, Rowohlt
Gendlin, E T. (1984): The politics of giving therapy away: Listening and focusing. In: Larson, D. (Ed.), Teaching psychological skills: Models for giving psychology away. Monterey, Brooks and Cole, pp. 287-305
Gendlin, E.T. (1986): Let your body interpret your dreams. Wilmette Ill., Chiron; dt. (1987): Dein Körper - dein Traumdeuter. Salzburg, Otto Müller
Gendlin, E.T. (1991): Thinking beyond patterns: Body, language, and situations. In: den Ouden, B., Moen, M. (Eds.), The presence of feeling in thought. New York, Peter Lang, pp. 25-151
Gendlin, E.T. (1996): Focusing-oriented psychotherapy. A Handbook of the experiential method. Guilford, New York; dt. (1998): Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta
Gendlin, E.T. (1997): A process model. Revised version. Manuscript. www.focusing.org
Gendlin, E.T. (in press): Thinking at the edge: A new philosophical practice. *The Folio. A Journal for Focusing and Experiential Therapy*

Literatur über Eugene Gendlin:

Depestele, F. (1996ff.): Primary bibliography of Eugene T. Gendlin. *Tijdschrift voor Psychotherapie 22*(1), S. 47-63; dt. (2000): *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 31*,* 2, S. 104-114
Feuerstein, H.-J. (2000): Erfühltes Leben – Eugene T. Gendlin und die Entwicklung des Focusing. In: Feuerstein, H.-J., Müller, D., Weiser Cornell, A., Focusing im Prozess. Köln, GwG, S. 92-97
Gendlin, E.T., Lietaer, G. (1983): Klientenzentrierte und experientiale Therapie: Ein Interview mit Eugene Gendlin. *Informationsblätter der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie* 51, S. 57-83
Kirschenbaum, H. (1979): On becoming Carl Rogers. New York, Delacorte Press [pp. 275ff.]
Korbei, L. (1994): Eugen(e) Gend(e)lin. In: Frischenschlager, O. (Hrsg.), Wien, wo sonst! Die Entstehung der Psychoanalyse und ihrer Schulen. Wien, Böhlau, S. 174-181
Levin, D.M. (Ed.) (1997): Language beyond postmodernism. Saying and thinking in Gendlin's philosophy. Evanston, Northwestern University Press
Wild-Missong, A. (in Druck): Eugene T. Gendlin. In: Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N., Voracek, M. (Hrsg.), Personenlexikon der Psychotherapie. Wien-New York, Springer

Johannes Wiltschko

Leslie Samuel Greenberg



Leslie S. Greenberg wurde am 30. September 1945 in Johannesburg, Südafrika, geboren; er gilt als einer der wichtigsten Vertreter der → Experienziellen Psychotherapie.

In einem vor kurzem geführten Interview sagte er, dass er trotz finanzieller Probleme in einer positiven Familienatmosphäre aufgewachsen und ein rebellischer Teenager gewesen sei; als Student an der Universität von Witwatersrand / Johannesburg führte er eine „Studentenregierung" an, die gegen die Politik der Apartheid

protestierte. So wie für viele führende Psychologen vor ihm war die Psychologie seine zweite Laufbahn. Zunächst machte er seinen Bachelor in Technik an der Universität von Witwatersrand. Dort lernte er auch seine spätere Frau Brenda kennen, die Psychologie studierte. Gemeinsam beschlossen sie, Südafrika zu verlassen, damit Leslie seine Studien im Ausland fortsetzen konnte. An der McMaster University (Hamilton, Ontario) erwarb er 1970 seine Master-Graduierung in Technik, aber sein Studium befriedigte ihn nicht mehr. Er war bereits in Südafrika mit seiner Studienwahl nicht zufrieden gewesen, aber diese Unzufriedenheit war vom politischen Kampf überdeckt worden. Die Übersiedlung nach Kanada konfrontierte ihn mit seinem Dilemma und seiner Sinnsuche. Durch den Einfluss seiner Frau begann er zu überlegen, Psychologie zu studieren. Er erkundigte sich nach den Bedingungen für eine Qualifizierung als Psychologe an einigen Universitäten, doch erst seine Bekanntschaft mit Laura Rice an der York University (Toronto) erwies sich als der entscheidende Wendepunkt. Zwei Wochen, nachdem er sie im August 1970 kennengelernt hatte, meldete er sich an der York University an, um sein Doktorat in Psychologie zu machen.

Greenbergs Zusammenarbeit mit Laura Rice stellte sich als sehr fruchtbar heraus. Gemeinsam entwickelten sie ein Programm, das die Aufgabenanalyse benützte, um das Verständnis von psychotherapeutischen Prozessen zu vertiefen und weiterzuentwickeln. In ihrem Buch „Patterns of change“, das 1984 veröffentlicht wurde, stellten sie eine Methode vor, mit der sie winzige Veränderungsmomente in der Psychotherapie untersuchten, um jene Schritte, die Klienten machen müssen, um problematische Themen in der Psychotherapie zu bearbeiten, explizit beschreiben zu können. Während Laura Rice eine treue Anhängerin der Klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl → Rogers war, kombinierte Greenberg ihren Ansatz mit Elementen aus der Gestalttherapie. Er entwickelte Modelle von Dialogen mit zwei Stühlen und mit dem leeren Stuhl, die er dann empirischen Überprüfungen unterzog.

Nachdem er 1975 in York sein Doktoratsstudium abgeschlossen hatte, nahm er eine Stellung an der Universität von British Columbia (Vancouver) an, wo er zehn Jahre blieb. In dieser Phase wuchsen sein Ruf und sein Einfluss in akademischen Kreisen, was 1984 in der Verleihung des „Early Career Contribution” für Psychotherapieforschung durch die “Society for Psychotherapy Research”, einer internationalen multidisziplinären wissenschaftlichen Organisation, gipfelte. Im selben Jahr erhielt er von der „British Columbia Psychological Association“ den „Donald K. Sampson Award” für besondere Beiträge zum Psychologieunterricht in British Columbia. 1985 wurde er zum ordentlichen Professor ernannt, und ein Jahr später berief man ihn an die Abteilung für Psychologie an der York University, an der er bis heute unterrichtet.

Greenbergs Arbeit als Psychotherapieforscher lässt sich in drei Bereiche gliedern: Zum einen ist er einer der geistigen Väter der → Prozess-Experienziellen Therapie. Zusammen mit einigen gleichgesinnten Denkern in Europa und den Vereinigten Staaten ist es ihm gelungen, innerhalb des akademischen Bereiches die humanistische Psychotherapie wieder zum Leben zu erwecken. In seiner Beschäftigung mit der Gestaltpsychologie bemerkte er, dass diese dem Beziehungsaspekt nicht viel Aufmerksamkeit schenkte. In seiner klinischen und theoretischen Arbeit versuchte er daher, zwischen den Ansätzen von Perls und Rogers ein Gleichgewicht herzustellen. In dem zusammen mit Rice und Elliott verfassten Buch „Facilitating emotional change: The moment by moment process“ (1993) legte er die Grundsätze der Prozess-Experienziellen Psychotherapie dar. Außerdem entwickelte und förderte er zusammen mit Sue Johnson die „Emotion-focused therapy for couples“, ein empirisch validiertes Behandlungsverfahren. Schließlich ist er ein führender Experte für Emotionen und ihre Rolle in der Psychotherapie. Er hat zahlreiche Stipendien vom „Social Sciences and Humanities Research Council of Canada” und dem „National Institute of Mental Health” erhalten, um seine Forschungen vorantreiben und um die Wirksamkeit der Prozess-Experienziellen Psychotherapie in der Behandlung von gravierenden Störungen wie z. B. der Depression untersuchen zu können.

Greenberg ist auch ein begabter Autor; seit 1986 hat er fast jährlich ein Buch veröffentlicht. Außerdem kann er auf mehr als 79 von Kollegen rezensierte Publikationen, 59 Artikel sowie

eine große Anzahl von Vorträgen vor internationalen Organisationen, inklusive der „American Psychological Association", der „Society for Psychotherapy Research" und der „Society for the Exploration of Psychotherapy Integration", zurückblicken.

Veröffentlichungen (Auswahl, in chronologischer Reihenfolge):

Greenberg, L.S. (1983): Toward a task analysis of conflict resolution. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice* 20, pp. 190-201

Rice, L.N., Greenberg, L.S. (Eds.) (1984): Patterns of change: An intensive analysis of psychotherapeutic process. New York, The Guilford Press

Greenberg, L.S., Johnson, S. (1985): Emotionally focused marital therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy* 11, pp. 313-317

Greenberg, L.S. (1986): Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (special issue: Psychotherapy research) 54, pp. 4-9

Greenberg, L.S., Pinsof, W. (Eds.) (1986): Psychotherapeutic process: A research handbook. New York, The Guilford Press

Greenberg, L.S., Safran, J. (1987): Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change. New York, The Guilford Press

Greenberg, L.S., Johnson, S. (1988): Emotionally focused couples therapy. New York, The Guilford Press

Daldrup, L., Beutler, L., Engle, D., Greenberg, L.S. (1988): Focused expressive psychotherapy: Freeing the over-controlled patient. New York, The Guilford Press

Greenberg, L.S., Goldman, R. (1988): Training in experiential therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, pp. 696-702

Greenberg, L.S., Safran, J. (1989): Emotion in psychotherapy. *American Psychologist* 44, pp. 19-29

Safran, J., Greenberg, L.S. (Eds.) (1991): Emotion, psychotherapy and change. New York, The Guilford Press

Greenberg, L.S., Ford, C., Alden, L., Johnson, S. (1993): In-session change processes in emotionally focused therapy for couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, pp. 68-84

Greenberg, L.S., Rice, L.N., Elliott, R. (1993): The moment by moment process: Facilitating emotional change. New York, The Guilford Press

Horvath, A., Greenberg, L.S. (Eds.) (1994): The working alliance: Theory, research and practice. New York, John Wiley

Johnson, S., Greenberg, L.S. (Eds.) (1994): The heart of the matter. Emotion in marriage and marital therapy. New York, Bruner and Mazel

Greenberg, L.S., Foerster, F. (1996): Resolving unfinished business: The process of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 3, pp. 439-446

Greenberg, L.S., Paivio, S. (1997): Working with emotion in psychotherapy. New York, The Guilford Press

Bohart, A., Greenberg, L.S. (Eds.) (1997): Empathy reconsidered: New directions in theory, research and practice. Washington, D.C., APA

Greenberg, L.S., Watson, J., Lietaer, G. (Eds.) (1998): Handbook of experiential therapy. New York, The Guilford Press

Greenberg, L.S., Watson, J. (1998): Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centred relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research* 8, 2, pp. 210-224

Greenberg, L.S. (1999): Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology* 55, 12, pp. 1467-1480

Greenberg, L.S., Bolger, L. (2001): An emotion focussed approach to the over-regulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology* 57, 2, pp. 197-211

Jeanne Watson

Germain Lietaer

Germain Lietaer wurde am 25. März 1939 in Menen (Belgien) geboren; er ist Professor für Psychologie an der Universität Leuven und hat sich besonders um die Integration des klientenzentrierten und des experienziellen Ansatzes verdient gemacht.

Germain Lietaer begann seine berufliche Laufbahn als Forscher im Bereich der experimentellen Sozialpsychologie. Während er seine Dissertation schrieb, besuchte er Vorlesungen in Klientenzentrierter Psychotherapie und absolvierte von 1966 bis 1968 seine diesbezügliche Ausbildung bei Professor Rombauts an der „Katholieke Universiteit Leuven". Als er 1969 ein Stipendium für die Vereinigten Staaten von Amerika erhielt, ging er ein Jahr „in die Lehre" bei Carl → Rogers im „Center for Studies of the Person" in La Jolla, Kalifornien. Nach seiner Rückkehr nach Belgien wurde er gemeinsam mit Jan Rombauts Leitungsmitglied des „Centrum voor Client-Centered Therapie en Counseling". 1976 wurde er Professor für Klientenzentrierte Psychotherapie am Psychologieinstitut der „Katholieke Universiteit Leuven".

Seit mehr als 30 Jahren ist er darum bemüht, das klientenzentrierte Gedankengut zu festigen und an neuen Entwicklungen mitzuwirken. In seinem Werk standen die Rogers'schen Grundhaltungen sowie die Erlebenswelt des Klienten immer im Mittelpunkt, doch darüber hinaus ließ er sich intensiv von den Beiträgen von → Gendlin, Yalom, Rice und → Greenberg beeinflussen. Durch seine Offenheit für Neuerungen hat er die orthodoxe Klientenzentrierte Psychotherapie zu einem integrativen experienziellen Ansatz erweitert.

Lietaer hat der empirischen Untersuchung der Klientenzentrierten Psychotherapie sehr viel Aufmerksamkeit gewidmet. Seine Forschungsbeiträge sind vielseitig und befassen sich u.a. mit folgenden Themen: helfende und störende Prozesse in der Einzel- und Gruppentherapie sowie in der Gruppensupervision, Vergleiche von therapeutischen Richtungen, Entwicklung eines Messinstrumentariums für Aspekte des therapeutischen Prozesses (z.B. Beziehungsfragebogen, Skala für die Arbeitsallianz, Erlebensprozess-Skala, ein Kategoriensystem für therapeutische Interventionen und eine Skala für Informationsverarbeitung); Detailstudie über kritische Ereignisse („critical incidents") und spezifische Mikroprozesse in Klientenzentriert-Experienzieller Psychotherapie, insbesondere im Kontext von Fallstudien; Analyse von 140 erhalten gebliebenen Transkripten psychotherapeutischer Sitzungen von Carl Rogers.

In den Publikationen von Germain Lietaer kommen seine große Offenheit für „andersartige" Sichtweisen sowie eine bemerkenswerte Ehrlichkeit bezüglich konfrontierender Forschungsergebnisse zum Ausdruck. Außerdem erweitert er das verfügbare Wissen sowie komplexe Forschungsergebnisse immer durch eine eigene Synthese, welche die Kontroverse nicht scheut. Forscher wie Praktiker finden in Lietaers Werk eine verlässliche Quelle, um über ihre Arbeit nachzudenken und um im Austausch mit anderen die Entwicklung der → Personzentrierten Psychotherapie zu fördern.

Darüber hinaus erfüllte er in Zusammenhang mit internationalen wissenschaftlichen Aktivitäten verschiedene Funktionen. So war er beispielsweise Redaktionsmitglied der Zeitschrift „Person-Centered Review" (1986-1990), des „Jahrbuches für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie" (1989-1995) sowie des „Handboek Integratieve Psychotherapie" (1998-2003). Er organisierte 1988 die erste „International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy (ICCCEP)" in Löwen (vgl. dazu auch Lietaer, Rombauts und Van Balen 1990). Zu diesem Anlass publizierte er eine umfassende Bibliografie von Veröffentlichungen im Bereich der Klientenzentrierten/Experienziellen Psychotherapie. Diese Arbeit, die inzwischen bereits Publikationen in allen Sprachen aus dem Zeitraum 1939-2000 umfasst, zeugt nicht nur von seinem unermüdlichen Streben für die Verbreitung des klientenzentrierten Gedankenguts, sondern auch von seinem uneigennützigen Einsatz für die personzentrierte Gemeinschaft.

Seine charmante Persönlichkeit, seine Hingabe für den Personzentrierten Ansatz, sein vorurteilsfreies Interesse für die verschiedenen Entwicklungen sowie seine verdienstvolle akademische Laufbahn tragen dazu bei, dass er international zu den meistgeschätzten Kollegen gehört. Es ist denn auch kein Zufall, dass er im Jahr 2000 zum ersten Vorsitzenden der neu gegründeten Weltorganisation für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung gewählt wurde.

Veröffentlichungen (Auswahl, in chronologischer Reihenfolge):

Lietaer, G., van Praag, Ph., Swildens, J. (Hrsg.) (1984): Client-centered psychotherapie in beweging. Leuven, Acco

Van Balen, R., Leijssen, M., Lietaer, G. (Hrsg.) (1986): Droom en werkelijkheid in de client-centered psychotherapie. Amersfoort/Leuven, Acco

Lietaer, G. (1988): Bedingungsloses Akzeptieren: Eine umstrittene Grundhaltung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG Zeitschrift 19,* 73, S. 53-60 [auch in: *Brennpunkt*, 1990, 45, S. 27-97]

Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.) (1990): Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Leuven University Press

Swildens, J., de Haas, O., Lietaer, G., Van Balen, R. (Hrsg.) (1991): Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering. Utrecht, De Tijdstroom

Lietaer, G. (1992): Helping and hindering processes in client-centered/experiential psychotherapy: Aa content analysis of client and therapist post-session perceptions. In: Toukmanian, S.G., Rennie, D.L. (Eds.), Psychotherapy process research. Newbury Park, CA., Sage, pp. 134-162

Lietaer, G. (1992): Die Authentizität des Therapeuten. In: Stipsits R., Hutterer R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV-Universitätsverlag, S. 92-116

Lietaer, G. (1992): Von nicht-direktiv zum erfahrungsorientiert: Über die zentrale Bedeutung eines Kernkonzepts. In: Sachse, R., Lietaer, G., Stiles, W. (Hrsg.), Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Heidelberg, Asanger, S. 11-21

Lietaer, G., Greenberg, L.S., Elliott, R. (1994): Research on experiential psychotherapies. In: Bergin, A.E., Garfield, S. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th. ed.). New York, Wiley, pp. 509-539

Lietaer, G., Van Kalmthout, M. (Hrsg.) (1995): Praktijkboek gesprekstherapie. Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering. Utrecht, De Tijdstroom

Greenberg, L.S., Watson, J., Lietaer, G. (Eds.) (1998): Handbook of experiential psychotherapy. New York, Guilford

Trijsburg, W., Colijn, S., Lietaer, G., Collumbien, E. (Hrsg.) (1998-2003): Handboek integratieve psychotherapie (3 vols., nicht gebunden). Utrecht, De Tijdstroom

Lietaer, G. (2002): Sixty years of client-centered/experiential psychotherapy and counseling: Bibliographical survey of books 1940-2000. *Journal of Humanistic Psychology* 42, 2, pp. 97-131

Lietaer, G., Keil, W.W. (2002): Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 295-318

Mia Leijssen

Wolfgang M. Pfeiffer

Wolfgang Pfeiffer wurde am 23. Oktober 1919 in Plauen im Vogtland geboren. Sein Vater war Bildhauer und Maler. Früh schon stand für den Jugendlichen fest, Arzt werden zu wollen. Er studierte Medizin zunächst in Jena und dann vor allem in München und machte dort auch sein Staatsexamen. Sofort nach dem Examen wurde er zum Kriegsdienst eingezogen und war als Arzt in einem Lazarett tätig. Schon im Studium hatte er begonnen, sich für die Psychiatrie zu interessieren. So trat er nach dem Krieg eine Assistenzarztstelle an der Universitätsnervenklinik Greifswald an und wechselte gut ein Jahr später an die

Charité in (damals Ost-) Berlin, wo er auch seinene Facharztqualifikation erwarb. Wegen der schwieriger werdenden politischen Verhältnisse in der damaligen DDR übersiedelte er Anfang der 50er Jahre an die Universitätsnervenklinik in Tübingen.
Wofgang Pfeiffer war von jeher fasziniert von dem Fremden, von dem Anderen in seinem Anderssein. Dies war auch einer der Gründe seines Interesses für die Psychiatrie. Als Mitte der 50er Jahre nach dem Abzug der Kolonialherren die sich etablierenden neuen Staaten nach Fachkräften und vor allem auch nach Ärzten suchten, nahm Pfeiffer diese Gelegenheit wahr und übernahm 1956 die Stelle des leitenden Arztes eines psychiatrischen Krankenhauses in Indonesien, genauer in Bandung auf Java. Hier erlernte er neben der Amtssprache, dem Holländischen, zwei einheimische Dialekte, so dass er sich, was ihm wichtig war, mit seinen Patienten in deren Muttersprache verständigen konnte. Aus dieser Tätigkeit erwuchs das für Wolfgang Pfeiffer neben der Personzentrierten Psychotherapie so bedeutsame Lebensthema, die transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie. Sein Buch „Transkulturelle Psychiatrie“ ist ein Standardwerk dieses Gebietes. Später wird er sich intensiv mit Fragen der Psychotherapie bei Menschen aus anderen Kulturen, insbesondere der Passung unserer westlichen Psychotherapie, namentlich der personzentrierten, bei hiesigen Arbeitsmigranten - etwa aus der Türkei - beschäftigen. Noch im Alter von 75 Jahren lernte er türkisch und wurde zum Initiator der deutsch-türkischen Gesellschaft für Psychiatrie.
Pfeiffer war 1960 nach Deutschland zurückgekehrt und arbeitete an der Universitäts-Nervenklinik Erlangen, wo er sich mit einer Arbeit über das Thema Suizid habilitierte. 1974 ging er nach Münster, dort leitete er bis zu seiner Emeritierung 10 Jahre das Universitätsinstitut für Medizinische Psychologie.
Im vorliegenden Zusammenhang sei besonders das Verhältnis zu und die Verdienste Pfeiffers um die Gesprächspsychotherapie bzw. der Personzentrierten Psychotherapie beleuchtet. Nach einer Auseinandersetzung mit der Psychotherapie Freudscher und Jungscher Schule begann Wolfgang Pfeiffer sich Ende der 60er Jahre zunehmend mit der Gesprächspsychotherapie zu beschäftigen. Eine Begegnung mit Carl → Rogers in La Jolla 1971 überzeugte ihn dann endgültig davon, dass hier Theorie und Wirklichkeit, Konzept und therapeutische Realität übereinstimmten. 1972 wurde er Mitglied der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), 1976 GwG-Ausbilder. In der GwG engagierte er sich in vielfältiger Weise. So war er seit der Einrichtung des wissenschaftlichen Beirates 1980 bis vor kurzem dessen Mitglied und von 1986 bis 1993 der Koordinator und Sprecher dieses Gremiums. Lange Jahre war er Mitherausgeber des „Jahrbuchs für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie“ und an vielen Symposia und Kongressen der GWG beteiligte er sich sowohl auf der planerischen Ebene wie als glanzvoller Redner und Vortragender. Sehr hatte er sich auch um die "Arbeitsgemeinschaft der Ärzte in der GWG" gekümmert, aus der 1986 die „Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)“, deren Gründungsmitglied er war, hervorging. Durch diesen auch von ihm unterstützten Schritt sollten Belange der ärztlichen Gesprächspsychotherapeuten gegenüber Ärzteverbänden wirkungsvoller vertreten werden können. Vor allem auch wegen seiner vielfältigen Publikationen über die Personzentrierte Psychotherapie auch in medizinischen Zeitschriften kann er als der Nestor diesen Ansatzes im ärztlichen Bereich gelten.
Es ist das Anliegen von Wolfgang Pfeiffer, die Gesprächspsychotherapie auch mit psychiatrischen Sichtweisen zu versöhnen. Hierbei geht es ihm u.a. um die Frage des → Menschenbildes und der Relativierung einer allzu optimistischen Sicht der Selbstentfaltungsmöglichkeiten des Menschen angesichts schwerer psychischer Störungen. Die Letzteren sind ihm aber nur ein Beispiel, um die Verfasstheit des Menschen in ihrer generellen Gefährdung und Zwiespältigkeit zu sehen. Eines aber verbindet ihn eng mit Rogers: Die Frage nach den Gestaltungsmöglichkeiten der menschlichen Beziehung und die Bedeutung dieser Beziehung für die Psychotherapie. Diesem Problemkreis widmete er viele Publikationen.
Dabei interessiert ihn vor allem der spätere Rogers mit seinem Prinzip des „person to person“ und der „realness“ (→ Echtheit) des Psychotherapeuten. Psychotherapie hat für ihn letztlich

dialogisch zu sein. Ihr entscheidender Wirkfaktor besteht für ihn in der Gegenwärtigkeit der Person des Psychotherapeuten und in seiner Bereitschaft, Antwort zu geben. Hier sah er auch Berührungspunkte mit Otto Rank, dessen Einfluss auf Rogers ihm ein wichtiges Thema ist (→ Historische Entwicklung).
Beim Blick auf Pfeiffers Lebenswerk darf keineswegs seine Tätigkeit als Ausbilder und als Förderer bei den Publikationsbemühungen anderer vergessen werden. Hier zeigte er sich ebenso kompetent wie engagiert, ebenso temperamentvoll-anregend wie wamherzig und geduldig.

Veröffentlichungen (Auswahl, in chronologischer Reihenfolge):

Pfeiffer, W.M. (1971, 1994): Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. 2. neu bearbeitete Aufl. Stuttgart, Thieme

Pfeiffer, W.M. (1975): Erklärungsmodelle zum Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses. In: GwG (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München, Kindler, S. 62-78

Pfeiffer, W.M. (1977): Die Gesprächspsychotherapie. Carl Rogers` Theorie der Psychotherapie und ihre Anwendung auf die Praxis. In: Eicke, D. (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. III. München, Kindler, S. 1014-1043

Pfeiffer, W.M. (Hrsg.) (1980): Psychopathologie im Kulturvergleich. Stuttgart, Enke

Pfeiffer, W.M. (1981): Der Widerstand in der Sicht der klientenzentrierten Psychotherapie. In: Petzold, H. (Hrsg.), Widerstand - ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S. 209-225; auch in (1987): *GwG-Zeitschrift* 66, S. 55-62

Pfeiffer, W.M. (1986): Ist das Rogers´sche Persönlichkeits- und Therapie-Konzept im Hinblick aufpsychiatrische Erkrankungen angemessen? *Zeitschrift für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 4, S. 366-377

Pfeiffer, W.M. (1987): Übertragung und Realbeziehung in der Sicht klientenzentrierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 3, S. 347-352

Pfeiffer, W.M. (1989): Arbeit mit Täumen. *GwG-Zeitsschrift* 74, S. 68-70

Pfeiffer, W.M. (1989): Klientenzentrierte Psychotherapie im Kontext von Kultur und Mode. In: Sachse, R.., Howe, J. (Hrsg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Heidelberg, Asanger, S. 223-247

Pfeiffer, W.M. (1990): Otto Rank und die klientenzentrierte Psychotherapie. In: Behr, M., Esser, U., Petermann, F., Pfeiffer, W.M. (Hrsg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. 2. Salzburg, Otto Müller, S. 8-21

Pfeiffer, W.M. (1991): Wodurch wird ein Gespräch therapeutisch? Zur kulturellen Bedingtheit psychotherapeutischer Methoden. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie.* 41, S. 93-101

Pfeiffer, W.M. (1991): Krankheit und zwischenmenschliche Beziehung. In: Finke, J., Teusch, L. (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis. Heidelberg, Asanger, S. 25-43

Pfeiffer, W.M. (1993): Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In: Schmidtchen, S., Speierer, G.-W., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd 2: Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre. Köln, GwG, S. 41-81

Pfeiffer, W.M. (1993): Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In: Teusch, L., Finke, J. (Hrsg.), Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung. Heidelberg, Asanger, S. 19-40

Kiesel, D., von Lüpke, H. (Hrsg.) (1998): Vom Wahn und vom Sinn. Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft. Frankfurt/M., Brandes & Apsel (mit Beiträgen von Wolfgang M. Pfeiffer)

Literatur über Wolfgang Pfeiffer:

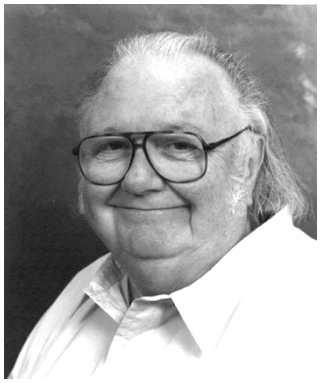
Finke, J. (1999): Prof. Dr. Wolfgang M. Pfeiffer zum 80. Geburtstag. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 30, 4, S. 237-238

Finke, J. (2003; in Druck): Pfeiffer, Wolfgang M. In: Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N., Voracek, M. (Hrsg.), Personenlexikon der Psychotherapie. Wien-New York, Springer

Koch, E. (Hrsg.) (2000): Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft: Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg im Breisgau, Lambertus (Prof. Wolfgang M. Pfeiffer zum 80. Geburtstag gewidmet)

Jobst Finke

Garry Prouty



Garry Prouty wurde am 21. August 1936 in Syracuse, New York, geboren; er ist der Begründer der → Prä-Therapie.

Seine Lebensgeschichte (vgl. Prouty in Prouty, Pörtner und van Werde 1998, S. 17-27) ist prägend für seine Persönlichkeit und ausschlaggebend für die Entstehung der Prä-Therapie: Er wuchs unter ärmlichsten Verhältnissen auf, die von Entbehrung, Gewalt, Alkoholismus, Behinderung und sogar Psychosen seiner Mutter und seines Bruders gekennzeichnet waren. Aufgrund seines Durchhaltevermögens und seiner Intelligenz sowie durch die Unterstützung verschiedener Mentoren brachte er es zu einer bemerkenswerten akademischen Laufbahn.

Nach seiner Schulzeit studierte er am Buffalo State Teacher's College; um sich finanziell über Wasser zu halten, arbeitete er in der Mensa. Seine Psychologieprofessorin, die auf Hochbegabung bei Kindern spezialisiert war, ermutigte ihn, sein Studium zu erweitern, da sie erkannte, dass Garry ein solcher hochbegabter Student war. Er begann sich mit Wissenschaftsphilosophie und Entwicklungspsychologie zu beschäftigen, was schließlich dazu führte, dass er an die University of Buffalo wechselte. Dort lernte er den Philosophen Marvin Farber kennen, einen Schüler von Husserl, der phänomenologischen Naturalismus und Realismus lehrte. Bei ihm lernte er, wie er später selbst sagte, das Wesen der Phänomenologie, die Freiheit des Denkens, die Suche nach Wahrheit und intellektuelle Demut kennen. In dieser Phase beschäftigte er sich auch mit Sozialpsychiatrie und insbesondere mit dem Symbolischen Interaktionismus. Prouty war von der Möglichkeit des Menschen, seine Erfahrungen zu symbolisieren kann, fasziniert, und er entwickelte die ersten Ansätze zur Prä-Symbolik, die später in der Prä-Therapie Bedeutung erlangen sollte.

Seine Arbeit mit psychiatrischen Patienten weckte sein Interesse für Schizophrenie, weshalb er an die University of Chicago wechselte. Dort fand er in Eugene → Gendlin einen ermutigenden Mentor, der ihn zwischen 1962 und 1966 zum personzentrierten/experienziellen Psychotherapeuten ausbildete. Prouty schrieb eine Seminararbeit, in der er das unterschiedliche Verständnis von → Erleben in Rogers' und Gendlins Theorien herausarbeitete. Symbole und Erleben, zwei Schlüsselelemente der Prä-Therapie, waren zu diesem Zeitpunkt bereits Themen, denen er sich mit großem Interesse zuwandte. Insbesondere dass Rogers den Menschen dazu ermutigte, seine psychologische Wirklichkeit selbst zu bestimmen, erschien Garry revolutionär, und er übertrug dies auch auf Menschen mit offenbar „andersartigem" Erleben, nämlich Menschen mit geistigen Behinderungen und Psychosen, auszudehnen (→ Behindertenarbeit; → Psychosenpsychotherapie).

In den 60er Jahren arbeitete Prouty in einer geschützten Werkstätte mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen. Sein Interesse dafür wurzelte unter Anderem in seiner Kindheit, da er einen Halbbruder mit einer schweren geistigen Behinderung hatte, zu dem er kaum Kontakt herstellen konnte. Im weiteren Verlauf seiner beruflichen Tätigkeit konzentrierte er sich deshalb auf die Herstellung von Kontakt zu Menschen, die dafür nicht zugänglich erschienen.

Auch wenn Garry Prouty meinte, seine Art zu arbeiten, unterscheide sich nicht von der klassischen Klientenzentrierten/Experienziellen Therapie, ermutigte Eugene Gendlin ihn, die Art und Weise seines besonderen Umgangs mit Patienten konkret zu beschreiben und zu reflektieren,

was er anders mache als Gendlin und Rogers. Auch Studenten am Prairie State College, wo er von 1970 bis 1995 Psychologie und geistige Gesundheitsfürsorge lehrte, wiesen ihn immer wieder auf den einzigartigen Charakter seiner Arbeit hin. Anlässlich eines Symposiums zum 40-jährigen Jubiläum des Chicago Counseling Center, an dem auch Carl Rogers, Gendlin, Raskin und Natalie Rogers Vorträge hielten, beschrieb Prouty seine (Prä-)Therapie mit einem katatonen schizophrenen Klienten und erhielt dafür die Anerkennung von Carl Rogers. 1994 fasste er schließlich seine theoretischen Überlegungen in einem Buch zusammen: „Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses" (inzwischen ins Japanische und Portugiesische übersetzt), wobei er Prä-Therapie nicht als Psychotherapie betrachtet, sondern eher als eine Vorbereitung dafür.
Obwohl die Prä-Therapie in den Vereinigten Staaten „gezeugt" wurde, betont Prouty immer wieder, dass sie in Europa geboren wurde. Die breite Anerkennung dieser Methode erfolgte nämlich erst, als er 1985 damit begann, in Krankenhäusern, Kliniken und Universitäten in verschiedenen Städten Europas Vorträge über diesen Behandlungsansatz zu halten. Das führte 1998 zum Erscheinen des Buches „Prä-Therapie", in dem er gemeinsam mit Marlis Pörtner und Dion van Werde die Entstehung der Prä-Therapie beschrieb und die europäischen Beiträge dazu dargestellt wurden. Von diesem Buch gibt es Übersetzungen ins Englische und Niederländische. Darüber hinaus schrieb er zahlreiche Artikel, die in verschiedene Sprachen übersetzt wurden. Auf Initiative seiner Frau Jill, ständige Begleiterin auf seinen Reisen, wurde zur Förderung der Zusammenarbeit das „International Pre-Therapy Network" gegründet und eine für jeden Interessenten zugängliche jährliche Versammlung von Personen initiiert, die an Ausbildung, Forschung und Anwendung der Prä-Therapie interessiert sind. Prä-Therapie wird inzwischen in zahlreichen Ländern der Welt, sogar in China, Japan und in den osteuropäischen Ländern, in der Psychiatrie und der Arbeit mit Menschen mit geistigen Behinderungen, aber auch in der Geriatrie und ansatzweise bei PatientInnen mit Alzheimer oder nach Hirnblutungen angewendet (→ Gerontopsychotherapie).
Im Rahmen seiner wissenschaftlichen Aktivitäten war Prouty u.a. zwischen 1977 und 1985 Redaktionsmitglied der Zeitschrift „Psychotherapy: Theory, Research and Practice" und des „International Journal of Mental Imagery", bis heute ist er Mitglied in der Redaktion des amerikanischen „Person-Centered Journal" und der britischen Zeitschrift „Client-Centred Practice". Außerdem ist er Fellow des Chicago Counseling Center sowie Ehrenmitglied der Chicago Psychological Association. Im März 2002 hatte er die Ehre, an der Washington School of Psychiatry den Frieda Fromm-Reichman Memorial-Vortrag zum Thema Psychose zu halten.

Veröffentlichungen (Auswahl, in chronologischer Reihenfolge):

Prouty, G. (1976): Pre-therapy: A method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 13, pp. 290-294

Prouty, G., Pietrzak, S. (1988): Pre-therapy method applied to persons experiencing hallucinatory images. *Person-Centered Review* 3, 4, pp. 426-441

Prouty, G., Kubiak, M. (1988): The development of communicative contact with a catatonic schizophrenic. *Journal of Communication Therapy* 4*,* 1, pp. 13-20

Prouty, G., Kubiak, M. (1988): Pre-therapy with mentally retarded/psychotic clients. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews* 7, 10, pp. 62-66

Prouty G., Cronwall, M. (1990): Psychotherapy with a depressed mentally retarded adult: An application of pre-therapy. In: Došen, A., Menolascino, F. (Eds.), Depression in mentally retarded children and adults. Leiden, Logon, pp. 281-293

Prouty, G. (1990): Pre-therapy: Aa theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Leuven University Press, pp. 645-658

Prouty, G. (1994): Theoretical evolutions in person-centered/experiential psychotherapy: applications to schizophrenic and retarded psychoses. Westport (CT), Praeger

Prouty, G. (1995): Pre-therapy: An overview. *Chinese Mental Health Journal* 9, 5, pp. 223-225

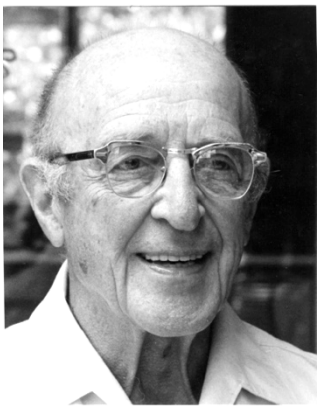
Prouty, G., Van Werde, D., Pörtner, M. (1998): Prä-Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta

McWilliams, C., Prouty,G. (1998): Life enrichment of a profoundly retarded woman: An application of Pre-Therapy. *The Person Centered Journal* 5, 1, pp. 29-35
Prouty, G. (1998): Pre-Therapy and pre-Symbolic experiencing: Evolutions in person-centered/experiential approaches to psychotic experience. In: Greenberg, L., Watson, J., Lietaer, G. (Eds.), Handbook of experiential psychotherapy. New York, Guilford Press, pp. 388-406
Prouty, G. (1998): Pre-therapy and the pre-expressive self. *Person-Centred Practice* 6, 2, pp. 80-88
Prouty, G. (1999) Pre-Therapy: Is it person-centered? A reply to Jerold Bozarth. *The Person-Centered Journal* 6, 1, pp. 28-31
Prouty, G. [1999] (2001) Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz? *Person* 5, 1, S. 52-57
Prouty, G. (2000) A rejoinder to person-centered psychotherapy: One nation - many tribes. *The Person-Centered Journal* 7, 2, pp. 125-128
Prouty G. (2001): Pre-therapy: A treatment for the psychotic retarded. In: Došen, A., Kay, N. (Eds.), The handbook of treatment of mental illness and behavior disorder in children and adults with mental retardation. Washington (DC), American Psychiatric Press, pp. 155-166
Prouty, G. (2001): A new mode of empathy: empathic contact. In: Haugh, S., Merry, T. Rogers` therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol 2: Empathy. Ross-on-Wye, PCCS Books, pp. 155-162
Prouty, G. (2001): Unconditional positive regard and Pre-therapy: An exploration. In: Bozarth, J.D., Wilkins, P. (Eds.), Rogers therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol 3: UPR. Ross-on-Wye, PCCS Books, pp. 76-87
Prouty, G. (2001): Humanistic psychotherapy for people with schizophrenia. In: Cain, D., Seeman, J. (Eds.), Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington (DC), American Psychological Association, pp. 579-601
Prouty, G. (2002): Prä-Therapie. Eine Einführung zur Philosophie und Theorie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien, Springer, S. 499-512
Prouty, G. (2002; in press): Pre-Therapy: A newer development in the psychotherapy of schizophrenia. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*

Über Garry Prouty:
Prouty, G. (1998): Prägende Erfahrungen. In: Prouty, G., Van Werde, D., Pörtner, M., Prä-Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 17-27

Elisabeth Zinschitz

Carl Ransom Rogers



Der Begründer der → Personzentrierten Psychotherapie bzw. - übergeordnet - des → Personzentrierten Ansatzes wurde am 8. Jänner 1902 in Oak Park, einem Vorort von Chicago, als viertes von sechs Kindern geboren.
Er wuchs auf in einem fundamental protestantischem Elternhaus; sein Vater war im Baugewerbe tätig; 1914 übersiedelte seine Familie auf eine Farm bei Wheaton, ca. 30 km von Chicago. Dies förderte zwar seine Naturverbundenheit, seine Liebe zu Büchern und seine frühe Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fragestellungen - jeweils von bleibendem Wert für ihn -, doch isolierte es ihn zunehmendvon Gleichaltrigen und trug zu Scheu und Zurückgezogenheit bei. „Ich war ein völliger Außenseiter – ein Zuschauer in allem, was persönliche Beziehungen betraf. Mein intensives wissenschaftliches Interesse am Sammeln und Aufziehen von großen Nachtfaltern war zweifellos Kompensation, Ersatz für das Fehlen enger Bindungen. Es wurde mir zunehmend bewußt, daß ich eigenartig war, ein Einzelgänger, dem es an Gelegenheiten fehlte, Menschen kennenzulernen. Meine sozialen Fertigkeiten waren kaum entwickelt, meine Phantasien in dieser Zeit, so nehme ich an, müssen absonderlich

gewesen sein und wären von einem Diagnostiker wahrscheinlich als schizoid klassifiziert worden, aber zum Glück kam ich nie mit einem Psychologen in Berührung“ (Rogers, 1973/1980, S. 186). Hierin ist der Nährboden für sein lebenslanges Interesse an einem von Nähe, Verständnis und Austausch geprägten Beziehungsklima zu vermuten. Als 75-Jähriger wird er später über den tieferen Grund für seine vielfältigen Publikationen sagen: „Es scheint mir, daß ich – innerlich – immer noch der scheue Junge bin, dem die Kommunikation in zwischenmenschlichen Beziehungen sehr schwerfiel“ (Rogers 1980/1981, S. 46).
1919: Beginn des Studiums der Agrarwissenschaften an der Universität von Wisconsin; 1922: eine fünfmonatige Reise nach China, u.a. zu einem Welttreffen christlicher Studenten, und kurze Aufenthalte in anderen fernöstlichen Ländern förderten seine Weltoffenheit und bewirkten einen Wandel in seiner theologischen Ausrichtung hin zu einer liberaleren Einstellung; 1924: Heirat mit Helen, einer künstlerisch veranlagten Studienkollegin, die er seit seiner Kindheit kannte und mit der er bis zu ihrem Tod 1979 verheiratet war. Noch zu ihren Lebzeiten anerkennt er: „... die ständige helfende Liebe meiner Frau und ihr Dabeisein während all der Jahre sind ein höchst wichtiger und bereichernder Faktor in meinem Leben“ (1961/1973, S. 23). 1924-26: Studium der Theologie am progressiven „Union Theological Seminary“ in New York, mit dem Ziel, Geistlicher zu werden; allmähliche Abkehr von der Religion, der er in weiterer Folge skeptisch gegenüberstand, und Hinwendung zur Psychologie, die seiner Tendenz, sich keinem Denksystem unterzuordnen, besser entsprach; 1926 Geburt seines Sohnes David, 1928 seiner Tochter Natalie; 1926-31: Studium der Klinischen und Erziehungspsychologie am naturwissenschaftlich-experimentell ausgerichteten Teachers College der Columbia Universität; dort u.a. Kontakt mit Thorndike und mit den reformpädagogischen Ideen John Deweys (vgl. Groddeck 2002, S. 44 und S. 160); 1927-28 praktische Erfahrungen am psychodynamisch orientierten „Institute of Child Guidance“; 1928-39: praktische Arbeit mit Hunderten von Kindern an einer Erziehungsberatungsstelle in Rochester, New York, was sich als Laboratorium und Fundgrube seiner Theoriebildung erweisen sollte; hier auch mit psychoanalytischen und den Auffassungen von Otto Rank in Form der „relationship-therapy“ konfrontiert; 1939: Publikation seines ersten Buches (“Clinical treatment of the problem child”), in dem bereits Anklänge seines Ansatzes erkennbar sind; 1940-45: Professur am Psychologischen Institut der Ohio State University in Columbus; rege Forschungstätigkeit, u.a. erstmalig mit Hilfe von Schallplattenaufnahmen von therapeutischen Gesprächen; 1940: Rede an der Universität von Minnesota, die als Geburtsstunde des Klientenzentrierten Ansatzes betrachtet wird (vgl. Rogers 1942); 1942: Buch (“Counseling and psychotherapy”) über den von ihm praktizierten Ansatz, das auch zum ersten Mal das komplett abgedruckte Transkript des Verlaufs einer kurzfristigen Psychotherapie enthält; 1944: Arbeit mit Kriegsheimkehrern im Rahmen der „United Service Organisation“; 1945-57: Professur an der Universität von Chicago und Leitung des Counseling Center der Universität; allmähliche Entwicklung vom non-direktiven zum Klientenzentrierten Ansatz: „This exclusive focus in therapy on the present phenomenal experience of the client is the meaning of the term ‚client-centered‘“(Rogers 1959b); in dieser Phase ausgedehnte Forschungstätigkeit zur Psychotherapie (Korunka et al. 2001); 1956: Zuerkennung des Wissenschaftspreises durch die “American Psychological Association (APA)”; 1946-47: Präsident der APA; 1948-49: persönliche Krise im Zuge einer missglückten Therapie mit einer Klientin, was ihn in der Folge auch in Eigentherapie führt; 1951: Veröffentlichung seines Lehrbuches „Client-centered therapy“; ab 1956 Dialoge u.a. mit Skinner, Buber, Tillich, Polanyi und Bateson (Kirschenbaum & Land Henderson 1989); 1957-63: Professur an der Universität von Wisconsin; Arbeit und intensives Forschungsprojekt mit schizophrenen Personen (Rogers et al. 1967), jedoch beeinträchtigt durch schwerwiegende Spannungen im Forscherteam; zwar waren die Ergebnisse zur Wirksamkeit des Ansatzes in diesem Rahmen – auch angesichts der großen Erwartungen und Mittel, die dabei eingesetzt wurden – nicht so überwältigend, trotzdem wurden daraus einige bemerkenswerte Schlussfolgerungen für die Arbeit mit schwerer gestörten Personen und die Klientenzentrierte Psychotherapie insgesamt gezogen wie z.B. die zunehmende Betonung der

Kongruenz und Transparenz (→ Echtheit) des Psychotherapeuten, der therapeutischen → Beziehung und einer Erlebnisorientierung in der therapeutischen Arbeit (→ Experiencing); 1964: Übersiedlung nach Kalifornien, La Jolla, einem Vorort von San Diego, und Arbeit am „Western Behavioral Science Institute“ sowie Beratungstägigkeit für das „California Institute of Technology“; 1964: Gespräch mit Gloria, einer Klientin, die zu Vergleichzwecken auch von Fritz Perls bzw. von Albert Ellis interviewt wurde. Rogers zog sich zunehmend aus der klinischen Arbeit zurück und widmete sich stärker gesellschaftpolitischen und philosophischen Fragen. Ab 1967 Veröffentlichung einer Reihe von weiteren Büchern; 1968: Gründung des “Center for Studies of the Person” in La Jolla; ca. ab 1975: Ausdehnung des Ansatzes auf andere Bereiche (z.B. Arbeit mit → Encountergruppen, Friedensarbeit, Wirtschaft / Managementtraining, Bildung / Erziehung / Schule), und damit Erweiterung vom Klienten- zum Personzentrierten Ansatz; intensive Tätigkeit als Leiter von (u. a. interkulturellen und interrassischen) Gruppen (“Cross Culturals”) in vielen Ländern der Welt, u. a. in Brasilien, Nordirland, Südafrika und der Sowjetunion. Mehrfach Aufenthalte in den deutschsprachigen Ländern, u.a. 1985 als Teil des „Peace-Project“ Mitwirkung am Rust-Workshop, das dem Dialog zentralamerikanischer Politiker diente. Kurz vor seinem Tod wurde Rogers für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen. Er starb am 4. Februar 1987 in La Jolla, Kalifornien.

In deutlichem Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse und zum Behaviorismus entwickelte Rogers in einer Art Paradigmenwechsel einen eigenständigen Ansatz in der Psychotherapie, den er später auch auf andere Bereiche ausdehnte. Dabei stand er phänomenologischen (→ phänomenologische Perspektive) und existenzphilosophischen Positionen (→ existenzielle Perspektive) nahe, folgte einerseits dem Prinzip einer erfahrungsnahen Theoriebildung, andererseits ist er als Pionier der empirischen Psychotherapieforschung anzusehen; Annahme einer grundlegend wirksamen Tendenz im Menschen (→ Aktualisierungstendenz) und akzentuierter Vertreter der → Humanistischen Psychologie; hierin wird auch das anthropologische Fundament, das → Menschenbild bzw. seine optimistische Auffassung von der Natur des Menschen sichtbar; kritische Distanz zu psychologischen Diagnosen, zu Expertentum und zu → Therapietechniken im engeren Sinn; demgegenüber vertrat er die Überzeugung, dass leidende Personen, die er schon früh Klienten (statt Patienten) nannte, unter geeigneten psychologischen und Beziehungsbedingungen in der Lage sind, aus sich selbst heraus zu Problemlösungen zu gelangen; Formulierung von drei notwendigen und hinreichenden → Grundhaltungen des Psychotherapeuten / Beraters: Kongruenz (→ Echtheit), nicht an Bedingungen gebundene → Wertschätzung (“unconditional positive regard”) und → Empathie (einfühlendes Verstehen). Neben seinen Verdiensten um die Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie und um die Psychotherapieforschung (→ Forschung; → Wirksamkeit) sind vor allem seine Arbeit mit Encountergrruppen und seine Bemühungen um eine erfahrungsorientierte Bildung (→ signifikantes Lernen) als herausragend einzustufen.

Veröffentlichungen (Auswahl, in chronologischer Reihenfolge):

Rogers, C.R. [1942] (1972): Die nicht-direktive Beratung. München, Kindler [Orig.: Counseling and psychotherapy. Boston, Houghton Mifflin]

Rogers, C.R. [1951] (1972): Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie. München, Kindler (ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M., Fischer) [Orig.: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. New York, Houghton Mifflin]

Rogers, C.R. [1957] (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: Rogers CR, Schmid PF, Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Grünewald, Mainz, S. 165-184 [Orig.: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology* 21, 2, S. 95-103]

Rogers, C.R. [1959a] (1987): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln, GwG [Orig.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S (Ed.), Psychology. A study of a science. Study I: Conceptual and

systematic. Vol. III Formulations of the person and the social context. New York, Mc Graw-Hill, pp. 158-256]
Rogers, C.R. (1959b): Client-centered therapy. In: Arieti, S. (Ed.), American handbook of psychiatry. Vol. 3. New York, Basic Books, pp. 183-200 [auch in: Kirschenbaum, H. / Land Henderson, V. (Eds.), Carl Rogers: Dialogues. London, Constable, 1990, pp. 9-38]
Rogers, C.R. [1961] (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta [Orig.: On becoming a person. A therapists' view of psychotherapy. New York, Houghton Mifflin]
Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J., Truax, C.B. (1967): The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, University of Wisconsin Press
Rogers, C.R. [1969] (1973): Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität. München, Kösel (ab 1988: Frankfurt/M., Fischer) [Orig.: Freedom lo learn. A view of what education might become. Columbus, Charles Merrill]
Rogers, C.R. [1970] (1974): Encounter-Gruppen. Das Erlebnis menschlicher Begegnung. München, Kindler (ab 1984: Frankfurt/M., Fischer) [Orig.: Carl Rogers on encounter groups. New York, Harper & Row]
Rogers, C.R. [1972] (1975): Partnerschule. München, Kindler [Orig.: Becoming partners. Marriage and its alternatives. New York, Delacorte]
Rogers, C.R. [1977] (1978): Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München, Kindler [Orig.: On personal power. Inner strength and its revolutionary impact. New York, Delacorte]
Rogers, C.R. [1977): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München, Kindler (ab 1983: Frankfurt/M., Fischer)
Rogers, C.R., Rosenberg, R. [1977] (1980): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, Klett [Orig.: A pessoa como centro. Sao Paolo, Editoria Pedagogica e Universitaria; teilweise auch in (1980): A way of being. Boston, Houghton Mifflin]
Rogers, C.R. (1981): Der neue Mensch. Stuttgart, Klett [teilweise in (1980): A way of being. Boston, Houghton Mifflin]
Rogers, C.R. [1980] (1991): Klientenzentrierte Psychotherapie. In: Rogers, C.R., Schmid, P.F., Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz, Grünewald, S. 185-235 [Orig.: Client-centered psychotherapy. In: Kaplan, H., Sadock, B., Freedman, A. (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry, III. Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 2153-2168; in letzter Auflage: Rogers, C.R., Sanford, R. (1989): Client-centered psychotherapy. In: Kaplan, H., Sadock, B. (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry, V. Baltimore, Williams & Wilkins, pp. 1482-1501]
Kirschenbaum, H., Land Henderson, V. (Eds.) (1989): Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B.F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others. New York, Houghton Mifflin (auch: London, Constable, 1990)
Kirschenbaum, H., Land Henderson, V. (Eds.) (1989): The Carl Rogers reader. New York, Houghton Mifflin [selected writings]

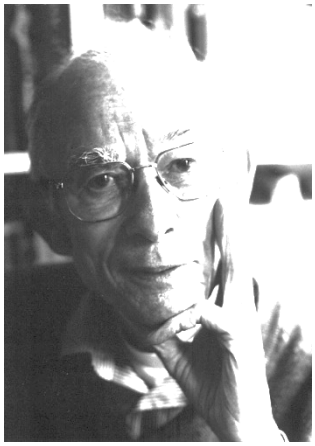
Literatur über Carl Rogers:

Cohen, D. (1997): Carl Rogers. A critical biography. London, Constable
Groddeck, N. (2001): Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie. Darmstadt, Primus
Kirschenbaum, H. (1979): On becoming Carl Rogers. New York, Delacorte Press
Kirschenbaum, H. (1995): Carl Rogers. In: Suhd, M. (Ed.), Positive regard. Carl Rogers & other notables he influenced. Palo Alto, Science and Behavior Books, pp. 1–102
Korunka, C., Nemeskeri, N., Sauer, J. (2001): Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung. *Person* 5, 2, S. 68-89
Person (2001): Schwerpunktheft 100 Jahre Rogers. *Person* 5, 2
Ratzinger, H.-P., Zinschitz, E. (2001): Innenansichten – Außenansichten. Carl Rogers im Licht biografischer Texte. *Person* 5, 2, S. 9-19
Reisel, B. (2001): The clinical treatment of the problem child – Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut. *Person* 5, 2, S. 55-67
Rogers, C.R. [1961] (1973): „Das bin ich". Entwicklung meiner fachlichen Ansichten und meiner persönlichen Philosophie. In: Rogers, C.R., Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 19-43

Rogers, C.R. [1973] (1980): Meine Philosophie der interpersonalen Beziehungen und ihre Entstehung. In: Rogers, C.R., Rosenberg, R., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 185-198
Rogers, C.R. [1974] (1980): Rückblick - sechsundvierzig Jahre. In: Rogers, C.R., Rosenberg, R., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 35-52
Rogers, C.R. [1980] (1981): Alt werden oder: älter werden und wachsen. In: Der neue Mensch. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 37-61
Stipsits, R. (1999): Gegenlicht. Studien zum Werk von Carl R. Rogers (1902-1987). Wien, WUV-Universitätsverlag
Stumm, G. (2003; in Druck): Rogers, Carl R. In: Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N., Voracek, M. (Hrsg.), Personenlexikon der Psychotherapie. Wien-New York, Springer
Thorne, B. (1992): Carl Rogers. London, Sage
Zundel, E. (1987): Carl Rogers: Humanistische Psychologie. In: Zundel, E., Zundel, R., Leitfiguren der neueren Psychotherapie. Leben und Werk. München, Kösel, S. 49-65 (ab 1991: München, Deutscher Taschenbuchverlag)

Gerhard Stumm

Hans Swildens



Hans Swildens wurde am 20. August 1924 in Hilversum, Holland, geboren; er ist der Begründer der → Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie.
Hans Swildens kam nach Abschluss des Medizinstudiums im Zuge seiner Psychiatrieausbildung in Leiden, wo er als Assistent von Professor Carp (1956-57) tätig war, erstmals mit der „Rogers-Methode“ in Kontakt. Damals begann er, diesen Ansatz in die Praxis umzusetzen, zuerst alleine, später auch innerhalb von Arbeitsgruppen, in denen er mit anderen „Pionieren“ auf dem Gebiet der Rogers’schen Therapie Erfahrungen austauschte. In dieser Anfangsphase gewann er Erfahrungen in unterschiedlichen Arbeitsbereichen: in der praktischen Arbeit im Rahmen einer stationären psychiatrischen Einrichtung, in der Behandlung von Psychosen und Neurosen in freier Praxis sowie in der Rehabilitation. Von 1964 bis 1966 studierte er Theologie an der Utrechter Universität.
1967 erschien seine erste Arbeit über die Rogers’sche Therapie („Einführende Betrachtungen zur klientenzentrierten Therapie“); seit 1969 bis zum heutigen Zeitpunkt war und ist er als Ausbilder der 1962 in den Niederlanden gegründeten „Vereniging voor Rogeriaanse Psychotherapie“ tätig. Für einen kurzen Zeitraum übernahm er auch die Funktion des Vorsitzenden dieser Vereinigung; er bemerkte allerdings rasch, dass es ihm nicht besonders lag, politische, organisatorische und öffentliche Interessen zu vertreten, so wichtig diese auch sein mögen. Er wollte sich lieber praktisch-inhaltlichen und theoretisch-wissenschaftlichen Aspekten der Psychotherapie zuwenden. Deshalb entschied er sich dafür, insbesondere auf eben diesem Gebiet zu wirken: So wurde er beispielsweise einer der wichtigsten Initiatoren bei der Gründung der „Wetenschappelijke Commissie“ (Wissenschaftskommission) der niederländischen klientenzentrierten Vereinigung, bei der er in der Folge langjähriges Mitglied war. Außerdem war er Initiator und Hauptredakteur des „Leerboek der Gespreksthерapie“ (1991), des ersten niederländischen Handbuchs über Klientenzentrierte Psychotherapie.
Trotz seiner Vorliebe für den Rogers’schen Ansatz richtete er bereits in der Anfangsphase seiner Beschäftigung damit sein Hauptaugenmerk auf die Grenzen der Art und Weise, wie die Klientenzentrierte Psychotherapie angewendet wurde, Grenzen, die auch mit einigen prinzipiellen von → Rogers und seinen Mitarbeitern getroffenen Aussagen zusammenhingen. Dies sowie langjährige und intensive Studien über die philosophischen Grundlagen der Situation des

Menschen führten dazu, dass er ab 1977 eine Reihe richtungsweisender Publikationen verfasste, was schließlich in das Buch „Procesgerichte gesprekstherapie“ (1988) mündete. In diesem Buch wurde zum ersten Mal ein personzentrierter Ansatz beschrieben, der sich sowohl an den Problemen („Störungen“) der Klienten als auch an deren Verlangen nach psychologischer Hilfe orientiert. Das bereits 1980 von Swildens beschriebene Muster der Art und Weise, wie sich das Hilfsverlangen des Klienten im Laufe der Therapie entwickelt, ist wohl eines seiner wichtigsten theoretischen Verdienste. Die Art und Weise, wie der Klient dieses Hilfsverlangen erlebt und ausdrückt, hängt mit seiner Störung bzw. der von ihm erlebten Problematik zusammen. Veränderungen im Erleben seiner Störung/Problematik führen zu Veränderungen im Hilfsverlangen an den Psychotherapeuten. Dieses (sich verändernde) Hilfsverlangen bestimmt weitgehend die Art und Weise, in der der Psychotherapeut dem therapeutischen → Prozess Form und Inhalt verleiht.

Das Buch „Procesgerichte gesprekstherapie“ markierte den Beginn einer Reihe von Publikationen, in denen, ausgehend von einer Kombination von phänomenologischen, psychopathologischen und existenzphilosophischen Erkenntnissen, die Anwendbarkeit des von Hans Swildens formulierten *prozessorientierten Ansatzes* für verschiedene Kategorien von Klienten überprüft wurde. Die von ihm erstmals in „Procesgerichte gesprekstherapie“ eingeführten Begriffe → *Alibi* und → *Mythe* stellen eine weitere wichtige Ergänzung der personzentrierten Konzeptbildung dar. Swildens verwendet diese von ihm mit einer phänomenologisch-existenziellen Bedeutung ausgestatteten Begriffe zur Beschreibung des Phänomens, dass Klienten mit einer „neurotischen“ Problematik ihr psychologisch-existenzielles Eingeschränkt-Sein häufig rechtfertigen. Indem sie ihre Lebensgeschichte in ihrem Bericht durch die Bildung von Mythe und Alibi vereinfachen und stilisieren, rechtfertigen sie ihren unbefriedigenden Lebensstil. Andererseits aber ist die Mythebildung ein unumgängliches und kreatives Phänomen und die Mythe trägt auch das Selbstkonzept. Wenn man Klienten hilft, ihre Mythe zu revidieren und ihr Alibi zu durchschauen und durch eine Haltung zu ersetzen, in der sie ein gewisses Maß an Verantwortung für ihre Situation übernehmen, können sie alternative Möglichkeiten entfalten und erproben bzw. ihr Verhalten verändern.

Wie aus seinen Publikationen in den vergangenen Jahren hervorgeht, begann Hans Swildens 1994 damit, seine Erkenntnisse auch und insbesondere auf Klienten mit → Persönlichkeitsstörungen anzuwenden. Auch dabei wurde sein differenzieller, auf die Problematik und den Daseinsmodus dieser Klienten zugeschnittene Ansatz sichtbar.

„Procesgerichte gesprekstherapie“ wurde 1991 unter dem Titel „Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie“ ins Deutsche übersetzt. Die Tatsache, dass dieses Buch in den Niederlanden bereits in der fünften (erweiterten und überarbeiteten) Auflage erschienen ist und auch im deutschen Sprachraum mit großer Regelmäßigkeit zitiert wird, sowie der Umstand, dass Swildens in den Niederlanden, in Belgien, in Deutschland und in Österreich häufig als Vortragender und Ausbilder eingeladen wird, zeigt, dass seine Kernaussage, dass die von Rogers formulierten „necessary conditions“ wesentlich, aber sicherlich nicht ausreichend sind, von einer großen Gruppe Rogerianischer Psychotherapeuten geteilt wird. Seine konzeptionellen und methodischen Ergänzungen zur Personzentrierten Psychotherapie entsprechen offenbar einem aus der therapeutischen Praxis erwachsenden Bedürfnis. All dies lässt den Schluss zu, dass Hans Swildens durch die Entwicklung seiner Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie für die Praxis und Theorie der Rogers’schen Therapie sowohl in den niederländisch- als auch in den deutschsprachigen Ländern eine große Bedeutung erlangt hat.

Veröffentlichungen (Auswahl, in chronologischer Reihenfolge):

Swildens, H. (1967): Einführende Betrachtungen zur klientenzentrierten Therapie. *Praxis der Psychotherapie* 12, 5, S. 197-205

Swildens, H. (1977): Controversen binnen de Rogeriaanse therapie: de therapeutische relatie. Tijdschrift voor Psychotherapie 3, 6, S. 249-252

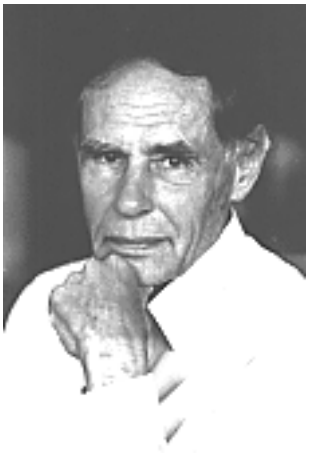
Swildens, H. (1980): De hulpverwachting in de therapeutische relatie binnen de gesprekstherapie volgens Rogers: een terreinverkenning. Tijdschrift voor Psychotherapie 6, 2, S. 67-73
Swildens, H. (1981): De hulpverwachting in de therapeutische relatie II: Verkenningen in grensland. Tijdschrift voor Psychotherapie 7, 1, S. 15-23
Swildens, H. (1982): De hulpverwachting in de therapeutische relatie III: De profundis clamavi. Tijdschrift voor Psychotherapie 8, 1, S. 18-27
Lietaer, G., van Praag, Ph., Swildens, H. (Hrsg.) (1984): Client-centered psychotherapie in beweging. Leuven, Acco
Swildens, H. (1984): Rogeriaanse therapie tussen ideologie en praktijk: een gewetensonderzoek In: Lietaer, G., van Praag, Ph., Swildens, H. (Hrsg.), Client-centered psychotherapie in beweging. Leuven/Amersfoort, Acco, S. 23-41
Swildens, H. (1984): Over de gesprekstherapeutische behandeling van de hysterische neurosen. In: Lietaer, G., van Praag, Ph., Swildens, H. (Hrsg.), Client-centered psychotherapie in beweging. Leuven/Amersfoort, Acco, S. 447-463
Swildens, H. (1988, 1997): Procesgerichte gesprekstherapie. 5. erneuerte Aufl. Amersfoort/Leuven, Acco bzw. Utrecht, De Tijdstroom; dt. (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG
Swildens, H. [1986] (1989): Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In: Behr, M., Petermann, F., Pfeiffer, W., Seewald, C. (Hrsg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. I. Salzburg, Otto Müller, S. 80-107
Swildens, H. (1990): Client-centered psychotherapy for patients with borderline symptoms. In: Lietaer, G., Rombauts, J., Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven, Leuven University Press, pp. 623-635
Swildens, H. (1990): Über die gesprächspsychotherapeutische Behandlung der depressiven Neurosen. In: Meyer-Cording, G., Speierer, G.-W. (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit. Theorie und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute. Köln, GwG, S. 183-198
Swildens, H., de Haas, O.P., Lietaer, G., Van Balen, R. (Hrsg.) (1991): Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering. Utrecht, De Tijdstroom
Swildens, H. (1992): Die klientenzentrierte Therapie, die prozeßorientierte Gesprächstherapie und die personzentrierte Gesprächsführung: drei Töchter des gleichen Vaters, aber aus verschiedener Ehe. In: Stipsits, R., Hutterer, R. (Hrsg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Wien, WUV, S. 54-70
Swildens, H. (1993): Ansätze zur Psychopathologie und zu einer differentiellen Psychotherapie der Neurosen aus klientenzentrierter Sicht. In: Teusch, L., Finke J. (Hrsg.), Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung. Heidelberg, Asanger, S. 82-102
Swildens, H. (1993): Die psychogenen Erkrankungen. In: Eckert, J., Höger, D., Linster, H. (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln, GwG, S. 89-97
Swildens, H. (1995): Gespreksthерapie bij angststoornissen. In: Lietaer, G., Van Kalmthout, M. (Hrsg.), Praktijkboek gespreksthерapie. Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering. Utrecht, De Tijdstroom, S. 207-220
Swildens, H. (1996): Client-centered psychotherapy in personality disorders. In: Esser, U., Pabst, H., Speierer, G.-W. (Eds.), The power of the person-centered approach. Köln, GwG, S. 205-213
Swildens, H. (2000): Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung der abhängigen Persönlichkeitsstörung: Das Problem der Abhängigkeit in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Speierer G.-W. (Hrsg.), Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie. Köln, GwG, S. 75-87
Swildens, H. (2002): Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In: Keil, W.W., Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Wien-New York, Springer, S. 187-206

Literatur über Hans Swildens

Anzion, P. (2001): Swildens over de opleiding tot psychotherapeut (Serie opleiders van het eerste uur). *Tijdschrift voor Psychotherapie* 27, 1, S. 36-51 (mit Hans Swildens geführtes Gespräch am 22. September 2000 im Rahmen der Serie „Ausbilder der ersten Stunde“)

Olaf de Haas

Reinhard Tausch



Reinhard Tausch wurde am 6. November 1921 in Braunschweig geboren; zusammen mit seiner Ehefrau **Anne-Marie Tausch** (1925–1983) hat er die Klientenzentrierte Psychotherapie von Carl → Rogers im deutschen Sprachraum bekannt gemacht (→ Gesprächspsychotherapie). Beide sind auch maßgebliche Vertreter einer Erziehungspsychologie, in der in Unterricht und Erziehung die seelische Gesundheit, das soziale Verhalten und die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes dem fachlichen Lernen gleichwertig an die Seite gestellt werden (→ signifikantes Lernen).

Nach dem Abitur 1939 wurde Reinhard Tausch als Soldat eingezogen; Ende 1944 wurde er schwer verwundet; es folgte ein einjähriger Aufenthalt in Lazaretten. 1947 machte er die Volksschullehrerprüfung, danach studierte er Psychologie in Göttingen (Diplom 1950, Promotion 1951). Von 1952 bis 1954 war er Assistent an der Universität Marburg; 1954 heirateten Reinhard und Anne-Marie Tausch, beide arbeiteten bis zu ihrem Tod 1983 eng zusammen. Von 1954 bis 1960 war Reinhard Tausch als Dozent für Psychologie am Pädagogischen Institut in Weilburg/Hessen tätig. 1961 habilitierte er sich an der Universität Marburg. Danach war er Professor für Psychologie an der Pädagogischen Hochschule in Kettwig-Duisburg und Leiter eines Forschungsinstitutes (1961-1964), dann wissenschaftlicher Rat an der Universität Köln (1964) und schließlich ordentlicher Professor für Psychologie an der Universität Hamburg (1965-1987). 1991 erhielt er die Hugo-Münsterberg-Medaille des Berufsverbandes Deutscher Psychologen für seine Verdienste in der Angewandten Psychologie. Nach dem Diplom arbeitete Tausch überwiegend in der experimentellen Wahrnehmungsforschung. Nach vier Jahren beendete er seine Beschäftigung mit dieser Grundlagenforschung, denn er wollte - nach häufig erfahrener Sinnlosigkeit (er weigerte sich zum Beispiel, in die Hitlerjugend einzutreten) und nach sechs Jahren Krieg - etwas für die Gemeinschaft und etwas für sich wirklich Sinnvolles und Nützliches tun.

Erziehungspsychologie: Von 1955 an arbeiteten Reinhard und Anne-Marie Tausch auf diesem Gebiet sehr engagiert. Sie wollten mit empirischen Untersuchungen bei der Bildung einer demokratischen Gesellschaft mithelfen. In diesen Untersuchungen zeigten sie die Mängel des damals vorherrschenden Unterrichtsstils auf: viele Fragen und häufiges Reden der LehrerInnen, z.T. auch unfreundliche Behandlung von Schüler sowie stark autokratische Lenkung. Damit erregten sie Aufsehen in der Presse und ermutigten Lehrer, neue Wege einzuschlagen. Danach wandten sie sich den förderlichen Haltungen von Carl Rogers in Erziehung und Unterricht zu. Sie wiesen in zahlreichen Untersuchungen nach: Lehrer mit hoher Achtung und Einfühlung gegenüber SchülerInnen - festgestellt mittels Tonaufnahmen - hatten SchülerInnen, die fachlich und persönlich mehr lernten. Sie bemühten sich auch um die Verbesserung des didaktischen Unterrichtsverhaltens. So entstanden Arbeiten über den Vorteil von Kleingruppenarbeit im fachlichen und persönlichen Lernen im Vergleich zum Frontalunterricht. In Forschungsarbeiten zu dem Buch "Verständlichkeit" (gemeinsam mit Langer und Schulz von Thun) wurde nachgewiesen, dass Schulbuch- und wissenschaftliche Texte erheblich verständlicher gestaltet werden können.

Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie: Nach dem Diplomexamen fiel Reinhard Tausch ein Buch von Carl Rogers in die Hände. Er war fasziniert: Bald führte er selber Gespräche durch, meist mit Untersuchungspersonen seiner Wahrnehmungsexperimente, die ihn um seelische Hilfe baten. Ein Jahr später, als Assistent in Marburg, begann er mit Untersuchungen bei seelisch stärker beeinträchtigten Personen. Jedoch erst mit der Berufung an die Universität Hamburg (1965) konnten größere wissenschaftliche Untersuchungen über Effektivität und Prozesse der Klientenzentrierten Psychotherapie durchgeführt werden, insgesamt mit ca. 450 Personen in klientenzentrierter → Gruppenpsychotherapie und mit ca. 500 Personen in Einzel-

therapie, jeweils mit Kontroll- bzw. Wartegruppen. Etwa 150 Diplomarbeiten und 25 Dissertationen gingen in diese Forschungen ein.
Die Errichtung einer psychotherapeutischen Beratungsstelle und die wachsende Anzahl der Diplomanden in Klinischer Psychologie stießen bei manchen Mitgliedern der Fakultät auf Ablehnung, wurde Psychotherapie doch teilweise noch als Gebiet der Medizin angesehen. Daraufhin schuf der Präsident der Universität drei getrennte Psychologische Institute, darunter das von Reinhard Tausch geleitete Institut III für Klinische Psychologie.
Die Untersuchungen zur Gesprächspsychotherapie erstreckten sich nicht nur auf Personen mit klinisch anerkannten seelischen Störungen. Insbesondere Anne-Marie Tausch führte kontrollgruppengestützte klientenzentrierte Psychotherapieuntersuchungen durch mit Strafgefangenen, alten Menschen, mit an Krebs erkrankten oder arbeitslos gewordenen Personen sowie mit Schulkindern. Ab 1974 praktizierten und untersuchten Reinhard und Anne-Marie Tausch in großem Umfang klientenzentrierte Gruppengespräche. Beide hatten als Mitglieder und Leiter an Gruppengesprächen von Carl Rogers in La Jolla / Kalifornien teilgenommen (→ Encountergruppe). Mit Carl Rogers verband sie seit dieser Zeit eine persönliche Freundschaft.
Die Psychotherapie von Carl Rogers, dessen Werke damals noch nicht in deutscher Sprache vorlagen, fand zusammen mit den eigenen Forschungen ihren Niederschlag in dem Buch "Gesprächspsychotherapie". Diesen Namen wählten Reinhard und Anne-Marie Tausch, um klarzustellen, dass hier Psychotherapie mittels Gesprächen durchgeführt wurde, was einem Nichtmediziner nicht verboten werden konnte. Charakteristisch für dieses Buch sind die klar verständliche Sprache, Aussagen auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen und große persönliche Erfahrung von fortlaufend selbst durchgeführten Einzel- und Gruppenpsychotherapien. Beide machten ihre Psychotherapietätigkeit auch transparent, u.a. in zwölf Sendungen im deutschen Fernsehen in Form von Gruppengesprächen mit psychisch beeinträchtigten Menschen.
Reinhard Tausch hat nicht versucht, die Psychotherapie von Rogers zu verändern. Er ist überzeugt, dass dessen Konzeption optimal ist. Jedoch hat er dargestellt, dass Gesprächspsychotherapie durch günstigere äußere Bedingungen und Ergänzungen (z.B. Entspannungsformen) wirksamer gestaltet werden kann. Er tritt für eine multimodale Psychotherapie ein, in der die Gesprächspsychotherapie etwa bei starken inneren Spannungen, Sinnfragen oder schweren chronischen Erkrankungen den Vorrang hat, Verhaltenstherapie dagegen bei vorwiegend äußeren Verhaltensbeeinträchtigungen.
Selbsthilfe bei Stress-Belastungen: Seit 15 Jahren arbeitet Reinhard Tausch intensiv auf diesem Gebiet. Es liegt ihm daran, möglichst viele Personen darüber zu informieren, wie sie sich bei seelischen Belastungen selbst helfen können, allein oder nach Anleitung von Fachkräften. Hierzu führte er ca. 25 empirische Untersuchungen durch. Es entstand das weit verbreitete Taschenbuch "Hilfen bei Streß und Belastung".
So hat das Ehepaar Tausch auf drei Gebieten wissenschaftlich gearbeitet und Wissen weitergegeben: Erziehungspsychologie, Gesprächspsychotherapie sowie Selbsthilfe. Das Rückgrat ihrer Bücher hierzu sind eigene praktische Erfahrungen und empirische Untersuchungsbefunde.

Buchveröffentlichungen:

Tausch, R., Tausch, A.-M. [1963] (1998): Erziehungs-Psychologie. 11. Aufl., Göttingen, Hogrefe
Tausch, R., Tausch, A.-M. [1968] (1990): Gesprächspsychotherapie. 9. Aufl., Göttingen, Hogrefe (1. Aufl. 1960 unter dem Titel: Das psychotherapeutische Gespräch)
Tausch, A.-M. [1981] (2001): Gespräche gegen die Angst. 11. Aufl., Reinbek, Rowohlt
Langer, I., Schulz v. Thun, F., Tausch, R. [1981] (2001): Sich verständlich ausdrücken. 7. Aufl. München, Reinhardt (1. Aufl. 1974 unter dem Titel: Verständlichkeit in Schule, Verwaltung, Politik und Wissenschaft)
Tausch, R.,Tausch, A.-M. [1983] (1999): Wege zu uns und anderen. 8. Aufl., Reinbek, Rowohlt
Tausch, A.-M., Tausch, R. [1985] (2000): Sanftes Sterben. 7. Aufl. Reinbek, Rowohlt
Tausch, R. [1993] (2000): Hilfen bei Stress und Belastung. 9. Aufl., Reinbek, Rowohlt (frühere Ausgabe 1989 unter dem Titel: Lebensschritte: Umgang mit belastenden Gefühlen)

Artikel:
siehe dazu Behr & Vahrenkamp (2002) weiter unten

Literatur über Reinhard Tausch:
Behr, M., Vahrenkamp, S. (2002): Sozial bedeusame Psychologie - Zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 33, S. 5-11 (inkl. Auswahl von Veröffentlichungen zu empirischen Untersuchungen)
Langer, I. (Hrsg.) (2001): Menschlichkeit und Wissenschaft. Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch. Köln, GwG
Langer, I. (2003; in Druck): Tausch, Reinhard. In: Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N., Voracek, M. (Hrsg.), Personenlexikon der Psychotherapie. Wien-New York, Springer
Tausch, R. (1992): Reinhard Tausch. In: Wehner, E. (Hrsg.), Psychologie in Selbstdarstellungen. Bd. 3. Bern, Huber, S. 276-304

Inghard Langer

Brian Thorne

Brian Thorne wurde am 25. Mai 1937 in Bristol, Großbritannien geboren; er gilt als einflussreicher britischer Klientenzentrierter Psychotherapeut, Schriftsteller und Lehrer. Zusammen mit Dave Mearns hat er das meist verkaufte Buch über Psychotherapie außerhalb der Vereinigten Staaten geschrieben: „Person-centred counselling in action". Durch seine Publikationen und seine unermüdlichen Aktivitäten für eine große Anzahl von professionellen Kommissionen, Organisationen, internationalen Kongressen und Beratungsstellen hat er in sehr wesentlichem Ausmaß zur Entwicklung der → Personzentrierten Psychotherapie, insbesondere in Großbritannien und anderen europäischen Ländern, beigetragen.
Brian Thorne hatte in seiner Kindheit während der Kriegszeit intensive und dramatische Erlebnisse rund um Leben und Tod, aber auch in Bezug auf seine Entdeckung des christlichen Glaubens. Er merkte, dass er selbst zu tiefer Empathie fähig war, und hatte, als er neun Jahre alt war, ein überwältigendes mystisches Erlebnis, das ihn dazu befähigte, „sich mit dem Leiden Christi und seiner eigenen Liebenswürdigkeit" zu identifizieren (Thorne, persönliche Mitteilung an den Autor). Im Alter von achtzehn Jahren musste er zur britischen Armee und wurde Infanterieoffizier; zu einer Zeit, als dort eine beträchtliche anti-britische Atmosphäre herrschte, diente er in Zypern. Thornes Fähigkeit, auf empfindsame und empathische Weise zu kommunizieren, sowie seine Offenheit verschiedenen Kulturen und Glaubenssystemen gegenüber führten dazu, dass er sogar mit denen, die als „der Feind" bezeichnet wurden, einzigartige Augenblicke erlebte.
Thorne studierte Fremdsprachen (Französisch und Deutsch) an der Cambridge University, bevor er eine Lehrerausbildung begann. „Es war mir klar geworden, dass ich moderne Sprachen studieren und dann unterrichten sollte, so dass ich Leute dazu befähigen könnte, offener für andersartige Einflüsse und Kulturen zu sein" (Leonard 2001, p. 168).
Nach einer Unterrichtsphase in einem Internat für Buben und inspiriert von der Arbeit von George Lyward, einem Therapeuten, der eine therapeutische Wohngemeinschaft für Jugendliche mit psychischen Störungen leitete, entschied sich Brian Thorne für die Ausbildung zum Psychotherapeuten. Er nahm an einem der ersten Ausbildungskurse zum Psychotherapeuten (Counsellor) teil, die in Großbritannien, und zwar an der Reading University, angeboten wurden.
Von klein auf unter dem starken Einfluss der christlichen Lehre und in einer frühen Phase seiner Therapieausbildung tief bewegt von C. G. Jungs Schriften, entdeckte Brian Thorne Carl →

Rogers' Bücher und „fand in Rogers jemanden, der die Gültigkeit meines eigenen Erlebens zu schätzen schien und der Haltungen und Aktivitäten einen Namen gab, was ich selbst viele Jahre lang mühselig versucht hatte" (Thorne 1989, S. 59).
In seiner Doktorarbeit, in der er ein Kapitel Thorne widmet, merkt Gordon Lynch (1995, S. 261) an: „Brian Thorne ist vielleicht ungewöhnlich insofern, als er sein starkes Engagement als Therapeut, Ausbilder und Schriftsteller mit einem explizit christlichen Engagement kombiniert; was er über die Personzentrierte Psychotherapie schreibt, ist von seinem Verständnis der christlichen Tradition geprägt".
Seit 1974 besteht eine kooperative und produktive Arbeitsbeziehung mit Professor Dave Mearns von der Strathclyde University, zuerst als Co-Leiter des „Facilitator Development Institute" (1974-1985) (auch zusammen mit Elke Lambers) und später als Co-Leiter der „Person-Centred Therapy (Britain)". Diese Beziehung hat während der 90er Jahre zum Entstehen drei der wichtigsten Texte über Personzentrierte Psychotherapie geführt, und Thorne hat auch in wesentlichem Ausmaß zu einer Reihe von Büchern, Kapiteln und Artikeln über die Arbeit von Carl Rogers, über Personzentriertes Counselling sowie über Spiritualität beigetragen. Außerdem war er Hauptverleger einer Reihe von sieben Büchern zum Thema „The wounded Pilgrim". Manche dieser Texte wurden in andere Sprachen übersetzt.
Brian Thorne ist jemand, der in seiner Kommunikation außergewöhnlich und sensibel ist. Er verfügt über eine außerordentliche Leichtigkeit in der Anwendung von und im Verständnis für Sprachen, wodurch er seine Kollegen, seine Leser und seine Studenten inspiriert und begeistert. Seine Fähigkeit, sich auf empathische und empfindsame Weise auf andere, die Kummer und Sorgen haben, zu konzentrieren und zu reagieren, wurde sehr anschaulich in Videodemonstrationen von klientenzentrierten Therapiesitzungen gezeigt. „Ich bin überzeugt, daß es letzten Endes die Liebe in Kombination mit Verständnis ist, die heilt" (Thorne 1989, S. 64).
Sehr deutlich veranschaulicht wird diese Aussage in seinem Buch „Person-centered counselling: Therapeutic and spiritual dimensions" (1991). Dieser Text (sowie auch „Behold the Man"; 1991) führt zum wesentlichen Kern von Thornes spirituellem und therapeutischem Glauben. Insbesondere seine Reflexion über die „quality of tenderness" und seine Position, dass diese Qualität (neben Akzeptanz, Empathie und Kongruenz) eine allumfassende vierte Bedingung für den Psychotherapeuten darstellen könnte, ist besonders auf theoretischer Ebene interessant (auch historisch gesehen, denn das war eine von verschiedenen konkurrierenden Hypothesen für eine vierte Bedingung innerhalb des Personzentrierten Ansatzes, die früher postuliert wurde). Weitere Kapitel in diesem Buch beschäftigen sich mit Intimität, der Komplexität der Sexualität, der Doktrin der Erbsünde und mit unkonventionellen Beziehungen. Jeder dieser Aspekte erfordert, dass „wir unseren Körper und unsere Seele ernst nehmen, und nicht nur unseren Geist und unsere Gefühle, und keinen einzigen Moment vergessen, dass wir alle vier sind" (S. 81).
Seine Texte und Vorträge werden von seiner beachtlichen Integrität, seinen Überzeugungen und seinem persönlichen Mut untermauert, diese innerhalb des Berufsfeldes der Psychotherapie sehr umstrittenen Themen anzusprechen und sie dadurch weithin diskutierbar zu machen. Thornes therapeutische und spirituelle Werte, die durch seine vielen Schriften und Vorträge vermittelt werden, haben dazu geführt, dass er auch außerhalb der Welt der Psychotherapie willkommen geheißen und anerkannt wurde. Er wurde eingeladen, den Vorsitz von Organisationen wie der „International Goodwill Children's Village Society" in Südindien (1977-1990) zu übernehmen, er wurde zum „Conciliator" des Dekans und des Kapitels der Lincoln Kathedrale sowie 1998 zum ersten Laienvorsitzenden des Bischöflichen Diözesanrates von Norwich ernannt.
Thorne leitete von 1974 bis 1997 die Beratungsstelle der University of East Anglia (UEA), ist seit 1992 Leiter des „UEA Centre for Counselling Studies", erhielt 1996 den Professorentitel und wurde 2001 Emeritus Professor der „UEA School of Education and Professional Development"; er ist Gründungsmitglied des „Norwich Centre" (1980) und seit März 1992 verantwortlich für das Management von „Norwich Centre Projects". Für seine außerordentlichen Leis-

tungen wurde er geehrt, indem er als Mitglied im „College of Preceptors“ (1982), der „British Association for Counselling and Psychotherapy“ (1995) sowie der „Royal Society of Arts“ (1998) aufgenommen wurde. Regelmäßig wird er zu Vorträgen in Großbritannien, Frankreich, Deutschland und Österreich eingeladen.

Veröffentlichungen (Auswahl):

Newsome, A., Thorne, B., Wyld, K. (1973): Student counselling in practice. London, London University Press

Thorne, B. (1985): The quality of tenderness. Norwich. Norwich Centre Publications

Mearns, D., Thorne, B. [1988] (1999): Person-centred counselling in action. London, Sage

Thorne, B. [1991] (1993): Person-centred counselling: Therapeutic and spiritual dimensions. London, Whurr

Thorne, B. (1991): Behold the Man: A therapist’s meditations on the passion of Jesus Christ. London, Darton, Longman and Todd

Dryden, W., Thorne, B. (Eds.) (1991): Training and supervision for counselling in action. London, Sage

Thorne, B. (1992): Carl Rogers: Key figures in counselling and psychotherapy. London, Sage

Thorne, B., Dryden, W. (Eds.) (1993): Counselling: interdisciplinary perspectives. Buckingham, Open University Press

Thorne, B. (1998): Person-centred counselling and Christian spirituality. The secular and the holy. London, Whurr

Thorne, B., Lambers, E. (Eds.) (1998): Person-centred therapy: A European perspective. London, Sage

Thorne, B. (2002) The mystical power of person-centred therapy: Hope beyond despair. London, Whurr

Mearns, D., Thorne, B. (2000): Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice. London, Sage

Literatur über Brian Thorne:

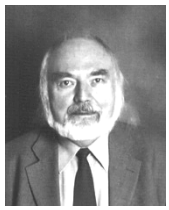
Leonard, A. (2001): Living in godless times. Edinburgh, Floris Books

Lynch, G.A. (1995): The role of community and narrative in the formation of a Christian approach to counselling and psychotherapy. Ph. D. Thesis, Dept. of Theology, University of Birmingham, U.K

Thorne, B. (1989*)*: The blessing and the curse of empathy. In: Dryden W., Spurling, L. (Eds.), On becoming a psychotherapist. London, Tavistock/Routledge, pp.53-68

Colin Lago

Herausgeber



Keil, Wolfgang Walter, 1937, Mag. rer.soc.oec., Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Lehrtherapeut in der "Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG)", Gruppentherapeut und Gruppendynamiktrainer im "Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)", Wien

Stumm, Gerhard, 1950, Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Ausbilder der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)", Ausbildungsleiter der Sektion „Forum" der APG, Wien

Wiltschko, Johannes, 1950, Dr. phil., Klinischer Psychologe, Psychotherapeut und Supervisor; Gründer und – zusammen mit Klaus Renn – Leiter des Deutschen Ausbildungsinstituts für Focusing und Focusing-Therapie (DAF) in Würzburg und der Internationalen Focusing Sommerschule; zahlreiche Veröffentlichungen über Klientenzentrierte Psychotherapie, Focusing und Focusing-Therapie, München

Autoren/innen

Auckenthaler, Anna, 1948, Dr. phil., Univ.-Prof. am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie der Freien Universität Berlin, Arbeitsbereich Psychotherapie und Beratung. Psychologische Psychotherapeutin, Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie, Supervisorin; Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Paartherapie und -beratung, Supervision, psychosoziale Versorgung, Berlin

Bahr, Christiane, 1961, Dr.phil., Psychologin und Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Stadt Salzburg, und Leitung des „Seniorenwohn- und Pflegezentrums Insula" im Diakoniewerk Hohenbrunn/Strub bei Berchtesgaden in Bayern

Balk, Michael, 1969, Dr. phil., MA Pädagogik, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Regensburg; Forschungsschwerpunkte: Evaluationsforschung, Qualitätsmanagement, Handlungssteuerung von Lehrenden, Erwachsenenbildung; freiberufliche Tätigkeitsschwerpunkte: Training, Coaching, Supervision, Regensburg

Berghofer, Gerlinde Anita, 1962, Mag. phil., Dr. phil., Klinische und Gesundheitspsychologin, Personzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Qualitätssicherung des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste in Wien

Biermann-Ratjen, Eva-Maria, 1939, Dipl.-Psych., Klinische Psychologin und approb. Psychotherapeutin, bis 1999 Universitätsdozentin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie, Hamburg

Binder, Johannes, 1936, Dr. phil., Dipl.-Psych., klinischer Psychologe, Psychotherapeut, Supervisor (BDP), freie Praxis seit 1970 in Frankfurt am Main

Binder, Ute, 1939, Dipl.-Psych., klinische Psychologin, Psychotherapeutin, Ausbilderin in personzentrierter Psychotherapie (GwG), freie Praxis seit 1970 in Frankfurt am Main

Blaschitz, Josef, 1953, Klientenzenrierter Psychotherapeut, seit 1989 in freier Praxis, Lehrtrainer für Gordon Training in Österreich, Feldbach (Steiermark)

Dawson, Teresa, 1951, Psychotherapeutin und Supervisorin in Zürich, Gründerin des Focusing Forums Zürich, Focusing-Trainerin des International Focusing Institute New York, Zürich

De Haas, Olaf, 1945, Drs., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Personenzentrierter Psychotherapeut in einer Anstalt für geistesgestörte Rechtsbrecher in Balkbrug und in privater Praxis in Zuidlaren, Niederlande

Ebert-Wittich, Sybille, 1951, Dr. phil., Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Ausbilderin für Focusing und Focusing-Therapie (DAF), Klientenzentrierte Gesprächsführung (GwG) und Psychologische Psychotherapie (Universität Mainz), psychotherapeutische Praxis, Leitung des Focusing-Zentrums Rheinland für Weiterbildung, Selbstmanagement und Coaching in Boppard bei Koblenz

Eckert, Jochen, 1940, Dr. phil. habil., Dipl.-Psych., ord. Univ.-Prof. für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Hamburg; approb. Psychotherapeut, Präsident der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächpsychotherapie (DPGG), Mitherausgeber der Fachzeitschriften „Psychotherapeut“ (Springer), „Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik“ (Vandenhoeck & Ruprecht) und „PTT Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie“ (Schattauer), Hamburg

Fehringer, Christian, 1953, Mag. phil., Personzentrierter Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis; Ausbilder und Lehrtherapeut in der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)“, Sektion IPS; Gründungsmitglied und Gesellschafter der PCA-Austria, Wien; Tätigkeitsschwerpunkte: therapeutische Arbeit mit Erwachsenen, Familien, Paaren und Jugendlichen; weitere Schwerpunkte im Bereich Organisationsberatung, Teamentwicklung und Coaching; Interessensschwerpunkte: Vergleichende Forschung von systemtheoretischen/konstruktivistischen Ansätzen und personzentrierter Theorie, Wien

Finke, Jobst, 1937, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Essen, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Essen

Frohburg, Inge, 1937, Univ.-Prof., Dr.rer.nat., Fachpsychologin der Medizin, Psychotherapeutin, Lehrstuhl für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Berlin

Gutberlet, Michael, 1947, Dipl.-Psych., Psychotherapeut. Supervisor, Ausbilder für personzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT), Dozent an Ausbildungsinstitutionen des Gesundheits- und Erziehungswesens, selbstständig tätig seit 1974, Richterswil (Schweiz)

Heinerth, Klaus, 1940, Dr. phil., Univ.-Prof. an der Universität München, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Klinischer Psychologe (BDP), Gesprächspsychotherapeut (GwG, DGPP), Ausbilder in Gesprächspsychotherapie in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Leiter des Instituts für Gesprächspsychotherapie (IGT) in München

Helmkamp, Michael, 1952, Diplom-Psychologe, Psychotherapeut, Focusing-Ausbilder (DAF), Gesprächspsychotherapeut (GwG), leitender Psychologe am Herzzentrum Osnabrück-Bad Rothenfelde, psychotherapeutische Praxis in Münster/Westfalen

Höger, Diether, 1936, Dr. phil., Dipl.-Psych., Gesprächspsychotherapeut, Klinischer Psychologe (BDP), em. Universitätsprofessor an der Universität Bielefeld, Vizepräsident und Mitbegründer der „Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)“, Bielefeld

Hutterer, Robert, 1951, Univ.-Prof., Dr. phil, Lehr- und Forschungstätigkeit an der Universität Wien, Leiter der Forschungseinheit Humanistische Pädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft, Zusammenarbeit mit Carl Rogers, Mitglied der Division of Humanistic Psychology (American Psychological Association), Psychotherapeut und Psychotherapieausbilder in der „Vereinigung Rogerianische Psychotherapie“, Wien

Keil, Sylvia, 1956, Dipl.-Sozialarbeiterin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Supervisorin, Lehrtherapeutin und Co-Ausbilderin in der „Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gespächsführung (ÖGwG)“, Lektorin an der Bundes-Akademie für Sozialarbeit Wien, Ausbildung für Berufstätige; Interessensschwerpunkte: Systemtheoretische Implikationen des Personzentrierten Ansatzes, Übertragbarkeit des klientenzentrierten Beziehungskonzepts in den Alltag, Wien

Keil, Wolfgang W. (siehe Herausgeber)

Krause, Carola, 1960, Diplom-Pädagogin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in Hamburg, Focusing-Ausbilderin (DAF), Leiterin von „Profitraining“, einem Netzwerk für Seminare und Coaching, Hamburg

Kriz, Jürgen, 1944, Dr. phil., Univ.-Prof. für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück, Lehrtätigkeit auch in Österreich, der Schweiz und in den USA; Psychotherapeut und Ausbilder (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, GwG),

Ehrenmitgliedschaft in weiteren therapeutischen Gesellschaften, Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Beiräte und Herausgebergremien, Osnabrück

Lago, Colin, 1944, Leiter des „Counselling Service“ an der University of Sheffield, U.K., Mitglied der „British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP)“, staatlich anerkannter Berater und von der BACP anerkannter Ausbilder für Beratung, Sheffield

Langer, Inghard, 1943, Dr.phil., Univ.-Prof. am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, Arbeitsbereich Persönlichkeitsförderung in Gruppen; Schwerpunkte: Klinische Psychologie, Pädagogische Psychologie, psychologische Forschungsmethoden, Hamburg

Leijssen, Mia, 1951, Dr., Klinische Psychologin, Psychotherapeutin, Professorin an der Universität Leuven, tätig in Ausbildung, Forschung und Praxis in Klientenzentrierter und Experienzieller Psychotherapie, Leuven (Belgien)

Letzel, Margarethe, 1957, lic.phil., Fachpsychologin für Psychotherapie (FSP), Supervisorin (SGGT), Ausbilderin in der Beratungsweiterbildung der SGGT, seit 1987 in eigener Praxis, Luzern

Lietaer, Germain, 1939, Dr., Psychotherapeut/Klin. Psychologe, Professor an der Katholischen Universität in Leuven, tätig in Ausbildung und Forschung in Klientenzentrierter und Experienzieller Psychotherapie, Leuven (Belgien)

Lippmann, Frank O., 1954, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Innere Medizin, Focusing-Therapeut und -Ausbilder (DAF), Supervisor (DGSv) und Balintgruppenleiter in eigener Praxis, Hamburg

Macke-Bruck, Brigitte, 1960, Dr. med., Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis; Ausbilderin der „Sektion Forum“ der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)“; Lehrbeauftragte im Universitätslehrgang des Instituts für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt, Wien, Graz und Innsbruck (Bereich Palliative Care und Organisationales Lernen); bis 1993 auch ärztliche Tätigkeit u.a. in der Hospiz-Bewegung, Wien

Metz, Christian, 1955, Dr. theol., Personzentrierter Psychotherapeut und Supervisor im Krankenhaus und Gesundheitszentrum sowie in freier Praxis, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter am IFF (Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung) der Universitäten Klagenfurt, Wien, Graz und Innsbruck, Palliative Care und Organisations-Ethik, Wien

Neidhardt, Hans, 1952, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor, Focusing-Ausbilder (DAF), Enneagramm-Seminarleiter; psychotherapeutische Praxis in Weinheim/Bergstraße

Nemeskeri, Nora, 1955, Dr. phil., Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Ausbilderin der „Sektion Forum“ der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)“, Wien

Reisel, Barbara, 1961, Dr. phil., Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Ausbilderin der „Sektion Forum“ der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)“, Universitätsassistentin an der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien; psychotherapeutische Arbeit in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen, Familien und Erwachsenen, Wien

Renn, Klaus, 1953, Diplom-Sozialpädagoge, Leiter des DAF (Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie), Praxis für Psychotherapie und Supervision in Würzburg

Ripke, Thomas, 1943 – 2001, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Gesprächspsychotherapeut, Lehrbeauftragter der Universität Heidelberg

Sachse, Rainer, 1948, Dipl.-Psych., Dr. phil., Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder der “Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)”, Begründer der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie, Dülmen, Deutschland

Sander, Klaus, 1940, Dipl.-Psych., Prof. Dr. phil.; Professor für Klinische Psychologie und Beratungspsychologie an der Fachhochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozialpädagogik; Ausbilder in Gesprächspsychotherapie und klientenzentrierter Beratung in der “Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)”; Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der GwG; Forschung: Psychotherapie, Beratung und Anwendung; Praxis als Psychotherapeut, Berater und Supervisor in verschiedenen Anwendungsgebieten, Köln

Sauer, Joachim, 1944, Univ.-Prof., Dr. phil., Universität Salzburg, Klinischer und Gesundheitspsychologe, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Ausbilder für Klientenzentrierte Psychotherapie der Österreichischen. Gesellschaft für wissenschaftl., klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG), Leiter des Universitätslehrganges für Supervision an der Universität Salzburg; Arbeitsschwerpunkte in Pädagogischer, Klinischer und Sozialpsychologie sowie im Feld der Supervision, Salzburg

Schmid, Peter F , Univ.-Doz. HSProf. Mag. Dr., Personzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des IPS der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)“, Wien. Begründer personzentrierter Ausbildung in Österreich (1969), Zusammenarbeit mit C. Rogers in den achtziger Jahren, Mitbegründer des Weltverbandes (WAPCEPC) und des Europäischen Netzwerks (NEAPCEPC). Mitherausgeber der Zeitschrift "Person-Centered and Experiential Psychotherapies". www.pfs-online.at, Wien

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

Spielhofer, Hermann, 1946, Dr. phil., Klinischer Psychologe und Klientenzentrierter Psychotherapeut, Vorstandsmitglied der “Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG)”, Gruppen-

therapeut und Gruppendynamiktrainer im “Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)”, Supervisor, Wien

Stapert, Marta, Focusing-Trainerin, Ausbilderin für Kinderpsychotherapie an den Universitäten Gent, Leuven und Budapest, Leiterin von Focusing-Kursen für Eltern, LehrerInnen und ErzieherInnen, Initiatorin des „Focusing Children’s Corner“, Kinderpsychotherapeutin in Schardam, Niederlande

Stumm, Gerhard (siehe Herausgeber)

Swildens, Hans, 1924, Dr. med., Psychiater, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Begründer der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie, Ausbilder und Supervisor in der „Vereniging voor clientgerichte psychotherapie“, Heusden (Niederlande)

Teichmann-Wirth, Beatrix, 1956, Dr. phil., Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin, Ausbildungen in Bewegungsanalytischer Therapie nach C. Rick und Vegetotherapie nach Wilhelm Reich, Ausbilderin in der „Sektion Forum“ der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)“, psychotherapeutische Tätigkeit in freier Praxis, Wien

Teml, Hubert, 1947, Dr. phil., Prof., Pädagogischen Akademie der Diözese Linz mit den Arbeitsschwerpunkten Unterrichtswissenschaft, Praxisberatung und Selbsterfahrung. Personzentrierter Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis, Mitglied der Sektion "IPS" der "Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)", Seewalchen (Oberösterreich)

Teusch, Ludwig, 1947, Priv.-Doz., Dr. med., Dipl.-Psych., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Castrop-Rauxel, Gesprächspsychotherapeut in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Lehrtherapeut und 1. Vorsitzender der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Castrop-Rauxel

Van Balen, Richard, 1935, Dr. psychol., em. Prof. an der Universität Leuven, Belgien

Vogl, Helga, 1954, Dr. phil., Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Focusing-Ausbilderin (DAF), Lehrbeauftragte an der Universität Salzburg, psychotherapeutische Praxis in Salzburg

Warner, Margaret, Ph.D., Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Ausbilderin, Professorin an der „Illinois School of Professional Psychology/Chicago Campus (Argosy University)“, bis vor kurzem am „Chicago Counseling Center“ täig; Schwerpunkt in Theorie und Praxis: Arbeit mit Personen mit schwerwiegenden psychischen Störungen, auch freie Praxis in Chicago

Wascher, Werner, 1941, Dr., Geologe, AHS-Lehrer für Kunsterziehung, Personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Linz, Oberösterreich

Watson, Jeanne, 1956, Associate Professor im „Department of Counselling Psychology“ am „Ontario Institute for Studies in Education“ der „University of Toronto“; auch tätig in freier Praxis in Toronto, Canada

Weixler, Christine, 1950, akad. gepr. Übersetzerin, Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Ausbilderin der Sektion „Forum“ der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision“ (APG, Wien), Wels, Oberösterreich

Wewalka, Marianne, 1950, Mag., personenzentrierte Beraterin, personenzentrierte Kunsttherapeutin (Expressive Arts Therapy), AHS-Lehrerin, Schülerberaterin, Lernberaterin, Wien

Wild-Missong, Agnes, 1931, Dr. phil., Psychologin und Psychotherapeutin in Zürich, Gründungsmitglied der GwG und der SGGT (Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie), gegenwärtiger Arbeitsschwerpunkt: Focusing in Verbindung mit Spiritualität und Schamanismus, Zürich

Wiltschko, Johannes (siehe Herausgeber)

Wolschlager, Hans, 1943, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Lehrtherapeut und Ausbilder (ÖGwG); Arbeitsschwerpunkte: Kombination von Psychotherapie und der lebenspraktischen Dimension der Ergotherapie sowie der Transpersonalen Psychotherapie, Wels, Oberösterreich

Zinschitz, Elisabeth, 1959, Mag. phil., Übersetzerin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Supervisorin im Bereich Behindertenbetreuung, Obfrau der “Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG)”, Mitglied des International Pre-Therapy Network, fachliche Leiterin des Kinderschutzzentrums „die Möwe“, Wien